

УДК 616.314-007.274

Е.В. Честных, Е.Д. Наумова

АНОМАЛИЯ *DENS INVAGINATUS* (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава России*

В статье представлено клиническое наблюдение, демонстрирующее особенности редкой аномалии развития коронки «зуб в зубе», II тип, которое характеризуется внедрением внешних твердых тканей зуба в пульпу. Обсуждается выбор оптимальной терапии.

Ключевые слова: инвагинация зуба, «зуб в зубе», боковой резец верхней челюсти.

ANOMALY *DENS INVAGINATUS* (CLINICAL OBSERVATION)

E.V. Chestnyh, E.D. Naumova

Tver State Medical University

The article presents a clinical observation demonstrating the features of a rare anomaly of the crown development «tooth-in-tooth», type II, which is characterized by the introduction of external hard tissues of the tooth into the pulp. The choice of optimal therapy is discussed.

Key words: dental invagination, «dens in dente», lateral incisor of the upper jaw.

Введение

Этиология инвагинации зуба точно не известна, однако, некоторые данные свидетельствуют о наследственном компоненте. Считается, что давление роста зубной дуги приводит к изгибу эмалевого органа [1–4]. Инвагинация зубов чаще встречается у китайцев, японцев, американских аборигенов и эскимосов по сравнению с европейцами и выходцами с африканского континента [5, 6]. По данным E.J. Novland и R.M. Block, заболеваемость находится в пределах от 0,04 до 10%. Инвагинация зубов примерно в 85% случаев встречается в области боковых резцов верхней челюсти, а также в области клыков, премоляров и моляров, в редких случаях – в области зубов нижней челюсти. Чаще патология наблюдается как с двух сторон челюсти, так и в области мезиоденс – от 35,2 до 69% пациентов. Очевидно, что частота встречаемости данной аномалии определяет ее клиническое значение [2, 5–7].

Патологию можно выявить уже в возрасте от 7 до 10 лет [8–10] на основании клинических и рентгенологических данных [11–13]. Более тщательно осматриваются боковые резцы верхней челюсти, особенно их небная поверхность на наличие борозд и углублений. Классическим признаком инвагинации является втяжение в зоне слепой ямки. Другим проявлением может быть неправильная форма коронки – в виде бочки, шипа или конуса. Шейка зуба шире обычной или разделена на 2 части. При умеренной инвагинации возникает лишь одиночная линия, которая часто клинически остается недооцененной. Если коронка зуба имеет большой размер и выраженный бугорок с небно-дистальной бороздой, можно предполагать инвагинацию зуба [14]. При обнаружении аномалии обязательно осматриваются одноименные зубы на другой стороне челюсти [15, 16]. Необычная форма коронки может вызывать задержку прорезывания.

Внедрение твердых тканей зуба в его внутреннюю полость имеет разную форму [5, 7, 14, 17].

Наиболее информативным методом диагностики инвагинации соответствующих зубов является рентгенологическое исследование [18–20], которое позволяет установить протяженность и конфигурацию патологии, качество апикальных тканей, размеры и форму верхушечного отверстия. В зависимости от проекции снимка рентгенограмма показывает наличие сообщений инвагинации с пародонтом и пульпой. В особо сложных случаях желательнее проводить томографию [18–20]. В процессе диагностики проверяется также жизнеспособность пульпы [13, 15, 16]. В 1957 г. P.A. Oehlers предложил классифицировать аномалию в зависимости от ее тяжести [5, 6, 21]:

- тип I – минимальная инвагинация, покрытая эмалью; локализована в пределах коронки зуба и не распространяется апикальнее цементно-эмалевого соединения;
- тип II – инвагинация покрыта эмалью и распространяется внутрь пульпарной камеры, но остается в пределах корневого канала без сообщения с периодонтальной связкой;
- тип IIIА – инвагинация распространяется через корень и латерально соединяется с периодонтальной связкой через псевдоотверстие. При этом обычно отсутствует сообщение с пульпой зуба, находящейся в сдавленном состоянии внутри корня;
- тип IIIВ – инвагинация распространяется через корень и сообщается с периодонтальной связкой в области апикального отверстия. Сообщение с пульпой зуба при этом отсутствует.

