

Рисунок 1.

ОПТГ от
16.06.03,
до начала
лечения



Рисунок 3.

ОПТГ после
установки
имплантатов



Рисунок 2.

ОПТГ от 10.03.04 г., исходная
клиническая ситуация, планирование по-
становки дополнительных имплантатов



а)



б)



в)



г)



д)



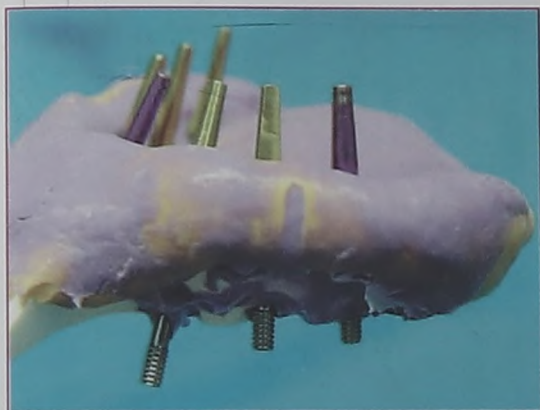
е)



Рисунок 4.

Снятие слепки открытой ложкой (а — установлены слепочные трансферы; б, в, г — нанесение корректирующей массы; д — введена слепочная ложка с базисной массой; е — оттиск готов)

а)



б)

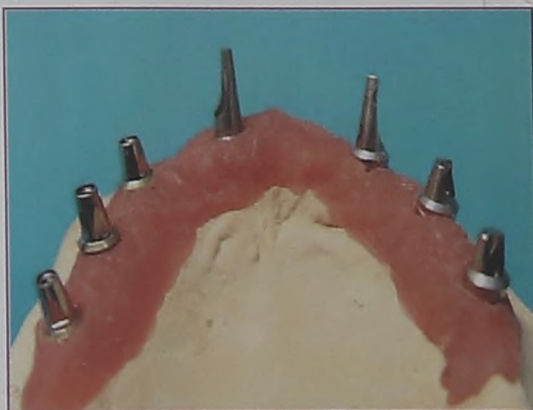


Рисунок 5.

Первый технический этап а) — в слепок введены аналоги имплантатов;
б) — отлитая модель с десневой маской и установленными супраструктурами

а)



б)



Рисунок 6.

Фиксация межальвеолярной
высоты
(а — до, б — после)



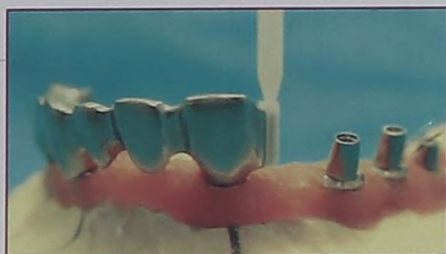
а)



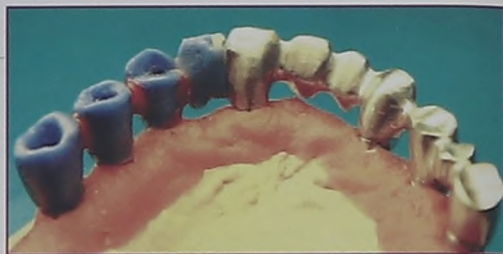
б)

Рисунок 7.1

Второй технический этап
а) после фрезерования;
б) установка патричной
части замка



а)



б)

Рисунок 7.2 Второй технический этап. а) установка матричной части замка; б) отделирована условно-съемная часть



а)



б)

Рисунок 7.3 Припасовка каркасов на мастер-модели



Рисунок 8.

Проверка каркасов в
полости рта

Рисунок 9.

Готовая работа
в полости рта



Решение проблем зубного протезирования пациентов с имплантатами, установленными непараллельно, на примере клинического случая

В. А. Стрижаков

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

При устранении дефектов зубного ряда с помощью имплантатов с последующим зубным протезированием в ряде случаев при неблагоприятных анатомо-топографических условиях возникает проблема непараллельности установленных имплантатов. Такое положение имплантатов существенно затрудняет дальнейшее протезирование. В работе рассмотрен типичный клинический случай, когда при данной проблеме проводится рациональное протезирование. Приводится алгоритм ортопедического лечения.

Ключевые слова: имплантация, кувальда аббатмена, замковые крепления.

В настоящее время с ростом технологического прогресса идет активное развитие имплантологии, а как следствие, и ортопедического лечения пациентов. В планировании хирургического лечения (постановки имплантатов) ведущую роль играет анатомо-топографическое строение челюстей. Не во всех случаях есть возможность установить имплантаты параллельно. Поэтому возникает проблема непараллельных имплантатов, которая затрудняет дальнейшее протезирование.

Различные компании, выпускающие системы для имплантации («Antogug», «Simados», «Конмет», и др.), учитывают данную проблему и предлагают ряд решений для ее устранения. [1, 3]

Цель работы — показать оптимальное решение проблем протезирования у пациентов с имплантатами, установленными непараллельно, на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования

С ноября 2004 г. по август 2008 г. в нашу клинику обратилось 125 пациентов с целью протезирования на имплантатах. При детальном изучении клинической картины каждого обратившегося, была выявлена непараллельность имплантатов у 37 больных с протяженными дефектами зубного ряда.

Более детально решение данной проблемы рассмотрим на примере одного клинического случая, типичного для данной ситуации.

У пациентки Т. год назад было проведено хирургическое лечение с установкой четырех

имплантатов на верхнюю челюсть, с последующим протезированием частично съемной конструкцией (см. цв. вкладку рис. 1–2).

