

## Стратегия и тактика в нестандартной клинической ситуации. Междисциплинарный подход к лечению сочетанной патологии.

### Жалобы, осмотр, анамнез и дополнительные методы обследования. Диагноз.

11 июня 2010 года в клинику обратилась пациентка 34 лет с жалобами на неудовлетворённость результатом восстановления верхних резцов в эстетическом аспекте и постоянную неинтенсивную боль в области проекции корней 12 и 11 зубов.

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. Проведённое комплексное лечение закончилось заживлением мягких тканей и восстановлением верхних резцов безметалловыми керамическими реставрациями. Через некоторое время (пациентка затруднялась указать точно - какое) самопроизвольно произошёл перелом реставрации 22 была нарушена и было произведено повторное восстановление 22 зуба композитом. Причин повреждения реставрации 22 зуба пациентка не указывает, повторную травму или другие механические повреждения отрицает.

При осмотре было выявлено следующее:

1. Рубцы на коже в области подбородка, а также нижней и верхней губы.
2. Искусственные коронки на 12 и 11 зубах и виниры на 21 и 22 зубах. Границы виниров выше уровня десны, вдоль границы виниров четко визуализируется коричневый венчик. По средней трети реставрации 22 проходит косая коричневая линия в медио-дистальном направлении. По всей видимости, это граница композитного восстановления повреждённого винира.
3. Десневой край в области 11 и 12 зубов отёчен, цианотичен. Десневой сосочек между 11 и 12 гипертрофирован. При зондировании десна кровоточит, патологических карманов не выявлено. Края коронок 11 и 12 неплотно прилегают к твёрдым тканям зубов, край коронки 12 нависает.
4. Десна в проекции 11 и 12 цианотична от десневого края до переходной складки. Пальпация десны в области 11 и 12 безболезненна. Перкуссия 11 и 12 слабо болезненна.
5. Режущие края всех керамических реставраций на разном уровне относительно друг друга.

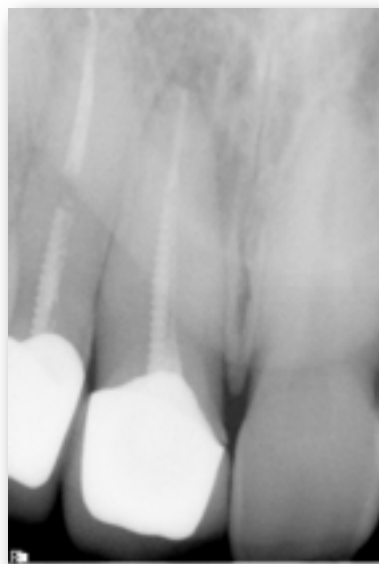




На визиограмме 12 и 11 от 11.06.2010 определяется:

1. Расширение периодонтальной щели у апекса 12.
2. Наличие рентгеноконтрастного инородного тела величиной  $\approx 1*1$ мм в костной ткани у апекса 12.
3. Разрежение костной ткани у апекса 11 величиной  $\approx 4*4$ мм.
4. Апикальные части 12 и 11 заполнены рентгеноконтрастным материалом. В устьевых частях рентгеноконтрастные инородные тела характерной формы (предположительно металлические штифты). Между корневыми пломбами и штифтами - пустоты.
5. 11 и 12 восстановлены искусственными коронками с рентгеноконтрастными каркасами.

*На визиограмме от 14.06.2007 определяется сходная картина, с той лишь разницей, что разрежение костной ткани у апекса 11 меньших размеров ( $\approx 2*3$ мм)*



На основании анамнеза, осмотра и анализа визиограмм был поставлен диагноз по МКБ-10: «11; 12 K04.5 хронический апикальный периодонтит. 11; 12; 21; 22 K05.1 хронический гингивит.»

### **План лечения.**

На основании жалоб и диагноза пациентке был предложен следующий план лечения:

1. Снятие реставраций (коронки) с 12 и 11.
2. Изготовление временных искусственных коронок на 11 и 12 на время лечения.

Клинический случай.

