

Уместный план лечения



Джим Коллис, CDT (Сертифицированный Зубной Техник), уже более 30 лет является активно практикующим зубным техником. Обучался зуботехнической технологии в колледже Тритона, где и получил диплом. Ортопедическая лаборатория Коллиса, владельцем которой он является, специализируется на изготовлении высококачественных съемных зубных протезов. Лаборатория обслуживает избранную клиентуру стоматологических практик на северных и западных окраинах Чикаго. Также Джим в течение предшествующих 10 лет работал инструктором в лаборатории Junior/Senior (Младший/Старший) при стоматологическом колледже Северо-Западного Университета. В этой должности он проводил практические занятия для студентов стоматологического колледжа по ряду предметов, включая усовершенствованную эстетику съемных зубных протезов, несъемное протезирование, современные замковые крепления и технику протезирования на имплантатах. Уже более 10 лет является активным лектором. Читал лекции и вел практические занятия на семинарах и симпозиумах в США и Канаде, аккредитованный лектор в системе повышения квалификации. Консультант и лектор в нескольких промышленных компаниях. Был президентом, докладчиком и модератором симпозиума по съемному протезированию в 2013 году, организованного коллегией журнала Spectrum dialogue. Консультирующий член редколлегии журнала Spectrum Dialogue, автор ряда статей на самые разные темы, опубликованных в журнале Spectrum Dialogue, а также публикаций в других профессиональных изданиях.



Нирадж Ханна, бакалавр естественных наук, доктор стоматологии. Вырос в Торонто (Канада), обучался в Университете Торонто, и в 1989 году ему была присвоена степень бакалавра естественных наук. Продолжил образование в университете Детройта – в школе стоматологии, где получил степень доктора стоматологии (в 1993 году). Затем в 1994 году продолжил обучение в Резиденции Общей Практики при университетской больнице Rochester-Strong Memorial в Рочестере (штат Нью-Йорк). После нескольких лет работы в партнерстве, в марте 2000 года доктор Ханна открыл собственную практику в красивом местечке Женева (штат Иллинойс). Продолжил обучение в престижной академии Дуусона (Санкт-Петербург, Филадельфия), с 2010 года – член преподавательского состава. Обучение в академии Дуусона вдохновило Ханна посвятить свою практику достижению идеальных результатов ортопедического и эстетического лечения всей полости рта. Философия доктора Ханна состоит в том, что каждого пациента следует лечить по четырём направлениям, включая достижение гармонии между челюстью, суставами, мышцами, опорными тканями и зубами. Своё страстное увлечение реставрацией всей полости рта он решил разделить с другими. В настоящее время является президентом Института Стоматологического Совершенства доктора Ханна (Kyanna Institute of Dental Excellence, K.I.D.E.). Международный докладчик, читает лекции в США, Индии и ОАЭ. Членство: Американская Академия Косметической Стоматологии, Американская Ассоциация Стоматологов, Американское Общество Анестезиологов, Американская Ассоциация Гнатологов, Ассоциация преподавателей Академии Дуусона, Стоматологическое сообщество Fox River Valley, Стоматологическое сообщество штата Иллинойс, Общество стоматологических хирургов королевского колледжа Онтарио.

Выбор подходящего плана лечения – это без вариантов рассмотрение разных факторов, уравновешивающих друг друга. Здесь должен соблюдаться баланс между желанием пациента улучшить свою внешность, функцией его зубов, его финансовыми возможностями, мнением практикующего врача о необходимости восстановления всей полости рта до здорового состояния, техническими возможностями и разумным выбором одной из альтернатив лечения на основании результатов полной диагностики состояния полости рта. В рассматриваемом здесь случае пациентка, которая сначала хотела исправить эстетический вид своих четырёх передних зубов, в конечном итоге приняла более полный и более уместный в её случае план лечения, основанный на результатах тщательного исследования полости рта. Хорошее взаимопонимание между пациенткой, врачом-ортопедом и зубным техником способствовало тому, что наша клиентка была очень довольна результатами лечения. Этот результат был достигнут благодаря координации усилий врача-ортопеда и зубного техника.

