

Ортодонтическое лечение, имплантация, виниры и цельнокерамические конструкции

Опыт комплексного вмешательства по результатам двухлетнего наблюдения



Давидян А.Л.,
главный врач
клиники «Avroga»
(Москва)



Пожелания пациента: целью обращения пациента были улучшение улыбки и стоматологическая санация. Высказывались однозначные требования по устранению диастемы, минимальному объему протезирования и естественному виду реставраций.

План лечения: полное косметологическое стоматологическое обследование (анализ серии фотографий лица и улыбки, фотовидеозаписи, восковое моделирование, примерка эстетической модели, анализ гипсовых моделей и ТРГ в боковой проекции), ортодонтическое устранение диастемы системой назубных капп Инвизалайн, установка имплантатов в области адентии 45, 46, протезирование коронками Процера и керамическими винирами центральных резцов.



Эстетический статус: Неадекватные реставрации 16, 26, 36, 37, 46, эндодонтическое лечение зубов 16, 36, 37, нарушение пропорций зубов, потеря клыковой направляющей и резцового пути, патологическая стираемость, толстый биотип пародонта.

Результат лечения: многоэтапное лечение было подчинено стройному плану диагностики. Получение полноценной диагностической информации и налаживание адекватного диалога с пациентом позволили полностью выполнить стоматологические косметические задачи.

Двухлетнее наблюдение свидетельствует о стабильности полученного результата – стабильности имплантатов и реставраций на них, керамических виниров и яркой, естественно выглядящей улыбки.

Рис. 1. Состояние зубных рядов в центральной окклюзии. Минимальное резцовое перекрытие привело к неадекватной стираемости центральных резцов, а потеря резцового пути и перекрестная окклюзия грозят «стоматологическим коллапсом».



Рис. 2. При улыбке очевидны косметические дефекты, возникшие в результате наличия диастемы, потери естественной формы центральных резцов и рецессии сосочков нижних резцов. Зачастую основные косметические претензии пациентов сосредоточены только на цвете зубов будущих реставраций и доминирующем дефекте – диастеме.



Рис. 3. Состояние зубных рядов справа и слева перед началом ортодонтического, косметического и реставрационного этапов. Минимальная глубина перекрывания в переднем отделе усугубилась в результате стираемости и провоцирует ее генерализованный и форсированный характер. Отсутствие резцовой и клыковой направляющих может крайне негативно сказаться на сроке службы реставраций и имплантатов.



Рис. 4. Внутриротовая фотография верхнего зубного ряда в зеркало. План ортодонтического лечения заключался в медиальном перемещении группы передних зубов и ортопедическим устранении трем между первыми молярами и премолярами при замене коронок первых моляров.

Рис. 5. Ортопантограмма перед началом лечения.

Рис. 6. Анализ фотографий лица в фас и в профиль без улыбки и с естественной улыбкой являются неисключаемой частью диагностического протокола и предоставляют возможность для анализа формы, размера, длины и косметического потенциала будущих реставраций. Лицо пациента трапецевидной формы предопределяет выбор формы будущих реставраций. Выраженная диастема, деформированная мимика и контур красной каймы губ создают эстетический диссонанс и усугубляются неоптимальной формой центральных резцов.



Рис. 7. Каппы Инвизалайн можно отнести к наиболее комфортному виду ортодонтического лечения. Через 6 месяцев после начала ортодонтического лечения диастема значительно сокращена.

Рис. 8. Оклюзионный вид верхнего зубного ряда через 6 месяцев после начала перемещения зубов. Устранение трем и ротация премоляров дополнительно заняли еще 6 месяцев.



Рис. 9. Улыбка после завершения ортодонтического этапа. Обнажение зубов при легкой улыбке достаточное, но в связи с деформированной морфологией режущего края центральных резцов возникает диссонанс с линией губ. Дисгармония элементов улыбки объясняется несоответствием резцовой линии хорде нижней губы.



Рис. 10. Смыкание зубных рядов после завершения ортодонтического этапа. Установлены имплантаты и временные реставрации.



Рис. 11. Фотография верхнего зубного ряда с контрастным фоном позволяет полноценно идентифицировать детали морфологии зубов и десневых тканей. Заостренный, «угловатый» режущий край, выраженный «нимб» (гало-эффект) ставят перед керамистом нелегкую, но вполне определенную задачу. Выделяется обратный контур режущего края центральных резцов.

Рис. 12. Нанесение композита на непрепарированные центральные резцы является исключительно ценным коммуникационным и практическим инструментом общения между врачом и пациентом. Это позволяет оценить косметический потенциал предстоящего лечения и адекватность ожиданий пациента.

Рис. 13. Предварительное композитное моделирование призвано определить предпочтительную форму и длину будущих виниров. Также эта мера позволяет изготовить операционный силиконовый индекс, определить объем необходимого препарирования твердых тканей и предотвратить неоправданную инвазивность. Минимальная инвазивность объясняется необходимостью удлинить зубы.

Рис. 14. Проведение теста для определения оптимальной длины верхних зубов. Видимый фрагмент центральных резцов значительно улучшает косметические параметры улыбки. Учитывая необходимое наращивание тканей, величина препарирования будет минимальной. Объем необходимого восстановления тканей четко виден из-за разницы в оптических свойствах зуба и композита.

