

Клинический случай: перелом стандартного абатмента ST (система Astra Tech)

Анализ причин и решение проблемы

Цукор С.В.

врач-стоматолог
клиники «Голливуд»
www.hdent.ru

В данном материале хочу рассказать коллегам о редчайшем случае, с которым до сих пор я не сталкивался в своей практике.

В клинику «Голливуд» обратилась пациентка 46 лет с жалобами на, то, что у нее во время еды выпала коронка правого жевательного зуба нижней челюсти. По ее словам коронка внезапно полностью отделилась, и пациентка ее извлекла изо рта.

По словам женщины в этот момент она принимала обычную пищу, которая не требовала интенсивного разжевывания. Никакой боли или дискомфорта пациентка при этом не ощутила.

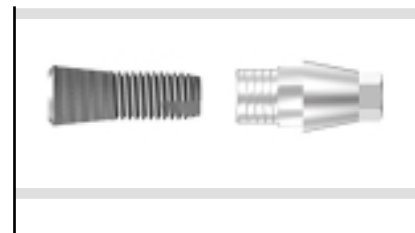
Предистория

В октябре 2001 года пациентке было проведено замещение отсутствующего зуба 46 имплантатом системы Astra Tech.

Имплантацию проводили по классической двухэтапной методике. Был установлен имплантат ST (single tooth) диаметром 5 мм и длиной 13 мм. Через четыре месяца

были проведены: раскрытие имплантата и установка формирователя десны. По прошествии 10 дней приступили к протезированию.

В качестве опоры для коронки был выбран стандартный абатмент ST. Винт, фиксирующий абатмент к имплантату, был закручен динамометрическим ключом с усилием



25Н/см² (рекомендации по усилию компании Astra Tech)

На стандартный абатмент ST была изготовлена металлокерамическая коронка, которую фиксировали на абатмент при помощи цемента.

Никаких жалоб у пациентки не было, в течение этих 4 лет она была довольна выполненной работой. И вдруг возникает поломка.

В руках пациентки принесла металлокерамическую коронку, которую можно видеть на фотографии 3.

Фото 1, 2. Вид зоны поломки в день обращения



Фото 3. Коронка, которую принесла пациентка

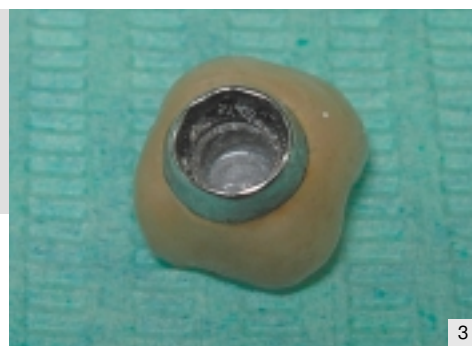




Фото 4. Конструкция «в сборе»

Осмотр и диагноз

При внутриворотном осмотре (фото 1) мы увидели головку винта в имплантате. Абатмент был как будто срезан – четко по уровню с десной. Подвижности имплантата не обнаружили. Десна вокруг имплантата была бледно-розового цвета без признаков воспаления. При тщательном осмотре коронки повреждений керамического покрытия не было выявлено. Внутри коронки была обнаружена часть абатмента, которую поначалу было трудно визуализировать. Эта часть абатмента была плотно фиксирована в глубине коронки на цемент. Винт, фиксирующий абатмент, был достаточно легко выкручен при помощи динамометрического ключа. При осмотре винт не имел видимых повреждений. Попытка извлечь из имплантата вторую часть абатмента не увенчалась успехом. Абатмент «мертво» сидел в имплантате. На этом этапе был сделан прицельный рентгеновский снимок. На прицельном рентгеновском снимке зуба 46 можно видеть здоровую костную ткань вокруг имплантата, уровень которой соответствует уровню кости на момент нагрузки. Также видна часть абатмента, которая «четко сидит» на своем посадочном месте.

Пациентке был поставлен диагноз: перелом стандартного абатмента ST имплантата, установленного в позиции 46.

План лечения

Был намечен следующий план действий:

1. Извлечение одной части абатмента из коронки, а другой части абатмента – из имплантата.
2. Установка нового абатмента ST. Фиксация его новым винтом. Проведение рентгенологического контроля правильности установки.
3. Попытка позиционировать старую коронку. В случае возникновения проблем с посадкой коронки – изготовление новой коронки. Рентгенологический контроль точности прилегания старой коронки.
4. Анализ окклюзии и исключение окклюзионных причин, приведших к поломке. Коррекция окклюзии по необходимости.

Лечение

Во время выполнения первой части плана возникли следующие проблемы. Часть абатмента, которая оставалась в имплантате, никак не вынималась. Вытаскивать эту часть абатмента я пытался при помощи кровоостанавливающего зажима с тонкими браншами. Попытки извлечь абатмент я предпринимал в течение целого часа. В результате абатмент так и не был извлечен. Продолжение работы было перенесено на следующий визит. Через один день в результате полуторачасовой «борьбы» с абатментом он был удален. При удалении второй части абатмента, которая оставалась в коронке, не возникло никаких проблем. Она была быстро извлечена в

условиях зуботехнической лаборатории.

На фото 4 можно видеть всю конструкцию. Левее – часть абатмента, извлеченная из коронки. Внизу – часть абатмента, которая оставалась в имплантате. Справа винт. Винт совершенно прямой, не имеет видимых глазу изгибов или повреждений. Часть абатмента, которая оставалась в имплантате, имеет рваный край. Этот рваный край возник в результате попыток извлечения абатмента. До этого он был абсолютно ровным, что можно видеть на рентгеновском снимке (фото 2)

Был установлен новый стандартный абатмент ST 0.0. Сравните рентгеновский снимок поломанного абатмента и нового после его привинчивания винтом (фото 5).

