

Комплексна реабілітація посмішки: класичний і сучасний підходи до протезування

Враховуючи високий попит на «красиву посмішку», технології і матеріали для естетичного відновлення зубів постійно оновлюються. Інновації в стоматології, що отримали широке поширення на території нашої країни, створили сприятливе середовище для професійного зростання і підвищення якості наданих послуг. Але в той же час технологічні аспекти роботи, що постійно змінюються, формують безліч питань у практичній галузі.

На жаль, численні публікації на цю тему часто ставлять у безвихідь стоматологів. Як, з чого і коли починати лікування? Яким чином створити взаємодію з колегами інших спеціалізацій? Як і коли делегувати лікування, щоб забезпечити швидке, комфортне і ефективне відновлення? Як побудувати роботу з пацієнтами після завершення курсу лікування?

Ця публікація не ставить за мету висвітлити наукову частину сучасних методик комплексної реабілітації пацієнтів, а покликана показати багато практичних аспектів, з метою виділити дійсно дієві технології. Враховуючи тривалість лікування, ергономічні і комфортні умови для пацієнтів, ми можемо досягати чудових результатів із сучасними системами дентальних імплантатів і при грамотному застосуванні технологій тимчасового відновлення композитними реставраціями і конструкцій для постійного протезування. У статті наводиться приклад широкого спектру естетичних і функціональних методик для тимчасового і постійного протезування на зубах і імплантатах, які можуть бути виконані з використанням сучасних технологій у відновлювальній стоматологічній практиці.

Клінічний випадок

До нас звернулася пацієнтка N, 53 років, із скаргами на порушення функції жування, періодичними скаргами на клацання в суглобі при відкриванні рота і множинні естетичні дефекти. Від раніше запропонованого лікування з використанням часткових знімних протезів в іншій клініці вона категорично відмовилася. У наше завдання входило, використовуючи сучасні можливості стоматології, запропонувати пацієнтці найбільш швидкий варіант комплексної стоматологічної реабілітації не-

знімними конструкціями зубних протезів, з урахуванням обмеженого фінансування. На першому етапі ми провели комплексне стоматологічне обстеження, що включало виготовлення діагностичних моделей, сет фотографій посмішки і зубних рядів, панорамну і 3Д-томографію зубних рядів і суглобів, пародонтальне зондування, а також попереднє визначення звичного змикання і ЦС (центрального співвідношення зубних рядів), опитування пацієнтки і з'ясування її побажань про майбутнє лікування, включаючи обговорення фінансових очікувань (мал. 1 а – ж).



Мал. 1а. Посмішка пацієнтки до лікування. Естетичні недоліки, ефект «старіння»



Мал. 1б. Клінічна картина в порожнині рота до лікування: зниження висоти прикусу, порушення жування



Мал. 1в. Клінічна картина в порожнині рота до лікування (праворуч)



Мал. 1г. Клінічна картина в порожнині рота до лікування (ліворуч)



Мал. 1д. Панорамна рентгенограма до лікування



*Мал. 1е. Клінічна картина в порожнині рота до лікування
(ліворуч)*



*Мал. 1ж. Клінічна картина в порожнині рота до лікування
(праворуч)*

Далі було запропоновано два варіанти комплексної реабілітації, з великою і меншою кількістю дентальних імплантів, і пояснені переваги і недоліки цих варіантів протезування. Після прийняття одного з планів ми приступили до воскового моделювання і планування операцій, виготовлення стандартних композитних хірургічних шаблонів (планування було проведене класичним методом на моделі зубних рядів, довжина і розмір імплантів планувалися по конусно-променевої томографії зубних рядів у програмному забезпеченні компанії Sirona).

На першому етапі ми провели операцію в правому верхньому квадранті зубного ряду, операцію синус-ліфтинга, із заповненням графтом Cerabone і мембраною Jason від Botiss і одночасною установкою 5 імплантатів Nobel Biocare Replace Conical Connection різних типорозмірів відповідно до хірургічної ситуації. Об'єм (висота гребеня не менше 4 мм) і щільність кістки (3-4-й тип) дозволили провести конденсацію кісткового ложа імплантатів за допомогою остеотомів і отримати первинну стабілізацію не менше 30 Н. При цьому імплантат в ділянці ікла 13 (з урахуванням первинної адентії 12 зуба) був встановлений відразу в лунку видаленого зуба із заповненням її аналогічним графтом і установкою розширеного формувача ясен (мал. 2 а – д).



