



Применение зубных протезов из РЕЕК (полиэфирэфиркетона) материала с опорой на имплантаты и зубы у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом

Э.С. Темкин¹, В.И. Шемонаев², Л.Г. Дорожкина³, А.В. Зайцева³

¹ Кафедра терапевтической стоматологии;

² Кафедра ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета;

³ Стоматологическая клиника «Премьер», г.Волгоград, Россия

В данном сообщении приводятся результаты хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита, ассоциированного с бруксизмом (состояние после терапевтического лечения), на примере двух клинических случаев.

Повреждение нейромышечного комплекса зубочелюстной системы на фоне хронического генерализованного пародонтита и бруксизма приводит к серьёзным функциональным нарушениям. При протезировании дентальных имплантатах у пациентов с данной патологией не всегда возможно применение стандартных несъёмных конструкций. Поэтому комплексный подход к лечению данной патологии, включающий и адекватное протезирование, обеспечивает благоприятный результат.

Мы предлагаем в подобных клинических случаях восстанавливать жевательную функцию несъёмными зубными протезами из РЕЕК (полиэфирэфиркетон) материала.

Ключевые слова: пародонтопатия жевательных мышц, РЕЕК материал, протезирование на имплантатах хронический генерализованный пародонтит

Введение. Пародонтит – это воспалительный процесс, развивающийся в тканях, которые окружают и удерживают зуб, и проявляющийся деструктивными процессами в кости и связочном аппарате. У пациентов страдающих бруксизмом, это состояние усугубляется. При этом происходят дистрофические изменения мускулатуры жевательного аппарата, неравномерное стирание твёрдых тканей зубов, функциональная перегрузка пародонта, следствием этого может стать воспаление в периодонтальных тканях, расшатывание и потеря зубов, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава [1-3].

Чтобы стабилизировать данное состояние необходимо не только тщательное планирование будущей конструкции протеза, но и комплексное лечение совместно с такими специалистами как психолог, невролог, отоларинголог, гастроэнтеролог и др. [4-6].

Важную роль в патогенетической терапии данной патологии играет нормализация окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения зубов-антагонистов, создание сбалансированной окклюзии,

отсутствие супроконтрактов, необходимая реабилитация, соблюдение всех этих факторов гарантирует качественное протезирование [7,8].

Цель исследования: сохранение стабильного состояния зубов и дентальных имплантатов после протезирования, восстановление жевательной эффективности и эстетики в полном объёме. При помощи ортопедических конструкций оптимизировать жевательную нагрузку на имплантаты и на ткани пародонта.

В работе представлены результаты хирургического лечения хронического генерализованного пародонтита, ассоциированного с бруксизмом (состояние после терапевтического лечения), на примере двух клинических случаев.

Нами было принято решение, для того, чтобы избежать перегрузки имплантатов и прогрессирования атрофии костной ткани, у обследованных пациентов изготовить протез на верхнюю челюсть из РЕЕК (полиэфирэфиркетон) материала с полной анатомией

окклюзионной поверхности и режущего края. Этот материал абсолютно биоэнертен, обладает эластичностью, приближенной к эластичности натуральной кости, что позволяет изготовить из него зубной протез с хорошими амортизирующими свойствами [4,9,10]. Также этот материал обладает такими свойствами как механическая прочность, жёсткость и твёрдость, не окисляется, по цвету напоминает натуральные зубы.

Ещё большое значение на верхней челюсти имеет разница в весе между РЕЕК и металлокерамикой. Если дуга из РЕЕК весит в среднем 10 грамм, то металлокерамическая дуга весит 80-90 грамм, и такой протез неэффективен в данном случае. Так как металлокерамика очень жёсткий, неэластичный, тяжёлый материал, то он противодействует естественным разнонаправленным силам, которые возникают при акте жевания. За счёт своего опорного аппарата естественные зубы могут частично компенсировать нагрузку, но при условии здорового пародонта, что отсутствует у пациентов, приведённых в качестве клинических примеров. У остеоинтегрированных дентальных имплантатов нет связочного аппарата для компенсации нежелательной нагрузки. Таким образом, чтобы избежать потери остеоинтеграции и усиления атрофии костной ткани челюсти необходимо протезирование эластичными, прочными, устойчивыми к нежелательной нагрузке материалами [11].

