

Є.Я. Костенко, А.В. Бокоч, А.Т. Кенюк

Комплексний підхід до ортопедичного лікування та реабілітації стоматологічних пацієнтів з дефектами зубного ряду в естетичній зоні

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета: провести аналіз клінічних етапів лікування та реабілітація стоматологічного хворого з наявним дефектом зубного ряду в естетичній зоні шляхом використання суцільнокерамічних ортопедичних конструкцій з опорою на дентальні імплантати.

Матеріали та методи. У ході вибору адекватного методу лікування були використані загальноприйняті алгоритми клінічного огляду стоматологічних хворих, а також методи цифрової ортопантомографії та комп'ютерної томографії для об'єктивізації змін стоматологічного статусу та оцінки стану кісткової тканини щелеп і визначення можливостей проведення дентальної імплантації за показаннями з попереднім узгодженням плану лікування з пацієнтом. В якості методу твердотканної аугментації був вибраний алгоритм втручання з використанням кісткового трансплантату «Cerabone» (Botiss) і резорбуючої мембрани для профілактики інтерпозиції епітеліальних структур на межі контакту ксенотрансплантат/кістка-реципієнт. Після проведення імплантації подальша ортопедична реабілітація проводилася з використанням пресованих одиночних коронок (IPS E-max) і двох мостоподібних цирконієвих протезів, облицьованих керамікою «Creation».

Результати. Можливість одночасного забезпечення прийомів відновлення об'єму кісткової тканини з установленням внутрішньокісткових дентальних імплантатів значно скорочує строки лікування й системно вирішує проблему дефіциту кісткової тканини та часткової чи повної адентії. Збереження зубів, придатних для ортопедичної опори як перманентних елементів оклюзійної взаємодії, у сукупності із супраструктурами імплантатів обґрунтоване як біологічною доцільністю, так і фізико-механічними критеріями функціонування майбутньої ортопедичної конструкції. Використання відповідного протоколу стоматологічної реабілітації пацієнта з дефектом зубного ряду в естетичній зоні обґрунтовано попереднім клінічним досвідом авторів статті та відповідними даними попередньо проведених і систематизованих досліджень, що забезпечує прогнозованість та ефективність вибраного алгоритму ятрогенного втручання.

Висновки. Дотримання принципів адекватного препарування, урахування розподілу сил артикуляційної взаємодії, позионування та підготовка супраструктур імплантатів у відповідності з артикуляційними нормами, а також особливостей виготовлення ортопедичних конструкцій з опорою на імплантати дозволило забезпечити повну функціональну та естетичну реабілітацію пацієнта з наявним дефектом зубного ряду в естетичній зоні.

Ключові слова: дентальна імплантація, естетична ділянка, стоматологічна реабілітація.

Актуальність теми

Утрата зубів у фронтальній області провокує виникнення не тільки оклюзійних порушень зубощелепоого апарату, а й виступає причиною комплексу подальших анатомічних і функціональних ускладнень, що відрізняються в залежності від етіології вторинної адентії та часу існування дефекту зубного ряду. Згідно з результатами проведених раніше епідеміологічних досліджень, поширеність дефектів зубного ряду різної протяжності в молодому віці сягає майже 60 %, у той час як серед людей старшого віку даний показник зростає до 91 % [12, 21, 24]. Відповідно до даних іншого ретроспективного аналізу літературних даних, проведеного Bastone E.V. та колегами (2000), поширеність адентії через травму фронтальних зубів у молодому та дитячому віці коливається в межах 1,7–4 зуби/100 осіб/12–15 місяців, при чому порушення цілісності зубних рядів у результаті дії травмуючого чинника відповідно до результатів проведених раніше досліджень найчастіше спостерігається у вікові періоди 6–13, 11–15 та 18–23 років [5]. За даними Мунтян Л.М. (2010), поширеність вторинної адентії серед осіб молодого віку складає 33,3 %, при цьому дана форма адентії на верхній щелепі зустрічається вдвічі рідше, ніж на нижній [20]. Автори також відмітили доцільність застосування адгезивних мостоподібних протезів для заміщення включених дефектів зубного

