

РАБОТА С МЯГКИМИ ТКАНЯМИ как часть комплексного подхода к эстетической реабилитации пациента

В.А.Адилханян

• к.м.н., врач-стоматолог, Клиника эстетической стоматологии ProSmile.ru
Адрес: 121351, г. Москва, ул. Ярцевская, д. 1
Тел.: +7 (495) 978-66-00
E-mail: adilh@mail.ru

Резюме. Рассмотрен комплекс подготовительных мероприятий перед финишным протезированием. Показана важность соблюдения последовательности и этапности в проведении комплексной эстетической реабилитации пациентов. Подчеркнуто влияние мягкотканной эстетики на окончательный вид реставрации во фронтальном отделе. Продемонстрирована техника работы с мягкими тканями и возможности безметалловых конструкций. Сделан акцент на особенностях получения оттисков, после проведения хирургических манипуляций на мягких тканях.

Ключевые слова: мягкотканная пластика, комплексная эстетическая реабилитация, муко-статические свойства оттискового материала, устранение рецессии.

Soft tissue management as the part of the combined method of aesthetic rehabilitation of the patient (V.A.Adilhanyan, Phd, prosthetic dentist, ProSmile.ru clinic).

Summary. The article reveals the importance of preliminary arrangements before performing the final prosthetic work. It demonstrates the sequence of stages in a complex aesthetic rehabilitation of patients. It has been pointed out that a soft tissue aesthetics has a beneficial effect on the final appearance of the restoration in the frontal area. That is why the accent is done mainly on the technique of soft tissue management and possibilities of nonmetal constructions. The peculiarities of taking impressions after surgical manipulations on soft tissues are also profoundly depicted.

Key words: soft tissue plastics, combined esthetic rehabilitation, mucostatic impressions, correction of recession.

Эстетический аспект проведения стоматологических вмешательств требует все более пристального внимания. Для достижения поставленных целей, а именно безупречности с точки зрения эстетики, уже недостаточно применять только ортопедические методы реабилитации. Сильно изменились требования к материалам, еще недавно безупречно работающий продукт сегодня уже не удовлетворяет специалистов.

Использование безметалловых технологий, широкого арсенала бондинговых систем и нано-композитов позволяют успешно решать косметические проблемы, связанные с недостатками твердых тканей зубов. Мы можем восстановить или изменить форму зуба, придать желаемый цвет и насыщенность — технологии работы с твердыми тканями для достижения эстетического результата с каждым годом совершенствуются, и для многих это каждодневная рутина. При этом должного внимания мягкотканной эстетике не уделяется.





Нередко достижению приемлемого косметического результата препятствует состояние мягких тканей. Красоту формируют цвет мягких тканей, десневой контур, наличие межзубных сосочков, и недостаток любого из этих элементов резко снижает уровень эстетики. Именно мягкие ткани определяют коронковую длину зуба, и от того, на каком уровне она находится, полностью зависит успех или неудача конечной реставрации. Каждый, кто занимается хирургией в эстетически важной зоне, знает, как сложно добиться положительного результата. И становится крайне обидно, что кропотливый труд хирурга (пародонтолога) сводится к нулю непрофессиональными действиями ортопеда. Некорректное отношение на различных стадиях ортопедического вмешательства может нанести непоправимый урон даже здоровым тканям, не говоря уже о тканях, которые подвергались хирургическому вмешательству. Необходимо понимать, что успех будет полным только при сочетании хорошей хирургии и качественных ортопедических манипуляций. Слагаемые сохранения мягкотканной эстетики давно известны:

- Уровень препарирования;
- Качество препарирования;
- Атравматическая ретракция;
- Оттиски с применением мукостатичных оттисковых материалов;
- Адекватное временное протезирование;
- Использование современных цементов для фиксации;
- Качественные постоянные реставрации.

Во многом причиной появления проблем с мягкими тканями являются некорректно изготовленные ортопедические реставрации. Ошибки построения окклюзии, неплотное прилегание коронки по уступу, неадекватный выбор реставрационного материала, неполное удаление цемента при фиксации — все это скажется в той или иной мере на мягких тканях.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка обратилась в клинику с целью улучшения эстетики. Ее смущали дефекты реставраций в области фронтальных зубов и “длинные клыки”. После проведенного обследования пациентке рекомендовано:

- Снижение травмирующего воздействия на мягкие ткани при проведении личной гигиены.
- Протезирование жевательной группы зубов для восстановления адекватной окклюзии.
- Устранение рецессии в области 13 и 23 зубов.
- Удлинение коронковой части зубов 11, 21 за счет мягких тканей.
- Изготовление временных реставраций на фронтальных зубах.
- Изготовление постоянных безметалловых реставраций на фронтальных зубах.

После восстановления окклюзионной поверхности жевательной группы зубов мы приступили к устранению рецессии (рис. 1-3).

Получение свободного мягкотканного трансплантата в области неба на уровне 1.6; 1.7 и 2.6; 2.7 зубов соответственно (рис. 4).

Трансплантат помещен в охлажденный физиологический раствор. При “выкраивании” и перемещениях трансплантата необходимо щадяще относиться к нему, так как излишняя “травматизация” может негативно сказаться на выживаемости трансплантата в новом месте (рис. 5).

Микроскальпелем произведен разрез по десневому краю (основной разрез) 1.3 и 2.3 зубов. Применение тонких инструментов также способствовало минимизации травмирующего воздействия на мягкие ткани (рис. 6).



