

Реконструкція посмішки

На прийомі в будь-якого лікаря-стоматолога зустрічаються пацієнти з необхідністю проведення масштабних реконструкцій фронтальних зубів і посмішки, проте реалізація подібних клінічних випадків є надзвичайно важким завданням. Це пов'язане з багатьма чинниками: грамотне планування, складна естетична розробка, багатоетапність, високий рівень клінічного виконання і т. д.

Багато лікарів на шляху здійснення подібних робіт стикаються з великою кількістю помилок, і кінцевий результат часто виявляється далеким від досконалості. Саме тому завданням цієї статті є детальний розбір клінічного випадку складної естетичної реконструкції посмішки з детальними коментарями і практичними порадами, які, на думку автора, можуть стати в нагоді.

На мал. 1 початкова ситуація: наявність діастеми і великої кількості трем у ділянці фронтальних зубів верхньої і нижньої щелепи; неповне прорізування зубів і, як наслідок, ясенний тип посмішки; шиповидна форма зуба 22.



Мал. 1

Для того, щоб зменшити відстань між зубами, поставити ікла в правильне положення та полегшити наступну реставрацію, було проведене ортодонтичне лікування (мал. 2).



Мал. 2

Стан зубів через 2 роки після ортодонтичного лікування показаний на малюнках 3-6. Треми нижньої щелепи вдалося нівелювати повністю, зміщення ж верхніх зубів виявилось незначним. Незважаючи на те, що співвідношення було іклів виставлене в цілому вірно, у пацієнтки не відбувалося достатнього відокремлення при латеротрузійному русі в лівий бік через наявність з лівої сторони невеликої сагітальної щілині.



Мал. 3



Мал. 4



Мал. 5



Мал. 6

Враховуючи значну візуалізацію ясен при посмішці, було прийняте рішення збільшити висоту клінічної коронки фронтальних зубів за рахунок корекції zenіту ясен (мал. 7, 8).



Мал. 7



Мал. 8

У нормі параметр біологічної ширини дорівнює 3 мм. Відповідно, максимальна глибина занурення краю реставрації не повинна перевищувати 1-1,5 мм. За необхідності корекції контуру ясен на велику висоту доводиться проводити періопластичне втручання з редукцією кісткового краю альвеоли.

За результатами пародонтологічного обстеження, загальна глибина зондування склала 3 мм у ділянці фронтальних зубів. Якщо до цього значення додати 1 мм з'єднувально-тканинного

прикріплення, то ми виявимо, що через неповне прорізування значення біологічної ширини в даному випадку виявилось рівним 4 мм (на 1 мм більше норми). Відповідно, роботу з безпечної корекції рівня ясен можна проводити в межах 2 мм без періопластики і редуції кісткової тканини.

На фотографіях у бічній проекції добре визначається товстий біотип альвеолярної слизової оболонки, що є сприятливим чинником з погляду можливих ускладнень після корекції зеніту ясен (мал. 9).



Мал. 9

Перед початком проведення лікувальних процедур була проведена естетична розробка з відтворенням передбачуваної форми в цифровому варіанті (мал. 10) і на воскових моделях.



Мал. 10

Як естетичний орієнтир і відправну точку для створення вестибулярної морфології була вибрана керамічна робота майстра-техніка Сергія Юдакова із зубами, форма яких виявилася найбільш близькою для пацієнта (мал. 11).