Инвагинацию зуба следует оценивать как аномалию, которая требует тщательного наблюдения [22]. Планирование лечения играет важную

роль в прогнозе. Лечение не показано при отсутствии сообщения инвагинации с полостью рта и изменений на рентгенограмме, рекомендовано наблюдение [23, 24].

Эндодонтическое лечение проводят в следующих случаях [23–25]:

- 1) при наличии разряжения в периапикальных тканях;
- 2) при нежизнеспособности пульпы;
- 3) при наличии сообщений между внутренними полостями зуба и пародонтом.

Оптимальный вариант эндодонтического лечения – полное устранение (высверливание) инвагинации. В результате образуется один широкий канал, который обрабатывается по стандартной схеме, что возможно только при незначительных размерах патологии [1, 11, 12, 19]. Возможности эндодонтического лечения ограничены и при слишком широком верхушечном отверстии и истонченных стенках корня. Может применяться апексификация – пломбирование канала препаратами гидроксида кальция или минерал триоксид агрегата с постановкой временной пломбы. Лечение заканчивается герметизацией устьев каналов и восстановлением коронковой части [23–25].

Хирургическое вмешательство предусматривает доступ к каналам и полости зуба через боковую поверхность десны [23, 24], проводится при II и III типах патологии, воспаленной или некротизированной пульпе. Необходимость в хирургическом лечении возникает обычно при неудачном эндодонтическом лечении и затрудненном доступе к внутренним полостям зуба в отсутствие возможности провести ортоградную obturацию [7, 10, 12, 23, 24].

Протокол хирургического лечения зависит от клинической ситуации. Чаще всего во время хирургического вмешательства резорбции верхушки корня и проводится ретроградное пломбирование. Удаление зуба проводится при невозможности применить хирургическое или эндодонтическое лечение. Решение об удалении принимается обычно в следующих случаях [7, 10, 21, 24]:

- 1) форма коронковой части имеет неустраняемые реставрацией функциональные и/или эстетические дефекты;
- 2) мезиоденс;
- 3) широкое верхушечное отверстие;
- 4) внутренняя и наружная форма и состояние корней исключает возможность эндодонтического и хирургического вмешательства.

Клиническое наблюдение

Пациент Б. 45 лет обратился в клинику с жалобами на приступообразную боль в зубе 3.2, усиливающуюся при накусывании.

Общее состояние при обращении удовлетворительное. Лицо симметричное. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Слизистая оболочка в области зуба 3.2 без видимых патологических изменений, бледно-

розового цвета, умеренно-влажная. Коронка зуба 3.2 конусообразной формы, шейка зуба разделена на две части, на вершине коронковой части зуба 3.2 отмечается втяжение в виде складки. Вертикальная перкуссия зуба 3.2 резко положительная.

На прицельной рентгенографии зуба 3.2 пульповая камера почти вся заполнена образованием, идентичным по рентгеноконтрастности эмали и дентину зуба (рис. 1).

