

**Р.Г. Хафизов,
Ф.А. Хафизова,
Р.А. Арипов,
Ф.А. Хайруллин,
И.Р. Хайдаров,
А.К. Козлова,
Р.М. Миргазизов.**

Россия,
Казань,
Москва.
КГМУ
СК «ИМПЛАНТСТОМ»
Фонд «Биосовместимые
материалы и имплантаты»
(Фонд «БМИ»).

Сведения об авторах:
Хафизов Р.Г.—д.м.н.,
профессор каф. орт. стом.
КГМУ;
Хафизова Ф.А.—врач
стоматолог, директор СК
«Имплантостом»;
Арипов Р.А.—хирург
имплантолог;
Хайруллин Ф.А.—к.м.н.,
ортопед стоматолог.
Хайдаров И.Р.—врач
стоматолог;
Козлова А.К.—врач
стоматолог;
Миргазизов Р.М.—к.м.н.,
исполнительный директор
Фонда «БМИ», врач-
стоматолог.

Рецензент:
д.м.н., проф.
Олесова В.Н.

Публикация:
Хафизов Р.Г.,
Хафизова Ф.А.,
Арипов Р.А.,
Хайруллин Ф.А.,
Хайдаров И.Р.,
Козлова А.К.,
Миргазизов Р.М.
Особенности
реабилитации пациентов
при полном отсутствии
зубов с использованием
материала из никелида
титана//Росс. вестн. дент.
имплантол.—2007/2008.—
№ 1/4(II) (17/20).—С.72–75.

Особенности реабилитации пациентов при полном отсутствии зубов с использованием материала из никелида титана

Зачастую анатомические особенности полости рта затрудняют использование традиционных зубных протезов или возникает ситуация когда невозможно достичь удовлетворительной фиксации и стабилизации съемных протезов из-за недостаточно выраженного альвеолярного гребня и усиленной потери костной основы челюсти, истонченной и болезненной слизистой оболочки, атипичного расположения языка, соотношения челюстей и др. Между тем, вполне уместным является желание многих больных иметь несъемные зубные протезы вместо съемных или улучшить фиксацию съемных протезов за счет имплантатов.

Перед проведением исследований по определению показаний к имплантации, как правило, рекомендуют проведение подготовительных мероприятий, включающих терапевтическое, хирургическое, ортопедическое лечение, особого внимания требует санация одонтогенных очагов и ЛОР-органов. Проводится оценка анатомических особенностей строения зубочелюстной системы и величины оставшейся костной ткани, в том числе с учетом результатов анализа диагностических моделей. Необходимо отметить, что дентальную имплантацию рассматривают как один из моментов патогенетического лечения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, обусловленных утратой зубов и

нарушением акта жевания.

Вначале проводят тщательное клиническое и рентгенологическое обследование больных. Осуществляют строгий отбор пациентов в соответствии с принятыми показаниями бригадой специалистов. Производят планирование операции: выбор типа имплантатов, определение их количества, размеров и местоположения.

Оперативные вмешательства производят в два этапа: введение внутрикостной части и изготовлении супраконструкции.

Рассмотрим изготовление несъемной конструкции на основе дентальных имплантатов при полном отсутствии зубов на нижней челюсти на примере пациента А., который обратился с целью протезирования зубов с использованием имплантатов.

Пациент 1951 года рождения. Со слов пациента, зубы были удалены 15 лет назад по поводу осложненного кариеса. Общее состояние организма без патологии, общих сопутствующих заболеваний нет.

При внешнем осмотре лицо симметрично, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, открывание рта без патологии. Прикус не фиксирован. На верхней челюсти имеются металлические штампованные коронки на 14 и 15 зубах, подвижность—III степени. Слизистая в области искусственных коронок гиперемирована, слегка отечна.

