

Достижение прогнозируемого результата стоматологической реабилитации в зоне эстетической значимости

Я.А. Калачаева¹, Т.В. Брайловская¹, А.Н. Гурин¹,
Л.С. Дзиковицкая¹, Р.В. Калинин², З.А. Тангиева¹, А.М. Дениев¹

¹ФГБУ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава РФ, Москва,

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», Москва

The achievement of the planned result in dental rehabilitation in esthetic zone. Clinical example

Ya.A. Kalacheva¹, T.V. Brailovskaya¹, A.N. Gurin¹,
L.S. Dzikovitskaya¹, R.V. Kalinin², Z.A. Tangieva¹, A.M. Deniev¹

¹Central Research Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow, Russia,

²Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Аннотация

В статье описывается клинический случай предварительного планирования лечения с помощью дентальных имплантатов с учетом индивидуальных особенностей конкретного пациента.

Размещение зубного имплантата в эстетически значимой зоне, реабилитация мягких тканей, необходимых для создания иллюзии естественного зуба, являются особенно сложной задачей для клинициста.

Ключевые слова: дентальная имплантация, эстетически значимая зона, ортопедическое протезирование с опорой на дентальные имплантаты, реабилитация мягких тканей.

Abstract

Clinical case. Preliminary planning of aesthetic treatment with dental implants is necessary in order to achieve a predictable positive result, especially when it comes to restoring the front group of teeth. Restoring the natural aesthetics of a smile is possible with the teamwork of dentists and dental technicians, with the obligatory involvement of the patient in the planning process.

Key words: dental implantation, aesthetically significant area, orthopedic prosthetics using dental implants, rehabilitation of soft tissues.

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и немощь». Дефект зубного ряда приводит к нарушению эстетики лица и улыбки, поэтому быстрое восстановление зубов очень важно для пациента с точки зрения не только функциональности, но и его социальной реабилитации. Зона улыбки, в которую входят передние зубы, является наиболее эстетически значимой. Красивая улыбка является неотъемлемой частью имиджа успешного человека, показателем его благосостояния и качества жизни [2,4].

Для достижения прогнозируемого положительного результата любое эстетическое лечение должно проводиться с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного пациента. Планирование эстетического результата лечения — очень важная тема ортопедической стоматологии и особенно при установке конструкций с опорой на дентальные имплантаты [5,6].

В начале развития дентальной имплантологии главной заботой специалистов было добиться остеоинтеграции имплантатов и сохранения мягких тканей. За последнее десятилетие появилось понимание, что эстетика так же важна для успеха окончательной стоматологической реставрации, как и само здоровье.

Размещение зубного имплантата в эстетически значимой зоне, реабилитация мягких тканей, необходимых для создания иллюзии естественного зуба, являются особенно сложной задачей для клинициста, где не должно быть места для ошибок [1]. Сложность решения усугубляет недостаток костной и мягких тканей. Небольшая неточность в позиционировании имплантата или неправильное обращение с мягкими тканями или костью может привести к эстетическим недостаткам и неудовлетворенности пациента результатом лечения.

Предварительное планирование эстетического лечения является верным помощником в достижении предсказуемого положительного результата,

особенно когда речь идет о восстановлении передней группы зубов [3].

В ходе планирования такого лечения необходимо учитывать, что ожидания пациентов, претерпевших неоднократное неудачное восстановление передних зубов, крайне высоки. Компромиссы здесь нежелательны, поэтому необходимо проводить анализ клинической ситуации совместно с хирургом, ортопедом, зубным техником.

Рассмотрим клинические аспекты достижения прогнозируемого положительного результата стоматологической реставрации в эстетически значимой зоне на следующем клиническом примере.

Пациентка С. (1978 г.р.) обратилась в ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России в 2013 г. с жалобами «на эстетический недостаток в области передних зубов 2.1, 2.2».

