Комплексная стоматологическая реабилитация цельнокерамическими цементируемыми конструкциями на имплантатах и зубах

Давидян А.Л.,
главный врач
клиники «Avrora»

Соловьев А.М.,
врач-ортопед
клиники «Avrora»

Мяскивкер И.,
мастер-техник
«Lemberg dental Lab»,

Хартл Б.,
шеф-техник
«Hartl Lab»

Пожелания пациента: восстановить целостность зубных рядов, сократить ношение съемных конструкций, создать гармоничную улыбку, добиться длительного косметического и функционального результата.

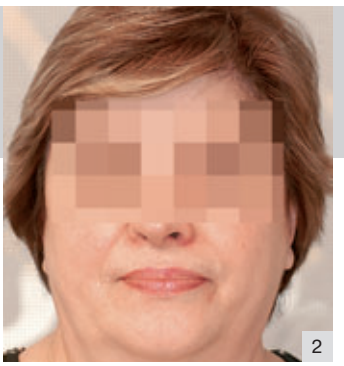
План лечения: Полное диагностическое обследование, немедленная после удаления зубов установка имплантатов на верхней челюсти и в области отсутствующих зубов нижней челюсти с аутотрансплантацией костной стружки, временное протезирование и немедленная функциональная нагрузка металлокомпозитными конструкциями на имплантатах.

Этап окончательного протезирования: эскизное моделирование улыбки эстетической моделью-шаблоном, протезирование цельнокерамическими коронками на основе оксида алюминия передней группы зубов нижней челюсти и цельнокерамическими конструкциями цементной фиксации на имплантатах и индивидуальных абатментах «Процера» из оксида циркония.

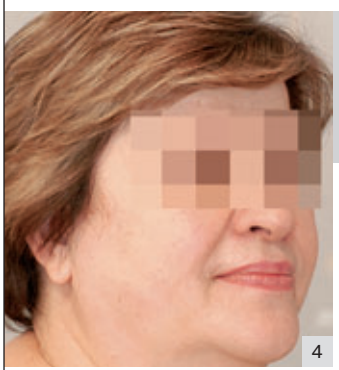
Эстетические проблемы: дисгармония элементов улыбки, адентия, воспалительная деструкция пародонтальных тканей в области металлокерамических коронок передних зубов.

Результат лечения: установка имплантатов с немедленной функциональной нагрузкой, а также временных конструкций позволили провести лечение в оптимальные сроки и без дискомфорта для пациента. На верхней челюсти удаление зубов и установка имплантатов с ранней функциональной нагрузкой значительно сократили сроки лечения. Проведение постоянного протезирования с использованием имплантатов в качестве опор и цельнокерамических конструкций из каркасов оксида алюминия и оксида циркония позволило восстановить полноценную жевательную функцию и достичь косметического оптимума.

1


2

3


4

5

6

7

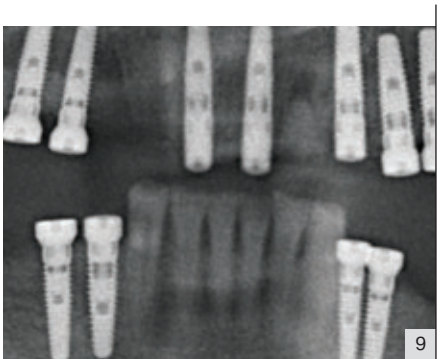
На предыдущей странице – улыбка пациента до лечения. Пациент выражает неудовлетворение внешним видом зубов. Укороченные коронки верхних зубов и зияющие пустоты в боковом отделе справа заметно «старят» улыбку.

