

Добровольская О. В., Рубаненко В. В., Добровольский А. В.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Комплексное лечение с применением дентальных имплантатов является современным и эффективным методом реабилитации пациентов с полной адентией нижней челюсти. Использование внутрикостных имплантатов для фиксации съёмных зубных протезов повышает жевательную активность по сравнению с традиционным съёмным протезированием на 19 – 44%, а также позволяет почти полностью восстановить двигательную и тоническую активность жевательных мышц [Дудко А. С., 1993; Канатов В. А., 1991; Carlsson G., Haraldson T., 1985]. Изготовление хирургического шаблона (ХШ) должно предшествовать каждой операции эндооссальной имплантации. Это индивидуально изготовленное приспособление необходимо для правильной ориентации сверла во время хирургического этапа и соблюдения параллельности имплантатов.

Шаблон обычно используют при концевых или протяженных включенных дефектах зубного ряда, установке имплантатов в эстетически значимых зонах, а при полной потере зубов ХШ просто незаменим. Операционный шаблон можно изготовить несколькими способами. Стоит упомянуть о двух из них. При изготовлении шаблона первым способом учитываются данные компьютерной томографии челюстей. Шаблоны второго типа изготавливаются с учетом восковой моделировки (или постановки искусственных зубов) будущей ортопедической конструкции. Как известно, длинная ось корня зуба (и, соответственно, имплантата) чаще всего не совпадает с осью коронковой части, поэтому шаблоны, не учитывающие данные компьютерной томографии, указывают лишь точку желаемой установки имплантата, но не указывают угол наклона. Хирург ориентируется на данные ортопантограммы, компьютерной томографии, измерений диагностических моделей и визуальной оценки альвеолярного гребня во время операции. Следовательно, шаблон должен с одной стороны точно передать хирургу-имплантологу точку расположения имплантата на альвеолярном гребне и, с другой, предоставить максимальные возможности для визуализации операционного поля.

Цель статьи – продемонстрировать дизайн операционного шаблона второго типа.

Обычно мы изготавливаем операционный шаблон в виде съёмного протеза из бесцветной пластмассы. Искусственные зубы дают указание о локализации последующего размещения имплантатов. Через эти зубы зубной техник формирует цилиндрические отверстия, в которые устанавливаются титановые втулки. Через эти втулки в последующем проводится и сверление кости.

Этапы изготовления шаблона рассмотрим на примере клинического случая.

На кафедру ортопедической стоматологии с имплантологией обратилась пациентка М., 68 лет, с жалобами на плохую фиксацию полного съёмного протеза на нижней челюсти. Съёмным протезом пользовалась на протяжении последних 10 лет. Для фиксации протеза применяла разные виды кремов. Желаемого результата не было достигнуто. Общесоматически пациентка здорова, вредных привычек не имеет.

При осмотре полости рта было определено: резорбция кости нижней челюсти не была равномерной, альвеолярный гребень узкий, преддверие полости рта мелкое. Нижняя челюсть имеет подковообразную форму. Проведено рентгенологическое обследование – ортопантограмма и компьютерная томография нижней челюсти.

В результате обследования был поставлен диагноз: беззубая нижняя челюсть 2 типа по Келлеру. Податливость слизистой на обеих челюстях 1 класс по Суппле. Потеря жевательной эффективности по Агапову 100%.

Максимальная высота кости дистальнее подбородочных отверстий над просветом нижнечелюстного канала составляет не более 0,6 см (по ОПТГ).

Ввиду потребности пациентки в удовлетворительной фиксации съёмного протеза на нижней челюсти была предложена имплантация. Больной планировалась установка 2-х винтовых разборных имплантатов в межментальном пространстве по одноэтапной методике. Для изготовления ХШ снимали анатомический оттиск, изготавливали диагностические модели из гипса. Диагностические модели использовали для определения позиции имплантата и демонстрации пациенту конструкции планируемого метода лечения. Затем изготавливали индивидуальную ложку, снимали функциональный оттиск. Модели гипсовали в окклюдатор в состоянии центральной окклюзии. Проводили постановку зубов. Аналог съёмного протеза был сварен по стандартной методике из бесцветной пластмассы. С помощью фрезерного станка были сделаны отверстия в смоделированных зубах сверлом 2 мм. При сверлении ориентировались на точку расположения имплантата, отмеченную на модели. Затем в отверстиях фиксировали титановые втулки, внутренний диаметр которых соответствовал размеру пелотного сверла. При проведении оперативного вмешательства ХШ накладывался на протезное ложе. Препарирование костного ложа проводили трансгингивально, что благоприятно сказывалось на сроках заживления раны.

Таким образом, при изготовлении ХШ без учета данных компьютерной томографии основным ориентиром является восковая моделировка будущей ортопедической конструкции. Преимуществами данного шаблона является относительная простота, быстрота и дешевизна изготовления, а также простота наложения и точность передачи позиции имплантата.