
**ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

PROSTHODONTICS IN CLINICAL PRACTICE

Robert S Klugman, DDS

Former Senior Clinical Lecturer
Department of Prosthodontics
Hebrew University-Hadassah School of Dental Medicine
Private practice
Jerusalem, Israel

Contributions by

Harold Preiskel, MDS, MSc, FDS RCS

Consultant in Prosthetic Dentistry
Guy's Hospital
Private practice
London, UK

and

Avinoam Yaffe, DMD

Professor, Department of Prosthodontics
Director, Graduate Training Program
Hebrew University-Hadassah School of Dental Medicine
Jerusalem, Israel

MARTIN DUNITZ

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Роберт С. Клугман

Комментарии
Хэролда Прискла и Авиноама Йаффе

Перевод с английского

Под общей редакцией
М.М.Антоника



Москва
«МЕДпресс-информ»
2008

УДК 618.314-089.23
ББК 54.58
К51

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с английского: Т.В.Шорина

Клугман Р.С.

К51 Ортопедическое лечение в клинической практике / Роберт С. Клугман ; Пер. с англ. ; Под общ. ред. М.М.Антоника. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 216 с. : ил. ISBN 5-98322-444-1

Книга представляет собой сборник реальных клинических ситуаций, приведенных в едином ключе, богато проиллюстрированных фотографиями пациентов, рентгенограммами, пародонтальными картами и другими диагностическими изображениями.

Рекомендуется врачам стоматологам-ортопедам, студентам стоматологических факультетов.

УДК 616.314-089.23
ББК 54.58

ISBN 5-85317-817-9
ISBN 5-98322-441-1

© 2002 Martin Dunitz Ltd, a member of the Taylor & Francis group
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

Роберт С. Клугман

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Перевод с английского

Под общ. ред. М.М.Антоника



Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Корректоры: *Е.А.Бакаева, Е.В.Мышева, О.А.Эктова*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, Д.В.Давыдов, А.Ю.Кишканов*

Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г. Подписано в печать 17.07.08. Формат 70×100/16.
Бумага мелованная. Печать офсетная. Объем 13,5 п.л. Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №Т-860

Издательство «МЕДпресс-информ». 119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3

Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63

E-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс» в полном соответствии
с качеством предоставленных материалов. 420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2

СОДЕРЖАНИЕ

	Предисловие	7
	Предисловие к изданию на русском языке	9
	Вступление	11
	Введение	13
	Техническая информация	15
	I ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ	19
Пациент 1	Ортопедическое лечение при ретроградном стирании зубов	21
	<i>Куратор Мордехай Кац</i>	
Пациент 2	Ортопедическое лечение при бруксизме	31
	<i>Куратор Дорон Бар-Хен</i>	
Пациент 3	Ортопедическое лечение при повышенной стираемости зубов	39
	<i>Куратор Йегуда Шаал</i>	
	II ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА	51
Пациент 4	Ортопедическое лечение при развившемся генерализованном пародонтите	53
	<i>Куратор Цачи Лер</i>	
Пациент 5	Ортопедическое лечение при вялотекущем пародонтите	63
	<i>Куратор Цачи Лер</i>	
Пациент 6	Ортопедическое лечение при осложненном развившемся пародонтите	73
	<i>Куратор Мириам Оппенгеймер</i>	
Пациент 7	Ортопедическое лечение при развившемся пародонтите в молодом возрасте	83
	<i>Куратор Родика Гринберг</i>	
Пациент 8	Ортопедическое лечение при развившемся пародонтите в зрелом возрасте	91
	<i>Куратор Эйал Тарацци</i>	
Пациент 9	Ортопедическое лечение при пародонтите	101
	<i>Куратор Эйал Тарацци</i>	
Пациент 10	Ортопедическое лечение при бытотекущем пародонтите	109
	<i>Куратор Эрец Манн</i>	

Пациент 11	Ортопедическое лечение при быстро развивающемся пародонтите	119
	<i>Куратор Цви Гутмахер</i>	
III ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ БОЛЬШОГО ЧИСЛА ЗУБОВ 129		
Пациент 12	Ортопедическое лечение при проведении ортогнатической хирургии	131
	<i>Куратор Мириам Калев</i>	
Пациент 13	Ортопедическое лечение при ограниченных финансовых возможностях пациента	141
	<i>Куратор Цачи Лер</i>	
Пациент 14	Ортопедическое лечение после челюстно-лицевой травмы	151
	<i>Куратор Ирит Купершмидт</i>	
Пациент 15	Создание новой окклюзионной высоты	163
	<i>Куратор Шауль Гербард</i>	
Пациент 16	Ортопедическое лечение при развившемся пародонтите	171
	<i>Куратор Эйал Тагари</i>	
IV ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 181		
Пациент 17	Ортопедическое лечение при односторонней расщелине губы и нёба	183
	<i>Куратор Мириам Калев</i>	
Пациент 18	Ортопедическое лечение при односторонней расщелине губы и нёба и частичной адентии	193
	<i>Куратор Томас Захава</i>	
Пациент 19	Ортопедическое лечение при несовершенном амелогенезе (amelogenesis imperfecta)	201
	<i>Куратор Давид Лэви</i>	
Пациент 20	Ортопедическое лечение при двусторонней расщелине губы и нёба	209
	<i>Куратор Йаэл Хоури</i>	

ПРЕДИСЛОВИЕ

Для меня явилось честью и огромным удовольствием участвовать в данном проекте. Книга, которую вы держите в руках, представляет собой плод жизненного опыта авторов, в ней по крупицам собраны жемчужины мудрости и здравого смысла. Работа представляет собой серию клинических случаев лечения пациентов с адаптацией ортопедических методов лечения к конкретной клинической ситуации, а это больше, чем просто возмещение дефектов зубного ряда. Зачастую упускается из виду тот факт, что пациенты с отсутствием большого числа зубов не всегда своевременно являются на прием к врачу. Доктор Кругман и выпускники его школы обследуют пациентов и мотивируют их к лечению.

В этой книге описываются конкретные реальные клинические ситуации. Она предназначена для всех, кто интересуется вопросами ортопедической стоматоло-

гии, позволяя начинающим врачам многое почерпнуть из опыта старших коллег, применить на практике описанные методики, воспользоваться поэтапными схемами лечения и постичь логику процесса лечения.

Не будет ошибкой сказать, что некоторые этапы лечения могут показаться неоригинальными: ортодонтия взрослых, подготовка к имплантации и протезирование на имплантатах, совокупность съемного и несъемного протезирования и т.д. Некоторые методики внедрены уже много лет назад, но они только средство в достижении цели. Доктор Кругман адаптировал богатый клинический опыт и эти хорошо известные методики к требованиям современной ортопедической стоматологии, и это получилось великолепно.

