

## **Виготовлення примірювального естетичного шаблону на індивідуальних абатментах при тотальному протезуванні на імплантатах**

Протезування беззубих щелеп в імплантології є найскладнішим, найвідповідальнішим і вимагає високої кваліфікації лікаря-стоматолога і зубного техника.

Для цього потрібні ґрунтовні знання про функцію жувальної системи і її будову. Лікарі-стоматологи і зубні техніки повинні засвоювати поняття про взаємодію зубів, скронево-нижньощелепного суглобу, жувальної мускулатури, нервів і т. ін. Тип оклюзійної поверхні визначається стоматологом, і виключно під його відповідальність оклюзійна форма має бути індивідуально орієнтована на пацієнта. Лікар-клініцист повинен уміти оцінювати реалізацію оклюзійного концепту в останній інстанції.

Статична і динамічна оклюзія людської жувальної системи унікальна. Жувальні рухи мають індивідуальні особливості і залежать від роду їжі. Але основний малюнок рухів завжди стереотипний. Цей жувальний шаблон заучується в дитинстві, запам'ятовується і зберігається в підкірці на все життя. При цьому неважливо, чи збереглися в пацієнта природні зуби, чи є в нього пломби, коронки, мостовидні протези, комбіновані незнімні і знімні протези, повні протези або протези з опорою на імплантати.

І коли лікар-стоматолог і зубний техник, плануючи протезування пацієнта з беззубими щелепами на імплантатах, повинні враховувати, що втрачені зуби відновлюються за формою, розміром, розташуванням, функцією і якістю відповідно до природних зразків. Але основною проблемою при тотальному протезуванні на імплантатах є правильне знаходження розташування оклюзійної площини пацієнта. Для цього в лікаря-стоматолога і зубного техника має бути досвід роботи на беззубих щелепах у повному знімному протезуванні.

Впродовж життя людина втрачає зуби, і тут починаються безповоротні прогресуючі зміни обличчя, як функціональні, так і морфологічні: гілки і тіло нижньої щелепи стають тоншими, кут нижньої щелепи – тупішим, сильно западає рот, різко виступає підборіддя, відбувається загальне зміщення обличчя

вниз і назад, змінюється профіль грушовидного отвору, відбувається деформація верхньої щелепи, зниження висоти нижньої третини обличчя, зміна орбітального відростка виличної кістки, зміна передньої частини виличного відростка, опускання (в'ялість) щік. Частою помилкою багатьох фахівців є елементарний поспіх, і на естетичні примірювальні шаблони, що відновлюють морфологічні і функціональні зміни обличчя, у протоколі час не виділяється. А це головний етап, який допомагає лікарю-стоматологу і зубному техніку побачити естетику майбутніх протезів пацієнта і внести вчасно необхідні зміни.

На прикладі клінічного випадку опишу як виготовляю примірювальні шаблони, на яких можна проконтролювати правильне розташування оклюзійної площини, естетичну позицію верхніх і нижніх гарнітурних зубів відносно губ при посмішці і вимові звуку «М» у стані спокою. Нижні різці – відправна точка початку оклюзійної площини, рівнобедреного трикутника Бонвіля в 10,5 см і кута Бальквіля в 22 градуси.

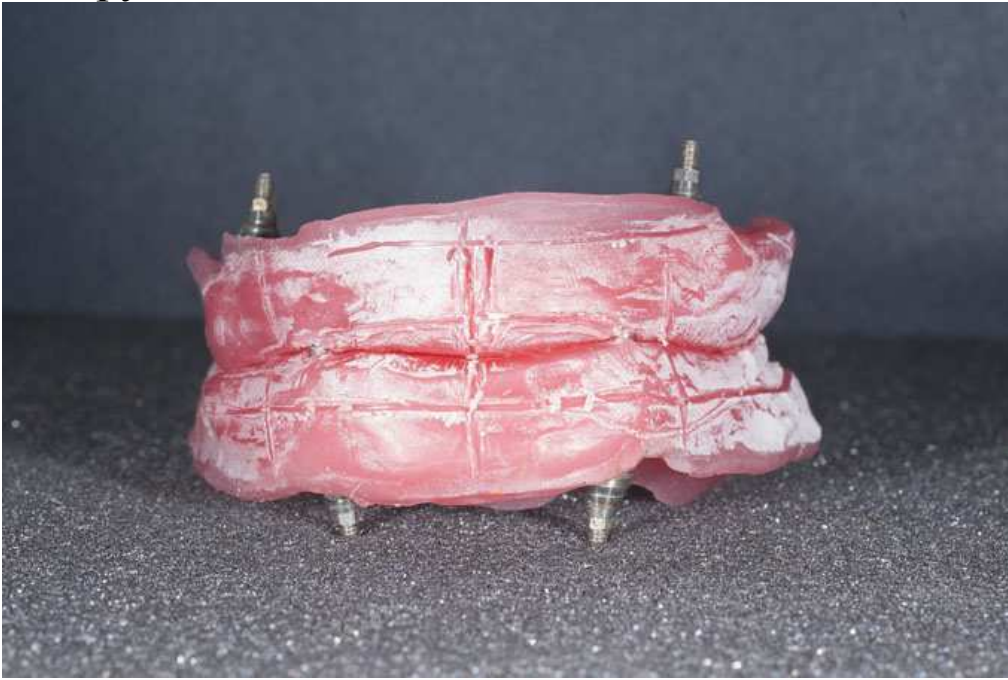
Для роботи в артикуляторі моделі обов'язково мають бути загіпсовані за цими параметрами. І, звісно, валики обов'язково повинні прикручуватися до імплантатів у ротовій порожнині без можливості зміщення і ротації. Вони виготовляються з пластмаси світлового отвердіння і за допомогою самотвердної пластмаси (pattern resin) приклеюються до відбиткових трансферів (мал. 1).



