

Рокало А.В., Литвинчук Я.О.

## **НАРУЖНАЯ ЦЕРВИКАЛЬНАЯ РЕЗОРБЦИЯ: ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Аннотация.** В статье проанализированы классификации наружной цервикальной резорбции зубов. На основе данных рентген-диагностики пациента проведено их сравнение, выделены достоинства и недостатки.

**Ключевые слова:** наружная цервикальная резорбция зуба, классификация, МКБ-10, Patel, Neithersay.

**Введение.** Наружная цервикальная резорбция зуба – это патологический процесс рассасывания и замещения твёрдых тканей зуба, который начинается в области шейки с последующим распространением вдоль поверхности корня и вглубь твердых тканей. Причины данного заболевания различны. Среди них повышенная нагрузка при ортодонтическом лечении, отбеливание зубов, дистопированные соседние зубы, травма и другие причины [1]. Что касается клинического течения, патологическое состояние характеризуется чаще всего отсутствием симптомов, поэтому наружная цервикальная резорбция зубов может быть диагностирована случайно при клиническом и/или рентгенологическом обследовании. В запущенных случаях, когда резорбтивное поражение затрагивает пульпу, у пациента могут наблюдаться симптомы пульпита или периодонтита. Частота выявления данной патологии привела к необходимости использования более детальной классификации.

**Цель исследования.** Изучить принципы классификации резорбции зубов согласно МКБ-10 по Patel, по Neithersay; определить наиболее информативную для выбора прогноза и метода лечения; оценить данные рентгенологического обследования пациента с резорбцией зуба согласно выбранным классификациям и определить преимущества и недостатки каждой из них.

**Материал и методы.** Проанализирована конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), где оценен зуб с наружной цервикальной резорбцией. В работе использовалась программа OnDemand3DDental Project Viewer Limited. Резорбтивный процесс оценён согласно классификациям МКБ-10, Patel, Neithersay.

**Результаты исследования.** При клиническом обследовании не всегда представляется возможным определить наружную цервикальную резорбцию зуба. Из дополнительных методов исследования самым эффективным для диагностики этой патологии является рентген-диагностика. Методом, который помогает наиболее точно определить величину, расположение и протяженность дефекта, является КЛКТ. С помощью данного метода можно не только поставить диагноз – наружная цервикальная резорбция зуба, но и дать прогноз лечению пораженного зуба.

В Республике Беларусь, согласно клиническим протоколам, используется международная классификация болезней десятого пересмотра (далее МКБ-10). Данная статистическая классификация имеет законодательную силу и используется во всех нормативных документах. Согласно МКБ-10, выделяют:

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

Преимуществом данной классификации является простота в использовании и законодательная сила. Классификация МКБ-10 характеризует в целом патологическую резорбцию зуба, но не определяет более детально характер и величину дефекта, что и является не совсем удобным с точки зрения планирования лечения.

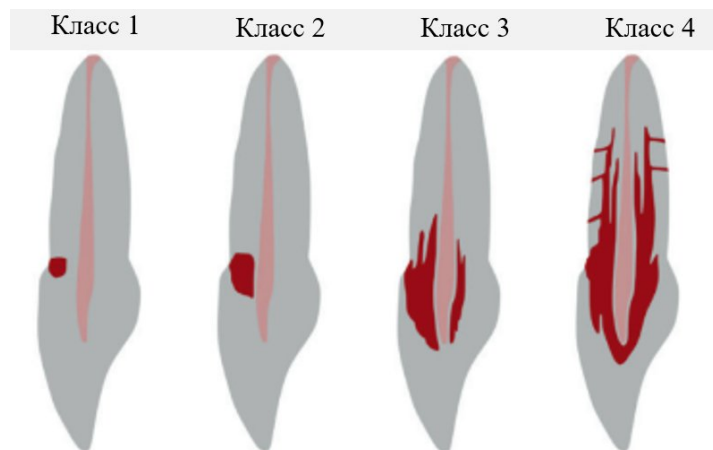
Стоматолог-терапевт из Южной Австралии Prof. Geoffrey Heithersay выделил 4 класса наружной цервикальной резорбции зубов (1999) (рис. 1).

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 [2].



**Рисунок 1.** Классификация наружной цервикальной резорбции зуба согласно Heithersay

Данная классификация помогает охарактеризовать величину резорбтивного процесса в одной проекции по периапикальным снимкам. В ходе сравнения выявлено: на практике ее использование не представляется возможным, поскольку не позволяет врачу сделать правильный выбор среди вариантов лечения, не имеет приложения с методиками лечения согласно каждому классу.

Классификация по Patel (Великобритания, 2018) дает возможность оценить наружную цервикальную резорбцию зуба в трёх плоскостях [3].