Хэролд Прискл

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Когда книга «Prosthodontics in clinical practice» впервые попала к нам в руки, мы и не подозревали, сколь тернистым и извилистым окажется путь от оригинального издания до законченного русскоязычного. Несмотря на бурное развитие ортопедической стоматологии в нашей стране, отыскать адекватных переводчиков и грамотных редакторов для реализации проекта оказалось довольно сложно, и тем не менее, в конце концов мы справились с поставленной задачей и без ложной скромности можем заявить, что книга состоялась.

«Ортопедическое лечение в клинической практике» представляет собой сборник реальных клинических ситуаций, приведенных в едином ключе, богато проиллюстрированных фотографиями пациентов, рентгенограммами, пародонтальными картами и другими диагностическими изображениями. Все случаи, собранные в книге, курировали студенты выпускного курса Высшей стоматологической школы при всемирно известном лечебном центре в Хадасса (Израиль). Составил и отредактировал книгу их преподаватель Р.Клугман, а каждый случай был прокомментирован деканом факультета ортопедической стоматологии того же вуза, профессором А.Йаффе, и консультантом лондонского Гайз Хоспитал Х.Присклом.

Пожалуй, самая большая ценность этой книги заключается в ненавязчивом формировании клинического мышления и лечебной дисциплины врача-ортопеда. Все представленные в книге случаи осложнены той или иной дентальной либо общесоматической патологией и требуют от врача исключительно комплексного подхода к диагностике, планированию лечения и претворению плана в жизнь. Книга предоставляет читателю возможность 20 раз пройти все стадии лечебно-диагностического процесса, педантично расписанные по единой схеме

от сбора анамнеза до установки постоянных протезов.

«Биомеханика и эстетика» — вот главный девиз создателей книги. По замыслу авторов, ортопед должен являться дирижером хорошо сыгранного оркестра, в состав которого входят врачи самых разнообразных стоматологических специальностей: терапевт, пародонтолог, ортодонт, хирург-имплантолог и др. Только при комплексном подходе к пациенту поставленная задача может быть выполнимой, а результат — долговечным.

Еще одна мысль, звучащая в книге бесконечным рефреном, — «семь раз отмерь, один отрежь». Четкое и грамотное планирование лечения — залог его успеха. При этом подразумевается отнюдь не слепое следование единожды разработанному плану, а стремление предусмотреть любые повороты лечения, гибкое маневрирование врача, способность сменить тактику лечения в рамках генеральной стратегии. «Больше планов, хороших и разных».

И, наконец, еще один ключ к успеху — прочная связь врача и пациента, упорная мотивация последнего к лечению, ибо без сотрудничества пациента наши многолетние усилия на ниве приведения в порядок его полости рта способны не принести желаемых плодов.

Многие клинические ситуации, приведенные в книге, представляют собой случаи 10-, а то и 20-летней давности. Однако назвать их устаревшими язык не поворачивается. Да, с развитием дентальной имплантологии, пародонтологической пластической хирургии, появлением нового стоматологического оборудования некоторые ситуации сегодня могли бы решаться иначе, но они не отменяют общих принципов ведения пациента, а надежный, проверенный временем метод зачастую предпочтительнее малоизвестного нового. Об этом неоднократно упоминают А.Йаффе и Х.Прискл в своих «Обсуждениях случая».

Я хочу поблагодарить всех тех, кто работал над созданием перевода этой книги: переводчика Т.В.Шорину, научного редактора М.М.Антоника, наших консультантов-экспертов проф. Т.Ф.Виноградову и проф. И.Ю.Лебедеенко, сотрудников издательства «МЕДпресс-информ», без которых эта книга не увидела бы свет. Наде-

юсь, что книга поможет вам, нашим читателям, сделать еще один шаг по пути профессионального развития.

Виталий Кульбакин,
главный редактор издательства
«МЕДпресс-информ»

ВСТУПЛЕНИЕ

Идея написания этой книги пришла к нам во время одного из программных семинаров по ортопедической стоматологии нашего выпускного курса.

Один из студентов сделал очень современный доклад о своем пациенте, мы обсуждали диагноз и возможный план лечения. После он рассказал о лечении, доказал его целесообразность. Тогда я понял, что не могу допустить потери такой информации: студент представил потрясающий материал, сформулировал план лечения сложнейшего случая, иллюстрировал ход лечения отличными рентгенограммами и слайдами. Жалко, что только 12 или около того человек, присутствующих в этой комнате, узнают об этом.

Цель этой книги — представить модели лечения и обоснование рациональности такого лечения как можно большему количеству врачей.

На наших семинарах для каждого клинического случая выделялся 1 ч, проводились они в течение недели. Во время докладов преподаватели и студенты задавали вопросы, предлагали свои варианты диагноза и плана лечения, свои варианты стратегии лечения. Это давало возможность всем принять участие в процессе. По нашему твердому убеждению, это самый лучший способ обучения студентов выпускного курса.

Программа выпускного курса по реабилитации пациентов, страдающих стоматологическими заболеваниями, была впервые предложена в 1978 г., когда парламент Израиля разработал закон об определении требований к специальности стоматолога. До этого времени Министерство здоровья признавало только одну-единственную специальность — стоматологическую и челюстно-лицевую хирургию, для которой была разработана программа обучения. В 1979 г. Отделом челюстно-лицевой реабилитации была внедрена программа обучения дипломированных стоматологов-ортопедов.

Программа длительностью 3,5 года включала введение в специальность, освоение базовых знаний и основных требований к специальности. Успешное освоение программы давало студенту основание для сдачи экзамена на получение лицензии специалиста в соответствии с положением Министерства здоровья Израиля о квалификации специалиста по стоматологической реабилитации. На первом этапе обучения 1 или 2 студента из всего курса были вовлечены в программу, со временем программа расширилась, что позволяло привлекать до 4 студентов каждый год. Таким образом, сформировалась группа из 12–16 человек, принимающих активное участие в семинарах и лечении пациентов по новой программе.

Сегодня программа рассчитана на 4 дня в неделю, при этом 4 ч студенты заняты на семинарах. Семинары, в свою очередь, включают представление клинического случая, обзор литературы, анализ возможностей ортопедического лечения. В случае необходимости количество дней семинарских занятий увеличивается.

Наряду с этим студенты проводят 3 дня в неделю на клиническом приеме пациентов под контролем преподавателей. Оставшееся время посвящается исследовательской работе. Многие студенты таким образом заложили основу своей научной работы на соискание степени магистра или доктора.

