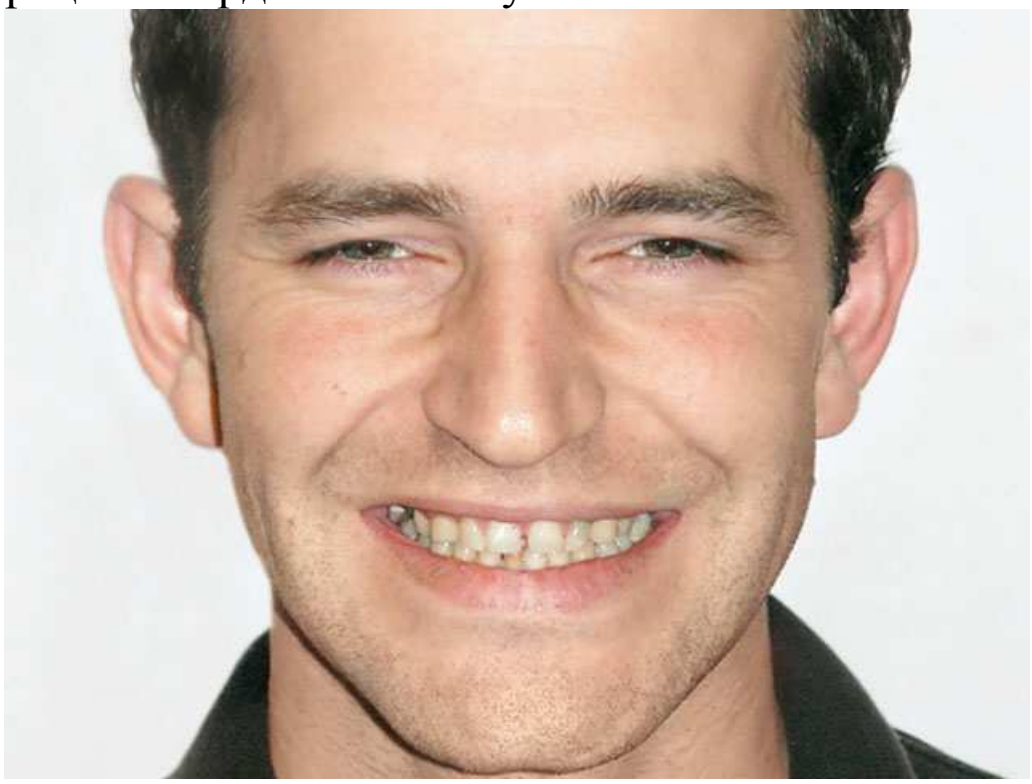
Проведення комплексного плану лікування пацієнта

У цій статті описується клінічний випадок, в якому для задоволення естетичних і функціональних вимог пацієнта необхідно було провести стоматологічне лікування з декількох напрямків. У статті буде проілюстрований ефективний підхід до процесів препарування, ендодонтичного лікування, імплантації, протезування і т. д.

Клінічний випадок

Молодий чоловік, у віці близько 30 років, звернувся в нашу клініку з приводу незадоволення виглядом своєї посмішки (мал. 1). Він скаржився на те, що зуби і наявні реставрації мають непривабливі розмір, форму і колір. Він також відмічав дискомфорт під час жування, викликаний сколюваннями реставрацій і твердих тканин зубів.



Мал. 1. Пацієнт до лікування

Первинне обстеження включало серію фотознімків, виготовлення діагностичних моделей, отримання ортопантомограми і кількох необхідних прицільних знімків.

В процесі клінічного огляду було виявлено, що в пацієнта є декілька фотополімерних і амальгамових реставрацій незадовільної якості в поєднанні з вторинним карієсом (мал. 2, 3). Із слів пацієнта, ці реставрації були виконані близько восьми років тому. Крайове прилягання усіх реставрацій було порушене. При візуальному огляді були виявлені численні сколю-

вання і тріщини. Крім того, пацієнт скаржився на болі від гарячого і холодного, а також дискомфорт при накушуванні в ділянці жувальних зубів верхньої і нижньої щелепи.



Мал. 2. Посмішка пацієнта перед початком лікування



Мал. 3. Вигляд оклюзійної поверхні зубів верхньої щелепи перед початком лікування

Планування лікування

Для складання плану лікування, а також для визначення можливості збільшення висоти прикусу була виготовлена діагностична воскова модель (wax-up). Ґрунтуючись на даних, отриманих після обстеження, було вирішено очистити всі зуби від некротизованих тканин, за необхідності виготовити штучні коронки. При цьому деякі зуби вимагали проведення первинного чи повторного ендодонтичного лікування.