Осмотр полости рта выявил: зубы 2.1, 2.2 покрыты металлокерамическими коронками. Отмечено нарушение краевого прилегания коронок к культиям зубов, подвижность зубов 2.1 и 2.2 в конструкции, кариес корня зубов 2.1, 2.2 (рис. 1).



Рис. 1. Ортопантомограмма.

На прицельной рентгенограмме выявлена резорбция верхушек корней зубов 2.1, 2.2, резорбция костной ткани в зоне вершины межзубной перегородки между зубами 2.1, 2.2 (рис. 2).

По словам пациентки, эндодонтическое лечение зубов 2.1 и 2.2 впервые проведено ей в возрасте 15 лет после травмы. В ходе лечения зубы неоднократно восстанавливались методом реставрации из композитного материала, что привело к изменению их цвета. Реставрации зубов 2.1 и 2.2 корректировались каждые 1-1,5 года. 3 года назад зубы покрыты искусственными коронками. Около одного года назад выполнено хирургическое вмешательство на предмет резекции верхушек корней зубов 2.1, 2.2. В настоящее время пациентка жалуется на периодические ноющие боли в указанных зубах, появление признаков воспаления десны в проекции верхушек корней зубов 2.1, 2.2, гнойное отделяемое.



Рис. 2. Прицельная рентгенограмма зубов 2.1, 2.2.

На основании клинических и рентгенологических данных стоматологом-хирургом и стоматологом-ортопедом принято совместное решение выполнить стоматологическую реабилитацию зубов 2.1, 2.2 с помощью несъемных цельнокерамических конструкций с опорой на дентальные имплантаты.

Получено письменное информированное согласие пациентки с предложенным планом лечения.

Совместно со стоматологом-хирургом решено провести операцию по отложенной установке дентальных имплантатов. Проведение немедленной имплантации исключено, т.к. необходимо увеличение параметров костных и мягких тканей для достижения оптимального эстетического результата соответственно профилю прорезывания.

На первом этапе выполнено удаление зубов 2.1 и 2.2 с одновременной костной пластикой при использовании остеопластического материала «Трикафор» (Бионова) с изоляцией биорезорбируемой мембраны «Биоимплант» (КоннектБиофарм) и наращиванием объема прикрепленной кератинизированной слизистой с использованием свободного десневого трансплантата. Перед удалением указанных зубов получили альгинатный оттиск верхнего зубного ряда для изготовления полимерной капы с искусственными зубами (рис. 3).

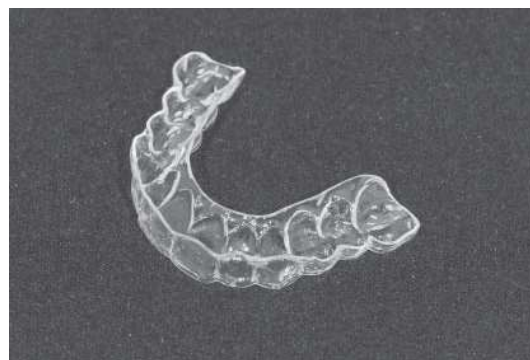


Рис. 3. Полимерная капка до заполнения ее композитом в месте удаленных зубов.

Восстановление объема костной ткани и десны чаще всего необходимо во фронтальном отделе челюстей ввиду тонкой вестибулярной компактной пластинки кости. При наличии воспаления в области передних зубов тонкая вестибулярная кость лизируется, что создает эстетико-функциональные сложности при восстановлении данного участка дентальными имплантатами. Следует отметить, что при немедленной установке имплантатов в лунки фронтальных зубов с разрушенной вестибулярной костью возникают рецессии десны с оголением резьбы имплантатов и дальнейшей резорбцией костной ткани, что в итоге приводит к утрате имплантатов. Сразу после удаления зубов создается десневой карман в области лунок. Прокладывается биорезорбируемая мембрана, лунки заполняются остеопластическим материалом. Производится забор свободного десневого трансплантата и подшивание к внутренним краям лунки (рис. 4). После оперативного вмешательства показано назначение антибиотиков широкого спектра действия, полоскания растворами антисептиков с содержанием хлоргексидина 0,12% в течение 1 нед.



