

Міждисциплінарний підхід при плануванні лікування пародонтологічно компрометованих пацієнтів

Зниження ризику можливих ускладнень у пацієнтів з патологією пародонту, а також досягнення ремісії хвороби – 2 у край важливих завдання реабілітації як для самого пацієнта, так і для лікаря-стоматолога. Насправді, перехід пацієнта від якого б ні було стану власних зубів до повного знімного протеза – одна з найбільш складних життєвих «трагедій», що провокує психологічний стрес, зниження функціональних можливостей, порушення смакових і температурних відчуттів. У край важливо, щоб лікар міг адекватно пояснити пацієнту нюанси використання повного знімного протеза, що очікують на нього, а також можливі варіанти його конструкції: або з опорою на м'які тканини, або на імплантати. У наведеному нижче клінічному випадку продемонстрований алгоритм лікування стоматологічного пацієнта з важким станом пародонту за допомогою комплексного міждисциплінарного лікування.

Клінічний випадок

Анамнез пацієнта та основні скарги

54-літня пацієнтка звернулася по стоматологічну допомогу з головною скаргою на неможливість нормально харчуватися. Її також бентежив стан власних верхніх зубів, які постійно зміщувалися і рухалися, не кажучи вже про те, що у фронтальній ділянці нижньої щелепи зуби взагалі були відсутні (фото 1-3).



Фото 1. Рентгенограми до проведення ятрогенного втручання



*Фото 2.
ІІ зуб нахилений у губний бік, його ріжучий край переходить за межу вологої і сухої частини губи*



Фото 3. Діастема в ділянці фронтальних зубів як наслідок неадекватного типу жування і пародонтологічної патології
Оскільки пацієнтка працювала в звичайному продуктовому магазині, її фінансові можливості були дуже обмежені. Раніше вона відвідувала стоматолога нерегулярно, найчастіше внаслідок гострого болю на термінальній стадії захворювання, що закінчувалося екстракцією проблемного зуба. Рік тому вона зверталася за стоматологічною допомогою з приводу болю в ділянці 34 зуба, який пролікували ендодонтично, а потім зафіксували на ньому повну коронку. Під час попереднього відвідування пацієнтка була проінформована про важкий стан тканин пародонту, і їй було рекомендовано почати комплексне лікування патології для запобігання чисельної втрати зубів (фото 4-6).



*Фото 4.
Пародонто-
логічне ура-
ження в ді-
лянці 11 зуба*



*Фото 5.
Нерівність
оклюзійної площини унаслідок пародонтологічного ураження*



Фото 6. Ураження ділянки фуркації в ділянці 46 зуба

Тому поставленим на нинішньому візиті діагнозі важкого пародонтита вона здивована не була; для планування алгоритму реабілітації було розпочате комплексне обстеження стану ротової порожнини, який складався з оцінки декількох груп критеріїв:

Пародонтологічні: під час обстеження було виявлено сильну кровотечу при зондуванні навколо всіх наявних зубів. Глибина зондування коливалася в діапазоні 5-8 мм навколо 12-22 і 46 зубів. Рентгенологічна втрата кісткової тканини більше 4 мм з відповідними внутрішньокістковими дефектами була зареєстрована в ділянці 12-22, 44 і 46 зубів. У той же час 12-22 зубів демонстрували 3 клас патологічної рухомості, тоді як 13, 31, 44, 46 – 1 клас. Рецесія ясен більше 2 мм була відмічена близько 13-11, 23, 35, 33, 31, 44 і 46 зубів.

Ризик: Високий.

Прогноз: Несприятливий, для зубів 12-22 і 46 – безнадійний.

Біомеханічні: під час клінічного обстеження були виявлені дві неприйнятні амальгамові реставрації. Пломба в ділянці 44 зуба мала невеликий нависаючий край, тоді як амальгамова пломба 46 зуба взагалі компрометувала його структурну цілісність. Ознак активного каріозного ураження виявлено не було.

Ризик: Помірний.

Прогноз: Задовільний.

Функціональні: у пацієнтки були виявлені мінімальні симптоми стирання поверхонь зубів. Вторинні оклюзійні дефекти були зареєстровані в ділянці 33, 31 і 44 зубів. Клінічно з правого боку при відкриванні рота було відмічене своєрідне клацання, а через відсутність кутніх зубів у неї розвинувся дефектний тип прикусу з порушенням його вертикальних параметрів (фото 7). Спочатку був поставлений діагноз оклюзійної дисфункції.