В результаті вивчення діагностичної воскової моделі було визначено, що естетичний і функціональний результат ліку-

вання може бути покращений шляхом повного відновлення верхнього і нижнього зубних рядів. Згідно з остаточним планом лікування було вирішено виготовити керамічні коронки (зуби 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26 і 36, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47), провести первинне або повторне ендодонтичне лікування зубів 17, 14, 13, 12, 22, 24, 36, 33, 41, 34, 45, 46, 47, а також встановити імплантати в ділянці зубів 15 і 16 з наступною установкою коронок.

Підготовка

Було проведене ендодонтичне лікування, фіксація скловолоконних штифтів і препарування зубів під керамічні коронки. За допомогою матеріалу для тимчасової ретракції ясен вдалося не лише провести ретракцію ясенного краю, але і контролювати кровотечу (мал. 4).



Мал. 4. Ретракція ясенного краю відпрепарованих зубів

Матеріал для ретракції знаходився в ясенній борозні близько 2 хв., після чого його змили великою кількістю води. Ті ж маніпуляції були проведені і на нижній щелепі.

Тимчасові реставрації

З використанням відбитка, знятого з діагностичної воскової моделі, були виготовлені тимчасові коронки, за допомогою яких були визначені найкращі розмір, форма, колір і розташування постійних коронок. Наявний відбиток заповнили матеріалом для виготовлення тимчасових коронок Temphase™ (Kerr), після чого ввели в порожнину рота пацієнта поверх

відпрепарованх зубів. Через кілька хвилин тимчасові реставрації були готові, і пацієнт був відпущений додому вже з новою посмішкою.

Наступного дня пацієнтові був призначений візит, під час якого була проведена оцінка естетики, фонетики і оклюзії. Вже під час цього візиту пацієнт виражав задоволеність і упевненість у тимчасових реставраціях; також була зафіксована вся необхідна інформація і пацієнтові було рекомендовано регулярно полоскати порожнину рота розчином хлоргексидину для збереження тканин ясен у здоровому стані.

Цементна фіксація

Перед приміркою постійних реставрацій для уточнення їх прилягання і кольору тимчасові коронки були послідовно зняті починаючи з фронтального відділу верхнього зубного ряду. З поверхні відпрепарованих зубів були видалені залишки тимчасового цементу. Процес фіксації постійних конструкцій був розпочатий після отримання згоди пацієнта. Відперпаровані зуби були очищені за допомогою 2%-го розчину хлоргексидину впродовж 15 сек., після чого були промиті великою кількістю води для того, щоб видалити будь-які забруднення, що залишилися після тимчасових коронок. Далі були приміряні постійні коронки Lava (3M) для уточнення крайового прилягання, контурів, розташування контактних пунктів, кольору і точності посадки. Пацієнт дав згоду на постійну фіксацію. Фіксація постійних коронок проводилася за допомогою самоадгезивного композитного цементу Maxcem Elite (мал. 5-7).



Мал. 5. Заповнення коронок цементом Maxcem Elite ™



Мал. 6. Фіксація керамічних коронок на верхній щелепі на цемент Maxcem Elite ™



Мал. 7. Фіксація керамічних коронок на нижній щелепі на цемент Maxcem Elite ™

Перед остаточною полімеризацією за допомогою фотополімерної лампи впродовж 20 сек. надлишки цементу в ділянці країв коронок були легко видалені. При цьому не знадобилося проведення фінішного очищення країв реставрації від надлишків цементу. Загальний стан, структура м'яких тканин і реставрації були визнані дуже хорошими (мал. 8).



Мал. 8. Вигляд оклюзійної поверхні зубів верхньої щелепи після лікування

Пацієнт був повністю задоволений реставраціями і був готовий приступити до відновлення цілісності зубного ряду в ді-

лянці 15 і 16 зубів за допомогою імплантатів. Перед призначенням дати хірургічного втручання була зроблена комп'ютерна томограма з метою точного планування і запобігання ускладненням, які могли б виникнути при проведенні операції. Для формування ложа під імплантати був використаний хірургічний шаблон, виготовлений за допомогою програми 3D Diagnostix (мал. 9).