Рис. 4. Вид лунок зубов сразу после подшивания десневых трансплантатов.

Операция завершается наложением полимерной капы. Преимущество использования данной конструкции в постоперационном периоде в том, что она не оказывает давление на мягкие ткани, что способствует сохранению объема мягкотканного трансплантата. Композитные овоиды, сформированные на искусственных зубах, определяют профиль прорезывания (рис. 5).

Следует обратить внимание, что заживление лунок довольно часто может сопровождаться частичным некрозом поверхностного слоя десневого трансплантата вследствие недостаточности питания. Это естественный процесс заживления такого типа ран. Фибриновый налет, клеточный детрит и защитная каппа обеспечивают беспрепятственную эпителизацию раны (рис. 6-7).

По прошествии 1,5 мес после удаления зубов 2.1 и 2.2 запланировали установку дентальных имплан-



Рис. 5. Капа слегка касается десневых трансплантатов на участке удаленных зубов.

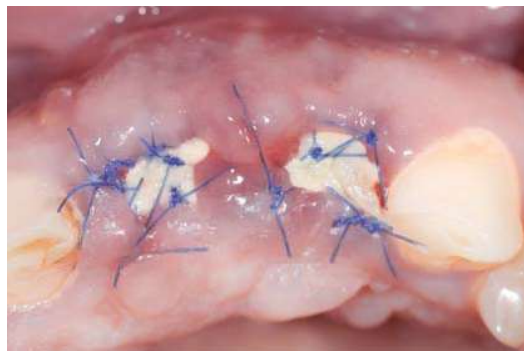


Рис. 6. Через 1 нед после операции. Десневые трансплантаты покрыты фибриновым налетом.



Рис. 7. Оклюзионный и фронтальный вид эпителизированных лунок через 6 нед после удаления.

татов «Astra-Tech».

На период реабилитации после операции дентальной имплантации пациентка продолжила носить прозрачную полимерную капку в течение 3 месяцев. Далее были изготовлены временные композитные коронки на имплантаты «Astra-Tech» с винтовой фиксацией. Шахты закрыты тефлоновой лентой, obturированы композитом.

По семейным обстоятельствам пациентка приостановила лечение на 2 года. Представлены фотография лица пациентки на момент 2016 г. (рис. 8), внешний вид конструкции в полости рта (рис. 9).

За прошедшее время эстетические предпочтения и видение пациенткой новой улыбки изменились. По этой причине проведена повторная совместная консультация с корректировкой плана лечения, в результате принято решение изготовить цельноке-



Рис. 8. Внешний вид пациентки.



Рис. 9. Вид временных коронок в полости рта через 2 года после установки.

рамические виниры на зубы 1.3,1.2,1.1,2.3 и цельнокерамические коронки с опорой на имплантаты в области зубов 2.1, 2.2.

Для определения формы будущих конструкций потребовалось привлечение зубного техника на этапе планирования. Проведено восковое моделирование зубов 1.3,1.2,1.1,2.1,2.2,2.3. Выполнена примерка в полости рта конструкции из воска «Моук-ап», с использованием материала «Люксатемп». На данном этапе планирования возникла необходимость в проведении клинического удлинения коронок зубов. Для выполнения прецизионной коррекции десневого края изготовили полимерную капу с заданной высотой будущих коронок зубов (рис. 10).



Рис. 10. Полимерная капа надета на верхний зубной ряд перед хирургической коррекцией.

Для более быстрого и прогнозируемого заживления раны клиническое удлинение десневого края проводили с помощью скальпеля (рис. 11).

Непосредственно после завершения хирургического этапа для правильного формирования дес-



Рис. 11. Хирургическая коррекция десневого края.

невого края выполнены временные реставрации «Люксатемп» по высоте новых клинических коронок (рис. 12).



Рис. 12. Временные коронки «Люксатемп», внешний вид в полости рта сразу после изготовления.