(мал. 1)

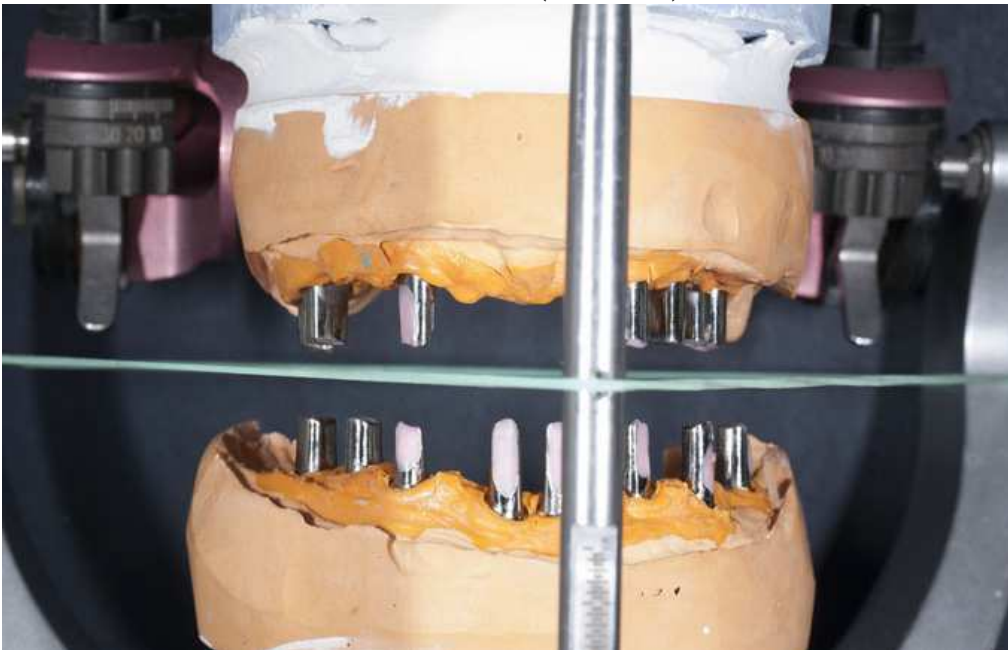
Лікар-стоматолог повинен на валиках вказати зубному техніку серединну лінію пацієнта, лінію змикання губ, лінію іклів,

щоб у техніка склалося уявлення про розмір зубів фронтальної групи (мал. 2).



(мал. 2)

Моделі загіпсовуються в артикулятор за середніми значеннями за допомогою гумки, яка відповідає Камперівській площині. Спочатку нижня щелепа встановлюється на пластилін по лінії змикання губ, і верхній валик має співпасти з гумкою в бічному відділі. Наступним етапом виготовляються індивідуальні титанові абатменти (мал. 3).



(мал. 3)

Постановка зубів починається з верхньої щелепи, для цього застосовується стандартна сферична поверхня, яка за допомогою воску адаптується на нижній щелепі з індивідуальними абатментами (мал. 4, 5).

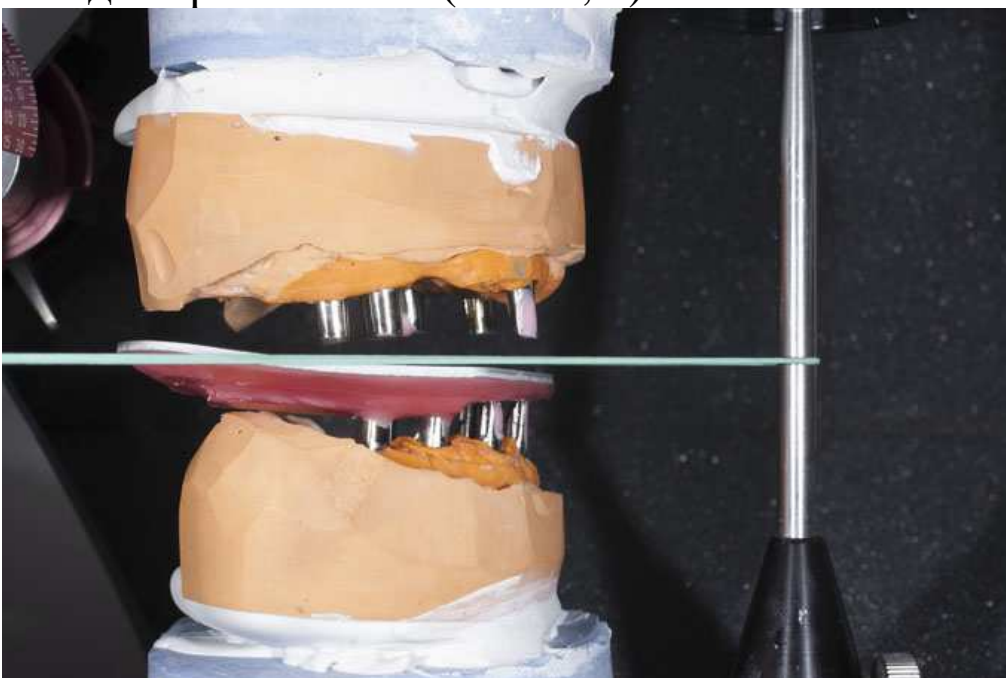


(мал. 4)

