

Мультидисциплінарна реабілітація пацієнта з функціональними та естетичними порушеннями стоматогнатичної системи – опис випадку

Multi-specialist Rehabilitation of Patient with Functional and Aesthetic Disturbances of the Dentition – Case Description

Мажена Глембоцка, Яцек Глембоцкі
Приватна практика NOVADENT,
Ломжа, Польща
Клініка ортопедичної стоматології
медичного університету
Білосток, Польща
(керівник – д.м.н. Д. Цильвік-Рокицка)
M. Glembocka, J. Glembocki

Стаття люб'язно надана польським журналом «Magazyn Stomatologiczny»

Резюме У статті розглядається випадок ортопедичної реабілітації пацієнта з функціональними та естетичними порушеннями стоматогнатичної системи. Критично оцінюючи стан зубів пацієнта та попередні методики лікування, розробили комплексний план лікування. Кінцевий результат лікування є результатом залучення до його реалізації лікарів різних спеціальностей.

Summary The study describes a case of prosthetic rehabilitation of a patient with functional and aesthetic disturbances of the stomatognathic system. Making a critical assessment of the patient's dentition and of therapeutic methods used to date, a total treatment plan was determined. The result was due to the cooperation of doctors from various specialities.

Ключові слова мультидисциплінарне лікування, план лікування

Key words multi-specialist treatment, treatment plan

Стоматологічне лікування пацієнтів часто потребує складання плану, який передбачає залучення лікарів кількох стоматологічних спеціальностей. Ортопедичному етапу часто повинно передувати ендодонтичне, ортодонтичне, хірургічне або пародонтологічне лікування [1, 2]. Надзвичайно важливою є оцінка всієї стоматогнатичної системи, виявлення всіх проблем та визначення їх причин. Важливо, щоби пацієнт усвідомив, що його справжньою проблемою є не один чи два зуби, а значно більший обсяг. Слід розглянути можливість реабілітації та продемонструвати пацієнтові позитивні результати мультидисциплінарного лікування [3, 4].

Опис випадку

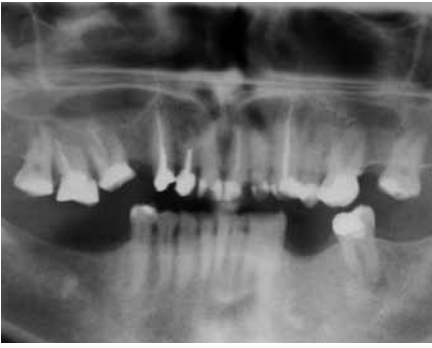
Пацієнт, 36 років, звернувся в кабінет з метою пломбування зубів 11, 12. З анамнезу з'ясували, що вже кілька разів встановлювали пломби на передніх зубах, проте пацієнт кожних кілька місяців повертався до стоматолога у зв'язку з їх втратою (мал.1,2).

Внутрішньоротове обстеження виявило:

- зубні дефекти на верхній щелепі II класу та IV класу за Galasińska;
- каріозні порожнини та негерметичні пломби в зубах 11, 12;
- оголений опорний зуб 13 після втрати мостоподібного протеза 14-13;
- порушення напрямку оклюзійної поверхні;

- патологічне стирання (II ступінь за Martin) нижніх різців;
- зубний наліт та зубний камінь;
- запальний стан ясен, кровоточивість при зондуванні;
- відсутність патологічної рухомості зубів;
- патологічні мезіальні та дистальні кишені біля зуба 17;
- заповнена дистальна фуркація зуба 16 (F 3).

Рентгенологічне дослідження виявило біляверхівкові зміни зубів 12, 37. Пацієнтові запропонували план лікування, метою якого мало бути відновлення функції та естетики зубощелепної системи. План враховував побажання та матеріальні можливості па-



Мал. 1. Ортопантомограма пацієнта до лікування



Мал. 2. Стан зубів пацієнта до лікування



Мал. 3. Тимчасове відновлення на зубах верхньої щелепи, метало-керамічна коронка на зуби 37 та частковий протез на нижній щелепі



Мал. 4. Препарування верхніх зубів, відновлення ріжучих країв нижніх зубів



Мал. 5. Стан після лікування



Мал. 6. Усмішка пацієнта

цієнта. Перший етап лікування охоплював проведення гігієни порожнини рота та усунення запального стану ясен. Пацієнтові провели інструктаж щодо гігієни, під час чергових відвідувань контролювали показники API та РВІ. Зважаючи на наявність глибоких, нещільних пломб та відсутність однозначної реакції пульпи на хлоретил, провели ендодонтичне лікування зубів 11, 22, 24. Повторно ендодонтично лікували зуби 16, 21, 23, 26, 37 та зуби 12, 13 – після попереднього усунення індивідуальних металевих литих коронково-кореневих вкладок. Під час наступного етапу лікування заплановано вирівнювання оклюзійної поверхні та відновлення відсутніх зубів. Виявлено конструктивний прикус з потрібною оклюзійною висотою. Керуючись площиною Кампера, вкоротили клінічні коронки зубів 18, 24,

26, 37 та провели гінгівоостеопластику навколо цих зубів. Видалили зуб 17 та провели гінгівоостеопластику біля зуба 16 та ампутацію дистального щічного кореня зуба 16. У коренях ендодонтично лікованих зубів зацементували вкладки зі скловолокна. Стерті ріжучі краї передніх нижніх зубів відновили композитним матеріалом прямим методом. На зуби верхньої щелепи встановили незнімні тимчасові відновлення (мостоподібну конструкцію та акрилові коронки, зміцнені металом). Дефекти на нижній щелепі заміщали металокерамічною короною зуба 37 та частковим протезом (мал. 3, 4).

Протягом 3 місяців пацієнт адаптувався до нових оклюзійних умов та удосконалював гігієнічні процедури. Після досягнення задовільного стану пародонту та за відсутності патологіч-

них ознак з боку скронево-нижньощелепних суглобів та при значній мотивації пацієнта на верхню щелепу виготовили незнімну конструкцію з 8 коронок на зуби 12, 11, 21, 22, 23, 24, 26 та 28, а також металокерамічний мостоподібний протез 18x16x13. З фінансових причин відтермінували проведення імплантації у бічних ділянках нижньої щелепи (мал. 5).

У цьому випадку важливо було переконати пацієнта, що його проблема не обмежується «втратою пломби». Це лише одна з ознак порушення оклюзійних умов у порожнині рота, а чергова адаптація до цих умов була б лише тимчасовим покращенням.

Як причинне лікування застосували комплексну реабілітацію, залучаючи можливості та принципи лікування, які використовуються у різних стоматологічних спеціальностях.

*Переклад з польської
Оксани Заваринської*