

Естетична реабілітація посмішки в невмотивованого пацієнта з патологічним стиранням

Резюме: Пацієнт раніше звертався в клініку із скаргами функціонального характеру, але не був мотивований на естетичну реабілітацію. Клініцисти з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта можуть одночасно забезпечити естетику і функцію з мінімальними ризиками для зубних рядів. У цьому клінічному випадку пацієнт був зацікавлений у вирішенні проблеми патологічного стирання верхніх фронтальних зубів найбільш ефективним і передбачуваним способом.

Після ретельної діагностики оцінені ризики і визначений прогноз лікування. Для демонстрації пацієнту естетичних і функціональних переваг пропонованого лікування виготовлений тоск-ур. Під час лікування необхідно було зменшити жувальне навантаження і усунути вплив парафункції з використанням оклюзійної шини. Висота оклюзії була відновлена з використанням мінімально інвазивних методів. Довжина різців збільшена за допомогою ортопедичної конструкції і корекції контуру ясен.

Пацієнт звернувся із скаргами на стирання верхніх фронтальних зубів, він не був зацікавлений у питаннях естетики. Для лікаря важлива зацікавленість пацієнта – при лікуванні має повністю змінитися зовнішній вигляд посмішки. Необхідно було скоректувати функцію, досягнути щільного, одночасного, двостороннього контакту жувальних зубів і знизити навантаження на фронтальні зуби. Для мотивації пацієнта і кращого розуміння клінічної ситуації застосували тоск-ур і депрограматор Койса .



Депрограматор Койса

Розбір клінічного випадку

Пацієнт, 25 років, звернувся із скаргою на стирання верхніх фронтальних зубів. Також його турбувало зменшення довжини коронок верхніх зубів, стоншування лінгвальних поверхонь і зміна посмішки (рис.1-3).



Рис.1 Початкова ситуація



Рис.2 Початкова ситуація: губи пацієнта в спокої



Рис.3 Початкова ситуація: зуби при максимальному фісурно-горбиковому контакті зубів-антагоністів

Спочатку пацієнт не хотів якихось естетичних змін посмішки. Проте його вдалося зацікавити не лише у функціональній реабілітації, але і естетичному відновленні посмішки.

Анамнез

Загальний анамнез без особливостей, пацієнт не приймав якихось ліків. Супутні захворювання були відсутні, протипоказань до лікування не виявлено.

Періодонтологічної патології не виявлено. Раніше за стоматологічною допомогою пацієнт звертався рідко. Три року тому пролікований проксимальний карієс. Пацієнт відмічає редукцію коронки верхніх зубів і їх стоншування на лінгвальній поверхні.

Контакт бічних зубів був відсутній, з'являвся тільки при стискуванні зубів і зміщенні нижньої щелепи назад. Після обговорення цього з пацієнтом він відмітив, що часто стискає зуби при заняттях у тренажерному залі.

Діагностика, оцінка ризику і прогноз тканин періодонту: глибина зондування склала менше 3 мм, кровоточивість при зондуванні не визначалася. Рівень кістки нижче за цементно-емалеву межу на 1-2 мм, внутрішньокісткові дефекти були відсутні. Рецесія не виявлена.

Біомеханіка: Як було відмічено вище, за останні 3 роки в пацієнта було проведене лікування з приводу проксимального карієсу. При огляді ця реставрація виявлена в зубі 4.6 (рис.4).



Рис.4 Нижня зубна дуга до лікування

На вестибулярній поверхні зубів 3.6-3.3, 4.3-4.6 визначалися ерозії і мінімальні ознаки стирання. На оклюзійній поверхні зубів 1.4, 2.6, 3.7-3.5 і 4.5-4.7 – мінімальна і середня міра ерозії і ознаки стирання. Зуби 1.1 і 2.1 з важкою мірою стирання. Оцінка функції: Рот відкриває в повному об'ємі (44 мм). Рухи в СНЩС симетричні, без клацань і хрускоту. Тест з навантаженням СНЩС негативний. При проведенні тесту з іммобілізацією нижньої щелепи виявлений незначний дискомфорт. На лінгвальній поверхні і ріжучому краю зубів 1.1 і 2.1 виявлене стирання важкого ступеню, стирання легкого і середнього ступеню – на зубах 1.3, 1.2, 2.2 і 2.3 (рис.5).



