

ART ORAL Москва: Командный подход в решении сложных клинических случаев



С.О.Чикунов,
к.м.н., врач-стоматолог,
клиника Art Oral, Москва

В предыдущих статьях я подчеркивал, что эстетика и функция являются равнозначными проблемами, которые необходимо учитывать при решении любых реставрационных задач, также как и тот факт, что современные концепции в реставрационной стоматологии предполагают принцип минимальной инвазии посредством адгезивных керамических реставраций. Эти конструкции распределяют стресс и превращают коронку в единое целое, полностью восстанавливая эстетику и функцию жевания.

Результат лечения во многом зависит от выбранного подхода, движущей силой которого должно быть предохранение оставшейся тонкой эмали. На примере из моей клинической практики хочу показать рациональное лечение, диагностическая схема которого складывалась из интерактивного взаимодействия между клиницистами, пациентом и зуботехнической лабораторией.

В начале любой эстетической реабилитации лежит диагностический этап. Он представляет собой наиболее творческую и интерактивную часть лечения, а диагностическая модель должна обеспечить видение конечной цели.

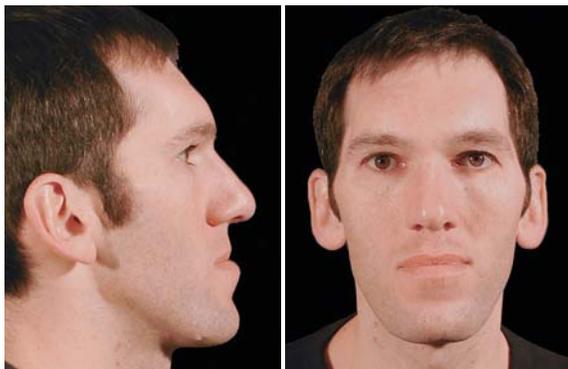
Таким образом, творческие усилия на протяжении реставрационной фазы остаются минимальными и ограничиваются воспроизведением диагностического макета.

Данный этап включает изготовление восковой диагностической модели и разработку соответствующей схемы лечения, которая будет оценена совместно пациентом и врачом.

Эта стратегия полностью зависит от адекватного ведения пациента и от тесного взаимодействия с технической лабораторией.

Современные технологии, оптимальный контроль над эстетическими параметрами, адекватный терапевтический выбор значительно увеличивают шансы на успех, но конечный результат по настоящему зависит только от эффективной коммуникации между командами врачей и техников. Это сотрудничество также включает в себя пациента, который оценивается врачом и техником и активно сопричастен вместе с ними в «триаде успеха».

Упомянутая триада успеха определяется гармоничными взаимоотношениями между пациентом, врачом и техником. Стоматолог-реставратор представляет собой лишь «палец» «руки» команды врачей в цикле данного отношения. Другие «пальцы» включают терапевта, пародонтолога, ортодонта, хирурга и т.д. – т.е. предлагается системный подход.





1a



1б



1в



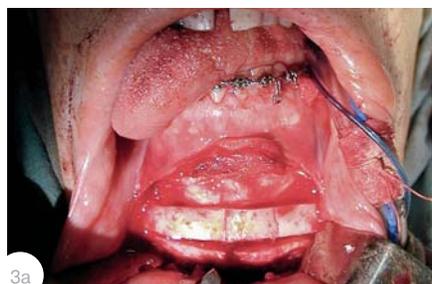
2a



2б



2в



3a



3б



4a



4б



5



1. Узнать пациента. Этот первый шаг направлен на понимание запросов пациента. Крайне важно, чтобы врач внимательно слушал пациента, чтобы определить его главные ожидания. На этой фазе пациент не должен сидеть на кресле. Использование моделей здоровых зубов, фотографий и журналов мод значительно облегчают коммуникацию с пациентом.

2. Начальная документация. После того, как пациент выразил свои желания, клиницист собирает базовые элементы начальной документации, то есть рентгенологические исследования и клинический осмотр (оценка состояния пародонта и периодонта, существующие реставрации и т.д.). Фотографии и диагностические гипсовые модели зубного ряда, установленные в артикулятор, завершают начальную документацию.

