



А.М. Микитин<sup>1</sup>, О.В. Юрчак<sup>1</sup>, О.М. Сирко<sup>2</sup>, О.Р. Куц<sup>1</sup>

## Повна стоматологічна реабілітація з відновленням жувальної ефективності та естетики

<sup>1</sup> ДЗ «Клінічна лікарня ДТГО «Львівська залізниця»

<sup>2</sup> ПП «Стоматологічний центр», м. Дрогобич

У статті висвітлено питання повної стоматологічної реабілітації на прикладі двох клінічних випадків. Продемонстровано комплексну командну роботу від обстеження, складання плану лікування, санації, імплантації, тимчасової реабілітації до повного відновлення жувальної ефективності та естетики.

**Ключові слова:** імплантація, синус-ліфтинг, спрямована кісткова регенерація, реставрація, тимчасова та тривала реабілітація, жувальна ефективність, естетика.

**К**расива усмішка, здорові зуби є невід'ємним атрибутом успішної людини. На сьогодні вимоги до стоматологічного лікування досить високі. Поряд із відновленням жувальної ефективності на перший план виходять високі естетичні вимоги. Бажаного наслідку можна досягнути злагодженою працею команди фахівців і, безперечно, самого пацієнта.

Проаналізуємо два клінічні випадки з власної практики, в яких, на наш погляд, удалося досягнути як естетичних, так і функціональних наслідків.

### Перший клінічний випадок

*Пацієнт П.* (54 роки) звернувся для санації ротової порожнини, заміни металокерамічних конструкцій (термін служби понад дванадцять років), акцентуючи на естетичному результаті. На етапі діагностики проведено панорамну рентгенографію, конусно-променеву комп'ютерну томографію, знято відбитки та виготовлено діагностичні моделі.

Встановлено клінічний діагноз: дефекти зубних рядів з відсутністю 17—15, 12, 26, 27, 36, 34, 45 зубів (II клас за Кеннеді на верхній та нижній щелепах); радикулярна кіста верхньої щелепи справа; хронічний періодонтит 13, 11, 21, 24, 25, 37, 48, 47, 46 зубів; пародонтит 18 зуба (III ступеня); патологічна стертість; занижена висота прикусу; множинний карієс та клиноподібні дефекти 44—33 зубів (рис. 1) [2, 8, 10, 12, 18].

Стаття надійшла до редакції 8 жовтня 2015 р.

Микитин Андрій Миронович, стоматолог-хірург вищої категорії, зав. стоматологічного відділу Відділення платних медичних послуг, головний стоматолог Львівської залізниці 79007, м. Львів, вул. Огієнка, 5  
Тел. (032) 226-40-42. E-mail: mekalviv@ukr.net

На підставі побажання пацієнта та клінічного діагнозу складено індивідуальні основний і альтернативний плани лікування. Пацієнта ознайомлено з індивідуальним планом лікування, який передбачав:

- професійну гігієну та навчання індивідуальної гігієни ротової порожнини;
- зняття старих металокерамічних конструкцій з опорою на 18, 14, 13, 11, 21, 22, 24, 25, 28, 37—35 зуби;
- тимчасову реабілітацію з виготовленням пластмасових зубів з опорою на 14, 13, 11, 21, 22, 24, 25, 28, 37, 35 зуби;
- екстракцію 18, 48—46 зубів та кюретаж лунок;
- первинну ендодонтію 14, 21, 23, 28, 35 зубів;
- вторинну ендодонтію 13, 11, 24, 25, 37 зубів;
- кісткотомію з резекцією верхівки кореня 13 зуба та спрямованою кістковою регенерацією (СКР);
- СКР дефектів альвеолярного паростка в ділянці 48—46 зубів;
- правосторонній синус-ліфтинг з одномоментною імплантацією в ділянці 17—15 зубів та СКР ділянки 18 зуба;
- імплантацію ділянки 47—45 зубів;
- тривалу реабілітацію металокерамічними конструкціями з опорою на 14, 13, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 35, 37 зуби та імплантати в ділянці 17, 16, 15 та 47, 46, 45 зубів.

Альтернативний план лікування передбачав знімне протезування, від якого пацієнт відмовився.

Основний план лікування з використанням дентальних імплантатів погоджено з пацієнтом. Орієнтовні терміни лікування — 9—12 міс.