Программа интегрирована с программами по другим специальностям Стоматологической школы, включая пародонтологию, ортодонтитию, стоматологическую хирургию и эндодонтитию. На этапе выпуска студенты принимают участие в лечении пациентов при помощи имплантатов: они присутствуют на операциях во время хирургического лечения, не выполняя процедуры самостоятельно. Большинство манипуляций таких дисциплин, как пародонтальная хирургия, эндодонтития, стоматологическая хирургия

и ортодонтия, выполняются студентами выпускного курса или специалистами, закончившими обучение.

Философия лечения в программе базируется на клиническом и факультетском опыте преподавателей, изучавших стоматологическое протезирование в Университете штата Пенсильвания, Нью-Йоркском Университете и Университете Торонто в 1960-х и 1970-х годах. Таким образом, различия в базовой подготовке преподавателей привносят в программу разнообразие подходов к лечению. Мы попытались включить лучшие аспекты каждой из вышеупомянутых школ в нашу собственную программу. Некоторые из методов, которые мы используем,

были разработаны непосредственно в Израиле.

Я хотел бы лично поблагодарить всех студентов, прежних и нынешних, особенно тех, кто внес свой вклад в книгу, преподавателей программы, профессора Якоба Эрлиха (Jacob Ehrlich), директора программы профессора Авинаоама Йаффе (Avinoam Yaffe) доктора Исраэля Тамари (Israel Tamari) и доктора Эреца Манна (Erez Mann). Особую благодарность выражаю профессорам Хэролду Присклу (Harold Preiskel) и Авинаоаму Йаффе, которые прокомментировали все клинические случаи, приложили большие усилия в помощь мне, и я сомневаюсь, что без их помощи эта книга была бы написана.

ВВЕДЕНИЕ

Книга включает 4 раздела в соответствии с основными проблемами пациентов: дисфункциями зубочелюстной системы, заболеваниями пародонта, большой потерей зубов, врожденными пороками. Естественно, многие пациенты имели сложную комплексную патологию и могли быть отнесены более чем к одной группе.

Основной целью нашего лечения было выявление причинных факторов формирования стоматологического статуса пациента и методов управления ими. Мы выявляли причинные факторы возникновения заболевания и осуществляли управление ими совместно с пациентом. Для этого проводились мероприятия по нормализации гигиенического состояния полости рта, коррекции привычного питания. В начале лечения с пациентом проводилась подготовительная работа, так, чтобы он отчетливо осознал необходимость тесного сотрудничества с врачом для достижения успеха лечения, в том числе — идеально исполнял требования соблюдать гигиену полости рта. Обучение включало в себя технику применения флосса, зубной щетки, зубных стимуляторов и иных мероприятий по оздоровлению и поддержанию здоровья пародонта. У пациентов, основным заболеванием которых был кариес, проводилось исследование привычного питания, велась работа по прививанию привычки к новой здоровой диете. Лечение общесоматических заболеваний было направлено на выявление состояния внутренней сопротивляемости организма, что в свою очередь определяло, насколько легко можно будет проводить контроль над активностью заболевания. В некоторых случаях, в силу генетической обусловленности патологии, мы не могли влиять на ход заболевания, что определяло изменения в плане лечения. Важно отметить, что все пациенты были некурящими.

Серьезное влияние на лечение оказывает мнение врача общего профиля. Нами

тщательно изучался анамнез жизни пациента, и при необходимости до начала процедур проводились консультации с участием личного терапевта больного.

Традиционно передние зубы верхней челюсти рассматриваются только как инструмент откусывания, речеобразования, эстетики и как передняя направляющая при эксцентрических движениях нижней челюсти. Одним из основных постулатов философии нашего лечения было придание передним зубам дополнительной роли — поддержания окклюзионной высоты. Используя проприоцептивные свойства передних зубов, обеспечивающие биологическую обратную связь, мы уменьшали окклюзионные силы, действующие на зубы. Это учитывалось при лечении зубов со значительными разрушениями твердых тканей, когда было необходимо изменить высоту окклюзии, а также тогда, когда требовалось произвести увеличение окклюзионной высоты для создания оперативного пространства для последующих реставраций.

Наш опыт показывает, что увеличение окклюзионной высоты передних зубов, особенно клыков, значительно снижает усилия, необходимые для откусывания, и предотвращает интрузию других зубов. На самом деле у большинства пациентов мы не увеличивали окклюзионную высоту, а восстанавливали утерянную. Такие пациенты при обращении обычно имеют более глубокий прикус, чем это было свойственно им прежде. У пациентов с интактным зубным рядом, у которых отмечались изменения в высоте окклюзии, мы применяли методику «клыковой платформы»^{1–3}: модифицированный метод для стертых жевательных зубов в противопоставление съемным накладкам («Hawley»). Мы обнаружили, что такой подход минимизирует необходимость в полной реконструкции всей полости рта и необходимость реконструкции здоровых зубов.

У пациентов, страдающих заболеванием пародонта, обычно снижена высота прикуса, при повышении же окклюзионной высоты, к чему мы стремились, мощность латеральных сил снижалась при уменьшении клыкового угла. Это в свою очередь формулировало ряд требований к моделированию высоты клыковой плоскости по отношению к жевательным зубам.

Пациентам, у которых оставшиеся зубы не имели антагонистов и отсутствовали окклюзионные контакты в связи с поражением зубочелюстной системы развившимся пародонтитом и значительной убылью костной ткани альвеолярного отростка, устанавливались имплантаты для создания в дальнейшем дополнительных окклюзионных опор. Тем не менее, установив имплантаты для создания дополнительных окклюзионных контактов-опор, мы уделяли особое внимание латеральным и протрузионным движениям нижней челюсти, направляемых оставшимися естественными зубами⁴⁻⁶.

У пациентов с измененной окклюзионной высотой биомеханические факторы играли прерогативную и определяющую роль в создании достаточного окклюзионно-десневого пространства для будущей реставрации. В этих случаях мы старались свести количество меняющих статус мероприятий к необходимому минимуму.

Если позволяла степень активности развившегося пародонтита и соотношение величины клинической коронки к величине корня зуба, пациенту проводилось ортодонтическое лечение, приводившее к улучшению показателей упомянутого соотношения. Используя этот метод лечения в сочетании с очень тщательной гигиеной полости рта, включавшей снятие зубных отложений и кюретаж, мы добивались того, что зуб был окружен здоровыми опорными тканями.

Все этапы лечения документированы на фотографиях и рентгеновских снимках, которые легли в основу этой книги. Наблюдение за пациентами после лечения продолжалось выпускниками в их дальнейшей самостоятельной практике.

