

# Стратегия и тактика комплексного лечения периодонтита в нестандартной клинической ситуации

Р.А. БУЛАВКО, врач-терапевт, г. Москва, ООО «Диал-Дент»

## Strategy and tactics of a complex treatment of a periodontitis in a nonstandard clinical situation

R.A. BULAVKO



Р.А. БУЛАВКО

### Резюме

Рассмотрен случай лечения пациентки с сочетанной патологией. После обследования был поставлен диагноз: «хронический апикальный периодонтит зубов 1.1, 1.2; хронический гингивит в области зубов». Подробно описан план лечения и ход лечения по посещениям. В течение всего срока лечения пациентка пользовалась временными косметическими и функциональными протезами, что позволило ей избежать потери трудоспособности и не нарушать привычного образа жизни.

В результате проведенного лечения наступило выздоровление. Косметический результат был оценен как положительный и полностью удовлетворил требованиям пациентки.

**Ключевые слова:** повторное эндодонтическое лечение, распломбировка канала, удаление штифтов, безметалловая керамика, MTA ProRoot, периодонтит, коронки, виниры.

### Abstract

This is a case study of treatment of a patient with combined pathology. After the examination, it was diagnosed: «chronic apical periodontitis of teeth 1.1, 1.2, chronic gingivitis of teeth 1.1, 1.2.» The treatment plan and the course of treatment by visits are described in details. During the whole period of treatment the patient used a temporary cosmetic and functional prostheses, which allowed her to avoid disability and not to violate her usual lifestyle. As a result of the treatment the recovery has been achieved. Cosmetic result was rated as positive and fully satisfied the requirements of the patient.

**Key words:** Repeated endodontic treatment, root canal retreatment, removing the posts, full-ceramic restoration, MTA ProRoot, periodontitis, crowns, veneers.

**В** клинику обратилась пациентка 34 лет с жалобами на неудовлетворенность результатом восстановления верхних резцов в эстетическом аспекте и постоянную неинтенсивную боль в области проекции корней зубов 1.2 и 1.1. На основании жалоб, осмотра, анамнеза, дополнительных методов обследования, поставленного диагноза пациентке предложен план и этапы лечения. После получения информированного утвердительного согласия оказано комплексное лечение.

### Исходная клиническая ситуация

*1. Первое обращение пациентки в клинику (11 июня 2010 года) и первичная консультация.*

**Анамнез.** Со слов пациентки, до 2007 года верхние резцы были интактными. В результате автомобильной аварии в 2007 году произошла травма нижнего отдела лица и переломы коронковой части верхних резцов. Проведенное комплексное лечение закончилось заживлением мягких тканей и восстановлением верхних резцов безметалловыми

керамическими протезами. Через некоторое время самопроизвольно произошел перелом реставрации зуба 2.2 и было произведено восстановление реставрации без замены керамического винира. Причин повреждения реставрации зуба 2.2 пациентка не указывает, повторную травму или другие механические повреждения отрицает.

### Развитие клинической ситуации

*1. При осмотре пациентки было выявлено следующее:*

- Рубцы на коже в области подбородка, а также нижней и верхней губы.

- Искусственные коронки на зубах 1.2 и 1.1 и виниры на зубах 2.1 и 2.2. Границы виниров выше уровня десны, вдоль границы виниров четко визуализируется коричневый венчик. По средней трети реставрации зуба 2.2 проходит косая коричневая линия в медиодистальном направлении. По всей видимости, это граница композитного восстановления поврежденного винира.

- Десневой край в области зубов 1.1 и 1.2 отечен, цианотичен. Десневой сосочек между зубами 1.1 и 1.2 гипертрофирован. При зондировании десна кровоточит, патологических карманов не выявлено. Края коронок 1.1 и 1.2 неплотно прилегают к твердым тканям зубов, край коронки 1.2 нависает.

- Десна в проекции корней зубов 1.1 и 1.2 цианотична от десневого края до переходной складки. Пальпация десны в области этих зубов безболезненна. Перкуссия зубов 1.1 и 1.2 слабоболезненна.