Ризик: Помірний.

Прогноз: Задовільний.

Щелепно-лицьові: 12 і 11 зуби були зміщені дещо в губний бік у порівнянні із сусідніми зубами (фото 8). Рухомість верхньої губи була середньою, тоді як нижня демонструвала високій ступінь мобільності.

Ризик: Від середнього до високого.

Прогноз: Несприятливий.



Фото 7. Порушення вертикальних параметрів прикусу в результаті втрати жувальних зубів



Фото 8. Зміна нахилу зубів верхньої щелепи унаслідок пародонтологічного ураження

Цілі лікування

Після обговорення з пацієнткою актуального стану її зубів і ризику виникнення можливих пародонтологічних ускладнень, з урахуванням фінансових, естетичних і функціональних аспектів лікування, нами спільно був розроблений план майбутнього комплексного ятрогенного втручання. Метою лікування нижньої щелепи була стабілізація пародонтологічного стану і створення сприятливих умов для фіксації майбутніх протети-

чних реставрацій. На верхній щелепі ситуація була гірша: спочатку вимагалось видалити всі безнадійні зуби, потім відтворити умови для оптимального загоєння твердих і м'яких тканин, і тільки після цього – провести установку титанових денціальних імплантатів. Протетична частина лікування верхньої щелепи полягала у виготовленні і фіксації повного протеза з опорою на інтраосальні титанові елементи та відновленні оклюзії з ділянкою других премолярів зубів-антагоністів.

План лікування

Комплексне лікування припускало проведення ряду процедур:

1. Видалення всіх зубів верхньої щелепи, що залишилися, і фіксація повного провізорного протеза.
2. Екстракція 35 зуба і проведення мінімального ортодонтичного лікування в ділянці нижньої щелепи.
3. Установка чотирьох імплантатів на рівні м'яких тканин (tissue-level) на верхній щелепі, і одного на рівні кісткової тканини (bone level) – на нижній щелепі.
4. Виготовлення протеза на верхню щелепу з опорою на денціальні імплантати.
5. Установка абатмента і коронки в ділянці 45 зуба.
6. Виготовлення прямої композитної консольної конструкції для тимчасового заповнення дефекту в ділянці 32 зуба.

Етапи лікування

Етап №1: Екстракція, фіксація провізорних протезів і проведення ортодонтичних маніпуляцій

На першому етапі лікування всі зуби верхньої щелепи, що залишилися, були видалені, а замість них провели одночасну установку повного зубного протеза, тим самим мінімізуючи ризик виникнення пародонтологічних ускладнень на цій ділянці. Також був видалений 46 зуб, що допомогло знизити ризик виникнення вже біомеханічних ускладнень. Ортодонтичне лікування в ділянці нижньої щелепи було розпочате в те ж відвідування, що і процедура видалення зубів. Мета обмеженого ортодонтичного втручання полягала в тому, щоб закрити проміжки між нижніми зубами (фото 9) і хоч би на якийсь час стабілізувати стан пародонту завдяки корекції вертикальних параметрів прикусу і розподілу оклюзійного навантаження між компрометованими одиницями зубного ряду. Та-

кож під час ортодонтичної корекції передбачалося досягти оптимального вирівнювання позиції зубів у структурі дуги нижньої щелепи. Вибір майбутньої конструкції на нижній щелепі проходив з урахуванням можливостей і побажань пацієнтки.



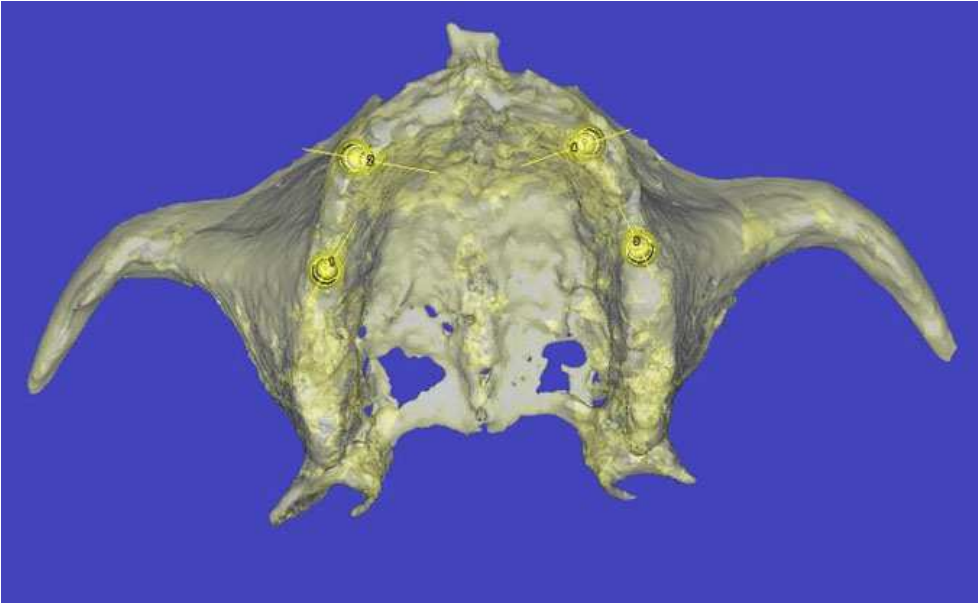
Фото 9.