Женщина в возрасте около 50 лет с полностью сохранёнными зубными рядами обратилась к нам с просьбой улучшить её улыбку, но без значительных изменений. Она была умеренной курильщицей и не обращалась за стоматологическим лечением в течение многих лет (рис. 1). Основной причиной её беспокойства были верхние передние зубы, поскольку зуб №9 со временем заметно опустился вниз и выдвинулся вперед по отношению к другим зубам

(рис. 2). Остальное её не волновало, хотя у неё имелись сомнения по поводу тяжести имевшегося у неё пародонтального заболевания. При полном осмотре полости рта была выявлена умеренная потеря пародонтального прикрепления, общая подвижность зубов (класса II) и кровоточивость дёсен/присутствие экссудата при зондировании зубодесневых карманов. Осмотр также позволил выявить обширную потерю вертикального аспекта кости. Пациентке было указано на неудовлетворительное состояние

её пародонта, и рекомендовано рассмотреть всесторонний план лечения, а не эстетическое восстановление одной области рта. Пациентка согласилась подумать о выборе плана полного лечения.

В числе возможных вариантов лечения, обсуждаемых с пациенткой, вошли попытки спасти некоторые зубы (пародонтальная хирургия плюс подсадка костного трансплантата) с пародонтальным лечением оставшихся зубов. Другим планом было хирургическое удаление всех зубов с изготовлением верхнего и нижнего имедиат-протезов, которые будут установлены в день хирургической процедуры. Альтернативным планом было удаление всех зубов с последующим изготовлением и постановкой верхнего и нижнего съёмного протеза спустя 8 недель после хирургической процедуры для снижения отёка и резорбции тканей. Ещё одним вариантом лечения было удаление всех зубов и замещение их протезом на имплантатах или коронками на имплантатах для лучшей стабильности.

Пациентка не знала, принять ли ей план, который позволил бы сохранить некоторые существующие