В настоящее время существуют две системы регистрации зубной формулы (американская и международная), получившие широкое распространение. В данной книге для описания положения зубов применяется система Palmer. Классификация Palmer делит зубной ряд на 4 квадранта, обозначения зубов верхней челюсти (максиллярных зубов) располагаются над горизонтальной линией, обозначения зубов нижней челюсти (мандибулярных) располагаются под горизонтальной линией. Правая сторона зубного ряда отображена слева по вертикали, левая — справа по вертикали, зубы имеют нумерацию от 1 до 8 в каждом квадранте, начало нумерации — от центра. Схема имеет следующий вид:

Зубы верхней челюсти 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
Зубы нижней челюсти 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Таким образом, верхнечелюстной правый премоляр будет изображаться следующим образом:

4	

В соответствии с американской классификацией этот зуб был бы обозначен цифрой 5, а в соответствии с международной — 14.

ЛИТЕРАТУРА

1. Yaffe A, Ehrlich J, The canine platform a modified method for posterior tooth eruption, *Compend Cont Education* (1985) 6:382-5.
2. Abrams L, Occlusal adjustment by selective grinding. In: Goldman HM, Cohen DW, eds, *Periodontal Therapy*, 6th edn (CV Mosby: St Louis, 1980).
3. Amsterdam M, Periodontal prosthesis. Twenty-five years in retrospect, *Alpha Omegan* (scientific issue) (1974) December.
4. Hannam AG, Matthews B, Reflex jaw opening in response to stimulation of periodontal mechanoreceptors in the cat, *Arch Oral Biol* (1969) 14:415.
5. Wood WW, Tobias DL, EMG response to alteration of tooth contacts on occlusal splints during maximal clenching, *J Prosthet Dent* (1984) 51 (3):394-6.
6. Storey AT, Neurophysiological aspects of TMD, presented at the American Dental Association, Chicago, 1982.

ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пациентам, которым планировалось изготовление несъемных протезов, студенты выпускного курса проводили препарирование зубов, которые рассматривались как опорные. В области зубов с условно здоровым пародонтом проводилось препарирование для придания коронковой части зуба конической формы. Обычное препарирование с формированием уступа не было показано в данной ситуации в связи с тем, что нагрузка на структуры корня зуба оставалась бы значительной, так как размер плеча был слишком велик.

Студент получал оттиск препарированного зуба или оттиск всей зубной дуги эластомерной массой. В связи со многими сложностями, возникающими во время получения двухслойных оттисков всей зубной дуги – смещение ретракционной нити, кровоточивость десен, появление пузырьков в дистальных участках оттиска, мы отдавали предпочтение однослойным оттискам¹, что оправдано при работе с зубами с поврежденным пародонтом.

Студенты препарировали зубы в соответствии с планируемым протезированием, изготавливали временные протезы, при этом количество посещений, естественно, было индивидуальным для каждого пациента.

Когда все зубы были отпрепарированы, определена их высота посредством временных протезов, выверена вестибулярная линия, тщательно выверялись положение и вид каждого зуба до достижения желаемого результата.

В то же время мы хотели бы поделиться своим опытом о том, что, когда мы получали оттиск всей зубной дуги, отображение некоторых зубов в полном оттиске было недостаточно точным, так как чрезвычайно сложно получить точный отпечаток всех зубов в полном оттиске, особенно если поражен пародонт, клинические коронки зубов удлинены, длина и направление осей зубов значительно изме-

нены¹. На лабораторном этапе изготовления протеза также бывает сложно создать восковую композицию конструкции с несколькими опорами, избежав деформации. Для достижения возможности снятия с опорных зубов единой конструкции необходимо провести дополнительное лечение, что травматично для пациента. Мы понимаем, что несомненными преимуществами полного оттиска всей зубной дуги являются простота изготовления полной модели, возможность литья на модели и отсутствие необходимости пайки составных частей металлической конструкции.

Пластмассовая конструкция припасовывалась на препарированных зубах и выдерживалась в 70% растворе спирта. Такая обработка делает конструкцию более мягкой и податливой, а поверхность – более гладкой и чистой, исключая возможность отслоения пластмассовых наслоений. Конструкция покрывается метил-метакрилатной пластмассой и устанавливается на препарированных зубах. Конструкцию снимают, пластмасса выступает на величину 0,5 мм. Чтобы избежать образования пузырьков, просверливаются отводные отверстия на окклюзионной или режущей поверхностях, и затем ксантопреном голубого или зеленого цвета снимают оттиск. Модель для получения штампов должна быть немедленно отлита из гипса. Штампики вынимаются не ранее чем через 1 ч. Затем производится упрочнение штампов посредством цианакрилата («Super Glue-5», Loctite International, Welwyn Garden City, UK); чтобы создать очень тонкий защитный слой, их покрывают тонким слоем вазелина.

Самотвердеющая пластмасса «Duralay» (Reliance Denta Manufacturing Company, Worth, IL, USA) наносится на штампики по методике neylon paintbrush (технология нейлоновой кисточки). Neylon-технология – методика, когда тонкой кисточкой

наносится тонкий слой мономера, затем слой порошка, чтобы лучше закрепить частички пластмассы, — так моделируются окклюзионная поверхность или режущий край, пришеечная область, гингивальный край.

В пластмассовой конструкции просверливали отверстие так, чтобы при припасовке было видно, что конструкция плотно установлена на опорных зубах. Пластмассовая конструкция должна прочно и точно сидеть на препарированных зубах, для этого ее необходимо припасовывать, уточнять, края конструкции должны быть четко отработаны. Для определения центрального соотношения и регистрации окклюзионной высоты использовались пластмассовые каппы. Получали оттиск всего зубного ряда (вместе с пластмассовой конструкцией) эластомерным материалом («Impregum») и выводили из полости рта вместе с пластмассовой конструкцией^{2,3}. Штампики устанавливались в соответствующие лунки, и изготавливалась мастер-модель.

По полученным регистратам центрального соотношения челюстей и окклюзионной высоты гипсовые модели устанавливали в артикулятор. Индивидуальные детали протеза моделировались из воска и отливались из металла.

Когда металлические детали каркаса были получены из лаборатории, в клинике проводилась их проверка и их припасовка в полости рта, сочленение деталей производилось самотвердеющей пластмассой. Затем каркас отправляли в лабораторию для пайки. После пайки проводился очередной этап припасовки каркаса, затем делалась новая регистрация центрального соотношения. Каркас извлекался из полости рта вместе с эластомерным оттиском («Impregum») всей зубной дуги, с точным отображением рельефа мягких тканей.

