

Стрижаков В. А.

Реставрация комбинированных дуговых протезов при концевых дефектах зубных рядов с использованием цилиндрических дентальных имплантатов

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Strizhakov V.A.

Restoration of combined arc prostheses at end defects dentition using a cylindrical dental implants

Резюме

В данной статье описывается способ оптимизации ортопедического лечения пациентов с потерей опорных зубов ранее протезированных комбинированными протезами с замковым типом фиксации.

Ключевые слова: имплантат, дуговой протез, телескопическая коронка, замковое крепление, лазерная пайка

Summary

This article describes how to optimize the orthopedic treatment of patients with loss of supporting teeth before prosthetic implants combined with a locking type of fixation.

Keywords: implant, prosthesis arc, telescopic crown, castle mount, laser soldering

Введение

Частичная адентия, по данным ВОЗ, наряду с кариесом и болезнями пародонта относится к наиболее распространенным заболеваниям зубочелюстной системы. Ею страдают до 75% населения в различных регионах земного шара [3, 4].

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 величиной равной давлению жевательных мышц - вертикально по отношению к окклюзионной плоскости, что вызывает подвижность базиса протеза по альвеолярному отростку. Имеется разница между податливостью тканей пародонта зубов и слизистой оболочки протезного ложа. Данная величина у слизистой оболочки в 30-50 раз больше чем подвижность зубов. Еще Румпель (1936) описывал седло альвеолярного отростка в виде балки с одним жестким концом. Давление в данном случае одинаковое, окклюзионная накладка жесткая, поэтому, наибольшую нагрузку испытывает альвеолярный отросток в дистальном отделе, меньше - около зуба. Таким образом, степень атрофии увеличивается при отдалении от зуба, чего не может не быть, т.к. человек рефлекторно переносит кусок пищи ближе к естественным зубам. Равномерная атрофия наблюдается в случаях, когда используются удерживающие кламмера, неравномерно протекают данные процессы при использовании опорно-удерживающих кламмеров или аттачме-

нов. Сложность проблемы и заключается в том, в комбинированных протезах съемная и несъемная части соединяются жестко, что при несвоевременных перебазировках и коррекциях приводит к возникновению патологической подвижности опорных зубов, расцементировкам опорных коронок, расколу корней и потере зубов [1,2].

В качестве примера приводим клинический случай. Пациентка К. более 5 лет назад протезировалась комбинированным протезом. D.s.: Частичная вторичная адентия на нижней челюсти I класс 2 подкласс по Кеннеди. В следствии перегрузки опорных 4.3, 4.4 зубов произошел перелом корней. Зубы были удалены (рис.1,2 - эти и другие рисунки к статье см. на специальной цветной вставке).

Больной был предложен следующий план лечения: инсталляция дентальных имплантатов в области отсутствующих 4.3, 4.4 зубов, изготовление телескопических коронок и реконструкция комбинированного протеза. При его объективном осмотре: опорные коронки 3.5, 3.7 с замковыми креплениями (фрикционными штифтами) 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 4.3 и 4.4. проведены: подбор абатментов, их индивидуализация путем их фрезерования для создания параллельности и создания уступа. Были изго-

товлены литые первичные части телескопических коронок (Рис. 2).

Далее была изготовлена вторичная часть телескопических коронок с седловидным каркасом. Для соединения старой и изготовленной новой части комбинированного протеза была использована лазерная пайка. Паение реставрации проводили с использованием лазера, припой Wiroweld (фирмы BEGO). Оценивалось качество шва после пайки и полировки под микроскопом (Рис.3, 4)

После реконструкции каркас оценивался в полости рта (рис.5). В телескопические коронки были установлены фрикционные штифты (SAE Dental). Произведена постановка искусственных зубов и изготовление седловиной части комбинированного протеза (рис. 6). При припасовке и наложении дугового протеза произведена выверка окклюзионных поверхностей и проверка границ базисов протеза (рис.7).