- Режущие края всех керамических реставраций на разном уровне относительно друг друга.

- На рис. 1 – ситуация пациентки 34 лет на момент обращения в клинику (от 11.06.2010).

2. Пациентке была сделана визиограмма.

По результатам анализа визиограмм (рис. 2 от 11.06.2010) и предоставленной пациенткой визиограмме, сделанной ранее (рис. 3 от 14.06.2007), определяются:

- расширение периодонтальной щели у апекса зуба 1.2;

- наличие рентгеноконтрастного инородного тела величиной  $\approx 1 \times 1 \text{ мм}^2$  в костной ткани у апекса зуба 1.2;

- деструкция костной ткани у апекса зуба 1.1 величиной  $\approx 4 \times 4 \text{ мм}^2$ .

- Апикальные части каналов зубов 1.2 и 1.1 заполнены рентгеноконтрастным материалом. В устьевых частях каналов – рентгеноконтрастные инородные тела характерной формы (предположительно металлические штифты). Между корневыми пломбами и штифтами – пустоты.

- Зубы 1.1 и 1.2 восстановлены искусственными коронками с рентгеноконтрастными каркасами.

- На визиограмме от 14.06.2007 (рис. 3) определяет-



Рис. 1. Случай ситуация пациентки 34 лет на момент обращения в клинику (11.06.2010)

ся сходная картина с ситуацией на 11.06.2010 (рис. 2), с той лишь разницей, что деструкция костной ткани у апекса зуба 1.1 меньших размеров ( $\approx 2 \times 3 \text{ мм}^2$ ).

3. Постановка диагноза. На основании анамнеза, осмотра и анализа визиограмм был поставлен диагноз: «хронический апикальный периодонтит зубов 1.1; 1.2; хронический гингивит в области зубов 1.1, 1.2».

4. Предложенный пациентке план комплексного лечения.

- Снятие реставраций (коронки) с зубов 1.2 и 1.1.

- Изготовление временных искусственных коронок на зубы 1.1 и 1.2 на время лечения.

- Снятие пломб с зубов 1.1 и 1.2; извлечение штифтов из каналов корней; распломбирование каналов зубов 1.1 и 1.2; механическая и медикаментозная обработка каналов с их последующим заполнением препаратом кальция гидроксида на две-три недели.

- Пломбирование каналов зубов 1.1 и 1.2 с восстановлением коронковой части вкладками из драгоценного сплава или стекловолоконными штифтами и композитным материалом, в зависимости от состояния зубов после снятия коронок и результата повторного эндодонтического лечения.

- Анализ контрольных рентгенограмм через три месяца после эндодонтического лечения. В случае положительной рентгенологической динамики – повторное протезирование безметалловыми керамическими конструкциями на зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 с учетом эстетических требований пациентки.



Рис. 2. Визиограмма зубов 1.1 и 1.2 на момент обращения (11.06.2010)



Рис. 3. Предоставленная пациенткой визиограмма зубов 1.1 и 1.2 (14.06.2007)



Рис. 4. Снята коронка с зуба 1.1 (14.06.2010)



Рис. 5



Рис. 6. Штифт после извлечения из канала зуба 1.1. (14.06.2010)

#### 5. Обсуждение плана лечения с пациенткой.

После консультации и предложенного плана лечения, оценки его приблизительной стоимости, пациентка должна была обдумать решение о его целесообразности, сопоставить финансовые затраты с потенциальным результатом.

Также пациентка была проинформирована о том, что она никак не ограничена в праве проконсультироваться у нескольких врачей в различных клиниках и выбрать тот план лечения, который она считает оптимальным.

#### II. Второе обращение пациентки в клинику (визит 28 июня 2010 года).

Пациентка вновь обратилась в клинику с жалобой на отсутствие фрагмента винира зуба 2.2. Учитывая эстетический аспект дефекта и, как следствие, затруднение пациентки в общении с окружающими, отсутствующая часть винира на зубе 2.2 была восстановлена с использованием силан-праймера, бондинговой системы Single Bond и материала Filtek Supreme XT.

