

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА И ОТЛИВКИ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО МЕТОДУ А. В. ВЕЙСА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

А. В. Вейс
Директор
частной академии
инновационной
дентальной
имплантологии при
стоматологической
клинике Франкфурт
на Майне, Хехст,
консультант
Имплаза-Хехст в
земле Гессен, ФРГ

Точность снятия оттиска и отливки моделей с внутрикостных имплантатов в верхней и нижней челюстях на этапах возведения супраконструкций — необходимое требование. Ошибки на этом этапе ортопедического лечения приводят к искажениям при изготовлении каркаса протеза и могут привести к его непригодности.

В связи с этим в традиционной технологии ортопедического лечения на дентальных имплантатах весь процесс разбит на много этапов с обязательным лабораторным и клиническим контролем. Обычно для снятия оттисков с инфраструктур — аналогов имплантатов, атачментов и абатментов — изготавливают индивидуальные слепочные ложки. Особая точность должна соблюдаться при переводе трансфера с имплантата в оттиск челюсти. Аналог имплантата закрепляется на трансфере в оттиске и остается при отливке в гипсовой модели челюсти. Снять правильно оттиски при дентальной имплантации иногда затруднительно при некоторых особенностях строения дистальных отделов челюстей, при затруднительном открывании полости рта, при выраженном рвотном рефлексе. Тем более затруднительно установить здесь трансфер с помощью ключей, ввести и вывести слепочную ложку с оттисковой массой. Уместно вспомнить проблемы височно-нижнечелюстных суставов таких больных в последующем. При приближении слепочной массы к носоглоточному кольцу у многих больных появляется нежелательный рвотный рефлекс. После преодоления этих проблем могут появиться затруднения при введении ключа для закрепления или откручивания винта трансфера. При вывинчивании винта в таких случаях возможна потеря его в полости рта с последующим проглатыванием или асфиксией.

При затруднениях выведения слепочной ложки с оттисковой массой из полости рта может нарушиться истинное положение трансфера.

С целью сокращения сроков, снижения травматичности и улучшения качества лечения больного, уменьшения и исключения затруднений в работе врача-ортопеда и зубного техника в нашей клинике разработан имплантатовод-трансфер (ИТ- для краткости) собственной конструкции (см. конструкция и описание).

Трансфер имеет подпружинивающие внутриимплантатные вилки, которые захватывают стенки имплантата изнутри, и с помощью выступов надежно фиксируются ниже внутренней резьбы имплантата. Средний отдел корпуса трансфера также имеет внутриимплантатный многогранник в виде наружного шестигранника, который конструктивно точно соответствует внутреннему шестиграннику имплантата и его аналога.

Во внеимплантатной части тела трансфера по наружной стороне имеются ретенционные выступы и углубления. Одна сторона уплощена, вершина имеет грибовидную форму для дополнительной фиксации трансфера в от-

тисковой массе. Это ведет к изменению технологии снятия оттиска для возведения супраструктур.

ПРИМЕНЕНИЕ

Стерильный трансфер устанавливается внутриимплантатной частью в имплантат в полости рта пациента (Рис. 1).

Захваты имплантата вводятся в канал имплантата. При этом наружный

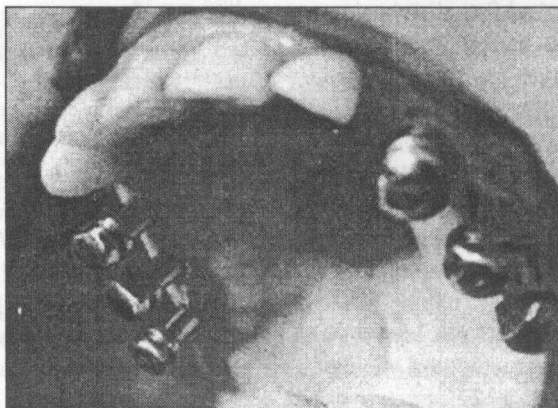


Рис. 1. Трансферы в имплантах в полости рта

шестигранник среднего отдела тела трансфера устанавливается во внутренний шестигранник имплантата. Пружинящие захваты трансфера фиксируются во внутреннем канале имплантата. Выступы верушек захватов с легким щелчком заходят в витки резьбы во внутреннем канале имплантата. Извлекается ИТ также с легким щелчком уже с слепочной (оттисковой) массой. Так как длина ИТ — от 12 до 16 мм, а внеимплантатная часть составляет всего 6 мм и 10 мм, он легко устанавливается в имплантатах, расположенных в самых дистальных отделах альвеолярного отростка челюстей, при затрудненном открывании полости рта и выраженных рвотных рефлексах. Для его установки и извлечения не требуется вспомогательный инструмент. Для снятия оттиска применяются стандартные слепочные ложки с размерами, соответствующими челюсти больного.

