



Усиление фиксационной способности несъемной ортопедической конструкции с помощью системы «ТОНКИХ» имплантатов

Ю.Л. Писаревский,
Д.О. Юртаев,
И.Ю. Писаревский,
П.А. Мельниченко

Кафедра ортопедической стоматологии и отделение челюстно-лицевой хирургии стоматологической клиники ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Основание способа фиксации ортопедической конструкции при недостаточном количестве сохранившихся опорных зубов представляет сложную задачу для стоматолога-ортопеда. Основная сложность данного аспекта обусловлена, главным образом, обоснованием выбора съемной конструкции для пациентов, не имеющих подобного предшествующего опыта. Большинство пациентов негативно реагируют на безальтернативные варианты восстановления отсутствующих зубов с помощью съемных конструкций, а некоторые пациенты вообще отказываются от ортопедического лечения.

Решить данную клиническую проблему в пользу несъемных конструкций при протяженных включенных дефектах зубного ряда позволяет усиление их фиксационной способности на опорных зубах. На наш взгляд, усилить фиксацию несъемной конструкции представляется возможным с помощью системы «тонких» имплантатов ARRP (Arrow Press Implant) Альфа Био.

Имплантат ARRP может являться имплантатом выбора при отказе пациента от съемной ортопедической конструкции по восстановлению включенного дефекта зубного ряда. Конструктивной особенностью данной

системы является коническая форма тела имплантата, монолитная супраструктура и спиральная резьба компрессионного, конденсирующего типа, что обеспечивает врачу максимальную уверенность при установке имплантата в компромиссной ситуации.

Данная система показана при любом типе кости, может устанавливаться сразу после удаления зуба, и допускает возможность немедленной нагрузки, в случаях, когда пациенту в виду особенностей профессиональной деятельности невозможно оставаться с дефектами в зубном ряду.

Клинический случай

В клинику челюстно-лицевой/ хирургии ГОУ ВПО ЧГМА обратилась пациентка А., 37 лет с жалобами на постоянные «разламывающие» боли под искусственной коронкой зуба 2.6, затрудненный прием пищи. Из анамнеза выявлено, что 3 года назад с целью восстановления включенного дефекта зубного ряда на верхней челюсти слева был изготовлен мостовидный металлокерамический протез с опорой на зубы 2.4 и 2.6. Год назад зуб 2.6 начал беспокоить, был выставлен диагноз «Хронический гранулематозный периодонтит зуба 2.6».



Ю. Л. Писаревский, д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия.



Д.О. Юртаев, ассистент кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия



И.Ю. Писаревский, аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия



П.А. Мельниченко, челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии стоматологической клиники ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия



Рис. 1. Исходная клиническая ситуация в полости рта у больной А



Рис. 2. Рентгенограмма исходной клинической ситуации



Рис. 3. Вид дефекта зубного ряда после эпителизации лунки удаленного зуба 2.6



Рис. 4. Перфорация слизистой оболочки перед формированием имплантного ложа

Проведена резекция верхушек корней зуба 2.6. 2 недели назад появились боли при накусывании твердой пищи, отечность мягких тканей по переходной складке в области зуба 2.6. Противовоспалительная терапия давала кратковременный эффект.

При объективном обследовании выявлено следующее: металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 2.4 и 2.6. Зуб 2.7 отсутствует, зуб 2.8 расположен вне зубного ряда со смещением и наклоном в сторону щеки (рис.1). Перкуссия в области зуба 2.6 резко болезненна, переходная складка гиперемирована, отечна.

На рентгенограмме в области резецированных верхушек корней выявлен очаг деструкции костной ткани размером 0,3 x 0,9 мм (рис. 2). После снятия мостовидного протеза выявлено размягчение и пигментация дентина зуба 2.6, подвижность 2 степени. Рекомендовано удаление зуба 2.6.

Планирование ортопедической конструкции для восстановления включенного дефекта зубного ряда исключало использование традиционного мостовидного протеза. Противопоказанием к этому явился ряд объективных клинических причин: протяженность зубного ряда (отсутствие трех боковых зубов); неблагоприятное рас-

положение в зубном ряду зуба 2.8 и его низкая клиническая коронка (рис. 3).

Для усиления фиксиционной способности несъемной ортопедической конструкции с опорой на зубы 2.4 и 2.8 предложены винтовые самостоятельно нарезающие кость монолитные «тонкие» имплантаты ARRP с интегрированными абатментами в области отсутствующих зубов 2.5 и 2.7, и предназначенные для одноэтапной хирургической процедуры.

