

Особенности протезирования при дефектах вестибулярной стенки зубной альвеолы

Ю. Л. Писаревский

д. м. н., профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА»

И. И. Бородулина

д. м. н., профессор кафедры хирургической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА»

Д. О. Юртаев

ассистент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА»

А. П. Огородникова

ассистент кафедры хирургической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА»

И. Ю. Писаревский

аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА»

О. Ю. Огородников

зубной техник стоматологической клиники ГОУ ВПО «ЧГМА»

Известно, что восстановление дефектов зубного ряда, особенно в эстетически значимых зонах, требует от стоматолога-ортопеда индивидуального решения в конкретной клинической ситуации. Независимо от расположения нижнего края верхней губы во время разговора и улыбки (резцовый, цервикальный или десневой эффекты) пациенты зачастую бывают особенно взыскательны при реконструктивных мероприятиях во фронтальной области верхнего зубного ряда. Определенные сложности у врача стоматолога-ортопеда возникают при явных или выраженных дефектах вестибулярной стенки альвеол утраченных фронтальных зубов (клинический случай № 1). Дефекты вестибулярной стенки альвеол осложняют составление плана лечения не только во фронтальной области, но и в боковых отделах зубного ряда (клинический случай № 2).

Клинический случай № 1

В клинику кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА» обратилась пациентка Л., 32 лет, с жалобами на эстетический дефект фронтального отдела верхнего зубного ряда. Из анамнеза выяснено, что во время автомобильной

аварии пациентка ударила лицом о переднюю панель. В результате произошел полный вывих зубов 2.1 и 2.2. На следующий день она обратилась в стоматологическую клинику ЧГМА, где была осмотрена челюстно-лицевым хирургом. При обследовании выявлен отек верхней губы, больше выраженный справа, определялась болезненность при пальпации в верхнем ее отделе. Рот большая открывала с некоторым ограничением ввиду болезненности. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов 2.1 и 2.2 с вестибулярной и небной сторон была отечная, гиперемированная. Отмечалось снижение высоты альвеолярного отростка, отчетливо определяющееся на уровне зуба 2.2. Лунки имели щелевидную форму, были выполнены сгустками и с краев незначительно кровоточили (рис. 1). При пальпации определялись дефект передних стенок альвеол зубов 2.1 и 2.2 на 2/3 высоты и резкая болезненность. На прицельной рентгенограмме зубов 2.1 и 2.2 лунки имели характерные для них очертания. Отломки корневой зубов отсутствовали. Высота стенок альвеол была снижена на 0,3 см.

При составлении плана лечения паци-

ентка отказалась от реконструктивных хирургических вмешательств в области альвеолярного отростка с последующей установкой дентальных имплантатов и настаивала на немедленном изготовлении мостовидного протеза. Учитывая ее пожелания, принято решение заполнить лунки остеопластическим материалом для повышения контура альвеолярного гребня. При ревизии лунок, проведенной под инфильтрационной анестезией, были удалены мелкие фрагменты стенок альвеол, сгустки крови, лунки были выполнены предварительно смоченной в физиологическом растворе крошкой «Остеоматрикса». Остеопластическим материалом заполнен дефект до уровня небной стенки лунок (рис. 2). Слизисто-надкостничные лоскуты мобилизованы, смещены в сторону вершины альвеолярного отростка для адекватного закрытия имплантированного материала и фиксированы швами (рис. 3). Швы сняты на 7-й день после операции.

При выборе ортопедической конструкции принято решение изготовить металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 1.1 и 2.3, искусственными зубами в области утраченных зубов 2.1

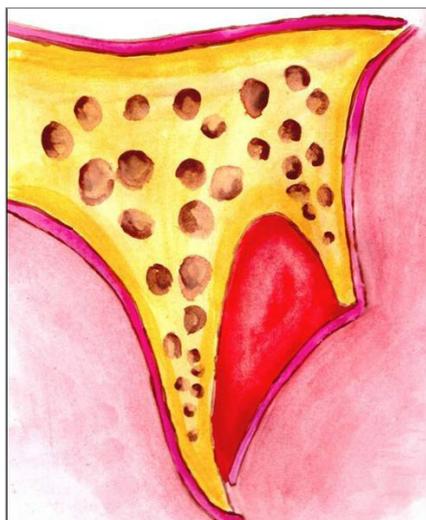


Рис. 1. Схема лунки зуба после травмы.

