

Р.М. Бениашвили, А.А. Кулаков, А.Н. Гурин,
Л.А. Григорьянц, В.С. Комлев, В.А. Семкин

ДЕСНЕВАЯ И КОСТНАЯ

пластика в дентальной имплантологии



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2017

Глава 2

ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННОГО ОБЪЕМА ДЕСНЫ И КОСТИ

Визуальное и рентгенологическое определение состояния тканей полости рта позволяет наметить предварительный план лечения, который включает эндодонтическое лечение зубов, контроль гигиены и удаление зубов с неблагоприятным прогнозом.

Планирование имплантологического лечения начинается с представления конечного результата, а именно супраструктур (коронки) в оптимальной окклюзии. Правильное положение установленных дентальных имплантатов — залог нормального распределения нагрузки и благоприятного долгосрочного результата. Необходимым условием является позиционирование фрезы при формировании ложа имплантата в кости. В зависимости от наличия достаточного объема костной ткани могут применяться различные техники установки. Для определения достаточного объема костной ткани в современной практике используется конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). Сочетание желаемого конечного результата и имеющихся для этого условий обеспечивает рентгеноконтрастный шаблон для КЛКТ-исследования.

В данной главе будет рассмотрен способ изготовления шаблона для проведения КЛКТ, анализ данных КЛКТ и различные подходы к восстановлению утраченного объема костной ткани.

Современные тенденции в изготовлении шаблонов предполагают использование как лабораторного, так и виртуального планирования. В зависимости от клинической ситуации применяется различный подход. Первым этапом необходимо изготовить гипсовую модель челюстей с регистрацией окклюзии.

При изучении окклюзии зубных рядов многие авторы пытались создать различные окклюзионные концепции. В литературе выделяют окклюзионные соотношения зубных рядов при боковых видах окклюзии: «клыковое ведение», «групповая направляющая функция», выделяют также «групповую сбалансированную окклюзию» (концепция Гизи), когда на рабочей стороне имеются контакты одноименных бугорков премоляров и моляров, а на балансирующей — разноименных бугорков премоляров и моляров. В соответствии с концепцией, предложенной R. Slavicek (2008), восстановление зубов и зубных рядов должно сопровождаться стремлением к достижению максимальной функциональной эффективности протеза. Одним из основных факторов, определяющим функциональный оптимум зубочелюстной системы, является морфология окклюзионной поверхности зубов, отражающая траекторию движения головки нижней челюсти при открывании и закрывании рта²².

Оптимальным признано наличие множественного окклюзионного контакта зубных рядов, визуализирующегося в виде линейных отпечатков артикуляционной бумаги толщиной 8 мкм на резцах и клыках, одно-, двух-, трехточечных отпечатков артикуляционной бумаги, толщиной 8 мкм на премолярах и трех- или четырехточечных на молярах. В участках зубных рядов, где имеется протез, опирающийся на дентальные имплантаты, по данным ряда авторов, необходимо создавать дизокклюзию 12–100 мкм для компенсации меньшей подвижности дентальных имплантатов по сравнению с зубами.

Рентгеноконтрастный шаблон

После изготовления гипсовой модели зубных рядов производится восковая постановка пластмассовых зубов и анализ окклюзии (рис. 107).

Гипсовая модель на беззубом участке смазывается вазелином и осуществляется постановка искусственного зуба (рис. 108).

После постановки зубов изготавливается термопластическая каппа при помощи вакуумформера (рис. 109).

Каппа обрезается по экватору соседних зубов (рис. 110).

На место планируемой установки имплантата в каппе заливается рентгеноконтрастная пластмасса (рис. 111).

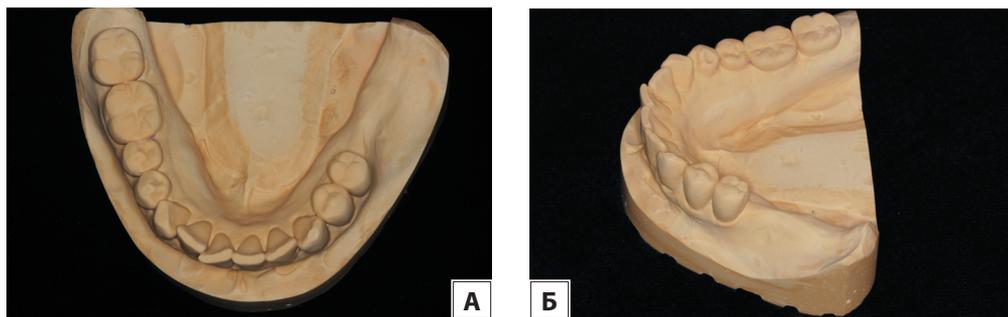


Рис. 107. (А) Гипсовая модель челюсти. Планируется установка имплантатов в области отсутствующего зуба 3.6. Видна атрофия тканей; (Б) Планируемый к восстановлению беззубый участок на модели (вид сбоку)

