

Клінічні аспекти повторного протезування (закінчення)

Клінічний випадок № 2

Пацієнтка А. звернулася в клініку із скаргами на рухомість металокерамічного мостовидного протеза, що відновлює цілісність фронтальної ділянки зубного ряду верхньої щелепи, і пов'язане з цим відчуття неприємного запаху. Мостовидний протез був виготовлений близько року тому в іншій клініці, рухомість з'явилася через декілька місяців. Крім того, пацієнтку періодично турбував мимовільний біль у ділянці верхніх бічних зубів з правого боку, що посилювався від подразників. Загальносоматичний анамнез не обтяжений супутніми захворюваннями.

При зовнішньому огляді ознак патології не виявлено. Огляд зубних рядів показав наявність вторинного каріозного ураження 16, 15 і 14-го зубів. У 15-му зубі вторинна каріозна порожнина сполучалася з порожниною пульпи, зондування і термопроба на холод були чутливі, симптом післядії і перкуторний тест – позитивні. Клінічні ознаки ураження пульпи 16-го і 14-го зубів не визначалися.

У групі нижніх різців був відсутній один зуб. Враховуючи наявність незначної тріси між іклом і різцем ліворуч, збільшену відстань між коренями зубів у цій ділянці на ортопантомограмі і велику частоту адентії бічних різців, був зроблений висновок про відсутність лівого бічного різця. Причину адентії з анамнезу з'ясувати не вдалося.

Фіксація металокерамічного мостовидного протеза з опорою на 13, 21 і 22-й зуби була порушена, найбільша рухомість виявлялася в ділянці 13-го зуба. На проміжній частині в ділянці медіального кута штучного 11-го зуба проглядалося сколювання керамічного покриття.

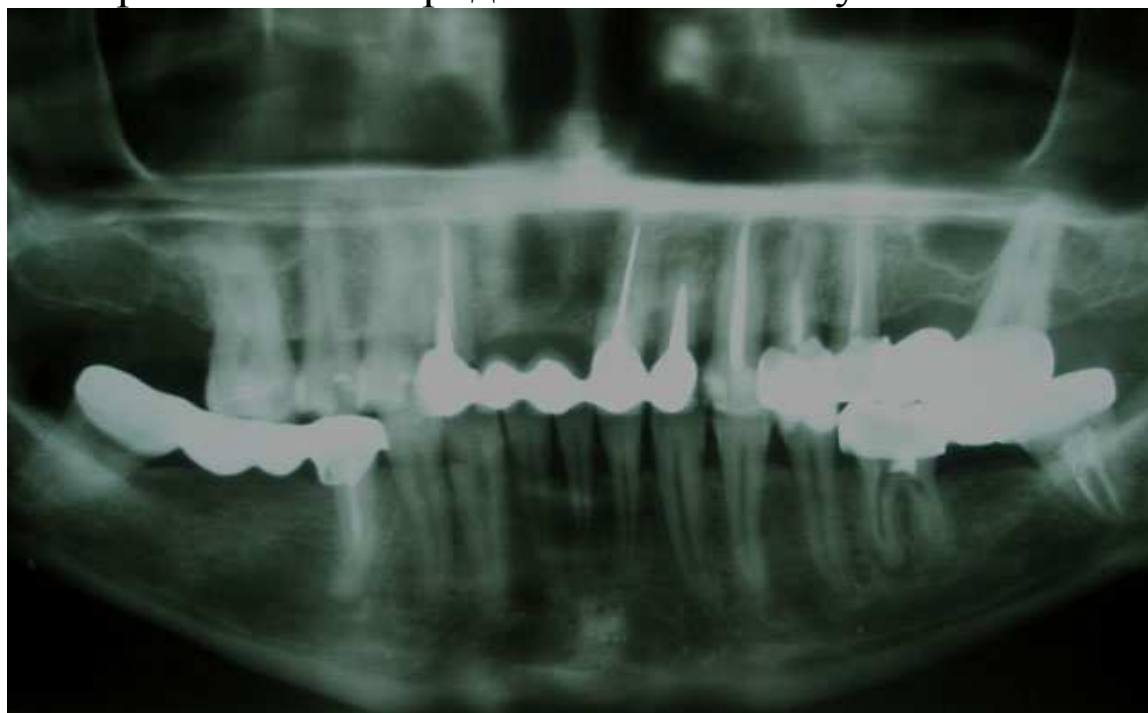
Штамповано-паяні мостовидні протези, що відновлювали цілісність бічних відділів верхнього і нижнього зубних рядів, були незадовільні у зв'язку з порушенням крайового прилягання і зміною класичних ознак оклюзійної схеми. Найбільша кількість оклюзійних контактів була виявлена у фронтальній ділянці. У бічному відділі з правого боку була виявлена вторинна оклюзійна деформація: 16-й зуб знаходився в інфрапозиції.