ряду, що дозволяє попередити виникнення зубощелепових аномалій, які мають вторинний характер. Аналогічні дані про поширеність малих дефектів зубних рядів були також представлені в роботах Сидоренко Л.П. (2010) і становили 32,4 % серед осіб молодого віку, крім того, дослідниками були визначено, що переважна кількість таких дефектів, як правило, обмежена хоча б одним девітальним зубом у 38,7 %, і тільки у 22,5 % – обома вітальними зубами [22, 23]. Автором на основі клінічних і гнатодинамометричних показників також було обґрунтовано позитивний вплив застосування різного роду конструкцій адгезивних протезів над незмінними мостоподібними конструкціями через 6 і 12 місяців після протезування, при цьому переважна кількість заміщених дефектів знаходилась у зоні жувальних зубів, а доцільність вибору методу ятрогенного втручання була обґрунтована оригінальним алгоритмом обстеження хворих при наявності малих дефектів зубних рядів, що включав оцінку вже наявних вторинних деформацій і стан артикуляційної системи і суглобу. У свою чергу Дорошенко С.І. та Бабаскін Ю.І. (2012) звернули увагу на те, що найбільш розповсюдженою є вроджена адентія постійних зубів на верхній щелепі, що сягає 52,3 %, при цьому показник адентії різців на обох щелепах відповідає 30,33 % [16]. Для профілактики розвитку атрофії альвеолярних відростків щелеп в умовах часткової адентії та

попередження виникнення стійких зубощелепних деформацій авторами була запропонована конструкція протеза із плаваючими кламерами, який дозволяє вирішити не тільки проблему функціональної недостатності зубощелепного апарату, а й відновлення естетичного дефекту у фронтальній зоні. Важливим є той факт, що в ході проведення ретроспективного огляду Andersson L. (2003) автором було відзначено, що найвища поширеність адентії через травму естетичної зони зубного ряду спостерігалася саме серед пацієнт молодого віку, в яких продовжувалися процеси росту та розвитку зубощелепного апарату, відтак актуальним аспектом є ретенція місця для подальшої установки титанових імплантатів у віддалений строк, коли формування відповідних структур стоматологічного статусу повністю завершиться [2].

Митченко О.В. (2014) звертає увагу на необхідність забезпечення відповідної якості лікування ортопедичних хворих з дефектами зубного ряду з обов'язковим урахуванням оклюзійних змін, оскільки зміни параметрів оклюзійних поверхонь при створенні штучних зубних рядів або окремих коронок впливають на процеси жування та безпосередньо пов'язані з функціонування інших елементів зубощелепної системи [19]. Доцільність застосування дентальних ендосальних імплантатів для заміщення вторинної часткової та повної адентії широко була висвітлена в роботах Короля Д.М. (2009), який розробив диференційований підхід до вибору методу імплантації за результатами віддалених клінічних спостережень строком від 2 до 7-и років [17]. Крім того, у більш ранніх роботах автора було запропоновано використання тимчасового «безбазисного» знімного протеза, що представляв собою цільнопластмасову монолітну конструкцію з опорно-утримуючими кламерами. Подібний ортопедичний елемент дозволяв стабілізувати імплантат, а також приймав участь у формуванні тканин протезного ложа у відповідь на функціональне навантаження, що припадало на ділянку імплантації [18]. Особливої уваги потребує також питання врахування змін параметрів резидуального кісткового гребня щелепи після втрати функціональних зубних одиниць у ході планування та реалізації комплексного стоматологічного лікування. Згідно з дослідженнями, проведеними Schropp L. та співавторами (2003), при одиночній втраті зубів в зоні адентії протягом 12 місяців спостерігається редукція ширини альвеолярного гребня майже у два рази, що може сягати навіть 5–7 мм, при цьому 2/3 подібної редукції відбувається вже в перші три місяці після втрати зубів [14]. Паралельно також відбуваються і зміни контуру м'яких тканин, що коливаються в межах 1 мм, хоча дані попередньо проведених досліджень демонструють трохи інші результати щодо динаміки змін профілю ясен в області адентії. Системний огляд літератури, проведений Van der Weijden F. та колегами (2009), також установив домінуючу втрату переважно параметрів ширини альвеолярного гребня (3,87 мм) у порівнянні з параметрами висоти (1,67–2,03) у постекстракційний період, що було підтверджено як результатами клінічного огляду, так і за допомогою рентгенографічного методу [15].

