

Клиника, диагностика и лечение внутренней резорбции корня (клиническое наблюдение)

И.М. РАБИНОВИЧ, проф.

М.В. СНЕГИРЕВ, к.м.н.

Н.Б. ПЕТРУХИНА, к.м.н.

Отделение кариеологии и эндодонтии
ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава РФ, Москва

Clinic, diagnostics and treatment of internal root resorption (clinical observation)

I.M. RABINOVICH, M.V. SNEGIREV, N.B. PETRUKHINA



И.М. РАБИНОВИЧ



М.В. СНЕГИРЕВ



Н.Б. ПЕТРУХИНА

Введение

Впервые о внутренней резорбции корня сообщил Белл (Bell) в 1829 году. До настоящего времени данная патология остается проблемой с точки зрения диагностики и лечения. Нередко начальный период внутренней резорбции протекает бессимптомно. Рентгенологически очаг внутренней резорбции обычно имеет четкие ровные края, и тень пульпы сливается с зоной поражения.

Несмотря на совершенствование методов диагностики, даже при наличии рентгенологических, анатомических и гистологических данных, в некоторых ситуациях достаточно сложно дифференцировать виды резорбции [8]. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) во многом облегчает дифференциальную диагностику [12]. Однако даже при использовании КЛКТ, в ряде клинических случаев не удастся точно определить тип или этиологию резорбции зуба [12].

При внутренней резорбции в патологический процесс вовлекаются как воспаленные ткани, так и инфицированная или изолированная некротизированная ткань пульпы, что является результатом периферического распространения воспаления [15].

Внутренняя резорбция характеризуется перерождением клеток пульпы в кластические клетки, которые разрушают дентинные стенки корневого канала. Процесс внутренней резорбции может возникнуть в любой части стенки корневого канала. Кластические клетки имеют многоядерное строение и располагаются в пульпе вблизи грануляционной ткани [3]. В пульпе зуба достаточно часто выявляется ткань, которая образуется при хроническом воспалении и которую правильнее называть гранулематозной [16].

Причиной развития резорбции может быть не только хроническое воспаление пульпарной ткани, но и

инфекция [7]. Согласно гипотезе появления кластических клеток (дентинокластов) в пульпе зуба [9], их присутствие обусловлено дифференциацией клеток гематогенного происхождения, таких как макрофагоподобные клетки, циркулирующие в сосудах пульпы при хроническом воспалении [5]. Кроме того, некоторые исследователи отмечали наличие соединительной ткани, схожей с периодонтом [14]. К сожалению, ученым не удалось найти адекватную экспериментальную модель, позволяющую изучить феномен внутренней резорбции.

Внутренняя резорбция не купируется самостоятельно, поэтому при отсутствии надлежащего лечения она прогрессирует до возникновения сообщения между системой корневого канала и периодонтом, что значительно ухудшает прогноз причинного зуба. Для определения места перфорации в корневой канал вводят рентгеноконтрастный препарат на основе гидроксида кальция и после этого делают рентгеновский снимок [6, 10]. Внутренняя резорбция также может возникнуть в полости зуба и затем активно распространяться, в результате чего в коронковой части зуба сохраняется только слой эмали. Такой зуб не может выдержать обычную окклюзионную нагрузку, а прочность его коронки значительно снижается.

Из-за особенностей патогенеза некроза пульпы внутренняя резорбция редко является последствием травматических повреждений зубов, таких как частичный или полный вывих зуба. При частичном вывихе зуба его пульпа либо быстро восстанавливает свою жизнеспособность, либо некротизируется. Поэтому хроническое воспаление пульпы не играет какой-либо роли в процессе ее восстановления при данном виде травмы. Пульпа зубов, подвергшихся полному вывиху, чаще всего некротизируется, а зна-

чит, не происходит ее хронического воспаления, что исключает возможность развития внутренней резорбции зуба [11].

Основным способом предотвращения прогрессирования внутренней резорбции зуба является эндодонтическое лечение [4].

