

Клинический случай лечения зуба с подвижностью III степени и периодонтальной патологией под опору несъемного протеза

Л.Д. ВЕЙСГЕЙМ, д.м.н., проф.

Т.Н. ГОМЕНЮК, к.м.н., доц.

Кафедра стоматологии ФУВ с курсом стоматологии общей практики
Волгоградский государственный медицинский университет

Clinical case treatment of a tooth with the mobility of III degree and periodontal pathology under support dental prosthesis fixed

L.D. VEYSGEYM, T.N. GOMENYUK

Планирование ортопедического лечения является сложной задачей, когда пациент из-за финансовых ограничений не может позволить имплантаты и настаивает на сохранении подвижных зубов, длительно служивших опорой мостовидного протеза. Неблагоприятная тенденция в состоянии периодонта опорных зубов связана как с использованием витальных зубов для протезирования без учета показаний и противопоказаний, так и с техническими погрешностями при их эндодонтическом лечении на этапе подготовки пациента к протезированию. В представленном клиническом случае описывается повторное эндодонтическое лечение зуба 3.5, с подвижностью III степени, деструктивными изменениями в периодонте для последующего использования под опору несъемного протеза.

Клинический случай. В клинику обратилась пациентка N, 59 лет, с жалобами на боль при жевании и подвижность мостовидного протеза, изготовленного 25 лет назад. После сбора анамнеза было получено добровольное информированное согласие на обследование и лечение. При осмотре полости рта пациентки выявлена подвижность штампованного мостовидного протеза с опорой на зубы 3.5 и 3.7. Перкуссия зубов слегка болезненна. По переходной складке в проекции зуба 3.5 выявлена сглаженность, положительный симптом вазопареза, обнаружены множественные свищевые ходы с гнойным отделяемым. Пальпация альвеолярной десны и слизистой по переходной складке в проекции зуба 3.5 слегка болезненна. При рентгенографической

диагностике на ортопантомограмме пациентки (рис. 1) обнаружен очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области корня зуба 3.5, ранее леченного по поводу осложненного кариеса. Атрофия альвеолярного гребня нижней челюсти на 1/3 длины корня. Модифицированный периапикальный индекс PAI (Соловьева А. М., 1999) — 5 баллов: кортикальная пластинка в области вершины разрушена; область просветления в губчатой кости без рисунка костных балок; нечетко выражена граница дефекта, по периферии дефекта — область разрежения с расширением костномозговых пространств. Поставлен диагноз: зуб 3.5 «K04.6 Периапикальный абсцесс со свищем. K05. 3 Хронический пародонтит». После снятия мостовидного протеза: коронка зуба 3.5 разрушена выше уровня десны, перкуссия зуба слегка болезненна. Ткани зуба имеют розово-серый оттенок. Использование резорцин-формалиновой пасты в предыдущем эндодонтическом лечении подтвердилось при дезобтурации канала. Подвижность опорных зубов: зуба 3.5 — III степени, 3.7 — I степени.



Рис. 1. Ортопантомограмма. Исходная ситуация до начала лечения. Зуб 3.5: очаг деструкции костной ткани



Рис. 2. Зуб 3.5 на этапе эндодонтического лечения: в корневой канал введен препарат с гидроксидом кальция, заполнение свищевого хода



Рис. 3. Окончательная обтурация апикальной части корневого канала зуба 3.5 через 1 месяц после начала лечения

