

Клінічні аспекти повторного протезування

Довговічність штучних реставрацій в стоматології обмежена певним терміном служби. До необхідності повторного протезування призводять недосконалість технологічних процесів виготовлення ортопедичних конструкцій, погрішності на клінічних етапах та індивідуальні особливості функціонування стоматогнатичної системи.

Зубо-альвеолярний комплекс людини зазнає значні зміни в процесі онтогенезу. Закінчення формування постійного прикусу знаменує новий етап розвитку – атрикційний. Стадія «старіння» зубних рядів характеризується повільним прогресом фізіологічного стирання. Захисним механізмом є синтетична діяльність одонтобластів, у результаті якої відбувається відкладення вторинного фізіологічного дентину.

Природний процес атрикційного розвитку зубних рядів людини порушується під впливом довкілля. До негативних чинників відносяться характер харчування, погрішності індивідуальної гігієни, шкідливі звички, особливості професійної діяльності і, як ні парадоксально, результати ятрогенних втручань.

Динаміка прогресуючого руйнування оклюзійних поверхонь зубів у результаті карієсу і його ускладнень, як правило, значно перевищує швидкість закладених природою компенсаторних механізмів. Вторинні деформації зубних рядів посилюють деструкцію оклюзійної схеми. В результаті цього виникає необхідність протетичної реставрації.

Технологічний прогрес останніх десятиліть призвів до застосування штучних опор – імплантатів різного дизайну в поєднанні зі супраструктурами, що імітують форму і функцію коронкової частини зуба. Результати грамотної ортопедичної реабілітації пацієнтів з використанням імплантатів стабільні і характеризуються високою частотою клінічного успіху. Проте методики протетичної реставрації з використанням штучних коронок, мостовидних протезів на природних опорах і різних знімних конструкцій як і раніше залишаються актуальними.

Як вже було зазначено, впродовж життя зубні ряди людини зазнають руйнування в результаті карієсу і його ускладнень.

Крім того, втрата цілісності зубних рядів може бути пов'язана з прогресом захворювань пародонту, патологічного стирання та інших некаріозних уражень. Клінічну картину ускладнюють первинні і вторинні оклюзійні деформації, у результаті яких у частини пацієнтів розвиваються м'язово-функціональні порушення. Також клінічну картину можуть ускладнювати захворювання інших органів і систем організму. Оцінюючи загальну клінічну картину, лікар-стоматолог повинен прийняти рішення про необхідність конформативного чи реорганізаційного підходу.

Реорганізаційний підхід до протезування має на увазі зміну оклюзійної схеми пацієнта в межах компенсаторних можливостей зубощелепної системи з урахуванням індивідуальних анатоμο-фізіологічних особливостей. Іншими словами, це реконструкція зубних рядів у центральному співвідношенні щелеп.

Нижче перераховані чинники, що визначають тривалий сприятливий результат реконструктивної протетичної реабілітації:

- Комплексна діагностика до початку лікування з обов'язковим виготовленням діагностичних моделей щелеп, що дозволяють вивчити індивідуальні особливості статичної і динамічної оклюзії. Визначення і реєстрація задньої контактної позиції (центрального співвідношення). За наявності м'язово-функціональних порушень – розробка стратегії їх корекції.
- Рентгенологічна діагностика. Важко переоцінити значення ортопантомограми для грамотної постановки діагнозу і складання плану лікування.
- Прогнозування необхідності спеціальної хірургічної, терапевтичної та ортодонтичної підготовки із залученням суміжних фахівців.
- Дотримання принципу стадійності лікувальних заходів з аналізом результатів кожного етапу терапії.
- Наслідкування концепції завершеність лікування. Динамічне спостереження триває до тих пір, поки лікар не переконається, що пацієнт звик до ортопедичної конструкції, приймає звичайну їжу, відновлені мова і естетика, тканини протезного ложа (слизова оболонка, опорні зуби) здо-

рові, функції скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів збалансовані.

- Узгодження з пацієнтом плану профілактичних заходів.