Лечение зубов с внутренней резорбцией при отсутствии перфорации корня чаще всего включает в себя санацию, препарирование, дезинфекцию и obturацию системы корневого канала с использованием традиционных материалов (гуттаперчи и силера) или более современных полимерных материалов для пломбирования корневых каналов.

Резорбция корня – это грозное осложнение, в результате которого существует значительный процент потери зуба пациентом. В настоящее время существуют классификации для обозначения различных видов резорбции корня зуба [2, 13].

Главным и основным фактором в развитии резорбции является повреждение. В зависимости от повреждающего фактора и места его приложения, мы имеем возможность наблюдать клинически различные виды резорбции корня зуба. К повреждающим факторам относят: физические (хирургические, ортодонтические манипуляции), химические (отбеливание зубов), инфекционные (воздействие бактерий и их токсинов). После инвазии микроорганизмов в пульпу зуба они не всегда вызывают разлитое воспаление пульпы. Может наблюдаться смазанная клиническая картина, но присутствие микроорганизмов стимулирует защитные иммунные механизмы, которые направлены на уничтожение инфекции. При этом возможность повреждения собственных тканей достаточно высока, повреждение преддентина является началом внутриканальной резорбции дентина корня. Отсутствие клинической симптоматики приводит к тому, что внутриканальную резорбцию можно выявить случайно на рентгеновском снимке или при появлении клинической симптоматики, но размер резорбции при этом значителен или наблюдается перфорация стенки корня зуба.

Мы хотели обратить ваше внимание на одно из таких стоматологических осложнений и предложить вам наш клинический случай внутриканальной резорбции корня 1.2 зуба.

Клинический случай

В отделение кариесологии и эндодонтии ЦНИИС и ЧЛХ обратилась пациентка 28 лет с жалобами на разрушение зуба 1.4, на боли, отек десны и повышение температуры тела до субфебрильных значений.

Пациентке было проведено хирургическое лечение (удаление корня зуба 1.4.), назначена антибактериальная терапия. По прошествии шести месяцев после удаления зуба 1.4 пациентка повторно обратилась в ЦНИИС и ЧЛХ в отделение имплантологии. После осмотра специалистом направлена в терапевтический отдел для проведения дальнейшего обследования и терапевтической подготовки к операции имплантации (лечение кариеса зубов, проведение проф. гигиены и т. д.). Одним из пунктов плана лечения было проведение рентгенологического исследования – ортопантограмма (рис. 1). При изучении снимка выявлена внутриканальная резорбция у зуба 1.2. Из анамнеза было выявлено, что зуб 1.2 подвергался лечению по поводу не осложненного кариеса около трех лет назад. На вестибулярной поверхности в пришеечной области и на дистальной контактной поверхности имеются пломбы из композита, удовлетворительного качества. Перкуссия зуба безболезненна, подвижность первой степени. Пациентка каких-либо жалоб на зуб 1.2 не предъявляла. На прицельной рентгенографии 1.2 выявлена резорбция тканей дентина корня округлой формы диаметром 4,0 мм, также наблюдается расширение периодонтальной щели в этой области, и на верхушке корня зуба имеется деструкция костной ткани округлой формы диаметром до 2 мм (рис. 2).

Диагноз

На основании клинико-рентгенологических исследований был поставлен диагноз «хронический периодонтит зуба 1.2, апикальная гранулема, внутриканальная резорбция корня».

В этот момент мы еще не знали, что данная резорбция уже спровоцировала перфорацию корня на боковой поверхности корня. Пациентке разъяснена ее патология и предложены варианты лечения, она выбрала вариант проведения эндодонтического лечения зуба.

Первое посещение

Под аппликационной и инфильтрационной анестезией трепанирована коронка зуба 1.2, раскрыта полость зуба. После раскрытия полости зуба получили обильное кровотечение (только при дальнейшем лечении было обнаружено, что это не ткани пульпы зуба).