Відтак вищенаведені факти свідчать про актуальність теми реабілітації стоматологічних хворих з частковими дефектами зубного ряду, а топографія таких в естетично значущих зонах ускладнює алгоритм лікування необхідністю досягнення не тільки адекватних функціональних, а й успішних естетичних параметрів.

Мета дослідження – провести аналіз клінічних етапів лікування та реабілітації стоматологічного хворого з наявним дефектом зубного ряду в естетичній зоні шляхом використання суцільнокерамічних ортопедичних конструкцій з опорою на дентальні імплантати.

Матеріали та методи дослідження

У ході вибору адекватного методу лікування були використані загальноприйняті алгоритми клінічного огляду стоматологічних хворих, затверджені протоколами МОЗ України, а також використані методи цифрової ортопантомографії та комп'ютерної томографії для об'єктивізації змін стоматологічного статусу та оцінки стану кісткової тканини зубів і визначення можливостей проведення дентальної імплантації за показаннями з попереднім узгодженням плану лікування з пацієнтом. В якості методу твердотканинної аугментації був вибраний алгоритм втручання з використанням кісткового трансплантату «Cerabone» (Botiss) і резорбуючої мембрани для профілактики інтерпозиції епітеліальних структур на межі контакту ксенотрансплантат/кістка-реципієнт. Дентальна імплантація проведена з використанням дентальних імплантатів фірми «Iterum». У ході повторного втручання проводились установлення формувача ясен і м'якотканинна аугментація з використанням А-PRF згустка. Подальша ортопедична реабілітація проводилася з використанням пресованих одиночних коронок (IPS E-max) і двох мостоподібних цирконієвих протезів, облицьованих керамікою «Creation». Фіксація коронок на імплантатах проводилася шляхом гвинтового з'єднання. Аргументація та демонстрація кожного з етапів лікування з деталізацією специфічних аспектів ятрогенного втручання наведені в результатах дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

24-річна пацієнтка звернулася в університетську стоматологічну поліклініку з метою відновлення естетично значущої зони адентії. Утрата зубів у фронтальній ділянці (центральних і бокових різців) відбулась у результаті травми даної зони. Після комплексу діагностичних маніпуляцій і дискусії можливих шляхів ортопедичного заміщення утвореного дефекту зубного ряду пацієнтка погодилася на варіант лікування, що передбачав установку трьох дентальних імплантатів (двох у фронтальній зоні й одного на місці 15-го зуба) з подальшою фіксацією естетичних супраструктур. Доцільність використання конструкцій з опорою на дентальні імплантати для заміщення дефектів зубного ряду у фронтальній зоні була попередньо доведена в дослідженнях Andersson L. і колег (2003): автори також відмітили найвищу поширеність втрати саме центральних різців – у 75 % досліджуваних випадків, а успішна інтеграція інтраосальних титанових елементів була досягнута в 97,6 % випадків [2]. З метою уточнення параметрів резидуального гребня в зоні майбутньої імплантації додаткового було проведено конусно-променеве комп'ютерно-томографічне дослідження, що дозволило виявити дефіцит ширини кісткової тканини в необхідних для хірургічного втручання ділянках верхньої щелепи. З метою відновлення адекватних геометричних розмірів ширини гребня на етапі хірургічної підготовки була проведена твердотканинна аугментація з використанням ксенотрансплантату «Cerabone» (Botiss) з одномоментною установкою дентальних імплантатів «Iterum» (форма й розміри та на якому місці поставили) (рис. 1). З метою забезпечення адекватних умов для остеоінтеграції титанових інфраструктур наступний етап комплексного лікування проводили лише через дев'ять місяців після первинного хірургічного втручання. На даний період пацієнту були виготовлені провізорні ортопедичні конструкції. В аналізі серії клінічних випадків Dugrani F. (2016) довів успішність використання Cerabone (Botiss) для аугментації атрофованих ділянок щелеп у комбінації з автогенним кістковим матеріалом та ізолюючими мембранами [9]. Успішність аналогічного підходу з виконанням аугментації та одночасною