Сделан дополнительный косой разрез между первым и вторым премоляром. Такой разрез должен был служить технологическим отверстием, через которое планировалось перемещение трансплантата к участку рецессии (рис. 7).

Гладилкой произведено соединение основного и дополнительного разрезов, таким образом сформирован т.н. "мягкотканый тоннель" (рис. 8).

В область рецессии 1.3; 2.3 зубов введен препарат PrefGel. Через минуту препарат смыт физиологическим раствором (рис. 9).

В область рецессии введен препарат Endogain (рис. 10).

Игла первично введена в основной разрез и через тоннель выведена из дополнительного разреза. Далее трансплантат фиксируется, и в обратном порядке через дополнительный разрез игла выведена в область рецессии. После проведенных мероприятий оба края шовного материала выходят из основного разреза (рис. 11).

Осторожно при помощи шовного материала и гладилки трансплантат через дополнительный разрез и сформированный тоннель подведен к области рецессии (рис. 12, 13).

Трансплантат фиксируется при помощи атравматических нитей (7-0) (рис. 14).

Дополнительный разрез также ушит атравматическим шовным материалом (7-0). Для успешной эпителизации важно использовать шовный материал с минимальным диаметром иглы и нити (рис. 15).

Через 2 дня после операции швы самостоятельны, появились первые признаки эпителизации (рис. 16-18).

Фото сделано через 7 дней после операции, непосредственно после удаления швов (рис. 19-20).

Произведена стабилизация десневого контура в области 1.3 и 2.3 зубов. Ориентируясь на новую длину коронковой части клыков, планируем операцию по удлинению коронковой части 1.1 и 2.1 зубов (рис. 21).

Окончательный вид десневого края после проведенных мягкотканых вмешательств (рис. 22-24).

Произведено препарирование зубов 1.4; 1.3; 1.2; 1.1; 2.1; 2.2; 2.3; 2.4 по заранее подготовленному восковому шаблону. Следует помнить о недопустимости ввода ретракционной нити в область оперированных 1.3 и 2.3 зубов (рис. 25).



При получении оттисков использовался полиэфирный материал Impregum™ Penta™ H DuoSoft, который позволяет добиться особой деликатности при получении оттисков, особенно это требуется в области, подвергшейся оперативному вмешательству. Материал обладает превосходным мукостатическим эффектом (не раздавливает мягкие ткани), при этом демонстрирует высокую точность. Сочетание вышеперечисленных свойств плюс непревзойденная гидрофильность и гиксотропность материала Impregum™ Penta™ H DuoSoft позволяет получить качественный оттиск не только с зубов, но и с мягких тканей. Мягкое воздействие Impregum™ Penta™ H DuoSoft не приводит к деформации слизистой, позволяя отобразить на модели ее объем и форму (рис. 26).

Временные коронки были изготовлены прямым методом (фото сделано сразу после удаления силиконового шаблона), у пациентки была возможность внести коррективы, которые были учтены при изготовлении постоянной реставрации. В качестве материала для временного протезирования использовался Protemp™ 4. Использование качественных временных конструкций также необходимый этап в стабилизации уровня зубодесневого прикрепления. Необходимо использовать материалы для временного протезирования, которые не только прочны и эстетически устраивают и доктора и пациента, а в первую очередь идеально полируются и нетоксичны по отношению к слизистой (рис. 27).

Постоянные реставрации изготовлены из прессованной керамики (рис. 28, 29).

Реставрации фиксированы в полости рта. После удаления излишков цемента имеются участки капиллярного кровотечения (рис. 30).

Через 10 дней после фиксации реставраций. Мягкие ткани в идеальном состоянии. Нижний зубной ряд отбелен с применением отбеливающей системы для офисного отбеливания (рис. 31-33).

Пациентка удовлетворена результатами проведенного лечения. Для сохранения достигнутых результатов ей изготовлена ночная шина и еще раз разъяснено травмирующее влияние зубной щетки на ткани пародонта при неадекватной технике проведения личной гигиены (рис. 34).

В данном клиническом случае, работая только с твердыми тканями, мы не смогли бы добиться удовлетворительного эстетического результата.

Работа в области мягких тканей должна сопровождаться комплексным подходом, включающим тщательное планирование, соблюдение последовательности в лечебном процессе, наличие в арсенале у стоматолога всего необходимого для проведения микрохирургических вмешательств и широкое применение современных регенерационных материалов.

К сожалению, недостаточная предсказуемость результатов в проведении мягкотканых вмешательств не позволяет нам более точно планировать лечебный процесс. Мы вынуждены отталкиваться от того результата, который будет достигнут после проведения мягкотканых вмешательств. Важно очень четко соблюдать все положенные сроки после формирования нового десневого края, чтобы убедиться в достаточной стабильности уровня десневого прикрепления. Только хирургические методы коррекции десневого края не позволяют достичь идеальной эстетики. При придании окончательного вида мягким тканям важно активно использовать временное протезирование. Важно бережно относиться к сформированному мягкотканному контуру, в частности не травмировать его во время препарирования и получения оттисков. У зубов должен иметься выраженный экватор для предотвращения травмирования мягких тканей пищевым комком. Правильно выверенная окклюзия и отсутствие блокирования при движениях нижней челюсти будут способствовать сохранности мягких тканей. Несомненно, одним из важных факторов сохранения достигнутого уровня зубодесневого прикрепления является обучение пациентов правильной методике чистки зубов, исключающей травмирующее влияние зубной щетки при некорректных движениях. Последующий мониторинг пациентов — также важная составляющая успешного лечебного процесса.