

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

*Стризаков В.А.*

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России. г. Екатеринбург

### АННОТАЦИЯ

в статье на примере двух наиболее типичных случаев показан наиболее оптимальный план ортопедического лечения, предупреждающего перегрузку оставшихся зубов и рационального с точки зрения как функции, так и эстетики.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** концевые дефекты зубного ряда; проблема концевого седла; податливость слизистой оболочки, имплантаты, дуговые протезы, комбинированные конструкции.

### ABSTRACT

This article shows optimal plan for prosthetic treatment, overload warning and management of the remaining teeth in terms of both function and aesthetics on two clinical cases.

**KEY WORDS:** dentition defect, problem end saddle, yielding mucosa, implants, dentures arc, combined prosthetics.

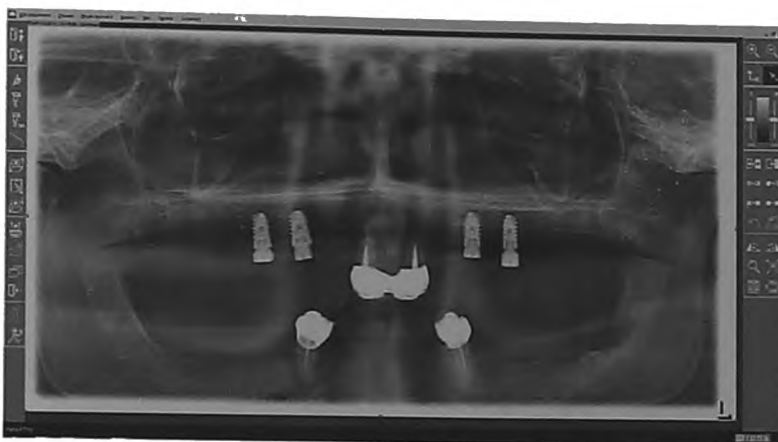
Частичная потеря зубов, по данным ВОЗ, является распространенным заболеванием зубочелюстной системы. Данной патологией страдают до 75% населения в различных регионах земного шара. Применение дентальных имплантатов в целях протезирования расширяет возможности использования несъемных и съемных протезов, удовлетворяя пациентов в функциональном и эстетическом отношении [1, 2].

При протезировании концевых дефектов зубного ряда съемными протезами возникает проблема концевого седла, из-за того что сила, действующая на протез, создает давление на подлежащие ткани силой давления жевательных мышц – вертикальное по отношению к окклюзионной плоскости, что вызывает подвижность седла протеза по альвеолярному отростку. Имеется разница между податливостью слизистой оболочки и податливостью тканей пародонта зубов [3]. Податливость слизистой оболочки в 30-50 раз больше чем подвижность зубов. Еще Румпель (1936) представлял седло альвеолярного отростка в виде балки с одним жестким концом. Давление одинаковое, окклюзионная накладдка жесткая, поэтому наибольшую нагрузку испытывает альвеолярный отросток в дистальном отделе, меньше – рядом с зубом, вывод – атрофия больше чем дальше от зуба, не может не быть, т.к. человек рефлекторно переносит кусок пищи ближе к естественным зубам, равномерно атрофия идет, если применять удерживающие кламмера, неравномерно – с опорно-удерживающими кламмерами (аттачменами). Сложность проблемы и заключается в том, в комбинированных протезах съемная и несъемная части соединяются жестко, что при несвоевременных перебазиновках и коррекциях приводит к возникновению патологической подвижности зубов (опорных), расцементировкам опорных коронок, расколу корней и потере зубов [3-5].

В качестве примера приводим клинические случаи.

Клинический случай 1. Пациент Ш. более 10 лет назад протезировался камбинированным протезом на верхней челюсти. D.s.: Частичная вторичная потеря зубов на в челюсти I класс 2 подкласс по Кеннеди. В следствии перегрузки опорных произошло их вывихивание, в следствии зубы были удалены.

В данной клинической ситуации пациенту был предложен следующий план лечения: установка дентальных имплантатов в области отсутствующих 1.3, 1.5, 2.3, 2.5 зубов (Рис. 1), изготовление балочных креплений и комбинированного протеза с замковыми креплениями (фрикционные штифты SAE Dental). На первом хирургическом этапе было установлено четыре цилиндрических титановых имплантатов MIS (Израиль). После второго хирургического этапа на имплантаты 1.3, 1.5, 2.3, 2.5 Были изготовлены литые балочные крепления и дуговой протез (Рис. 2).



**Рис. 1.** Установка дентальных имплантатов в области отсутствующих 1.3, 1.5, 2.3, 2.5 зубов



**Рису. 2.** Изготовленные литые балочные крепления с опорой на имплантаты 1.3, 1.5, 2.3, 2.5 и дуговой протез

Клинический случай 2. Пациентка К. более 5 лет назад протезировалась комбинированным протезом. Диагноз: Частичная потеря зубов на нижней челюсти I класс 1 подкласс по Кеннеди. В следствии перегрузки опорных 4.3, 4.4 зубов произошел перелом корней. Зубы были удалены (рис. 3).