Количество полиэфирной оттисковой массы стандартное. После полимеризации и отверждения оттиск вместе с ложкой и трансфером легко извлекается из полости рта (Рис. 2).

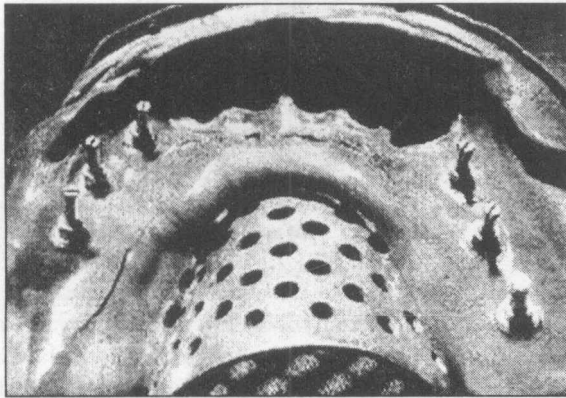


Рис. 2. ИТ в оттисковой массе

На имеющийся в слепке ИТ фиксируется аналог импланта и отливается зуботехническая модель. Отлитая и застывшая модель освобождается от ложки с оттисковой массой, включающей ИТ. Хорошо сохранившийся ИТ нашей конструкции может применяться неоднократно с учетом правил асептики и антисептики.

Дальнейшее протезирование производится как обычно (Рис. 3).

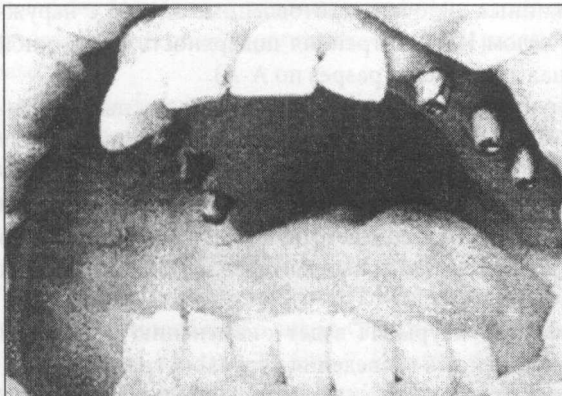


Рис. 3. Абатменты, закрепленные в имплантатах

После фиксации протезов на абатментах больному даются наставления по индивидуальной гигиене полости рта (Рис. 4).

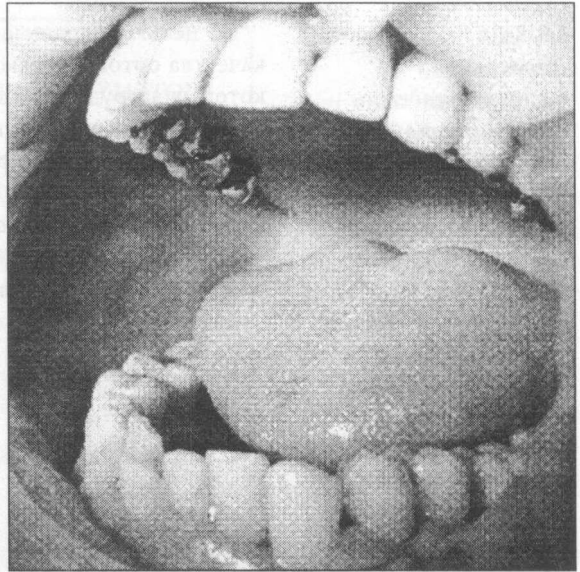


Рис. 4. Протезы, закрепленные на абатментах

ВЫВОДЫ:

Конструкция предлагаемого трансфера позволяет:

1. Сократить сроки ортопедического лечения.
2. Снизить его травматичность
3. Улучшить качество ортопедического лечения на всех этапах дентальной имплантации
4. Облегчить работу врача и зубного техника.
5. Упростить установку и извлечение трансфера в имплантат и его аналог в оттиске и модели
6. Облегчить снятие оттиска с установленным в имплантате трансфером.
7. Снять препятствия при введении и выведении оттисков из полости рта.
8. Упростить отливку моделей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Пюнтер В.Э., Темерханов Ф.Т., Миргазизов М.З. и др. Исследование процессов прорастания костной ткани в поры имплантатов./ Сверхэластичные имплантаты с памятью формы в медицине/Томск, 1995.-288 с.
2. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты)/ Т.Г. Робустова.-М.: Медицина, 2003.-560 с.
3. Implantologie Hanbuch. Verlag Oemus media AG, Leipzig, 2005, 208 S.
4. Implants. International magazine of Oral Implantology — DG-ZJ, vol. 6.2/2006, Duesseldorf

Prezenta la 18.04.2007