На данном этапе нет необходимости в изготовлении индивидуальных штампов — в зуботехнической лаборатории упроченный пластмассовый каркас помещается в лубрикант (вазелиновый гель), чтобы в дальнейшем было возможно произвести литье металлического каркаса на модели. Это окончательный вариант мас-

тер-модели. Эта техника не только дает четкое отображение тканей, но и обеспечивает плотное прилегание уже отлитого каркаса, позволяет избежать деформации каркаса на различных этапах.

Рабочая мастер-модель устанавливалась в частично регулируемый артикулятор («Hanau», Teledyne Hanau, Buffalo, NY, USA) посредством лицевой дуги, с учетом данных измерений окклюзионной высоты, проведенной с помощью временных протезов. Так как модели устанавливались в артикулятор с учетом центрального соотношения и окклюзионной высоты, то в полностью регулируемом артикуляторе не было необходимости⁴.

Затем на металлический каркас наносилась керамическая масса, производился обжиг, конструкция припасовывалась в полости рта, особое внимание уделялось выверению окклюзии.

При необходимости выверение окклюзии проводилось посредством маленького круглого алмазного бора и артикуляционной бумаги до тех пор, пока артикуляционная бумага не показывала наличие полноценных равномерных контактов в положении центрального соотношения (совпадающего с центральной окклюзией) в области жевательных зубов и легких контактов в области передних зубов. После этого протез возвращался в лабораторию для нанесения глянца.

В следующее посещение производилась фиксация протеза временно на цинк-оксидную пасту на 24–72 ч. Когда пациент вновь приходил на прием, еще раз производилась проверка окклюзии и, при необходимости, ее коррекция. Затем протез фиксировался на пасту из окиси цинка с эвгенолом («Temp-Bond», Romulus, MI, USA) на следующие 72 часа, предварительно зубы обрабатывались вазелином. Если не проводилась расцементировка, то протез оставался во рту на временной фиксации на период до 3 нед.

Во время каждого посещения пациента спрашивали о его ощущениях, удобстве пользования новыми протезами. Только когда пациент полностью адаптировался и говорил, что доволен новыми протезами, производилась окончательная фиксация на цинкфосфатный цемент. Протезы

фиксируются на небольшие порции материала, постепенно, чтобы не нарушить и максимально сохранить окклюзионные контакты, выверяя их на каждом этапе фиксации. После фиксации вновь проводилась проверка окклюзии.

БЛАГОДАРНОСТИ

Приношу свою благодарность зуботехнической лаборатории Арден (Arden Dental Laboratory) за представленные в этой книге фотографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gelbard S, Aoskar Y, Zelkind M, Stem N, Effect of impression materials and techniques on the marginal fit of metal castings, *J Prosthet Dent* (1994) 71(1):1–6.
2. Azizogli MA, Catania EM, Weiner S, Comparison of the accuracy of working casts made by direct and transfer coping procedures, *J Prosthet Dent* (1999) 81(4):392–8.
3. Lin CC, Ziebert GJ, Donegan SJ, Dhuru VB, Accuracy of impression materials for complete-arch fixed partial dentures, *J Prosthet Dent* (1988) 59(3):288–91.
4. Weinberg L, *Atlas of Crown and Bridge Prosthodontics* (Mosby: St Louis, 1965).

I

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПРИ ДИСФУНКЦИИ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

ПАЦИЕНТ 1

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РЕТРОГРАДНОМ СТИРАНИИ ЗУБОВ

Куратор Мордехай Кац

ПАЦИЕНТ

Пациент 56 лет, работающий по контракту строителем, обратился за помощью в стоматологическую клинику выпускного курса. Его основные жалобы (рис. 1.1–1.3):

«Я не могу есть».

«Мои передние зубы качаются».

«Я иногда «кусаю» сам себя».

АНАМНЕЗ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Анамнез перенесенных заболеваний пациента ничем не примечателен. У пациента не отмечались аллергические реакции, он никогда не принимал каких-либо лекарственных средств.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Пациент никогда не посещал стоматолога. Его последний визит к стоматологу случился в возрасте 16 лет, когда были удалены моляры нижней челюсти. Пациент жаловался, что у него всегда были увеличены промежутки между зубами, но он чувствует, что в последнее время они стали увеличиваться. Чистит зубы два раза

в день, утром и вечером, никогда не пользовался зубной пастой – только щеткой.

НАРУЖНЫЙ ОСМОТР (см. рис. 1.4 и 1.5)

- Лицо симметричное.
- Профиль прямой, выпуклый.
- Височно-нижнечелюстной сустав в норме.
- Жевательная мускулатура в норме.
- Максимальное открывание рта – 40 мм.
- Движения нижней челюсти: небольшое смещение влево (девиация) при откры-



Рис. 1.1. Передние зубы.



Рис. 1.2. Жевательные зубы – правая сторона.



Рис. 1.3. Жевательные зубы – левая сторона.

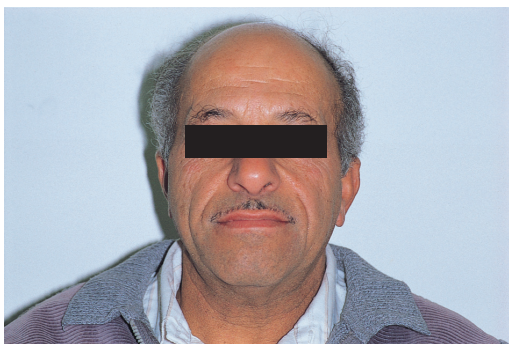


Рис. 1.4. Лицо анфас.



Рис. 1.5. Лицо в профиль.

вании рта и соответственное возвратное движение во время закрывания.

- Небольшое смещение средней линии.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Верхняя челюсть (рис. 1.6):

- Очень плохая гигиена полости рта.
- Зубная дуга параболической формы.
- Кариес.
- Увеличенные промежутки между передними зубами.
- Отсутствие правых третьих моляров, левого первого премоляра.
- Пломбы из амальгамы левых и правых премоляров и моляров.
- Ретроградная стираемость зубов.
- Пространство на месте удаленного премоляра и соответственное смещение левого клыка дистально.
- Левый клык — обнажена пульпа.
- Свищевые ходы на вестибулярной щечной поверхности альвеолярного отростка в области первого правого премоляра и левого латерального резца.
- Выдвижение (сверхэрупция) первых премоляров и моляров на обеих сторонах.

Нижняя челюсть (рис. 1.7):

- Зубная дуга параболической формы.
- Атрофия альвеолярного гребня и участок значительной резорбции в области.