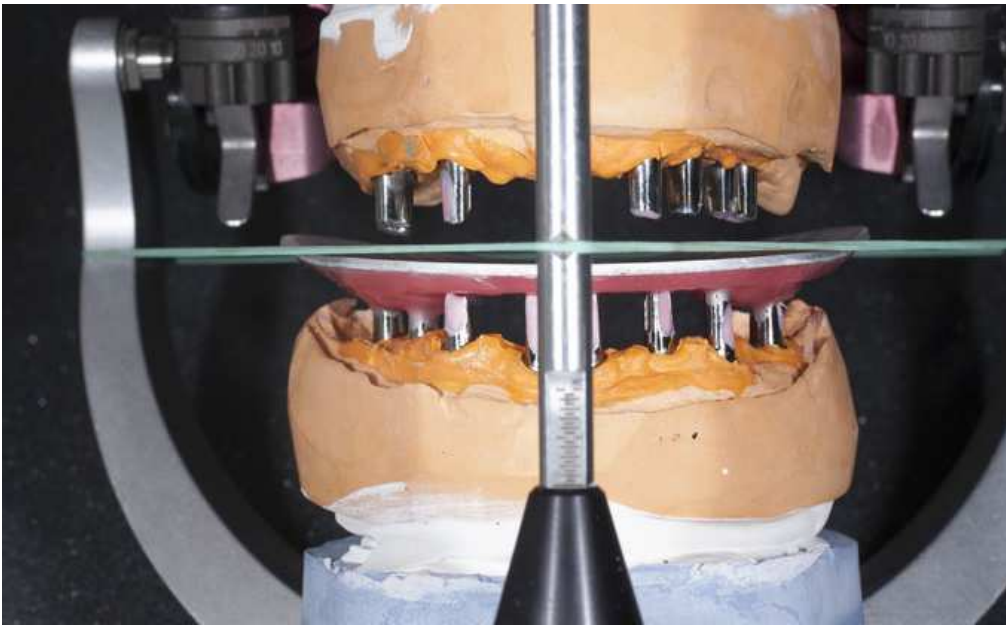


(мал. 5)

У фронтальній ділянці сферична поверхня опускається на 2 мм нижче за оклюзійну площину, що згодом означатиме перекриття верхніми зубами нижніх. А в жувальному відділі, навпаки, трохи піднімається вище за оклюзійну площину, що відповідає кривій Шпее (мал. 6, 7).



(мал. 6)



(мал. 7)

У таких роботах мною використовуються гарнітури зубів, які спеціально випускаються для облицювання телескопів, мають порожнисту форму і вимагають незначних корекцій по товщині

(мал. 8).



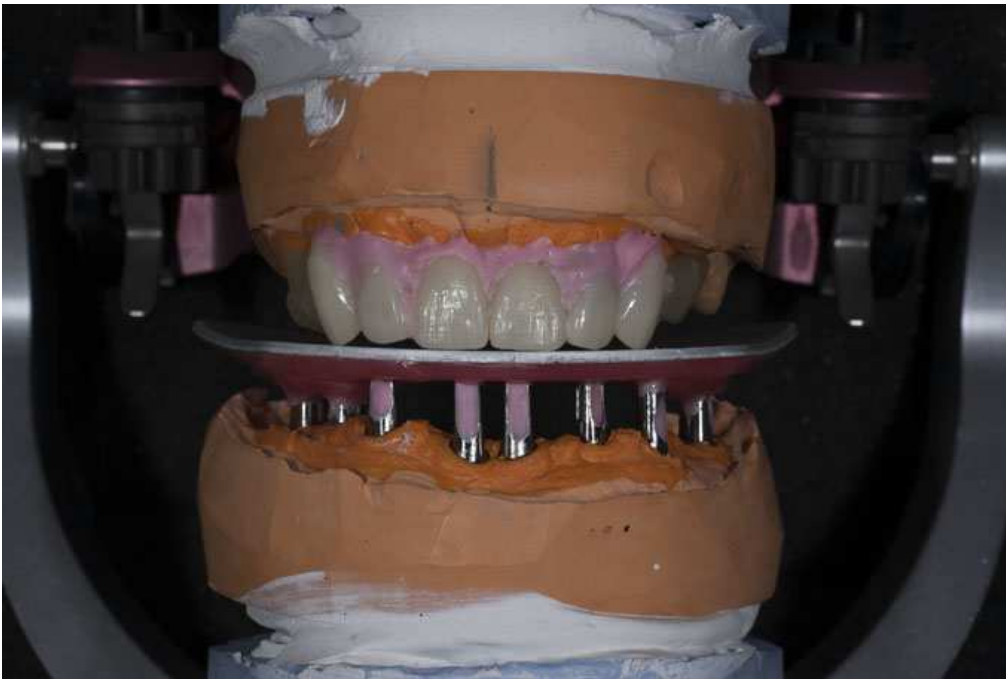
(мал. 8)

Постановка

починається з фронтальної групи зубів (мал. 9, 10)

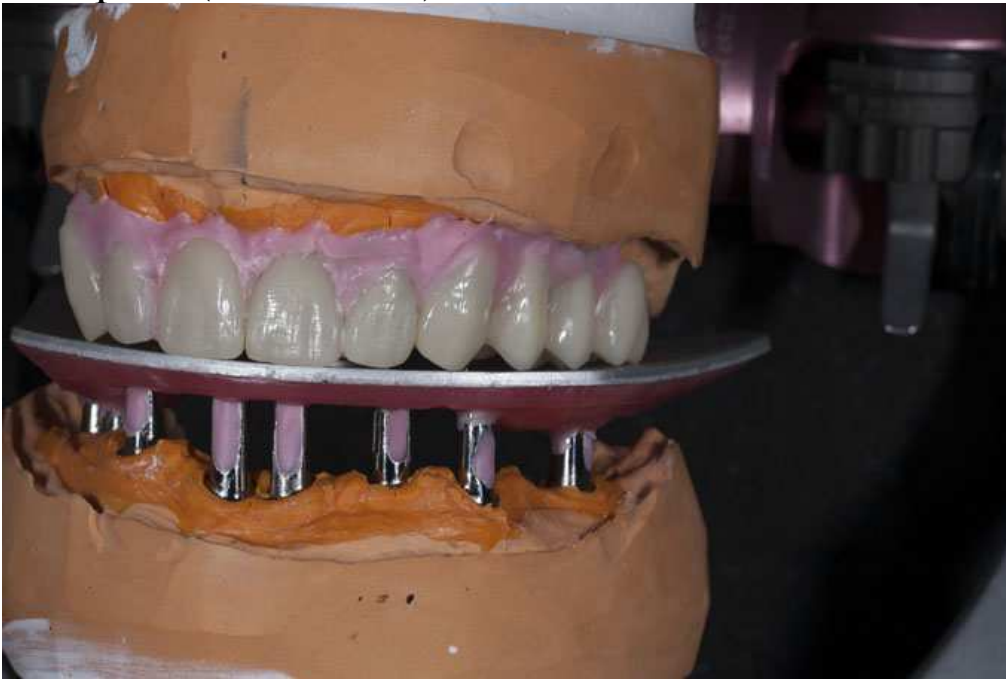


(мал. 9)

