

# Комплексная стоматологическая реабилитация

с использованием фестончатых имплантатов,  
временных и цельнокерамических конструкций



**Давидян А.Л.,**  
главный врач клиники  
«Avroga»



**Соловьев А.М.,**  
врач-ортопед  
клиники «Avroga»



**Пожелания пациента:** устранить стоматологические проблемы, создать гармоничную улыбку, добиться длительного косметического и функционального результата.

**План лечения:** Полное диагностическое обследование, временное протезирование, удаление металлических штампованных конструкций, одномоментная установка имплантатов в переднем отделе, установка имплантатов в области отсутствующих зубов верхней и нижней челюсти с одномоментным синус-лифтингом, эскизное моделирование улыбки временными коронками, протезирование цельнокерамическими коронками и абатментами «Процера» на основе оксида алюминия и оксида циркония.

**Эстетические проблемы:** дисгармония элементов улыбки-десневого края, отсутствие ориентиров для восстановления улыбки, резорбция кости в участках адентии, атрофия пародонтальных тканей и потеря прикрепления.

**Результат лечения:** Применение трех серий временных конструкций позволило избежать ряда значительных ограничений, связанных с адентией и проведением лечения.

На этапе временного протезирования удалось достичь удовлетворения сформированной улыбкой благодаря эскизному моделированию и междисциплинарному взаимодействию. Использован принципиально новый протокол протезирования фестончатых имплантатов.

Проведенное протезирование с использованием имплантатов и цельнокерамических коронок позволило восстановить косметику и полноценную жевательную функцию.



Рис. 1. Вид передних зубов при попытке улыбнуться. Контур губ ровный, четкий. Верхняя губа тоньше нижней. Значительная разница в уровне десневого края зубов левой и правой сторон.



Рис. 2. Зуб 22 и большинство жевательных зубов отсутствуют. Правый центральный резец имеет разрушение ниже десневого края, зубы размягчены из-за долгого использования расцементированной конструкции и не пригодны для протезирования. Нижние резцы находятся в контакте с небной частью десны верхней челюсти из-за снижения высоты прикуса.



Рис. 3. При анализе рентгенограммы подтверждается безнадежный прогноз в отношении верхних резцов. Определяется фрагментация корней части жевательных зубов и зубо-альвеолярная деформация.



Рис. 4. В первое посещение изготовлен временный композитный мост в переднем отделе и получен оттиск для изготовления временного металлокомпозитного моста для длительного ношения.



Рис. 5. Рентгенограмма после проведенных удалений, открытого синус-лифтинга справа, установки 9 имплантатов и фиксации временного металлокомпозитного моста. На имплантаты в переднем отделе зафиксированы абатменты.



Рис. 6. После начального заживления зафиксированы трансферы и получен оттиск с передних имплантатов для изготовления постоянных индивидуальных абатментов из оксида циркония и временных одиночных коронок из композита.

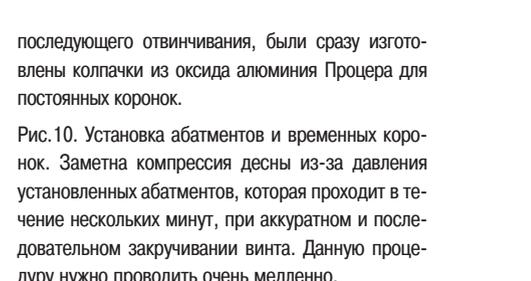


Рис. 7. Индивидуальные абатменты на модели. Фестончатый контур десны и кости поддерживается дизайном имплантата Нобель Перфект, особым дизайном абатментов с переключением платформ. Поддесневой контур абатментов смоделирован с учетом фестончатого контура десны и имеет серповидно вогнутый дизайн.

Рис. 8. Края временных коронок на имплантатах расположены на одном уровне с краями коронок на зубах, и не будут углублены под десну. Тем самым граница между короной и абатментом будет полностью доступна для удаления излишков цемента при фиксации. Десна контактирует только с титаном и оксидом циркония – материалами, демонстрирующими наилучшую биосовместимость.

Рис. 9. Абатмент смоделирован по принципу «переключения платформ», т.е. имеется пространство для образования соединительнотканного прикрепления к ортопедической платформе имплантата. Поскольку абатменты планировалось установить постоянно, без

последующего отвинчивания, были сразу изготовлены колпачки из оксида алюминия Процера для постоянных коронок.

