

Особенности подготовки протезного ложа к дентальной имплантации при неблагоприятных клинических условиях

И. Ю. Писаревский

аспирант кафедры ортопедической стоматологии
ГБОУ ВПО «ЧГМА»

Ю. Л. Писаревский

д. м. н., профессор, заведующий кафедрой
ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «ЧГМА»

И. И. Бородулина

д. м. н., профессор кафедры хирургической
стоматологии ГБОУ ВПО «ЧГМА»

Д. О. Юртаев

ассистент кафедры ортопедической стоматологии
ГБОУ ВПО «ЧГМА»

Известно, что большое значение для сохранения оптимальных анатомо-функциональных свойств костной ткани в области удаленных зубов имеет непосредственное протезирование. Иммедиа-протезы являются своеобразной «повязкой», вследствие чего кровяной сгусток в альвеоле лучше сохраняется; прикрывает раневую поверхность от травмы пищевым комком и размывания слюной. Наличие жесткого базиса способствует сближению краев послеоперационной раны, благоприятному формированию протезного ложа без костных выступов и острых краев лунок удаленных зубов. Жевательное давление, которое передается через иммедиа-протез на беззубый участок, способствует ускоренной замене кровяного сгустка костной тканью и стимулирует процессы остеогенеза. Логично предположить, что благоприятная

форма беззубого альвеолярного отростка во фронтальном отделе и полноценная минерализация костной ткани расширяют выбор методик ортопедического лечения, в том числе и относительно дентальной имплантации.

Клинический случай

В клинику кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» обратилась пациентка М., 50 лет, с жалобами на эстетический дефект во фронтальной области верхнего зубного ряда, расшатывание зубов и затрудненный прием пищи. Из анамнеза выявлено, что в течение последних пяти лет происходило расшатывание зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. При обследовании полости рта выявлено веерообразное расхождение верхних и нижних резцов, тремы (рис. 1).

Подвижность верхних резцов была 3-й степени, нижних резцов — 2-й степени. Верхние резцы полностью перекрывали коронковую часть нижних резцов, которые своим режущим краем упирались в десневой край с оральной стороны верхних резцов (рис. 2). Индексная оценка тканей пародонта в области зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 составила: ОНI-S — 1,5 (удовлетворительная гигиена); SBI — 2,1 (тяжелая степень воспаления); РМА — 52% (тяжелая степень). Индексная оценка тканей пародонта в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 составила: ОНI-S — 1,4 (удовлетворительная гигиена); SBI — 1,4 (средняя степень воспаления); РМА — 31% (средняя степень тяжести). Минеральная плотность костной ткани на компьютерной томограмме верхней челюсти в проекции верхушек корней центральных резцов составила 52,40 HU.

Выставлен диагноз: первичная травми-



Рис. 1. Веерообразное расхождение верхних и нижних резцов в области прямого травматического узла у пациентки М.



Рис. 2. Внешний вид прямого травматического узла в положении центральной окклюзии у пациентки М.



Рис. 3. Внешний вид постэкстракционной раны пациентки М.



Рис. 4. Иммедиа-протез из бесцветной пластмассы в день удаления зубов у пациентки М.



Рис. 5. Контрольная ортопантомограмма пациентки М. через 4 мес. после установки дентальных имплантатов.



Рис. 6. Формирователи десны, установленные после открытия имплантатов.

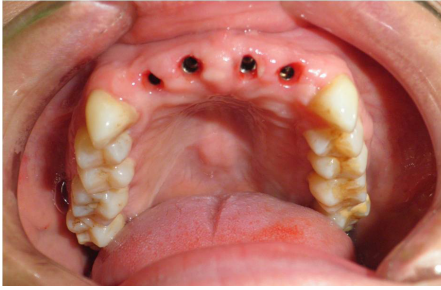


Рис. 7. Внешний вид контуров искусственного десневого края.

ческая окклюзия. Прямой травматический узел фронтального отдела зубных рядов. Хронический локализованный пародонтит тяжелой степени в области зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2. Глубокий травмирующий прикус.

