

Контур коронки і естетика м'яких тканин – взаємовідношення параметрів

Виготовлення естетичних коронок вимагає обов'язкового врахування особливостей біології навколишніх м'яких тканин для досягнення максимально ефективних результатів реставрації. Таке завдання, проте, є не зовсім простим, як може здатися на перший погляд, і вимагає тісної кооперації лікаря-стоматолога і зубного техніка.

Вільний ясенний край є ділянкою м'яких тканин, яка вкриває верхівку альвеолярного гребеня з вестибулярного і язичного боку, доходячи аж до емалево-цементної межі зуба. Найбільш апікальна межа маргінального краю ясен, що іменується зенітом, має важливе значення у відновленні гармонії білої і рожевої естетики при виготовленні різного роду реставрацій.

У нормі точка зеніту знаходиться на 1 мм дистальніше за середину зуба, що найчіткіше виділяється в ділянці центральних різців верхньої щелепи, при цьому таке співвідношення дещо зменшується від ділянки бічних різців у напрямку до молярів. Проксимальні поверхні цементно-емалевої межі зубів мають параболічну форму, а їх контур є дещо увігнутим. Міжзубний сосочок, займаючи проксимальну ділянку апікальніше точки міжзубного контакту, у свою чергу, є дуже чутливою структурою, корекція параметрів якої залежить від об'єму міжзубного простору, позиції міжальвеолярної кісткової перегородки, стану пародонтальних тканин навколо зуба.

У клінічних випадках, проілюстрованих нижче, описаний алгоритм корекції тканин зубного сосочка, завдяки якому лікар може змінювати його вестибулярний і проксимальний контури за допомогою корекції профілю естетичної реставрації. Саме по собі розуміння особливостей біології м'яких тканин ясен може значно допомогти в досягненні найбільш ефективного результату комплексної реабілітації пацієнтів з використанням різних ортопедичних конструкцій.

Можливості корональної міграції вільного ясенного краю

Рецесія ясен, схожа на ту, яка проілюстрована в першому клінічному випадку, може бути спровокована результатом ятрогенного втручання з порушенням біологічної ширини. Прик-

лад ураження ділянки сполучнотканинного прикріплення краєм зафіксованої коронки продемонстрований на фото 1.

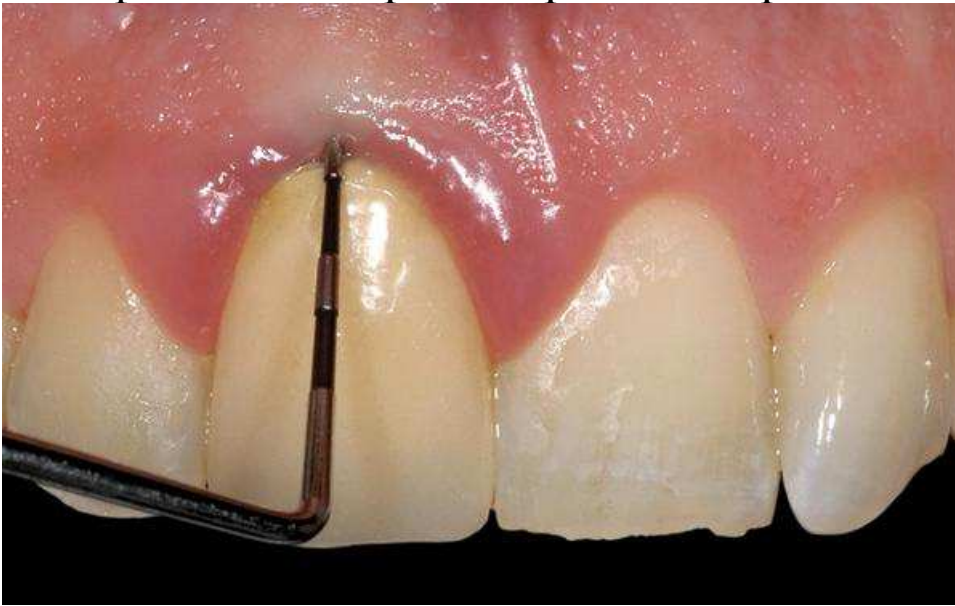


Фото 1.

Край коронки виходить у ділянку сполучнотканинного прикріплення. Глибина зондування не перевищувала 1 мм і завдяки інтактним параметрам пародонту існує можливість забезпечити корональну міграцію ясен за допомогою «прикріплення, що поступово наповзає»

Клінічний стан оточуючої кісткової тканини був перевірений під час зондування, і, враховуючи її інтактність, можна було припустити, що вестибулярні ясна ще здатні мігрувати в корональному напрямі при корекції коронки. Для виготовлення провізорних коронок були отримані гіпсові моделі. Після видалення старої металевої коронки з'ясувалося, що край коронки знаходиться занадто апікально, а ділянка препарування необґрунтовано розширена в аксіальному напрямі (фото 2).



Фото 2.