В тот же день пациентка приняла решение о начале лечения, план которого был ей предложен ранее. (Учитывая возможные сложности при снятии безметалловых керамических коронок, посещение было спланировано на 2,5 часа приема.)

#### III. Третье посещение клиники (визит пациентки 4 июля 2010 года). Начало этапа лечения.

##### 1. В первое посещение было проведено:

- Инфильтрационная и резцовая анестезия Ultracain D-S forte (1,8 мл).

- Снятие слепка верхней челюсти для использования в качестве шаблона при изготовлении временных коронок из материала Speedex (только базовая масса).

- Снятие искусственной коронки с зуба 1.1 (рис. 4). При снятии коронки было установлено, что каркас изготовлен из оксида циркония. (Сложность снятия коронки с таким каркасом заключается в том, что изделия из этого материала абсолютно не гибкие, и коронки часто фиксируются на композитные цементы, имеющие очень высокую силу сцепления с тканями зуба. Так было и в этом случае. Во избежание излишнего снятия твердых тканей зуба, приходилось постепенно послойно снимать керамику и каркас, что отнимало много времени. Кроме того, оксид циркония – чрезвычайно прочный материал, и стачивание его алмазными борами дополнительно увеличивает время процедуры).

- Бормашиной удалена композитная пломба.

- При помощи ультразвука из корневого канала 1.1 был извлечен металлический штифт. При этом измельчаются остатки композита и цемент (рис. 5). На нем были обнаружены фрагменты гуттаперчевых штифтов и герметика, что указывает на отсутствие гер-

метичности пломбировки канала и восстановления зуба в течение всего времени после проведенного ранее лечения. Следы гуттаперчи на резьбе штифта (рис. 6) свидетельствуют об отсутствии герметичности восстановления. Неприятный запах после извлечения штифта чувствовался на расстоянии. Также была отмечена сравнительно малая рабочая длина канала – 15 мм, с учетом того, что коронковая часть обточена.

- Корневой канал распломбирован, расширен ручными стальными К-файлами, промыт препаратом «Гипохлоран-3» и заполнен препаратом «Каласепт». В ходе механической обработки было установлено отсутствие апикального сужения. По всей видимости, оно связано с избыточной обработкой канала во время предыдущего лечения. Не исключалась также резорбция корня.

- Учитывая степень разрушения коронковой части зуба 1.1, поставлена временная пломба из композитного материала Filtek Z-250 (адгезивная система – SingleBond).

- Изготовлена временная коронка из материала Protemp. Коронка фиксирована цементом TempBond NE.

#### IV. Четвертое посещение клиники пациенткой.

Этап лечения, второе посещение (визит пациентки 5 июля 2010 года).

- Сделана визиограмма. Временная коронка на зуб 1.1 состоятельна (рис. 7).

- Проведены те же манипуляции с зубом 1.2, что и 04.07.2010 с зубом 1.1.

Удалось также при помощи ультразвука извлечь штифт из канала зуба 1.2 (рис. 8). Канал распломбирован, расширен, промыт и заполнен «Каласептом». В апикальной части зуба 1.2 остаются следы старой корневой пломбы. Дальнейшая механическая очистка апикальной части канала представлялась опасной, поскольку и без того канал избыточно расширен во время предыдущего лечения.

- Так же, как и в зубе 1.1, апикальная часть канала была избыточно расширена в ходе предыдущего лечения, и сужение не сохранилось. Рабочая длина канала была также невелика – 16 мм.

- Подобным же образом композитом был восстановлен зуб

1.2. Изготовлена и фиксирована временная коронка на зуб 1.2.

▪ По результатам осмотра, визиографии (рис. 9), обсуждения с пациенткой результатов этапа: край десны розовый. Отеков и гиперемии нет. Временные коронки были изготовлены в условиях дефицита времени и на короткий срок, поэтому эстетические их свойства в расчет не принимались. Пациентку они вполне устроили.

*V. Пятое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, третье посещение (визит пациентки 12 июля 2010 года).*

*Контрольный осмотр.*

▪ Жалоб нет. Пациентка отмечает полное исчезновение болезненных ощущений в области зубов 1.1 и 1.2.