В обоих клинических случаях нами была проведена операция дентальной имплантации на верхней челюсти. Послеоперационный период, для предотвращения воспалительных явлений и стимуляции остеоинтеграции имплантатов, мы сопровождали плазмолифтингом. Данная методика плазмолифтинга включает в активацию естественных процессов восстановления тканей, уменьшения воспаления десны, образовании новых капилляров, улучшении кровоснабжения и обмена веществ, а также в повышении местного иммунитета полости рта.

Приводим клинический пример №1. Пациент С., 1977 г.р., обратился с жалобами на частичное отсутствие зубов, патологическую твёрдость тканей, эстетическую неудовлетворительность и затруднённое пережёвывание пищи. В анамнезе было выявлено, что пациент, помимо хронического генерализованного пародонтита, страдает бруксизмом, и что ранее пациенту был изготовлен частичный съёмный пластинчатый протез на верхнюю челюсть, к которому он не смог адаптироваться (рис.1,2).

Пациенту была проведена операция имплантации в области зубов 1.5; 1.7; 2.4; 2.5 и 2.7 – установлены внутрикостные и два крылочелюстных имплантата. На нижней челюсти имплантаты поставлены в области зубов 3.6; 4.6 и 4.7. На период интеграции были изготовлены временные мостовидные протезы.

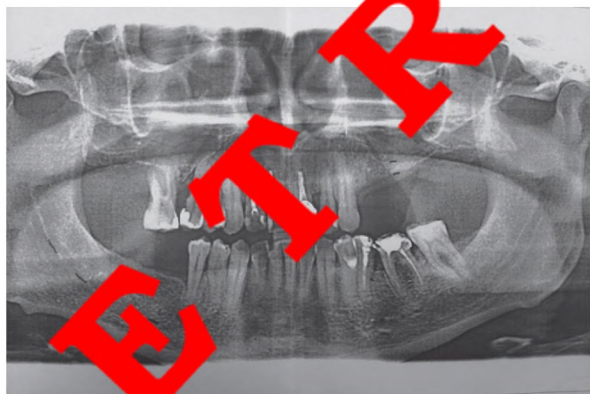


РИС. 1. ОРТОПАНТОГРАММА ПАЦИЕНТА С.
ДО ИМПЛАНТАЦИИ

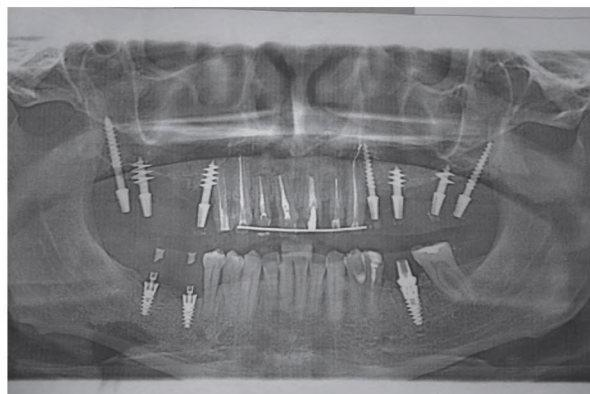


РИС. 2. ОРТОПАНТОГРАММА
ПОСЛЕ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТОВ



РИС. 3. РЕЕК-КАРКАС НА ЗУБЫ И ДЕНТАЛЬНЫЕ
ИМПЛАНТАТЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



РИС. 4. РЕЕК-КАРКАС ПОЗИТИВНОЙ ОБЛИЦОВКОЙ (А-В)


 РИС. 5. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ АБАТМЕНТЫ
В ОБЛАСТИ 3.6;4.6;4.7