Внешний вид мягких тканей через 10 дней после хирургического вмешательства представлен на рис. 13.



Рис. 13. Внешний вид мягких тканей в полости рта.

После снятия временных конструкций проведена оценка профиля прорезывания в области установленных имплантатов 2.1,2.2 (рис. 14).

Проведено одонтопрепарирование зубов 1.3, 1.2, 1.1, 2.3 под цельнокерамические виниры, препарирование в пределах эмали. Проведена ретракция десны одной нитью «Ультрапак 000», оттисковые трансферы для закрытой ложки индивидуализированы композитом (рис. 15).

Получен одноэтапный двухслойный оттиск стандартной ложкой А-силиконовой массой. Временные коронки зафиксированы на «Темп-бонд клиар».



Рис. 14. Профиль прорезывания в области 21,22.



Рис. 15. Подготовка культей зубов и оттисковых трансферов к оттиску.

Проведена фиксация цельнокерамических виниров 1.3,1.2,1.1,2.3 (IPS e.max Press) на композитный цемент «Вариолинк Винир». Установлены циркониевые абатменты, шахты obturированы тефлоновой лентой, цельнокерамические коронки 2.1,2.2 зафиксированы на «Имплант-линк» (рис.16).



Рис. 16. Вид конструкций в полости рта.

Внешний вид пациентки после лечения (рис.17).



Рис. 17. Улыбка пациентки после лечения.

Выводы

1. В настоящее время планирование не только функционального, но и эстетического положительного результата ортопедического лечения является неотъемлемой частью стоматологической реабилитации пациентов. 2. Восстановление естественной эстетики улыбки возможно при командной работе специалистов-стоматологов и зубных техников с обязательным вовлечением самого пациента в процесс планирования. 3. Итог выполнения плана комплексной реабилитации — достижение прогнозируемого эстетического результата и счастливая улыбка пациента.

Литература

1. Лебедеко И.Ю., Перегудов А.Б. Комплексный подход к реставрации улыбки. *Маэстро стоматологии*. 2000;3:28-31 [Lebedenko I. Yu., Peregudov A. B. an Integrated approach to restoration of smile. *Maestro dentistry*. 2000;3:28-31. In Russian].

2. Массирони Д., Пасчетта Р., Ромео Д. Точность и эстетика, клинические и зуботехнические этапы протезирования зубов. 2008. 441 с. [Massironi D., Paschotta R., Romeo D. the Accuracy and aesthetics, clinical and dental phases of dental prosthetics. 2008. 441 p. In Russian].

3. Брайловская Т.В., Диковицкая Л.С. Метод направленной костной регенерации с использованием биорезорбируемых материалов при восстановлении зубов эстетической зоны. *Форум стоматологии*. 2016; 1: 45–51. [Brailovskaya T. V., Dikovitskaya L. S. Method of guided bone regeneration using bioresorbable materials for dental restorations aesthetic zone. *Forum dentistry*. 2016; 1: 45–51. In Russian].

4. Макеева И.М., Москалев Е.Е., Кузько Е.И. Разработка подходов к объективизации воспроизведения оптических характеристик при изготовлении высокоэстетических реставраций. 2010; 6: 15-18 [Makeeva I. M., Moskalev E. E., E. I. Kuzko, the Development of approaches to objectification of the playback of the optical characteristics in the manufacture of highly esthetical restorations. 2010; 6: 15-18. In Russian].

5. Benic GI, Systematic review of parameters and methods for the professional assessment of aesthetics in dental implant research I. *J. Clin. Periodontol*. 2012; 39(12): pages 160–192. doi: 10.1111.

6. Simon H., Magne P. Clinically based diagnostic wax-up for optimal esthetics: the diagnostic mock-up. *J. Calif. Dent. Assoc*. 2008; 36(5): 355-364.

Для корреспонденции/Corresponding author
Брайловская Татьяна Владиславовна /Brailovskaya Tatiana
brailovsktv@mail.ru