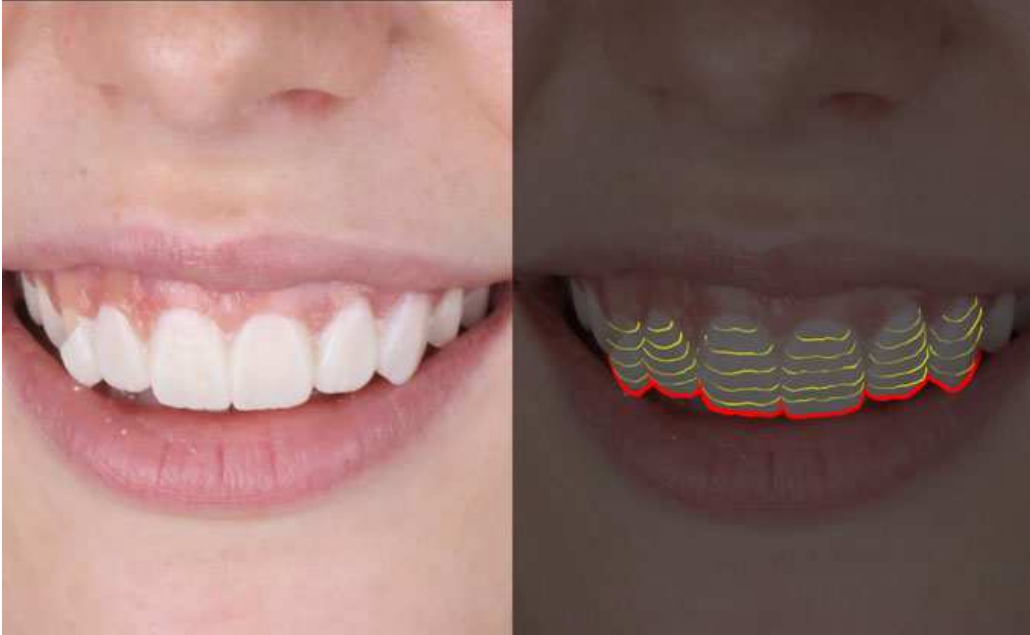
Мал. 11

Однією з важливих умов успішного відтворення анатомічних деталей у реставрації є предметне орієнтування на достовірний зразок. Не слід створювати форму по пам'яті. Наші знання часто виявляються фрагментарними і недосконалими. Коли перед очима є натуральний зуб (чи копія, близька до оригіналу), ми можемо набагато точніше і більш правдоподібно зімітувати природну морфологію (мал. 12).



Мал. 12

Примірка попередньої форми в роті за допомогою мокапа (мал. 13). Цей етап є обов'язковим у загальному комплексі заходів естетичної розробки. За допомогою мокапа можна провести попередні артикуляційні і фонетичні проби, визначити, наскільки коректно були виставлені позиція ріжучого краю і загальна висота зубів. У даному випадку був виявлений надлишок висоти і вестибулярного об'єму. Відповідні поправки були внесені у воскові моделі.



Мал. 13

Корекція висоти ясенного краю була проведена за допомогою діодного лазера (мал. 14).



Мал. 14

Відразу після роботи з м'якими тканинами були змодельовані пришийкові композитні валики (під ізоляцією кожного зуба за допомогою кофердаму), для того, щоб не допустити зворотного росту м'яких тканин у післяопераційний період і сформува-

ти правильний ясенний контур. Важливо проводити ретельну обробку околясенних ділянок композиту, щоб не допускати утворення нависаючих країв. Зовнішній вигляд зубів через 7 діб після лазерної корекції ясен показаний на мал. 15. Деякі ділянки слизової оболонки не встигли відновитися повністю.



Мал. 15

Етап підбору відтінку представлений на малюнку 16. Як орієнтир були вибрані нижні різці, що мають більш рівномірні оптичні характеристики, без інтенсивних білих плям. Найбільш близьким відтінком за колірною шкалою "ТруМатч" виявився В1. Для того, щоб аналіз оптичних і хроматичних характеристик зуба був об'єктивнішим, рекомендується робити фотографії з використанням спеціальних поляризаційних фільтрів.



Мал. 16

Щоб переконатися в правильності вибраного відтінку, рекомендується узяти невелику порцію композиту тих кольорів, які входять до складу "рецептури" зразка шкали "ТруМатч", порційно нанести на поверхню зуба і полімеризувати (мал. 17).



Мал. 17

На підставі зроблених воскових моделей був отриманий піднебінний силіконовий індекс для точного позиціонування композитної маси (мал. 18).



Мал. 18

Вигляд зубів після ізоляції показаний на мал. 19. Зроблені раніше композитні валики дозволили надійно зафіксувати край латексної хустки за допомогою пришийкових лігатур гігієніч-

ним флосом. Препарування з використанням інструменту, що обертається, не проводилося.



Мал. 19

Увесь об'єм механічних дій на поверхню зубів обмежився проведенням легко-абразивної обробки апаратом RondoFlex з піском оксиду алюмінію з розміром частинок 27 мкм (мал.20). Це дозволяє редукувати кислототривкий поверхневий апризматичний шар емалі, а також збільшує загальну питому площу поверхні, посилюючи міцність адгезивного зчеплення.