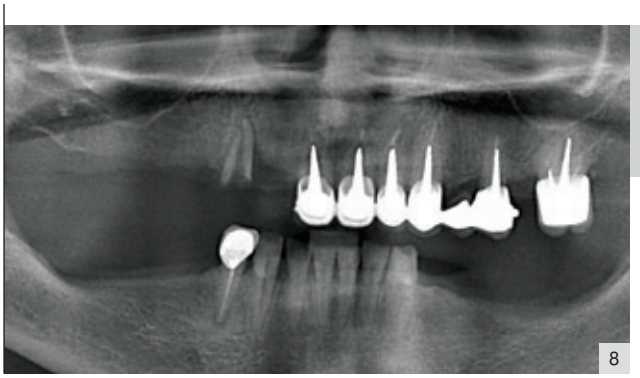
[01]. Ситуацию в полости рта усугубляет отсутствие жевательных зубов на нижней челюсти и частично на верхней. Оставшиеся зубы на нижней челюсти стерты на 50% по высоте. Выраженная атрофия костного гребня в боковых отделах нижней челюсти затрудняет планирование восстановления зубного ряда. 13 зуб разрушен полностью ниже уровня кости. Маргинальная десна по краю коронок гиперемирована и имеет темный оттенок из-за наличия металла в коронках.

[02–07]. Серия снимков анфас и в полупрофиль позволяет оценить внешний вид пациента и его улыбку в разных ракурсах. Подобные снимки необходимы для выбора оптимальной ортопедической конструкции, и их необходимо повторять на каждом этапе примерки для сравнения.

[08]. Ортопантомограмма пациента до начала лечения. Состояние верхних зубов не позволяет быть уверенными в долгосрочном прогнозе при их повторном протезировании. Было принято решение об удалении всех верхних зубов, а также 44 из-за наличия очага хронического воспаления в области верхушки корня.

[09]. Одномоментно с удалением зубов были установлены имплантаты на верхнюю и нижнюю челюсти в количестве, достаточном для бу-


9


8

10

11

12

13

14

дущего протезирования с помощью несъемных конструкций. Особое внимание следует уделять параллельности установки двух центральных имплантатов на верхнюю челюсть. В дальнейшем это позволит создать естественный симметричный контур десны. В день операции снимаются оттиски с имплантатов для временных мостовидных протезов.

[10]. Изготовленный заранее иммедиат-протез установлен на верхнюю челюсть после перебазировки мягкой пластмассой.

[11–13]. Через 2 недели после операции были устанавлены металлокомпозитные мостовидные конструкции с цементной фиксацией на имплантаты верхней и нижней челюстей. На имплантатах в области передней группы зубов верхней челюсти в качестве временных абатментов использованы постоянные эстетические с удлиненной шейкой для максимально бережной поддержки мягких тканей вокруг имплантатов и сохранения естественного контура десны.

[14]. Через 6 месяцев десневые ткани в области имплантатов стабильны и частично сформирован фестончатый контур десны. На нижней челюсти произошел скол композитной облицовки справа. Анализ причин скола позволил внести изменения в окклюзионную схему будущей финальной конструкции.

[15]. На этапе снятия оттисков и фиксации прикуса был использован жесткий прикусной шаблон с фиксацией на имплантаты для максимально точного переноса моделей в артикулятор.

[16]. Примерка эстетической модели будущих реставраций. Постановка гарнитурных зубов на жестком базисе зафиксирована в полости рта. Искусственные зубы выглядят гармонично, «вырастают» из десны и имеют нормальную длину. Этого удалось добиться установкой имплантатов одномоментно с удалением зубов.

15

16

17

18

19

20

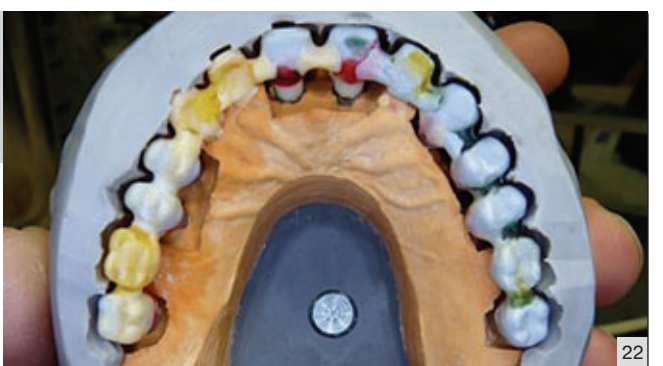
[17–19]. Промежуточный результат требует небольших коррекций, но в целом удовлетворяет пациента, врача и техника.