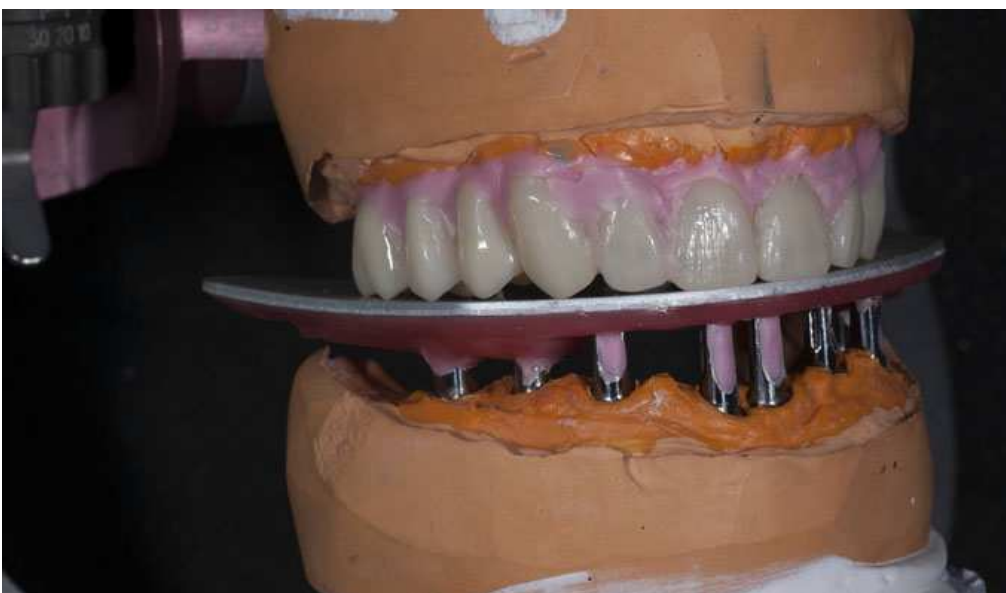


(мал. 10)

і триває в жувальному відділі, повторюючи форму сферичної поверхні (мал. 11-13).



(мал. 11)

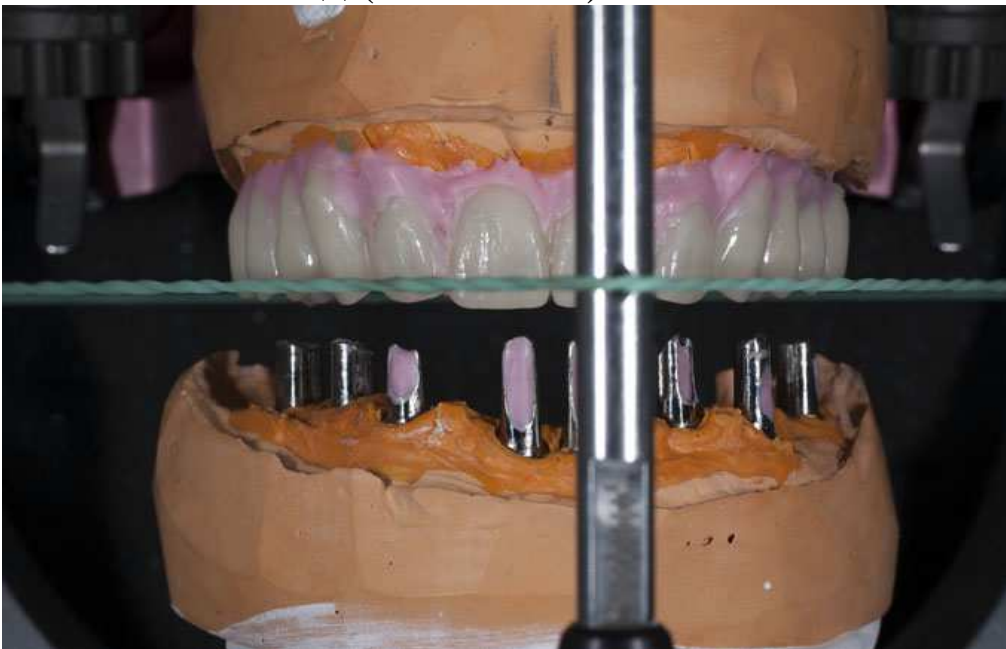


(мал. 12)



(мал. 13)

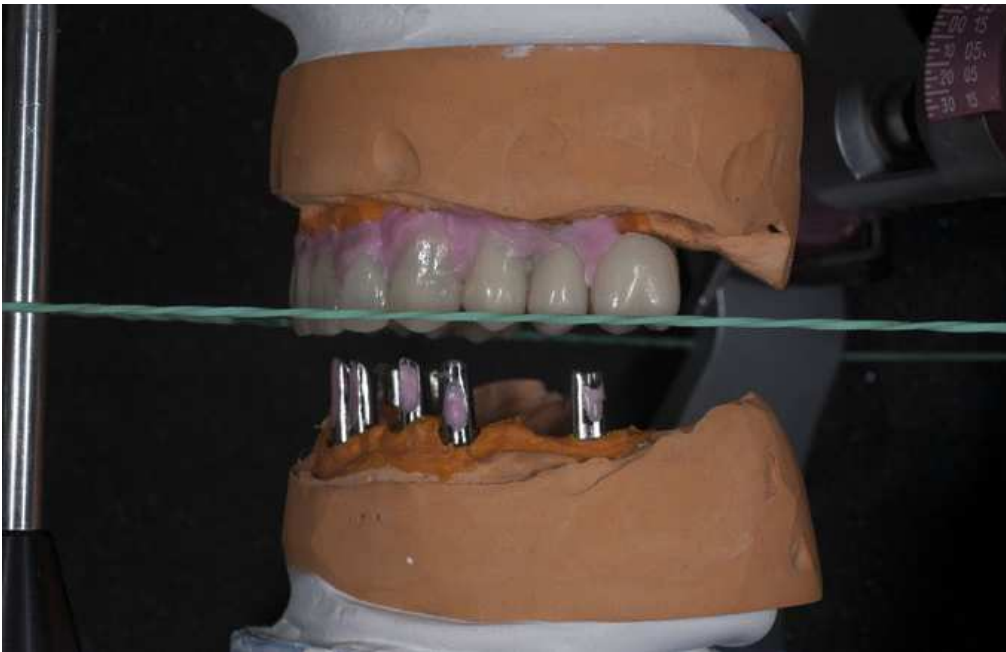
Готова постановка верхньої щелепи має естетичний і функціональний вигляд (мал. 14-16).