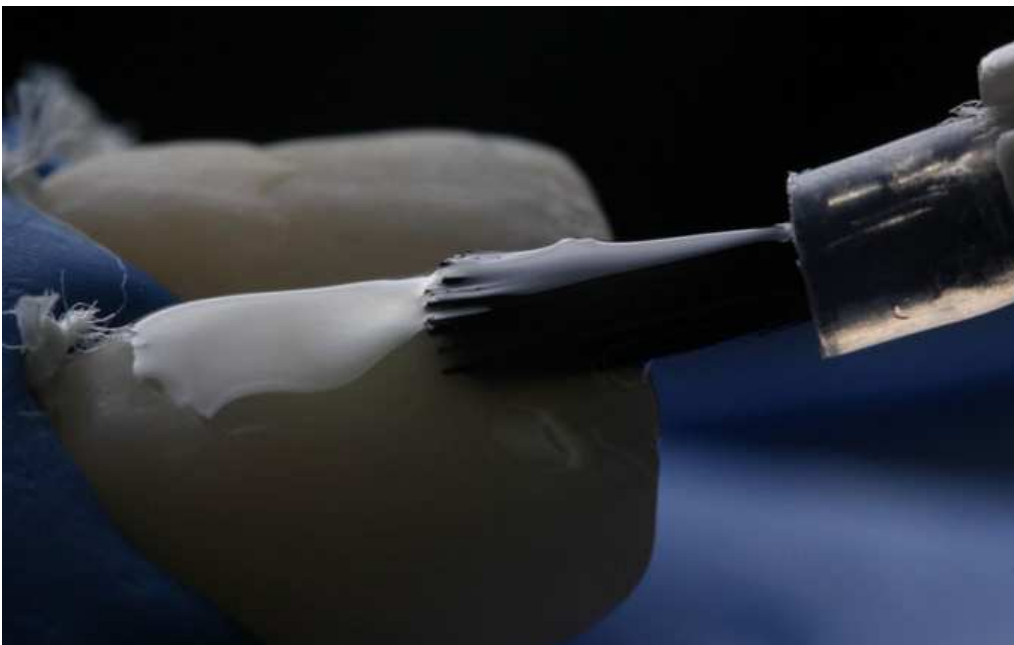
Мал. 20

Кислотне динамічне протравлення поверхні емалі (мал. 21). Рекомендується збовтувати гель ортофосфорної кислоти протягом всього часу використання, щоб посилити протравлювальний ефект і зменшити вміст нерозчинних солей моногідрату кальцію.



Мал. 21

Аплікація гідрофобної смоли адгезивної системи 4-го поко-



ління Opti-Bond FL (мал. 22).

Мал. 22

Відтворення піднебінної емалевої стінки з використанням опа-

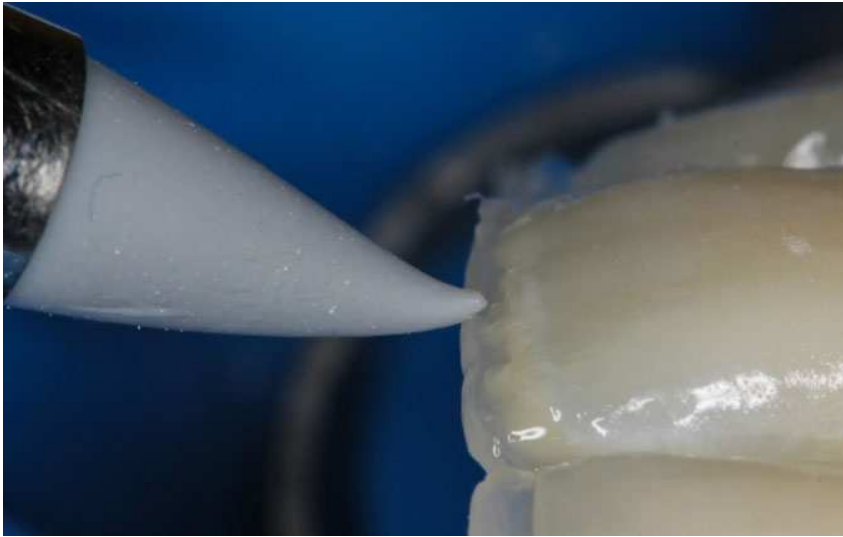


лового відтінку композиту Seram - X DUO E2 (мал. 23).

