

Лагодження зламаного базису

Передісторія

Щоразу, коли пацієнт знімає протез, однією з небезпек, про яку повинні пам'ятати стоматологи та їх пацієнти, є поломка протеза через падіння.

Падіння знімного протеза може призвести до сколювання або поломки штучних зубів, але дуже часто призводить до перелому базису протеза. І попри те, що падіння протеза є поширеною причиною перелому базису, це не єдина причина. Оскільки альвеолярні відростки атрофуються, нерідко можна побачити перелом базису протеза через надмірне навантаження, що концентрується в неатрофованих ділянках, – наприклад, у ділянці серединного піднебінного шва.

У результаті поломка зубних протезів є досить поширеним явищем у цієї групи пацієнтів, і, незалежно від причини, це серйозна проблема для них. У багатьох випадках пошкоджений протез може бути відправлений до зуботехнічної лабораторії на лагодження, але що робити, якщо такої можливості немає? У цій статті я хочу поділитися саме таким випадком.

Вихідна ситуація

91-літня жінка з хорошим загальним станом здоров'я була спрямована на термінове лагодження протеза нижньої щелепи. Пацієнтці були встановлені імпланти, і обидві зубні дуги були відновлені приблизно сім років тому. Вона не пам'ятає, коли востаннє оцінювали стан протезів або проводили їх корекцію. Вона відмічає, що вони «прилягають нещільно». Крім того, пацієнтка повідомила про дві попередні спроби лагодження зламаного протеза іншим стоматологом (рисунок 1). На питання, що вона робила, коли протез ламався, вона не змогла відповісти. Протез нижньої щелепи фіксується на двох імплантатах, і зламався прямо в ділянці одного з корпусів кріплення.

Клінічно: альвеолярний відросток нижньої щелепи значно резорбований і є присутніми два абатмента, але їх поверхня виглядає зношеною (рисунок 2).



Рисунок 1

На рисунку 1А видно сліди від попереднього лагодження. Рисунок 1В показує складнішу картину; поломка базису зубного протеза в ділянці одного з корпусів.

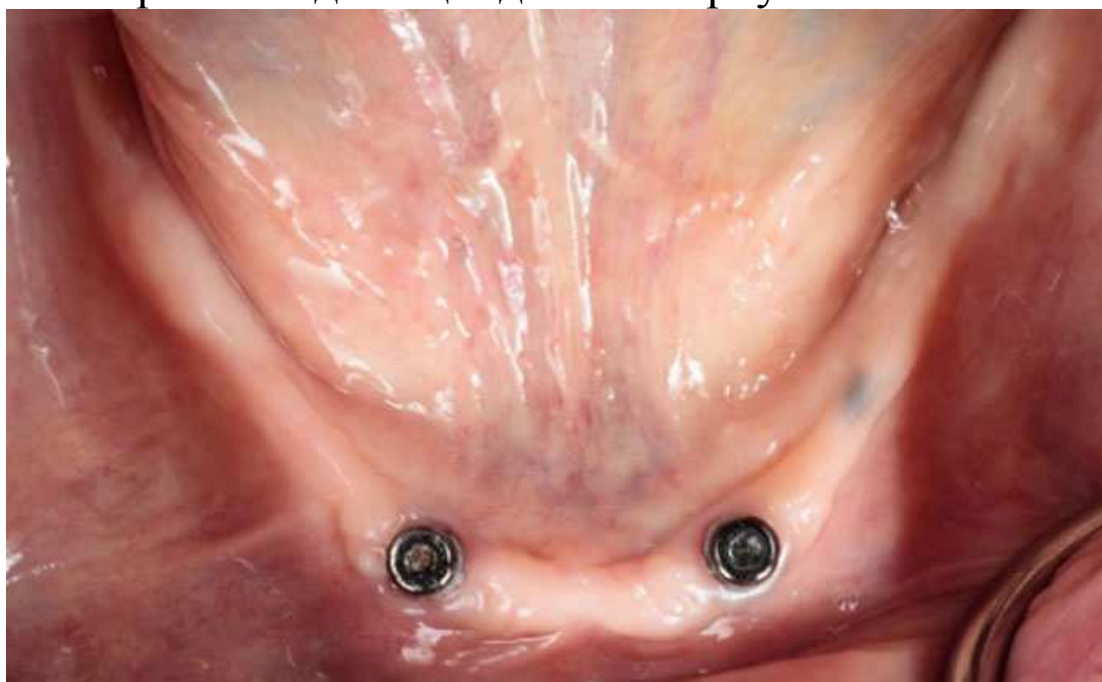


Рисунок 2

Навантаження протеза, у даному випадку, припадає на імплантат, що означає, що опора протеза забезпечується як імплантатами, так і опорними зонами альвеолярного відростка. Альвеолярні відростки звужені в щічно-язичному напрямі і,

