

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ЕТАПИ ВИГОТОВЛЕННЯ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУ НА НИЖНЮ ЩЕЛЕПУ З ФІКСАЦІЄЮ НА ВНУТРІШНЬОКІСТКОВІ ТИТАНОВІ ДЕНТАЛЬНІ ІМПЛАНТАТИ ЗА ДОПОМОГОЮ ДОДАТКОВИХ ЕЛЕМЕНТІВ ФІКСАЦІЇ

Радько В.І., Саламаха А.О., Костенко Є.Я.
Інститут стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика

Резюме

В статті наведено клініко-лабораторні етапи лікування хворого з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, за допомогою повного знімного протезу з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імплантати.

Ключові слова: внутрішньокісткові титанові дентальні імплантати, повні знімні протези, абатмент-локатор.

Резюме

В статье приведены клинико-лабораторные этапы лечения больного с полным отсутствием зубов на нижней челюсти с помощью полного съемного протеза с опорой на внутрикостные титановые дентальные имплантаты.

Ключевые слова: внутрикостные титановые дентальные имплантаты, полные съемные протезы, абатмент-локатор.

Summary

In the article the clinical and laboratory stages of treatment of patients with complete absence of teeth in lower jaw, with cover dentures with support for internal bone titanium dental implants.

Keywords: intra-bone titanium dental implants, dentures cover, abatment Locator.

Вступ

Традиційним методом лікування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі є знімне протезування. Проте зважаючи на анатомо-фізіологічні особливості нижньої щелепи користування повними знімними конструкціями має суттєві недоліки, а саме недостатню фіксацію та стабільність протезів, особливо при другому та четвертому класі по Келлеру [1, 2], що в значній ступені знижує їх функціональну цінність. Тому протягом останніх 20 років широкую практику набуло застосування внутрішньокісткових титанових дентальних імплантатів як додаткові опори для знімних протезів, що в значній ступені покращує фіксацію і стабільність протезів під час жування і тим самим збільшує їх функціональність [3]. Разом з тим застосування імплантатів може супроводжуватися низкою ускладнень: виявлення клінічних ознак запалення слизової оболонки навколо платформи імплантата, формування кісткових карманів, що призводить до його рухомості. Все це виникає в наслідок перевантаження імплантата і поганої гігієни порожнини рота. При неправильному протезуванні концентрація тиску приводить до кісткової швидкоплинної атрофії [4, 5]. Однак питання планування, вдосконалення клініко-

лабораторних етапів та аналіз результатів ортопедичного лікування потребують подальшого вивчення з застосуванням сучасних методів [7, 8].

Мета роботи

Враховуючи вищевказані проблеми, метою нашої роботи є ілюстрація клініко-лабораторних етапів виготовлення повного знімного протезу на нижню щелепу з використанням додаткового елемента фіксації «локатор», встановлених непрямим (лабораторним) методом.

Клінічний випадок пацієнт Н., 48 років звернувся в клініку після проведеного незнімного протезування з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імплантати компанії «MIS». Хірургічний етап включав в себе встановлення імплантатів в ділянці між ментального простору, а саме в місцях відсутніх зубів 31, 32, 42, 43. Імплантати були остеоінтегровані і мали гіперемію слизової оболонки навколо імплантатів. Незадовільна гігієна була викликана внаслідок конструктивних особливостей суцільно-литого комбінованого мостовидного протезу з додатковими консолями з обох боків [6]. Виявлені шкідливі звички — надмірне паління. За результатами рентгенологічної оцінки ортопедичного лікування було виявлено суттєву резорбцію кісткової тканини в ділянці 43, 42, 31, 32 імплантатів. Втрата кісткової тканини складала від 2 до 4 мм. До причин, що призвели до швидкоплинної втрати кісткової тканини, за даними клінічних досліджень, встановлено комплекс проблем, пов'язаних з функціональним перевантаженням незнімного протезу. Пацієнту було запропоновано виготовити повний знімний протез на нижню щелепу, який буде фіксуватися за допомогою додаткових елементів фіксації «локатор». Така конструкція буде вирішувати питання кінцевих дефектів,



Мал. 1. Пацієнт Н., 48 років. Видяг в порожнині рота після зняття незнімного протезу і проведення терапевтичного лікування протягом 7 днів

правильності побудови знімних рядів та суттєво покращить гігієну.

Після зняття незнімного протезу на нижній щелепі були встановлені заглушки імплантатів для проведення адекватного терапевтичного лікування протягом 7 днів (мал. 1).

