

Клинический случай восстановления разрушенной коронковой части зуба, осложненной изменениями в области бифуркации

Николай Евгеньевич Митин, Дмитрий Николаевич Мишин,
Мирапия Александровна Егоркина*

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

Реферат

Разрушение коронки зуба следует расценивать как причину, приводящую со временем к нарушению морфофункционального единства зубного ряда и патологическому состоянию всей зубочелюстной системы. Несвоевременное лечение дефектов твердых тканей зубов приводит к функциональной дезорганизации зубочелюстной системы. Наиболее устраняемыми являются дефекты коронок зубов, определяющие качество эстетики, фонетики, функции откусывания и жевания. Разрушения коронок зубов, не вызывающие значительных нарушений вышеперечисленных функций, протекают безболезненно и практически бессимптомно. В подобных случаях деформации зубных рядов и прикуса, дисфункции жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, а также развитие патологических изменений в периодонте происходят медленно. Большое значение имеют ранняя диагностика патологической перестройки зубочелюстной системы и знание патогенеза возможных осложнений после удаления зубов, которые определяют показания к проведению профилактического ортопедического стоматологического лечения. В статье описан клинический случай восстановления разрушенной коронковой части зуба 3.6, осложненной изменениями в области бифуркации. Больному проведена коронорадикулярная сепарация с использованием литых культевых вкладок, что позволило восстановить достаточную величину культевой части зуба, функцию и анатомическую форму зуба, тем самым целостность зубного ряда.

Ключевые слова: дефекты коронок зубов, коронорадикулярная сепарация, штифтовая культевая вкладка, цельнолитая коронка с промывным пространством.

Для цитирования: Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Егоркина М.А. Клинический случай восстановления разрушенной коронковой части зуба, осложненной изменениями в области бифуркации. *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (5): 825–828. DOI: 10.17816/KMJ2018-825.

A clinical case of restoration of the destroyed crown part of the tooth complicated by changes in the bifurcation area

N.E. Mitin, D.N. Mishin, V.F. Egorkina
Ryazan State Medical University n.a. I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

Abstract

The destruction of the tooth crown should be regarded as the cause leading over time to the disruption of the morphofunctional unity of the dentition and pathological condition of the entire dentoalveolar system. Untimely treatment of defects of hard tooth tissues leads to functional disorganization of the dentoalveolar system. The most eliminated defects are those of crowns of teeth determining the quality of aesthetics, phonetics, functions of biting and chewing. The destruction of the tooth crowns, which do not cause significant disruption of the above functions, are painless and almost asymptomatic. In such cases, deformation of the dentition and occlusion, dysfunction of masticatory muscles and temporomandibular joints as well as the development of pathological changes in periodontium occur slowly. Of great importance are the early diagnosis of pathological reconstruction of dentoalveolar system and the knowledge of pathogenesis of possible complications after the extraction of the teeth that determine the indica-

tions for prophylactic orthopedic dental treatment. The article presents a clinical case of restoration of destructed tooth crown 3.6 complicated by changes in bifurcation area. The patient underwent coronary-radicular separation with the use of cast metal cores, which allowed restoration of the sufficient size of the stump, function and anatomical shape of the tooth and hence the unity of dental arch.

Keywords: defects of tooth crowns, coronary-radicular separation, pin cult tab, solid crown with rinsing space.

For citation: Mitin N.E., Mishin D.N., Egorkina V.F. A clinical case of restoration of the destroyed crown part of the tooth complicated by changes in the bifurcation area. *Kazan medical journal*. 2018; 99 (5): 825–828. DOI: 10.17816/KMJ2018-828.

Введение. Недооценка профилактической значимости восстановления коронковой части зуба при сохранении корней в повседневной стоматологической практике ведет к неоправданному их удалению. Это обуславливает неизбежную резорбцию межзубных перегородок и снижение функциональных возможностей пародонта соседних зубов. Кроме того, разрушение коронки зуба приводит к морфологическим и функциональным изменениям зубочелюстной системы: деформации зубных рядов (конвергенции рядом стоящих зубов, зубоальвеолярному удлинению в области зубов-антагонистов), деформации прикуса, дисфункции жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов [1].

По этим причинам восстановление коронковой части зуба является не только лечебным, но и профилактическим мероприятием. Ортопедическое стоматологическое лечение обеспечивает возможность использовать сохранившийся пародонт зуба с полностью разрушенной коронкой, восстанавливать целостность и единство зубного ряда [1].

В 99 % случаях у пациентов с разрушенной бифуркацией зубов моляров нижней челюсти происходит удаление 3.6; 4.6; 3.7; 4.7 зубов, но при наличии определенных условий данные зубы можно сохранить и провести их рациональное протезирование [1].

Для сохранения зубов, а именно моляров нижней челюсти, реже верхней челюсти, когда очаг деструкции кости располагается в области бифуркации или трифуркации, применяют хирургическое лечение — коронорадикулярную сепарацию [2, 3].