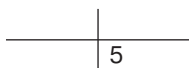
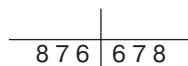


Рис. 1.6. Дуга верхней челюсти.

- Кариес.
- Удалены:



- Левый центральный резец смещен вестибулярно.

Исследование окклюзии (см. рис. 1.1–1.3): у пациента окклюзия III класса по Энглю, с перекрестным перекрытием во фронтальном участке. Межокклюзионное пространство в состоянии покоя 5,0 мм. Величина сагиттального расстояния между резцами* 1,0 мм и вертикального перекрытия резцов (overbite) 3,0 мм. Разница между центральной соотносией челюстей и центральной окклюзией — 1,0 мм в переднезаднем направлении.

- Подвижность 2-й степени верхнечелюстного левого второго моляра, 1-й сте-

* Расстояние при сомкнутых зубах между режущим краем верхнечелюстных резцов и вестибулярной поверхностью нижнечелюстных резцов — overjet. — Примеч. ред.



Рис. 1.7. Дуга нижней челюсти.

- пени – второго моляра и 1–2-й степени – верхнечелюстного левого резца.
- Подвижность 3-й степени отмечалась у нижнечелюстного левого центрального резца, 2-й степени у нижнечелюстного правого центрального резца, 1-й степени у нижнечелюстного латерального резца, 1–2-й степени у правого нижнечелюстного клыка.
 - При закрывании рта первичные контакты отмечались в области первого премоляра и резцов.
 - При латеральных движениях нижней челюсти влево на нерабочей стороне отмечались преждевременные контакты в области правых латеральных резцов, нижнечелюстного первого премоляра, правого центрального резца и нижнечелюстного клыка.
 - При латеральных движениях нижней челюсти вправо на нерабочей стороне возникают преждевременные контакты между верхнечелюстными левыми резцами и левым нижнечелюстным клыком.
 - В переднем ведении в начале протрузионного движения нижней челюсти участвуют правые премоляры нижней челюсти, в конце протрузии левые премоляры также входят в контакт.

На рабочей стороне во время латеральных движений вправо отмечались контакты правого верхнечелюстного второго премоляра и правого нижнечелюстного второго премоляра, при латеральных движениях влево – контакты между левым верхнечелюстным премоляром и

нижнечелюстным левым вторым премоляром.

Исследование состояния пародонта (рис. 1.8 и 1.9) выявило огромное количество мягкого налета и зубного камня, пародонтальный зонд погружался в зубодесневой карман на глубину 6 мм у зубов нижней челюсти и на 7 мм у зубов верхней челюсти. Кровоточивость при зондировании отмечалась у большинства зубов. У некоторых зубов отмечалась атрофия десны (см. рис. 1.1–1.3).

У верхнечелюстного правого первого моляра отмечалась атрофия костной ткани 2-й степени со щечной поверхности, 1-й степени с мезиальной поверхности, у верхнечелюстного левого первого моляра отмечалась убыль костной ткани 3-й степени с мезиальной и щечной поверхностей. У второго левого моляра отмечалась убыль костной ткани 1-й степени в области мезиальной и щечной поверхностей.

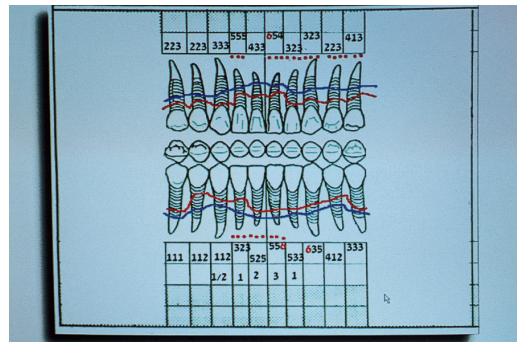


Рис. 1.8. Пародонтальная карта зубов нижней челюсти.

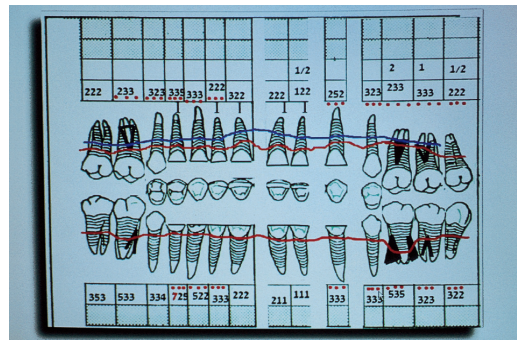


Рис. 1.9. Пародонтальная карта зубов верхней челюсти.

АНАЛИЗ ВНУТРИРОТОВЫХ РЕНТГЕНОГРАММ ВСЕХ ЗУБОВ В ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (рис. 1.10)

- Разрезание костной ткани в периапикальной области:

6	4	3	2	3
---	---	---	---	---

- Кариез:

				5
--	--	--	--	---

- Значительная горизонтальная и вертикальная атрофия костной ткани альвеолярного отростка в области большинства зубов.
- Атрофия менее 1/3 костной ткани в области:

4	3	6	8
2	1	1	2

- Атрофия менее 2/3 костной ткани в области:

7	6	2	1	5	7
5	4	3	3	4	5

- Более 2/3 костной ткани в области:

5	3	1	2
---	---	---	---

ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Цефалометрический анализ (рис. 1.11) проводился для выявления соотношений:

- Положения верхней челюсти по отношению к черепу.
- Положения нижней челюсти по отношению к черепу.
- Положения верхней челюсти по отношению к нижней.

Выявлено:

	Измерения	Среднее
Go-Gn	82	84
Co-Gn	125	122,5
Palatal plane, точка A	59	59

(Go – gonion, Gn – gnation, Co – condyle)

Внутридуговые соотношения:

SNA	85		
SNB	83		
ANB		2	2

(SNA – sella nasion – точка A, SNB – sella nasion – точка B, ANB – разность между A и B)

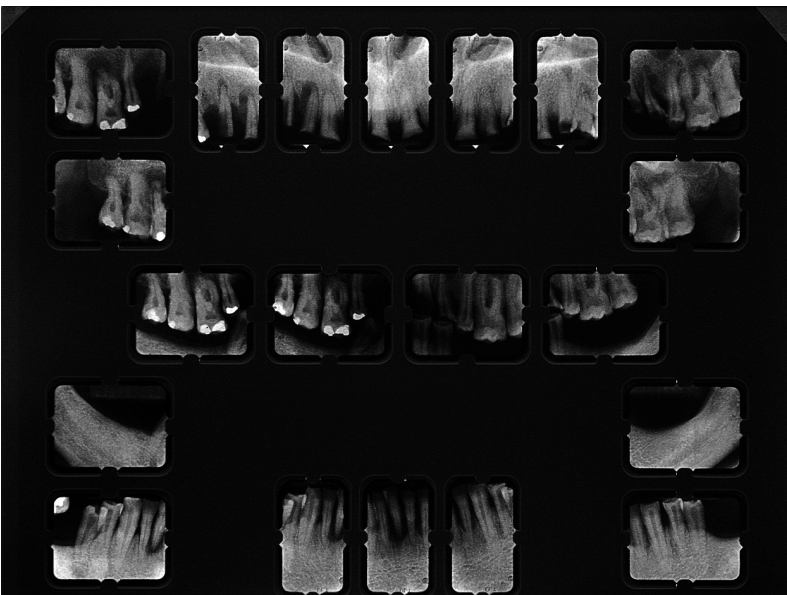


Рис. 1.10. Рентгенограммы зубов верхней и нижней челюсти.