Мал. 23

Для того, щоб покращити пластичні властивості і збільшити конверсію мономера, композитний матеріал був нагрітий до температури 40 градусів.

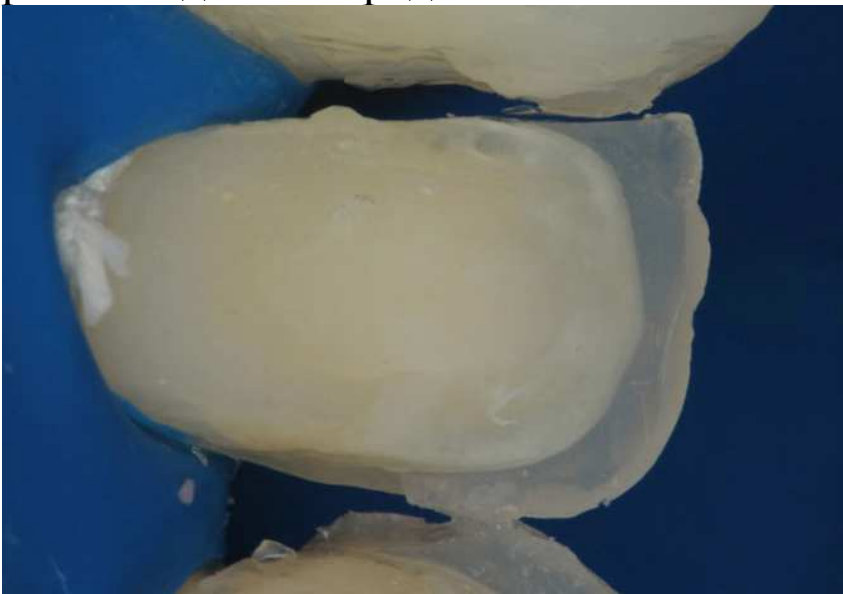
Формування структури мамелонів з дентинного відтінку Se-



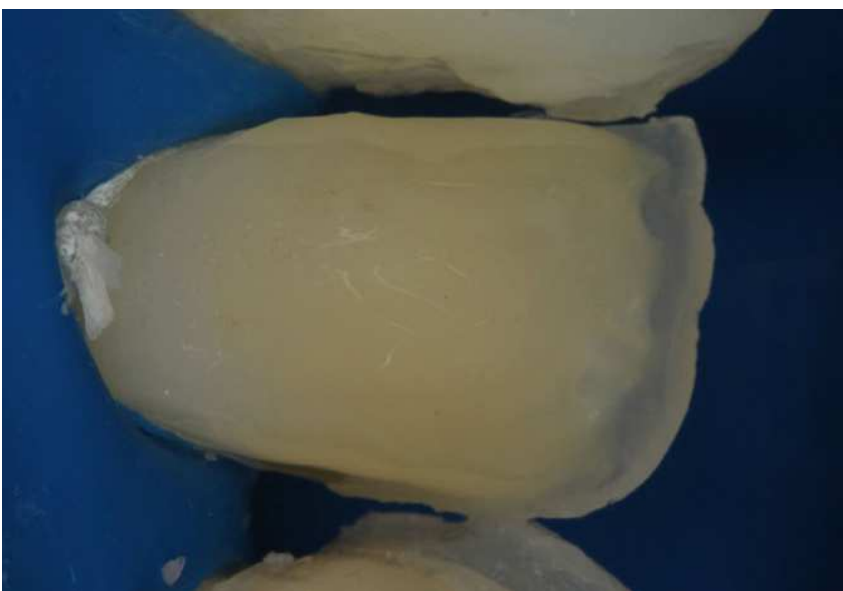
gam - X DUO D2 (мал. 24). Для моделювання внутрішніх дентинних структур зручно користуватися м'якою силіконовою гладилкою у вигляді конуса.