У нашій клініці лікування розпочинається з професійної гігієни ротової порожнини, навчання правил індивідуальної гігієни та рекомендацій

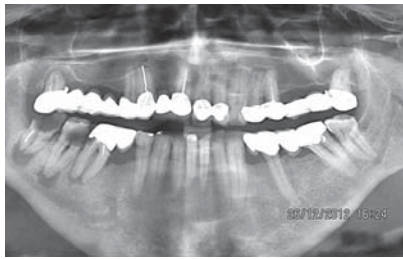


Рис. 1. Панорамна Rtg-фія на етапі діагностики



Рис. 2. Тимчасові протезні конструкції в ротовій порожнині

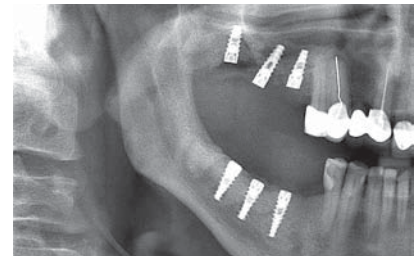


Рис. 3. Контрольна Rtg-фія після оперативного втручання

щодо застосування гігієнічних засобів (флоси, ополіскувачі, йоржики та ін.) [5]. Далі стоматолог-хірург атравматично видалив 18, 48—46 зуби з ретельним кюретажем лунок, згладженням гострих країв альвеол та гемостазом желатиновими губками [20]. Стоматолог-ортопед зняв старі металокерамічні конструкції з опорою на 14, 13, 11, 21, 22, 24, 25, 35, 37 зуби та зробив відбитки для одномоментного виготовлення тимчасових пластмасових коронок.

З огляду на занижену висоту прикусу, тимчасові пластмасові коронки виготовляли та фіксували з підняттям до потрібної висоти. Тимчасовою конструкцією пацієнт користувався під час терміну лікування. За цей період проведено незначну корекцію тимчасової конструкції стосовно висоти і форми зубів (рис. 2).

Стоматолог-терапевт проводив повторне ендодонтичне лікування 13, 11, 24, 25, 37 зубів, розпломбування раніше лікованих кореневих каналів, механічну обробку ротаційними інструментами, кількаразове тимчасове пломбування кальцієвмісним препаратом, постійне пломбування кореневих каналів за методом латеральної конденсації силером з гутаперчевими штифтами [3, 12]. Коронкові частини 13, 24, 25, 37 зубів відновлено куксовими вкладками, а 11 зуб відновлено скловолоконним штифтом з фотополімерним матеріалом.

Також проведено первинне ендодонтичне лікування 14, 21—23, 28, 35 зубів, що передбачало механічну і медикаментозну обробку кореневих каналів й їхнє пломбування за методом латеральної конденсації силером з гутаперчевими штифтами. Оскільки в цих зубах був добре виразний ферул по периметру, їх було армовано скловолоконними штифтами в адгезивній техніці [3, 12]. Через деякий час проведено операції кістектомії на верхній щелепі справа та резекції верхівки кореня 13 зуба з ретроградним пломбуванням каналу і заповнення кісткового дефекту колаполом з лінкоміцином та метронідазолом [4, 16].

На нижній щелепі через 6 тиж після екстракції 48—46 зубів лікар-хірург провів СКР дефектів альвеолярного паростка з використанням ксеногенного кістково-пластичного матеріалу [4, 11]. Після відтермінування на 3 міс імплантовано ділянки 47, 46, 45 зубів.

На верхній щелепі справа виконано операцію відкритого синус-ліфтингу та субантральної аугментації з використанням ксеногенного кісткового матеріалу. Одномоментно заімплантовано ділянку 17, 16, 15 зубів та проведено СКР у цьому сегменті. Первинна стабільність імплантатів у ділянці 17, 15 зубів була більшою 30 Н/см, а первинна стабільність його в ділянці 16 зуба була меншою за 30 Н/см. Недостатня первинна стабільність цього імплантату та загоювання рани вторинним натягом призвели до його втрати (рис. 3) [1, 4, 10].

На нижній щелепі через 4 міс після імплантації з використанням методики мукотомії встановлено формувачі ясен на імплантати в ділянці 47—45 зубів.

Ортопедичний етап лікування передбачав виготовлення металокерамічних коронок із опорою на 14, 13, 11, 21—25, 28, 35, 37 зуби та на імплантати в ділянці 47—45 зубів. Після остаточного препарування зубів і ретракції ясенних борозенок неімпрегрованою ниткою викручено формувачі ясен та встановлено трансфери. Відбитки знято А-силіконовою відбитковою масою за методом відкритої ложки (рис. 4).

На лабораторному етапі зубний технік відфрезував абатменти 47—45 зубів.

Коронки виготовлено з кобальтохромонікелевого сплаву та обличковано керамічною масою (рис. 5, 6).