Под проводниковой и инфильтрационной анестезией артикаин + эпинефрин выполняют разрез и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так, чтобы обеспечить хороший обзор места бифуркации [2].

С помощью алмазных дисков, боров и фасонных головок зуб рассекают на две части и сглаживают нависающие края. Проводят кюретаж в области бифуркации корня зуба. Заполняют послеоперационную полость биоматериалами — остимом-100, коллаполлом, коллапаном, кальция гидрофосфатом (гидроксилапатитом)

и др. Осуществляют гемостаз и обработку раны. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают в прежнее место и фиксируют его швами. На рану накладывают на 10–15 мин. стерильный марлевый шарик [4].

Осуществляют эндодонтическую подготовку каналов зуба, корни зуба подготавливают к фиксации культевых вкладок [3].

В настоящее время известно большое число разнообразных конструкций этих протезов, обязательным элементом которых является штифт — опора искусственной коронки.

Стоматологическая промышленность предлагает большую палитру стандартных штифтов, имеющих различное эстетическое, морфофункциональное назначение и конструкционные особенности, преимущества которых порой не бесспорны.

По этим причинам замещение дефектов твердых тканей зубов вкладками во многих случаях оказывается более надежным, чем пломбирование.

В тех случаях, когда восстановление анатомической формы коронки зуба пломбированием невозможно или неэффективно, применяются искусственные коронки, которые изготавливаются, как правило, в двух случаях: при необходимости восстановления анатомической формы разрушенной коронковой части зуба, т.е. применяется как самостоятельный вид зубного протеза, и в качестве опорной части протезов других конструкций [1].

Прежде чем удалить корень, нужно тщательно взвесить все возможности для восстановления анатомо-физиологической функции зуба [5].

Клинический случай восстановления разрушенной коронковой части зуба 3.6, осложненной изменениями в области бифуркации.

Пациент А., 21 г. обратился в клинику с жалобами на разрушение коронковой части зуба на нижней челюсти слева.

Со слов пациента зуб лечен около года назад по поводу пульпита, около 3-х дней назад, во время приема пищи пломба выпала.

Объективный осмотр: коронка зуба 3.6 разрушена на 2/3 (ИРОПЗ > 0,8). Ферул сохранен на 2–3 мм над уровнем десны. Реакция на



Рис. 1. Зуб 3.6.



Рис. 2. Прицельный рентгеновский снимок зуба 3.6.



Рис. 3. Проведение операции коронарно-радикулярной сепарации.



Рис. 4. Состояние зуба 3.6 по истечении 4 месяцев.

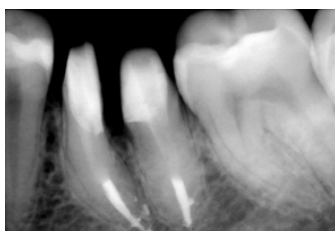


Рис. 5. Отдельно стоящие корни зуба 3.6 на прицельной рентгенограмме.



Рис. 6. Литые культевые вкладки.



Рис. 7. На корни зуба 3.6 зафиксированы вкладки цементом GC Fuji I.



Рис. 8. Искусственная цельнолитая коронка с промывным пространством.

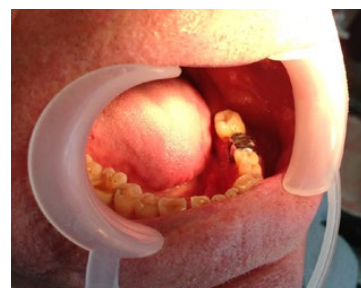


Рис. 9. Зафиксированная коронка на зуб 3.6.

температурные раздражители безболезненная. Перкуссия зуба безболезненная. Пальпация в области корней зуба 3.6 безболезненная. Подвижность зуба отсутствует. Устья корневых каналов закрыты изолирующей пломбой из стеклоиономерного цемента (СИЦ). Слизистая оболочка переходной складки розовая, умеренно увлажнена (рис. 1).

На прицельном рентгеновском снимке зуба 3.6 корневые каналы obturated до верхушки, видимых патологических изменений не выявлено, но в области бифуркации корней зуба 3.6 обнаружено разрежение костной ткани диаметром 0,3–0,5 мм. При диагностическом

препарировании зуба 3.6 выявлена перфорация дна (рис. 2).

Диагноз: зуб 3,6: K02.1, K04.5.

Рекомендовано:

- 1) Провести операцию коронорадикулярной сепарации корней зубов 3.6;
- 2) Восстановление корней зуба 3.6 литыми культевыми вкладками;
- 3) Рациональное протезирование искусственной литой коронкой с промывным пространством.

Лечение:

1 этап: врачом-стоматологом-хирургом была произведена операция коронарно-радикулярной

сепарации корней с заполнением межкорневого пространства костным материалом «Биос», произведено ушивание раны (рис. 3).