Рис. 15. Завершено препарирование центральных резцов. Предоставление полной серии клинических фотографий в зуботехническую лабораторию значительно облегчает технику понимания косметических задач. Дозированное препарирование твердых тканей осуществляется через композит – на толщину будущей реставрации.



Рис. 16. Дизайн препарирования и сохранение интактными десневых тканей делают возможным получение оттисков непосредственно после завершения препарирования. Для деликатной ретракции достаточно двухминутной экспозиции пасты Экспасил. Анатомическое препарирование с сохранением формы зуба значительно облегчает керамисту создание реставраций.



Рис. 17. Фотография лица и улыбки с установленными временными реставрациями может стать важным источником информации для техника при моделировании керамических реставраций, особенно при сравнении с улыбкой до начала лечения.



Рис. 18. Через три недели после использования временных реставраций. С зубов нижней челюсти удалены временные конструкции. Примерка виниров, необходима цветовая коррекция.

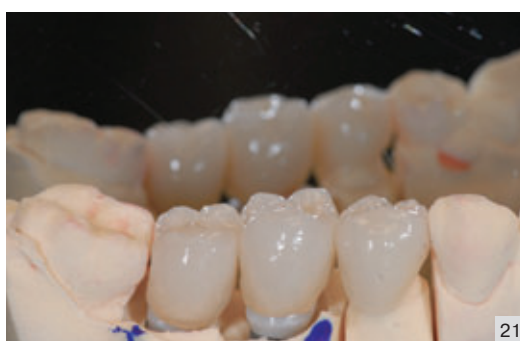


Рис. 19. Имплантаты Реплейс Селект перед установкой абатментов и керамических реставраций. Имплантаты диаметром 4.3 мм – оптимальный выбор при реставрации премоляров и моляров.

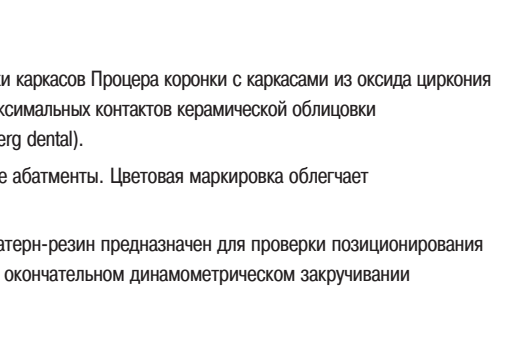


Рис. 20. Применение оксида циркония и высокотехнологичной керамики Процера позволяет создавать индивидуальные керамические абатменты. Ключевым преимуществом является возможность оптимального расположения и дизайна поддесневой части и уступа.

Рис. 21. Учитывая пассивность припасовки каркасов Процера коронки с каркасами из оксида циркония нуждаются в тщательной коррекции апроксимальных контактов керамической облицовки (каркасы – Hartl dental, керамика – Lemberg dental).

Рис. 22. Зафиксированы индивидуальные абатменты. Цветовая маркировка облегчает позиционирование абатментов.

Рис. 23. Верификационный шаблон из патерн-резин предназначен для проверки позиционирования абатментов и может использоваться при окончательном динамометрическом закручивании винтов с усилием 35 Н/см.



24



25



26



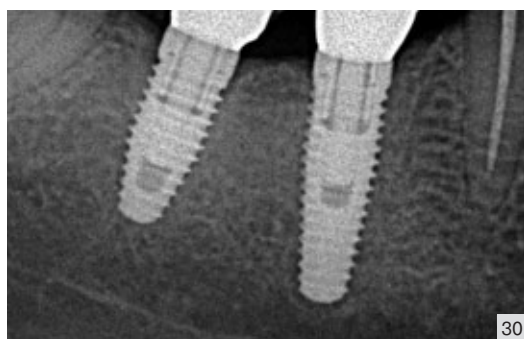
27



28



29



30



31



32

Рис. 24. Зафиксированны коронки Процера с каркасами из оксида циркония на зубе 45 и имплантатах 46 и 47. Для фиксации может успешно применяться стеклоиономерный усиленный композитом цемент или композитный цемент двойного отверждения

Рис. 25. Ортопантомограмма после завершения ортодонтического этапа и сразу после установки имплантатов 46 и 47. Имплантат в области зуба 46 установлен одномоментно с удалением зуба.

Рис. 26. Через неделю после фиксации виниров центральных резцов. Определяется превосходная биологическая, цветовая и фактурная интеграция.

Рис. 27. Через полгода после завершения лечения. Стабильный ортодонтический и косметический результат. Полупрозрачные керамические виниры имеют минимальную толщину.

Рис. 28. Улыбка через полгода после завершения лечения общей продолжительностью в два года.

Рис. 29. Ортопантомограмма через два года после завершения лечения.

Рис. 30. Прицельный снимок, выполненный техникой параллельных лучей, демонстрирует отсутствие резорбции костной ткани. Обратите внимание, что кость еще более стабильна у имплантата 46, установленного по одномоментной и одноэтапной методике.

Рис. 31. Незначительный рецидив диастемы через три года после завершения ортодонтического этапа не вызывает жалоб пациента. Ретенционный аппарат не использовался.

Рис. 32. Улыбка после завершения лечения общей продолжительностью два года. Яркая обаятельная улыбка достигнута благодаря комбинации ортодонтических (д-р Петров А.А.), эндодонтических (д-р Мер И.Я.), ортопедических методов лечения и имплантации.