Дисталізація премолярів унаслідок відсутності молярів

Етап №2: Планування і виконання процедури дентальної імплантації

Через 4 місяці після установки провізорного протеза було проведене обстеження комп'ютерної томографії верхньої щелепи для визначення оптимальної позиції майбутніх чотирьох дентальних імплантатів. Планувалося встановити титанові елементи в ділянці іклів і других премолярів (фото 10). Анатомічні особливості будови кісткової тканини на верхній щелепі, як правило, не дозволяють досягнути достатньої паралельності імплантатів, але використані в даному випадку атачмени системи Locator (ZEST Anchors) допускають наявність певної дивергенції конструкцій, не компрометуючи при цьому якість фіксації майбутнього ортопедичного протеза (фото 11). Хоча, логічно, що чим більше між імплантатами збережений паралелізм, тим легше здійснюється посадка протетичних складових і тим повільніше відбувається зношування пластикових ротаційних прокладок між сполучними елементами обох конструкцій. Ці чинники, у свою чергу, забезпечують довший період функціонування протеза без необхідності його корекції або заміни, що повторюється. Після завершення про-

цедури планування майбутнього хірургічного втручання, була зроблена установка чотирьох імплантатів на рівні м'яких тканин (tissue-level) у ділянці верхньої щелепи, і одного на рівні кісткової тканини (bone-level) на місці 45 зуба.



*Фото 10.
Адекватне
позиціону-
вання імплан-
татів дозво-
лить забезпе-
чити умови*

для фіксації незнімної ортопедичної конструкції



Фото 11. Імплантати на верхній щелепі

Етап №3: Постортодонтична корекція і заміна 32 зуба

Після завершення ортодонтичного лікування в ділянці нижніх зубів був зафіксований дротяний ретейнер, який виконував відразу декілька функцій. Він використовувався як шина для пародонтологічно скомпрометованих зубів; і як опора для композитної консольної реставрації, що заміщає 32 зуб. Композитний протез зафіксували на 31 і 33 зуби, у ділянці дефекту спираючись на дріт ретейнера з язичного боку (фото 12 і фото 13).



*Фото 12.
Закриття
простору
між премо-
лярами та
іклами під*

час ортодонтичного лікування, а також установка дротяного ретейнера, який додатково виконує функцію шини



Фото 13. Вигляд після функціонування провізорних конструкцій і завершення ортодонтичного лікування

Етап №4: Фіксація остаточної протетичної конструкції

На останньому етапі лікування проводили фіксацію ортопедичного протеза з опорою на дентальні імплантати (фото 14), а також установку металокерамічної коронки в ділянці 45 зуба. Завдяки ортодонтичному лікуванню вдалося відкоригувати вертикальні параметри прикусу (фото 15), отже, наступна ортопедична реабілітація не викликала в пацієнтки жодного дискомфорту і була максимально адаптованою до наявних функціональних параметрів зубощелепного апарату (фото 16-19).