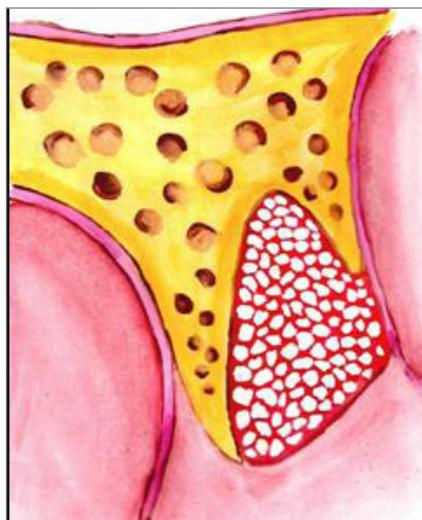


Рис. 2. Схема лунки зуба после заполнения остеопластическим материалом.

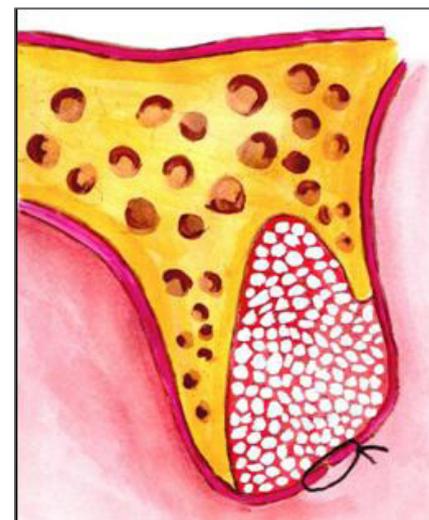


Рис. 3. Схема лунки зуба после закрытия имплантированного материала.



Рис. 4. Клиническая ситуация перед ортопедическим лечением.



Рис. 5. Цельнолитой металлический каркас ортопедической конструкции.



Рис. 6. Металлический каркас на опорных зубах.

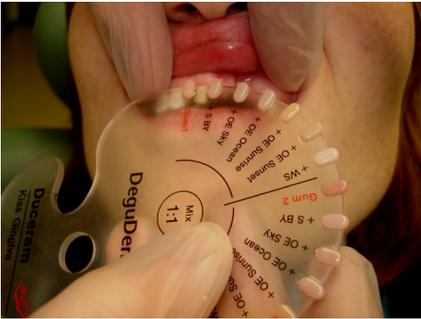


Рис. 7. Определение цвета искусственной десны.



Рис. 8. Ортопедическая конструкция на модели.



Рис. 9. То же после глазурирования.



Рис. 10. Внешний вид конструкции после постоянной фиксации.



Рис. 11. Естественный внешний вид конструкции.



Рис. 12. Дентальные имплантаты в боковом отделе справа.



Рис. 13. Дентальные имплантаты в боковом отделе слева.

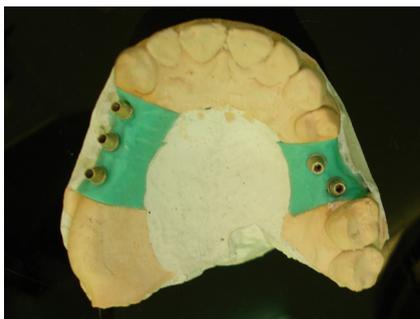


Рис. 14. Дентальные имплантаты на модели.



Рис. 15. Дентальные имплантаты в полости рта в положении центральной окклюзии.

и 2.2, расположенных на искусственной десне (рис. 4). Для этого изготовлен цельнолитой металлический каркас, объединяющий элементы опорных коронок, искусственных зубов и искусственной десны (рис. 5). Для отливки каркаса использовали сплав на основе никеля Metaplus VK. После обработки каркаса алмазными борами выполняли пескоструйную обработку изделия чистым оксидом алюминия с

размером частиц порошка от 80 до 150 микрон при относительно высоком давлении. Затем очищали каркас ультразвуком в дистиллированной воде или с помощью пароструйки. С этого момента сплав должен оставаться абсолютно чистым, с соответствующей структурой поверхности, готовой к нанесению первого слоя опак.

