

Бутвиловский А.В., Полянская Л.Н., Самсонов С.В., Костюченко К.С., Фархадов Э.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ «РОЗОВОГО» ЗУБА

Патологическая резорбция зуба – патологический процесс, обусловленный влиянием неблагоприятных факторов и приводящий к убыли твердых тканей (дентина и цемента) корня зуба (Дедова Л.Н., Новак Н.В., 2025). Обнаружение патологической резорбции зуба часто является случайной рентгенологической находкой, однако это не означает, что данная патология является редкой. В исследовании Saboor A. et al. (2025) установлено, что по данным рентгенограмм суммарная частота наружной цервикальной и срединной резорбции составляет 2,94%. Менеджмент данной патологии в Республике Беларусь регламентируется клиническим протоколом, утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 июня 2025 г. № 53, и в сложных клинических случаях требует междисциплинарного подхода, что и определяет актуальность работы в этом направлении.

Цель исследования – получить клинический опыт междисциплинарного взаимодействия при лечении патологической резорбции постоянного зуба.

Материал и методы. Пациентка 16 лет в сопровождении матери обратилась для осмотра. St. loc.: коронка зуба 1.2 розового цвета, на вестибулярной поверхности в области шейки имеется дефект тканей, уходящий под десну на 2 мм. Зондирование болезненно в 1 точке дна дефекта. Дефект заполнен грануляционной тканью, кровоточащей при прикосновении. Холодовая проба положительная с длительным болевым приступом. Перкуссия зуба безболезненная, слизистая в проекции зуба без изменений. На КЛКТ: очаг просветления на вестибулярной поверхности коронки и корня зуба 1.2 размером 4,5×3,0×2,5 мм. Диагноз: хронический пульпит зуба 1.2; прогрессирующая неперфорирующая наружная цервикальная локализованная патологическая резорбция зуба 1.2. Предложен следующий план лечения зуба 1.2: 1) эндодонтическое лечение зуба 1.2 с временным пломбированием; 2) реставрация дефекта на вестибулярной поверхности зуба 1.2; 3) динамическое наблюдение.

Лечение. 1-е посещение. Под инфильтрационной анестезией Sol. «Orablock 1:200 000» – 0,8 мл создан эндодонтический доступ в зубе 1.2, экстирпирована пульпа, проведена навигация канала с определением рабочей длины, его медикаментозная и механическая обработка (до размера 30.06), высушивание, временное пломбирование «Sure Paste» с гуттаперчевым штифтом и закрытие полости доступа «Temp It Flow». 2-е посещение (через неделю). Под инфильтрационной анестезией Sol. «Orablock 1:200000» – 0,8 мл отслоен трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области зуба 1.2 (расстояние между поддесневым краем дефекта и костью – 2 мм). Очищен зуб 1.2, установлен коффердам, отпрепарирован дефект и иссечена грануляционная ткань, выполнен гемостаз (гель «Alustat», 2 минуты), адгезивная подготовка «Single Bond Universal» в режиме селективного протравливания, реставрация «Estelite Universal Flow Medium» + «Estelite Asteria A3B», обработка реставрации. Лоскут возвращен на место и зафиксирован одиночными узловыми швами. 3-е посещение (через неделю). Восстановлен эндодонтический доступ в зубе 1.2, проведена медикаментозная и механическая обработка канала со звуковой и инструментальной активацией растворов. Постоянная obtурация проведена методом холодной гидравлической конденсации «Sure Seal Root» с гуттаперчевым штифтом (на рентгенограмме корневой канал запломбирован плотно, конусно, на 0,5 мм от R-верхушки). Полость доступа закрыта «Temp It Flow». Пациентка назначена через 3 дня, когда было проведено снятие швов. В заключительное посещение (через 5 дней) временная пломба на была заменена на реставрацию из «Estelite Universal Flow Medium» + «Estelite Asteria A3B».

Заключение. Клинический опыт лечения хронического пульпита постоянного зуба, сочетающегося с прогрессирующей неперфорирующей наружной цервикальной локализованной патологической резорбцией, с использованием действующего клинического протокола оказался успешным. В менеджменте данной патологии целесообразна командная работа врачей-специалистов в области эндодонтии и реставрационной терапии, а также врача-стоматолога-хирурга.

**Материалы
III научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной памяти
профессора И.В. Чижевского**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ, ОРТОДОНТИИ И ПРОФИЛАКТИКИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

27 марта 2026 года