*Фото 14.
Вигляд остаточної ортопедичної конструкції на верхній щелепі*



*Фото 15.
Адекватні вертикальні параметри прикусу і форми оклюзійних площин*



Фото 16. Відновлення 42 зуба за допомогою коронки на імплантаті, а 32 – консольною композитною реставрацією



*Фото 17.
Покращення
горбико-фі-
сурних кон-
тактів у ди-
стальній ді-
лянці щелепи*

шляхом обмеженого ортодонтичного лікування



*Фото 18.
Корекція
вертикаль-
них параме-
трів прикусу
покращила
можливості
для реалізації
адекватної
функції
жування*

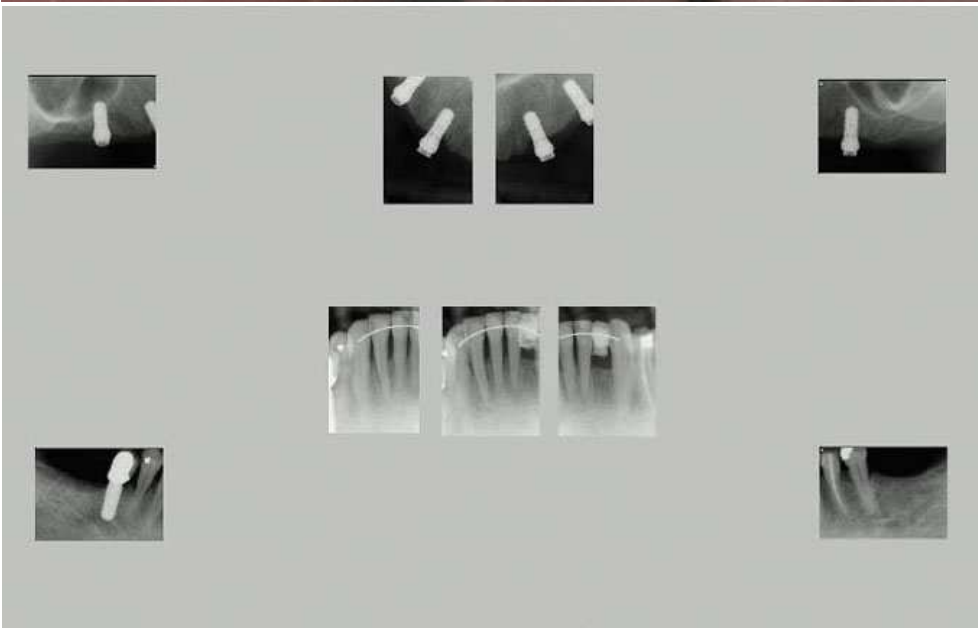


Фото 19.

Рентгенограми після проведеного комплексного лікування

Обговорення. Після тривалої дискусії пацієнтка зрозуміла, що відповідними для неї варіантами стоматологічної реабілітації у фронтальній ділянці є або незнімний протез з опорою на дентальні імплантати в ділянці 32 і 42 зубів, або ж знімний протетичний елемент з опорою на ті ж інтраосальні конструкції. У будь-якому випадку, обидва запропоновані варіанти в довгостроковій перспективі були значно кращі за звичайні часткові чи повні знімні протези. Отже, після того, як пацієнтка погодилася на лікування з використанням незнімної конструкції, майбутній план лікування був адаптований до її функціональних і фінансових можливостей. Крім того, на стадії планування лікар врахував підвищену рухомість нижньої губи, яка провокувала оголення значної ділянки ясен при розмові та посмішці, а також підвищувала складність естетичної реабілітації пацієнтки. У даному випадку, щоб зберегти оптимальний профіль ясен слід було також врахувати позицію майбутніх імплантатів і спрогнозувати поведінку м'яких тканин ясен, що знаходяться між ними. Збереження 31 і 42 зубів було важливим чинником для запобігання редукації альвеолярного гребеня, а, отже, і для забезпечення більш адаптованого профілю м'яких тканин.

Висновки

Перехід від природних зубів до використання знімних конструкцій є в психологічному плані у край важким для більшості стоматологічних пацієнтів. При такому протезуванні лікар повинен максимально підготувати пацієнта до подальших функціональних і естетичних змін, щоб пацієнт розумів, наскільки результати майбутньої реабілітації можуть відповідати його власним очікуванням. Найприйнятніше відновлювати дефекти зубного ряду за допомогою протетичних елементів з опорою на дентальні імплантати, оскільки такі протези мінімально порушують можливості для виконання щоденних функцій жування, розмови, посмішки і при цьому не дратують м'які тканини. У випадках імплантації іноді доцільно зберегти деякі з наявних зубів, прогноз яких є найбільш сприятливим, таким чином, розділивши усе комплексне лікування на декілька продовжених у часі етапів. Для багатьох пацієнтів такий підхід є найбільш відповідним як з погляду функціональної і психологічної адаптації, так і в плані фінансових можливостей.

Автор: Бозідар Куліч, США