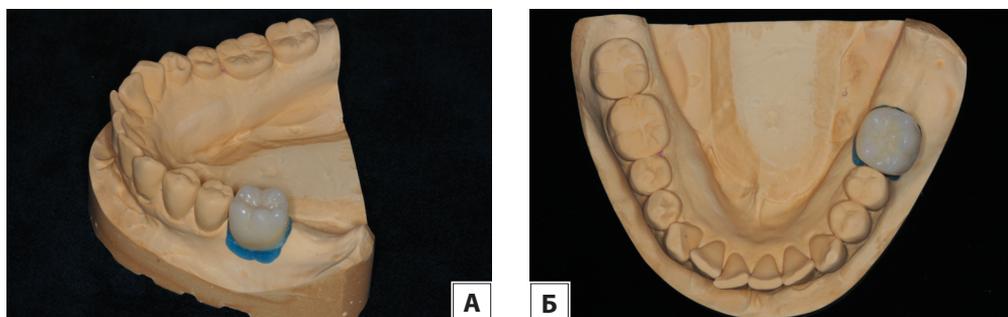


Рис. 108. (А) Постановка искусственного зуба; (Б) Искусственный зуб припасован на воск (вид сверху)

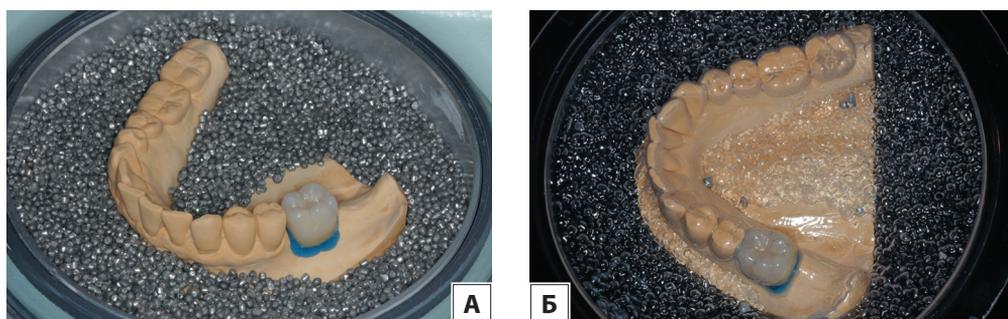


Рис. 109. (А) Модель помещается в дробь для вакуумформера. Это позволяет легко снять полученную капу; (Б) Наиболее часто используемые пластины для вакуумформера 0,8 мм

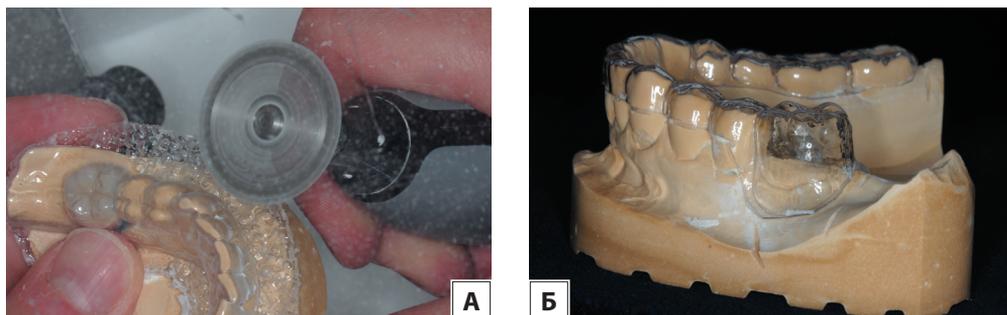


Рис. 110. (А) Обрезка каппы по экватору зубов;
(Б) Вид каппы после обрезки и обработки краев

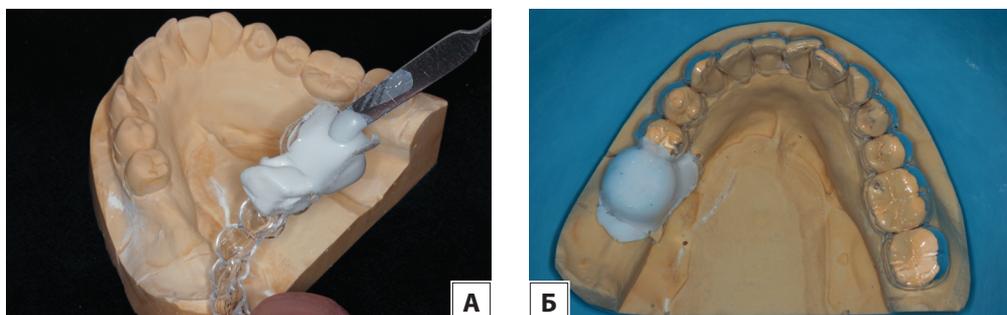


Рис. 111. (А) Заполнение рентгеноконтрастной пластмассой
(Scanning Resin, Yamahachi); (Б) Припасовка на модели
для затвердевания пластмассы по контуру гребня