*Мал. 2а.
Оклюдійний
вигляд
верхньої
щелепи до
лікування*



*Мал. 2б.
Оклюдійний
вигляд
нижньої
щелепи до
лікування*



Мал. 2в. Рентгенограма після синус-ліфтинга з одномоментною імплантацією в ділянці зубів 12-16



Мал. 2г. Вигляд після імплантації 5 імплантатів у ділянці верхньої щелепи праворуч



Мал. 2д. Вигляд після імплантації 5 імплантатів у ділянці верхньої щелепи праворуч, після зняття швів

Негайне навантаження не проводили через недостатню, на наш погляд, первинну стабільність і очікуванням наступного етапу операції ліворуч і наступного тимчасового протезування. В даному випадку також була застосована досить нова методика встановлення імплантату в лунку видаленого зуба зі збереженням передньої стінки кореня, так звана методика щита (Socket Shield Technique). Такий метод дозволяє зменшити резорбцію передньої стінки кісткової лунки після видалення і зберегти об'єм кістки в наступні роки.

Через 2 тижні після першої операції була проведена інсталяція 2 імплантатів того ж виробника в ділянці зубів 46 (3.5-13 мм) з одномоментною аугментацією графтом Cerabone в 3-стінковий дефект і мембраною Jason від Botiss, 47 (5.0-11.5 мм) в лунку видаленого зуба з аналогічною аугментацією. Зуб 45 був оцінений як життєздатний за параметром якості повторного ендодонтичного лікування і стану твердих тканин

(мал. 3 а – г).



*Мал. 3а,б.
Вигляд зубів
45, 47 після
зняття
мостовидної
конструкції
та після
видалення
зуба 47*



*Мал. 3в.
Проведене
встановлення
2 імплантатів
у ділянці зубів
46, 47.
Стабілізація
45 Н*



Мал. 3г. Панорамна рентгенограма після встановлення 2 імплантатів у ділянці зубів 46, 47

Далі ми приступили до роботи з лівим верхнім і нижнім квадрантом. У момент видалення зуба 26 було виявлено ороантральне сполучення з гайморовою пазухою і було прийняте рішення про відстрочений синус-ліфтинг, проте установка імплантату в ділянці зуба 23 пройшла успішно за раніше описаною методикою. Це дозволило розраховувати на раннє тимчасове протезування на зубах і імплантатах 13-23. У лівому нижньому сегменті зуби 35, 37 були оцінені як безнадійні і видалені з одномоментною заміною на імплантати Nobel Biocare Replace Conical Connection + формувачі ясен. Таким чином, були встановлені імплантати в ділянці зубів 35, 36, 37. Тимчасове безпосереднє протезування було можливим, але не мало доцільності без антагоністів і тому не проводилося.