мабуть, не мають великої вертикальної висоти; рішення про коригування/заміну утримуючих елементів вимагає ретельної оцінки можливості повторної установки протеза.

Із слів як пацієнтки, так і її лікаря, лікування проводилося приблизно 7 років тому. Крім того, пацієнтка повідомила, що носить обидва зубні протези вночі, щоб запобігти утворенню зморшок. У фронтальному відділі верхньої щелепи є присутніми два абатмента, схожі на нижньощелепні, тоді як два дистальних абатмента, мабуть, є кутовими і виготовленими індивідуально (рисунок 3). Незважаючи на вік і пошкодження нижнього протеза, верхньощелепному протезу вдалося зберегти свою естетику (рисунок 4). Жоден з протезів не має ніякого металевого армування.



Рисунок 3

Пояснення: (ліворуч) Верхня щелепа була відновлена за допомогою зубного протеза в той же час, коли і нижня щелепа.

(праворуч) На верхній щелепі передні абатменти виглядають аналогічно нижньощелепним абатментам, але задні абатменти, мабуть, є кутовими, і були виготовлені індивідуально.



Рисунок 4. Незважаючи на вік, протез зберігся добре

При огляді оклюзійної поверхні протеза верхньої щелепи спостерігається значне зношування штучних зубів. Оскільки протезу сім років, а тим більше це протез на імплантатах, це не є несподіванкою (рис. 5 ліворуч, рис. 6). Зауважимо, що верхньощелепний протез повністю втратив один з утримуючих елементів, а три, що залишилися, не забезпечують потрібної стабілізації (рис. 5 праворуч).



Рисунок 5



Рисунок 6

Планування лікування

З погляду планування лікування ця пацієнтка стикається з двома проблемами. Перше завдання полягає в тому, як розв'язати насущну проблему перелому базису зубного протеза. Друге завдання – визначити варіанти завершення лікування. Зрозуміло, що для розробки остаточного плану лікування знадобляться додаткові методи дослідження, але пацієнтка не бажає бути без протеза, поки цей план розробляється. Щоб продовжувати лікування, пацієнтці необхідно пояснити, що лагодження протеза зробить його крихкішим, ніж він був спочатку, і будь-які чинники, які сприяли його поломці, такі як концентрація навантаження навколо імплантату, можуть ще більше сприяти поломці протеза.

Етапи протезування

У цьому випадку пацієнтка наполягала на лагодженні протеза. Для його лагодження знадобляться два етапи. Перший полягає у відновленні зламаного базису, а другий – у з'єднанні атакмента з протезом. Першим кроком є точна репозиція фрагментів базису (рис. 7 і 8). Правильна репозиція дуже важлива, оскільки помилка тут може створити проблеми з приляганням протеза до гребеня і порушення оклюзійних контактів.



Рисунок 7

Пояснення: першим етапом у лагодженні є репозиція фрагментів, що залишилися. У цьому випадку фрагменти скріплюються воском, але можна це зробити і ціаноакрилатом.



Рисунок 8. Фрагменти добре зіставлені, але з язичного боку відсутній фрагмент

Наступним кроком є виготовлення силіконової матриці для опори фрагментів під час ремонту. Для цієї мети виготовляється модель для установки протеза (рисунки 9 і 10).