▪ Ситуация через неделю после завершения повторного эндодонтического лечения зубов 1.1 и 1.2 и установки на них временных коронок (рис. 10).

▪ Сочетание тщательного промывания каналов после их распломбирования с устранением раздражающего действия нависающих краев коронок позволили добиться исчезновения клинической симптоматики за одну неделю.

*Обсуждение с пациенткой промежуточных результатов и продолжения проводимого лечения.*

▪ На основании того что жалобы исчезли, а внешний вид временных коронок устраивал пациентку, было принято решение о закрытии избыточно раскрытых ранее апикальных отверстий материалом MTA ProRoot, пломбировании каналов и восстановлении коронковой части зубов 1.1 и 1.2 с использованием стекловолоконных штифтов и композитного материала.

▪ Выбор способа восстановления зубов стекловолоконным штифтом был продиктован небольшой для фронтальной группы зубов рабочей длиной каналов. Изготовление культевых вкладок потребовало бы углубиться в канал, что сделало бы чрезвычайно сложным адекватное пломбирование каналов с предварительным закрытием апикальных отверстий материалом MTA.

▪ Следующее посещение назначено на 19.07.2010.

*VI. Шестое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, четвертое посещение (визит пациентки 19 июля 2010 года).*

*Обсуждение результатов проведенного лечения.*

▪ С момента распломбировки каналов и заполнения их «Каласептом» прошло 14 дней. Пациентка не предъявляет никаких жалоб. Десна в области зубов 1.1 и 1.2 розовая, гиперемии и отеков нет. Десневой край ровный, зондирование безболезненное. Перкуссия безболезненная.

▪ Восстановленный зуб 2.2 имеет удовлетворительный внешний вид (рис. 11).

*Продолжение лечения.*

▪ Под инфильтрационной анестезией Ultracain D-S forte (1,8 мл) сняты временные коронки с зубов 1.1 и 1.2, раскрыты полости, каналы промыты «Гипохлораном-3».

▪ С большой осторожностью произведена попытка закрытия апикальных отверстий зубов 1.1 и 1.2 препаратом MTA ProRoot. В каналах оставлены влажные турунды. Поставлены временные пломбы Cimpat, фиксированы временные коронки.

▪ Результат закрытия апикальных отверстий зубов 1.1 и 1.2 представлен на рентгенологическом снимке (рис. 12). По результатам ее анализа было принято решение остановиться на достигнутом результате, поскольку апикальные отверстия при такой рентгенологической картине можно было посчитать закрытыми или значительно суженными.

*VII. Седьмое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, пятое посещение (визит пациентки 21 июля 2010 года).*

*Осмотр и обсуждение результатов проведенного лечения.*

▪ Жалоб нет. Временные коронки состоятельны.

▪ Перкуссия безболезненная.

▪ Десневой край и десна в области проекции корней зубов 1.1 и 1.2 розовые, гиперемии и отеков нет.

*Продолжение лечения.*

▪ Инфильтрационная анестезия Ultracain D-S forte (1,8 мл).

▪ Снятие временных коронок с зубов 1.1 и 1.2.

▪ Каналы зубов 1.1 и 1.2 промыты «Гипохлоран-3» и запломбированы латеральной конденсацией гуттаперчи (рис. 13).



Рис. 7. Визиограмма показывает, что временная коронка на зуб 1.1 состоятельна (05.07.2010)



Рис. 8. Штифт, извлеченный из канала зуба 1.2 (05.07.2010)



Рис. 9. Рентгенография после завершения промежуточного этапа лечения зуба 1.2 (05.07.2010)



Рис. 10. Ситуация через неделю после завершения эндодонтического этапа перелечивания зубов 1.1 и 1.2 и установки на них временных коронок (12.07.2010)



Рис. 11. Клиническая ситуация на 19.07.2010



Рис. 12. Результат закрытия апикальных отверстий зубов 1.1 и 1.2 (19.07.2010)