План ортопедического лечения

I этап. Повышение межальвеолярной высоты с помощью окклюзионной каппы. Терапевтическая подготовка опорных зубов на нижней челюсти под ортопедические конструкции. После перестройки миотатического рефлекса на новую межальвеолярную высоту прове отез с опорой на зубы 3.4, 3.5, 3.7 и промежуточной частью в области отсутствующего зуба 3.6. Шинирующие металлокерамические коронки на зубы 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3 с имитацией наклона искусственных коронок для устранения трем на нижней челюсти. Реставрация окклюзионной поверхности зубов 4.4, 4.5, 4.6, 4.7.

II этап. Оценка минеральной плотности костной ткани в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. Удаление зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 с применением непосредственного протезирования съемным имедиат-протезом на верхнюю челюсть. Шинирование зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 несъемными металлокерамическими конструкциями. После окончания реабилитационного периода и оценки минеральной плотности костной ткани верхней челюсти денальная имплантация в области зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2. До операции удаления зубов у больной М. были получены альгинатные оттиски с верхней и нижней челюстей. Подготовка гипсовой модели челюсти заключалась в срезании зубов, а затем сошлифовывании слоя гипса с альвеолярного гребня на 1—1,5 мм с приданием ему закругленной формы с небной и губной поверхности. Подготовленные модели передавались в зуботехническую лабораторию, и лабораторный этап изготовления имедиат-протеза проводился обычным способом. Этап проверки конструкции протеза не проводили, так как во рту имелись еще не удаленные зубы. Протезы изготавливали из бесцветной пластмассы, чтобы через нее были видны очаги повы-



Рис. 8. Абатменты, установленные на внутрикостные имплантаты.



Рис. 10. Оценка краевого прилегания ортопедической конструкции на имплантатах с оральной стороны.

шенного давления на подлежащие ткани. Удаление зубов 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 выполняли под инфильтрационной анестезией (рис. 3). Через 30 мин. после удаления зубов и коррекции базиса был наложен имедиат-протез из бесцветной пластмассы на верхнюю челюсть (рис. 4). Пациентке были даны рекомендации по пользованию и уходу за имедиат-протезом. На следующий день и во время плановых осмотров больная жалоб не предъявляла; состояние раневой поверхности альвеолярного отростка в области удаленных зубов спокойное, без признаков воспаления. Через 6 мес. после удаления зубов пациентка М. жалоб не предъявляла. Значения минеральной плотности костной ткани в области дефекта зубного ряда составили 87 НУ, что было расценено нами как недостаточный уровень минерализации и послужило отводом для проведения денальной имплантации. Через 12 мес. было проведено повторное исследование минеральной плотности костной ткани в «зоне интереса» и обнаружено восстановление минеральной плотности костной ткани до уровня 154 НУ. Данные денситометрического исследования явились основанием для проведения двухэтапной денальной имплантации с помощью установки внутрикостных винтовых имплантатов системы «ЛИКО». Через 4 месяца после операции пациентка М. жалоб не предъявляла; слизистая оболочка в области оперативного вмешательства была без участков воспаления; на контрольной ортопантограмме нижней челюсти выявлено восстановление



Рис. 9. Окончательный внешний вид ортопедических конструкций пациентки М.



Рис. 11. Внешний вид ортопедических конструкций в положении центральной окклюзии.

костного рисунка вокруг имплантатов (рис. 5). Данные клинического и рентгенологического обследования явились основанием для открытия имплантатов и установки формирователей десны (рис. 6). В установленные сроки пациентка явилась на контрольный осмотр, в ходе которого было выявлено формирование искусственного десневого края (рис. 7). Данные объективного исследования позволили продолжить изготовление ортопедической конструкции с опорой на имплантаты (рис. 8). На окончательном этапе ортопедического лечения оценивали внешний вид всех ортопедических конструкций (рис. 9). Оценивали краевое прилегание ортопедической конструкции с опорой на имплантатах с вестибулярной и оральной стороны. Особое внимание уделяли смыканию зубных рядов в положении центральной окклюзии и боковых окклюзий. В процессе моделировки формы искусственных зубов учитывали индивидуальные анатомические особенности строения резцов по фотографиям, представленным пациенткой М. Во время плановых контрольных осмотров пациентка М. жалоб не предъявляла, отмечала психологический комфорт при общении с окружающими. Подготовка протезного ложа для денальной имплантации может включать использование непосредственного протезирования. Имедиат-протезы способствуют не только благоприятному формированию формы беззубого отдела альвеолярного отростка, но и полноценному восстановлению минеральной насыщенности в области протезного ложа. ■