Данная ситуация, являясь типичной, зачастую у практических врачей в клиниках вызывает затруднения. Нередко, вновь изготовленные конструкции являются нерациональными и приводят к перегрузке сохранившихся зубов, а также подлежащих тканей протезного ложа. Приведенный пример выбора плана ортопедического лечения поможет в подобных случаях выбрать оптимальное решение. ■

Стрижаков В. А., к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; Адрес: Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Ленина 16, Индекс 620014 E-mail: sva-stom@mail.ru Телефон: (343) 214-85-02

Литература:

1. Карл Е. Миш. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты. 615с.
2. Роберт С. Клугман. Ортопедическое лечение. «МЕДпрес-информ» М., 2008. 216с.
3. Стрижаков В.А. Параллелометрия при планировании дуговых протезов. ООО «Типография Для Вас», Екатеринбург 2010. 71 с.
4. Н. Зицман, П.Шерер. Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантатов. Издательский дом «Азбука» М. 2005 133с.

Стрижаков В.А.

Реставрация комбинированных дуговых протезов при концевых дефектах зубных рядов с использованием цилиндрических дентальных имплантатов



а



б

Рис. 1. а. Осложнения и ошибки при применении комбинированных конструкций, раскол корня 4.4 зуба. б. Прицельная рентгенограмма 4.3 и 4.4 зубов (плотность профиля).

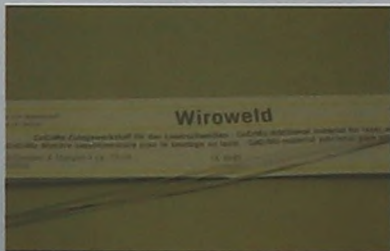


а



б

Рис. 2. а. индивидуализированные абатменты зафиксированные на цилиндрических титановых имплантатах 4.3x10 (фирмы Nobel Biocare), б. первичные части телескопических коронок



а



б

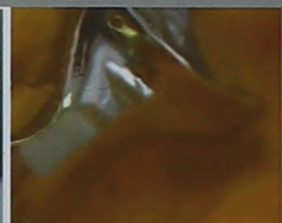
Рис.3. а. припой Wiroweld (фирмы BEGO) б. Laser Star



а



б



в

Рис.4 а. паяние дуги комбинированного протеза; б. оценка шва лазерной пайки; в. оценка отполированной области шва лазерной пайки.



Рис. 5. Припасовка каркаса комбинированного дугового протеза в полости рта.



Рис. 6. готовая конструкция после реставрации.



Рис. 7. Комбинированный протез наложен в полости рта.

Рогожников Г.И., Четвертных В.А., Асташина Н.Б., Рогожников А.Г., Музалев К.С.

Морфологическое состояние тканей зубов и периодонта при повышенной стираемости зубов

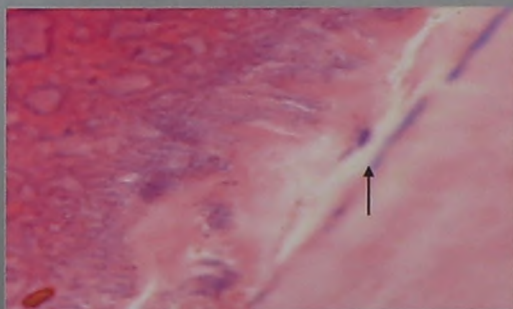


Рис. 1. Ткань зуба второй степени стёртости. Нарушение нормальной формы дентиноэмалевой границы. Окраска гематоксилином и эозином. х 400

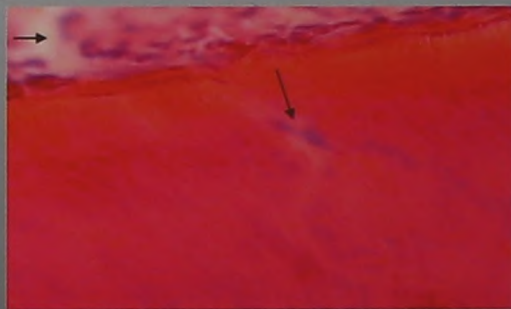


Рис. 2. Ткань зуба второй степени стёртости. Образование пустот в преддентине и дентине. Окраска гематоксилином и эозином. х 400