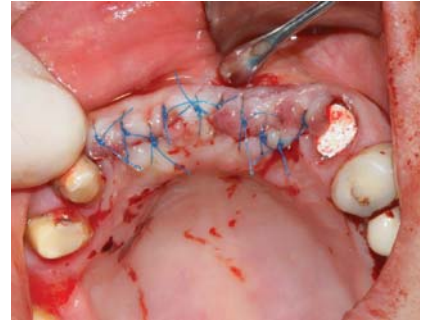
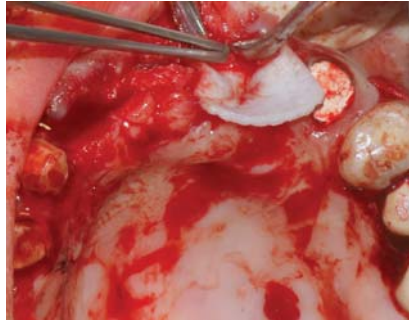


Рис. 1. Вигляд після твердотканинної аугментації, установки імплантатів та ушивання рани.

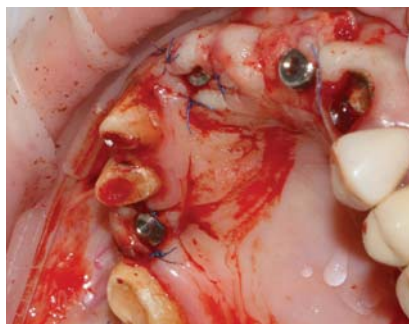


Рис. 2. Відкриття імплантату, установлення формувача ясна, м'якотканинна аугментація, A-PRF.

Рис. 3. Вигляд після препарування зубів під безметалеві ортопедичні конструкції та результат сформованого ясна.



Рис. 4. Зняття відбитка A-силікон (Elite HD+), реєстрація оклюзії (Futar D Slow), установлення лицевої дуги (Artex. Amangirbah).

установкою імплантатів була висвітлена в роботі Peev S. і колег (2013), які змогли досягти рівня виживання дентальних імплантатів у 99,5 % у 5-річній ретроспективі, використовуючи на первинному етапі хірургічного втручання кісткові заміники різних типів [13]. Аналогічна ефективність такого підходу також була описана в роботах Buser D. і колег (2008, 2009), які у 12 місячній перспективі змогли досягнути не тільки відновлення параметрів кісткового гребня, а й достатніх показників рожевої та білої естетики навколо зони дентальних імплантатів [6, 7].

Через 9 місяців було проведено відкриття дентальних імплантатів з встановленням формувачів ясен та одночасним виконанням м'якотканинної аугментації з використанням A-PRF згустка для корекції рожевого профілю. Згідно з дослідженнями Choukroun J. (2006) [8] та Anitua E. (2006) [3], використання фібрину, збагаченого тромбоцитами, є перспективною та прогнозованою маніпуляцією, що оптимізує процес загоєння рани

та скорочує строки лікування, впливаючи на біологічні процеси в організмі через взаємодію різних факторів росту, що виділяються зі структури тромбоцитів. Дослідження Aroca S. і колег (2009) [4] підтвердили збільшення товщини ясен при використанні PRF як додаткового матеріалу при закритті рецесії I та II класу за Міллером.