(мал. 14)

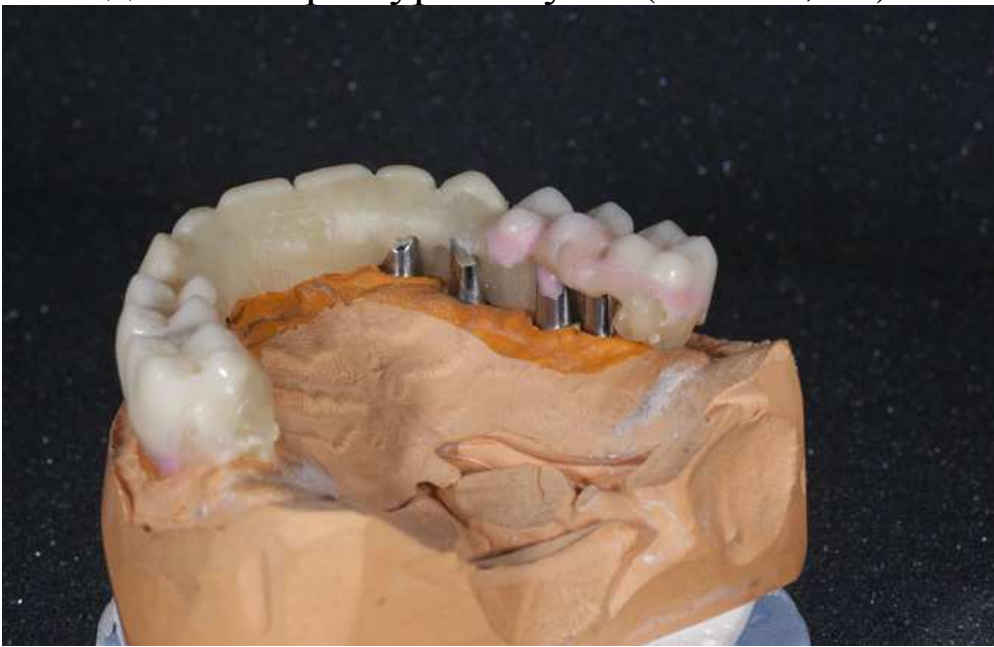


(мал. 15)



(мал. 16)

Тепер можна оцінити розташування індивідуальних абатментів відносно гарнітурних зубів (мал. 17, 18).

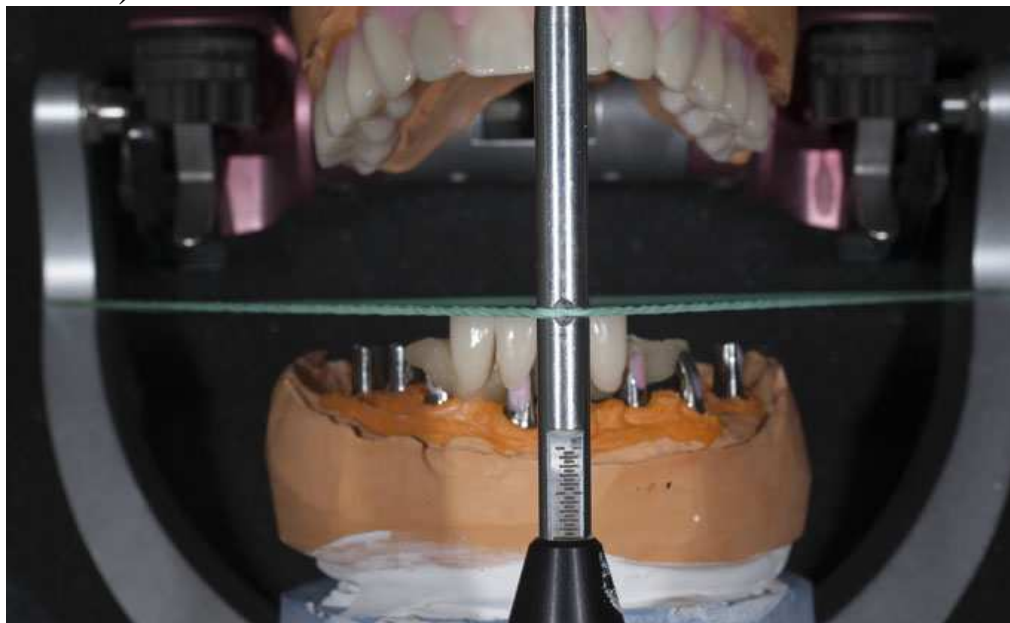


(мал. 17)