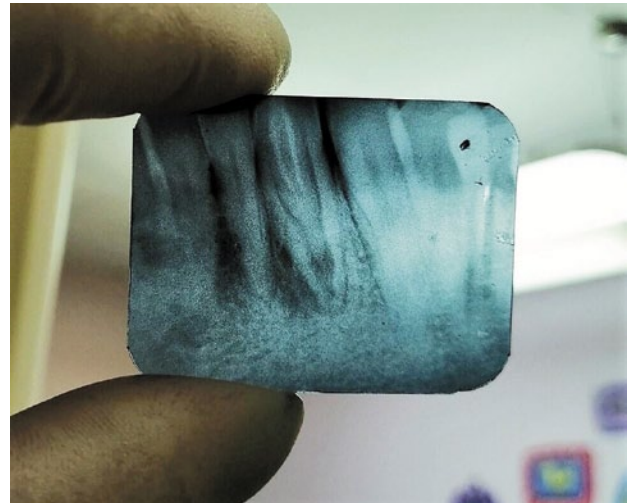


Рис. 1. Аномалия *dens invaginatus* II типа по Oehlers зуба 3.2

На основании клинических и рентгенологических данных врач пришел к следующему заключению: после полного устранения (высверливания) инвагинации из полости зуба произойдет истончение стенок корня зуба 3.2, что приведет к фрактуре зуба. Более того, после создания доступа к полости зуба 3.2 его коронку будет невозможно восстановить ни терапевтическим, ни ортопедическим путями. Было принято решение об удалении зуба 3.2.

Диагноз: острый апикальный периодонтит зуба 3.2 (K04.4), III тип (Oehlers) инвагинации зуба 3.2 (K00.2).

Лечение. Под местной анестезией произведено удаление зуба 3.2. (рис. 2.)



Рис. 2. Продольный разрез зуба 3.2

Заключение

Патология «зуб в зубе» встречается довольно редко в ежедневной стоматологической практике. Но оценивая необычную форму коронки зуба, эндодонтист должен предположить наличие вероятной анатомической аномалии. Правильный диагноз и успешное лечение зубов с инвагинацией зависят от тщательного клинического обследования и данных рентгенологического исследования системы корневых каналов, в том числе с выполнением рентгенограмм в разной проекции. В более сложных клинических случаях важным вспомогательным инструментом является конусно-лучевая компьютерная томография челюсти (КЛКТ).

Литература/References

1. *Беляков, Ю.А.* Наследственные патологии эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований / Ю.А. Беляков, В.М. Елизарова, В.А. Кротов, О.Е. Блинная. – Текст: непосредственный // *Стоматология*. – 2000. – № 1. – С. 8–9.
2. *Беляков, Ю.А.* Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике / Ю.А. Беляков. – М.: Ортодент Инфо, 2000. – 294 с. – Текст: непосредственный.
3. *Beljakov, Ju.A.* Nasledstvennye zabojevanija i sindromy v stomatologičeskoj praktike / Ju.A. Beljakov. – M.: Ortodont Info, 2000. – 294 s. – Tekst: neposredstvennyj.
4. An unusual triad: microdontia, taurodontia and dens invaginatus / P.S. Casamassimo, A.J. Nowak, R.L. Ettinger, D.J. Schlenker DJ. – Text: visual // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. – 1978. – Vol. 45. – P. 107–112.
5. *Dens invaginatus* / A. Lussi, B. Suter, M. Baumgart [et al.]. – Text: visual // *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*. – 2009. – № 7. – P. 697–705.
6. *Huslmann, M.* Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis and treatment considerations / M. Huslmann. – Text: visual // *Int. Endod. J.* – 1997. – № 3. – P. 79–90.
7. *Фадеев, Р.А.* Классификации зубочелюстных аномалий. Система количественной оценки зубочелюстно-лицевых аномалий / Р.А. Фадеев. – Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2011. – 68 с. – Текст: непосредственный.
8. *Fadeev, R.A.* Klassifikacii zubočeljušnyh anomalij. Sistema količestvennoj ocenki zubočeljušno-licevyh anomalij / R.A. Fadeev. – Sankt-Peterburg: Jeko-Vektor, 2011. – 68 s. – Tekst: neposredstvennyj.
9. *George, R.* A rare case of dens invaginatus in a mandibular canine / R. George, A. Moule, I. Walsh. – Text: visual // *Aust. Endod. J.* – 2010. – Vol. 36. – P. 83–86.
10. *Олейник, Е.А.* Результаты исследования твердых тканей зубов у лиц с аномалиями структуры твердых тканей зубов / Е.А. Олейник. – Текст: непосредственный // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2008. – № 1. – С. 36–38.
11. *Olejnik, E.A.* Rezul'taty issledovanija tverdyh tkanej zubov u lic s anomalijami struktury tverdyh tkanej zubov / E.A. Olejnik. – Tekst: neposredstvennyj // *Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika*. – 2008. – № 1. – S. 36–38.
12. *Флис, П.С.* Детское зубное протезирование: учебник / П.С. Флис. – Киев: Медицина, 2011. – 192 с. – Текст: непосредственный.

