

Гемисекция зуба — альтернативный метод сохранения дистальной опоры несъемной ортопедической конструкции

Ю. Л. Писаревский

д. м. н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «ЧГМА»

Т. И. Марченок

ассистент кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «ЧГМА»

А. Ю. Васильченко

врач стоматолог-хирург клиники ГБОУ ВПО «ЧГМА»

А. М. Кудрявцева

врач стоматолог-терапевт клиники ГБОУ ВПО «ЧГМА»

Объем и качество восстановления утраченных функций жевательного аппарата во многом зависят от рационального выбора ортопедической конструкции. Обоснование метода ортопедического лечения затруднено при наличии концевых дефектов зубного ряда, когда на первый план выходят съемные конструкции зубных протезов либо дентальная имплантация. Вместе с тем, несмотря на развитие современных технологий, не все стоматологические кабинеты и не все пациенты могут позволить себе изготовление высокотехнологичных дорогостоящих зубных протезов. Поэтому для многих пациентов важной задачей является отдаление момента формирования концевой дефекта зубного ряда и сохранение возможности

изготовления недорогой несъемной ортопедической конструкции.

В клинической практике нередко встречается ситуация, когда недиагностированный кариес на встречных контактных поверхностях моляров провоцирует развитие локализованного пародонтита, формирование костного кармана и, как следствие, глубокого кариеса дистального корня одного и медиального корня другого моляра. Довольно часто такие зубы удаляют, обрекая пациента на концевой дефект зубного ряда и сложности при выборе рациональной ортопедической конструкции. Однако если патологический процесс не затрагивает второго корня пораженного зуба, альтернативным зубосохраняющим методом выступа-

ет его гемисекция. И здесь особенно важным является комплексный подход (хирургический и терапевтический) при подготовке корня для обеспечения надежного и долгосрочного результата. Рациональная комплексная подготовка позволяет использовать сохраненный корень в качестве опоры для несъемной ортопедической конструкции.

Клинический случай

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С., 35 лет, с жалобами на затрудненное пережевывание пищи справа.

Из анамнеза выявлено, что ранее пациенту проводилось ортопедическое лечение, в том числе, дефектов твердых тканей зубов 4.7, 4.8 металлическими штампованными коронками. При обследовании зубов 4.7, 4.8 выявлено кариозное разрушение твердых тканей коронковой части, восстановленное пломбировочным композиционным материалом химического отверждения. Величина ИРОПЗ (по Миликевичу В. Ю.) составила у зуба 4.7 — 0,8; у зуба 4.8 — 0,9. Краевое прилегание пломб нарушено, реакция на перкуссию безболезненная; при зондировании в области медиальной контактной поверхности зуба 4.8 обнаружен пародонтальный карман глубиной до 8 мм.

Слизистая оболочка полости рта без признаков воспаления, прикус по типу ортогнатического.

При рентгенологическом обследовании в области зубов 4.8, 4.7 выявлено разрушение межальвеолярной перегородки до 8 мм, очаг просветления в области дистального корня зуба 4.7 (кариес корня) с очагом деструкции костной ткани у верхушки размером 1,5х1,5 мм и у верхушки медиального корня зуба 4.8 размером 3,0х1,5 мм (рис. 1). Канал медиального корня зуба 4.8 заполнен пломбировочным материалом до 2/3 своей длины. Каналы медиального корня зуба 4.7 и дистального корня зуба

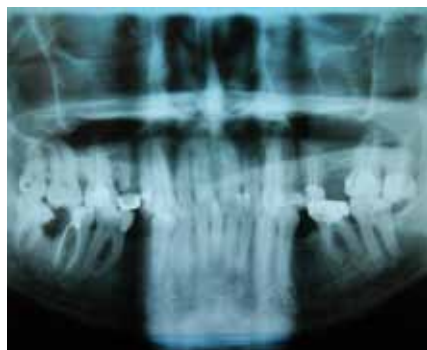


Рис. 1. Ортопантомограмма больного С. до лечения.

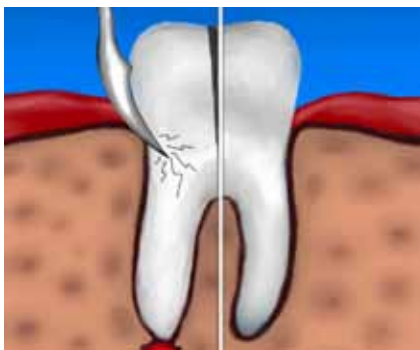


Рис. 2. Операция гемисекция (коронко-радикулярная сепарация).



Рис. 3. Подготовка твердых тканей коронковой части зубов.



Рис. 4. Фиксация культевых штифтовых вкладок на сохраненные корни зубов 4.7 и 4.8.