Наступний етап лікування відбувався через чотири тижні після попереднього й передбачав проведення препарування зубів під безметалеві ортопедичні конструкції з аксальною редукацією твердих тканин зубів у межах 1,5 мм, оклюзійною – у межах 1,5-2,0 мм та формуванням конусності кульги в діапазоні 4–8° (рис. 2). Цікаво, що згідно досліджень Al-Dwairi та колег (2011) серед досліджуваної вибірки зі ста лабораторних моделей лише в 43 % препарування під конструкції «IPS Empress» та «In Ceram» лікарі дотримувались усіх рекомендацій про глибину редукації твердих тканин і збереження відповідної конвергенції стінок [1].

Після завершення процедури препарування проводились отримання відбитка за допомогою А-силікону Elite HD+ (Zhermack) і реєстрація оклюзії з використанням Futar D Slow (Kettenbach GmbH & Co. KG.). Реєстрація позиції верхньої щелепи відносно орієнтирів та її позиціонування щодо шарнірної осі суглоба проводили з використанням лицевої дуги «Artex CR AmannGirrbach».

Лабораторний етап передбачав виготовлення пресованих одиночних коронок (IPS E-max) і двох мостоподібних протезів із цирконію, облицьованих керамікою «Creation». У зоні імплантатів шляхом гвинтової фіксації встановили фрезеровану цирконієву супраструктуру, облицьовану керамікою, на яку в подальшому виготови-

ли пресовані коронки (рис. 4, 5). Etman M.K. (2010) удалось установить, что хотя эффективность использования коронок «IPS e.max» є майже аналогічною коронкам «Procera AllCeram», однак зносостійкість перших згідно з модифікованими критеріями USPHS є трохи вище, що забезпечує кращий прогноз їх функціонування [10]. У свою чергу в результаті огляду літератури, проведеного Guess P.C. і колегами (2010), виявилось, що, незважаючи на відсутність доказових довготривалих результатів використання цирконієвих конструкцій як супраструктури на дентальних імплантатах, клінічні приклади їх застосування демонструє перспективні результати протезування з можливістю естетичного заміщення дефектів зубного ряду [11].



Рис. 5. Видя ортопедичних супраконструкцій.



Рис. 6. Видя після гвинтового типу фіксації супраконструкцій із цирконію, облицьованих рожевою керамікою, та встановлення на них одиночних пресованих коронок.



Рис. 7. Контроль через 2 тижні.



Поширеність поєднаних стоматологічних патологій у сукупності з обтяжуючими фізіологічними характеристиками структур максилло-фацилярної ділянки потребують комплексу заходів терапевтичного лікування та твердотканинної аугментації з метою забезпечення умов для подальшого ефективного протезування з урахуванням рівнів та напрямку оклюзійного навантаження під час дентальної імплантації. Умови досягнення оптимального результату залежать і від наслідків попередніх ятрогенних змін, естетичних вимог пацієнта та рівня його психологічної підготовки до повторного втручання із проведенням хірургічних маніпуляцій, тимчасового, а згодом і постійного протезування в розрізі можливого ризику та часових детермінант, необхідних для реалізації процесу остеоінтеграції. Вибір коректного алгоритму усунення патологічних змін і планування подальшого протезування на внутрішньокісткових дентальних титанових імплантатах обов'язково включає процес виготовлення тимчасових ортопедичних конструкцій, питання оптимальної фіксації яких і досі залишається актуальним. Однак використання останніх дає змогу переконати пацієнта у прогностичній ефективності подальших безметалевих незнімних конструкцій, а також полегшує процес його соціальної адаптації безпосередньо після етапу хірургічного втручання. Крім того, в умовах часткової адентії й досі відкритим залишається аспект необхідності депульпування наявних інтактних зубів, які використовуються як опорні елементи протеза разом із супраструктурами дентальних імплантатів. Переваги тривалого та більш якісного функціонування інтактних зубів як суміжних опор безметалевих конструкцій в сукупності з абатментами імплантатів поставлені під сумнів ризиком функціонального первантаження та, як наслідок, можливістю виникнення запальних змін пульпи, що в подальшому можуть призвести до повторного протезування з попередньою терапевтичною підготовкою опорних одиниць. Однак дотримання принципів адекватного препарування, урахування розподілу сил артикуляційної

взаємодії, позиціонування та підготовка супраструктур імплантатів у відповідності з артикуляційними нормами, а також врахування особливостей виготовлення незнімної конструкції забезпечують оптимальні умови для довговічного функціонування збережених зубів пацієнта.