Flis, P.S. Detskoe zubnoe protezirovanie: učebnik / P.S. Flis. – Kiev: Medicina, 2011. – 192 s. – Tekst: neposredstvennyj.

10. *Rotstein, I.* Endodontic therapy for dens invaginatus in a maxillary second premolar / I. Rotstein, A. Stanholz, S. Freidman. – Text: visual // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*. – 1987. – Vol. 63. – P. 237–240.
11. *Kronfeld, R.* Dens in dente / R. Kronfeld // *J. Dent Res*. – 1934. – № 14. – P. 49–66.
12. *Sosa, X.* Diagnosis and endodontic treatment of the lateral incisors of the upper jaw with the invagination of the tooth: a series of clinical cases / X. Sosa, H. Pereira, E. Burghera. – Text: visual // *Dental IQ J.* – 2014. – № 44. – P. 79–87.
13. *Girisch, W.J.* Microscopic removal of dens invaginatus / W.J. Girisch, T.V. McClammy. – Text: visual // *J. Endodon.* – 2002. – Vol. 28. – P. 336–339.
14. *Дистель, В.А.* Зубочелюстные аномалии и деформации: основные причины развития / В.А. Дистель, В.Г. Сунцов, В.Д. Вагнер. – М.: Медицинская книга; Н. Новгород: НГМА, 2001. – 102 с. – Текст: непосредственный.
15. *Distel', V.A.* Zubočeljušnyje anomalii i deformacii: osnovnye pričiny razvitija / V.A. Distel', V.G. Suncov, V.D. Vagner. – M.: Medicinskaja kniga; N. Novgorod: NGMA, 2001. – 102 s. – Tekst: neposredstvennyj.
16. *Yeh, S.C.* Dens invaginatus in the maxillary lateral incisor: treatment of 3 cases / S.C. Yeh, T.T. Lin, S.Y. Lu – Text: visual // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radio Endod.* – 1999. – Vol. 87. – P. 628–631.
17. *Nonsurgical endodontic treatment of type III dens invaginatus in maxillary canine: an 18-month follow-up* / A. Kusgoz, T. Yildirim, S. Kayipmaz, S. Sancaoglu. – Text: visual // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radio Endod.* – 2009. – Vol. 107. – P. 103–106.
18. *Hovland, E.J.* Nonrecognition and subsequent endodontic treatment of dens invaginatus / E.J. Hovland, R.M. Block. – Text: visual // *J. Endod.* – 1977. – Vol. 9, № 3. – P. 360–362.
19. *Bilateral mesiodens in monozygotic twins: 3D diagnostic and management* / C.V. Gurgel, A.L. Soares Cota, T.Y. Kobayashi [et al.]. – Text: electronic // *Case Rep. Dent.* – 2013; 2013; 193614. doi: 10.1155/2013/193614.
20. *The diagnosis and conservative treatment of a complex type 3 dens invaginatus using cone beam computed tomography (CBTC) and 3D plastic models* / A. Kfir, Y. Telishevsky-Strauss, A. Leitner, Z. Metzger. – Text: visual // *Int. Endod. J.* – 2013. – Vol. 46. – P. 275–288.
21. *Reddy, Y.P.* Management of dens invaginatus diagnosed by spiral-computed tomography: a case report / Y.P. Reddy, K. Karpagavinayagam, C.V. Subbarao. – Text: visual // *J. Endod.* – 2008. – Vol. 34. – P. 1138–1142.
22. *Oehlers, P.A.* Dens invaginatus I, variations of the invagination prosea and associated anterior crown forms, & II associated posterior crown forms and pathogenesis / P.A. Oehlers. – Text: visual // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radio Endod.* – 1957. – № 11. – P. 1251–1260.
23. *Vijay, J.* Non-surgical management of infected type III dens invaginatus with vital surrounding pulp using contemporary endodontic techniques / J. Vijay. – Text: visual // *Aust. Endod. J.* – 2008. – Vol. 34. – P. 4–11.
24. *Jung, M.* Endodontic treatment of dens invaginatus type III with three root canals and open apical foramen / M. Jung. – Text: visual // *Int. Endod. J.* – 2004. – Vol. 37. – P. 205–213.
25. *Castelluci, A.* The apical barrier technique in a «dens in dente» / A. Castelluci. – Text: visual // *Dent Today*. – 2005. – Vol. 24. – № 9. – P. 78–82.
26. *Орешкин, И.В.* Эндодонтическое лечение при аномалии развития *Dens invaginatus* (клинический случай) / И.В. Орешкин, И.Н. Лихошерстова, Н.А. Мат-

