

А.В. Скрыль,

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии

Комплексная реабилитация пациентов с частичной потерей зубов

Не секрет, что несвоевременное повторное протезирование нередко представляет определенную трудность для врача. Задача усложняется при необходимости исправления допущенных ранее ошибок. Но даже при успешном предыдущем лечении пациенты имеют обыкновение оттягивать очередной визит к стоматологу. В итоге врач наблюдает ту или иную степень декомпенсации зубочелюстной системы.

Можно, конечно, проникнуться завистью к успеху предшественника, чья конструкция продержалась во рту 10–20 лет. Именно продержалась, а не прослужила, поскольку бывает видно даже невооруженным глазом, в каком плачевном состоянии пребывают зубы и зубные ряды. Поистине удивительно порой, насколько безграничны адаптационные возможности человеческого организма.

Жалобы пациента при этом могут быть незначительными, хотя в полости рта обнаруживается циркулярный кариес по границе краев коронок, патологическая подвижность опорных зубов и их антагонистов, оголение корней, веерообразное расхождение, наклоны и повороты зубов, скопление значительного количества зубных отложений, отечность и кровоточивость десен. Как правило, выявляется патология жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов. Иногда после детального анализа клинической картины первая мысль — направить такого пациента к другому врачу: настолько бесперспективным кажется его лечение.

Об одном из таких случаев пойдет речь в этой статье.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В клинику ортопедической стоматологии обратилась 52-летняя пациентка с жалобами на затруднение пережевывания пищи имеющимися у нее зубными протезами вследствие их плохой фиксации, а также с жалобами на эстетический дефект. При осмотре полости рта обнаружены несъемные и съемные зубные протезы, не отвечающие клиническим требованиям (рис. 1).

У всех зубов корни оголены на $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ длины корня и с патологической подвижностью I–II степени. У зуба 4.2 вообще III степень патологической подвижности. Окклюзионная поверхность искусственных зубов бюгельного протеза, восстанавливавшего дефект зубного ряда на нижней челюсти, располагалась ниже окклюзионной поверхности естественных зубов.



Рис. 1. Фото до лечения

твенных зубов. Протез неудовлетворительно фиксировался, базис протеза неплотно прилегал к слизистой оболочке.

На ортопантомограмме отмечены резорбция костной ткани альвеолярных отростков зубов обеих челюстей на половину длины корня в области боковых оставшихся зубов и деструктивные изменения в тканях периодонта зубов 1.3 и 2.4 (рис. 2).

Диагноз: дефект коронковой части зубов 1.8, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3., 2.4, 2.7, 3.2, 3.3, 4.3 и 4.4; дефект зубного ряда на верхней челюсти III класса (по Кеннеди), дефект зубного ряда на нижней челюсти I класса; генерализованный пародонтит средней степени тяжести на верхней и нижней челюстях; хронический гранулирующий периодонтит зубов 1.3 и 2.4.

Выбрать адекватный метод лечения по итогам обследования оказалось не просто: выявленная патология требовала комплексной терапии и применения различных видов зубных протезов. К тому же при составлении плана лечения пришлось учесть ограниченные материальные возможности пациента. Даже на первый взгляд лечение должно



Рис. 2. Ортопантомограмма до лечения

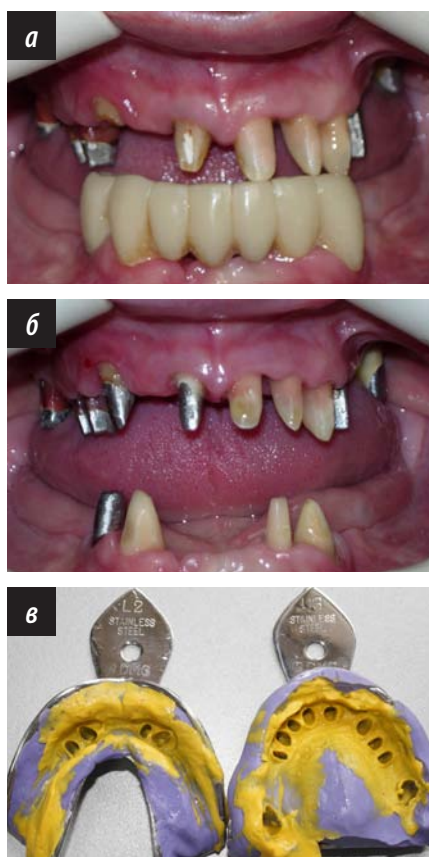
было обойтись недешево: налицо необходимость удаления нескольких зубов и проведение дентальной имплантации. Но финансы пациента позволяли установить лишь самые простые конструкции — мостовидные и съемные пластиночные протезы, в лучшем случае — бюгельные. К тому же при обсуждении плана лечения пациентка была озабочена сроком новых протезов и категорически не желала пользоваться съемными конструкциями.