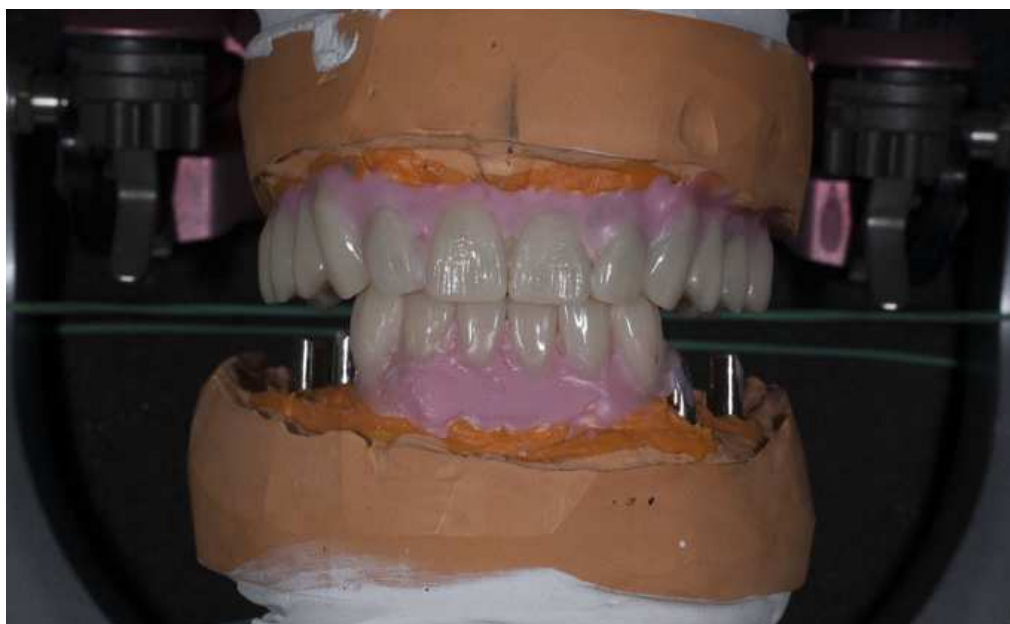


(мал. 18)

Далі виконується постановка зубів нижньої щелепи і перевіряються функціональні рухи в латеротрузії і протрузії (мал. 19-25).



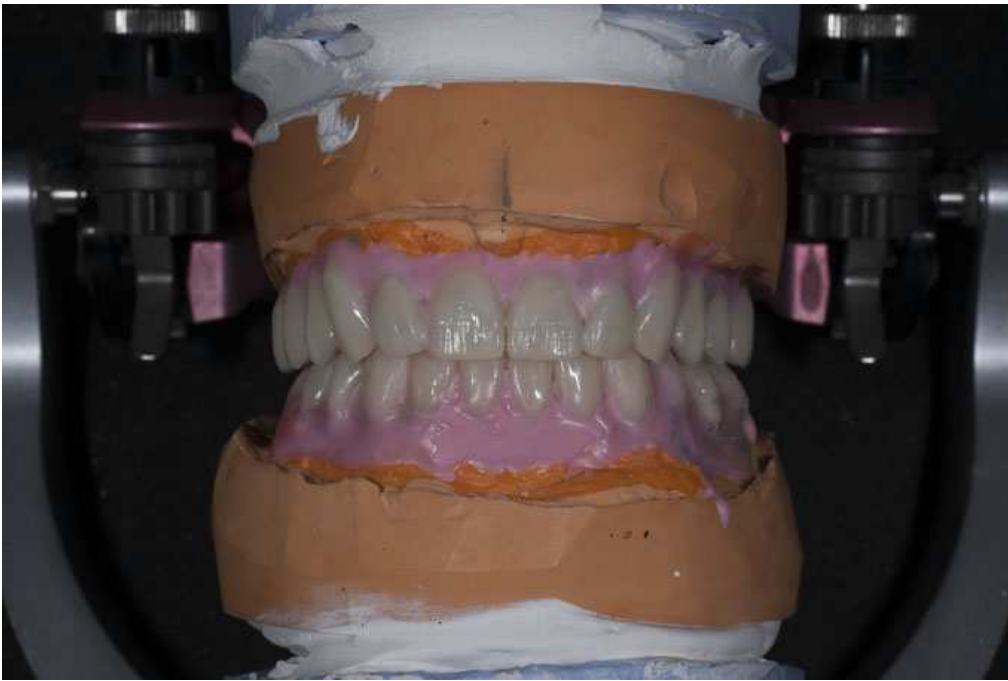
(мал. 19)



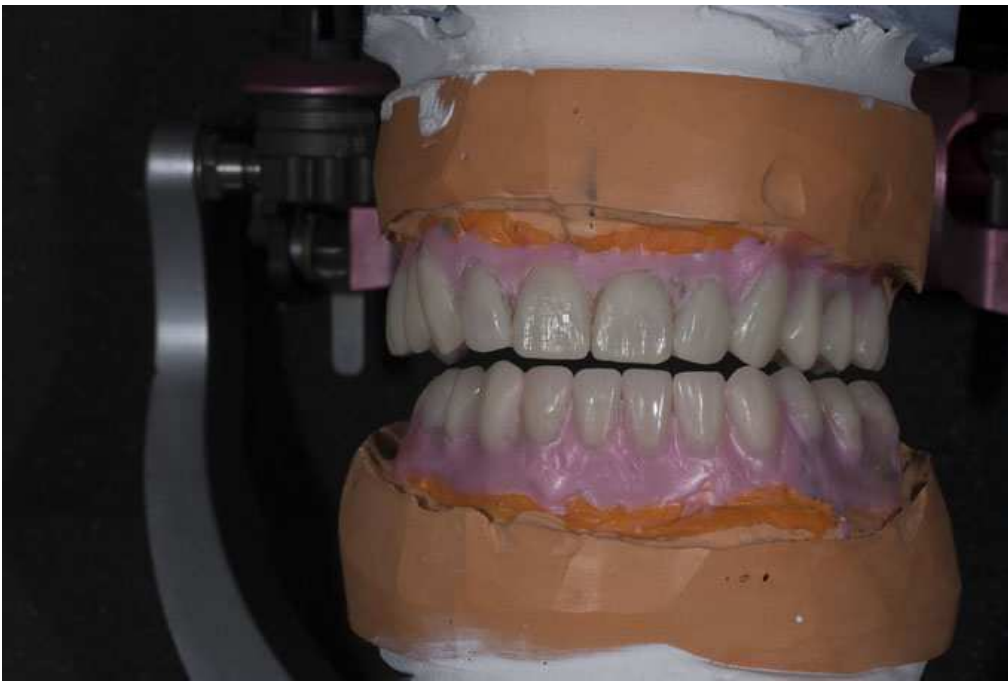
(мал. 20)