Рис. 10. Установка абатментов и временных коронок. Заметна компрессия десны из-за давления установленных абатментов, которая проходит в течение нескольких минут, при аккуратном и последовательном закручивании винта. Данную процедуру нужно проводить очень медленно.



Рис. 11. Препарированные зубы нижней челюсти готовы к снятию оттиска. Использование безметалловых конструкций позволяет препарировать зубы с максимальным сохранением твердых тканей и формировать уступ на уровне десны.

Рис. 12. Оттиск для постоянных коронок с имплантатах передних зубов снимается с помощью изготовленных ранее колпачков-каркасов из оксида алюминия. Обратите внимание на нивелирование уровня десны двух центральных резцов только за счет симметричной установки имплантатов и ортопедического планирования.

Рис. 13. Регистрация положения нижней челюсти в центральном соотношении с учетом восстановленной высоты прикуса. На абатменты имплантатов верхней челюсти установлены каркасы из оксида алюминия.

Рис. 14. Установлены колпачки, изготовленные с применением CAD/CAM-системы Процера. Краевое прилегание программируется при изготовлении каркасов и исключает сложности с припасовкой. Коронки прилегают абсолютно пассивно, контакт с культей осуществляется только по кромке уступа, оставляя ровную щель для цемента.

Рис. 15. Примерка коронок после первого обжига керамики. На этом этапе проводится коррекция окклюзионных и апроксимальных контактов. Важно при этом зафиксировать коронки на примерочный цемент или корректирующую силиконовую массу. Также становится очевидной необходимость коррекции в придесневой зоне.

Рис. 16-19. В готовых коронках уделено самое пристальное внимание анатомическим нюансам. Виртуозная работа с керамическими массами и красками делает коронки неотличимыми от настоящих зубов. Тончайшие и одновременно прочные коронки на каркасе из оксида алюминия. Они полупрозрачны в отличие от металлических каркасов.

Рис. 20. Индивидуальные абатменты и каркасы, изготовленные с применением CAD/CAM-системы Процера, после фиксации не откручивались для проведения примерок и были опорой временным коронкам. Эта мера обеспечивает формирование прикрепления корональной шейки имплантата.

Рис. 21. Абатменты не удалялись с момента первой установки. Межзубные сосочки сохранены, десна имеет естественный вид.

Рис. 22. Перед окончательной фиксацией коронок. На данном этапе крайне важно проверить апроксимальные контакты и при необходимости внести коррективы. Учитывая пассивную припасовку коронок некорректные контакты в апроксимальном отделе могут негативно сказаться на краевом прилегании.

Рис. 23. Коронки припасованы и готовы к фиксации. После получения одобрения пациента можно приступать к цементированию на постоянный композитный цемент двойного отверждения. Временная фиксация цельно-керамических коронок противопоказана.



Рис. 24. Коронки фиксируются парами, начиная со 2-х центральных резцов. Фиксация парами, особенно на рядом стоящие имплантаты, возможна только в том случае, если достигнута стабильность соседних коронок и точный плоскостной аппроксимальный контакт. Иногда целесообразно цементировать коронки поочередно с дополнительным контролем контакта. Возможно использование усиленного стеклоиономерного или композитного цемента.



Рис. 25. После фиксации коронок на имплантатах двух центральных резцов зафиксированы коронки двух боковых зубов, при этом коронки на клыках должны быть стабильно установлены на культях.



Рис. 26. После цементирования окончательно проверяются и корректируются окклюзионные контакты, а также функциональные направляющие – резцовый и клыковые пути.



Рис. 27. Клыковое ведение слева исключает групповую и балансирующую нагрузку.



Рис. 28. Для обеспечения окклюзионной защиты имплантатов в дистальном отделе верхней челюсти клыковое ведение справа должно приводить к размыканию зубов при боковом ведении.



Рис. 29-30. Боковой аспект воссозданной улыбки является ключевым. Именно такой ракурс будет оцениваться окружающими.



Рис. 31. Через шесть месяцев после установки постоянных коронок. Обратите внимание, насколько полно восстановились десневые сосочки в области фестончатых имплантатов 12 и 11, 11 и 21. В зоне имплантата со стандартной плоской ортопедической платформой 22 восстановление сосочка произошло не полностью.

Рис. 32. Нижние коронки на каркасах из оксида алюминия выглядят очень естественно и имеют некоторую скученность по просьбе пациента.

Рис. 33. Коронки выглядят естественно. Трудно дифференцировать коронки на зубах от коронок на имплантатах из-за прекрасной адаптации мягких тканей.

Рис. 34. Улыбка после завершения лечения.