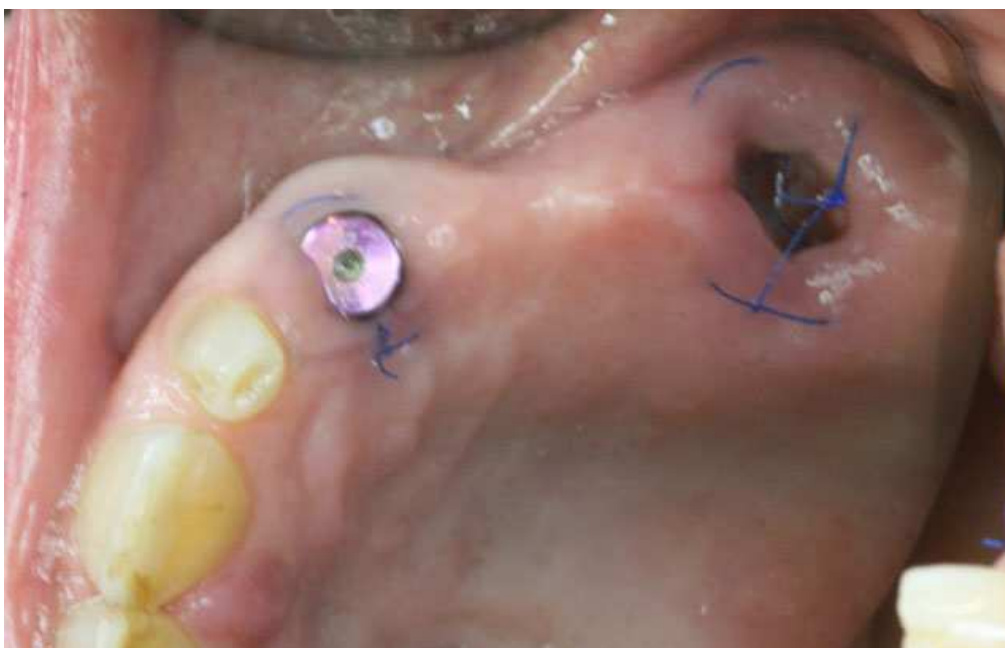
Останніми були встановлені 4 імплантати Nobel Biocare Replace Conical Connection у ділянці лівого верхнього синуса з одномоментним синус-ліфтингом із застосуванням раніше описаного графта і мембрани. Після встановлення всіх імплантатів і первинного загоєння був проведений перший етап тимчасового протезування на фронтальній групі зубів. До того моменту імплантат у ділянці 13 був встановлений більше 2 міс. тому, а «партнер» у ділянці зуба 23 – близько 4 тижнів тому (мал. 4 а – е).



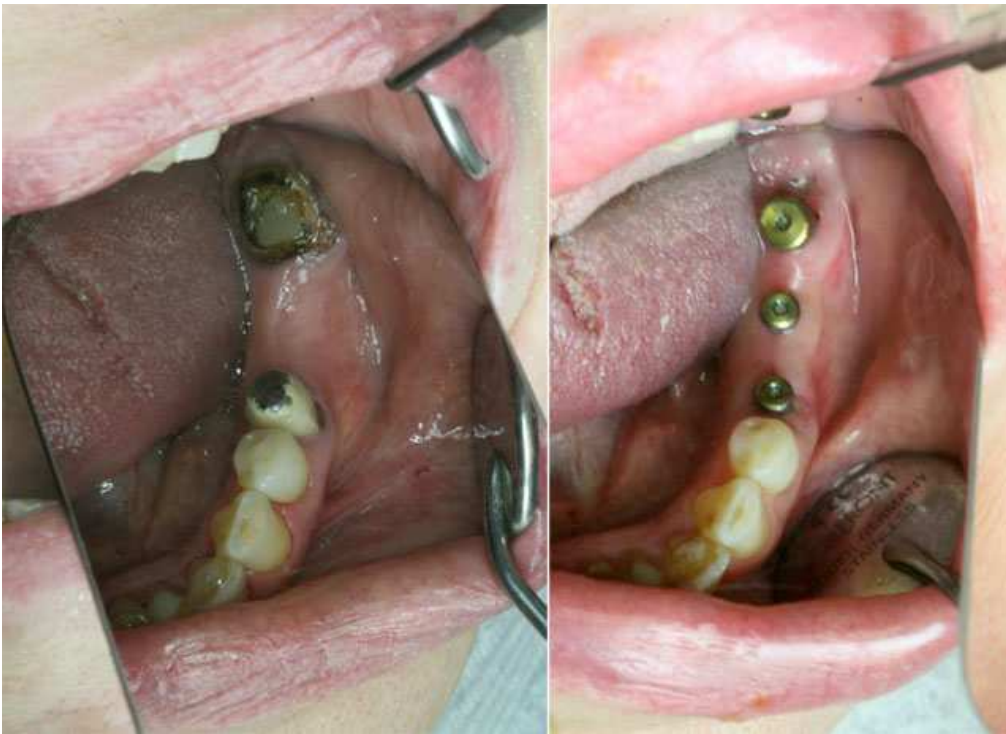
*Мал. 4а.
Вигляд зубів
23, 26 до
лікування*



*Рис 4б.
Вигляд лівої
ділянки
верхньої
щелепи
після
видалення
зубів 23, 26*



*Мал. 4в.
Вигляд лівої
ділянки
верхньої
щелепи
після
імплантації
в ділянці 23
зуба*



*Мал. 4г,д.
Вигляд зубів
35, 37 до
лікування
та вста-
новлені ім-
плантати в
ділянці зу-
бів 35, 36,
37 через 3
тижні піс-
ля операції*



*Мал. 4е. Рентгенограма після встановлення запланованого
об'єму імплантатів*

Спочатку були відновлені фронтальні зуби верхньої щелепи за середньоанатомічними параметрами співвідношення довжини і ширини (за основу розрахунків була узята ширина центральних різців, що збереглися). Далі за аналогічною методикою була проведена реставрація композитом CeramXDuo від компанії Dentsply нижніх передніх зубів композитною реставрацією з ефектом шинування (мал. 5).