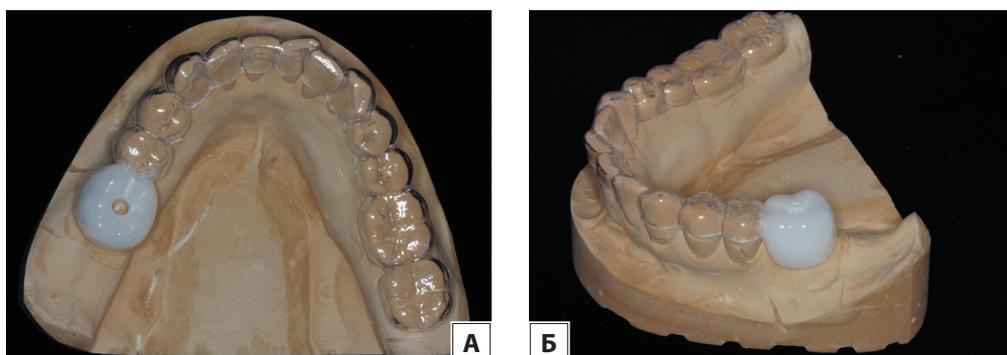


Рис. 112. (А) Вид рентгеноконтрастного шаблона
после убранных излишков пластмассы; (Б) Вид сбоку

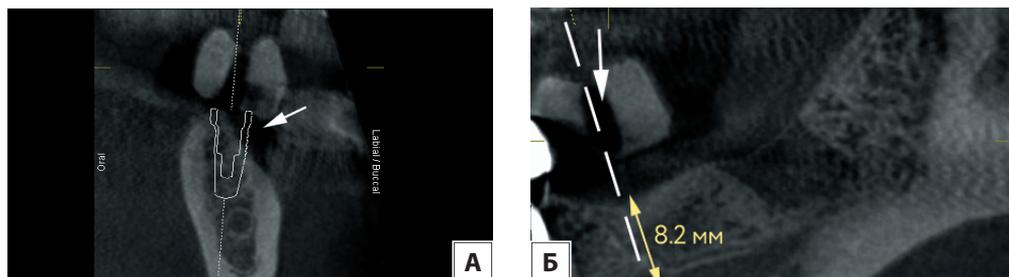


Рис. 113. (А) Шаблон дает представление о направлении будущего имплантата и наличии достаточного объема костной ткани. В данном случае можно видеть необходимость аугментации кости на этапе установки имплантата; (Б) Шахта внутри рентгеноконтрастной коронки дает четкое представление о направлении и, как следствие, точное определение расстояния до ближайших анатомических структур

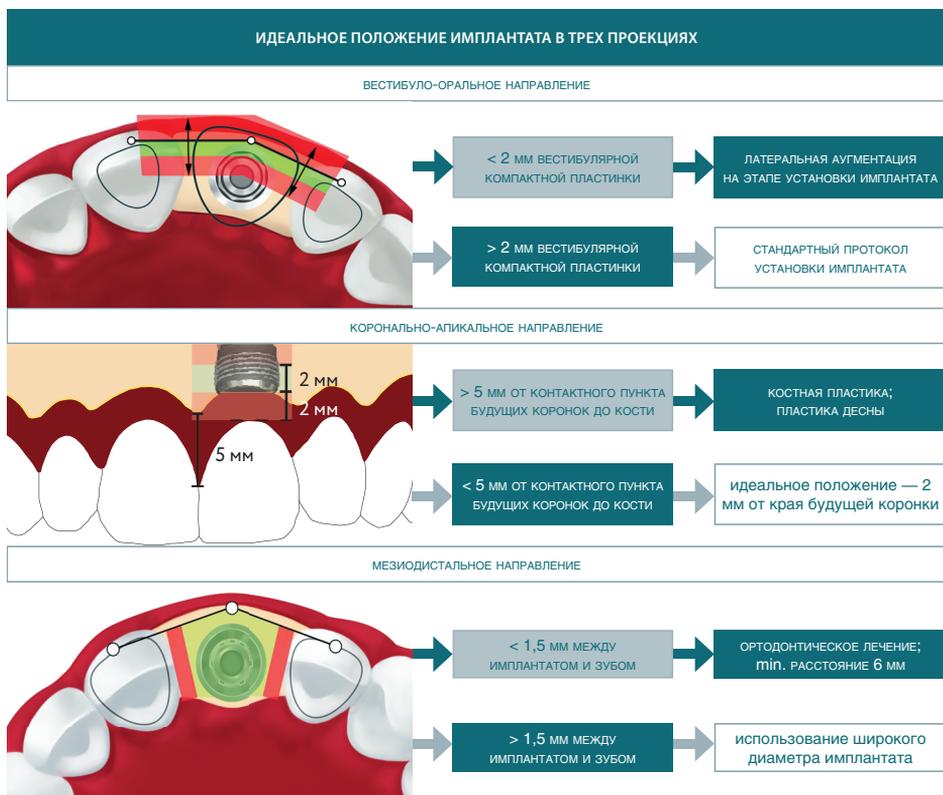


Рис. 114. Схема необходимых условий благоприятного позиционирования имплантата