

Малоинвазивный метод удлинения коронковой части как альтернатива имплантации¹

М. ВЕЙНПРАЙТ, стоматолог-имплантолог*, проф. по ультразвуковой хирургии**,
*Клиника Dentalspecialists, г. Дюссельдорф, Германия, **Севильский университет, г. Севилья, Испания

Low-invasive method of lengthening the crown as an alternative to implants

M. WAINWRIGHT

Резюме: Появление современных материалов для терапевтической стоматологии существенно расширило возможности клиницистов по проведению реставраций сильно разрушенных зубов. В работе представлен клинический случай восстановления коронковой части разрушенного зуба. После пломбирования корневых каналов термафилами было проведено хирургическое удлинение коронковой части зуба. Затем зуб был восстановлен с помощью стекловолоконного штифта, зафиксированного на цемент двойного отверждения, и впоследствии покрыт коронкой из безметалловой керамики. В случаях фрактуры клинической коронки зуба хирургическое удлинение коронковой части и реставрация зуба с использованием системы post-and-core является хорошей альтернативой протезированию на имплантатах при условии отсутствия болевого синдрома, подвижности зуба в пределах нормы и возможности проведения качественного эндодонтического лечения.

Ключевые слова: реставрации зубов, фрактура клинической коронки зуба, стекловолоконный штифт, хирургическое удлинение коронки зуба, восстановление зуба на штифте.

Abstract: The emergence of modern materials for therapeutic dentistry significantly increased the possibility of clinicians to conduct restoration of severely damaged teeth. We present a clinical case of recovery of the damaged tooth crown. After the root canal obturation by thermafills a surgical lengthening of the tooth crown was conducted. Then the tooth was restored with the help of fiberglass post fixed on the dual-curing cement and subsequently covered with all-ceramic crown. In cases of fracture of the clinical crown of the tooth crown lengthening surgery and restoration of the tooth with the use of «post-and-core» system is a good alternative to prosthetics on implants in cases of absence of the pain, tooth mobility within the normal range and the possibility of providing high-quality endodontic treatment.

Key words: restoration of teeth, fracture of the clinical crown of a tooth, fiber-glass post, surgical lengthening of the crown of the tooth, the restoration of a tooth with the post.

Фрактура коронки в большинстве случаев заставляет клиницистов сделать выбор в пользу лечения, основанного на дентальной имплантации, а не на сохранении зуба. Участники конгрессов по имплантологии в своих докладах зачастую представляют такие впечатляющие результаты имплантации во фронтальном отделе после удаления зубов по поводу фрактуры коронки, что у слушателей возникает впечатление, что в подобной ситуации имплантация – единственный разумный выход. Данный клинический случай демонстрирует простой и малоинвазивный метод успешного сохранения зуба.

Мужчина 66 лет обратился с жалобами на фрактуру верхнего латерального резца слева (зуб 2.2). Откол коронки произошел на уровне десневого края, при обследовании наблюдалось точечное вскрытие пульпарной камеры. Тест на жизнеспособность пульпы зуба показал слабopоложительный результат. Жалоб на боль пациент не предъявлял. Подвижность зуба была в пределах нормы. По результатам осмотра и анализа прицельной рентгенограммы (рис. 1) пациенту были предложены возможные варианты лечения. Двумя годами ранее соседние зубы 2.1 и 2.3 были восстановлены цельнокерамическими коронками. Предложенные пациенту варианты изготовления несъемного мостовидного протеза или хирургическое лечение с немедленной установкой имплантата после экстракции корня были им отвергну-

ты. В итоге, обоюдным выбором лечащего врача и пациента стало сохранение зуба консервативным путем.

Пациента проинформировали о том, что сохранить зуб и изготовить искусственную коронку можно только после качественной обработки корневого канала, восстановления биологической ширины и при отсутствии симптомов воспаления. При невозможности соблюдения этих условий единственным решением станет удаление зуба и установка имплантата.

Протокол лечения

После обсуждения всех за и против было проведено эндодонтическое лечение зуба 2.2 под местной анестезией. Прохождение корневого канала осложнилось его частичной облитерацией. Канал был расширен до размера ISO 20 и подготовлен к obturации. Дальнейшее расширение канала было нецелесообразно из-за малого диаметра корня и высокого риска фрактуры в процессе раскрытия под штифт или под действием латеральной нагрузки.

В то же посещение канал был запломбирован термопластичным материалом (Thermafil®; Dentsply DeTrey, Германия) с герметиком Sealapex™ (SybronEndo, Германия) (рис. 2). Контрольная рентгенограмма показала, что канал запломбирован идеально (рис. 3).

