

В. А. Адилханян, г. Москва

Временное замещение дефекта зубного ряда при длительной хирургической реабилитации альвеолярного отростка

Временное протезирование, имплантация, одиночный дефект, мягко-тканый рельеф

Специалисты периодически сталкиваются с проблемой, когда необходимо провести удаление зуба, а одномоментная имплантация невозможна. В некоторых случаях требуется длительный период восстановления объема костной ткани альвеолярного отростка. Воспалительные процессы, травматическое удаление зубов могут приводить к утрате столь ценной костной ткани в области планируемой имплантации. К тому же многие клиницисты придерживаются классической двухэтапной техники имплантации, основа которой соблюдение периода остеоинтеграции имплантата. Таким образом, пациент рискует остаться без полного зубного ряда на время проводимого лечения. В качестве временного ортопедическо-

го протеза часто используются различного вида частичные съемные конструкции, которые замещают дефект зубного ряда. Недостатком такого вида конструкций является постоянное давление базиса протеза на альвеолярный отросток. Следствием такого механического прессинга может стать невозможность восстановления объема альвеолярного отростка, и даже привести к ухудшению имеющихся условий для проведения имплантации. Решение проблемы закрытия дефекта с сохранением целостности соседних зубов и созданием условий для восстановления костного объема является важным при длительной хирургической реабилитации альвеолярного отростка.

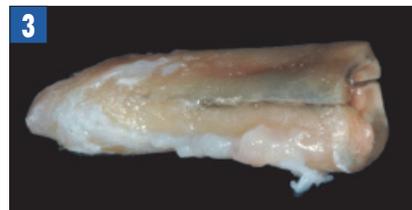


Рис. 1.
Зуб 15. Продольная трещина корня зуба.

Рис. 2.
Резорбция межзубной костной перегородки (15–16) и вестибулярной стенки лунки 15 зуба.

Рис. 3.
Зуб 15 удален. На корне виден уровень костного кармана и протяженность трещины.

Рис. 4.
После удаления грануляций определяется практически полное отсутствие дистальной и вестибулярной стенки лунки. Лунка заполнена костнозамещающим материалом и закрыта резорбируемой мембраной. Выкраен слизисто-надкостничный лоскут, рана полностью ушита. Одномоментная имплантация осложнена в связи с невозможностью добиться первичной стабильности имплантата.

Рис. 5.
На рентгенограмме ситуация после удаления зуба. Видны контуры рентгеноконтрастного костнозамещающего материала.

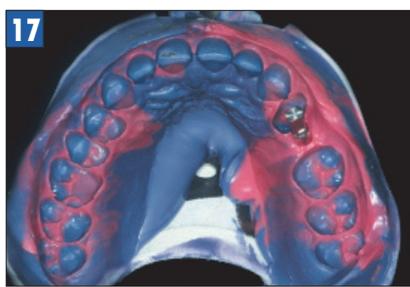
Рис. 6, 7.
Клиническая ситуация после хирургического этапа. Имеется выраженный мягкотканый тяж от переходной складки до вершины альвеолярного гребня.

Временные реставрации решают не только проблему эстетики. Несъемная временная конструкция предотвращает смещение соседних зубов, зубов-антагонистов и т.д. Это особенно

важно при длительном и многоэтапном лечебном процессе, когда высока вероятность возникновения зубоальвеолярных деформаций. Не редки ситуации, когда имплантация становится



- Рис. 8. Временный металлокерамический мостовидный протез с опорой на 16 и 14 зубы. Фиксация осуществляется за счет металлических кламмеров, плотно прилегающих к небной поверхности опорных зубов.
- Рис. 9, 10. Внутренняя поверхность кламмеров подверглась пескоструйной обработке, небная поверхность зубов обработана внутриротовым пескоструйным аппаратом.
- Рис. 11, 12. Временный мостовидный протез зафиксирован в полости рта. Для фиксации использован цемент двойного отверждения RelyX™ U200 (3M ESPE).
- Рис. 13. Через 4 месяца после удаления зуба проведен первый этап имплантации. В область 15 установлен имплантат диаметром 3,5 мм. После имплантации временная металлокерамическая конструкция вновь зафиксирована к опорным зубам.
- Рис. 14. Через 6 месяцев проведен 2 этап. Установлен формирователь десны.



- Рис. 15. Формирователь десны удален. Мягкие ткани полностью повторяют контуры формирователя десны. Для дальнейшей корректировки мягких тканей требуется временное протезирование с опорой на имплантат.
- Рис. 16. Установлен слепочный трансфер для снятия слепка с использованием техники закрытой ложки.
- Рис. 17. Слепок изготовлен при помощи полиэфирного материала 3M™ ESPE™ Impregum™ Penta™ H DuoSoft™.
- Рис. 18. Лабораторная модель. Изготовлена временная реставрация с опорой на имплантат. Новая коронка заменит в зубном ряду ранее изготовленный временный металлокерамический мостовидный протез.
- Рис. 19. Временная реставрация с опорой на имплантат зафиксирована в полости рта. Винтовой канал закрыт при помощи композитного материала филтек суприм 250 (желательно использовать отличающийся по цвету композит). Временная коронка не только замещает имеющийся дефект, но и активно участвует в формировании десневого профиля.



Рис. 20. Выполнена пластика преддверия полости рта, устранен мягкотканый тяж в области 15 зуба.



Рис. 21. Временная коронка на имплантате и пластика преддверия полости рта позволили сформировать вокруг имплантата десневой контур естественного премоляра.



Рис. 22. Для точной передачи сформированного десневого контура необходимо применение материала с высокой точностью и превосходными мукоэластическими характеристиками. 3М™ ESPE™ Impregum™ Penta™ H DuoSoft™ полностью отвечает требуемым критериям.

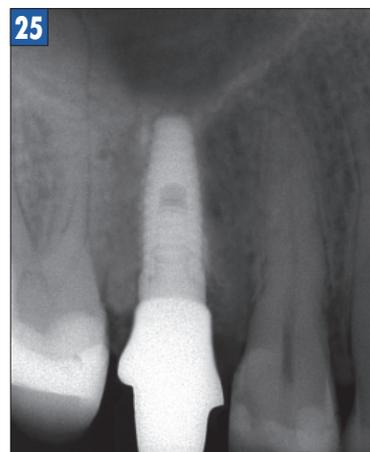


Рис. 23, 24, 25. Изготовлен индивидуальный абатмент из диоксида циркония. Дизайн десневой части абатмента выполнен в точном соответствии с ранее сформированным десневым контуром.



Рис. 26, 27, 28. Керамическая коронка с каркасом из диоксида циркония зафиксирована в полости рта. Для фиксации использован цемент двойного отверждения RelyX™ U200 (3М ESPE).

ся невозможной из-за банального отсутствия места для установки имплантата. Помимо сохранения начального положения зубов, временная конструкция не должна мешать проведению лечебных мероприятий. Другое немаловажное качество временных реставраций – это защита операционной области от травмирующего действия пищи. Так как постоянное травмирование может свести к нулю все попытки хирургического восстановления, это также касается ортопедических конструкций с опорой на альвеолярный отросток. Таким образом, проведение рацио-

нального временного протезирования позволит максимально комфортно и с меньшими потерями подойти к финишному протезированию.

НС



Владимир Альбертович Адилханов

Кандидат медицинских наук, имплантолог, ортопед, клиника ProSmile.Ru