Рис.5 Початкова ситуація: верхня зубна дуга

На нижніх різцях визначався середній ступінь патологічного стирання. Була виявлена оклюзійна травма з незначною рухомістю зубів 1.1 і 2.1.

На підставі проведеної діагностики і стоматологічного анамнезу було виявлено блокування рухів нижньої щелепи: пацієнт для змикання бічних зубів мав переводити нижню щелепу у вимушене заднє положення. Цій патології сприяла парафункція: пацієнт стискував зуби під час тренувань. За наявності блокування руху нижньої щелепи ризик прийнято визначати як середній, проте в даному випадку з урахуванням парафункції і вираженого патологічного стирання зубів 1.1 і 2.1 ризик підвищується.

Огляд щелепно-лицьової ділянки: У пацієнта відзначалася ясенна посмішка, контури ясен асиметричні в ділянці фрон-

тальних зубів верхньої щелепи (рис.1). У стані спокою зуби верхньої щелепи ховалися під яснами, ікла розташовувалися вище за губу на 2 мм (рис.2). Відзначалися аномалії просторового положення зубів верхньої щелепи, між зубами нижньої щелепи визначалися незначні тремі. На підставі описаних вище критеріїв ризик естетичного відновлення відзначався як високий.

Цілі лікування

1). Було необхідно скоректувати функцію, досягти щільного, одночасного, двостороннього контакту жувальних зубів і мінімізувати патологічне стирання фронтальних зубів. Пацієнт має бути зацікавлений у створенні нової посмішки: при проведенні лікування обов'язково торкнуться естетичні аспекти. Для мотивації пацієнта і кращого розуміння клінічної ситуації застосували mock-up і депрограматор Койса.

2). Було потрібне проведення профілактичних заходів для збереження здоров'я пацієнта. Для мінімізації функціонального ризику необхідно усунути блокування рухів нижньої щелепи і парафункцію – з цією метою для занять спортом необхідно виготовити захисну капу. Висота прикусу має бути відновлена із застосуванням мінімально інвазивних методів: більшість бічних зубів пацієнта інтактні.

3). Довжину різців необхідно відновити за допомогою реставрації і зміни контуру ясен.

План лікування

З пацієнтом обговорили варіанти лікування, зокрема, можливість ортодонтичного втручання. Ортодонтичне лікування дозволяє усунути аномалії положення окремих зубів, скоректувати форму зубних дуг. У цій клінічній ситуації форма зубних дуг у межах норми, аномалії положення окремих зубів були відсутні (рис.3-5). При проведенні ортодонтичного лікування була б потрібна реставрація для відновлення висоти коронок зубів. Замість цього було прийняте рішення про виготовлення керамічної реставрації з відновленням висоти прикусу і довжини фронтальних зубів. Пацієнт був зацікавлений у найбільш передбачуваному і ефективному лікуванні.

Етап 1: Мотивація, виготовлення депрограматора Койса

Раніше пацієнта інформували про причини патологічного стирання, звернули увагу на важливість підтримки оптимального рН. З цією метою пацієнту рекомендували використовувати пасту і обполіскувач, що підвищують і підтримують нейтральний рН. Також була рекомендована дієта з виключенням напоїв з низьким рН. Під час контрольних візитів рекомендоване покриття зубів фторлаком. Для виконання лікування необхідно було визначити положення СНЩС при «істинному» центральному співвідношенні. З цією метою застосували депрограматор Койса.

Етап 2: Діагностичний wax-up

За 2 тижні носіння апарату пацієнт відмітив, що кожного разу перед його зняттям зуби були в контакті. У це ж відвідування були виготовлені оклюзійні фіксатори (депрограматор знаходився в ротовій порожнині). При фіксованому «істинному» центральному співвідношенні щелеп зроблені фотографії. Виготовлені відбитки з верхньої і нижньої щелепи. Далі моделі загіпсовані в артикулятор у раніше визначеному центральному співвідношенні (рис.6).