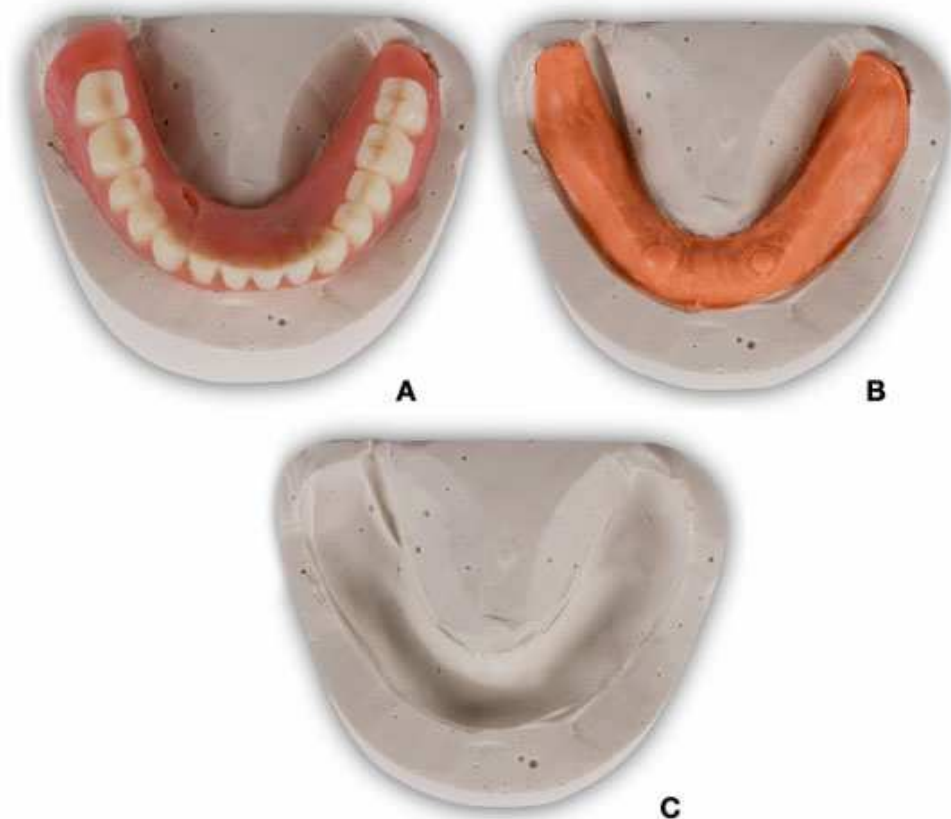


Рисунок 9

Попри те, що відливання моделей зайняло певний час, це було необхідно для наступного лагодження. Крім того, якщо під час ремонту припуститися помилки, модель дозволить точніше встановити протез.

