

Способ относится к медицине, в частности, к челюстнолицевой хирургии.

Наиболее близким к заявляемому способу является методика [1], по которой центральноокклюзионные взаимоотношения фиксируются гипсоблоком, а регистрация является клиническим этапом лечения больных с полной потерей зубов на челюстях. По данной методике гипсом покрывают альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей пациента и пространство между альвеолярными отростками челюстей при открытом рте. Затем наносят гипс на альвеолярные отростки во фронтальном участке и приступают к определению центральной окклюзии анатомо-физиологическим способом. После отливки моделей гипсоблок подрезают таким образом, чтобы на нем оставался узкий отпечаток альвеолярного отростка. По этому отпечатку модели сопоставляют в положении центральной окклюзии и гипсуют в окклюдатор.

Однако по данной методике невозможно осуществить определение центральной окклюзии при проведении имплантации вследствие того, что:

- изготовленный ранее гипсоблок отображает альвеолярные отростки, покрытые слизистой оболочкой;
- использование гипса в ране и на костном ложе противопоказано;
- использование силиконовой базисной массы в полости рта затруднено из-за потери пациентом чувствительности вследствие проведения ему анестезии, которая приводит к неизбежной ошибке.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа определения центрального соотношения на рабочих моделях челюстей при имплантации за счет применения ранее загипсованных в положении центральной окклюзии диагностических моделей, сопоставленных по окклюзионному боку, с возможностью использования его в качестве фиксатора заданного положения моделей челюстей.

Поставленная задача решается тем, что регистрацию центральноокклюзионных рабочих челюстей приводят в лабораторных условиях с использованием предварительно изготовленных в предоперационный период диагностических моделей челюстей, затем изготавливают окклюзионный блок с возможностью использования его в качестве фиксатора рабочих моделей и при полном погружении моделей в окклюзионный блок и совпадении окклюзионных контактов зубов-антагонистов определяют центрально-окклюзионные взаимоотношения моделей челюстей.

Способ осуществляется следующим образом. На изготовленные ранее и загипсованные в окклюдатор диагностические модели челюстей наносят увлажняющий агент. Затем раскрывают окклюдатор и на режущие края и жевательные поверхности зубов помещают валики с приготовленной ex tempore основной оттисковой массой типа "dentaflex", "stomaflex", "optazil", "coltex" и т.п., закрывают окклюдатор, строго следят за правильным и полным смыканием зубов, распределяя пальцами массу таким образом, чтобы она плотно охватывала зубы и беззубые участки альвеолярных отростков.

После отверждения оттисковой массы окклюдатор раскрывают и извлекают массу, оценивая качество полученного оттиска по общепринятой методике. Затем модели еще раз увлажняют и в полученный отпечаток вносят корректирующую массу и помещают отпечаток на модели челюстей, вновь смыкая зубы. После отверждения корректирующей массы отпечаток извлекают и вновь оценивают точность.

После извлечения оттиска необходимо удалить излишки корректирующей массы, после чего освобожденный от излишков массы отпечаток корректируют для беспрепятственного наложения на модели челюстей, отображающих костное ложе. Для этого в отпечаток помещают модель челюсти, не подлежащую имплантации, либо имеющую большее количество зубов, в случае, если имплантацию проводят на обеих челюстях, строго следя за тем, чтобы отпечаток плотно охватывал модель со всех сторон и "просел" на зубы до конца. Проверку правильности погружения модели в отпечаток производили путем осмотра оттиска с противоположной окклюзионной стороны, обращая внимание на соответствие попадания мест окклюзионных контактов зубов с местами перфорированных зубами-антагонистами. После этого участки окклюзионного оттиска, располагающиеся на беззубых частях альвеолярных отростков, необходимо укоротить на 1-1,5 см по длине, а также на 0,5-1 см вертикали, со стороны зуба, ограничивающего дефект. После этого еще раз проверяют беспрепятственную посадку оттиска на рабочую модель, отображающую костное ложе. Правильность посадки модели в необходимое положение регистрируют по характерному ощущению "наталкивания" на противоположную модель, а контроль посадки проводят по степени совпадения краев оттиска с "переходными" складками гипсовой модели. Убедившись в правильности сопоставления моделей в необходимом положении, их гипсуют в окклюдатор по общепринятой методике в положение центральной окклюзии.

Основным отличительным признаком заявляемого технического решения является изменение способа определения центральноокклюзионных взаимоотношений рабочих моделей челюстей путем применения силиконового окклюзионного блока, ранее полученного с диагностических моделей челюстей, сопоставленных затем в положение центральной окклюзии, что позволяет избежать вышеуказанных недостатков прототипа.

Предложенный способ регистрации и переноса центральной окклюзии применен нами при проведении операции имплантации у 15 пациентов.

Примеры конкретного применения способа.

Больная Р., история болезни № 18282, находилась на амбулаторном лечении с диагнозом "частичная вторичная адентия на нижней челюсти". Зубная формула.

ОККК	ККК
87654321	12345678
87654321	12345678
00000000	000

Обратилась с целью имплантации. Операция имплантации проведена частичным субпериостальным имплантатом, изготовленным на рабочих моделях челюстей, сопоставленных в положение центральной окклюзии по предложенной методике. Параллельность опор имплантата и опорных зубов; создание необходимой межокклюзионной высоты между головками имплантата, опорными зубами и зубами-

антагонистами; соответствие углов наклона головок имплантата и опорных зубов, обеспечивающих беспрепятственную посадку временного протеза, регистрируемых на рабочих моделях и в полости рта - все это подтвердило высокую точность метода.

По сравнению с прототипом, заявляемый способ позволяет:

- сократить сроки лечения;
- избежать многих клинических этапов, проводимых при лечении по общепринятой методике;
- сократить расход стоматологических материалов;
- неоднократно использовать силиконовый блок для контроля правильности взаиморасположения моделей;
- перевести клинический этап лечения в лабораторный.