У ділянці 13—11 зубів атрофію кістки компенсували рожевою керамікою (рис. 7).

Після зняття тимчасової протезної конструкції проведено примірку та фіксацію ортопедичної реставрації на склоіномерний цемент (рис. 8) [5, 6, 13].

Реставрацію 44—33 зубів проведено наногібридним фотополімерним матеріалом.



Рис. 4. Відпрепаровані зуби



Рис. 5. Розбірна модель з відфрезерованими абатментами, ясенною маскою, змодельованим восковим каркасом майбутніх зубів

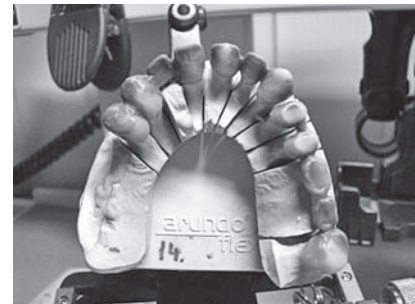


Рис. 6. Розбірна модель зі змодельованими восковими каркасами майбутніх зубів

На даному етапі заплановано реімплантацію ділянки 16 зуба з наступним (через 4 міс) виготовленням металокерамічної конструкції з опорою на імплантати в ділянці 17—15 зубів.

### Другий клінічний випадок

Пацієнтка В. (57 років) звернулася для санації ротової порожнини та відновлення функції жування. При цьому акцентувала увагу на естетичних моментах.

Проведено загальноклінічні обстеження: ЕКГ, загальний аналіз крові, коагулографію, додаткові методи діагностики — панорамну Rtg-фію зубів (рис. 9), КТ верхньої та нижньої щелеп, проаналізовано моделі зубних рядів. На підставі цих даних встановлено клінічний діагноз:

- дефект зубного ряду з відсутністю 15, 14, 24, 25, 27, 28, 35, 45, 46, 47 зубів;
- нижня щелепа — I клас за Кеннеді, верхня щелепа — III клас за Кеннеді;
- радикулярна кіста верхньої щелепи справа;
- хронічний періодонтит 17, 16, 13, 11, 21, 23, 26, 36, 37, 43, 44, 48 зубів;
- повна кісткова ретенція та дистопія 18 зуба;
- генералізований пародонтит I—II ступеня на верхній та нижній щелепах;
- травматична оклюзія;

- патологічна стертість та клиновидні дефекти центральних зубів верхньої й нижньої щелеп I ст.;
- бракує зони прикріплених ясен нижньої щелепи зліва [2, 8, 10, 12, 18].

Складено два варіанти індивідуального плану лікування — основний та альтернативний. Основний план передбачав:

- проведення професійної гігієни та навчання правил індивідуальної гігієни ротової порожнини;
- зняття мостоподібних протезів з опорою на 23, 26, 35, 37, 48, 44, 43 зуби;
- одномоментне виготовлення тимчасових пластмасових протезних конструкцій з опорою на 17, 16, 13—23, 26, 34 зуби;
- екстракцію 35, 36, 37, 43, 44, 48 зубів;
- ампутацію піднебінного кореня 16 зуба;
- ендодонтичне лікування:
  - вторинне — 16, 13, 11, 22, 23 зубів;
  - первинне — 17, 21, 26, 34 зубів;
- кістектомію та резекцію верхівки кореня 13 зуба з СКР;
- імплантація ділянок 35—37 та 47—44 зубів з СКР ділянки 36 та 44—45 зубів;
- тривалу реабілітацію металокерамічними коронками з опорою на 17, 16, 13, 12, 11, 21,



Рис. 7. Перед фіксацією



Рис. 8. Вигляд зафіксованої роботи



Рис. 9. Панорамна Rtg-фія зубів



Рис. 10. Контрольна панорамна Rtg-фія після оперативних втручань



Рис. 11. Готові протезні конструкції на моделях



Рис. 12. Готові протезні конструкції на моделях

22, 23, 26, 34 зуби та на імплантати в ділянках 35—37 та 47—43 зубів;

- реставрацію 43—32 зубів.

Запропонований альтернативний план лікування, який передбачав виготовлення знімних конструкцій, був неприйнятний для пацієнтки, і тому вирішили зупинитися на першому варіанті із застосуванням методики дентальної імплантації. Орієнтовні терміни лікування — 9—12 міс.