Виявлені порушення оклюзійної схеми були обумовлені редукцією анатомічних зон нижніх зубів: ріжучих країв різців, горбиків іклів і щічних горбиків премолярів – у результаті стирання. Крім того, певну роль у цьому зіграло попереднє протезування: погрішності моделювання реставрацій і зміна профілю кривої Шпее (праворуч – надмірне поглиблення, пов'язане з феноменом Попова-Годона в ділянці 16-го зуба, а ліворуч – сплюснення).

Цілком імовірно, що деструкція оклюзійної схеми також була однією з причин сколювання керамічного покриття і розцементування мостовидного протеза.

Ознак дисфункції СНЩС виявлено не було.

На підставі даних клінічного огляду і аналізу результатів додаткових методів дослідження (мал. 1-6) пацієнтці був поставлений наступний діагноз: часткова вторинна адентія верхньої щелепи – II клас і нижньої щелепи – III клас по Кенеді, відновлена металокерамічним мостовидним протезом у фронтальному відділі і штамповано-паяними мостовидними протезами в бічних відділах; ускладнення основного захворювання – вторинна оклюзійна деформація (інфрапозиція 16-го зуба); підвищене стирання, горизонтальна форма; хронічний пульпіт 15-го зуба, хронічний періодонтит 13, 21, 22, 24, 36, 45-го зубів, вторинний карієс дентину 14, 23 і 16-го зубів; хронічний генералізований пародонтит легкого ступеню.



Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3



Мал. 4



Мал. 5



Мал. 6

План лікування включав заходи професійної гігієни, санацію каріозних уражень, зняття мостовидних протезів, ендодонтичну підготовку опорних зубів і відновлення цілісності зубних рядів незнімними ортопедичними конструкціями. З фінансових міркувань пацієнтка відхилила варіант лікування з використанням імплантатів.

Після спроби проведення ендодонтичного лікування 36-го зуба прийняли рішення про його видалення у зв'язку з облітерацією верхівкової третини каналів і наявністю ознак внутрішньої резорбції. Крім того, на ортопантограмі в ділянці верхівки медіального кореня 36-го зуба проглядалася деструкція кісткової тканини з досить чіткими межами.

Ендодонтична підготовка опорних зубів була проведена з використанням машинної обробки кореневих каналів і відстроєної obturaції з тимчасовим заповненням суспензією гідрок-

сиду кальцію і за показаннями – гелем на основі антибіотиків і кортикостероїда. У процесі лікування з 13-го і 22-го зубів незадовільні куксові штифтові вкладки були видалені.

Армування кукс 13, 21, 22, 23, 24, 25, 35 і 45-го зубів було проведене за допомогою вкладок. Для заповнення порожнин ендодонтичного доступу в 27, 38 і 48-м зубах використовували спеціальний композит. З метою корекції вторинної оклюзійної деформації провели ендодонтичне лікування і вибіркове пришліфування 16-го зуба.

Після визначення і реєстрації центрального співвідношення приступили до відновлення функціональної цілісності зубних рядів. Ортопедичне лікування проводили в два етапи.

На першому етапі виготовили ортопедичні конструкції в бічних відділах, з використанням силіконового ключа провели реставрацію ріжучих країв нижніх різців, горбиків іклів і премолярів і виготовили тимчасовий мостовидний протез у фронтальній ділянці верхнього зубного ряду (мал. 7-9).