0	0	0	К	К	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

На ортопантомограмме: в области верхушек 14, 15 зубов наблюдается расширение периодонтальной щели, деструкция костной ткани III степени. В области отсутствующих зубов структура костной ткани однородная, плотная, высота участка кости во фронтальном участке между альвеолярным краем и дном полости носа в области отсутствующих 11, 12, 13, 21,

22, 23 более 2 см, на нижней челюсти расстояние между альвеолярным краем и нижнечелюстным каналом менее 1,5 см (рис. 1).

Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти IV класса по Кеннеди (K08. 1), полная адентия на нижней челюсти, атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти III класс по Оксману, хронический

пародонтит 14, 15 зубов, подвижность III степени.

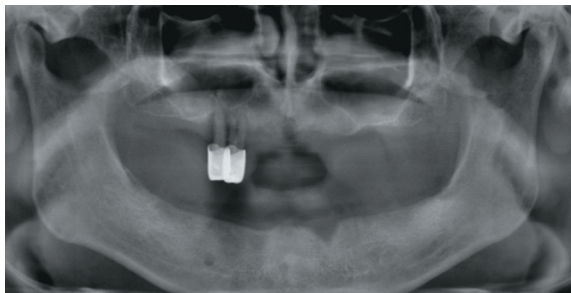


Рис. 1.
Панорамный рентгеновский снимок пациента А.
до установки имплантатов.

План лечения:

1. Провести полную санацию полости рта (удалить 14, 15).
2. Изготовить временные полные съемные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти.
3. Изготовить диагностические модели, определить центральную окклюзию.
4. Изготовить хирургические шаблоны после окончательного выбора конструкции имплантатов.

От рекомендуемого проведения реконструктивной операции на альвеолярном отростке нижней челюсти пациент отказался. На основании анамнеза, объективных данных, данных ортопантограммы и компьютерной томографии решено установить дентальные имплантаты в область отсутствующих 31, 32, 41, 42 зубов d—3,75 mm, l—16 mm; в области отсутствующих 33, 43—d—5.0 mm, l—16 mm; в области отсутствующих 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47—d—4,2 mm, l—10 mm.

Сняты слепки для изготовления диагностических моделей и направляющей пластинки для установки имплантатов (рис. 2).



Рис. 2.
Направляющая пластинка
для установки имплантатов.

Операция дентальной имплантации проводилась следующим образом: под двухсторонней мандибулярной анестезией «Ultrakaini DS-forte» сделали трапециевидные разрезы в области дефектов зубных рядов, отслоили слизисто-надкостничные лоскуты, наложили направляющую пластинку, специальными инструментами под охлаждением NaCl 0,9% сформировали костные ложа под имплантаты. Установлены имплантаты системы Альфа-Био. Лоскуты уложили на место, раны ушили викрилом, матрасным швом.

Назначено:

1. Холод в область операции.
2. Антибиотикотерапия (зитролид по 500 мг 1 раз в день в течение 3 дней).
3. Противовоспалительные препараты (наиз по 100 мг 2 раза в день в течение 5–7 дней).
4. Антигистаминные препараты (диазолин по 0,1 на ночь 2–3 дня).
5. Анальгетики (кетанов по 1 табл. через каждые 4–5 ч).
6. Обработка полости рта антисептиками (на следующий день после операции—хлоргексидин, фурацилин).

На следующий день после операции у пациента имеются жалобы на наличие отека, болей не отмечает. Объективно: имеется отечность мягких тканей в области нижней челюсти с обеих сторон, кожные покровы нормальной окраски, не напряжены, пальпация безболезненна. Слизистая в области установленных имплантатов гиперемирована, отечна, швы состоятельные. Проведена обработка полости рта 0,05% раствором хлоргексидина. Назначения продолжить.

Через неделю после операции у пациента жалоб нет, лицо симметрично, кожные покровы в норме, открывание рта без патологии, слизистая бледно-розового цвета, раны заживают первичным натяжением, без осложнений. Сняты швы. На период приживания имплантатов изготавливали полные съемные пластинчатые протезы на верхнюю и нижнюю челюсти с мягкими подкладками.

