

ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.

Морозов А.Е., Хашина М.В.

Самарский государственный медицинский университет, кафедра ортопедической стоматологии, г. Самара

В настоящее время в стоматологии имеется множество вариантов протезирования, которые применяются в практике и могут удовлетворять требованиям пациентов. В последние годы всё более широкое распространение получает протезирование с опорой на дентальный имплантат. Вместе с тем не маловажную роль играет положение имплантатов альвеолярном отростке, так как в дентальной имплантации одним из ключевых условий одновременного функционирования конструкции с опорой на имплантат является максимальное приближение направления вертикальной силы механической нагрузки к оси тела имплантата. Однако, в практике это не всегда удаётся из-за индивидуальных анатомических особенностей пациентов, в связи с чем возникает необходимость установки имплантатов под наклоном. Вместе с тем известно, что у 15% имплантатов, установленных под наклоном, возникают патологические изменения в периимплантатной зоне, что связано с перегрузкой в костной ткани вследствие чрезмерного наклона имплантата (и как следствие нарушения кровообращения в периимплантатной зоне). Резорбция костной ткани в этом случае начинается от пришеечной области по направлению к верхушке имплантата. Выявлена закономерность между углом отклонения имплантата и степенью максимальной нагрузки. При отсутствии отклонения имплантата от вертикали, имплантат выдерживает максимальную нагрузку в 200Н, если угол наклона имплантата равен 5° она снижается до 100Н, при угле наклона равном 10° только 72,5Н. Свыше 20° предел прочности резко снижается, имплантат способен воспринимать нагрузку не более 40Н. Таким образом, при увеличении наклона имплантата степень риска осложнений возрастает. Для исключения этого фактора в этих случаях необходимо проводить пластику альвеолярного отростка. Однако бывают такие клинические ситуации, когда объём костной ткани достаточен, но доступ к операционному полю, по каким-либо причинам, затруднён (например, недостаточное открывание рта). В этом случае для удобства планирования работы хирурга-имплантолога, а в дальнейшем и врача-ортодонта, в настоящее время предложены и нашли своё применение различные виды имплантологических шаблонов. Большинство из них изготовлены из разных видов полимерных материалов (Pater Resin, GC). Важным условием точного позиционирования является необходимость проведения тщательного контроля полного прилегания каркаса шаблона. В связи с тем, что шаблоны из полимерных материалов имеют небольшую площадь контакта, которая приходится в основном на окклюзионную поверхность и толщина ее незначительна, то по нашему мнению велика вероятность неточного нанесения ориентиров и изменения положения имплантатов в полости рта из-за возможной нестабильной фиксации шины. В связи с этим мы предложили цельнолитую металлическую конструкцию имплантологического шаблона. Для ее изготовления нами были проделаны следующие этапы: после обследования пациента, снятия оттиска и изготовления диагностической модели, следовал этап определения центральной окклюзии. Далее было определено место интеграции имплантата на диагностической модели. Следующим этапом является изготовление имплантологической шины-шаблона. Изготовленный нами имплантологический шаблон имеет более жесткую фиксацию с несколькими зубами граничащими с дефектом зубного ряда не только с окклюзионной поверхностью, но и с вестибулярной и язычной. Помимо этого в области отсутствующего зуба шаблон представляет собой литой зуб, что значительно, снижает вероятность отклонения имплантата от заданного направления. Вывод: С помощью изготовленного имплантологического шаблона по нашему мнению снижается вероятность неточного позиционирования имплантата, что помогает избежать патологически изменений связанных с перегрузкой и исключить возникновение отдалённых осложнений. Особо важное значение предложенная методика имеет в случаях, когда имеется сложный доступ к месту интеграции имплантата. Изготовленный шаблон может быть использован в качестве временной конструкции замещающей дефект зубного ряда на весь период до этапа ортопедического лечения постоянной конструкцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.

15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 2.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 2.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.