Рис.6 Моделі, встановлені в артикулятор

При оцінці отриманих фотографій з урахуванням положення фронтальних зубів було прийняте рішення про подовження різців на 2 мм. При плануванні реставрації велика увага приділялася верхнім іклам: вони знаходилися вище за губу на 2

мм. Також для отримання естетичного результату і потрібної довжини коронки в ділянці зубів 3-8 було необхідно провести редуцію ясен від 1 до 2 мм. Був змодельований wax-up (рис. 7), на його основі отриманий силіконовий ключ для mock-up.



Рис.7 Діагностичний wax-up

Етап 3: Mock-up

У наступне відвідування для демонстрації результату лікування був виготовлений mock-up (рис.8). Це дозволило пацієнту оцінити очікувані позитивні зміни естетики і функції.



Рис.8 Mock-up для оцінки естетики і функції

Етап 4: Гінгіво- і остеопластика

За wax-up був виготовлений хірургічний шаблон для проведення гінгівопластики, на якому була відмічена планована висота ясен для зубів 3-14 (рис.9).



Рис.9 Проведення гінгівотомії, встановлений хірургічний шаблон

Далі був відшарований слизово-окісний клапоть для проведення остеопластики і створення оптимального рівня альвеолярного гребеня і гармонії білої і рожевої естетики після загоєння тканин (рис.10).



Рис.10 Вигляд після репозиції слизово-окісного клаптя

При загоєнні тканин ускладнень не виникло (рис.11).



Рис.11 Посмішка пацієнта через 3 місяці після проведення гінгіво- і остеопластики

Етап 5: Виготовлення тимчасових реставрацій

Впродовж 3 тижнів перед виготовленням ортопедичної конструкції (період загоєння після хірургічного втручання) пацієнт носив депрограматор Койса для підтримки функціональної стабільності СНЩС. У наступне відвідування був виготовлений композитний естетичний mock-up як шаблон для препарування. З метою збереження депрограмування для візуалізації «істинного» центрального співвідношення під час препарування між зубами 1.1 і 2.1 на піднебінній поверхні була створена невелика накушувальна площа (рис.12).



Рис.12 Накушувальна площа між зубами 1.1 і 2.1; контакт бічних зубів максимально щільний

Було проведене мінімально інвазивне препарування через моск-ур вестибулярних і оклюзійних поверхонь зубів на верхній і нижній щелепі. Далі виготовлені оклюзійні реєстратори (нижні різці торкалися платформи в первинній точці) (рис. 13).