4.8 obturated with filling material throughout.

Выставлен диагноз: «Кариозная болезнь. Дефект твердых тканей зуба 4.7, ИРОПЗ — 0,8; зуба 4.8, ИРОПЗ — 0,9. Глубокий кариес дистального корня зуба 4.7, глубокий кариес медиального корня зуба 4.8. Хронический локализованный пародонтит средней степени тяжести в стадии ремиссии в области зубов 4.8, 4.7».

Обоснование плана лечения

Радикальные хирургические мероприятия по удалению зуба 4.7 и зуба 4.8 будут способствовать формированию одностороннего концевых дефекта на нижней челюсти у относительно молодого человека.

Отсутствие опоры у зубов-антагонистов 1.7 и 1.8 будет способствовать их зубоальвеолярному удлинению (феномен Попова — Годона), формированию окклюзионных деформаций и развитию дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

По данным рентгенографии, медиальный корень зуба 4.7 и дистальный корень зуба 4.8 имеют достаточную длину, каналы полностью obturated. В связи с этим рекомендовано сохранить непораженные корни зуба 4.7 и зуба 4.8 с помощью хирургического метода — гемисекции (коронко-радикулярная сепарация).

Перед гемисекцией была проведена терапевтическая ревизия каналов сохраняемых корней зубов 4.7 и 4.8, для чего они были механически распломбированы. Для усиления эффекта механической очистки каналов использовали ультразвуковой аппарат. Временную obturation дистального канала 4.8 и медиального канала 4.7 выполнили препаратом на основе гидроксида кальция с йодоформом. Через 14 дней провели постоянную obturation корневых каналов.

Операция гемисекции заключалась в распиливании коронки зуба на две части до уровня бифуркации, что приводило к разъединению корней (рис. 2). Пораженный корень удаляли и обрабатывали лунку хирургическим ультразвуковым аппаратом. После заполнения лунки кровяным сгустком на рану накладывали швы.

Через 3 месяца после операции пациент С. жалоб не предъявлял; слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была спокойной, без участков воспаления; на контрольной ортопантограмме нижней челюсти выявлено восстановление костного рисунка в области удаленных корней зубов 4.7 и 4.8. Данные клинического

и рентгенологического обследования явились основанием для планирования ортопедического лечения.

Для восстановления отсутствующих зубов 4.7 и 4.8 рекомендовано изготовление несъемной литой мостовидной конструкции с опорой на культевые штифтовые вкладки сохраненных корней. Для этого проведено препарирование твердых тканей сохраненной коронковой части зубов 4.7 и 4.8. (рис. 3). Каналы подготовленных корней раскрыты до 2/3 своей длины и получены оттиски корневых каналов с помощью силиконовой оттисковой массы. Косвенным методом изготовлены литые культевые штифтовые вкладки корней зубов 4.7 и 4.8, которые после припасовки зафиксированы на опорных тканях (рис. 4).

После фиксации культевых штифтовых вкладок в полости рта получены силиконовые оттиски с обеих челюстей и изготовлены разборные гипсовые модели (рис. 5).

Для восстановления сформированного включенного дефекта изготовлен литой мостовидный протез с опорой культевые штифтовые вкладки корней зубов 4.7 и 4.8 (рис. 6).

На завершающем этапе ортопедического лечения была проведена фиксация литой несъемной конструкции с опорой на сохраненные корни зубов 4.7 и 4.8 (рис. 7).



Рис. 5. Гипсовые разборные модели.

Если патологический процесс не затрагивает второго корня пораженного зуба, альтернативным зубосохраняющим методом выступает его гемисекция.

Во время плановых контрольных осмотров пациент С. жалоб не предъявлял, отмечает удобство и комфорт при приеме пищи. Объективно: опорные корни устойчивы, слизистая оболочка в области корней зубов 4.7 4.8 бледно-розового цвета, без признаков воспаления. На контрольной рентгенограмме отмечается однородность костного рисунка в области удаленных корней и окружающей костной ткани (рис. 8).

Таким образом, в данной клинической ситуации сохранение корней зубов 4.7 и 4.8 с помощью метода гемисекции предотвратило образование концевых дефекта зубного ряда, а следовательно, и вытекающие из этого осложнения функционального состояния жевательного аппарата. Данный метод не требует специальной подготовки больного, прост в исполнении и может иметь широкое применение в повседневной амбулаторной стоматологической практике. ■



Рис. 6. Литой мостовидный протез на гипсовой модели.



Рис. 7. Клиническая ситуация в полости рта больного С. после фиксации ортопедической конструкции.



Рис. 8. Ортопантомограмма больного С. через 6 мес. после ортопедического лечения.