 РИС. 6. МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОРОНКИ НА НИЖНЮЮ
ЧЕЛЮСТЬ В ОБЛАСТИ 3.6; 4.6; 4.7

После остеointеграции имплантатов пациенту изготовили на верхнюю челюсть протез из РЕЕК материала с полной анатомией боковых зубов и режущего края с позитивными фасетками от 1.5 до 2.5 зубов (рис.3,4). Ранее, до протезирования верхней челюсти, на нижнюю челюсть были изготовлены металлокерамические коронки с опорой на дентальные имплантаты в области 4.6; 4.7 – мостовидный протез и в области 3.6 – одиночная металлокерамическая коронка (рис.5,6).

Клинический случай №2. Пациентка Н., 1962 г.р., обратилась с жалобами на частичное отсутствие зубов, патологию твёрдых тканей, эстетическую неудовлетворённость, подвижность зубов и затруднённое

пережёвывание пищи. В ходе сбора анамнеза, осмотра и диагностики было выявлено, что пациентка страдает хроническим генерализованным пародонитом в течение 25 лет.

После лечения хронического генерализованного пародонтита и удаления подвижных зубов, мы добились стойкой ремиссии в области оставшихся зубов и для дальнейшего их стабильного состояния решили их объединить в единую конструкцию с дентальными имплантатами. Провели операцию по установке дентальных имплантатов в области зубов 1.3; 1.4; 1.6; 2.4; 2.5; 2.6 и один крылочелюстной имплантат (рис.7,8). На период интеграции (6 месяцев) был изготовлен временный мостовидный протез (рис.9).

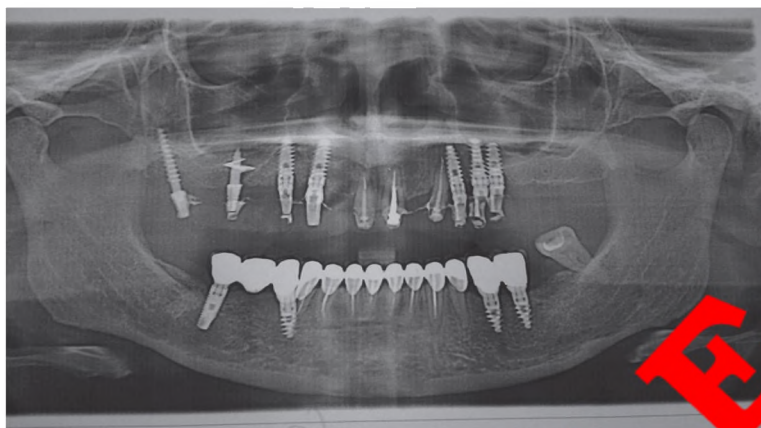


РИС. 7. ОРТОПАНТОГРАММА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ

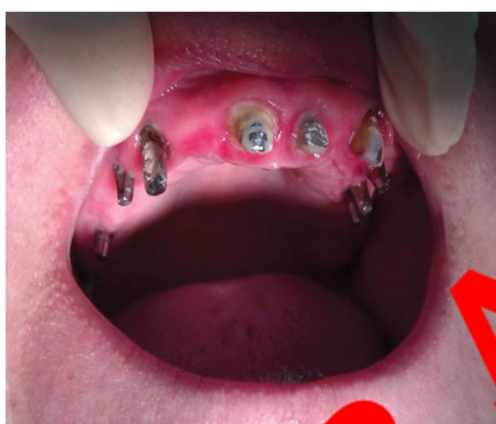


РИС. 8. УСТАНОВЛЕННЫЕ ИМПЛАНТЫ
НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ



РИС. 9. ВРЕМЕННЫЙ ПРОТЕЗ
НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ



РИС. 10. РЕЕК КАРКАС НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ



РИС. 11. РЕЕК КАРКАС НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
С КОМПОЗИТНОЙ ОБЛИЦОВКОЙ

После остеоинтеграции имплантатов пациентке изготовили на верхнюю челюсть протез из РЕЕК материала с полной анатомией боковых зубов и режущего края с композитными фасетками от 1.5 до 2.5 зубов (рис.10,11).