- После контрольного рентгеновского снимка каналы распломбированы на 7 мм (рис. 14).
- Припасовка и фиксация стекловолоконных штифтов Easy Post (цемент для фиксации – U-100).
- Восстановление коронковой части при помощи Filtek Supreme XT flow и Filtek Supreme XT (рис. 15-16).
- Препарирование зубов 1.1 и 1.2 под искусственные безметалловые керамические коронки.
- Повторное изготовление и фиксация временных коронок на зубы 1.1 и 1.2 цинкфосфатным цементом (Adhesor). Фосфатный цемент был выбран, так как планировалось использование коронок в течение двух-трех месяцев (рис. 17).
- Поскольку анатомическая форма зубов 1.1 и 1.2 после проведения эндодонтического лечения и повторного восстановления не может соответствовать форме

этих же зубов до начала лечения, было принято решение об изготовлении новых временных коронок.

*VIII. Восьмое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, шестое посещение (визит пациентки 30 июля 2010 года).*

*Осмотр и обсуждение результатов проведенного лечения.*

- Жалоб нет. Временные коронки зубов 1.1 и 1.2 состоятельны. Перкуссия безболезненная.
- Десна розовая, плотно прилежит к тканям зуба. Зондирование безболезненное (рис. 18)
- Пациентке в соответствии с первоначальным планом лечения было предложено наблюдение и рентгенографический контроль в течение трех месяцев.

*IX. Девятое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, шестое посещение (визит пациентки 15 ноября 2010 года).*

*Результаты.*

В течение сентября и октября 2010 года пациентка не обращалась в клинику. В начале ноября пациентка была вызвана на прием для осмотра и контрольной рентгенографии.

*Осмотр и обсуждение результатов проведенного лечения.*

- Жалоб нет. Временные коронки зубов 1.1 и 1.2 состоятельны. Перкуссия безболезненная.
- Десна розовая. Около десневого края зубов 1.2 и 2.2 узкий (до 1 мм, цианотичный венчик. На рентгенограмме разрежения у апексов 1.1 и 1.2 не выявлено. *Контрольная рентгенограмма от 15.11.2011 показывает, что разрежения костной ткани зубов 1.1 и 1.2 нет. На медиальной поверхности корня зуба 1.1 у средней и апикальной трети поверхности корня расширение периодонтальной щели до 3 мм.*

Состояние периодонтальных тканей и пародонта оценено как «положительная динамика». Принято решение о продолжении лечения в соответствии с первоначальным планом. Посещение назначено на 22.11.10. (рис. 19)

*X. Десятое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, седьмое посещение (визит пациентки 22 ноября 2010 года).*

*Осмотр и продолжение лечения.* Жалоб во время визита нет. Проведены следующие манипуляции:

- Инфильтрационная анестезия Ultracain D-S forte (1,8 мл).

- Снятие слепка с верхней челюсти для использования в качестве шаблона – для изготовления временных коронок из материала Speedex (только базовая масса).

- Бормашиной сняты временные коронки зубов 1.1 и 1.2.

- Бормашиной сняты виниры с зубов 2.1 и 2.2 (рис. 20). Учтявая, что зубы витальны, снятие виниров бормашиной производилось постепенно и послойно, во избежание избыточного препарирования твердых тканей.

- Ретракция десны нитью в области зубов 1.2, 1.1, 2.1 и 2.2.

- Снятие двухслойного слепка с верхней челюсти материалом Aquasil.

- Изготовление методом прямой реставрации временных композитных виниров на зубах 2.1 и 2.2. Временные виниры выполнялись по обычной технике восстановления зубов композитными материалами, за исключением этапа протравливания твердых тканей зуба ортофосфорной кислотой. Это позволяет временным винирам достаточно прочно соединиться с зубом на несколько недель. При этом остается возможность снять винир не вращающимся инструментом (подцепить за десневой край экскаватором).

- Изготовление и фиксация (Temp Bond) временных коронок на зубы 1.1 и 1.2.

*Обсуждение и согласование в выборе материалов и сроков проведения дальнейших плановых работ.*

- Пациентке было предложено изготовить виниры и коронки из полевошпатной керамики E-Max. Технология их изготовления подразумевает фрезерование изделий на аппарате Seres с последующим обжигом в вакуумной зуботехнической печи. Пожелания пациентки по цвету и форме коронок были учтены и переданы в лабораторию.