Удлинение коронковой части было проведено четыре недели спустя. Как и все операции в нашей кли-

¹ Статья опубликована в журнале Roots №4/2011.



Рис. 1. На прицельной рентгенограмме – зуб 2.2, фрактура коронки



Рис. 2. Канал зуба 2.2 запломбирован термопластическим материалом

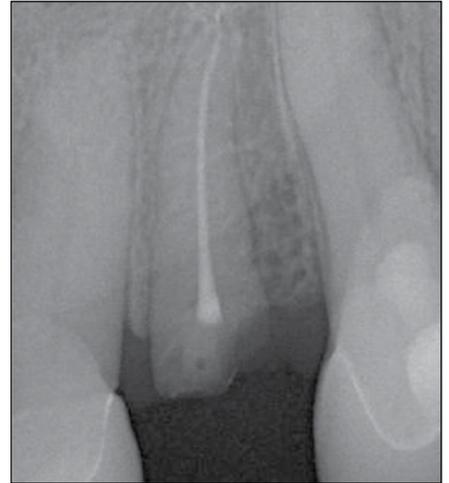


Рис. 3. На рентгенограмме – канал зуба 2.2 запломбирован идеально – *lege artis*



Рис. 4. Набор для удлинения коронки зуба (Acteon, Германия)



Рис. 5. Удлинение коронки зуба 2.2 с минимальными разрезами и использованием ультразвуковых инструментов



Рис. 6. Микрохирургические ушивание 8-0

нике, эта процедура проводилась с использованием ультразвуковых хирургических инструментов (Acteon, Германия). В данном случае хирург использовал набор, включающий несколько калиброванных инструментов с алмазным напылением (рис. 4). Под местной анестезией был сделан минимальный круговой разрез, что позволило отказаться от процедуры отслаивания обширного лоскута или послабляющих разрезов. С целью обеспечения достаточной биологической ширины и последующего изготовления коронки было проведено иссечение костной ткани на 2 мм апикально (Berglundh, 1992). Использование ультразвуковых хирургических инструментов позволяет проводить операции быстро, не нанося при этом лишних повреждений тканям, так как эти инструменты по сравнению с обычными ротационными позволяют снизить риск ятрогенного повреждения дентина корня (рис. 5). Далее операционная рана была ушита синтетической монофиламентной нитью (Trofilene 8-0; Stoma, Германия) (рис. 6).

Во фронтальном отделе необходимо микрохирургическое ушивание. Небрежность в этом вопросе приведет к возникновению рецессий и снижению эстетики.

Швы были сняты через семь дней. Заживление раны прошло без осложнений, пациент не предъявлял жалоб на боли или другие неприятные ощущения на протяжении всего лечения. Спустя еще неделю культя зуба была восстановлена с использованием штифта Fibrapost и системы Sealacore DC (Produits Dentaires, Швейцария) (рис. 7). Раскрытие корневого канала проводилось разверткой подходящего диаметра (в комплекте находятся четыре развертки разного размера) (рис. 8). Возможность использования специального ограничителя глубины погружения на развертке очень полезна, так как это способствует правильному определению рабочей



Рис. 7. Система Fibrapost и Sealacore DC (Produits Dentaires, Швейцария)

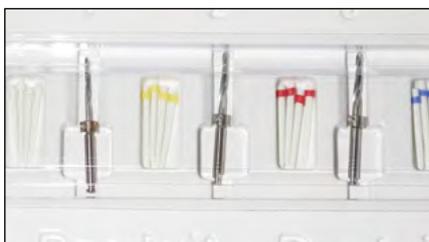


Рис. 8. Стекловолоконные штифты 4-х размеров и соответствующие им эндодонтические развертки

