

МЕТОД УСТРАНЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ.

Сафаров М.Т., Меликузиев К.К., Ахмаджонов М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

На сегодняшний день накоплен большой клинический опыт применения дентальных имплантатов при зубном протезировании различных дефектов зубных рядов. Успех дентальной имплантации зависит от ряда факторов как хирургического, так и ортопедического характера. Одним из ортопедических факторов, влияющих на исход подобного лечения является состояние окклюзионных взаимоотношений. Особое значение имеет выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубов при протезировании с опорой на имплантанты с соседними зубами и зубами-антагонистами во избежание повышенной ориентированной функциональной нагрузки на имплантат, приводящий к нарушению стабильности зоны соединения имплантата и окружающей костной ткани. Однако остается актуальной проблема приживления имплантатов и длительного сохранения стабильной зоны соединения имплантата и окружающей костной ткани, способной выдерживать значительные жевательные нагрузки, особенно у пациентов с различными окклюзионными нарушениями, приводящими к образованию травматических узлов.

Цель работы: изучить значение коррекции окклюзионных нарушений методом избирательного пришлифовывания на процессы остеоинтеграции околоимплантатных тканей.

Нами на различных этапах протезирования с применением дентальных имплантатов были проведены клинические и рентгенологические исследования в 3 группах больных. Из них I- группу составили 8 пациентов, пользующихся мостовидными протезами с опорой на имплантаты, II- группу - 10 пациентов с одиночными искусственными коронками на имплантатах, III- группу- 13 пациентов, пользующихся металлокерамическими мостовидными протезами с опорой на девитализированные зубы и имплантаты. Пациентам третьей группы избирательное пришлифовывание окклюзионных поверхностей зубных протезов не проводилось.

В процессе избирательного пришлифовывания травматические бугры выявляли с помощью артикулярной бумаги. Коррекцию преждевременных контактов осуществляли на ограниченных участках эмали, на скатах бугров для минимализации травмы поверхностных слоев эмали зуба. После каждой манипуляции зубы покрывали фторлаком фирмы «Белак-Ф». Эта манипуляция производилась для предупреждения образования повышенного отложения зубного налета. Контроль за процессом остеоинтеграции околоимплантатных костных тканей проводился нами при помощи прицельной рентгенографии.

Эффективность избирательного пришлифовывания выраженных бугров сохранившихся зубов, а также окклюзионных поверхностей зубных протезов,

опирающихся на дентальные имплантаты, контролировалась нами на протяжении 1, 2, 3 месяцев при помощи рентгенологического исследования, при котором обращали внимание на степень атрофии костных тканей в области дентальных имплантатов, на степень рентгенооптической плотности костных тканей в области имплантатов.

По данным рентгенологического исследования I-II групп больных после проведенной избирательной шлифовки окклюзионных поверхностей зубов было обнаружено, что через 1 мес. после установки имплантата, отмечается рост новообразованной кости, следуя контуру витков имплантата. Признаки воспаления отсутствовали. Избирательная шлифовка проводилась по упомянутой методике непрерывно в течение 1-ой недели ношения зубных протезов. На снимках, полученных через 3 месяца костная ткань имела достаточную плотность и окутывала резьбовую часть имплантата. Через 6 месяцев обнаружено, что вокруг имплантатов сформирована костная ткань, охватывающая имплантат со всех сторон. Клинические исследования при дентальной имплантации с немедленной и ранней функциональной нагрузкой подтвердили эффективность этого метода.

В области имплантатов равномерно снижена высота тени костной ткани кортикальной пластинки нижней челюсти, а также снижена рентгенооптическая плотность в области имплантатов. Пациент не явился на второй этап операции в назначенное время. Повторное рентгенологическое обследование через 2 года после установки внутрикостных элементов наглядно показало, что отсутствие функциональной нагрузки на имплантаты и окружающую их костную ткань привело к атрофии кости и частичной дезорганизации первичной организации биотехнической системы «имплантат-кость».

Проведенная нами сравнительная оценка рентгенологических показателей околоимплантатной зоны у пациентов 3 группы выявило необходимость и оправданность функциональной разгрузки системы имплантат-протез путём избирательного шлифования окклюзионных поверхностей зубных протезов, а также зубов-антагонистов.

Таким образом, своевременное и целенаправленное проведение избирательного шлифования позволяет предупреждать развитие метаболических, функциональных и структурных изменений в альвеолярной кости в периимплантатном участке, что значительно улучшает прогноз ортопедического лечения больных с применением дентальных имплантатов.