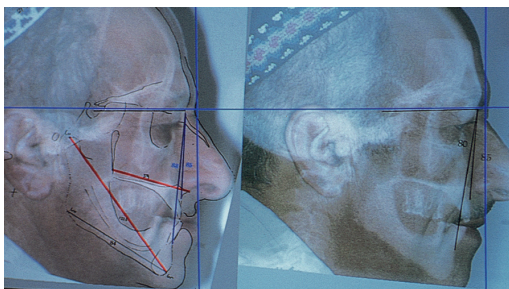


Рис. 1.11. Цефалометрический анализ.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ДЛЯ ЗУБОВ

- Безнадежны:

4	6
1	1

- Под вопросом:

3	2 3 7
2	2

- Плохой прогноз:

6	
	5

- Удовлетворительный прогноз:

7 2 1	1 5
5 4 3	3 4

- Хороший прогноз – нет.

ДИАГНОЗ

- Оклюзия III класса по Энглю.
- Развившийся пародонтит.
- Снижение резервных возможностей дистальных опор.
- Отсутствие зубов, осложненное смещением зубов.
- Очень сильное стирание зубов в связи с профессиональной деятельностью.
- Кариес.
- Снижение окклюзионной высоты.
- Нарушение формы окклюзионной плоскости с выдвижением и наклоном зубов.
- Вторичная окклюзионная травма с первичными источниками.
- Разрежение костной ткани в периапикальной области ряда зубов.

О ПАЦИЕНТЕ

Пациент был очень доброжелателен и готов выполнять все рекомендации врача.

Хорошо шел на сотрудничество, высказывал желание иметь съемные или несъемные протезы.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ТРУДНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

- Отсутствие большого количества зубов в сочетании со значительной атрофией альвеолярного гребня и смещением зубов.
- Повышенное стирание зубов в сочетании с атрофией костной ткани и разрежением в периапикальной области ряда зубов.
- Пародонт многих зубов поражен, и прогноз их лечения неблагоприятен.
- Снижение окклюзионной высоты и вертикальное смещение зубов, изменение формы окклюзионной плоскости.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

I этап. Предварительная подготовка

- Предварительная подготовка включала инструктаж пациента по соблюдению гигиены полости рта, снятие зубных отложений и выравнивание поверхности корней.
- Удаление безнадежных зубов.
- Пломбирование кариозных полостей, при необходимости – эндодонтическое лечение.
- Оценка готовности к сотрудничеству пациента.
- Изготовление временных несъемных протезов, восстанавливающих утраченную окклюзионную высоту и обеспечивающих фиксацию окклюзии при новых вертикальных параметрах.

Анализ проделанной работы и переход ко II этапу.

II этап. Варианты лечения

Верхняя челюсть:

- Несъемные и частичные съемные протезы.
- Несъемные протезы с опорами на имеющиеся зубы и имплантаты.
- Несъемные протезы с опорами на имеющиеся зубы.

Нижняя челюсть:

- Несъемные и съемные протезы.
- Несъемные протезы с опорами на имеющиеся зубы и имплантаты.

ЛЕЧЕНИЕ

Предварительное лечение включало обучение пациента соблюдению правил гигиены полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений (рис. 1.12–1.14). Были удалены безнадежные зубы верхней челюсти: правые первый премоляр и клык и левые клык и первый моляр. Проведено эндодонтическое лечение зубов верхней челюсти: правого первого моляра, левого латерального резца и левых второго и третьего моляров. Проведена реставрация указанных зубов композитными материалами.

После исключения жесткой (абразивной) диеты, разъедающих (эрозивных) компонентов, дневного и ночного бруксизма, мы пришли к заключению, что ретроградный износ зубов пациента был вследствие того, что он потерял много зубов за эти годы, и остающиеся зубы принимали на себя всю жевательную функцию. Кроме того, будучи по профессии строителем, он постоянно работал в условиях повышенной запыленности, что также явилось фактором, приводившим к ретроградному стиранию зубов.

Для того чтобы восстановить твердые ткани зубов, утрата которых происходила в течение многих лет, имеющиеся зубы были препарированы и восстановлены, были изготовлены временные протезы с учетом новых вертикальных параметров окклюзии. Этот новый вертикальный размер был определен с учетом применения функциональных и биомеханических норм.

Временные реставрации моделировались в новой окклюзионной высоте и окклюзионной схеме с учетом следующих требований:

- Максимальное число окклюзионных контактов.
- При латеральных движениях не должно быть балансирующих контактов (на рабочей стороне).



Рис. 1.12. Передние зубы после проведения предварительного лечения.



Рис. 1.13. Жевательные зубы после предварительной подготовки – левая сторона.



Рис. 1.14. Жевательные зубы после предварительной подготовки – правая сторона.

- Пространство между зубами при латеральных движениях не должно быть более 1 мм.
- Изменение вертикального размера с наличием максимальных контактов между передними зубами в центральном соотношении.

- Должна быть обеспечена оптимальная величина сагиттального расстояния между резцами (*overjet*) и вертикального перекрытия резцов (*overbite*) для протрузионного движения нижней челюсти (параметры должны проверяться и в процессе лечения, и при цефалографических исследованиях после лечения).
- SNB (после изготовления временных протезов) – 80.
- ANB (после изготовления временных протезов) – 5.

С целью выявления возможности установки имплантатов была проведена компьютерная томография. В результате ее анализа мы поняли, что установка имплантатов невозможна в связи с недостаточностью костной ткани альвеолярного отростка, его значительной атрофией, произошедшей по причине ранней потери большого количества зубов.