Лікування розпочато з проведення професійної гігієни, навчання правил індивідуальної гігієни та рекомендацій щодо використання таких засобів, як флоси, ополіскувачі, йоржики тощо [5]. Лікар-ортопед зняв місткоподібні протези з опорою на 23, 26, 35, 37, 43, 44, 48 зуби, отримав відбитки та виготовив тимчасові пластмасові коронки на ці зуби. Лікар-хірург атравматично видалив 48, 44, 43, 35, 37, 38 зуби, провів гранулектомію, загладжування гострих країв альвеол. Гемостаз лунок проводив желатиновими губками, колаполом з лінкоміцином та метронідазолом [20].

Наступним етапом було ендодонтичне лікування: вторинна ендодонтія 16, 13, 11, 22, 23 зубів та первинна ендодонтія 17, 12, 21, 26, 34 зубів. Вторинна ендодонтія 16, 13, 11, 22, 23 зубів передбачала розпломбування кореневих каналів, механічну обробку ротаційними інструментами, тимчасове пломбування кальцієвмісним препаратом, постійне пломбування кореневих каналів методом латеральної конденсації силером з гутаперчевими штифтами [3, 12]. Коронкові частини 16, 13 і 26 зубів відновлено кук-

совими вкладками, а 21, 22 зуби зі збереженим ферулом — скловолоконними штифтами з наногібридним фотополімерним матеріалом.

Первинна ендодонтія 17, 12, 21, 26, 34 зубів передбачала механічну і медикаментозну обробку кореневих каналів та пломбування за методом латеральної конденсації силером з використанням гутаперчевих штифтів. Зуби армовано скловолоконними штифтами та наногібридним фотополімерним матеріалом [3, 12].

Після попередньої вторинної ендодонтії 13 зуба проведено операцію кістектомії та резекції верхівки кореня з його ретроградним пломбуванням каналу та СКР кісткового дефекту ксеногенним кістково-пластичним матеріалом [4, 16]. У 16 зубі після попередньої вторинної ендорезивії виконано операцію ампутації піднебінного кореня [14].

Через 4 міс після екстракції на нижній щелепі проведено операцію імплантації ділянок 35, 37 та 47—44 зубів з одномоментною СКР (ксеногенним кістково-пластичним матеріалом) ділянок 36 та 45 зубів (рис. 10) [1, 4, 5, 11].

Через 4 міс після СКР проведено операцію зі встановлення імплантату в ділянку 36 зуба. Через 1,5 місяця на нижній щелепі справа в ділянці імплантації проведено операцію вестибулопластики присінку ротової порожнини за комбінованою методикою для створення зони прикріплених ясен [16]. Дотримуючи протоколу лікування, у визначений термін проведено мукотомію над імплантатами та встановлення формувачів ясен [6].

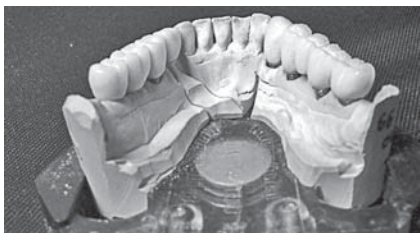


Рис. 13. Готові протезні конструкції на моделях



Рис. 14. Контрольна панорамна Rtg-фія після завершення лікування

За планом ортопедичний етап лікування передбачав виготовлення металокерамічних конструкцій з опорою на 17, 16, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 26, 34 зуби та імплантати в ділянках 35—37 та 47—43 зубів (рис. 11, 12, 13) [5, 6, 13].

Постійні металокерамічні конструкції зафіксовано склоіономерним цементом. Реставрацію 43—32 зубів проводили наногібридним фотополімерним матеріалом (рис. 14). Пацієнтка залишилась задоволена досягнутим результатом.

### Висновки

На сьогодні у відновлювальній стоматології з'явилися унікальні можливості. Вони повною мірою можуть задовольнити естетичні вимоги та функціональні потреби пацієнта. Ґрунтовні знання, клінічний досвід, великий вибір матеріалів та

інструментарію дає змогу лікарям і зубним технікам творчо й індивідуально підійти до кожного пацієнта щодо відновлення цілісності зубних рядів з урахуванням стану м'яких тканин. Урешті-решт, це дасть змогу не тільки поліпшити його здоров'я, а й досягнути максимального відтворення естетичних характеристик, дарованих людині природою.

У статті описано клінічні випадки повної реабілітації пацієнтів стоматологічного профілю в три етапи, а саме:

- хірургічний (видалення зубів, імплантація, синус-ліфтинг, резекція верхівок коренів, кісткова пластика);
- терапевтичний (ендодонтія, відновлення втрачених тканин зубів, реставрація зубів);
- ортопедичний (тимчасове та тривале протезування).