Наступним етапом було встановлення додаткових елементів фіксації «локатор» (мал. 2).

Треба звернути увагу на те, що фіксуєча частина повинна знаходитися над слизовою оболонкою мінімум 2 мм та на одній горизонтальній лінії один відносно одного для більш зручного користування та утримуючої функ-

ції системи «локатор». Наступним етапом є встановлення трансферів на локатори, припасовуємо індивідуальну ложку та проводимо функціональні проби (мал. 3, 4).

За допомогою воскових валиків визначаємо центральне співвідношення між верхньою та нижньою щелепами, відмічаємо центральну лінію, лінію усмішки, лінію кліків для того, щоб вибрати форму та розмір штучних зубів. Виготовивши робочу модель, зубний технік готує воскову постановку штучних зубів для перевірки в порожнині рота та контролю співвідношення верхньої та нижньої щелепи, форми та кольору штучних зубів (мал. 6).



Мал. 2. Встановлені додаткові елементи фіксації «локатор»



Мал. 5. Аналоги «локаторів» зафіксовані в трансферах



Мал. 3. Трансфери, встановлені на «локатор» перед зняттям відбитків



Мал. 6. Робоча модель з аналогами «локаторів»



Мал. 4. Припасування індивідуальної ложки з проведенням функціональних проб

При виготовленні повного знімного протезу з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імплантати бажано використовувати акрилові пластмаси з підвищеною міцністю або застосовувати армуючі елементи навколо металевих частин локаторів (мал. 7).

Перед поківкою пластмаси на аналоги локаторів встановлюють металеві частини з тимчасовими втулками на час полімеризації. Після обробки та поліровки знімного протезу тимчасові втулки вилючають (мал. 8).

Слід зауважити, що на клінічному етапі припасування такого протезу потрібно враховувати наступне: постійні втулки мають різний колір, який визначає різну силу фіксації знімної частини від незнімної. Після примірки в порожнині рота і контролю оклюзійних



Мал. 7. Металеві частини «локаторів» перед поківкою пластмаси



Мал. 9. Встановлення постійних втулок в знімний протез нижньої щелепи



Мал. 8. Оброблений та відполірований знімний протез нижньої щелепи



Мал. 10. Вигляд повного протезу, зафіксованого на внутрішньокістковій титановій дентальній імплантаті

контактів, спеціальним ключем встановлюємо по черзі постійні втулки в металеву частину. Проводячи навчання правил користування методики введення та зняття протезу, поступово додаємо кількість фіксуючих елементів (мал. 9).

Висновок

Віддалені спостереження рентгенологічного дослідження через 6 та 12 місяців показали динамічне

зменшення та стабілізацію процесів резорбції кісткової тканини навколо встановлених імплантатів, відсутність запалення навколишніх тканин та задовільну гігієну покритого протезу (мал. 10).

Завдяки виготовленому повному знімному протезу з опорою на внутрішньокістковій титановій дентальній імплантаті з використанням фіксуючо-утримуючого елемента «локатор», було відновлено в повному обсязі жувальну, естетичну та мовну функції.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов. — СПГА, 2000. — С.219, 220, 223.
2. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология. 1998. — 202 с.
3. Пенкин Р. В. Обоснование выбора новой конструкции эндоосальных имплантатов при замещении дефектов зубных рядов. — 2007 — Автореф. дисс. канд. мед. наук. Волгоград.
4. Волосовець Т.М., Дорошенко О.М. Лікування травматичних ушкоджень слизової оболонки порожнини рота при підготовці зубних рядів до протезування та в період адаптації до зубних протезів // Український стоматологічний альманах. -2002. — №6. — С.17-19.
5. Рубежов А.Л. Состояние тканей пародонта в зависимости от качества зубных протезов и гигиены полости рта. Автореф. дис.канд.наук. Санкт-Петербург 1998. — 16 с.
6. Жулев Е.Н. Несъемные протезы: теория, клиника и лабораторная техника / Жулев Е.Н. — Н.Новгород, 1997. — 136 с.
7. Mericke-Stern R, Assal P, Mericske E, Burgin W: Occlusal force and oral tactile sensibility measured in partially edentulous patient with ITI implants. Int J Oral Maxillifac Implants 1995; №10, P.345-354.
8. Carr AB, Laney WR: Maximum occlusal force levels in patients with osseointegrated oral implants prostheses and patients with complete dentures. Int J Oral Maxillifac Implants 1987; №2, P.101-108.