3. Информирование пациента. Основываясь на ранее упомянутой документации, клиницист объясняет пациенту существующие проблемы, используя в качестве вспомогательных средств рентген, фотографии и диагностические гипсовые модели. Необходимо использование простой и постижимой терминологии. Пациент, полностью понимающий информацию, лучше почувствует возмож-

Приемлемое ведение и консультирование пациентов с эстетическими проблемами, несомненно, представляет собой критическую фазу лечения. Задача может даже усложниться, если необходимо завоевать доверие пациента, пострадавшего от предыдущей тера-

певтической ошибки. Комбинированное и структурированное ведение врачами и техниками даст адекватную основу для сотрудничества с уверенным в результате пациентом. Во время начальной фазы врач должен соблюдать следующую последовательность:



ности и ограничения лечения. Наконец основные элементы возможностей лечения объяснены. В этом контексте демонстрация клинических фотографий других пациентов может помочь в объяснении различных типов реставраций.

4. Последовательный план лечения. В это время клиницист вырабатывает последовательный план, включая возможные альтернативы, определяются длительность лечения и расходы.

5. Конечная фаза начального ведения пациента. Эта стадия не клиническая, но включает обсуждение параметров лечения (цель, последовательность, длительность, расходы, ограничения, прогнозы и альтернативы). Если пациент подтверждает свое согласие, то можно приступать к лечению.

Клинический случай

Пациент Н. Диагноз: зубо-челюстная деформация, III скелетный и дентальный класс, нижнечелюст-

ная прогнатия, макрогения, сужение верхнего зубного ряда, недоразвитие средней зоны лица, сопутствующая дентальная патология (рис. 1).

Деформация обусловлена эндокринологической патологией, наступившей после аденомы гипофи-

за, которая была устранена эндоскопически до нашего вмешательства в нейрохирургическом стационаре, что открыло нам возможность для стабильного комплексного лечения.

В качестве первого этапа лечения была начата ортодонтическая



11a



11б



11в

подготовка первоначально на нижнем зубном ряду с целью устранения дентальной компенсации (лингвальный наклон фронтальных нижних резцов. Вскоре было выполнено хирургически-аппаратное расширение верхнего зубного ряда для достижения правильных трансверсальных размеров верхней зубной дуги.

Параллельно на этом же хирургическом этапе с целью устранения макрогении и снижения травматизма на последующих этапах лечения была проведена редуцирующая гениопластика

Достигнутые трансверсальные размеры верхней челюсти до выполнения основного этапа ортогнатической хирургии были сохра-

нены применением небного бюгеля. Конечно, на этом этапе ни о какой правильной (и уж тем более функциональной) окклюзии говорить не приходилось.

В результате проведенной двухчелюстной хирургической операции были достигнуты правильные окклюзионные соотношения и адекватные эстетически правильные и планируемые параметры лица (хирургические этапы – рис. 2-5).

Заканчивается ли на этом лечение таких случаев? Конечно, вновь созданные окклюзионные соотношения, невзирая на так называемый I класс, не гарантируют полноценный функциональный результат, и уж тем более не отвечают современным эстетическим требованиям. Но именно правильный окклюзионный контакт предваряет дальнейшие действия, так как не имея правильной окклюзии, невозможно получить эстетически достойный результат.

После установки челюстей в «правильное» положение образо-

валась дезокклюзия в жевательной области (рис. 6). Также пациент высказал пожелание устранить тремы, образовавшиеся с медиальной и дистальной сторон зубов 12 и 22 (рис. 7).

После предварительного анализа и диагностического воскового моделирования было принято решение о дальнейшей реставрации зубных рядов для создания множественных фиссуро-бугорковых контактов в жевательной области методом замены старых композитных пломб (рис. 8) на адгезивные керамические реставрации типа инлей и оверлей (рис. 10), а устранение трем посредством изготовления частичных виниров без препарирования (неинвазивная техника) на дистальную поверхность зубов 11 и 21 и полных виниров на зубы 12 и 22 (рис. 9, 11).

В результате вмешательства воссозданы адекватные скелетные и дентальные соотношения, множественные фиссуро-бугорковые контакты в центральном соотношении, достигнуто адекватное резцовое перекрытие, клыковое ведение и, что самое главное – достигнут блестящий эстетический результат, отвечающий столь трудоемкому и сложному лечению.

Кроме того, результат стабилен в долгосрочной перспективе, что говорит о правильности выбранных подходов. На рис. 12 приведена ситуация через 6 лет после окончания лечения. Нареканий нет – ни у доктора, ни у пациента... L A B

Команда Art Oral Москва:
Хирургический этап – к.м.н. Сенюк А.Н.
Реставрационный этап – к.м.н. Чукунов С.О.
Лабораторный этап – Никоненко Д.М.



12a



12б



12в



12г