

А. С. Кулиш, стоматологическая поликлиника Оболонского р-на г. Киев

В. И. Острячко, главный врач, стоматологическая клиника «ТРИ-НИТИ ПЛЮС»

А. А. Короткоручко, стоматолог-хирург, стоматологическая клиника «ТРИ-НИТИ ПЛЮС»

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНОГО РЯДА, ОБРАЗОВАВШЕЙСЯ В ПЕРИОД ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ПРИКУСА

Ортодонтическое лечение редко проходит без привлечения смежных специалистов. В нашей практике часто имеется необходимость какой-либо подготовки полости рта пациента (терапевтической, ортопедической, хирургической, гигиенической). Важной задачей врача-ортодонта является составить план лечения, при котором работа смежных специалистов будет слаженной и последовательной. Несогласованность мероприятий может

осложнить или вообще сделать невозможным достижение оптимального результата лечения.

Примером координации специалистов в планировании и реализации лечения может быть нижеприведенный. Пациентка Е.С., 27 лет, явилась в клинику с жалобами на выдвигание 42 зуба и дискомфорт из-за припухлости на десне (рис. 1). Со слов пациентки, за 3 месяца до первичного обращения заметила непривычное положение 42

зуба. Во время осмотра определилось, что 42 зуб расположен выше остальных нижних резцов на 2—3 мм и слегка в ретрузии. В проекции между корнями 41 и 42 зубов с вестибулярной стороны обнаружилась припухлость размерами 5x8 мм, по виду напоминающая пародонтальный абсцесс.

На ортопантомограмме (рис. 2) в области корней четырех нижних резцов определяется очаг просветления с нечеткими контурами, фестончатый край