Після видалення коронки виявлено надмірну редукцію твердих тканин в аксіальному напрямку

Лікування почали із зачистки залишків старого цементу з поверхні кукси з використанням 16-гранного твердосплавного бору, після чого провели корекцію ділянки препарування, сформувавши ясенну межу корональніше цементно-емалевого з'єднання сусіднього центрального різця (фото 3).



*Фото 3.
Корекція колишнього дизайну кукси: ясенна межа препарування перенесена корональніше цементно-*

емалевого з'єднання сусіднього центрального різця

Провізорну коронку навмисно виготовили недостатньо оконтурованою в ділянці ясенного краю, щоб забезпечити реалізацію феномену «прикріплення, що поступово наповзає», який забезпечує корональну міграцію ясен. Подібний підхід вже довів свої стабільні довгострокові результати.

Через 6 тижнів був сформований оптимальний рівень вестибулярного профілю ясен, відповідний для фіксації остаточної реставрації (фото 4).



*Фото 4.
Вигляд з провізорними коронками*

Після зняття відбитків і проведення ряду лабораторних етапів була виготовлена і зафіксована постійна металокерамічна ко-

ронка. Під час контрольного клінічного огляду через 1 рік після первинного втручання був зареєстрований стабільний здоровий стан м'яких тканин і оптимальний естетичний контур ясенного сосочка з вестибулярної і проксимальної сторін (фото 5).



Фото 5.

Вигляд з постійною короною через рік після лікування: повна стабільність і симетрія м'яких тканин у ділянці центральних різців

Контур коронки і профіль м'яких тканин ясен

Вільний ясенний край можна перемістити більше апікально тільки за допомогою опуклості коронки без яких-небудь додаткових хірургічних маніпуляцій за умови, що відстань від краю кісткового гребеня до неприкріплених ясен перевищує 2 мм.

Такий параметр дозволяє відкоригувати позицію крайової ділянки ясен, не порушуючи при цьому простору біологічної ширини. Важливим критерієм для досягнення ефективних результатів корекції м'яких тканин є стан і позиція кісткової тканини відносно контуру ясен.

У пацієнта, що звернувся за стоматологічною допомогою, спостерігалася асиметрія позиції ясен у ділянці фронтальних зубів (фото 6) у результаті порушеного пасивного прорізування правого різця. Для корекції естетичних параметрів було показано виготовлення керамічної коронки, яка допомогла б сформувати адекватний естетичний профіль посмішки. При зондуванні зубоясенної борозни, її параметри в ділянці лівого різця відповідали 1 мм, а в ділянці правого – 2,5 мм (у результаті порушеного пасивного прорізування). Отже, маргінальний край ясен можна перемістити на 1,5 мм апікальніше, не порушивши при цьому епітеліального прикріплення зв'язко-

вого апарату зуба. Перед корекцією рівня ясен у ділянку зубоясенної борозни помістили не імпрегновану ретракційну нитку (фото 7), за допомогою якої вдалося зімітувати позицію ясен у ділянці проблемного зуба аналогічно такій у сусіднього різця.



*Фото 6.
Неадекватна
реставрація в
ділянці право-
го різця і на-
явність каріє-
су на палати-
нальній повер-
хні аргумен-
тують необ-
хідність виго-*

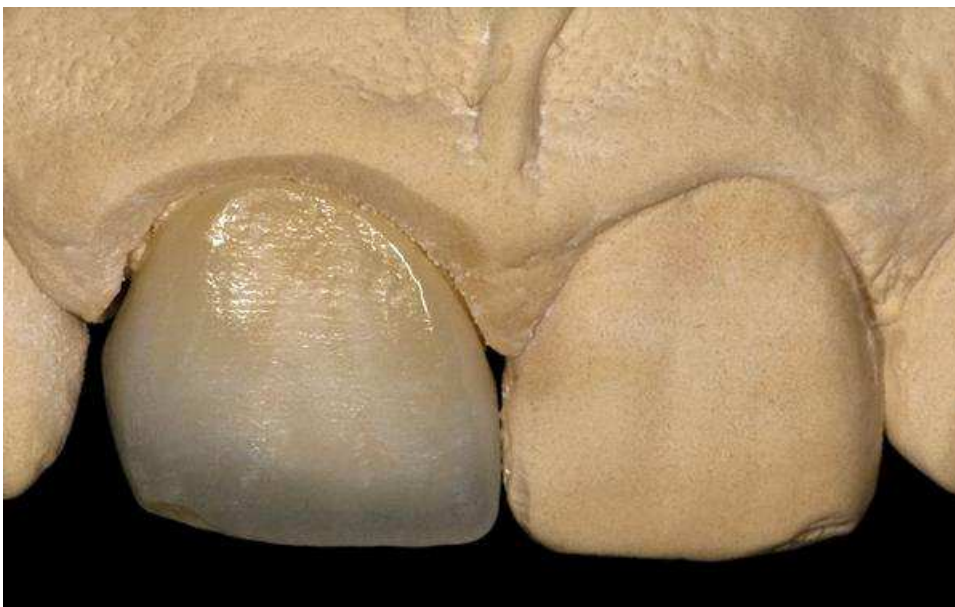
товлення повної коронки для естетичної реабілітації