Взвесив все «за» и «против», стало ясно, что в таких условиях невозможно лечение с долговременным эффектом. Пришлось предложить компромиссный вариант, который даст пациентке моральную и материальную отсрочку: используя доступные способы, вывести зубочелюстную систему из состояния декомпенсации.

На основании поставленного диагноза и с учетом материальных возможностей пациентки был составлен следующий план лечения:

- **демонтаж всех имеющихся несъемных и съемных зубных протезов;**
- **эндодонтическое лечение зубов 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3., 2.4, 2.7, 3.2, 3.3, 4.3 и 4.4;**
- **восстановление разрушенной коронковой части зубов 1.8, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.4, 2.7 и 4.4. литыми культевыми штифтовыми вкладками;**
- **зубы 2.1, 2.2, 2.3., 3.2, 3.3 и 4.3 восстановить с применением стекловолоконных штифтов LuxaPost и материала LuxaCore;**
- **восстановить целостность зубного ряда во фронтальном участке верхней челюсти металлокерамическим зубным протезом с опорой на зубы 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 и 2.4;**
- **восстановление включенного дефекта зубного ряда бюгельным протезом с замковой фиксацией;**
- **восстановление целостности нижнего зубного ряда металлокерамическим несъемным протезом с опорой на зубы 3.2, 3.3, 4.3 и 4.4 и бюгельным протезом с кламмерной фиксацией.**

Из-за значительной атрофии костной ткани и патологической подвижности зуб 4.2 пришлось удалить. Перед этим для изготовления временных коронок материалом Status Blue сняли оттиск с верхней и нижней челюстей. Так как оставшиеся естественные зубы имели различный наклон, на диагностических моделях с применением параллеломе-



тра опорные зубы отпрепарировали с учетом будущего сошлифовывания в полости рта. Уже в лаборатории провели восковое моделирование формы временных коронок и мостовидных протезов. Затем с полученной гипсовой модели сняли оттиски материалом Status Blue, а воск с поверхности моделей удалили горячей водой. Оттиск затем заполнили материалом Luxatemp Fluorescence и установили его на модель. Так получили временные коронки и мостовидные протезы (рис. 3).

Зубы с разрушенной коронковой частью (1.8, 1.5, 1.4, 1.3, 1.1, 2.4, 2.7 и 4.4) восстановили литыми культевыми штифтовыми вкладками, поскольку нужно было изменить наклон их коронковой части. На время изготовления культевых вкладок корни зубов закрывали материалом Luxatemp inlay. Культевые штифтовые вкладышки фиксировали цементом PermaCem. Зубы с более сохранной коронковой частью (2.1, 2.2, 2.3., 3.2, 3.3 и 4.3) восстановили стекловолоконными штифтами LuxaPost и материалом LuxaCore Z. Затем, после препарирования, припасовали временные конструкции из материала Luxatemp Fluorescence, которые «уточ-

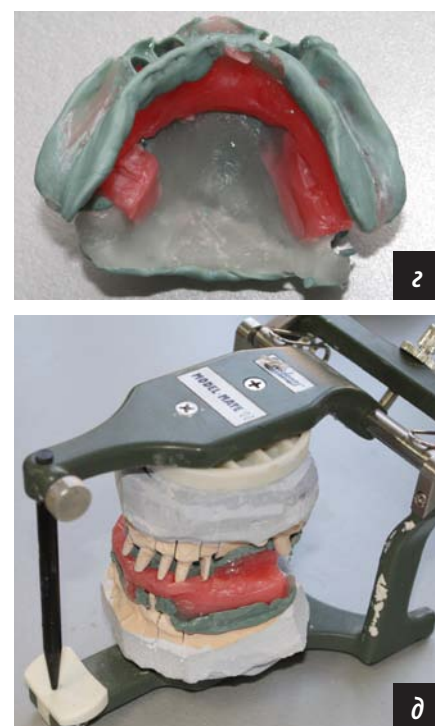


Рис. 3. Восстановление зубов штифтовыми конструкциями (а, б); оттиски (в); фиксация центрального соотношения челюстей индивидуальными базами с восковыми валиками (г, д); временные коронки из материала Luxatemp (а)

нили» тем же материалом Luxatemp. Временные конструкции покрыли материалом Luxatemp Glase & Bond. Закрепляли их цементом для временной фиксации TempoCem NE.