**Таблица 1.** Классификация наружной цервикальной резорбции зубов по Patel.

Высота	Периферическое расширение	Близость к корневному каналу
1 – супракрестально	A – до 90°	d – в пределах дентина
2 – коронковая треть корня зуба	B – от 90° до 180°	p – вовлечение пульпы
3 – средняя треть корня зуба	C – от 180° до 270°	
4 – апикальная треть корня зуба	D – более 270°	

Группа, согласно Patel, имеет вид, например, 2Ср – это значит, что патологический процесс располагается в коронковой трети корня зуба, в аксиальной проекции занимает от 180° до 270° и пульпа уже вовлечена в процесс [4].

Классификация хорошо отображает локализацию и распространенность дефекта. Также преимуществом выступает то, что имеет приложение, в котором описаны принципы лечения каждого класса [5]. Для группы 2Ср, указанной в примере, рекомендуется эндодонтическое лечение зуба с закрытием резорбтивного дефекта с помощью внутреннего доступа.

Клинический случай (рис 2). Пациент обратился с жалобами на чувствительность от термических раздражителей на верхней челюсти слева. Клинический осмотр не помог установить причину дискомфорта. Благодаря рентген-диагностике, а именно КЛКТ, установлено, что зуб 2.7 имеет наружную цервикальную резорбцию, несмотря на то что в полости рта зуб имеет состоятельную пломбу. Этиологический фактор точно установить не удалось, но предполагается, что это связано с ранее удаленным дистопированным зубом мудрости. Из-за сильного давления в области дистальной поверхности зуба 2.7, функционирование остеокластов усилилось. Это является частой причиной наружной цервикальной резорбции вторых моляров верхней и нижней челюстей.

Согласно МКБ-10 установлен диагноз K03.30 – Патологическая резорбция зуба 2.7. Внешняя (наружная). По Neithersay – 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°, и пульпа вовлечена в процесс).

Согласно приложению к классификации Patel пациент нуждается в эндодонтическом лечении зуба 2.7 с закрытием резорбтивного дефекта с помощью внешнего доступа [5]. В данном приложении есть так же такой вариант, как регулярное наблюдение за зубом с периодичностью 1 раз в 3 месяца, либо обращение по первым клиническим симптомам. Данный вариант используется для того, чтобы как можно больше оставить зуб витальным, но здесь не может быть применён, так как у пациента уже есть жалобы на периодический дискомфорт от термических раздражителей.



**Рисунок 2.** Клинический случай. КЛКТ

Также из собственных наблюдений определено, что в классификации по Patel не учитывается степень вовлечения зоны фуркации зуба, что может кардинальным образом сказаться на прогнозе лечения. Терапевтические манипуляции в зоне фуркации достаточно затруднены, что кардинальным образом влияет на исход лечения и дальнейшую постоперационную судьбу зуба.

**Заключение.** В ходе работы выявлено, что МКБ-10 является наиболее приемлемой в оформлении медицинской документации и может использоваться всеми врачами, независимо от оснащения, но наиболее информативной является классификация наружной цервикальной резорбции зуба по Patel. Использование этой классификации дает возможность врачу-стоматологу лучше определить топографию и величину резорбтивного дефекта, выбрать метод лечения и спрогнозировать результат. Также обнаружено, что зона фуркации не оценивается в данной классификации. Добавление данного пункта для многокорневых зубов было бы целесообразным, так как критичные изменения в этой зоне будут влиять на прогноз и планирование лечения несмотря на благоприятный прогноз по вышеназванным пунктам классификации.

#### **Список литературы:**

1. Donnermeyer, D. Therapie einer externen invasiven zervikalen Resorption / D. Donnermeyer. // Endodontologie. – 2025. – URL: <https://www.zwp-online.info/mediacenter/galerie/therapie-einer-externen-invasiven-zervikalen-resorption/6427> (date of access: 13.09.2025).
2. Baumann M. A. Farbatlanten der Zahnmedizin – Endodontologie / M.A. Baumann, R. Beer. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2007. – 339 p.

3. Widbiller M. Pathologie und Management von Wurzelresorptionen / M. Widbiller // Zahnmedizin. – URL: <https://dentalwelt.spitta.de/zahnmedizin/pathologie-und-management-von-wurzelresorptionen/> (date of access: 13.09.2025).

4. External cervical resorption: a three-dimensional classification / S. Patel, F. Foschi, F. Mannocci, K. Patel // International endodontic journal. – 2018. – №51. – P. 206–214.

5. ESE position statement on root resorption / S. Patel, G. Krasl, R. Weieger, [et al.] // International endodontic journal. – 2023. – №56. – P. 792–801.