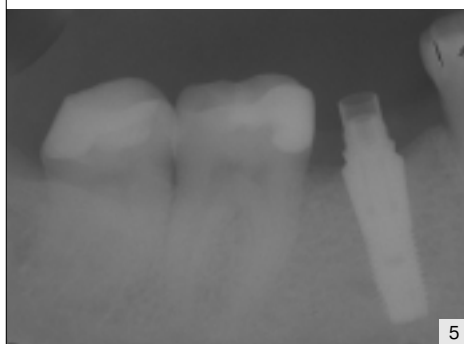
Металлокерамическая коронка была посажена на абатмент без какого-либо напряжения. После установки коронки пациентка отметила, что ей удобно и ничего не мешает. Был проведен рентгенологический контроль прилегания коронки (фото 6). На снимке видно, что коронка «села» на абатмент без зазора.

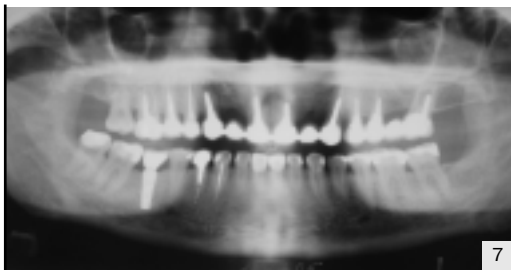
Была проверена окклюзия в привычном прикусе. Копирка 8-миллиметров показала равномерный окклюзионный контакт в положении множественного смыкания зубов.

Причины поломки

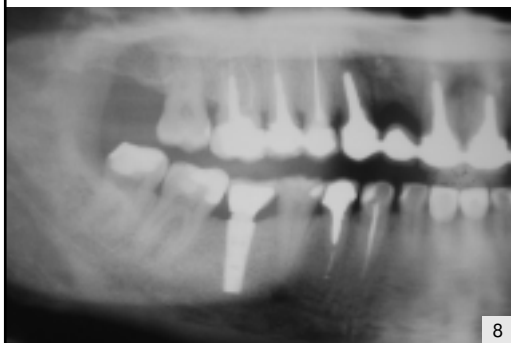
Таким образом, работа по ликвидации «аварии» была завершена. Оставался один вопрос – почему

ФОто 5, 6. Рентгенограммы: новый абатмент и контроль прилегания коронки





7



8

Фото 7, 8. ОПГ, сделанная во время профилактического осмотра за 4 месяца до поломки

произошла поломка? И почему во время профилактического осмотра, который был проведен за четыре с половиной месяца до поломки, не было выявлено никаких предвестников поломки?

Стали внимательно изучать снимки, которые делались во время последнего профилактического осмотра – через три года после нагрузки.

На последней ОПГ, которая была сделана за 4 месяца до поломки (фото 7, 8), виден наклон коронки медиально и появление зазора между коронкой и абатментом. Но на это в тот момент внимания не обратили.

При внимательном клиническом анализе окклюзии выявить нарушения поначалу не удавалось. Присутствовал множественный фиссурно-бугорковый контакт в положении прикуса. При боковых движениях клыковое ведение влево и вправо осуществлялось правильно, без суперконтактов на рабочей и балансирующей стороне.

И только попытка поставить нижнюю челюсть в центральное соотношение внесла некоторую ясность. Было замечено, что первый, очень легкий, едва заметный контакт между зубами в положении, близком к центральному соотношению, появляется именно на нашей сломавшейся коронке, причем на медиальной ее части.



9

Фото 9. Причиной поломки абатмента был суперконтакт в положении центрального соотношения

Затем шло молниеносное соскальзывание в положение привычного прикуса.

Манипулировать нижней челюстью пациентки было очень затруднительно. При закрывании рта рефлексы пациентки четко ставили челюсть в положение привычного прикуса. И только многократное повторение манипуляций с нижней челюстью дало возможность немного расслабить пациентку и «обмануть» ее рефлексы. Это и дало возможность выявить этот контакт.

Следовательно, причиной поломки абатмента был суперконтакт в положении центрального соотношения. За три с половиной года своего существования он привел к поломке абатмента. Симметричный контакт на левой стороне не был выявлен.

На фото 9 можно видеть, как отметила копирка 8-микрон контакт в центральном соотношении. **DM**

Резюме

Поломка абатмента более благоприятна для починки конструкции. Если бы сломался винт, или расшатался бы имплантат, это привело бы к большим потерям. Скол коронки тоже потребовал бы больших затрат на восстановление, так как пришлось бы возможно менять и винт, и абатмент, и коронку. Но почему сломался именно абатмент, по большому счету так и осталось неясным.

Какую еще мораль можно извлечь из данной ситуации? Важность профилактических осмотров! – Внимательное восстановление в памяти подробной истории проведенного лечения и протезирования.

- Работа с медицинской документацией.
- Работа по сравнению и внимательному изучению старых и новых снимков.
- Работа по клиническому обследованию выполненных работ.
- Документирование результатов профилактического осмотра.
- Рекомендации и, возможно, коррекции или дополнительное лечение.

И еще важный, на мой взгляд, момент – чтобы все это не становилось для практикующего врача профанацией и ненужной обузой, а для клинки стало бы источником получения дополнительных доходов профилактические осмотры должны быть дорогими.

Отзывы на статью
Вы можете присылать
по адресу
admin@hdent.ru