Мал. 7



Мал. 8



Мал. 9

З метою покращення естетики м'яких тканин була виконана пластика вуздечки верхньої губи. Профіль ясен у ділянці відсутніх 11-го і 12-го зубів сформували електрохірургічним методом з корекцією проміжної частини тимчасового мостовидного протеза за допомогою композиту. Після завершення процесу епітелізації був виготовлений металокерамічний мостовидний протез з урахуванням індивідуальних особливостей і



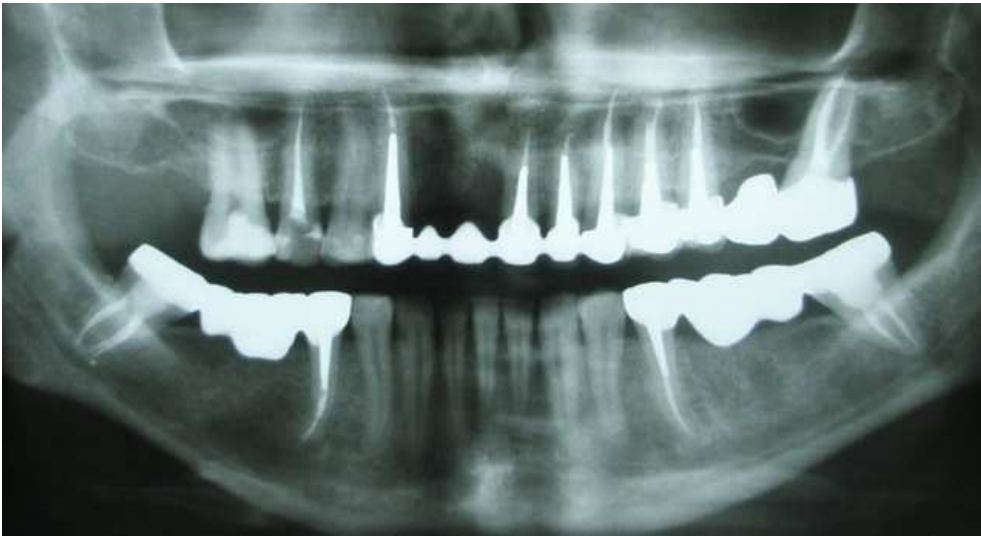
побажань пацієнтки (мал. 10, 11).

Мал. 10



Мал. 11

Після завершення лікувальних заходів зробили ортопантомограму для контролю віддалених результатів у динаміці (мал. 12).



Мал. 12

Обговорення

Наведений клінічний випадок наочно демонструє значущість включення в схему стоматологічного обстеження виготовлення діагностичних моделей щелеп.

У цій ситуації до початку лікування пацієнтка пред'являла скарги на біль, пов'язаний з патологією пульпи 15-го зуба. Крім того, її не влаштовувала естетика металокерамічного мостовидного протеза у фронтальній ділянці верхнього зубного ряду і турбував дискомфорт, обумовлений розцементуванням ортопедичної конструкції.

Під час діагностичного процесу була показана і обґрунтована доцільність комплексної стоматологічної реабілітації, що мала на увазі заміну незадовільних ортопедичних реставрацій у бічних відділах. Метою цього втручання була корекція оклюзійної схеми з покращенням профілю кривої Шпее, створенням групової направляючої функції при ексцентричних рухах нижньої щелепи.

Подібний підхід продиктований необхідністю продовжити термін служби металокерамічного протеза у фронтальному відділі верхнього зубного ряду за рахунок зниження ризику сколювання і функціонального навантаження на тканини коренів опорних зубів. Достатня довжина внутрішньокореневих частин штифтових вкладок також повинна забезпечити оптимальний розподіл внутрішньої напруги.

Слід визнати, що триваліший результат реконструкції зубних рядів цієї пацієнтки забезпечило б застосування імплантатів у

позиції 11, 12, 36, 37, 46 і 47-го зубів. При обговоренні плану лікування необхідно завжди підкреслювати переваги заміщення відсутніх зубів штучними коронками на імплантатах, що полягає в покращенні гігієни, виключенні перевантаження природних зубів і можливості заміни окремих елементів без ушкодження конструкції в цілому.

Численні експериментальні дані і довгострокові клінічні спостереження дозволяють стверджувати, що використання мостовидних протезів з опорою на природні зуби є компромісним методом ортопедичного лікування.

Проте, при суворому дотриманні технологічних вимог до виготовлення штучних коронок і мостовидних протезів на природних опорах, протоколів спеціальної терапевтичної і хірургічної підготовки, цей метод забезпечує стабільний і тривалий результат лікування.

Автор: В. Г. Маслій, лікар-стоматолог загальної практики