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

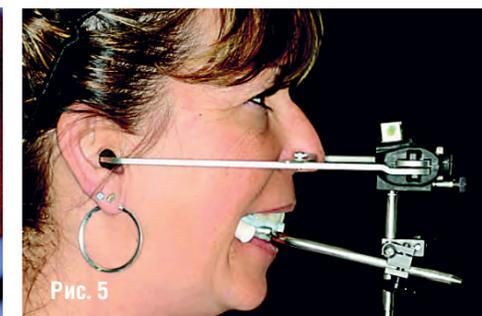


Рис. 5



Рис. 6

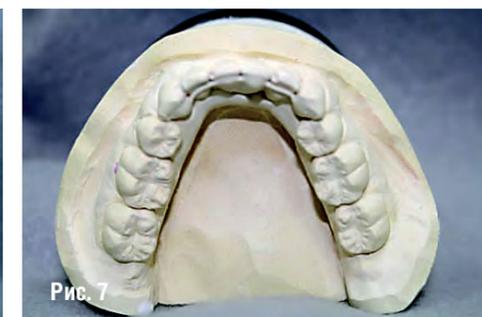


Рис. 7

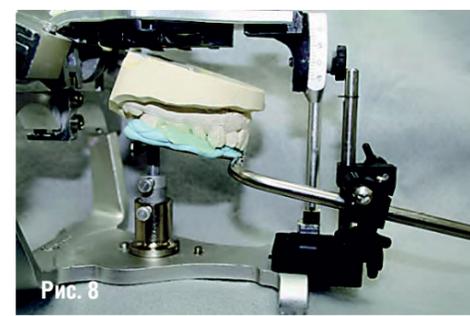


Рис. 8

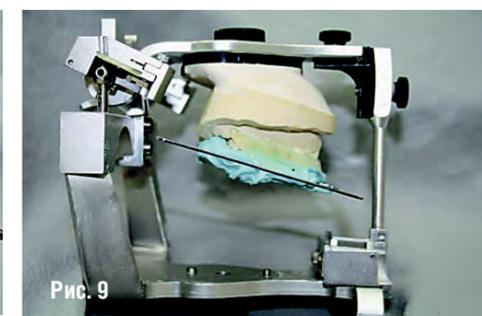


Рис. 9



Рис. 10

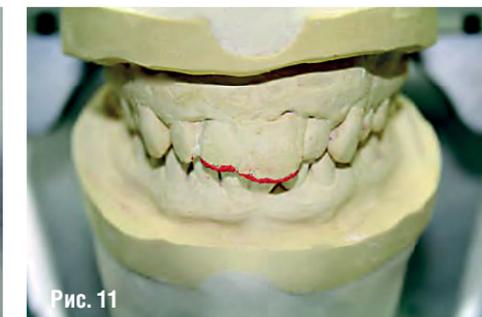


Рис. 11

зубы, так как было неизвестно, как они поведут себя в отдалённые сроки лечения. Она отвергла план, предполагавший установку имплантатов, так как в текущее время он не укладывался в её бюджет, но, разумеется, такой вариант мог быть осуществлён через какое-то время в будущем. И, наконец, она решила выбрать лечебный план, предполагавший изготовление имедиат-протезов и их установку в день удаления зубов, хотя понимала, что хирургический отёк пройдёт, и появится послехирургическая резорбция тканей, и потребуются перебарозка этого протеза, чтобы приспособить его к изменениям, которые произойдут в полости рта.

После обсуждения этого плана лечения, была проведена диагностическая регистрация: передача лицевой дугой, регистрация центрального соотношения челюстей, и определение плоскости Фокса (рис. 3, рис. 5). Поднутрения двух передних зубов были заблокированы, так как эти зубы были подвижными (рис. 4). Затем были сняты оттиски верхней и нижней челюсти, отлиты гипсовые модели, проведена их проверка, чтобы убедиться, что существуют все необходимые анатомические ориентиры, включая неразрывность границ и отсутствие дефектов (рис. 6 и 7). После проверки модель верхней челюсти была установлена в артикулятор Denar по лицевой дуге при настройке окклюзионной иглы на ноль (рис. 8). Передача лицевой дугой позволила передать моделям положение челюстей во рту (рис. 9). Плоскость Фокса позволяет визуально проверить плоскость окклюзии при артикуляции модели с лицевой дугой (рис. 9). Затем была установлена модель нижней челюсти по отношению к верхней (рис. 10).

Было замечено, что зуб №9 выдвинут вперед и вверх по отношению к другим зубам. Вертикальное и горизонтальное положение зуба №8 для нашей пациентки было почти идеальным. Гипсовая модель верхней

челюсти была откорректирована: были выделены режущие края зубов №8 и №9, и зуб №9 подшлифован так, чтобы его высота соответствовала таковой у зуба №8. Затем была выделена щёчная поверхность зуба №9 и сошлифована до уровня щёчной поверхности зуба №8 (рис. 11, 12, 13, 14, 15).

Пациентка отметила, что у неё нет желания изменять вертикальную длину или обнажать шейку верхних передних зубов, за исключением зуба №9, поэтому мы изготовили силиконовый постановочный индекс (рис. 16 и 17). Была сделана разметка срединной линии на верхней модели и маркировку продолжили к силиконовому индексу. Были размечены продольные оси клыков и маркировки продлили к силиконовому индексу. Также была сделана разметка десневой борозды от левого до правого клыка.