Второй этап операции: с использованием хирургического шаблона и цилиндрического пробойника слизистой оболочки под инфильтрационной анестезией «Ultrakaini DS-forte» установлены титановые формирователи десны (рис. 3), наложен временный пластинчатый протез с мягкой подкладкой (рис. 4).



Рис. 3.
Установленные формирователи десны.



Рис. 4.
Временный пластинчатый протез с мягкой подкладкой.

Показатели функционирования имплантатов по Миргазизову соответствуют 1 (рис. 5).

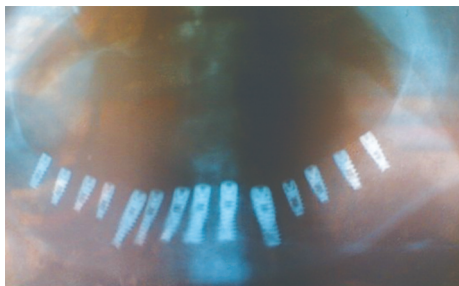


Рис. 5. Панорамный рентгеновский снимок пациента А. после установки имплантатов.

Через 2 недели приступаем к этапу изготовления супраструктуры. Удалены формирователи десны (рис. 6), установлены трансферы и снят оттиск методом открытой ложки. Формирователи десны установлены на место.



Рис. 6. Состояние слизистой оболочки после удаления формирователей десны.

Супраструктура на 14 имплантатах была изготовлена в виде искусственной десны с опорными головками для изготовления коронок, это обусловлено необходимостью достижения эстетики, а также для воссоздания преддверия полости рта. На данном этапе коронки изготовлены из пластмассы для временного пользования (рис. 7, 8, 9).



Рис. 7. Вид готовой супраконструкции.



Рис. 8. Зафиксированная супраконструкция с временными пластмассовыми коронками.



Рис. 9. Временные пластмассовые коронки.

После изготовления несъемной супраконструкции на имплантатах на нижней челюсти пациент изъявил желание о проведении имплантации с последующим протезированием на верхней челюсти. От предложенной операции синуслифтинга пациент отказался. На основании анамнеза, объективных данных и данных ортопантограммы решено установить в область отсутствующих зубов дентальные имплантаты системы Альфа-Био: в область отсутствующих 11, 21, 22 зубов d—3,75 mm, l—16 mm; в области отсутствующих 12, 13, 23—d—5.0 mm, l—16 mm.

Операция дентальной имплантации проводилась следующим образом: под инфильтрационной анестезией «Ultrakaini DS-forte» сделали трапециевидный разрез в области дефекта зубного ряда, отслоили слизисто-надкостничный лоскут, специальными инструментами под охлаждением NaCl 0,9% сформировали костные ложа под имплантаты. После установки имплантатов, лоскут уложили на место, рану ушили викрилом (рис. 10).

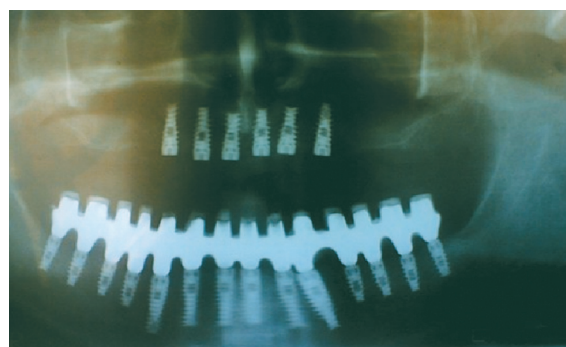


Рис. 10. Панорамный рентгеновский снимок пациента А. после установки дентальных имплантатов на верхнюю челюсть.

Через 6 месяцев проводим второй этап операции: установлены формирователи десны с использованием цилиндрического пробойника слизистой оболочки под инфильтрационной анестезией «Ultrakaini DS-forte». Показатель функционирования имплантатов по Миргазизову соответствует 1. (рис. 11).