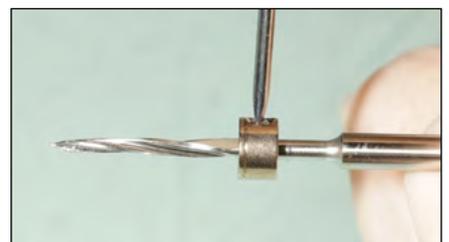


Рис. 9. Фиксация рабочей длины с помощью регулируемого ограничителя



Рис. 10. Раскрытие корневого канала с помощью развертки

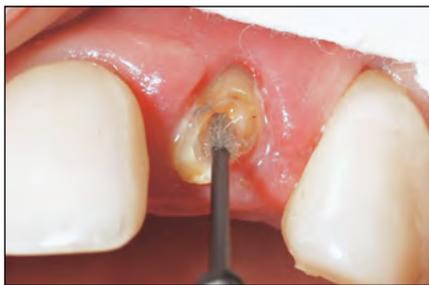


Рис. 11. Обработка стенок канала перед фиксацией анкерного штифта



Рис. 12. Внесение композитного цемента

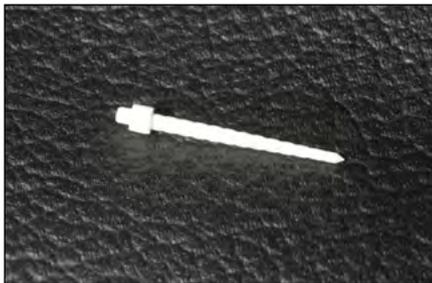


Рис. 13. Штифт Fibrapost с ретенционными бороздками (Produits Dentaires, Швейцария)



Рис. 14. Формирование культи зуба и подготовка к установке коронки



Рис. 15. Установлена цельнокерамическая коронка. Обратите внимание на здоровый вид маргинальной десны и десневых сосочков

длины и предотвращает излишне глубокое раскрытие канала (рис. 9, 10).

Препарирование корневого канала проводилось под обильной ирригацией. Затем стенки канала были обработаны самопротравливающей бондинговой системой (Sealacore DC; Produits Dentaires, Швейцария) (рис. 11). Композитный цемент на основе UDMA (Sealacore DC; Produits Dentaires, Швейцария) был внесен непосредственно в канал с помощью шприца и специальной насадки (рис. 12). Fibrapost – усиленный стекловолокном композитный анкерный штифт с ретенционными бороздками (рис. 13). При работе наши клиницисты используют исключительно безметалловые анкерные штифты, так как их биомеханические характеристики значительно выше, чем характеристики металлических штифтов. Одним из важных аспектов применения стекловолоконных штифтов является лучшее распределение вертикальной и латеральной жевательной нагрузки, связанное с их физическими характеристиками, близкими к характеристикам натурального дентина. Кроме того, оптические свойства этих штифтов (прозрачность, светопроводимость) значительно улучшают эстетику реставраций во фронтальном отделе, исключая риск коррозионного дисколорита.

После восстановления культи зуба и проведения препарирования (рис. 14) был получен полимерный оттиск для изготовления цельнокерамической коронки (e.max; Ivoclar Vivadent, Лихтенштейн). Через неделю после получения оттиска была изготовлена постоянная коронка, фиксация которой проводилась на самоадгезивный цемент двойного отверждения (RelyX Unicem; 3M ESPE, Германия) (рис. 15).

Поступила 06.08.2013

Координаты для связи с автором:
Prof. Dr. Marcel Wainwright
DentalSpecialists Kaiserswerth
Kaiserswerther Markt,
25 40489 Düsseldorf, Germany

С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев, С.Т. Сохов

С.А. Рабинович, Ю.Л. Васильев, С.Т. Сохов

Эволюция медицинского шприца: от волынки до цифровых технологий

Соломон Абрамович Рабинович — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой стоматологии общей практики и анестезиологии ФПДО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, избранный президент ЕМАД (Европейской Федерации по развитию эндодонтологии в стоматологии), руководитель российской секции IFDAS (Всемирной ассоциации стоматологических анестезиологических обществ).

Юрий Леонидович Васильев — кандидат медицинских наук, врач-стоматолог ФБПЛУ «Политехника №2», Минздравнадзора РФ, преподаватель кафедры анатомии человека МГМСУ им. А.И. Евдокимова, член ЕМАД и IFDAS, автор и соавтор 35 научных работ, одной монографии, автор четырех патентов на изобретения, обозреватели профессиональной газеты «Стоматология Сегодня».

Сергей Талустанович Сохов — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, проректор по учебной работе МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Президент российской группы ЕМАД, автор более 40 авторских свидетельств и патентов на изобретения, автор и соавтор более 400 научных статей, в том числе 14 монографий, национальных руководств и учебников.

Москва
2013

Издательство
«Поли Медиа Пресс» представляет
новую книгу —

«ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ШПРИЦА: ОТ ВОЛЫНКИ ДО ЦИФРОВЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ»

От Гиппократа до Луэра
Развитие инъекционных систем в XX веке
Инъекционные иглы
Методы стерилизации
Современный инструментарий
Цифровые технологии в стоматологии
Обеспечение комфорта

www.dentoday.ru

E-mail: dostavka@stomgazeta.ru

Тел.: (495) 781-28-30,
956-93-70, (499) 678-25-58 Москва
Тел.: (812) 579-40-95 Санкт-Петербург