Для ілюстрації можливих варіантів реалізації описаних постулатів ортопедичного лікування наведу опис двох клінічних випадків повторного протезування з власної практики. У першому з них простежується принцип конформативності, а в другому використаний реорганізаційний підхід.

Клінічний випадок № 1

Пацієнтка К. звернулася в клініку із скаргами на перелом 22-го зуба, незадоволення естетикою посмішки через незадовільний стан ортопедичних реставрацій фронтальної ділянки верхнього зубного ряду (мал. 1).



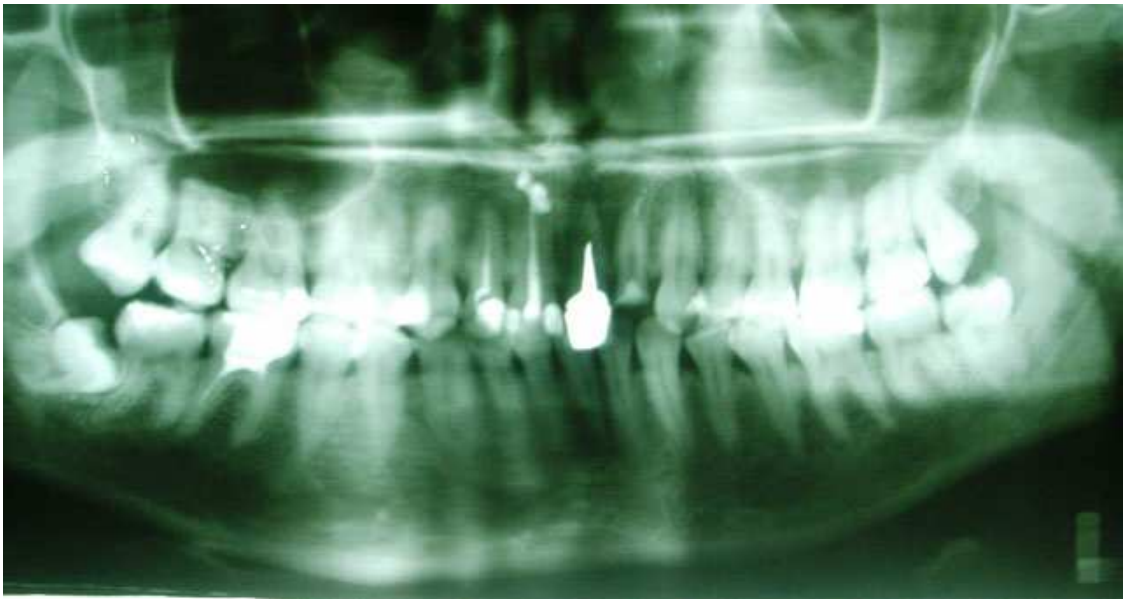
Мал. 1. Зовнішній вигляд верхніх фронтальних зубів пацієнтки до початку лікування: перелом 22-го зуба, дисгармонія кольору і форми

Загальносоматичний анамнез задовільний. Раніше в різний час було проведене ендодонтичне лікування 12, 11, 21 і 22-го з приводу ускладненого карієсу. 12-й і 11-й зуби були відновлені фотополімерними пломбами, на вестибулярну поверхню 11-го зуба з метою покращення естетики виготовлений вінір. 21-й зуб відновлений за допомогою куксової штифтової вкладки і металокерамічної коронки.

При огляді коронкова частина 22-го зуба була відсутня, лінія перелому проходила на рівні ясен, у гирлі кореневого каналу визначалась наявність пломбувального матеріалу. Коронкові

частини 11-го і 21-го зубів виглядали непропорційно великими по відношенню до сусідніх зубів. Це підтверджував і аналіз естетики фронтальної ділянки верхнього зубного ряду. Колір реставрацій 11-го і 21-го зубів був монохромним і опаковим. Тканини девітального 12-го зуба мали сіруватий відтінок. Прилягання металокерамічної коронки 21-го зуба було порушене, у зв'язку з чим іноді пацієнтка відчувала неприємний запах.