веева. – Текст: непосредственный // Труды XXII Всероссийской научно-практической конференции, XXII Краевой научно-практической конференции, посвященных 40-летию специальности «Стоматология» Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого. – Красноярск: КрасГМУ, 2018. – С.182–186.

Oreshkin, I.V. Jendodontическое лечение при аномалии развития Dens invaginatus (klinicheskiy sluchaj) / I.V. Oreshkin, I.N. Lihosherstova, N.A. Matveeva. – Tekst: neposredstvennyj // Trudy NNI Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii, NNI Kraevoj nauchno-prakticheskoj

konferencii, posvjashennyh 40-letiju special'nosti «Stomatologija» Krasnojarskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta imeni professora V.F. Vojno-Jaseneckogo. – Krasnojarsk: KrasGMU, 2018. – S.182–186.

Честных Елена Валерьевна (контактное лицо) – к. м. н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. (4822) 34-86-41; e-mail: elenachestnyh@mail.ru.

УДК 378.14 : 001.891

К.Б. Баканов

РОЛЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ И НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВУЗА

*Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России*

В статье представлен анализ проводимых в Тверском государственном медицинском университете научно-практических мероприятий за 2010–2019 годы. Подробно описаны виды этих мероприятий и их особенности. Показана роль конференций в развитии непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Тверской области.

Ключевые слова: научно-практические мероприятия, конференция, непрерывное медицинское и фармацевтическое образование, образовательные мероприятия, врачи, медицинские работники.

THE ROLE OF SCIENTIFIC AND PRACTICAL ARRANGEMENTS OF TVER STATE MEDICAL UNIVERSITY IN ITS EDUCATIONAL AND SCIENTIFIC ACTIVITIES

K.B. Bakanov

Tver State Medical University

The article presents an analysis of scientific and practical arrangements held at Tver State Medical University in 2010–2019. The types and features of these events are described in detail. The role of conferences in the development of continuing medical and pharmaceutical education in the Tver region is demonstrated.

Key words: scientific and practical arrangements, conference, continuing medical and pharmaceutical education, educational events, doctors, medical professionals.

Введение

Современная наука развивается стремительными темпами, новые научные разработки поражают своей неожиданностью, глубиной исследований, грандиозными шагами вперед в той или иной области науки [1]. Многие научные достижения в разных областях знаний прямо или косвенно затрагивают различные направления и отрасли медицины. В настоящее время научный прогресс непосредственно связан с развитием медицины. Резкое увеличение объема медицинской информации и скорости ее обновления, появление высокотехнологичных методов диагностики и лечения обозначили проблемы совершенствования технологий отечественного медицинского

образования. Российское здравоохранение испытывает высокую потребность в квалифицированных специалистах, и это обуславливает необходимость непрерывного совершенствования системы подготовки медицинских работников [2–3].

Именно поэтому планом деятельности Министерства здравоохранения (Минздрав) Российской Федерации на период с 2016-го по 2021 гг. намечен переход на практико-ориентированные образовательные технологии в условиях создания системы непрерывного профессионального образования. Она направлена на подготовку высококвалифицированных специалистов, мотивированных на постоянное совершенствование собственных знаний, умений и навыков,