*Фото 7.
Установка*

неімпрегнованої ретракційної нитки в зубоясенну борозну

На моделі аналогічну процедуру провели за допомогою вида-лення певного рівня гіпсу до досягнення ідентичної позиції ясен у ділянці обох фронтальних різців (фото 8). Опуклий контур зімітованої цементно-емалевої межі, сформований на керамічній коронці, допоміг відкоригувати позицію ясен до найбільш оптимального естетично прийнятного рівня. Контрольне клінічне обстеження цього пацієнта через один рік підтвердило стабільність і ефективність первинно отриманих результатів лікування (фото 9).



*Фото 8.
Імітація ясен-
ного краю на
гіпсовій моде-
лі: форма опу-
кlostі лицьо-*

вого краю коронки визначає контур м'яких тканин ясен



*Фото 9.
Вигляд через 1
рік після фік-
сації постій-
ної коронки:*

стабільність ясенного контуру і відсутність ознак запалення

Відновлення міжзубного сосочка

Хоча клініцисти стверджують про просто прекрасну ефективність більшості технік відновлення міжзубного сосочка, результати систематичного вивчення літератури, свідчать про непередбачуваність більшості із запропонованих клінічних підходів. Але, по правді кажучи, потенціал корональної міграції міжзубного сосочка є досить величезним при адекватній підтримці кісткової тканини, що розташована під ним.

В одній з недавніх презентацій клінічних випадків відносно проблеми відновлення м'яких тканин у ділянці міжзубного контакту повідомлялося, що збільшення висоти сосочка за допомогою м'якотканинної аугментації практично неможливе без додаткового ураження суміжних ясен навколо ділянки хірургічного втручання.

На фото 10 зображений клінічний випадок, в якому в пацієнта спостерігався дефіцит параметрів висоти міжзубного сосочка в ділянці фронтальних різців, що компрометувало загальний естетичний вигляд посмішки. Заміна дефектного правого різця металокерамічною коронкою дозволила досягти оптимальних параметрів висоти міжзубного сосочка, завдяки відповідним контурам коронки. При аналізі діагностичної воскової репродукції було встановлено, що різниця в мезіо-дистальних розмірах зубів може бути викликана присутньою керамічною реставрацією в ділянці мезіальної сторони лівого різця. Вітальний стан кістки забезпечив умови для адекватної міграції м'яких тканин.



Фото 10. Дефіцит тканин сосочка між центральними різцями і невідповідність мезіо-дистальних розмірів зубів при посмішці

Зубний технік виготовив керамічну коронку на правий різець і адекватну реставрацію для лівого фронтального зуба. Контур препарування імітував природні нерівності коронки різця для того, щоб замаскувати ділянку вестибулярного краю (фото 11), а проксимальний контур реставрації, у свою чергу, визначав форму міжзубного сосочка (фото 12). Через 1 рік після втручання в пацієнта був зареєстрований оптимальний естетичний профіль посмішки із стабільною відкоригованою позицією міжзубного сосочка (фото 13).



*Фото 11.
Відновлення
дефектної ко-
ронки і кера-
мічної реста-
врації новими
конструкція-*

ми з відновленням адекватних мезіо-дистальних розмірів



*Фото 12. Контур постійних реставрацій: заповнення
апроксимальної ділянки м'якими тканинами сосочка*



Фото 13. Вигляд посмішки через 1 рік після лікування

Обговорення і висновки

Виконання адекватних естетичних реставрацій у фронтальній ділянці є дуже складним клінічним завданням, для реалізації якого потрібна тісна кооперація лікаря-стоматолога і зубного техника. Завдяки спільній роботі фахівців, можна досягнути оптимальних параметрів м'яких тканин навіть без яких-небудь хірургічних втручань.

Проте, глибоке розуміння особливостей поведінки м'яких і твердих тканин, суміжних з ділянкою ортопедичної конструкції, є обов'язковим і для уникнення можливого запалення як реакції на ятрогенне втручання, так і для профілактики надмірної апікальної міграції вільного краю ясен.

Оцінка стану кісткової тканини, як і вітальності структур пародонту, є обов'язковою для адекватного прогнозу результату терапевтичного втручання. Зміни вестибулярних ясен у ділянці фронтальних зубів верхньої щелепи можуть бути дуже варіабельними: параметри сосочків можуть змінювати від 2 до 5 мм. Опуклість шийки зуба теж відіграє важливу роль у формуванні оптимального ясенного профілю. Тому імітація опуклості емалево-цементної межі об'ємом кераміки ортопедичної конструкції також є обов'язковою для досягнення успішних результатів естетичної реабілітації і найбільш прийнятних співвідношень між елементами рожевої і білої естетики.

Автори: Ричард Кінсел; Браян Поуп; Даніель Капоферрі