Рис. 4. Рентгенологическая картина через 2 месяца

Сложности повторного эндодонтического лечения после применения формальдегидсодержащих материалов связывают не только с дезобтурацией канала, но и с негативным влиянием формальдегида на процессы регенерации костной ткани [4]. Несмотря на это, после консультации с ортопедом, учитывая пожелания пациентки, было принято решение сохранить зуб. О возможных осложнениях и неудачах лечения пациентка была предупреждена. Мотивацией к риску со стороны пациентки служили боязнь хирургического вмешательства при удалении зубов, недоступность протезирования с использованием имплантатов из-за низкого уровня доходов, психологическое неприятие съемных протезов. Эндодонтическое лечение проводили в несколько посещений. При первом посещении: дезобтурация канала зуба 3.5 никель-титановым файлом Reciproc® №25 (VDW) [2], несмотря на то что нет официальных рекомендаций производителя по использованию данной системы в каналах, obturированных резорцин-формалиновой пастой [15]. Для определения рабочей длины использовали апекслокатор Paurex® 5 (VDW). Канал тщательно медикаментозно обработали с применением геля на основе ЭДТА и 3% раствора гипохлорита натрия, дистиллированной водой, высушили и заполнили препаратом Vitapex (NeoDentalChemical, Япония) (рис. 2) под временную пломбу из стеклоиономерного цемента. Через 30 дней удалили препарат из корневого канала, последовательно используя роторную систему файлов Mtwo (VDW), №30, 35, 40. Канал промыли 3% раствором гипохлорита натрия, высушили и провели трехмерную obturацию апикальной части канала гуттаперчевым штифтом №40/0.4 и силером 2Seal (VDW) методом вертикальной конденсации, используя технику Downpack и аппарат BeeFill Pack (VDW) (рис. 3). Полное закрытие свища по переходной складке в проекции зуба 3.5 наблюдали через две недели. Через один месяц отмечалась положительная динамика с отсутствием жалоб,

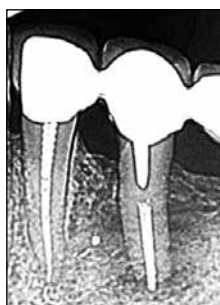


Рис. 5. Рентгенологическая картина через 6 месяцев после начала лечения

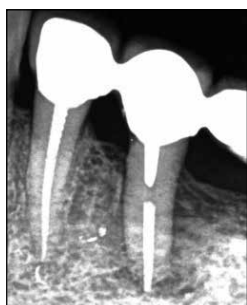


Рис. 6. Рентгенологическая картина через 12 месяцев после начала лечения

с уменьшением подвижности зуба до II степени. Через два месяца подвижность зуба 3.5 уменьшилась до I степени, с частичным восстановлением структуры костной ткани, рентгенологически подтверждаемым уменьшением очага деструкции (рис. 4). Коронка зуба была восстановлена ортопедом литой штифтовой вкладкой и использована под опору мостовидного протеза. Наш план лечения согласуется с результатами исследований других авторов, считающих, что зубы с относительно небольшой подвижностью, не превышающей норму более чем в 1,5–3,0 раза, обладают достаточными физиологическими резервами, их можно использовать в качестве опоры для несъемных протезов [7]. Учитывая влияние несъемных ортопедических конструкций на пародонт опорных зубов [1, 9], было решено использовать металлокерамическую конструкцию.

Через шесть месяцев после окончания ортопедического лечения опять применили модифицированный периапикальный индекс PAI для количественной оценки рентгенологических изменений в периапикальной области: кортикальная пластинка в области верхушки корня разрушена; область просветления (деминеализации) в губчатой кости; сохранен рисунок костных балок губчатой кости — 3 балла. Зафиксированы признаки успешного лечения согласно стандарту, разработанному Европейским обществом эндодонтистов: снятие болевых ощущений; отсутствие обострения воспалительного процесса, свища и симптома вазопареза, отсутствие чувствительности при перкуссии, патологической подвижности; сохранение функции зуба; наличие признаков регенеративных процессов в периапикальных тканях; редукция деструктивного периапикального процесса; сохранение плотного трехмерного obturирования корневого канала в установленных границах; отсутствие краевой щели, признаков рассасывания корневой пломбы.

Выводы

1. В случае планирования ортопедического лечения стоит проанализировать причины подвижности зубов, служивших опорой мостовидного протеза.
2. При готовности пациента к сотрудничеству в сохранении безнадежных зубов, несмотря на риск финансовых потерь, следует оценить возможные проблемы в будущем.
3. При наличии современного оборудования, инструментов, а также специалистов, мотивированных на успех, можно прогнозировать положительный результат при спасении безнадежных зубов.

Поступила 17.03.2016

Координаты для связи с авторами:
400005, г. Волгоград,
ул. 7-я Гвардейская, д. 17а — 15

Электронная версия
журнала «Эндодонтия today» на сайте
www.dentoday.ru