После припасовки металлического каркаса в полости рта (рис. 6) приступили к

определению цвета коронок и цвета искусственной десны с помощью десневой расцветки (рис. 7). Порошок опака смешивали с жидкостью для моделирования OL и наносили первый «обмывочный» слой. После обжига происходило механическое соединение металла и опак. Второй опак наносили покрывающим слоем. Дальнейшую работу проводили с дентиновыми и опаловыми массами, максимально точно



Рис. 16. Внешний вид ортопедической конструкции.



Рис. 17. Внешний вид конструкции справа.



Рис. 18. Внешний вид конструкции справа.



Рис. 19. Внешний вид конструкции в положении центральной окклюзии.

воссоздающими естественные зубы, а также полную анатомическую форму зубов и искусственной десны. Для эффектов мамелона использовали массы Power Chroma, которые при необходимости можно делать менее насыщенными, используя многофункциональную массу Stend by.

С помощью опаловых масс усиливали основные оттенки, придавая зубам естественный эффект глубины и прозрачности. Далее с учетом индивидуальных

особенностей зубов наносили второй слой дентина и опаловой массы. С помощью массы с опаловым эффектом Sky создавали характеристики яркости и опалесценции в синеватой и сероватой области режущего края. При моделировании формы коронок и имитации естественного цветового рисунка восстанавливали тремы и пятнистую форму флюороза (рис. 8, 9).

После второго обжига работа была аккуратно припасована на рабочей модели. Коррекция формы алмазными инструментами была незначительной благодаря хорошим моделировочным свойствам керамики Duceram Kiss. Для окончательной цветовой коррекции и передачи характерной особенности использовали красители Duceram LFC и глазурь. Коррективы вносили одновременно с глазурью. После припасовки ортопедической конструкции и оценки ее эстетических параметров самой пациенткой мостовидный протез фиксирован на опорных зубах (рис. 10, 11).

Во время плановых осмотров пациентка жалоб не предъявляла и оставалась удо-

влетворенной эстетическими параметрами ортопедической конструкции.

Клинический случай № 2

В клинику кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО «ЧГМА» обратилась пациентка И., 40 лет, с жалобами на затрудненный прием пищи вследствие отсутствия боковых зубов на верхней челюсти. Из анамнеза выяснено, что боковые зубы утрачены в течение нескольких лет по поводу осложненного кариеса. Ранее не протезировалась. В ходе обследования выявлено отсутствие зубов 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 и 1.8 справа, а также 2.5 и 2.6 слева. Альвеолярный отросток в боковом отделе справа резко атрофирован с глубоким западением вестибулярной поверхности. Альвеолярный отросток в области включенного дефекта слева также имел резкую атрофию и западение вестибулярной стенки. От хирургической реконструкции альвеолярных отростков на верхней челюсти пациентка отказалась. На компьютерных томограммах челюстных костей произведены необходимые расчеты, и принято решение о дентальной имплантации в области зубов 1.4, 1.5, 1.6 и 2.5, 2.6 со смещением имплантатов орально (рис. 12—15). При составлении плана ортопедических мероприятий принято решение изготовить металлокерамическую ортопедическую конструкцию на искусственной десне. После определения цвета искусственных коронок и искусственной десны проведены окончательное изготовление конструкции и фиксация ее на имплантаты (рис. 16—19). Во время плановых осмотров пациентка отмечает полное восстановление функции жевания и удовлетворенность эстетическими параметрами зубных протезов.

Таким образом, при явных или выраженных дефектах вестибулярной стенки альвеол утраченных зубов, когда в силу объективных причин исключается хирургическая альвеолярная реконструкция, методом выбора является изготовление ортопедической конструкции на искусственной десне. Конструкция может быть выполнена с опорой как на естественные зубы, так и на имплантаты. ■

1/4