Таким образом, лечение пациентов, страдающих хроническим генерализованным пародонтитом, ассоциированным с бруксизмом, должно быть направлено, по возможности, на устранение причин и на минимизацию осложнений после протезирования. А комплексный подход к лечению данной патологии и последующая профилактика после протезирования позволяют сохранить здоровье полости рта на долгие годы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брокер Д. Бруксизм / Д.Брокер, Ж.Ф.Лалюк, К.Кнеллесен. М. - 2009. - 89с.
2. Стефан И. Руководство по восстановлению жевательной функции / И.Стефан // Мюнхен. Германия. - 2015.- 20с.
3. Бунина М.А. Патогенетические особенности проявления бруксизма у больных с окклюзионными нарушениями зубных рядов / М.А.Бунина // Современная стоматология. - 2000. - № 2. - С.13-17.



4. Леонтьев В.К. Хронический генерализованный пародонтит / В.К.Леонтьев, Л.А.Фаустов, П.А.Галенко-Ярошевский // Краснодар. «Просвещение-Юг». - 2012. - 30с.
5. Блохин В.П. Комплексное лечение генерализованного пародонтита / В.П.Блохин // Издательство СПбМАПО. - 2011. - 64с.
6. Effects of personal oral hygiene and sub gingival sealing on bleeding interdentally gingival / J.Caton, O.Bouwisma, A.Poison, M.Espeland // J. Periodontol. - 1988. -V.59. - N 2. - P. 80-86.
7. Manfredini D. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism / D.Manfredini, F. Lobbezoo // J.Orofac Pain. - 2009; 23:153-66.
8. Комплексный подход к стоматологической реабилитации пациентов с парафункцией жевательных мышц / Т.Н.Климова, В.И.Шемонаев, К.А.Саргсян, Е.С.Боризёва // Волгоградский научно-методический журнал. - 2011. - № 3. - С.41-44.
9. Lobbezoo F. Principles for the management of bruxism / F.Lobbezoo [et al.] // J.Orofac Rehabil. - 2008; 35: 509-23.
10. Современные аспекты лечения пациентов, страдающих бруксизмом / Э.С.Тюмкин, Л.Г.Дорожкина, А.В.Зайцева, Р.И.Назин // - 2016. - №1. - С.29-36.
11. Розентритт М. Возможности протезов PEEK в стоматологии / М.Розентритт, И.Кольбек // - Регенсбург. - 2014. - 13с.

Summary

Application of dental prosthesis from PEEK-polyetherketone with sustentation on implant and teeth of patients with chronic generalized periodontitis

E.S. Tyomkin¹, V.I. Shemonaev², L.G. Dorozhkina³, A.V. Zaytseva³

¹ Chair of therapeutic dentistry;

² Chair of Prosthetic Dentistry of Volgograd State Medical University;

³ Dental clinic «Premier», Volgograd, Russia

This report presents the results of surgical treatment of chronic generalized periodontitis associated with bruxism (state after therapeutic treatment) on the example of two clinical cases.

Damage of neuromuscular dental system on the back of chronic generalized periodontitis and bruxism leads to serious functional impairment. In prosthetics on dental implants in patients with this pathology is not always possible to use a standard non-removable constructions. Therefore, a comprehensive approach to the treatment of this disease, including adequate prosthetics and provides a favorable result.

In such clinical situations we offer to restore chewing function by non-removable dentures from PEEK (polyetherketone) material.

Key words: parafunction of masticatory muscles, the PEEK material, prosthetics on implants, chronic generalized periodontitis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шемонаев Виктор Иванович – заведующий кафедрой ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета; Россия, г.Волгоград, пл. Павших Борцов, 1
E-mail: anna.zayceva.00@mail.ru