Затем была проведена постановка зубов. Мы выбрали зубы Veracia SA, выпускаемые компанией Shofu, так как эти зубы отличаются превосходной эстетикой, повышенной долговечностью, и исключительной прочностью связи с материалом зубного базиса. Зубы Veracia SA состоят из микронаполненного гибридного композита, упрочнённого слоем стекла, которое к тому же придаёт их поверхности блеск. Так как зубы отличаются однородностью, нам не стоит беспокоиться о сколах слоёв материала, что иногда происходит у других зубов, изготовленных из полимерных композитов. Мы начали постановку срезанием двух центральных резцов верхней модели до ранее намеченной красной линии, скругляя, но, не углубляя гипс по просьбе врача-ортопеда. Два центральных зуба Veracia SA были установлены по силиконовому индексу, используемому в качестве направляющей. Оставшиеся передние зубы были поставлены таким же способом (рис. 19 и 20).

После постановки верхних передних зубов, клинические

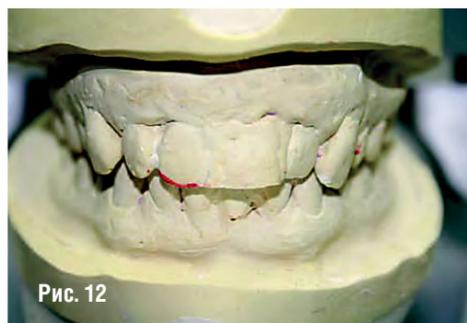


Рис. 12

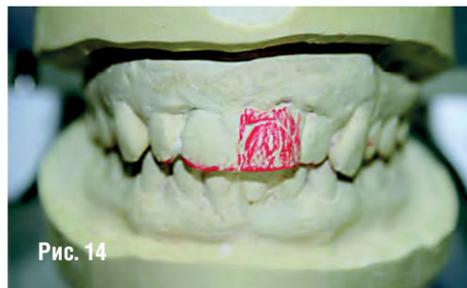


Рис. 14

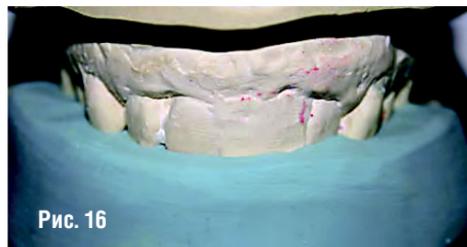


Рис. 16

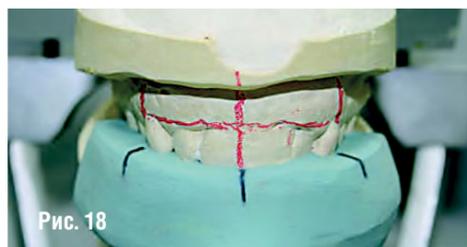


Рис. 18



Рис. 20

коронки были срезаны с одной стороны нижней гипсовой модели (от центральных резцов до моляров). Одновременное удаление зубов на одной стороне упростило согласование горизонтального и вертикального перекрытия с существующими передними зубами. После постановки трёх передних зубов на одной стороне, были срезаны клинические коронки на другой стороне



Рис. 13

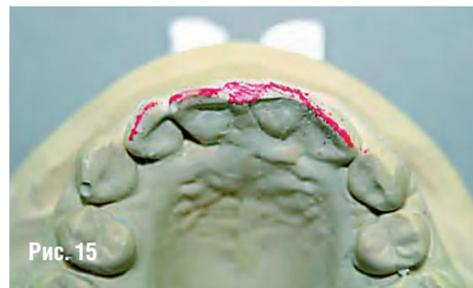


Рис. 15



Рис. 17

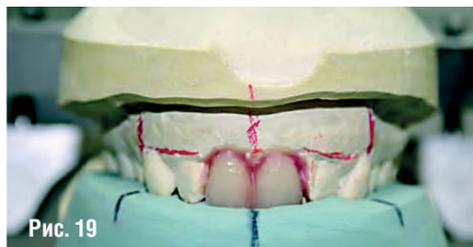


Рис. 19



Рис. 21

нижнего ряда (от центральных резцов до моляров) и поставлены три других нижних передних зуба (рис. 21).