[20]. В состоянии полуоткрытого рта очевидна недостаточная длина верхних резцов. На данном этапе подобная коррекция не представляет никаких трудностей.

[21–22]. С помощью силиконового ключа, полученного на основании постановки зубов, моделируются и изготавливаются индивидуальные циркониевые абатменты, а также восковой каркас будущих мостовидных протезов.

[23–25]. В артикуляторе моделируется анатомическая форма карка-

21


22

23

24

25

26

27

28

29

30

сов с учетом окклюзии и движений нижней челюсти.

[26–28]. После установки постоянных абатментов в полости рта корректность их положения проверяют с помощью жестких верификационных шаблонов из паттерн-резины (абатмент-чеков).

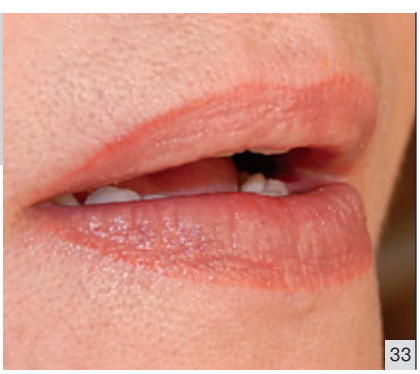
[29]. Мостовидные каркасы изготовлены из оксида циркония. Для изготовления одиночных колпачков на передние зубы нижней челюсти использован оксид алюминия. Верификация межчелюстных отношений на этапе примерки каркасов проведена модулями из паттерн-резин на основании взаимоотношений в артикуляторе.

[30]. 3D идентичность установки имплантатов центральных резцов и использование эстетических, а затем индивидуальных циркониевых абатментов позволили избежать потери высоты десны и достичь симметрии в центральной зоне, что крайне важно в эстетическом восприятии улыбки.

[31–33]. Примерка после первого обжига. Будут внесены изменения для индивидуализации коронок – увеличение объема, коррекция формы режущего края, структуры вестибулярной поверхности.

31

32


33

34

35

36

[34–36]. Керамическая облицовка перед завершающим корректирующим обжигом. Проводится коррекция окклюзии.
В области 13, 12, 22 необходимо добавить объем керамики в придесневую область для формирования межзубных сосочков.
[37–39]. Функциональные пробы и направляющие. Восстановление сглаженного клыкового ведения без возникновения контактов на балансирующей стороне является залогом успешного и длительного функционирования конструкций и имплантатов.
[40]. Окончательное затягивание винтов проводится динамометрическим ключом с обязательным использованием жесткого шаблона (абатмент-чека). Это позволяет свести к минимуму передачу ротационной нагрузки на имплантат при затягивании винта.
[41]. Фиксация мостов в данном случае проводится раздельно.
После установки одного моста тщательно корректируется межзубный контакт между центральными резцами.
Только после завершения коррекции фиксируется второй мост. В случае одновременного цементирования один или оба моста неизбежно будут недосажены.
[42]. Вид сразу после фиксации коронок и мостов.
[43–45]. Вид через 6 месяцев. Десневые ткани стабильны и полностью интегрированы к ортопедическим конструкциям.

37

38

39

40

41

42

43

44

45

[46]. Лицо и улыбка пациентки после завершения лечения.
[47–48]. Улыбка через полгода и год после завершения лечения. Последовательный гигиенический и окклюзионный мониторинг является залогом неограниченного срока службы имплантатов и конструкций на них.

Работа выполнена
в клинике «Avrora»
Internet: www.avroraclinic.ru
E-mail: info@avroraclinic.ru

46

47

48