Мал. 24

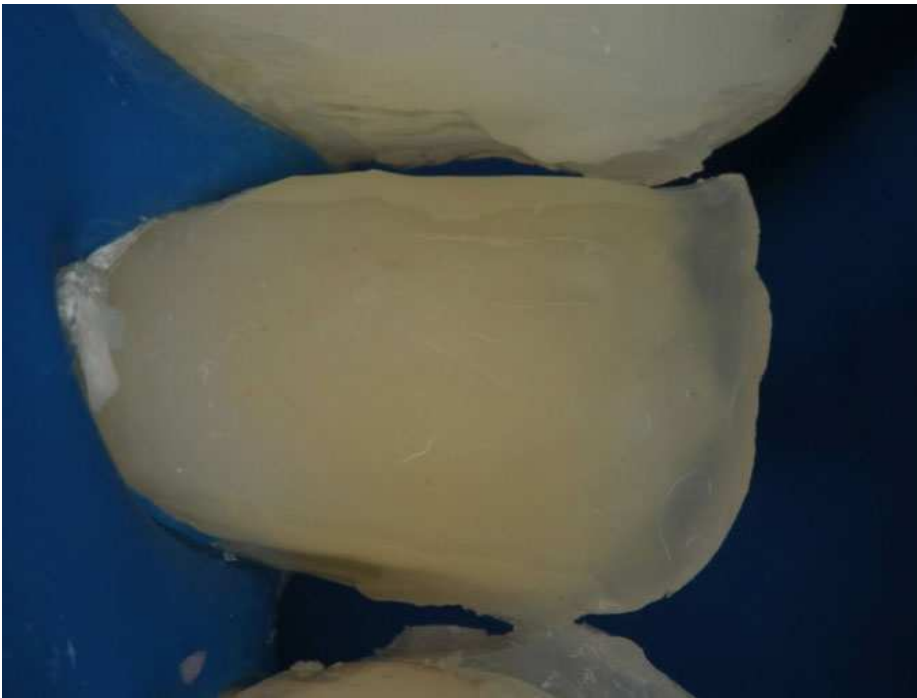
Алгоритм пошарового нанесення шарів композитної маси різних відтінків представлений на малюнках 25-30.



