

АНАЛИЗ ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К ОСЛАБЛЕНИЮ ВИНТА, СОЕДИНЯЮЩЕГО ИМПЛАНТАТ С АБАТМАНОМ С ФИКСИРУЕМОЙ НА НЕМ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»

Количество пациентов, которым были установлены двухэтапные цилиндрические винтовые имплантаты с последующей фиксацией на них несъемных ортопедических конструкций (коронки, мостовидных протезов), растет. Однако в последнее время увеличилась обращаемость пациентов по поводу осложнений протезного характера, из них наиболее часто встречающимся и самым трудноустраняемым является ослабление винта, соединяющего имплантат с абатманом.

При несвоевременном обращении пациента к врачу наблюдаются его полное раскручивание или перелом винта, соединяющего имплантат с абатманом.

Цель исследования. Повысить качество оказания ортопедической помощи лицам, у которых в качестве опоры несъемных ортопедических конструкций использовались двухэтапные цилиндрические имплантаты, путем анализа причин, приводящих к ослаблению винта, соединяющего имплантат с абатманом, у лиц, обратившихся по поводу данного осложнения.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 32 случая обращения пациентов с нарушением соединения внутрикостной части имплантата с абатманом. Им было изготовлено 14 одиночных металлокерамических коронок, 11 металлокерамических мостовидных протезов с опорой на два внутрикостные двухэтапные цилиндрические имплантата и 7 металлокерамических мостовидных протезов

с опорой на 3 имплантата. На момент обращения пациентов с данной проблемой фиксировали наличие и величину стираемости зубов, наличие узлов травматической окклюзии, приходящихся на несъемную ортопедическую конструкцию, фиксирующую на двухэтапных цилиндрических имплантатах, при наличии генерализованного пародонтита. У лиц с подозрением на наличие бруксизма проводили пальпаторное обследование жевательных мышц с целью определения наличия гипертонуса. Полученные данные сравнивали с исходным статусом на момент фиксации.

Результаты и их обсуждение. На момент фиксации несъемных ортопедических конструкций у пациентов, обратившихся по поводу изучаемой проблемы, стираемость 1 степени была зафиксирована у 6 пациентов, бруксизм, по данным опроса и пальпаторного обследования жевательных мышц, - у 4-х пациентов, при этом стираемость 1 степени отмечалась у двоих. У остальных пациентов на момент фиксации несъемных ортопедических конструкций ни патологической стираемости, ни бруксизма, ни генерализованного пародонтита, сопровождающегося травматической окклюзией, не отмечалось.

На момент обращения по поводу нарушения соединения имплантат-абатман стираемость 1 степени фиксировалась у 10 пациентов, стираемость 2 степени - в 14 случаях, из них в восьми случаях она сопровождалась бруксизмом.

Преждевременный контакт, приходящийся на ортопедическую конструкцию, фиксируемую на имплантаты за счет формирования травматической окклюзии при генерализованном пародонтите, отмечался у 6 пациентов (травматическая окклюзия формировалась за счет смещения зубов и их подвижности). В двух случаях никаких изменений на визуальном осмотре зубочелюстной системы не отмечалось, хотя на обследовании на ортопедических конструкциях, фиксируемых на имплантатах, выявили зоны повышенной нагрузки.

Выводы. На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

- Рекомендуемое фирмами-производителями усилие, с которым затягивается винт, соединяющий имплантат с абатманом, обеспечивает надежное соединение лишь на момент фиксации ортопедической конструкции при условии тщательного формирования окклюзионных кривых во избежание зон функциональной перегрузки.

- В результате изменений зубочелюстного аппарата со временем появляются зоны повышенной нагрузки, приходящиеся на несъемные ортопедические конструкции, фиксируемые на абатманах двухэтапных цилиндрических имплантатов, что приводит к возрастанию раскручивающего момента на винт, соединяющий внутрикостную часть имплантата с абатманом с фиксируемой на нем несъемной ортопедической конструкцией.