В данной системе были выявлены недостатки: кувальда аббатмена не имел необходимого наклона. Поэтому было затруднено наложение протеза, пациентка испытывала дискомфорт при жевании.

Нами было предложена установка трех дополнительных имплантатов (на месте 1.2, 1.5, 2.6 зубов), с последующим протезированием несъемной конструкцией с замковым креплением (см. цв. вкладку рис. 2–3). [2, 4]

Первый клинический этап: снятие двухслойного оттиска сендвич-методом открытой слепочной ложкой (см. цв. вкладку рис. 4) с верхней челюсти А-силиконом «BISICO» (Германия); снятие вспомогательного двухслойного оттиска сендвич-методом с нижней челюсти.

Первый технический этап: отливка мастер-модели из сверхтвердого гипса «FUJIROK-EP» (Япония) для верхней челюсти с использованием десневой маски «ESTHETIC MASK» (Германия) и вспомогательной модели для нижней челюсти из сверхтвердого гипса «FUJIROK-EP» (Япония), установка супраструктур на модели (для создания соотности используются угловые опорные супраструктуры (цементируемые) и опорные разъемные разных градусов) «КОНМЕТ» (Россия) [1]; изготовление воскового базиса с окклюзионным валиком (см. цв. вкладку рис. 5).

Второй клинический этап: определение центрального соотношения челюстей (см. цв. вкладку рис. 6).

Второй технический этап: гипсовка моделей в артикулятор «PROTAR 7» (Германия); фрезерование супраструктур (см. цв. вкладку рис. 7.1)

В. А. Стрижаков — к. м. н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

[4]; моделирование несъемной части каркаса протеза (с 1.1 по 2.6 зуб); установка патричной части замка «ServoDental» (Германия); отливка каркаса несъемной части протеза; припасовка каркаса несъемной части протеза на модели; установка матричной части замка (см. цв. вкладку рис. 7.2) «ServoDental» (Германия); моделирование каркаса условно-съемной части протеза; отливка каркаса условно-съемной части протеза; припасовка каркаса условно-съемной части протеза на модели (см. цв. вкладку рис. 7.3);

Третий клинический этап: проверка каркаса будущего протеза в полости рта; определение цвета зубов;

Третий технический этап: нанесение керамического слоя на металлический каркас «DUCERAM +» (Германия);

Четвертый клинический этап: проверка конструкции протеза в полости рта; уточнение цвета зубов;

Четвертый технический этап: нанесение глазуровочного слоя на поверхность керамики;

Пятый клинический этап: наложение протеза в полости рта (см. цв. вкладку рис. 9) и фиксация на цемент «КЕТАК-СЕМ» (Германия);

Результаты

1. Применение супраструктур с наклоном и супраструктур, поддающихся фрезерованию, способствовало беспрепятственному введению и выведению протеза в/из полости рта пациента;

2. Исчезло ощущение дискомфорта при пользовании протеза у пациентки;

3. Удалось добиться хорошей эстетики и функциональности;

4. Замена съемного протеза на условно-съемный способствовало более быстрой адаптации.

Выводы

1. При протезировании на непараллельных имплантатах целесообразно применение супраструктур с наклоном и супраструктур, поддающихся фрезерованию.

2. Необходимо тщательное обследование и планирование лечения перед хирургическим и ортопедическим вмешательством.

3. Благодаря применению замковых креплений в мостовидных протезах большой протяженности удается избежать внутренних напряжений и деформаций конструкции.

Литература

1. Дентальная имплантация. Критерии успеха. А. И. Жуков, А. Ю. Ремов. М.: Центр дентальной имплантации 2004; 210 с.
2. Замковые крепления зубных протезов. И. Ю. Лебедева, А. Б. Перегудов, Т. Э. Хапилина. М.: Молодая гвардия, 2001; 160 с.
3. Факторы риска стоматологической имплантации. Оптимизированный клинический анализ с целью повышения эффективности лечения. Франк Ренуард, Бо Рангер. М., С-Пб., Киев, Вильнюс, 2004; 182 с.
4. Мезо- и супраструктуры с пассивной посадкой, достигаемой примен. технологии искровой эрозии, на балансируемых абатментах системы имплантатов Ankylos. G. Rubeling, Dr. E. Eisenmann, Dr. Dr. M. Stiller, A. Klar. Prof. Dr. W. V. Freesmeyer. : J PraWissimo, March 2002.

Влияние средств гигиены на микробный состав полости рта у пациентов с пародонтитом средней тяжести, пользующихся комбинированными шинирующими конструкциями

С. Е. Жолудев, М. Л. Маренкова, О. С. Тарико, А. В. Делец, В. П. Новикова
Кафедра ортопедической стоматологии, ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

В последние годы сформировался новый подход к этиологии пародонтита. С одной стороны справедливым считается выражение «нет бактерий — нет пародонтита», с другой имеются сведения, что бактерии, в том числе пародонтальные, не всегда вызывают пародонтит. Тем не менее, пародонтит будет иметь наиболее выраженное течение, если этому будут способствовать различные факторы [2]. На формирование микрофлоры ротовой полости могут влиять многие факторы [5]. Существу-

ет и третья точка зрения, согласно которой на состав микрофлоры полости рта оказывают несколько факторов: состояние защитных сил организма, взаимодействия внутри микробиоценозов, ряд факторов внешней и внутренней среды (токсические вещества, прием антибиотиков, гормонов, и пр.) [1, 2, 5].

Сравнение микрофлоры полости рта здоровых людей и пациентов, имеющих ортопедические конструкции, демонстрирует достоверное отличие микробного соотношения. Так,