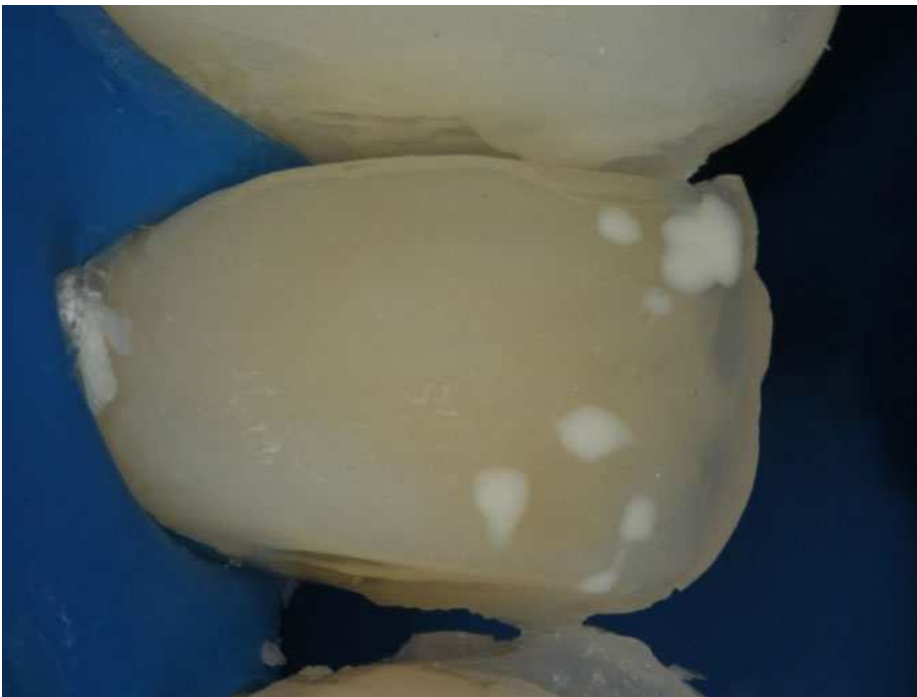
Мал. 25



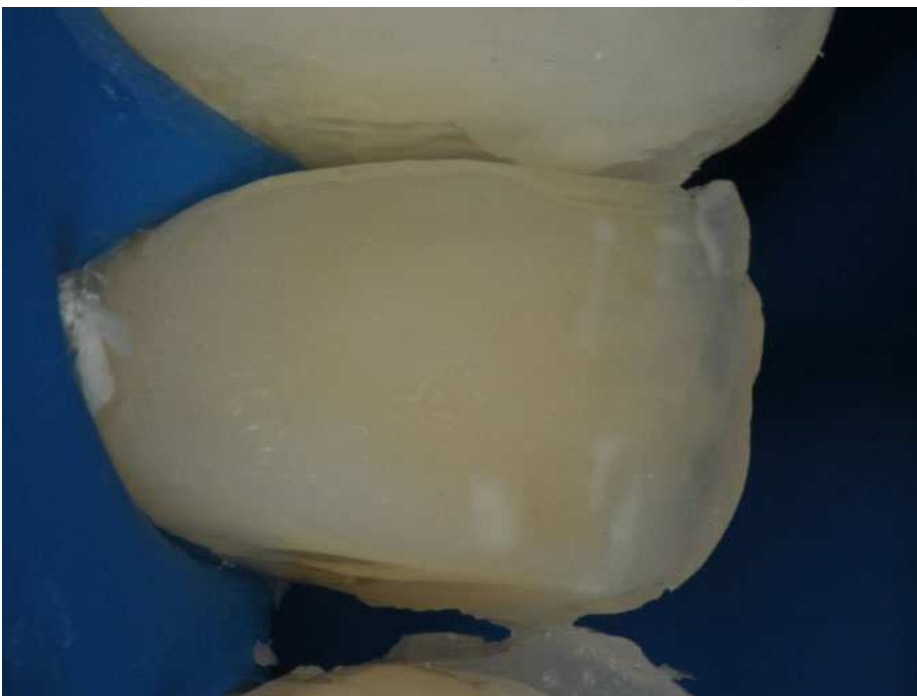
Мал. 26



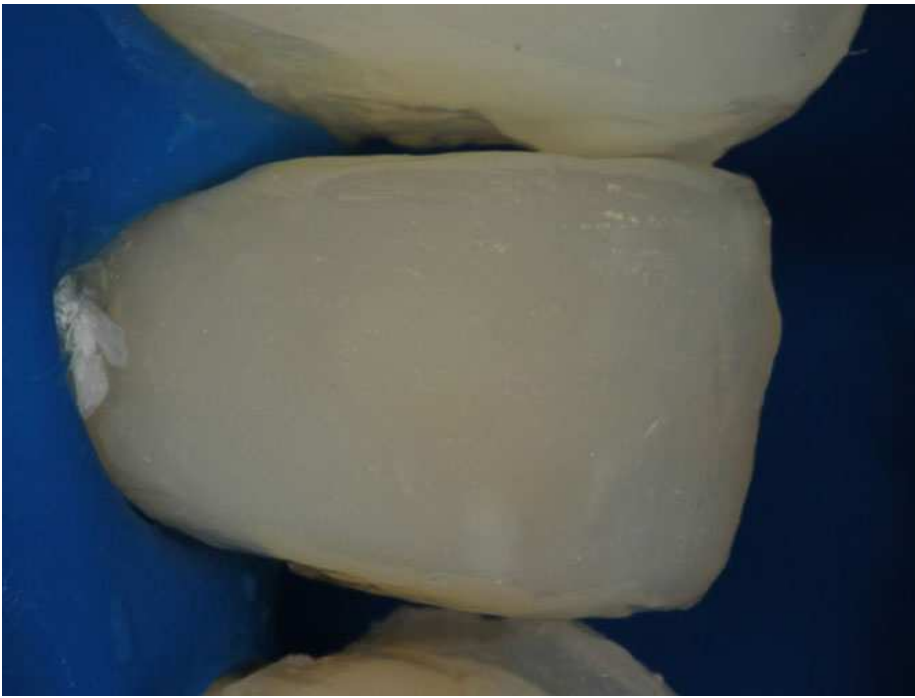
Мал. 27



Мал. 28



Мал. 29



Мал. 30

Вигляд після нанесення і полімеризації всіх шарів композитного матеріалу. Бічні стінки і контактні пункти формувалися окремо за допомогою лавсанових матриць, які індивідуально контурували, за методом Радлінського (мал. 31).



Мал. 31

Далі буде...

Автор: Віктор Щербаков, лікар-стоматолог