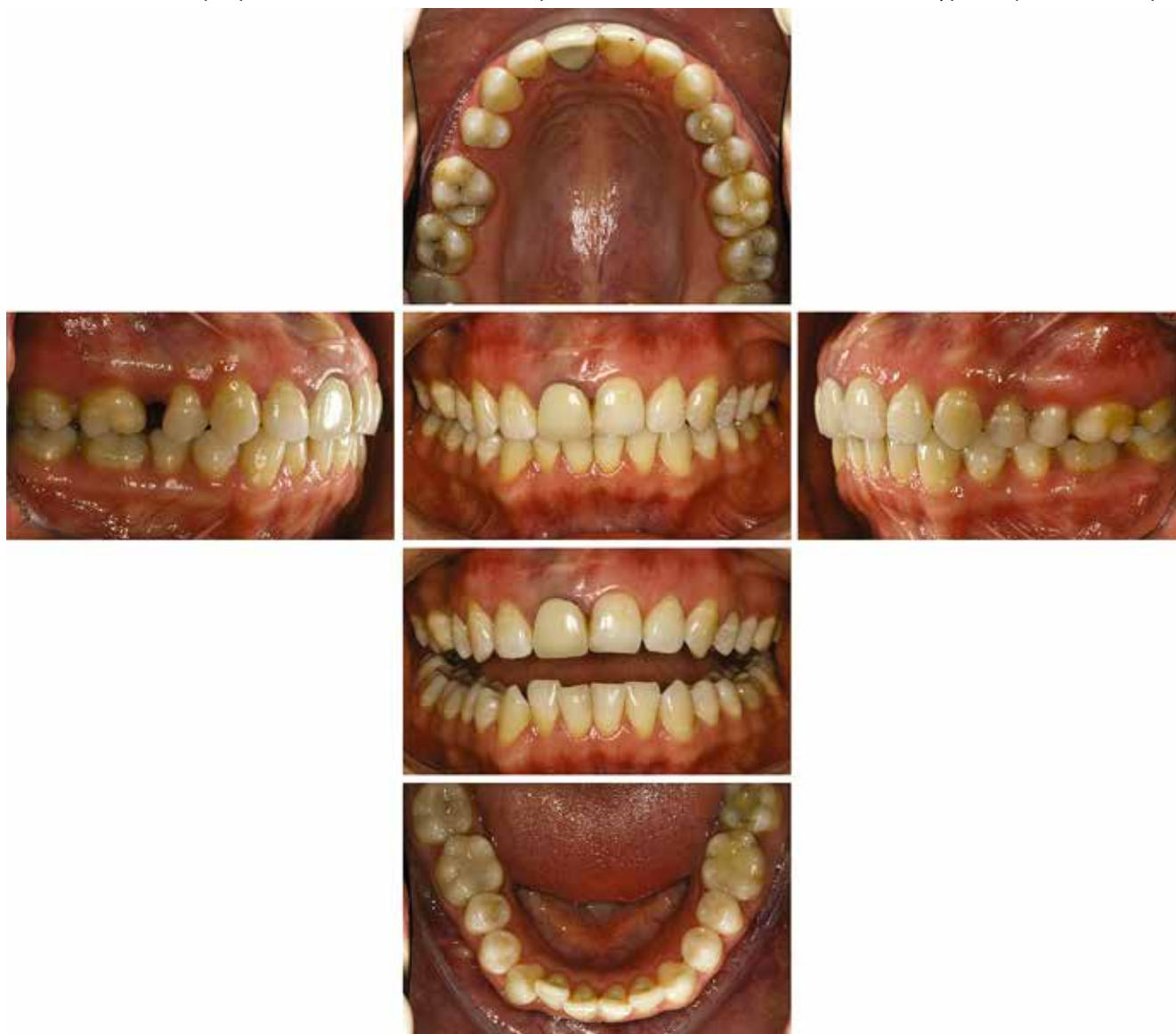


Рис. 1.

альвеолярной кости по вертикали около дистальной поверхности 42 зуба.



Рис. 2.

В анамнезе была операция около 3-х лет назад по поводу остеомы по нижнему краю н.ч. справа (которая образовалась из-за травмы подбородка в детстве).

Пациентке предложено сделать дополнительное обследование — компьютерную томографию фронтального отдела нижней челюсти для уточнения состояния тканей в области очага просветления (рис. 3, 4).

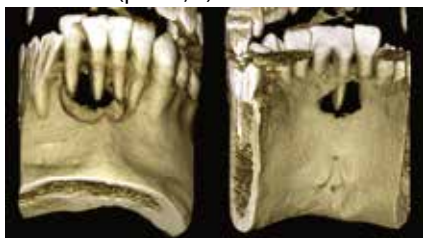


Рис. 3.



Рис. 4.

Учитывая травму подбородочного отдела нижней челюсти, которая имела место в анамнезе, был установлен предварительный диагноз: травматическая киста нижней челюсти в области 32, 31, 41, 42 зубов. В дальнейшем, во время пункции новообразования диагноз был подтвержден.

Методы лечения крупных кистообразных поражений варьируют от нехирургического эндодонтического лечения до хирургических вмешательств в области верхушки корня или даже экстракции зуба. Альтернативным и более консервативным вариантом лечения является декомпрессия кисты. Данная методика заключается в создании постоянно действующего дренажа, который позволяет устранить условия, способствующие увеличению размеров кисты. Нельзя проводить вмешательства в области определяемого рентгенологически очага без предварительной аспирации из него жидкости. Выделение при аспирации соломенно-желтой жидкости косвенно подтверждает диагноз большой кисты.

Принимая во внимание размеры кисты (~22x16 мм), степень вовлечения корней четырех нижних резцов в патологический процесс, а также его травматическую этиологию было решено провести оперативное вмешательство по декомпрессии кисты.

Более радикальным план лечения предусматривал бы проведение частичной резекции фронтального отдела альвеолярной части нижней челюсти с удалением 32, 31, 41, 42 зубов. Спустя несколько месяцев — проведение устранения дефекта альвеолярного отростка костным блоком, при благоприятном исходе которого последующая имплантация с протезированием четырех резцов. Таким образом, инвазивность, объемы оперативных вмешательств и общая длительность реабилитации значительно больше. Другие способы замещения дефекта, например, съемными или мостовидными протезами не считаем оптимальными.