3. Снятие пломб с 11 и 12, извлечение штифтов из каналов, распломбировка каналов 11 и 12, механическая и медикаментозная обработка каналов с их последующим заполнением препаратом Кальция гидроксида на 2-3 недели.
4. Пломбирование каналов 11 и 12 с восстановлением коронковой части вкладками из драгоценного сплава или стекловолоконными штифтами и композитным материалом в зависимости от состояния зубов после снятия коронок и повторного эндодонтического лечения.
5. Контрольные рентгенограммы через 2-3 месяца после эндодонтического лечения. В случае положительной рентгенологической динамики - повторное протезирование безметалловыми керамическими конструкциями 12 11 21 22 с учётом эстетических требований пациентки.
6. Была определена приблизительная стоимость лечения.

### **Лечение.**

После консультации 11 июня 2010 года пациентка должна была обдумать предложенный план лечения, принять 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 посчитает оптимальным.

#### **28 июня 2010 года.**

Пациентка обратилась в клинику с жалобой на отсутствие фрагмента винира 22 зуба. Учитывая эстетический аспект дефекта и, как следствие, - затруднение пациентки в общении с окружающими, отсутствующая часть винира 22 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 приёма.

#### **4 июля 2010 года.**

Начато лечение. В первое посещение было проведено:

1. Инфильтрационная и резцовая анестезия Ultracain D-S forte (1,8 мл).
2. Снятие слепка с верхней челюсти для использования в качестве шаблона для изготовления временных коронок из материала «Speedex» (только базовая масса)
3. Была снята коронка с 11 зуба. 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 твёрдых тканей зуба, приходилось постепенно послойно снимать керамику и каркас, что отнимает много времени. Кроме того, оксид циркония - чрезвычайно прочный материал и стачивание его алмазными борами дополнительно увеличивает время процедуры.
4. Бормашиной удалена композитная реставрация.
5. При помощи ультразвука извлечён металлический штифт. После извлечения штифта на нём были обнаружены фрагменты гуттаперчевых штифтов и герметика, что указывает на отсутствие герметичности пломбировки канала и

Клинический случай.

восстановления зуба в течение всего времени после проведённого ранее лечения. Также была отмечена сравнительно малая рабочая длина канала - 15 мм, с учётом того, что коронковая часть обточена.

6. 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.
7. Учитывая степень разрушения коронковой части зуба, поставлена временная пломба из композитного материала Filtek Z-250 ( адгезивная система - SingleBond)
8. Изготовлена временная коронка из материала Protemp. Коронка фиксирована цементом TempBond NE.

*Снята коронка 11*



*При извлечении штифта из канала 11 ультразвуком измельчаются остатки композита и цемент.*

*Штифт после извлечения из 11. Следы гуттаперчи на резьбе штифта свидетельствуют об отсутствии герметичности восстановления. Неприятный запах после извлечения штифта чувствовался на расстоянии.*



Клинический случай.



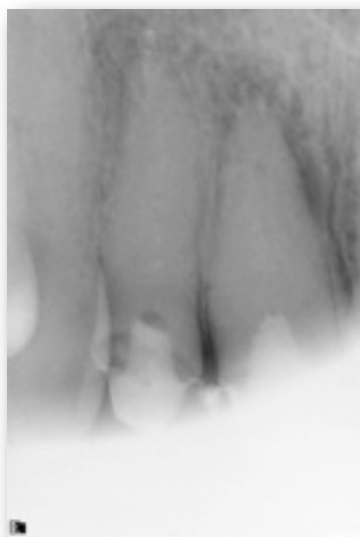
*11 Канал распломбирован, промыт и заполнен «Каласептом»*

**05.07.2010.**

Временная коронка 11 состоятельна. Проведены те же манипуляции с 12, что и 04.07.2010 с 11. Штифт также удалось извлечь при помощи ультразвука. Так же как и в 11 апикальная часть была избыточно расширена в ходе предыдущего лечения, и сужение не сохранилось. Рабочая длина канала была так же невелика - 16 мм.

Подобным же образом композитом был восстановлен 12. Изготовлены и фиксированы две временные коронки на 11 и 12.