- Пациентка смогла предоставить фотографию, сделанную задолго до травмы, на которой достаточно хорошо видны ее интактные верхние фронтальные зубы.

- Следующая дата посещения – 17.12.2010 – была выбрана пациенткой. Срок изготовления коронок и виниров был заведомо короче. Керамические реставрации были готовы через пять ра-

бочих дней после снятия слепков (рис. 21).

*XI. Одиннадцатое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, восьмое посещение (визит пациентки – 17 декабря 2010 года).*

*Продолжение лечения и обсуждение.*

Проведены следующие манипуляции:

- Инфильтрационная анестезия Ultracain D-S forte (1 мл).

- Ретракция десны нитью у зубов 1.2, 1.1, 2.1 и 2.2.

- Фиксация виниров и коронок материалом Variolink II (рис. 22).

При ретракции и фиксации коронок и виниров произошло небольшое повреждение десневого края, что практически неизбежно. Поэтому результат и особенно его косметическая составляющая не могли быть полностью оценены в то же посещение.

Следующая дата посещения для оценки качества протезирования назначена на 24.12.2010.

*XII. Двенадцатое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, девятое посещение (визит пациентки – 24 декабря 2010 года).*

*Осмотр и обсуждение результатов протезирования.*

- Жалобы на «неодинаковую длину» центральных резцов.

- Десна розовая. Отеков и гиперемии нет. Десна прилежит к керамическим реставрациям плотно.

- Отмечается небольшое количество фиксационного материала в местах соединения тканей зубов с керамикой.

- Пациентка оценивает результат в целом «хорошо».

*Проведенные манипуляции:*

- Полировочными борами удалены излишки цемента.

- Полировочными дисками Sof-Lex постепенно под тщательным визуальным контролем выровнена длина коронки зуба 1.1.

- После удаления цемента возникли небольшие повреждения десневого края.

Следующая дата посещения для оценки качества протезирования назначена на 29.12.2010.

*XIII. Тринадцатое посещение клиники пациенткой.*

*Этап лечения, десятое посещение (визит пациентки – 29 декабря 2010 года).*

- Осмотр и обсуждение результатов лечения.



**Рис. 13. Каналы зубов 1.1 и 1.2 распломбированы для фиксации стекловолоконных штифтов (21.07.2010)**



**Рис. 14. Рентгенография зубов 1.1 и 1.2, восстановленных стекловолоконными штифтами и композитным материалом (21.07.2010)**



**Рис. 15. Зубы 1.1 и 1.2 восстановлены стекловолоконными штифтами и композитным материалом (21.07.2010)**

**Рис. 16.** Рентгенографический снимок после восстановления зубов 1.1. и 1.2 (21.07.2010)



**Рис. 17.** Клиническая ситуация после окончания лечения (30.07.2010)



**Рис. 18.** Внешний вид фронтальных зубов (15.11.2010)



**Рис. 19.** Контрольная рентгенограмма от 15.11.2010. Разрежения костной ткани зубов 1.1 и 1.2 нет. На медиальной поверхности корня зуба 1.1 у средней и апикальной трети поверхности корня – расширение периодонтальной щели до 1 x 3 мм



**Рис. 20.** С зубов 2.1 и 2.2 сняты виниры. Зубы витальные и готовы к повторному протезированию. (22.11.2010)



**Рис. 21.** Реставрации на модели



**Рис. 22.** Повреждения десневого края при фиксации керамических реставрации (17.12.2010)



**Рис. 23.** Окончательный вид реставраций (29.12.2010)

▪ Жалоб нет. Пациентка полностью удовлетворена проведенным лечением и протезированием. Окончательный вид реставраций представлен на (рис. 23).

▪ Контрольная рентгенограмма клинической ситуации после завершения лечения (рис. 24).

▪ Пациентке рекомендованы динамическое наблюдение и контрольные рентгеновские снимки.