Висновок

Варіабельність клінічних ситуацій у поєднанні зі зростаючими аспектами естетичності та прогностичної доцільності вибору конкретних методів лікування стоматологічних хворих усе більше обґрунтовують переваги мультидисциплінарного підходу до вирішення надскладних випадків відновлення фізіологічної та функціональної цілісності зубощелепного апарату та естетичної реабілітації стоматологічних хворих). Адаптація стандартних алгоритмів лікування стоматологічних хворих з урахуванням індивідуальних морфологічних особливостей змін зубощелепного апарату забезпечується інтеграційним підходом і вибором альтернативних методів реабілітації для відновлення функціональної цілісності та естетичних складових у максимально оптимізовані строки. Можливість забезпечення одночасно прийомів відновлення об'єму кісткової тканини з установленням внутрішньокісткових дентальних імплантатів значно скорочує строки лікування й системно вирішує проблему дефіциту кісткової тканини та часткової чи повної адентії. Збереження зубів, придатних для ортопедичної опори як перманентних елементів оклюзійної взаємодії, у сукупності із супраструктурами імплантатів обґрунтоване як біологічною доцільністю, так і фізико-механічними критеріями функціонування майбутньої ортопедичної конструкції. Використання відповідного протоколу стоматологічної реабілітації пацієнта з дефектом зубного ряду в естетичній зоні обґрунтовано попереднім клінічним досвідом авторів статті та відповідними даними попередньо проведених і систематизованих досліджень, що забезпечує прогнозованість та ефективність вибраного алгоритму ятрогенного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

- Al-Dwairi Z. N., Al-Hiyasat A. S., Aboud H. Standards of teeth preparations for anterior resin bonded all-ceramic crowns in private dental practice in Jordan // *Journal of Applied Oral Science*. – 2011. – Т. 19. – № 4. – Р. 370–377.
- Andersson L., Emami Kristiansen Z., Hugstrum J. Single tooth implant treatment in the anterior region of the maxilla for treatment of tooth loss after trauma: a retrospective clinical and interview study // *Dental Traumatology*. – 2003. – Т. 19. – № 3. – Р. 126–131.
- Anitua E. et al. Autologous fibrin matrices: a potential source of biological mediators that modulate tendon cell activities // *Journal of Biomedical Materials Research Part A*. – 2006. – Т. 77. – № 2. – Р. 285–293.
- Aroca S. et al. Clinical evaluation of a modified coronally advanced flap alone or in combination with a platelet-rich fibrin membrane for the treatment of adjacent multiple gingival recessions: a 6-month study // *Journal of periodontology*. – 2009. – Т. 80. – № 2. – Р. 244–252.
- Bastone E.B., Freer T.J., McNamara J.R. Epidemiology of dental trauma: a review of the literature // *Australian dental journal*. – 2000. – Т. 45. – № 1. – Р. 2–9.
- Buser D. et al. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single-tooth extraction in the esthetic zone: 12-month results of a prospective study with 20 consecutive patients // *Journal of periodontology*. – 2009. – Т. 80. – № 1. – Р. 152–162.
- Buser D. et al. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single-tooth extraction in the esthetic zone: a cross-sectional, retrospective study in 45 subjects with a 2-to 4-year follow-up // *Journal of periodontology*. – 2008. – Т. 79. – № 9. – Р. 1773–1781.
- Choukroun J. et al. Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part IV: clinical effects on tissue healing // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. – 2006. – Т. 101. – № 3. – Р. e56–e60.
- Durrani F. Bone augmentation using autogenous block grafts and particulate bovine bone in the severe atrophic ridges: Case Reviews // *International Journal of Contemporary Dental and Medical Reviews*. – 2016. – Т. 2016.
- Etman M.K., Woolford M.J. Three-year clinical evaluation of two ceramic crown systems: a preliminary study // *The Journal of prosthetic dentistry*. – 2010. – Т. 103. – № 2. – Р. 80–90.
- Guess P.C., Att W., Strub J.R. Zirconia in fixed implant prosthodontics // *Clinical implant dentistry and related research*. – 2012. – Т. 14. – № 5. – С. 633–645.
- Li K.Y. et al. Age, period, and cohort analysis of regular dental care behavior and edentulism: a marginal approach // *BMC Oral Health*. – 2011. – Т. 11. – № 1. – Р. 1.
- Peev S., Gusiyska A., Sabeva E. Guided Bone Regeneration and Simultaneous Implant Placement // *International Journal of Science and Research (IJSR)*. – 2013. – V. 5. – № 2. – Р. 1529–1530.
- Schropp L. et al. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study // *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*. – 2003. – Т. 23. – № 4. – Р. 313–324.
- Van der Weijden F., Dell'Acqua F., Slot D.E. Alveolar bone dimensional changes of post-extraction sockets in humans: a systematic review // *Journal of clinical periodontology*. – 2009. – Т. 36. – № 12. – Р. 1048–1058.
- Дорошенко С.І., Бабаскін Ю.І. Диференційована діагностика клінічних форм адентії, тобто вродженої відсутності зачатків зубів, та її основні діагностичні критерії // *Український стоматологічний альманах*. – 2012. – № 2 (1). – С. 40–47.
- Король Д.М. Клініко-патогенетичне обґрунтування лікування вторинної часткової і повної адентії із застосуванням дентальних субперіостальних та ендосальних імплантатів: Дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / ДМ Король. – Полтава, 2009.
- Король Д.М. Удосконалення протезування кінецьвих і включених дефектів зубно го ряду протезами з використанням імплантатів: Дис., спец. 14.01.22 «Стоматологія» / ДМ Король, Полтава, 2003.
- Митченко О.В. Клінічні приклади заміщення дефектів зубного ряду з урахуванням оклюзійних змін // *Буковинський медичний вісник*. – 2014. – №4, 18. – С. 78–80.