Операция установки имплантатов была спланирована на момент купирования воспалительных явлений и эпителизации постэкстракционной раны в области

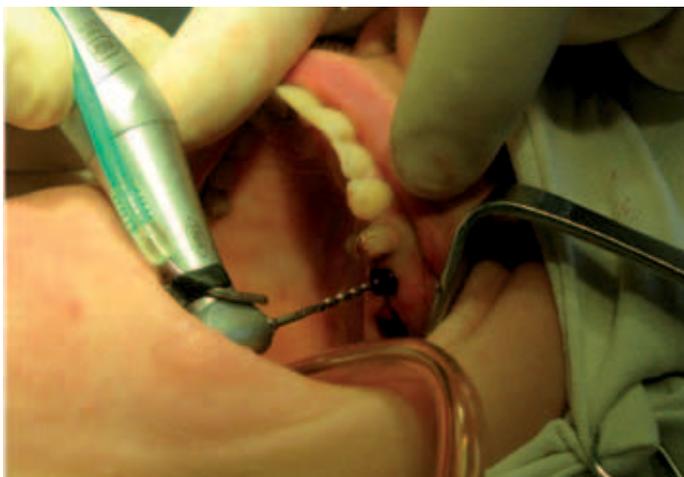


Рис. 5. Формирование имплантного ложа хирургическим сверлом



Рис. 6. Измерение параллельности и глубины сверления пин-маркерами



Рис. 7. Вкручивание имплантата трехзубчатой ключом



Рис. 8. Положение абатментов после установки имплантатов

удаленного зуба 2.6. Сначала с помощью мукотома перфорировали слизистую оболочку и обнажали надкостницу в области отсутствующих зубов 2.5 и 2.7 (рис. 4). Хирургическим сверлом соответствующего диаметра формировали имплантное ложе (рис. 5). Для уточненного измерения параллельности и глубины сверления использовали диагностический пин-маркер с ценой деления 1 мм (рис. 6).

В подготовленные ложа вводили имплантаты при помощи «водителя», и вращали их универсальным трехзубчатым ключом (рис. 7). Ключ позволял дозировать усилие, прикладываемое к объекту вращения, до мо-

мента надежной фиксации имплантатов в имплантных ложах (рис. 8). На контрольных рентгенограммах оценивали окончательное положение имплантатов в челюстной кости (рис. 9)

На период изготовления постоянной конструкции на абатменты устанавливали провизорные коронки из самотвердеющей пластмассы, что способствовало формированию искусственного десневого края (рис. 10, 11).

Через 2 недели было завершено изготовление несъемной ортопедической конструкции. Состояние имплантатов и слизистой оболочки протезного ложа было спокойно, без признаков воспаления (рис. 12). Произ-

ведена фиксация на стеклоиномерный цемент металлокерамического мостовидного протеза, состоящего из четырех опор, а именно: на зуб 2.4, абатменты в проекции зубов 2.5, 2.7 и литая коронка с опорой на зуб 2.8 (рис. 13, 14, 15).

Через 3 месяца пациентка явилась на контрольный осмотр. Жалоб не предъявляет. Отмечает чувство комфорта и полноценный прием пищи. При обследовании участков воспаления в области ортопедической конструкции не выявлено, слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно влажная. На контрольной рентгенограмме выявлено восстановление костного рисунка вокруг имплантатов.



Рис. 9. Рентгенограмма челюстных костей в день установки имплантатов



Рис. 10. Провизорные коронки на абатментах и пластмассовая коронка на зубе 2.4 (вид снизу)



Рис. 11. Провизорные коронки на абатментах и пластмассовая коронка на зубе 2.4 (в положении центральной окклюзии)



Рис. 12. Вид протезного ложа до установки постоянной конструкции



Рис. 13. Постоянная конструкция с опорой на зубы 2.4 и 2.8 и на имплантаты в проекции отсутствующих зубов 2.5 и 2.7 (вид сбоку)



Рис. 14. То же (вид снизу)

*Рис. 15.
То же (в положении
центральной окклюзии)*



*Рис. 16.
Рентгенограмма
челюстных костей
больной А. через
1 год после установки
имплантатов*



Спустя 1 год после окончания лечения пациентка явилась на плановый контрольный осмотр. Жалобы отсутствуют, функция жевания не страдает, эстетические параметры полностью устраивают. Конструкция устойчива, слизистая оболочка вокруг протезного ложа без признаков воспаления, состояние гигиены полости рта хорошее. Состояние костной ткани вокруг имплантатов свидетельствует о полном и благоприятном завершении остеоинтеграции (рис. 16).

Таким образом, усиление фиксации несъемной ортопедической конструкции при протяженном включенном дефекте зубного ряда системой «тонких» имплантатов ARRP (Arrow Press Implant) Альфа Био может являться альтернативным и оправданным решением сложной клинической задачи.