#### **Анализ клинической ситуации Причины развития осложнений лечения и протезирования**

▪ В течение трех лет с момента первого обращения пациентки к стоматологу после полученной травмы, в течение которых было проведено предыдущее лечение и протезирование, пациентка не чувствовала себя полностью комфортно, она все время испытывала какие-либо неприятные ощущения. Кроме того, эстетическая составляющая не устраивала пациентку с момента протезирования.

▪ Следует отметить, что данная оценка дана пациенткой в ходе повторного лечения и представляется крайне субъективной. Возможно, что в течение этих трех лет были периоды ремиссии и обострения воспалительных процессов, и состояние пациентки менялось. По всей видимости, менялась и оценка ситуации пациенткой.

▪ В ходе лечения, проведенного в нашей клинике, степень доверия пациентки к нему повышалась, а оценка предыдущего лечения снижалась.

▪ Перед лечением важно было проанализировать ситуацию, установить все причины неудачи предыдущего лечения. Только при устранении всех причин возможно успешное повторное лечение.

▪ На основании клинической картины, анамнеза и данных рентгенографического (визиографического) обследования причинами апикального периодонтита зубов 1.1 и 1.2 можно посчитать:

1. Некачественная работа с корневыми каналами.

2. Недостаточно плотное пломбирование корневых каналов.

3. Недостаточно тщательная распломбировка каналов под штифты.

4. Неравномерное распределение цемента при фиксации штифтов в каналах.

5. Негерметичное восстановление коронковых частей зубов.

6. Причиной локализованного гингивита явилось, без всякого сомнения, наличие нависающих краев коронок зубов 1.1 и 1.2. Положительным моментом явилось отсутствие патологических карманов.

7. В ходе повторной терапии не все предполагаемые причины неудачи ранее проведенного лечения нашли подтверждение:

▪ Разработка каналов в апикальных частях оказалась даже избыточной, верхушечные сужения не были сохранены. Это не позволило во время предыдущего лечения создать герметичную корневую пломбу.

▪ Реставрации коронковых частей после снятия коронок представлялись герметичными, однако это не повлияло на развитие периодонтита. Количества микроорганизмов в негерметично закрытых корневых каналах оказалось достаточным для развития воспалительного процесса.

▪ По всей видимости, дезинфекция каналов во время предыдущего лечения тоже была проведена не достаточно тщательно.

▪ В остальном предположения о причинах неудачи предыдущего лечения подтвердились.

#### **Выводы**

1. Комплексное лечение удалось провести, практически не отклоняясь от первоначального плана. Манипуляции и сроки не отличались от предложенных пациентке.

2. Результат лечения подтвердил правильность выводов о неудачах предыдущего лечения. Некоторая настороженность пациентки в оценках и ожиданиях прослеживалась на протяжении всего срока лечения. Однако она практически полностью была удовлетворена результатом лечения.

3. Примечательно, что эстетическая составляющая лечения была оценена пациенткой гораздо выше, чем лечебная, что характерно для большинства людей, получивших лечение у стоматолога. С профессиональной же точки зрения, эффективно вылечить хронический апикальный периодонтит с несохранным апикальным сужением было намного сложнее, чем восстановить зубы безметалловыми коронками.



*Рис. 24. Контрольная рентгенограмма клинической ситуации после завершения лечения (29.12.2010)*

4. Повторное лечение и протезирование в случаях, подобных рассматриваемому, требует высокой степени согласованности в действиях терапевта-стоматолога и ортопеда-стоматолога, поскольку многие ортопедические и терапевтические манипуляции проводились в одно посещение (снятие постоянной коронки, извлечение штифта, распломбировка канала, изготовление и фиксация временной коронки).

5. Важна роль каждого из специалистов, участвующих в лечении, в постановке диагноза, анализе причин неудачи прошлого лечения и разработке плана повторного лечения. Лучше, если специалист способен самостоятельно провести и эндодонтическое, и ортопедическое лечение, как и было в данном клиническом случае.

**Поступила 28.06.2011**

*Координаты для связи с авторами:  
115114, г. Москва,  
Кожевничевский пр-д., д. 4/5, стр. 5*