При благоприятном исходе консервативного лечения кисты, при восстановлении костной ткани возможно анкилозирование задействованных в данном участке зубов, вследствие исходно поврежденного периодонта, что сделает невозможным их последующее выравнивание, поэтому ортодонтическое перемещение было решено проводить до и одновременно с хирургическо-терапевтическими мероприятиями.

Первичная декомпрессия кисты была осуществлена во время эндодонтического лечения четырех нижних резцов, при котором содержимое кисты получило отток через корневые каналы зубов. В последующем, проводилось периодичное пломбирование корневых каналов кальцийсодержащим препаратом. После определения положительной динамики уменьшения кистозной полости была проведена постоянная obturация корневых каналов с выведением излишков пломбировочной массы в кистозную полость (рис. 5).

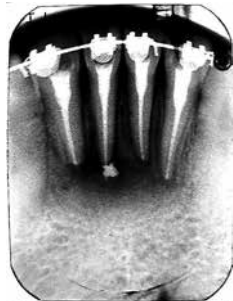


Рис. 5.

Установлена брекет-система на н.ч. (рис. 6). Последовательной сменой дуг проводилось выравнивание скученности резцов (рис. 7).

Следующим этапом лечения стала непосредственно операция декомпрессии

кисты. В процессе данного вмешательства был проведен вертикальный разрез слизистой оболочки в альвеолярной части нижней челюсти в проекции межкорневого промежутка 41 и 42 зубов длиной 7 мм. Далее с помощью S-образной гладилки слизистая оболочка была отсепарирована. После чего шаровидным бором сгладили окно в передней стенке кисты. Излишки пломбировочной массы были извлечены из полости кисты. Далее из стандартной инфузионной системы был изготовлен катетер (дренаж), на наружном конце которого раскаленным шпателем была сформирована «пуговица». Созданный дренаж установлен в полость кисты (рис. 8).

Пациентке рекомендовано 3 раза в день промывать физиологическим



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис. 9.



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.



Рис. 13.



Рис. 14.

раствором кистозную полость через дренаж с помощью стандартного 10 мл шприца.

На контрольном осмотре через 7 дней после операции выявлено, что трубка частично вытолкнута грануляционной тканью, а под нижней частью «пуговицы» дренажа в зоне подвижной слизистой оболочки сформировался пролежень (рис. 9). Дренаж был укорочен и подкорректирован. Еще через неделю грануляционная ткань полностью заполнила кистозную полость и вытолкнула дренаж. В течение следующих 7 дней дренажное отверстие полностью затянулось (рис. 10).

На послеоперационных прицельных рентгеновских снимках уже через 2

месяца после операции мы наблюдали восстановление межкорневых перегородок около нижних резцов, а кистозная полость, вероятно, заполнилась грубоволокнистой бесструктурной костной тканью (рис. 11).

На рентгенограмме через 3 месяца мы отмечали полное исчезновение кистозной полости, и, по нашему мнению, грубоволокнистая костная ткань по периферии бывшего дефекта начала замещаться спонгиозной костной тканью с характерной трабекулярной структурой (рис. 12). Единственное что еще напоминает о бывлом дефекте костной ткани размером 22x16 мм — это незначительное периапикальное расширение периодонтальных щелей корней

нижних резцов.

После выравнивания и определения рентгенологических признаков восстановления костной ткани (рис. 13), было проведено шинирование зубов и снята ортодонтическая аппаратура (рис. 14). Общая длительность лечения составила 10 месяцев, из них этап активного ортодонтического лечения составил 6 месяцев.

Осуществленный план лечения оказался оправданным с клинической, психологической и экономической точек зрения. Данный клинический случай показывает важную роль врача-ортодонта в планировании и координации действий специалистов в случаях, требующих междисциплинарного подхода.