20. Мунтян Л.М., Юр А.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентії та зубощелепних деформацій у осіб молодого віку // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 5. – С. 25–26.

21. Осарчук Н.А. Розповсюдженість та особливості клінічних проявів вкорочення зубного ряду при адентії в дитячого населення Тернопільської області // Вісник стоматології. – 2012. – № 4. – С. 110–112.

22. Сидоренко Л.П. Порівняльна характеристика різних ортопедичних методів лікування малих дефектів зубних рядів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / ЛП Сидоренко. – Івано-Франківськ, 2010. – 19 с.

23. Сидоренко Л.П., Ожоган З.Р. Клінічна оцінка ортопедичного лікування хворих із малими дефектами зубних рядів із застосуванням набору адгезивних протезів // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 1.

24. Соколова І.І., Герман С.І., Герман С.А. Деякі питання поширеності та структури дефектів зубних рядів у населення України // Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 6. – С. 116–122.

25. Штурмінський В.Г., Шубцов Д.М. Удосконалення конструкції знімного тимчасового протеза при лікуванні вторинної адентії шляхом дентальної імплантації // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 1. – С. 20–23.

Комплексний підхід к ортопедическому лечению и реабилитации стоматологических пациентов с дефектом зубного ряда в эстетической области

Е.Я. Костенко, А.В. Бокоч, А.Т. Кенюк

Цель: провести анализ клинических этапов лечения и реабилитации стоматологического больного с имеющимся дефектом зубного ряда в эстетической зоне путем использования цельнокерамических ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты.