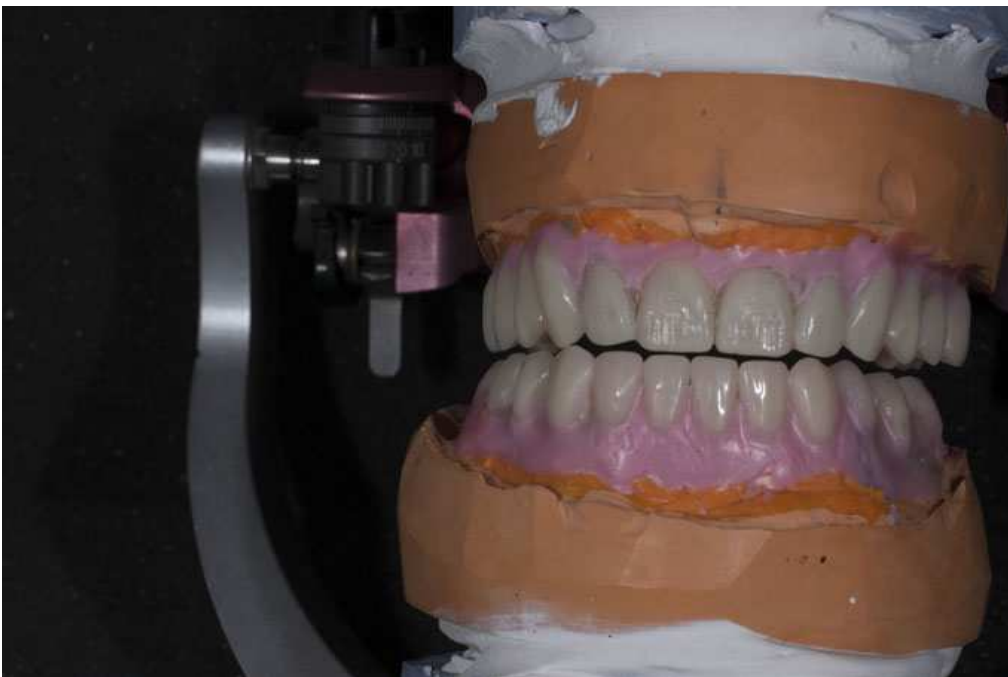
(мал. 21)



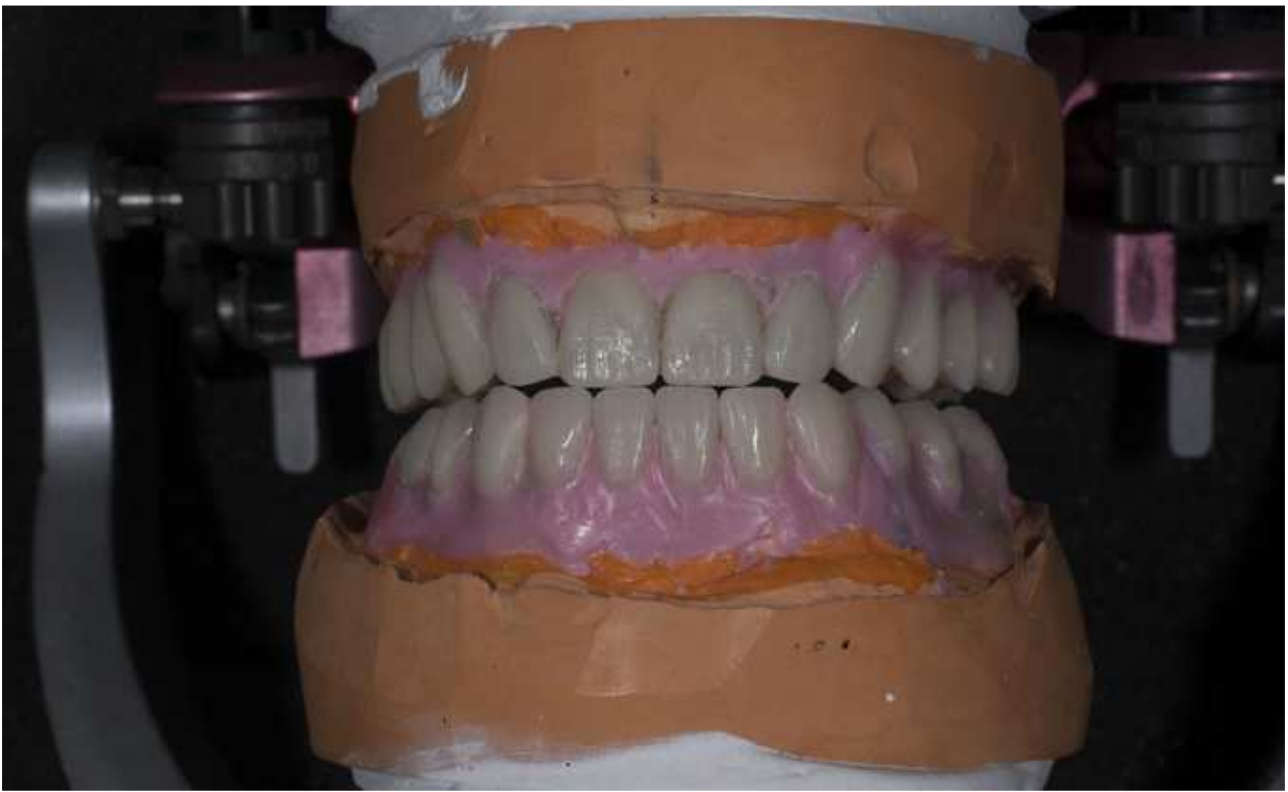
(мал. 22)



(мал. 23)



(мал. 24)



(мал. 25)

Коли постановка верхньої і нижньої щелепи повністю готова, приступаємо до заміни воску на пластмасу. Для цього використовуємо силіконовий ключ, але обов'язково з шаром коректурної маси (мал. 26). Так значно точніше.