Цей композит був вибраний як найбільш стійкий до тріщин і естетичний для подібного відновлення. Після цього провели попереднє формування і поліровку зубів. Було визначене нове

центральне співвідношення за допомогою листового калібратора і LuciaJig, при цьому підвищення висоти прикусу склало близько 6 мм (за оцінкою нашкірних орієнтирів, нанесених раніше на кінчик носа і підборіддя). Нове міжщелепне співвідношення було закріплене за допомогою консольних тимчасових металокомпозитних коронок на індивідуальних титанових абатментах, встановлених на імплантати 13, 23, з консолями зубів 14 і 24.



Мал. 5. Проведене відновлення нижніх передніх зубів композитною реставрацією

Отриманий результат стабілізації прикусу після тривалого колапсу та компресії суглобового диска (що супроводжувалося періодичним підвивихом суглобового диска і швидкою стомлюваністю при відкриванні рота, а також малою амплітудою відкривання), ми спостерігали близько 6 міс., до остаточної інтеграції встановлених останніми імплантатів у лівому верхньому сегменті. При цьому пацієнтка відзначала істотне поліпшення якості життя, покращення функції жування, збільшення амплітуди відкривання рота, легкість при функції, значне покращення естетики посмішки і фонетики, що, на наш погляд, свідчить про правильну тактику і комбінацію методик реабілітації.

Остаточне протезування проводилося в два етапи. Першим – протезування бічних відділів вгорі і вниз і фронтальної групи верхньої щелепи металокерамічними коронками та індивідуальними титановими абатментами (мал. 6 а, б).



*Мал. 6а.
Вигляд фронтальної ділянки верхньої щелепи після установки*

тимчасових коронок на зубах і 2 імплантатів у ділянці іклів



Мал. 6б. На етапі підбору кольору

Другим – протезування суцільнокерамічними вінірами, виготовленими за технологією емак, нижніх фронтальних зубів і частини премолярів. Подібне поєднання ортопедичних конструкцій, на наш погляд, якнайкраще відповідало «технічному завданню», бюджету пацієнта і мінімальній інвазії (мал. 7).



*Мал. 7.
На етапі визначення кольору вінірів фронтальної ділянки нижньої щелепи*

тальної ділянки нижньої щелепи

Остаточний результат протезування зворушив пацієнтку до сліз і, з її слів, перевершив усі її очікування. Що, звичайно, є найкращим результатом для усього колективу стоматологічної клініки, що брала участь у цьому досить тривалому курсі лікування (мал. 8, 9).



Мал. 8а. Вигляд після протезування верхньої і нижньої щелеп (фронтальна ділянка)



Мал. 8б. Вигляд після протезування верхньої і нижньої щелеп (права бічна ділянка)



*Мал. 8в.
Вигляд після протезування верхньої і нижньої щелеп (ліва бічна ділянка)*



*Мал. 8г.
Вигляд після протезування верхньої і нижньої щелеп (оклюзійна поверхня в/щ)*



*Мал. 8д.
Вигляд після протезування верхньої і нижньої щелеп (оклюзійна поверхня н/щ)*



*Мал. 9а.
Остаточний вигляд
губ після
протезу-
вання, по-
кращилася
підтримка
верхньої гу-
би, зміни-*

лася наповненість м'яких тканин



*Мал. 9б.
Посмішка
після про-
тезування,
подовже-
ний дизайн
центрально-
них різців
надає мо-
ложавість*



Мал. 9в. Фонетичні проби



Мал. 9г. У динамічному спостереженні



Мал. 9д. У динамічному спостереженні

Автор: Лавров А. А., лікар-стоматолог