Материалы и методы. В ходе выбора адекватного метода лечения были использованы общепринятые методы клинического осмотра стоматологических больных, а также методы цифровой ортопантомографии и компьютерной томографии для объективизации изменений стоматологического статуса, оценки состояния костной ткани челюстей и определения возможностей дентальной имплантации по показаниям с предварительным согласованием плана лечения с пациентом. В качестве метода твердотканной аугментации был выбран алгоритм вмешательства с использованием костного трансплантата «Cerabone» (Botiss) и резорбируемой мембраны для профилактики интерпозиции эпителиальных структур на границе контакта ксенотрансплантат/кость-реципиент. После имплантации дальнейшая ортопедическая реабилитация проводилась с использованием прессованных одиночных коронок (IPS E-max) и двух мостовидных циркониевых протезов, облицованных керамикой «Creation».

Результаты. Возможность одновременного обеспечения приемов восстановления объема костной ткани с установлением внутрикостных дентальных имплантатов значительно сокращает сроки лечения и системно решает проблему дефицита костной ткани и частичной или полной адентии. Сохранение зубов, пригодных для ортопедической опоры как перманентных элементов окклюзионного взаимодействия в совокупности с супраструктурами имплантатов, обосновано как биологической целесообразностью, так и физико-механическими критериям функционирования будущей ортопедической конструкции. Использование соответствующего протокола стоматологической реабилитации пациента с дефектом зубного ряда в эстетической зоне обосновано предыдущим клиническим опытом авторов статьи и соответствующими данными предварительно проведенных и систематизированных исследований, что обеспечивает прогнозируемость и эффективность выбранного алгоритма ятрогенного вмешательства.

Выводы. Соблюдение принципов адекватного препарирования, учет распределения сил артикуляционной взаимодействия, позиционирования и подготовки супраструктур имплантатов в соответствии с артикуляционными нормами, а также особенностей изготовления ортопедических конструкций с опорой на имплантаты позволило обеспечить полную функциональную и эстетическую реабилитацию пациента с имеющимся дефектом зубного ряда в эстетической области.

Ключевые слова: дентальная имплантация, эстетическая участок, стоматологическая реабилитация.

Comprehensive approach to prosthetic treatment and rehabilitation of dental patients with dentition defect in the aesthetic area

E. Kostenko, A. Bokoch, A. Kenyuk

Aim: to analyze the clinical stages of treatment and rehabilitation of dental patients with an existing dentition defect in the esthetic zone using all ceramic prosthetic structures with dental implants support.

Materials and methods. During the selection of adequate treatment algorithms we used common clinical examination methods of dental patients and methods of digital orthopantomography and computed tomography for objectification of dental status changes and assessment of jaw bone to identify opportunities for provision dental implant treatment through previous consultation of treatment plan with the patient. As a hard tissue augmentation method was selected algorithm with the Cerabone (Botiss) bone graft and resorbable membrane for the prevention of epithelial structures interposition at the contact xenograft/recipient bone. After the implantation further orthopedic rehabilitation was conducted using single crowns (IPS E-max) and two zirconium prosthesis coated by Creation ceramics.

Results. Simultaneous recovery techniques that ensure bone volume restoration with the establishment of intraosseous dental implants significantly reduces treatment time, and systematically solves the problem of bone deficit with partial or complete adentia. Keeping teeth suitable for orthopedic support, as permanent items of occlusal interaction, in conjunction with implant superstructures are reasonable due to biological and physical-mechanical criteria for the functioning of future prosthetic restoration. Use of provided protocol for dental rehabilitation of patients with dentition defect in the esthetic zone argued by the clinical experience of the authors and relevant data from previously conducted systematic researches that provides predictability and effectiveness of the proposed iatrogenic intervention algorithm.

Conclusions. Provision of adequate preparation, taking into account the distribution of forces during articulation interaction, positioning and preparation of implant superstructures in accordance with the rules of articulation and features of manufacturing prosthetic structures with the implants support allowing provision of full functional and aesthetic rehabilitation of patients with existing dentition defect in the aesthetic field.

Key words: dental implants, aesthetic area, dental rehabilitation.

Є.Я. Костенко – Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет ДВНЗ «УжНУ».

А.В. Бокоч – Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет ДВНЗ «УжНУ».

А.Т. Кенюк – Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет ДВНЗ «УжНУ».