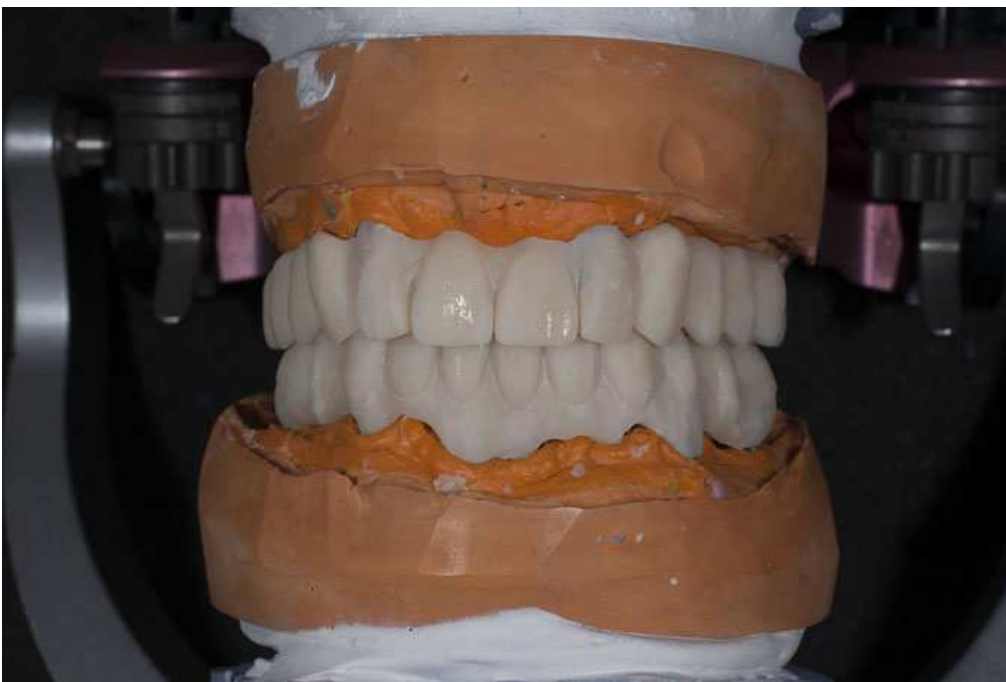


(мал. 26)

Пластмасу беремо для виготовлення лабораторних коронок тривалого носіння (мал. 27-29).



(мал. 27)

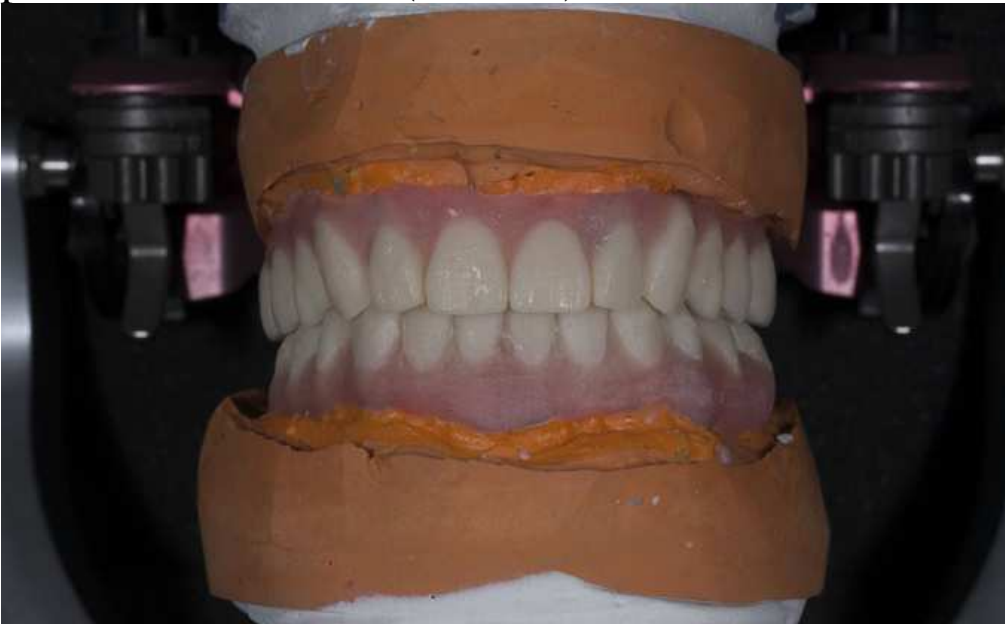


(мал. 28)



(мал. 29)

Наступним кроком індивідуалізуємо роботу за допомогою рожевої пластмаси (мал. 30).



(мал. 30)

Після обробки і поліровки примірювальні шаблони готові (мал. 31-33).



(мал. 31)



(мал. 32)



(мал. 33)

Тепер лікар-стоматолог зможе перевірити пасивність посадки шаблонів, чи відповідає модель зубного техніка ситуації в ротовій порожнині, уточнити правильність визначення прикусу, естетичне розташування зубів пацієнта відносно губ, посмішки, і головне достоїнство цих шаблонів у тому, що вони виготовлені не з воску, який деформується і з якого випадають зуби при примірці, а з пластмаси.

Пацієнт може навіть накушувати і оцінити висоту прикусу. На подальших етапах роботи зубний технік знімає з шаблонів силіконовий ключ для виготовлення каркаса під облицювання керамікою – головна перевага в тому, що є вже готові антагоністи.

Сподіваюся, мій досвід допоможе вам у протезуванні ваших пацієнтів і готові протези не зажадають значної корекції ні в оклюзії, ні в естетиці.

Автор: В. В. Носов, лікар-стоматолог, зубний технік