После остановки кровотечения была предпринята попытка удаления мягких тканей из полости зуба (апекслокатор показывал выход за верхушку корня при продвижении файла по каналу всего на 4-5 мм,



Рис. 1



Рис. 2

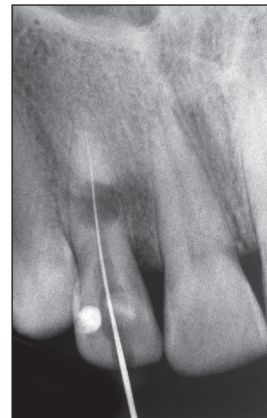


Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

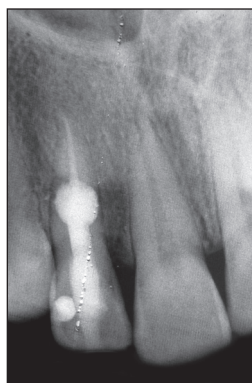


Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8

предположили наличие перфорации стенки корня). Проведена диагностическая рентгенография с иглой. На снимке обнаружили, что кончик иглы действительно расположен в полости резорбции.

Пациентке были предложены различные варианты решения проблемы, и она настояла на продолжении лечения.

Устье корневого канала зуба 1.2. и его продолжение до внутриканальной резорбции было умеренно склерозировано. Это соответствовало размеру файла 25 по ISO, что не позволяло видеть полость резорбции и ее содержимое, а, самое главное, файл не продвигался по каналу, так как он упирался в стенки резорбции. Нами было предпринято расширение части корневого канала от устья до полости резорбции с помощью ультразвуковой насадки с алмазным напылением VDW. После расширения мы получили визуальную картину резорбции (использовали увеличение и направленный источник света), увидели перфорацию корня, грануляционную ткань, проросшую через перфорацию, и нашли продолжение корневого канала за полостью резорбции. На этом этапе была проведена контрольная рентгенография с иглой (рис. 3), чтобы убедиться в правильности хода инструмента по корневному каналу. Затем участок корня от резорбции до апикального отверстия обработали никель-титановыми инструментами (NiTi) и запломбировали методом центрального штифта под контролем прицельной рентгенографии (рис. 4). В момент обработки корневого канала и его пломбирования некоторые неудобства доставляла грануляционная ткань из перфорации, приходилось дополнительно просушивать полость резорбции с помощью бумажных штифтов. Завершением данного этапа лечения стала постановка временной пломбы.

Второе посещение (через две недели)

Пациентка жалоб не предъявляла, перкуссия зуба 1.2 была безболезненна, подвижность отсутствовала, зуб участвовал в акте жевания. Под визуальным контролем (бинокулярная лупа) с помощью электрокоагулятора проведено окончательное удаление грануляционной ткани из полости резорбции и пломбирование MTA ProRoot. Контрольная рентгенография показала, пломбирование полости резорбции и ее четкие границы (рис. 5).

Третье посещение (через три недели)

Пациентка жалоб не предъявляла, перкуссия 1.2 зуба безболезненна, подвижность отсутствовала, жевательная функция была сохранена. Зуб 1.2 был постоянно реставрирован с помощью композита Filtek Supreme.

Динамическое наблюдение

Повторные клинические обследования и рентгенологический контроль проводились через шесть месяцев, один год, два года (рис. 6-8).

Заключение

Несмотря на все трудности диагностики внутренней резорбции зуба, сегодня имеются конкретные возможности лечения этого патологического состояния. Необходимыми диагностическими критериями являются данные КЛКТ (конусно-лучевая компьютерная томография). При эндодонтическом лечении необходимо использовать бинокулярное визуальное увеличение операционного поля либо операционный микроскоп, ультразвук и цемент Pro Root в сочетании с техникой вертикальной компакции.

Поступила 09.06.2015

Координаты для связи с авторами:
119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16

Журнал «Эндодонтия today»
Подписной индекс 15626
в объединенном каталоге
«Пресса России»