

Налицо возрастное снижение адаптации к зубным протезам.

Больной Л. побывал в консультационном центре стоматологической клиники УГМА, где изготовление протезов верхней и нижней челюсти было признано вполне удовлетворительным. Для улучшения процессов адаптации ему рекомендовали прием бенсинола (искусственной слюны) по 1 столовой ложке 3 раза в день и консультацию психотерапевта.

От предложенного лечения пациент категорически отказался («хотя меня умоляют»), в результате чего улучшить процесс привыкания к протезам, оказалось невозможным.

Как известно, психосоматические заболевания вызывают гипертонус жевательных мышц, снижают адаптационную устойчивость к окклюзионным нарушениям. Поэтому лечение таких больных должно быть психоневрологическое и соматическое. Любые стоматологические заболевания могут при-

вести к ятрогенным, и описываемый нами случай подтверждает это.

Все попытки компетентных комиссий убедить больного в хорошем изготовлении протезов не имели успеха. «Подогревали» его нежелание пользоваться протезами некорректные замечания стоматологов из различных поликлиник, к которым он ходил на консультации.

В результате пациент стал подавать иски в суд, ходил с жалобой к главе администрации области, в городскую Думу и т.д., требуя возмещения материальных и моральных затрат.

Случай с больным Л., на наш взгляд, убедительно доказывает, что нарушение основ деонтологии дает толчок к развитию нервно-психических расстройств у пожилых пациентов клиники ортопедической стоматологии и, чтобы избежать таких досадных инцидентов, надо не только качественно оказывать медицинские услуги, но и соблюдать врачебную и общечеловеческую этику.

ОПЫТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДВУХ- И ТРЕХ-ЗВЕНЬЕВЫХ ЦИЛИНДРИЧЕСКИХ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАТАХ.

А.Ю. Серебряков, Ю.Д. Ворожцов
УГМА

Наилучшие результаты по данным ряда ученых [1-3] наблюдаются при использовании цилиндрических титановых имплантатов, которые благодаря их конструкции можно применять в любом отделе челюстей и не брать поддополнительную опору интактные зубы.

Основными критериями, позволяющими судить об успешности проведенного протезирования на имплантатах, является полноценное пережевывание пищи пациентом в течение нескольких лет без ощущения боли в его области, а также отсутствие жалоб на наличие неприятного запаха изо рта.

Нами проводилось протезирование 11 пациентов (7 женщин, 4 мужчины) с трехзвеньевыми имплантатами и 7 пациентов (5 женщин, 2 мужчины) с двухзвеньевыми цилиндрическими имплантатами, возраст больных от 35 до 50 лет.

В первом случае супраструктура имплантата состояла из двух частей и фиксация протеза производилась винтом, во втором -

супраструктура была монолитной и фиксировала протез на цемент как при протезировании на естественных зубах.

Контрольные осмотры пациентов в первые 6 месяцев (с частотой 1 раз в месяц) у лиц, которым были имплантированы трехзвеньевые структуры, практически у всех выявили одинаковые жалобы на неприятный запах изо рта, несмотря на проводимые ими гигиенические мероприятия после каждого приема пищи. Пациенты с двухзвеньевыми имплантатами таких жалоб не предъявляли.

Объясняется это тем, что конструкция трехзвеньевого цилиндрического имплантата довольно сложна и его супраструктура состоит из нескольких частей [4] (направляющего винта, формирующего конуса, фиксирующего винта). После крепления протеза винтом к супраструктуре имплантата между ними остается щель, которая так или иначе заполняется ротовой жидкостью с растворенными в ней остатками пищи и микроорганизмами (поэтому запах из-под протеза

неминуем). Попытки закрыть эту щель материалами для временной фиксации (Provicol, Temp-Bond, Repin) уменьшали запахи изо рта на непродолжительное время, так как они рассасываются менее чем за 3 недели. Закрытие этого пространства нерассасывающимися материалами, такими как стеклоиономерные цементы или композиционные материалы, приводило к невозможности в дальнейшем снятия протеза с имплантата без дополнительных усилий, что пагубно влияет на соединение кости с имплантатом, а также делает винтовое крепление протеза и саму сложность супраструктуры имплантата ненужными. Кроме того, в отверстиях для винта, фиксирующего протез к имплантату, задерживались остатки пищи. В идеале оно должно быть сначала закрыто тонким слоем мягкого материала (Provicol, Repin, ватной прокладкой и т.д.), а поверх него фотополимерным композитом. Однако эта защитная пломба выпадает у части пациентов **по следующим причинам:**

- *слой композиционного материала зачастую оказываются тонким из-за малого пространства между зубами антагонистами;*
- *отсутствие химической связи между композитными материалами и материалом протезов;*
- *разность коэффициентов термического расширения и устойчивости материалов протеза и пломбы к жевательной нагрузке.*

Кроме указанных выше мест, существует возможность попадания остатков пищи между десной и имплантатом, так как между последним нет связывающей структуры, аналогичной круговой связке зуба, но, это можно свести к минимуму моделированием выраженного экватора на протезе и соблюдением гигиенических мероприятий. У некоторых пациентов в одиночные трехзвеньевые имплантаты в переднем отделе верхней челюсти не выдерживали функциональной нагрузки, что приводило к искривлению направляющего винта супраструктуры в тонком месте. В случае же использования при аналогичных ситуациях монолитной и, следовательно, более прочной супраструктуры двухзвеньевого имплантата, изменений не было. Также наблюдалось более частое раскручивание супраструктур трехзвеньевого имплантатов, по сравнению с двух-звенье-

выми, что объясняется большим количеством составных частей у первых.

Из проведенных наблюдений мы пришли к следующим выводам:

1. *при протезировании на трехзвеньевых имплантатах в изготовленном протезе существует по меньшей мере два ретенционных пункта для задержки пищи;*
2. *двухзвеньевые имплантаты лишены этих пунктов так как протезы на них без отверстия для фиксирующего винта и фиксируются на нерастворимый в слюне цемент, следовательно последним можно считать более гигиеничными;*
3. *супраструктуры двухзвеньевых имплантатов в силу своей монолитности и толщины, более устойчивые к действию жевательного давления в трансверзальной плоскости и в меньшей степени поддаются самораскручиванию при функционировании протезов;*
4. *при планировании лечения необходимо тщательное исследование альвеолярных отростков для выбора места и направления размещения имплантата при обязательном участии как хирурга имплантолога, так и ортопеда.*
5. *при исследовании помимо ортопантограммы необходимо использовать компьютерную томографию для пространственного планирования места для имплантата, тем самым обеспечить большую соосность супраструктур при достаточной толщине костной ткани.*

Литература.

1. Мусин М., Массарский А. «Имплантат Массарского», как новый тип винтовых компрессирующих имплантатов // Клиническая имплантология и стоматология. 1997. №2. С. 73-76.
2. Петров И.Ю. Опыт практического применения имплантатов НПА «Плазма Поволжья» в центре имплантологии воронежской областной клинической стоматологической поликлиники // Новое в стоматологии. 1997. №6. С. 32-35.
3. Стрель Р. Положение в оральной имплантологии // Клиническая имплантология и стоматология. 1997. №1. С. 29-31.
4. Миргазизов М.З., Понтер В.Э., Итин В.И. Сверхэластичные имплантаты. и конструкции из сплавов с памятью формы в стоматологии. Москва, 1993. С. 175-188.