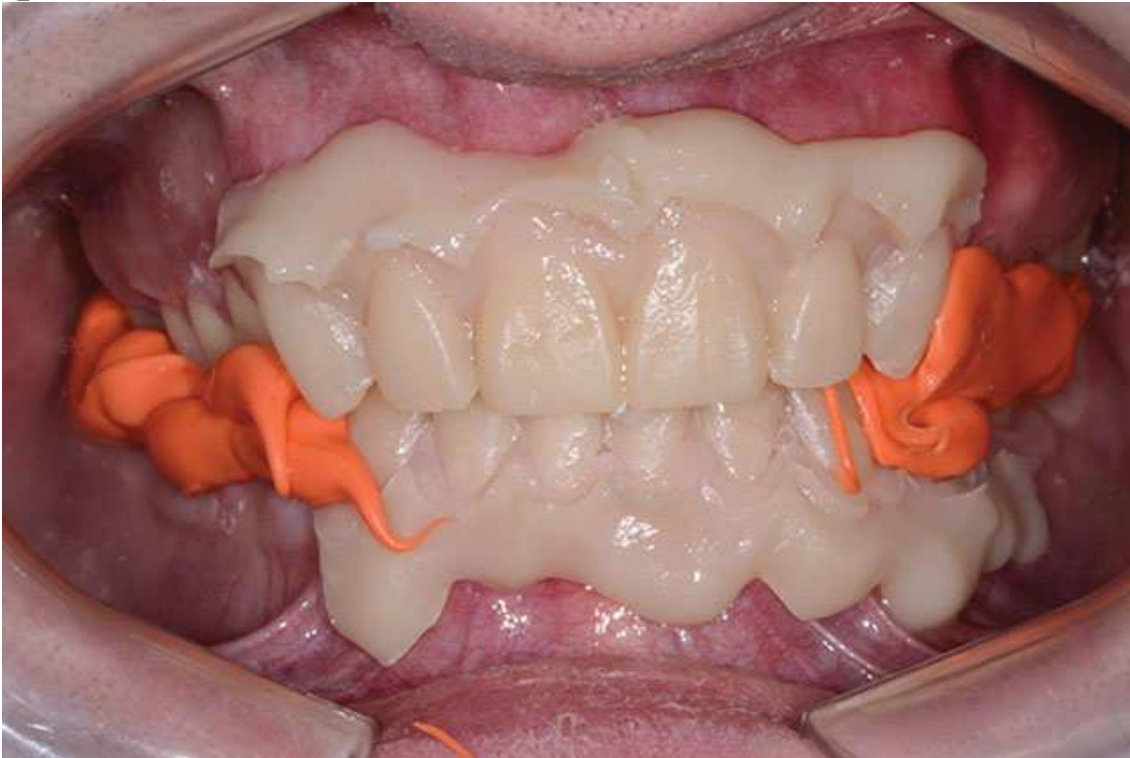


Рис.13 Визначення центрального співвідношення

Остання процедура проводилася після препарування жувальної групи зубів для роботи з моделями в лабораторії. На нижній щелепі різці були препаровані під вініри. На верхні фронтальні зуби для відновлення тканин, що зазнали патологічного стирання, потрібне було виготовлення коронок. Проведена ретракція ясен з використанням техніки двох ниток, отримані відбитки з обох зубних дуг. Провізорні реставрації виготовлені на основі моск-ур з пластмаси холодної полімеризації і зафіксовані на цемент для тимчасових конструкцій.

Далі були виготовлені суцільнокерамічні реставрації E.max®: оклюзійно-вестибулярні вкладки overlay на 12 бічних зубів, вініри на фронтальні зуби нижньої щелепи, коронки на верхні фронтальні зуби. Чотири другі моляри планувалося відновити за допомогою прямої композитної реставрації.

Етап 6: Фінальна реставрація

Провізорні реставрації були видалені і проведене припасування фінальних реставрацій. Вініри і вкладки overlay зафіксовані з використанням адгезивного протоколу на композитний

цемент подвійного затвердіння, коронки – самоадгезивний універсальний цемент. Для досягнення необхідних оклюзійних контактів виготовлені прямі композитні реставрації других молярів. Далі проведена перевірка оклюзійних взаємин і внесені мінімальні коригування. Після цього для виготовлення захисної капи отримані відбитки. Остаточний результат був вищий за очікування пацієнта (рис.14-19).



Рис.14 Нижній зубний ряд після лікування



Рис.15 Верхній зубний ряд після лікування



Рис.16 Фінальний результат при положенні щелеп у центральному співвідношенні



Рис.17 Фінальний результат: губи в стані спокою



Рис.18 Зовнішній вигляд пацієнта після лікування



Рис.19 Контрольний знімок (ОПТГ)

Висновки

Аналіз індивідуальних факторів ризику пацієнта дозволяє скласти найбільш передбачуваний план лікування. У даному клінічному випадку був мінімізований біомеханічний ризик: майже усе препарування проводилося в межах емалі. Патологічне стирання призвело до блокування рухів нижньої щелепи, що сприяло прогресу патології. Підвищення висоти прикусу усунуло цю проблему. Незважаючи на це, пацієнту було рекомендоване носіння захисної капи для недопущення ушкодження реставрацій під час занять спортом у результаті парафункції. Контрольні візити призначалися кожні 4 місяці. Передбачалася можливість ускладнення тільки з боку реставрацій – сколювання кераміки. Прогноз тканин періодонту – сприятливий. Покращав прогноз функціонального стану щелепно-лицьової ділянки.

Автор: Яцек Глебокі