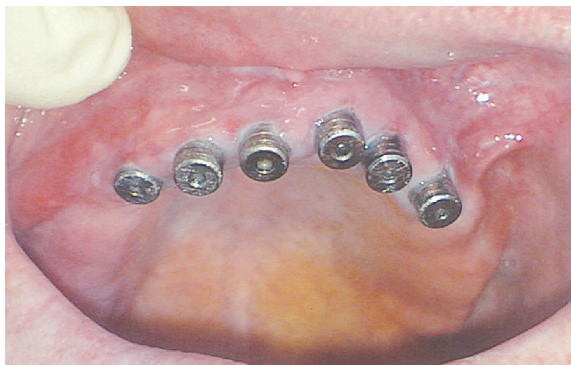


Рис. 11.
Установленные формирователи десны.

Этап изготовления мезоструктуры. Удалены формирователи десны (рис. 12), установлены трансферы и снят оттиск методом открытой ложки. Формирователи десны установлены на место, наложен временный пластинчатый протез с мягкой подкладкой.



Рис. 12.
Состояние слизистой оболочки после формирования десны вокруг имплантатов.

Этап примерки готовой мезоструктуры изготовленной из сплава никелида титана (рис. 13).



Рис. 13.
Примерка мезоструктуры на основе сплава никелида титана.

Припасовка готовой супраконструкции.



Рис. 14.
Вид готовой супраконструкции на верхнюю челюсть.

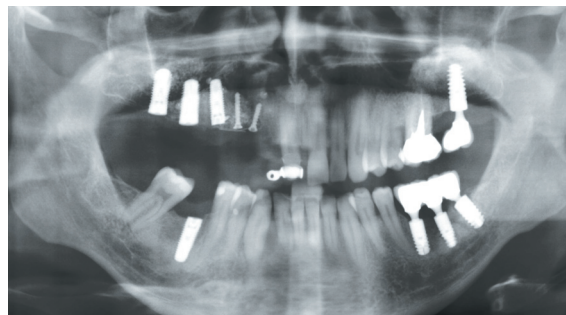


Рис. 15.
ОПТГ. Вид готовой супраконструкции на верхнюю челюсть.



Рис. 16.
Вид готовых зубных протезов в полости рта.

Через полгода после протезирования пациент жалоб не предъявляет. Жевание активное, перкуссия имплантатов безболезненная, слизистая в области шеек имплантатов плотно прилегает, бледно-розового цвета, влажная, без признаков воспаления. Подвижность имплантатов не отмечается, показатели функционирования имплантатов по Миргазизову соответствуют 1. Полная адаптация к протезам.

Таким образом посредством изготовления несъемной супраконструкции из металлокерамики на 14-ти дентальных имплантатах достигнуто формирование преддверия полости рта на нижней челюсти, адекватная межальвеолярная высота, получена высокая функциональная, эстетическая и психологическая удовлетворенность пациента.

За счет изготовления условно-съемного протеза на верхней челюсти с использованием мезо- и супраструктуры из никелида титана была достигнута прецизионная посадка, что способствовало улучшению фиксации протеза.

Литература

1. Гветадзе, Р.Ш. Диагностика и прогнозирование функционального состояния тканей протезного ложа в дентальной имплантации//Р.Ш. Гветадзе, А.И. Матвеева//Проблемы стоматологии и нейростоматологии.—1999.—№ 2.—С. 38–41.
2. Жусев, А.И. Стоматологическая имплантация—новые идеи и решения. Основные концепции перспективных разработок// А.И. Жусев [и др.]//Новое в стоматологии.—2005.—№ 8.—С. 29–30.
3. Линков, Л.И. Без зубных протезов//Л.И. Линков.—СПб.: ТИТ «Комета», 1993.—228 с.
4. Лосев, Ф.Ф. Эффективность направленной костной регенерации при синуслифтинге и несъемном протезировании //Ф.Ф. Лосев, А.Н. Шарин//Российский стоматологический журнал.—2000.—№ 1.—С. 40.