Затем верхняя модель была удалена из артикулятора, чтобы нижние зубы можно было установить в идеальное положение окклюзии без помех со стороны оставшихся ещё верхних жевательных зубов, которые ещё не



Рис. 22

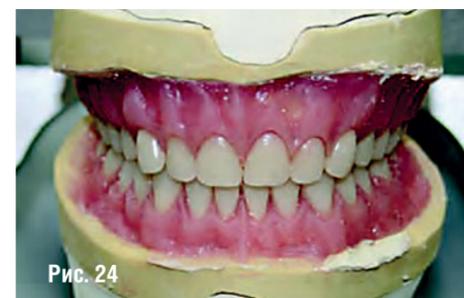


Рис. 24



Рис. 27

были срезаны с модели. После этого была проведена постановка нижних жевательных зубов с центральными ямками непосредственно над гребнем альвеолярного отростка и окклюзионной плоскостью, настроенной на высоту клыков, и линию, прочерченную горизонтально по двум третям расстояния к ретромоллярному нижнечелюстному пространству. Поэтому важно начать с полных анатомических моделей, чтобы присутствовали все анатомические ориентиры.

После постановки нижних жевательных зубов по обеим сторонам челюсти были срезаны оставшиеся клинические коронки жевательных зубов на гипсовой модели верхней челюсти и гребень верхнего альвеолярного отростка слегка скруглён к щёчному аспекту. Затем модель верхней челюсти вернули в артикулятор. Оставшиеся верхние жевательные зубы от первого премоляра до второго моляра были установлены сначала на одной, а потом на другой стороне верхней модели, при этом после постановки каждого зуба проверяли рабочие и балансирующие движения (рис. 22).

Так как в наши планы входило индивидуализировать базис изготавливаемого протеза, была создана восковая



Рис. 23



Рис. 25



Рис. 26

модель базиса из цветных размерных восков, выпускаемых компанией Hi-Tec Dental Products. Эту восковую модель было решено показать пациентке, чтобы та представила себе, как будет выглядеть базис протеза после изготовления и индивидуализации. Работа была отослана в кабинет для оценки эстетики доктором и пациенткой, и после согласования с ними, модель вернули в лабораторию для продолжения технологического процесса (рис. 23).

Для изготовления протеза использовали акрил с высокой ударной прочностью, Lucitone 199 (Dentsply), и инъекционную систему Success (Dentsply), позволяющую свети к минимуму деформации, возникающие в ходе технологического процесса.

После полного отверждения готовый зубной протез был очищен, и модель установили в артикулятор для проверки окклюзии (рис. 24). Затем тканевую часть верхнего и нижнего протеза дублировали твёрдым силиконом, который затем использовали для изготовления хирургического шаблона из прозрачного материала Eclipse в системе Eclipse (Dentsply) (рис. 25 и 26).

Для индивидуализации базисов верхнего и нижнего протезов использовали набор красителей цвета дёсен Ceramage Gum Color Kit (Shofu), так как эти красители хорошо ложатся на базисный материал. Красители Ceramage Gum Color Kit на 73% состоят из диоксида циркония, который создаёт блеск

и обеспечивает прочность покрытия. Сначала мы очистили поверхность, которая будет раскрашена. Затем кисточкой нанесли адгезив Ceragesin на все щёчные поверхности и дали ему высохнуть. Затем на те же самые области кисточкой нанесли связующий материал Ceragesin Bond 2 и провели отверждение светом в течение 2 минут. Затем мы выбрали жидкотекучий красный краситель F-Red из набора Ceramage Gum Color Kit (Shofu) и разбавили его 1-2 каплями жидкости для разведения красителей Shofu Lite Art. Теперь мы могли нанести этот краситель на поверхность базиса очень тонким просвечивающим слоем. За один раз тонкий слой красителя наносили на один квадрант, а затем проводили отверждение светом с помощью прибора световой полимеризации Sublite V (Shofu) в течение 10 сек; эту процедуру повторяли, последовательно переходя к другим квадрантам. Затем для подчёркивания анатомических особенностей дёсен из набора Ceramage Gum Color Kit был взят жидкотекучий краситель F-White, который использовали неразбавленным. Краситель F-White нанесли на корневые выпуклости десны, за один раз покрывали области одного – двух зубов, затем краситель отверждали в течение 10 сек. Процедуру продолжали по всей протяжённости верхнего и нижнего зубного ряда. Затем зубной протез покрыли «барьером для воздуха» и поместили в прибор световой полимеризации Sublite V (Shofu) на 3 минуты для окончательного отверждения. После отверждения красителей протез промыли мылом и водой для удаления «барьера для воздуха», а затем обработали порошком пемзы и отполировали (рис. 27).