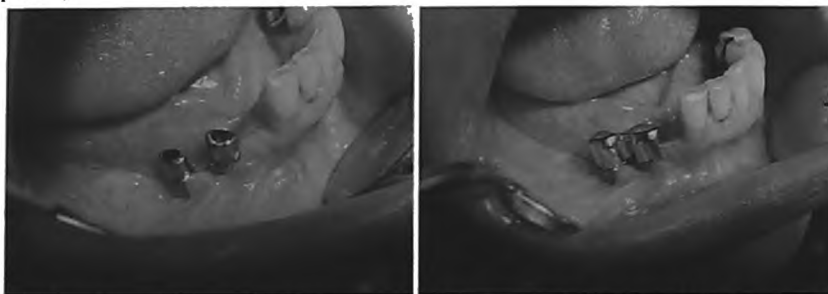


**Рис. 3. а.** Осложнения и ошибки при применении комбинированных конструкций, раскол корня 4.4 зуба. **б.** Прицельная рентгенограмма 4.3 и 4.4 зубов (плотность профиля)

Данной пациентке был предложен следующий план лечения: Установка дентальных имплантатов в области отсутствующих 4.3, 4.4 зубов, изготовление телескопических коронок и реконструкция комбинированного протеза. При объективном осмотре комбинированного протеза

опорные коронки на замковые крепления (фрикционные штифты) и дуговой протез в данной области соответствует требованиям.

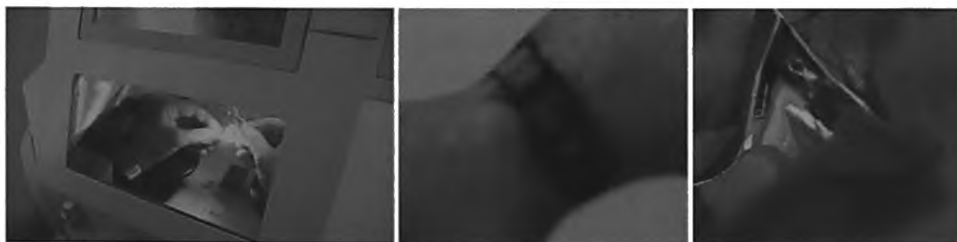
На первом хирургическом этапе было установлено два цилиндрических титановых имплантатов 4.3x10 (фирмы Nobel Biocare). После второго хирургического этапа на имплантаты 3.5 и 3.7 провели подбор абатментов, проведена их индивидуализация путем их фрезерования для создания параллельности и создания уступа. Были изготовлены литые первичные части телескопических коронок (рис. 4).



*Рис. 4. а. индивидуализированные абатменты зафиксированные на цилиндрических титановых имплантатах 4.3x10 (фирмы Nobel Biocare), б. первичные части телескопических коронок*

Далее была изготовлена вторичная часть телескопических коронок с седловидным каркасом. Для соединения старой и изготовленной новой части комбинированного протеза была использована лазерная пайка. Паяние реставрации проводили с использованием лазера, припой Wiroweld (фирмы BEGO). Оценивалось качество шва после пайки и полировки под микроскопом (рис. 5)

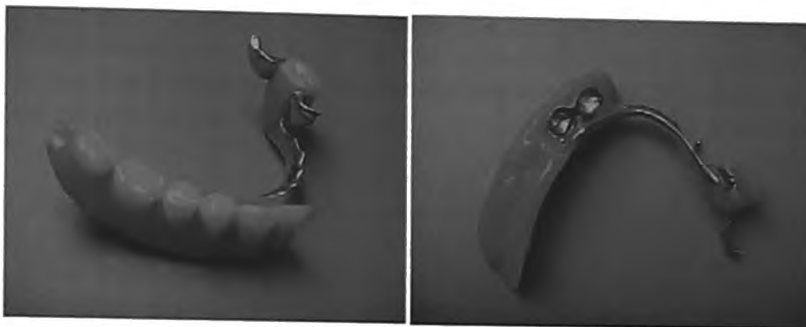
После реконструкции каркас оценивался в полости рта (рис. 6). В телескопические коронки были установлены фрикционные штифты (SAE Dental). Произведена постановка искусственных зубов и изготовление седловиной части комбинированного протеза (рис. 7). При припасовке и наложении дугового протеза произведена выверка окклюзионных поверхностей и проверка границ базисов протеза (рис. 8).



*Рис. 5. а) паяние дуги комбинированного протеза; б) оценка шва лазерной пайки; в) оценка отполированной области шва лазерной пайки.*



*Рисунок 6. Припасовка каркаса комбинированного дугового протеза в полости рта*



*Рис. 7. Готовая конструкция после реставрации*



*Рис. 8. Комбинированный протез наложен в полости рта*

Данные ситуации, являются типичными, зачастую в клиниках вызывают у практических врачей затруднения. Нередко, вновь изготовленные конструкции являются нерациональными и приводят к перегрузке сохранившихся зубов и подлежащих тканей протезного ложа. Приведенный пример выбора плана ортопедического лечения поможет в подобных случаях выбрать оптимальное решение.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дентальная имплантология: хирургические аспекты / Майкл С. Блок; пер. с англ.; под общ. Ред. М.В.Ломакина.-М.: МЕДпрес-информ,2011.-448с.
2. Жолудев С.Е., Кандоба И.Н., Тарико О.С. Обоснование толщины подкладочного слоя в шинирующих дуговых протезах//Проблемы стоматологии. -2011.--№1. – С. 40–43.
3. Рейнхард Маркорс. Съемные стоматологические реставрации. Под редакцией С.И. Вольвач. Перевод с немецкого- К.В. Сорокин М.: Издатель Информационное агентство «DENT», 2006. -316с.
4. Стрижаков В.А. Параллелометрия при планировании дуговых протезов / В.А. Стрижаков – Екатеринбург: УГМА, 2010. – 72с.
5. Телескопические и замковые крепления зубных протезов // Лебедеко И.Ю., Перегудов А.Б., Глебова Т.Э., Лебедеко А.И. – М.: Молодая гвардия,2004.-344с.