На рентгенограмі була помітна неповна obturaція кореневих каналів 12, 21 і 22-го зубів, у періапикальній ділянці 12-го і 21-го зубів визначалася деструкція кісткової тканини без чітких меж.



Мал. 2. Ортопантомограма пацієнтки до початку лікування

На підставі скарг, даних анамнезу і обстеження пацієнтки був поставлений наступний діагноз: перелом коронки 22-го зуба, дисгармонія кольору 12, 11, 21-го зубів, хронічний періодонтит 12, 11, 21 і 22-го зубів.

Після обговорення різних варіантів лікування було прийняте рішення про повторне ендодонтичне лікування 12, 11, 21 і 22-го зубів, виготовленні куксових штифтових вкладок і тимчасових коронок з наступною заміною на постійні.

Протокол ендодонтичного лікування включав розпломбування, механічну і медикаментозну обробку кореневих каналів із заповненням сумішшю на основі антибіотиків і кортикостероїда, тимчасове пломбування суспензією гідроксиду кальцію. Постійна obturaція проведена комбінованою технікою конденсації гутаперчі із сілером АН+.

Тимчасові конструкції були виготовлені в порожнині рота зі швидкотверднучої пластмаси з використанням воскової моделі і силіконового ключа (мал. 3,4). На етапі тимчасового протезування з пацієнткою детально обговорювали нюанси естетики і проводили необхідну корекцію. У процесі лікування на підставі даних аналізу рожевої і білої естетики була проведена електрохірургічна корекція лінії маргінальних ясен у ділянці шийки 12-го зуба. Куксові штифтові вкладки виготовили із застосуванням моделей із самотверднучої пластмаси.



Мал. 3



Мал. 4

Після періоду адаптації тканин пародонту з верхнього зубного ряду (мал. 5) був знятий відбиток одноетапним методом. На робочій моделі виготовили суцільнокерамічні постійні коронки на безметалевому каркасі.



Мал. 5

Результати протезування представлені на мал. 6-8. Функція і естетика фронтальної ділянки верхнього зубного ряду відновлені.



Мал. 6



Мал. 7



Мал. 8

Обговорення

Для пацієнтів, які мають активний соціальний статус, величезне значення має камуфляж естетичних недоліків у процесі виготовлення постійних ортопедичних конструкцій. Це особливо стосується фронтальної ділянки верхнього зубного ряду. У даному випадку, на нашу думку, був вибраний оптимальний варіант тимчасового протезування, що нівелював емоційний дискомфорт, пов'язаний з відсутністю передніх зубів.

Прямий метод виготовлення куксових штифтових вкладок дозволяє врахувати анатомічні особливості кореня, статику і динаміку оклюзії і підвищує точність завдяки відсутності трансферного лабораторного етапу.

Повторне протезування фронтальної ділянки зубних рядів, особливо за наявності незадовільних штифтів, пов'язане з ризиком безповоротного руйнування кореня в процесі зняття конструкції. Про це пацієнта слід попереджати заздалегідь і по можливості отримувати його інформовану згоду.

Для відновлення естетично значущих дефектів зубного ряду переваги безметалевих конструкцій очевидні: висока біологічна сумісність, відсутність іонного навантаження, чудові оптичні характеристики.

Планування протетичної реконструкції фронтального відділу верхнього зубного ряду має на увазі проведення ретельного аналізу форми і функції, що включає вивчення просторових співвідношень, кольорової гамми, балансу рожевої та білої естетики.

Естетичний результат протезування в цій ситуації цілком задовільний. Проте при проведенні аналізу співвідношень валиків маргінальних ясен у ділянці центральних різців виявляється певна асиметрія. У зв'язку з цим пацієнтці був запропонований варіант естетичної корекції електрохірургічним методом. Але за її бажанням це втручання було відкладене з метою динамічного спостереження. Слід зазначити, що, на думку ряду авторів, у межах року після виготовлення постійних ортопедичних конструкцій відбувається адаптаційна перебудова маргінального краю ясен. Тому остаточне рішення про необхідність корекції можна відкласти.

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