*Штифт, извлечённый из канала 12*



*12 Канал распломбирован, расширен, промыт и заполнен «Каласептом». В апикальной части 12 остаются следовые количества старой корневой пломбы. Дальнейшая механическая очистка апикальной части канала представлялась опасной, поскольку и без того канал избыточно расширено время предыдущего лечения.*

Клинический случай.

*Временные коронки фиксированы. Край десны розовый. Отёков и гиперемии нет.*



### **12.07.2010. Контрольный осмотр.**

Жалоб нет. Пациентка отмечает, полное исчезновение болезненных ощущений в области 11 и 12 зубов.

Сочетание тщательного промывание каналов после их распломбировки с устранением раздражающего действия нависающих краёв коронок позволило добиться исчезновения симптоматики за одну неделю.

На основании того, что жалобы исчезли, а внешний вид временных коронок устраивал пациентку, было принято решение о закрытии избыточно раскрытых ранее апикальных отверстий материалом МТА Proroot, пломбировании каналов и восстановлении коронковой части 11 и 12 зубов с использованием стекловолоконных штифтов и композитного восстановительного 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, как минимум, на 10 мм, что сделало бы чрезвычайно сложным адекватное пломбирование каналов с предварительным закрытием апикальных отверстий МТА. Следующее посещение назначено на 19.07.2010.

### **19.07.2010.**

С момента распломбировки каналов и заполнения их «Каласептом» прошло 14 дней. Пациентка не предъявляет никаких жалоб. Десна в области 11 и 12 розовая, гиперемии и отёков нет. Десневой край ровный, зондирование безболезненное. Перкуссия 11 и 12 безболезненная.

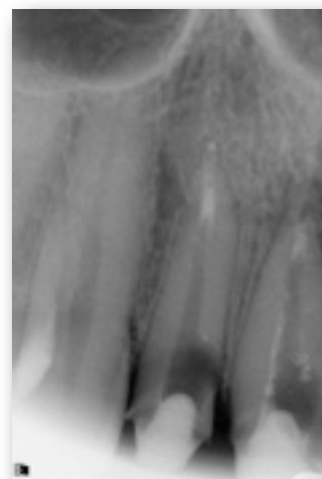


*Десневой край в области 11 и 12 не отёчен, пальпация безболезненная. Восстановленный 22 имеет удовлетворительный внешний вид.*

Клинический случай.

Под инфильтрационной анестезией Ultracain D-S forte (1,8 мл) сняты временные коронки с 11 и 12 зубов, раскрыты полости, каналы промыты «Гипохлораном-3». С большой осторожностью была произведена попытка закрытия апикальных отверстий 11 и 12 препаратом «MTA Proroot». В каналах оставлены влажные турунды. Поставлены временные пломбы «Cimpat», фиксированы временные коронки.

*Результат закрытия апикальных отверстий 11 и 12. Было принято решение остановиться на достигнутом результате, поскольку апикальные отверстия при такой рентгенологической картине можно было посчитать закрытыми или значительно суженными.*



#### **21.07.2010.**

Жалоб нет. Временные коронки состоятельны. Перкуссия безболезненная. Десневой край и десна в области проекции корней 11 и 12 розовая, Гиперемии и отёков нет.

Были проведены следующие манипуляции:

1. Инфильтрационная анестезия Ultracain D-S forte (1,8 мл).
2. Снятие временных коронок 11 и 12.
3. Каналы 11 и 12 промыты «Гипохлоран-3» и запломбированы латеральной конденсацией гуттаперчи.
4. После контрольного рентгеновского снимка каналы распломбированы на 8мм.
5. Припасовка и фиксация стекловолоконных штифтов «Easy Post» (цемент для фиксации - «U-100»)
6. Восстановление коронковой части при помощи Filtek Supreme XT flow и Filtek Supreme XT.
7. Препарирование 11 и 12 под искусственные безметалловые керамические коронки.
8. Повторное изготовление и фиксация временных коронок на 11 и 12 цинкфосфатным цементом (Adhesor). Фосфатный цемент был выбран, так как планируется использование коронок в течение 2-3 месяцев. Поскольку форма 11 и 12 после проведения эндодонтического лечения и повторного восстановления не может соответствовать форме этих же зубов до начала лечения, было принято решение о изготовлении новых временных коронок.