2 этап, 1 посещение: по истечении 4 месяцев произведена объективная и рентгеновская оценка состояния зуба.

При объективном исследовании в области зуба 3.6 расположены две культя зуба одиночно стоящие выше уровня десны. Перкуссия безболезненна, подвижность отсутствует, пальпация безболезненна по переходной складке (рис. 4).

При рентгеновском исследовании: на прицельной рентгенограмме визуализируются отдельно стоящие корни зуба 3.6 (рис. 5).

Периодонтальная щель не расширена, визуальные признаки периодонтита не выявлены, корневые каналы запломбированы до верхушки.

Препарирование медиального и дистального корней под литые культевые вкладки.

Вкладки смоделированы прямым способом при помощи беззолных штифтов и PATTERN RESIN LS 1-1 PKG (GC), отлиты из КХС (рис. 6).

Произведена медикаментозная обработка корневых каналов 2 % раствором хлоргексидина и высушивание бумажными штифтами. Пломбирование каналов кальций содержащей пастой «Кальсепт», постановка временной пломбы «Цемион».

2 этап, 2 посещение: снята временная пломба, прохождение корневых каналов, пришлифовка, припасовка вкладок, произведена медикаментозная обработка корневых каналов 2 % раствором хлоргексидина и высушивание бумажными штифтами, медикаментозная обработка вкладок 70 % спиртом, высушивание вкладок и фиксации вкладок на GC Fuji I (рис. 7).

3 этап, 3 посещение: Препарирование культы зуба 3.6. под искусственную цельнолитую коронку с промывным пространством.

Сняты рабочий и вспомогательные оттиски А-силиконом «Silagum».

Произведено определение центральной окклюзии «Occlufast Rock».

3 этап, 4 посещение: примерка, припасовка искусственной цельнолитой коронки с промывным пространством на зуб 3.6 (рис. 8).

3 этап, 5 посещение: Произведена медикаментозная обработка культы зуба 3.6 и коронки 2 % раствором хлоргексидина, высушивание, фиксация коронки на GC Fuji I, анатомическая форма коронки зуба 3.6 восстановлена, лечение завершено (рис. 9).

Контроль посещения через 7 дней.

Объективно: слизистая оболочка в области корней бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, при пальпации безболезненна,

перкуссия зуба безболезненна.

Контрольный осмотр через 6–12 месяцев.

Контрольный осмотр через 6 месяцев показал хорошие прогностические результаты.

На прицельном рентгеновском снимке убыли костной ткани в области бифуркации корней не отмечается.

Рекомендации: профилактический осмотр 1 раз в 6 месяцев при плановой санации рта.

ВЫВОДЫ

Коронорадикулярная сепарация является методом лечения двухкорневых зубов при перфорации в области бифуркации корней.

Использование литых культевых вкладок позволяет восстановить достаточную величину культевой части зуба.

Цельнолитая искусственная коронка с промывным пространством восстанавливает функцию и анатомическую форму зуба, тем самым целостность зубного ряда.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д., Ряховский А.Н. *Ортопедическая стоматология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 824 с. [Lebedenko I.Yu., Arutyunov S.D., Ryakhovskiy A.N. *Ortopedicheskaya stomatologiya. Natsional'noe rukovodstvo*. (Orthopedic stomatology. National guide.) Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 824 p. (In Russ.)]
2. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н. и др. *Способ лечения моляров нижней челюсти при деструкции в области бифуркации корней*. Патент на изобретение: № 2540366. Дата регистрации: 05.06.2013. [Korotkikh N.G., Mitin N.E., Mishin D.N. et al. *Method of treating lower molars accompanying destruction in root bifurcation*. Patent for invention No 2540366, issued on 05.06.2013. (In Russ.)]
3. Робустова Т.Г. *Хирургическая стоматология*. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ОАО Медицина. 2010; 688 с. [Robustova T.G. *Khirurgicheskaya stomatologiya. Uchebnik*. (Surgical dentistry. Textbook.) 4th ed. Moscow: Meditsina. 2010; 688 p. (In Russ.)]
4. Козлова В.А., Каган И. И. *Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология*. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014; 544 с. [Kozlova V.A., Kagan I.I. *Operativnaya chelyustno-litseвая khirurgiya i stomatologiya*. (Operative maxillofacial surgery and dentistry. Study guide.) Moscow: GEOTAR-Media, 2014; 544 p. (In Russ.)]
5. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н. и др. *Цельнолитая коронка с промывным пространством для восстановления анатомо-физиологической функции зуба после короно-радикулярной сепарации*. Патент на изобретение: № 2539419. Дата регистрации: 28.05.2013. [Korotkikh N.G., Mitin N.E., Mishin D.N. et al. *Wholecrown with a rinsing space to restore the anatomical and physiological function of the tooth after coronal-radicular separation*. Patent for invention: No 2539419, issued on 05.28.2013. (In Russ.)]