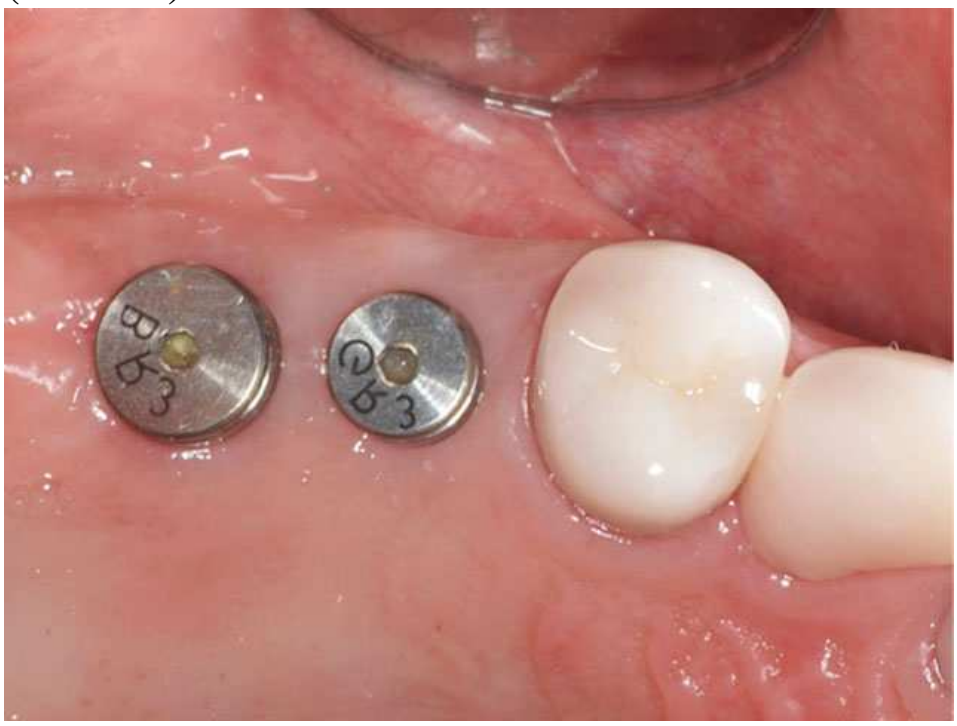
Мал. 9. Хірургічний шаблон

Спочатку був використаний турбінний наконечник з хірургічним бором № 8 (Komet), яким провели препарування крізь м'які тканини, занурюючись у кісткову тканину на глибину близько 1 мм. Роботу продовжили пілотною фрезою розміром 2,0 мм, яку занурювали в кісткову тканину на глибину 14 мм від поверхні м'яких тканин (додаткові 2 мм до глибини занурення фрези складала товщина м'яких тканин). Для уточнення кута нахилу майбутніх імплантатів у сформовані кісткові ложа були поміщені піни для перевірки паралельності, після чого був зроблений рентгенівський знімок. Після цього формування лож для імплантатів було завершене за допомогою набору проміжних фрез. Потім імплантати були введені в кісткові ложа за допомогою ручного утримувача і закручені до тих пір, доки не знадобилося зусилля. Далі був використаний динамометричний ключ, який приєднали до адаптера і продовжили занурення імплантату на необхідну глибину (мал. 10).



Мал. 10. Завершення установки імплантатів

Після цього на імплантатах були закріплені формувачі ясен (мал. 11).



Мал. 11. Формувачі ясен

Для перевірки остаточного розташування імплантатів і формувачів ясен були зроблені рентгенівські знімки. Клінічний огляд був проведений через тиждень. За словами пацієнта, він не помітив якогось дискомфорту чи припухлості після операції. Через чотири місяці після операції формувачі ясен були видалені і була проведена перевірка остеоінтеграції імплантатів. На імплантатах були зафіксовані абатменти 3-в-1 (Biohorizons), які поставляються разом з системою, після чого були отримані відбитки. Під час наступного візиту пацієнта на імплантатах були зафіксовані абатменти (мал. 12)



Мал. 12. Абатменти

і зроблені додаткові рентгенівські знімки для уточнення їх прилягання. Оскільки дані рентгенівських знімків не показали наявності якихось відкритих країв, постійні коронки були зафіксовані за допомогою цементу Maxcem Elite™ (мал. 13, 14).



Мал. 13. Заповнення коронок цементом Maxcem Elite ™



Мал. 14. Встановлені коронки

Після того, як цемент досяг стадії гелю, його надлишки були швидко і легко видалені (мал. 15).



Мал. 15. Вигляд посмішки пацієнта після закінчення лікування

Для документування остаточного результату реконструктивного лікування була зроблена ортопантомограма. Пацієнт був повністю задоволений результатом лікування (мал. 16).



Мал. 16. Пацієнт після закінчення лікування

Висновок

Пацієнти вважають за краще проходити комплексне лікування в клініці. Вони довіряють і почувають себе комфортно під спостереженням свого стоматолога і вважають за краще, щоб один лікар проводив усі необхідні процедури для досягнення оптимального стану порожнини рота. У зв'язку з обмеженням у часі, страхом, що виникає при відвідуванні декількох клінік, і високою вартістю, пацієнти вважають за краще звертатися в ту клініку, де їм пропонують комплексний підхід до лікування.

За матеріалами сайту https://dentalmagazine.ru