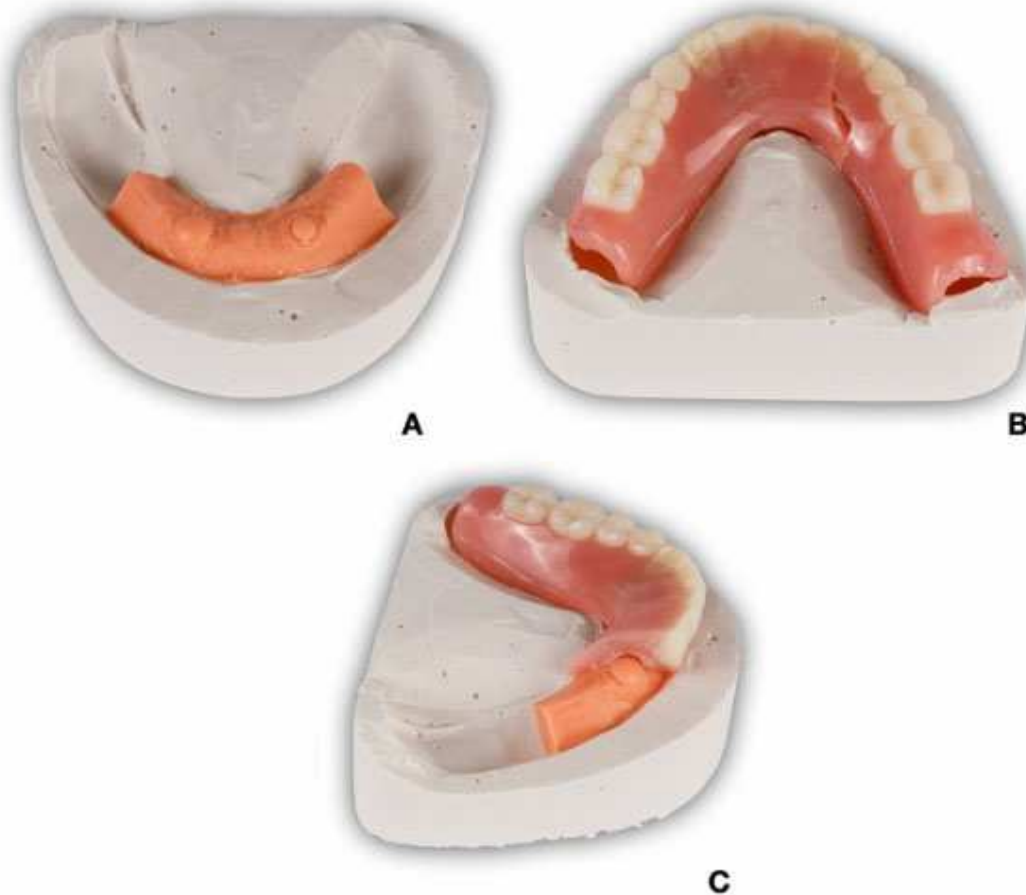


Рисунок 10

Гіпсова модель була виготовлена так, щоб краї протеза залишалися в контакті з гіпсом. Цей жорсткий контакт дозволить протезу не балансувати, забезпечуючи точність позиціонування фрагментів. Силіконова матриця була видалена з дистальних відділів (рис. 10А), щоб уникнути порушення позиціонування протеза (рис. 10В). Силікон у фронтальному відділі залишений на місці, щоб запобігти надмірному попаданню матеріалу лагодження в базис (рис. 10С).

Після виготовлення гіпсової моделі протез обережно знімається і поверхня готується для матеріалу лагодження. У цьому випадку вибрана акрилова пластмаса холодної полімеризації (Jet Acrylic, Lang), потім поверхня оброблена твердосплавним бором і піддана піскоструминній обробці 50-мікронними частками оксиду алюмінію. (Рисунки 11, 12 і 13).



Рисунок 11



Рисунок 12

Тепер протез можна обережно витягнути з гіпсової моделі (ліворуч) і нанести додатковий матеріал на внутрішню частину (праворуч). Протез повертають у кювету під тиском для полімеризації матеріалу (ПММА).



Рисунок 13

Надлишки матеріалу видалені, щоб лікар міг встановити корпус атакмента і завершити ремонт. Можна було б використувати наявний корпус і фіксуючі елементи, але оскільки цей абатмент має нестандартну форму з класичним «локатором», були використані нові компоненти кріплення (розширеного діапазону). Різниця в кольорі між матеріалом для ремонту і первинним базисом дозволила ефективно візуалізувати надлишки і видалити їх.

Після відновлення протеза можна приступати до другого етапу; установки корпусу атакмента (рис. 14 і 15).



Рисунок 14

При підготовці до установки корпусу імплантату в базисі було зроблено отвір (ліворуч) і встановлений атакмент (праворуч). Для їх фіксації був використаний самотвердний матеріал замість ПММА.



Рисунок 15.

Новий корпус атакмента у відремонтованому базисі протеза

Кінцевий результат

Протез обробляється твердосплавними борами і полірується (рис. 16). Як альтернативу можна було б використовувати силіконові голівки. Після цього протез встановлюється пацієнтці



Рисунок 16

Ремонт базису протеза і установка корпусу атачмента завершені. Зверніть увагу на рожевий матеріал, що заповнює отвір (ліворуч), і відновлений зуб (ліворуч), а також на велику відновлену ділянку на язичній поверхні (праворуч).



*Рисунок 17.
При опущеній
губі видно
«шрам» від
лагодження.*

На щастя, у цьому випадку не знадобилася корекція.

Висновок

Перелом базису протеза нерідко зустрічається в пацієнтів з повною адентією. Хоча лагодження протеза часто є відмінним варіантом, іноді існують обставини, які не дозволяють цього зробити в короткі терміни. У цій статті я продемонстрував один із способів вирішення цієї проблеми, але існує безліч інших варіантів. Я сподіваюся, що це допоможе вам, якщо ви зіткнетесь з такою клінічною ситуацією.

Автор: Дарін Діхтер