Пациентке в соответствии с первоначальным планом лечения было предложено наблюдение и рентгенографический контроль в течение 2-3 месяцев.

Клинический случай.



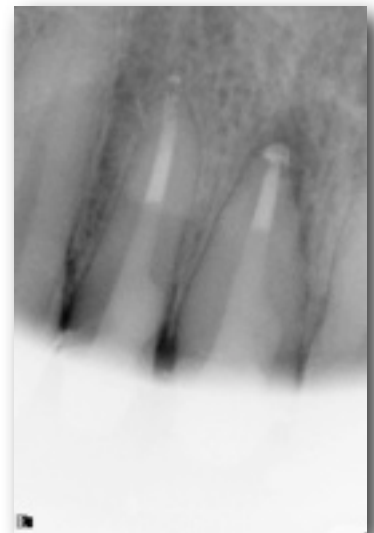
11 и 12 Каналы запломбированы и зубы готовы к восстановлению.

Каналы распломбированы для фиксации  
стекловолоконных штифтов.



11 и 12 восстановлены стекловолоконными  
штифтами и композитным материалом.

Снимок после восстановления.





Клинический случай.

**30.07.2010.**

Осмотр. Жалоб нет. 11 и 12 временные корнки состоятельны. Перкуссия безболезненная. Десна розовая, плотно прилежит к тканям зуба. Зондирование безболезненное.



В течении сентября и ноября 2010 года пациентка не обращалась в клинику. В начале ноября я сам вызвал её на приём для осмотра и контрольной рентгенографии.

**15.11.2010.**

Жалоб нет. 11 и 12 временные корнки состоятельны. Перкуссия безболезненная. Десна розовая. Около десневого края 12 и 22 узкий (до 1 мм цианотичный венчик. На рентгенограмме разрежения у апексов 11 и 12 нет. 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

*Контрольная рентгенограмма от 15.11.2011. разрежения костной ткани 11 и 12 нет. На медиальной поверхности корня 11 у средней и апикальной трети поверхности корня расширение периодонтальной щели до 1\*3 мм.*



Клинический случай.



*Внешний вид  
фронтальных зубов  
15.11.2011*

**22.11.2010.**

Жалоб нет. Проведены следующие манипуляции:

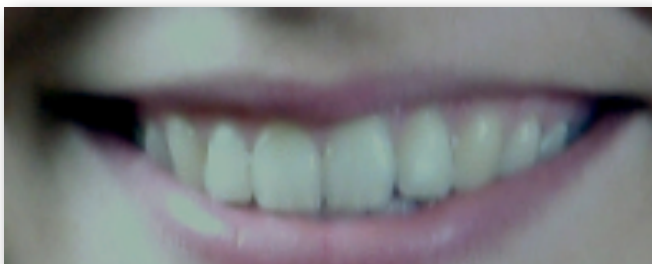
1. Инфильтрационная анестезия Ultracain D-S forte (1,8 мл).
2. Снятие слепка с верхней челюсти для использования в качестве шаблона для изготовления временных коронок из материала «Speedex» (только базовая масса)
3. Бормашиной сняты временные коронки 11 и 12.
4. Бормашиной сняты виниры с 21 и 22. Учитывая, что зубы витальны, снятие виниров бормашиной производилось постепенно и послойно, во избежание избыточного препарирования твёрдых тканей.
5. Ретракция десны нитью в области 12, 11, 21 и 22.
6. Снятие двухслойного слепка с верхней челюсти материалом «Aquasil».
7. Изготовление временных композитных виниров на 21 и 22. Временные виниры выполнялись по обычной технике восстановления зубов композитными материалами, за исключением этапа протравливания твёрдых тканей зуба ортофосфорной кислотой. Это позволяет временным винирам достаточно прочно соединиться с зубом на несколько недель. При этом остаётся возможность снять винир не вращающимся инструментом (подцепить за десневой край экскаватором).
8. Изготовление и фиксация (Temp Bond) временных коронок на 11 и 12 зубы.

*Сняты виниры с 21 и 22.зубы витальны  
и готовы к повторному протезированию.*



Клинический случай.

