

2. White T. High-tech health: How digital medicine is improving patient care // Stanford medicine. – 2018. – URL: <https://stanmed.stanford.edu/digital-medicine-improve-patient-care.html>
3. Goldsmith J. Digital medicine: implications for healthcare leaders. – Chicago: Health administration press, 2003. – 223 p. – URL: [http://book.itep.ru/depository/it\\_med/GS\\_DIGITAL\\_MED\\_1199.pdf](http://book.itep.ru/depository/it_med/GS_DIGITAL_MED_1199.pdf).
4. Topol E.J. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence // Nature medicine. – 2019 b. – Vol. 25. – P. 44–56. – URL: <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЙ НАРУЖНОЙ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ ЗУБА

Рокало А.В., Литвинчук Я.О.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь*

Наружная цервикальная резорбция зуба – это резорбтивный процесс твёрдых тканей зуба, который начинается в области шейки с последующим распространением вдоль поверхности корня и вглубь твердых тканей. Клиническое течение характеризуется отсутствием симптомов, поэтому наружная цервикальная резорбция зубов может быть диагностирована случайно при клиническом и/или рентгенологическом обследовании; при поражении пульпы могут наблюдаться симптомы пульпита или периодонтита. Частота выявления данной патологии привела к необходимости более детальной классификации. Поэтому целью работы является: изучить принципы классификации резорбции зубов согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), по Patel, по Neithersay; определить наиболее информативную; оценить данные рентгенологического обследования пациента с резорбцией зуба согласно выбранным классификациям, определить преимущества и недостатки каждой из них.

Материалы и методы: проанализировано 4 конусно-лучевых компьютерных томограммы (КЛКТ), где рассмотрено 4 зуба фронтальной и жевательной групп. Использовались программы Planmeca Romexis Viewer, OnDemand3DDental Project Viewer Limited. Резорбтивные процессы оценены согласно классификациям МКБ-10, по Patel, по Neithersay.

Результаты и обсуждение. В Республике Беларусь, согласно клиническим протоколам, используется МКБ-10, согласно которой выделяют:

- К03.3 – Патологическая резорбция зубов.
  - К03.30 – Внешняя (наружная).
  - К03.31 – Внутренняя (внутренняя гранулема) (розовое пятно).
  - К03.39 – Патологическая резорбция зубов неуточненная.

Преимуществом данной классификации является простота использования, законодательная сила. Однако она не определяет детально характер и величину дефекта.

Стоматолог-терапевт Prof. Geoffrey Neithersay выделил 4 класса наружной цервикальной резорбции зубов (1999) по периапикальным снимкам.

- 1 класс – небольшое поражение на границе коронки и корня зуба.
- 2 класс – поражение в коронковой трети корня зуба.
- 3 класс – поражение, распространяющееся на среднюю треть корня зуба.
- 4 класс – поражение, распространяющееся на апикальную треть корня зуба [1].

Данная классификация характеризует резорбтивный процесс только в одной проекции.

Классификация по Shanon Patel (2018) оценивает наружную цервикальную резорбцию зуба в трёх плоскостях: распространение дефекта апикально, объем поражения по периферии и близость к корневному каналу [5].

Распространение дефекта апикально отмечается арабскими цифрами:

- 1 – супракрестально;
- 2 – доходит до начала средней трети корня зуба;
- 3 – доходит до начала апикальной трети корня зуба;
- 4 – располагается и в апикальной трети.

Объем поражения по периферии обозначается заглавными буквами латинского алфавита:

- A – до 90°;
- B – от 90° до 180°;

C – от 180° до 270°;

D – более 270°.

Близость резорбтивного дефекта к корневому каналу зуба обозначается строчными буквами латинского алфавита:

d – дефект в пределах дентина;

p – пульпа вовлекается в процесс.

Классификация отражает локализацию и распространенность дефекта. Также имеет приложение, в котором описаны принципы лечения каждого класса [3]. Среди недостатков можно отметить трудоемкость и невозможность использования без КЛКТ снимка.

Клинический случай 1. Пациент обратился с жалобами на чувствительность от термических раздражителей на верхней челюсти слева. Клинический осмотр не помог установить причину дискомфорта. На снимке КЛКТ установлено, что зуб 2.7 имеет наружную цервикальную резорбцию. Согласно МКБ-10 установлен диагноз K03.30 – Патологическая резорбция зуба 2.7. Внешняя (наружная). По Heithersay – 3 класс (патологический процесс доходит до средней трети корня зуба). По Patel – 2Вр (патологический процесс распространяется до начала средней трети корня зуба, в аксиальной проекции распространяется примерно на 180°, пульпа вовлечена в процесс).

Клинический случай 2. Пациент жалоб не имел, явился на прием с целью профилактического осмотра и санации ротовой полости по необходимости. Согласно МКБ-10 установлен диагноз K03.30 – Патологическая резорбция зуба 1.7. Внешняя (наружная). По Heithersay – 3 класс (патологический процесс доходит до средней трети корня зуба). По Patel – 2Др (патологический процесс распространяется до начала средней трети корня зуба, в аксиальной проекции распространяется от 180° до 270°, пульпа вовлечена в процесс).

Клинический случай 3. Анамнез неуточненный, в исследование попало только КЛКТ. Резорбтивный процесс затрагивает зуб 1.1. Согласно МКБ-10 установлен диагноз K03.30 – Патологическая резорбция зуба 1.1. Внешняя (наружная). По Heithersay – 3 класс (патологический процесс доходит до средней трети корня зуба). По Patel – 2Ар (патологический процесс распространяется до начала средней трети корня зуба, в аксиальной проекции распространяется примерно на 90°, и пульпа вовлечена в процесс).

Клинический случай 4. Анамнез неуточненный, в исследование попало только КЛКТ. Согласно МКБ-10 установлен диагноз K03.30 – Патологическая резорбция зуба 1.1. Внешняя. По Heithersay – 2 класс (патологический процесс заходит в коронковую треть корня). По Patel – 1Вр (патологический процесс распространяется супракрестально, в аксиальной проекции распространяется примерно на 180°, и пульпа вовлечена в процесс).

Из собственных наблюдений определено, что в классификации по Patel не учитывается вовлечение зоны фуркации зуба, что может кардинальным образом сказаться на прогнозе лечения.

Выявлено, что МКБ-10 является наиболее приемлемой в оформлении медицинской документации и может использоваться всеми врачами, независимо от оснащения, а наиболее информативной является классификация наружной цервикальной резорбции зуба по Patel. Обнаружено, что зона фуркации не оценивается в данной классификации. Добавление данного пункта для многокорневых зубов было бы целесообразным, т.к. критичные изменения в этой зоне будут влиять на прогноз и планирование лечения.

*Список литературы.*

1. Baumann M.A., Beer R. Farbatlant der Zahnmedizin – Endodontologie / M.A. Baumann, R. Beer. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2007. – 333-339 с.
2. ESE position statement on root resorption / S. Patel, G. Krasl, R. Weieger, P. Lambrechts и др. // International endodontic journal. – 2023. - №56. – С. 792-801.
3. External cervical resorption: a three-dimensional classification / S. Patel, F. Foschi, F. Mannocci, K. Patel // International endodontic journal. – 2018. - №51. – С. 206-214.
4. Widbiller M. Pathologie und Management von Wurzelresorptionen / M. Widbiller // Zahnmedizin. – Regensburg, 2020. 1-2/6-20

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



# МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО  
МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2025