В следующее посещение сняли оттиски материалом Honigum Putty и Honigum Light. Поскольку после препарирования опорных зубов контакты между зубами-антагонистами отсутствовали, требовалось определить центральное соотношение челюстей. Для минимизации ошибки на этом этапе решили изготовить жесткие базы из материала Supertec с восковыми окклюзионными валиками, которые укрепляли в полости рта материалом Honigum Mono. Далее из материала Supertec по гипсовым моделям изготовили жесткие базы для определения центрального соотношения челюстей, которое определили и зафиксировали в артикуляторе фирмы Vivadent. Потом, для исключения погрешностей в определении центрального соотношения челюстей, из материала Supertec изготовили каркасы металлокерамических несъемных протезов и жесткие базы для повторного определения центрального соотношения. Его повторно за-

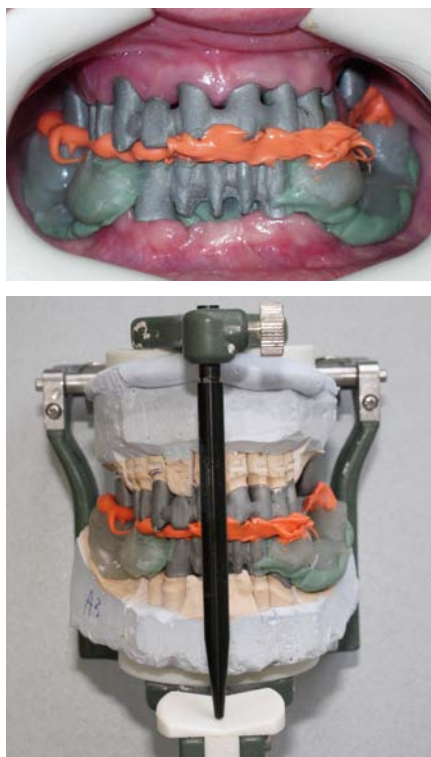


Рис. 4. Фиксация центрального соотношения челюстей с помощью жестких индивидуальных базисов из материала Supertec и материала для регистрации прикуса O-Bite



Рис. 5. Конструкция изготовленных несъемных и съемных зубных протезов

фиксируют с применением жестких индивидуальных базисов из материала Supertec и материала для регистрации прикуса O-Bite (рис. 4).

Затем в лаборатории изготовили металлокерамические несъемные зубные протезы и бюгельный протез на верхнюю челюсть. Металлокерамические несъемные зубные протезы крепили композерным цементом PermaCem. Для нижней челюсти изготовили комбинированный съемный протез с металлическим и пластмассовым базисом. Для эстетики кламмеры нижнего съемного протеза изготовили из нейлона цвета А3 (рис. 5).

Контроль гармоничности окклюзии (рис. 6) провели портативным стоматологическим электромиографом фирмы de Götzen.

По итогам лечения: результаты протезирования — хорошие (рис. 7); пациентка довольна лечением и периодически приходит на контрольные осмотры.

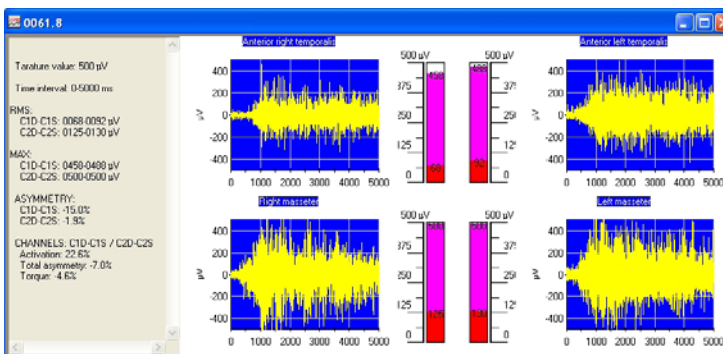


Рис. 6. Электромиограмма пациентки на этапе припасовки зубных протезов

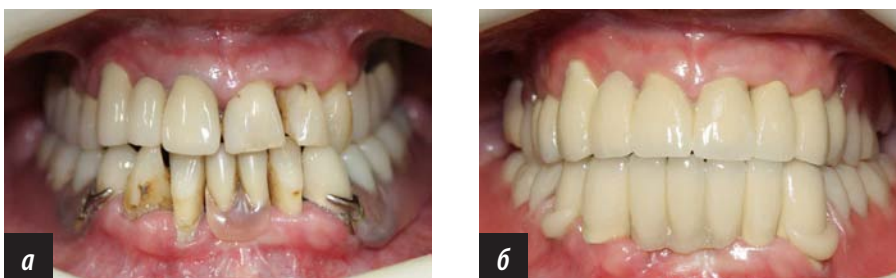


Рис. 7. Фото полости рта пациентки до начала (а) и после лечения (б)

ВЫВОДЫ

Предложенная программа реабилитации может быть рассмотрена в качестве адаптивного вида лечения, направлен-

ного, прежде всего, на предотвращение разрушения зубочелюстной системы теми патологическими механизмами, которые уже давно были запущены. Несмотря на применение такого сложного и компромиссного подхода к решению

отдельного клинического случая, можно надеяться на многолетний положительный результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ НАХОДИТСЯ В РЕДАКЦИИ.