Пациентке было предложено изготовить виниры и коронки из полевошпатной керамики E-Max. Технология их изготовления подразумевает фрезерование изделий на аппарате "Ceres" с последующим обжигом в вакуумной зуботехнической печи. Учитывая, что пациентка сама не имеет возможности выбрать материал для изготовления протезов, всю ответственность за результат протезирования я взял на себя. Пожелания пациентки по цвету и форме коронок были по возможности учтены и переданы в лабораторию. Пациентка смогла предоставить фотографию, сделанную задолго до травмы, на которой достаточно хорошо видны её интактные верхние фронтальные зубы.



*Фрагмент фотографии, предоставленной пациенткой.*

**17.12.2010.**

Дата приёма была выбрана пациенткой. Срок изготовления коронок и виниров был заведомо короче. керамические реставрации были готовы через 5 рабочих дней после снятия слепков.

Манипуляции:

1. Инфильтрационная анестезия Ultracain D-S forte (1 мл).
2. Ретракция десны нитью у 12, 11, 21 и 22.
3. Фиксация виниров и коронок материалом Variolink II

*Реставрации на модели.*



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



*Повреждения десневого края при фиксации керамических реставрации.*

Клинический случай.

**24.12.2010.**

Повторное посещение для оценки качества протезирования. Жалобы на «неодинаковую длину» центральных резцов. Десна розовая. Отёков 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.

Полировочными борами удалены излишки цемента. Полировочными дисками Sof-Lex постепенно под тщательным зрительным контролем выровнена длина коронки 11. После удаления цемента возникли небольшие повреждения десневого края.

**29.12.2010.**

Повторное посещение для оценки качества протезирования. Жалоб нет. Пациентка полностью удовлетворена проведённым лечением и протезированием. Рекомендовано наблюдение и контрольные рентгеновские снимки.

*Окончательный  
вид  
реставраций.*



*Контрольный рентгеновский снимок после фиксации керамики.*

## **Анализ клинического случая и выводы о причинах развития осложнений лечения и протезирования.**

В течение трёх лет с момента лечения и протезирования пациентка не чувствовала себя полностью комфортно, она всё 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 трёх лет были периоды ремиссии и обострения воспалительных процессов, и состояние пациентки менялось. По всей видимости менялась и оценка ситуации пациенткой. В ходе лечения степень доверия пациентки ко мне повышалась, а оценка предыдущего лечения снижалась.

Перед лечением важно было проанализировать ситуацию и 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 11 12 зубов можно было посчитать:

1. Не достаточно широкая разработка каналов.
2. Не достаточно плотное пломбирование корневых каналов.
3. Не достаточно тщательную распломбировку каналов под штифты.
4. Неравномерное распределение цемента при фиксации штифтов в каналах.
5. Негерметичное восстановление коронковых частей.

Причиной же локализованного гингивита явилось, без всякого сомнения, наличие нависающих краёв коронок 11 и 12 зубов. Положительным моментом явилось отсутствие патологических карманов, вследствие чего прогноз выглядел благоприятным со стороны пародонта.

В ходе лечения не все предполагаемые причины неудачи 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 не герметично закрытых корневых каналах было достаточно 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.

Лечение удалось провести, практически не отклоняясь от первоначального плана. Манипуляции и сроки не отличались от предложенных пациентке. Результат лечения подтвердил правильность выводов о неудачах предыдущего лечения. Негативный опыт предыдущего лечения несколько повлиял на отношение пациентки к лечению как таковому. Некоторая настороженность в оценках и ожиданиях прослеживалась на протяжении всего срока лечения. Однако, она практически полностью была удовлетворена результатом лечения. 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

Клинический случай.

апикальным сужением было намного сложнее, чем восстановить зубы безметалловыми коронками. Повторное лечение и протезирование в подобных случаях 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). Кроме того, важна роль каждого из специалистов в постановке диагноза, анализе причин неудачи прошлого лечения и разработке плана повторного лечения. Лучше, если найдётся специалист, способный самостоятельно провести эндодонтическое и ортопедическое лечение, как и было в данном клиническом случае.