### Література

1. Белсер У., Мартин В., Юнг Р. Имплантологическое лечение в эстетически значимой зоне. — М.: Квинтэссенция, 2010. — С. 25—49, 231—245.
2. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. Практична парадонтологія. — К., 2011. — С. 193—248.
3. Гутман Д., Думша Т. Решение проблем в эндодонтии. — М.: Медпресс-информ, 2008. — С. 249—291.
4. Майорана К., Симион М. Передовые методики регенерации кости с Био-осс и Био-гайд. — М.: Азбука, 2005. — С. 29—54, 55—67.
5. Миш К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантанты. — М.: Рид Элсивер, 2010. — С. 414—450, 580—589.
6. Мортон Д., Ганелес Дж. Протоколы протезирования в имплантологической стоматологии. Частичная адентия. — М.: Квинтэссенция, 2011. — С. 29—68, 147—161.
7. Мюллер Х.П. Парадонтология. — Львов: ГалДент, 2004. — С. 148—164.
8. Паслер Ф., Виссер Х. Рентгенидиагностика в практике стоматолога. — М.: Медпресс-информ, 2007. — С. 106—116.
9. Петруска М., Петруски Я. Парадонтально-имплантологическая пластическая хирургия. — Львов: ГалДент, 2012. — С. 91—110.
10. Петруска М., Петруски Я. Парадонтально-имплантологическая пластическая хирургия. — 2-е изд. — Львов: ГалДент, 2015. — С. 55—105.
11. Поворознюк В.В., Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта. — К., 2004. — С. 384—404.
12. Рогацкин Д.В. Радиодиагностика челюстно-лицевой области. Конусно-лучевая компьютерная томография. Основы визуализации. — Львов: ГалДент, 2010. — С. 35—70.
13. Розеншиль С.Ф., Лэнд М.Ф. Ортопедическое лечение несъемными протезами. — М.: Рид Элсивер, 2010. — С. 274—316.
14. Сабо Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта. — Будапешт, 1977. — С. 181—211.
15. Стоматологічна імплантологія. Отсеоінтеграція. Другий український міжнародний конгрес. — К., 2006. — С. 144—165.
16. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — К., 2002. — С. 91—121, 138—169.
17. Тимофеев А.А. Хирургические методы дентальной имплантации. — К., 2007. — С. 83—103.
18. Угрин М.М., Солонько М.Ю. Возможности застосування конусно-променевої комп'ютерної томографії при плануванні дентальної імплантації. Огляд літератури // Новини стоматології. — 2011. — № 2 (67). — С. 6—12.
19. Esthetic DENTISTRY. Українське видання. — Львів: ГалДент, 2014. — С. 35—80.
20. McGowan D. An Atlas of Minor Oral Surgery. — London Martin Dunitz, 1989. — P. 15—23, 56—60.

*А.М. Микитин<sup>1</sup>, Е.В. Юрчак<sup>1</sup>, О.Н. Сирко<sup>2</sup>, О.Р. Куц<sup>1</sup>*

### **Полная стоматологическая реабилитация с восстановлением жевательной эффективности и эстетики**

<sup>1</sup> ГУ «Клиническая больница ГТОО «Львовская железная дорога»  
<sup>2</sup> ЧП «Стоматологический центр», г. Дрогобыч

В статье освещены вопросы полной стоматологической реабилитации на примере двух пациентов. Шаг за шагом, начиная с обследования, планирования лечения, санации, имплантации, временной реабилитации и заканчивая полным восстановлением эстетики и функции, продемонстрирован комплексный командный подход.

**Ключевые слова:** имплантация, синус-лифтинг, направленная костная регенерация, реставрация, временная и постоянная реабилитация, жевательная эффективность, эстетика.

*А.М. Mykytyn<sup>1</sup>, O.V. Yurchak<sup>1</sup>, O.M. Syrko<sup>2</sup>, O.R. Kuts<sup>1</sup>*

### **Complete dental rehabilitation with restoration of chewing efficiency and aesthetics**

<sup>1</sup> State Institution Clinical hospital of STBA «Lviv Railways», Ukraine  
<sup>2</sup> Private Dental Clinic «Dental Centre», Drohobych, Ukraine

The article elucidates the issues of the complete dental rehabilitation on the example of two clinical cases. The authors demonstrated complex integrated teamwork, starting from examination, planning of treatment, sanation, implantation, temporary rehabilitation and finishing with a complete aesthetic restoration and functioning.

**Key words:** implantation, sinus lift, directed bone regeneration, restoration, temporary and permanent rehabilitation, chewing effectiveness, aesthetics.