Было проведено эндодонтическое лечение второго левого премоляра. Для улучшения прогноза лечения коронка зуба была укорочена, таким образом было уравновешено соотношение коронка/корень, затем произведена реставрация коронковой части зуба, чтобы в дальнейшем его можно было использовать в качестве опорного при изготовлении частично-съемного протеза. Был изготовлен съемный протез на нижнюю челюсть, возмещающий отсутствующие моляры, центральный резец и второй премоляр.

В связи с тем, что в состоянии пародонта произошли разительные положительные изменения, которые мы связывали с улучшением гигиенического состояния полости рта и дисциплинированным выполнением пациентом рекомендаций врача, мы решили, что можно перейти к этапу замены временных протезов на постоянные, учитывая новые параметры окклюзионной высоты, установленной благодаря промежуточным конструкциям.

С зубов верхней челюсти был получен оттиск эластомерной слепочной массой, отлиты модели, изготовлены штампика. Затем оттиск снимали полиэфирной слепочной массой, отлита модель. На ниж-

ней челюсти было проведено окончательное препарирование в области мезиодистальных поверхностей первого левого и второго правого премоляров.

Далее получали оттиск меркаптаном с использованием индивидуальной ложки (рис. 1.15). Металлический каркас припасовывался в полости рта. Производилась регистрация и фиксация центрального соотношения и окклюзионной высоты посредством акрилового материала, смоделированного на металлическом каркасе. С помощью лицевой дуги модели устанавливались в артикулятор «Напау». Металлические колпачки, изготовленные на зубы верхней челюсти, устанавливались и фиксировались беззольной пластмассой для спайки (*pattern resin*). Полученная после пайки дуга была припасована в полости рта, снят оттиск полиэфирной слепочной массой (рис. 1.16) для получения отображения окружающих тканей, и изготовлена окончательная мастер-модель.

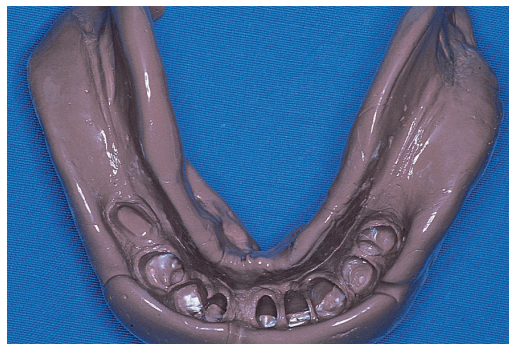


Рис. 1.15. Слепок нижней челюсти. Меркаптан.



Рис. 1.16. Завершение лечения – передние зубы.

Металлический каркас устанавливали в артикулятор «Напау» с учетом лицевой дуги и регистрации окклюзии на беззольной пластмассе. Определяли цвет, наносили и обжигали керамическую массу. Протез припасовывали в полости рта, проверяли окклюзию с учетом движений нижней челюсти. Для того чтобы добиться полного совпадения цвета зубов верхней и нижней челюстей, на съемный протез нижней челюсти были установлены керамические искусственные зубы.

Произведены временная фиксация протезов на верхнюю челюсть и наложение протеза на нижнюю. Через 2 нед. произведена постоянная фиксация протеза на верхнюю челюсть (на цинкоксидный цемент) (рис. 1.17–1.21).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациент обратился в клинику с жалобами на боль, отсутствие зубов, затрудненное жевание. Он не посещал стоматолога

40 лет, считая, что для сохранения здоровья полости рта достаточно чистить зубы дважды в день. Гигиеническое состояние полости рта было неудовлетворительным, налицо был развившийся пародонтит. У пациента многие зубы отсутствовали, оставшиеся были подвижны, их положение было изменено, в области многих зубов имелись выраженные периапикальные изменения. Коронки некоторых зубов были истерты, поражены кариесом, некоторые зубы выдвинулись, заняв место зубов-антагонистов, центральная линия смещена, окклюзионная высота снижена, окклюзионная плоскость деформирована, отмечался перекрестный прикус в области резцов. Рентгенологическое исследование альвеолярного отростка выявило недостаточность костной ткани для установки имплантатов. Тем не менее, благодаря нормализации гигиенического состояния полости рта, лечению пародонтита, эндодонтическому и ортопеди-



Рис. 1.17. Завершение лечения – дуга верхней челюсти.



Рис. 1.19. Завершение лечения – жевательные зубы, левая сторона.



Рис. 1.18. Завершение лечения – зубы нижней челюсти.



Рис. 1.20. Завершение лечения – жевательные зубы, правая сторона.

нёбной пластины, закрывающей ороназальную фистулу и предотвращающей попадание пищи и воды в полость носа.

ОБСУЖДЕНИЕ СЛУЧАЯ АВИНОАМ ЙАФФЕ

Представленный нам пациент, 17-летний студент, страдал от проблем, связанных с нарушением функции и эстетики. Он был рад избавиться от ортодонтической пластины, выполнявшей функцию ретенционного аппарата и возмещавшей отсутствующие латеральные резцы. Несмотря на то, что была возможность ликвидации свищевого хода хирургическим методом, пациент отказался от такого пути, заявив, что фистула ему не мешает. Тем не менее, фистула представляла проблему с медицинской точки зрения, так что obturator, предложенный в качестве альтернативы хирургическому лечению, явился вариантом, удовлетворившим и врачей, и пациента. Был изготовлен несъемный частичный протез с крепящейся к нему съемной пластиной, закрывающей свищевой ход. До того как были изготовлены временные протезы, была произведена избирательная пришлифовка зубов с целью достижения максимальной стабильной окклюзии и свободы в движениях нижней челюсти. Дополнительные окклюзионные опоры

были получены благодаря пассивному прорезыванию моляров, которые до того момента прорезались не полностью.

ОБСУЖДЕНИЕ СЛУЧАЯ ХЭРОЛД ПРИСКЛ

Успех лечения представленного пациента является результатом слаженной деятельности команды врачей и правильно мотивированного пациента. При помощи временных композитных надстроек на зубы нижней челюсти была ликвидирована сепарация моляров движениями языка на правой стороне и достигнута стабильная окклюзия. Отсутствующие латеральные резцы верхней челюсти были замещены путем изготовления частичного мостовидного протеза, собственно, это и было именно тем, о чем мечтал пациент. Ороназальная фистула была закрыта тонкой съемной золотой пластиной, крепящейся посредством аттачмена к нёбной поверхности латерального резца мостовидного протеза. Для того чтобы достичь плотного прилегания пластины, ее рельеф и место размещения аттачмена были тщательно смоделированы и выверены. Это подчеркивает важность составления плана всего лечения, включившего и установку съемного протеза.