

ПРЕДОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА С УЧЕТОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМПЛАНТАТОВ ФИРМЫ «ДИВА»

Супрунов С.Н., к.м.н., Кулаков О.Б., к.м.н., фирма «Крафтвэй»

В настоящее время в практике лечения частичных и полных адентий широко применяются имплантаты. Десятилетний опыт работы с системой имплантатов фирмы «Дива» позволяет нам выделить одну из актуальных проблем - проблему предортопедической подготовки пациента.

Предортопедическая подготовка позволяет позиционировать имплантаты по отношению к дефекту зубного ряда и по отношению к зубам антагонистам, по отношению к альвеолярным отросткам челюстей.

Отсутствие такой подготовки, клинического планирования приводит к следующим нежелательным явлениям. Такие как, расхождение осей между

имплантатом и искусственной коронкой, между коронкой и антагонистом, между имплантатом и антагонистом.

Отсутствие параллельности имплантатов во фронтальной, сагиттальной и трансверзальной плоскостях.

Произвольная установка имплантата осложняет создание анатомической формы коронок, восстановление окклюзии. В свою очередь это приводит к повышению горизонтальных нагрузок, увеличивает механическое давление на стенку альвеолы вокруг имплантата, к микрофрактурам костных структур, к резорбции кости и раскачиванию имплантата.

Предортопедическую подготовку, которая должна проводиться перед хирургическим этапом установки имплантатов, начинают с клинического исследования дефекта зубного ряда состояния зубов антагонистов, оценки дентоальвеолярного или межальвеолярного расстояния.

В случаях частичных дефектов зубных рядов изготавливают разборные модели челюстей с помощью которых изучают осевые соотношения альвеолярных сегментов дефекта зубного ряда с зубами антагонистами. В интересующем разборном сегменте модели определяют местоположение имплантата в сагиттальной и трансверзальных плоскостях.

Создают условия восстановления окклюзии на имплантатах с учетом их расстановки.



Рисунки 1 и 2



Рис. 3

Вынужденное окклюзионное соотношение по принципу: совпадение вершин опорных и защитных бугров.

Далее проводят моделировку искусственных зубов и изготовление хирургического стенда из прозрачной пластмассы, состоящего из рабочего и фиксирующего частей.



Рис. 4

Рабочую часть хирургического стенда фрезеруют и создают направляющие каналы, в которые устанавливают титановые направляющие втулки. Для этого используют дополнительный набор инструментов.



Рис. 5

Набор инструментов.

Согласованность оси имплантата, металлкерамической коронки и противоположащего зуба создают благо-



Рис. 6

Рис. 7

приятные условия для восстановления идеальной окклюзии.

Для создания идеальной окклюзии необходимо использование артикулятора и установка моделей между его рамами с использованием лицевой дуги. Настройка суставных и резцовых углов производится регистратами, фиксирующими переднюю и боковые окклюзии.

Мы рекомендуем на готовых коронках выверять преждевременные контакты. В данном случае после удаления 44; 45 и проведения отсроченной установки имплантатов и изготовления металлокерамических коронок на наружном скате щечного бугра 44; 45 сосредоточена зона повышенной боковой нагрузки при боковых движениях нижней челюсти, на которой формируется отпечаток крутого ската зуба антагониста, что может привести к травме имплантатов в боковой окклюзии.



Рис. 8

Система имплантатов фирмы «Дива» позволяет проводить непосредственную имплантацию, то есть в области удаляемого зуба и проводится одномоментная установка имплантата.

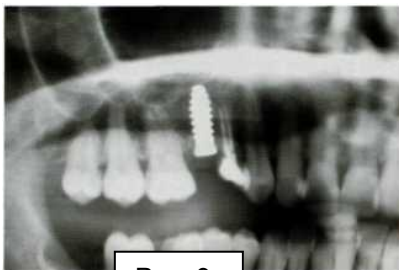


Рис. 9

Для размещения имплантатов при полной адентии должна проводиться

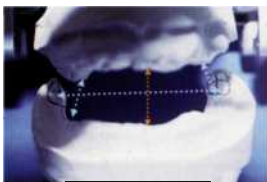


Рис. 10

разметка моделей с учетом межальвеолярного пространства, межальвеолярных линий, соотношений альвеолярных отростков во фронтальном и боковых участках.

Затем проводят биофункциональную постановку зубов по сфере в индивидуальном артикуляторе.

Далее для уточнения полученных у пациентов параметров используется телерентгенограмма ТРГ.

Для получения ТРГ на коже лица в точке истинной шарнирной оси фиксируют маркеры по толщине в 1мм, вершина которого должна совпадать с точкой шарнирной оси ВНЧС.

На репродукциях протезов окклюзионную плоскость и фронтальные зубы обжимают оловянной или свинцовой фольгой.

Дистально-щечные бугры первых нижних моляров выделяются вертикальной полосой. Обжимают находящиеся ближе рентгеновской пленке верхние и нижние центральные резцы.

С этими подготовленными протезами делают съемку. Расшифровка ТРГ проводится ортодонтами по Ricketts.

Данный метод позволяет уточнить постановку зубов согласно положению окклюзионной плоскости, высоты нижнего отдела лица, положение фронтальной группы зубов.

Далее проводится изготовление хирургических стендов из прозрачной пластмассы. Модели с хирургическими стендами устанавливаются во фрезерный станок. Осуществляют



Рис. 11 Хирургический стэнд.

фрезерование направляющих каналов. В каналы устанавливают титановые направляющие втулки. После установки имплантатов и окончания процессов заживления проводится перебазировка съемных пластиночных протезов.

После окончания фазы остеоинтеграции и формирования десневой

манжетки вокруг имплантата проводится установка трансферов для снятия оттисков.



Рис. 12

Проводится подбор абатментов и изготавливается каркас мостовидного протеза, который припасовывается в полости рта.

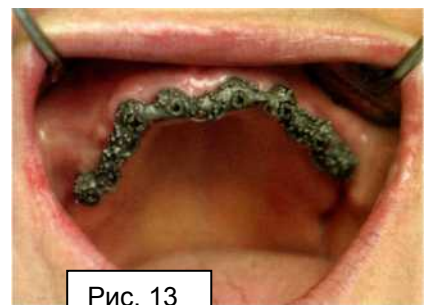


Рис. 13

Осуществляется постановка зубов и изготовление протеза.

Припасовка и фиксация протезов в полости рта.



Рис. 14

Таким образом, можно сделать следующие выводы, что предортопедическая подготовка позволяет восстанавливать анатомическую форму искусственных коронок, функциональную окклюзию, обеспечивающей адекватную нагрузку на имплантат.

Изготавливать ортопедические конструкции с высокой функциональной и эстетической эффективностью.

На основании клинического материала можно сказать, что фирма «Дива» постоянно совершенствует конструкцию имплантата, учитывает мнение клиницистов.