В день постановки пациентке удалили зубы. Удаление зубов начали с верхнего ряда. Затем были наложены прозрачные хирургические шаблоны для определения, стоит ли подрезать или адаптировать какую-либо ткань или кость для соответствия внутренней части базиса. После адаптации

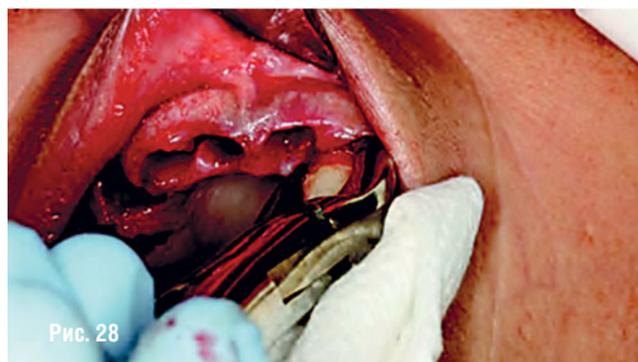


Рис. 28



Рис. 29



Рис. 30



Рис. 31



Рис. 32



Рис. 33

тканей были наложены швы и установлены имедиат-протезы (рис. 28, 29, 30).

Пациентка была назначена на следующий день и на следующую неделю для контроля процесса заживления и проведения некоторых клинических пригонок протеза. Спустя 3 недели после хирургической процедуры пациентка пришла на приём для полной пригонки своих протезов (рис. 31).

Процесс заживления протекал без осложнений и отёк после хирургической операции спал. Пациентка привыкла к ношению новых протезов, и ей очень нравилось их прилегание и эстетика. Как уже было сказано выше, пациентке, вероятно, потребуется перебазировка протезов через

6 месяцев для сохранения хорошей ретенции, так как после удаления зубов атрофия тканей будет продолжаться.

Когда пациентка поступила на лечение, ей хотелось улучшить свою внешность путём исправления нарушенной эстетики четырёх передних зубов, однако ей был предложен комплексный план лечения, направленный на улучшение здоровья всей полости рта, причём лечение находилось в рамках доступного для неё бюджета. В некоторых случаях, когда пациент выбирает лечебный план, связанный с удалением зубов и постановкой имедиат-протезов, спустя 6 месяцев лечение можно продолжить для замены имедиат-протезов в связи с резорбцией гребня альвеолярного отростка.

В данном случае, мы не были уверены, что пациентка согласится на замену имедиат-протезов, что связано с её ограниченным бюджетом. Именно поэтому для изготовления имедиат-протезов были выбраны качественные зубы, а сам базис индивидуализировали, чтобы протез можно было использовать в качестве постоянной реставрации. Это не заняло много времени при изготовлении протеза, но позволило предоставить нашей пациентке качественную реставрацию, которая при условии периодической перебазировки может служить пациентке долгие годы, как обычный постоянный зубной протез.

Предложенный ей план лечения был один из лучших, приемлемых в её ситуации (рис. 32 и 33).

Костнозамещающие материалы для стоматологии

Гранулы, гели, мембраны, пластины, губки



ООО "НПК ПОЛИСТОМ"



105094, Москва, Семеновская набережная, дом 2/1, стр. 1
Тел.: 8(495) 737-68-92; (499) 922-35-36. E-mail office@polystom.ru