

Клинический случай протезирования на имплантатах с применением розовой керамической десны

Ульянова Екатерина, Русакулов Сергей, Санкт-Петербург, Россия

Доступность и простота использования современных имплантационных систем в сочетании с недостаточными знаниями и навыками может сыграть с клиницистами злую шутку. Стремление докторов провести лечение как можно быстрее, иногда приводит к пренебрежению в отношении таких важных этапов стоматологической реабилитации пациента как анализ лица и улыбки, поэтапное планирование работы, создание хирургического шаблона. В результате хирург-стоматолог устанавливает имплантаты, руководствуясь не нуждами ортопедического этапа лечения, а только собственной интуицией, не имея представления о конечном результате.

К сожалению, такой подход дискредитирует в глазах пациентов саму концепцию современного имплантологического лечения и бросает тень на инновационные имплантационные системы, которые в умелых руках и при строгом соблюдении протокола работы способны удовлетворить ожидания самых взыскательных пациентов.

Мы предлагаем рассмотреть клинический пример неудачного имплантологического лечения, который был благополучно завершён благодаря возможностям ортопедического этапа реабилитации пациента.

Пациентка П., (возраст: 42 года, профессия: стоматолог) обратилась в стоматологическую клинику «Дентал РУ» (Санкт-Петербург) с жалобами на неудовлетворительный эстетический результат только что завершённого протезирования на ранее установленных трёх имплантатах на верхней челюсти в одном из лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга (рис. 1, 2, 3, 4). Молодую женщину категорически не устраивал внешний вид несъёмных конструкций



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

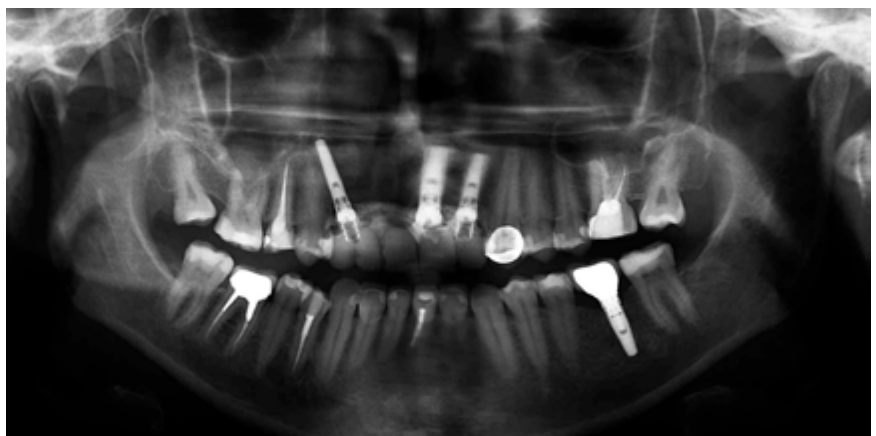


Рис. 5

на имплантатах в области передних зубов на верхней челюсти. Для пациентки это была уже не первая попытка имплантации в переднем отделе верхней челюсти, и одним из её основных пожеланий

было минимизировать количество предполагаемых хирургических манипуляций или даже полностью от них отказаться (ортопантограмма пациентки — рис. 5). Зафиксированная на имплантатах



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9



Рис. 10

безметалловая конструкция на основе диоксида циркония не удовлетворяла эстетическим параметрам лица и улыбки, а так же не обеспечивала возможность адекватного гигиенического ухода (рис. 6).

После снятия ортопедической конструкции, при осмотре было обнаружено, что имплантаты в переднем отделе верхней челюсти расположены в неправильных ортопедических позициях. Кроме того, имплантат, установленный в области центрального левого верхнего резца имел значительный наклон в вестибуло-оральном направлении и находился на несколько миллиметров выше уровня костной ткани и окружающих мягких тканей (в полости рта визуализировалась фрезерованная шейка имплантата) (рис. 7).

Ситуация осложнялась тем, что у пациентки имел место I тип улыбки, т.е. так называемая «десневая» улыбка — когда при улыбке видны не только зубы, но и часть слизистой оболочки альвеолярного гребня.

При решении клинических задач подобного рода приходится взвешивать аргументы в пользу проведения реконструктивных хирургических манипуляций (костной аугментации в сочетании с пластикой мягких тканей) и аргументов в пользу достижения результата за счёт ортопедических средств (изготовления конструкций с искусственной розовой десной). В области беззубой части альвеолярного гребня пациентки мы имели дело со значительным дефицитом костной ткани, как по высоте, так и по ширине. Практикующим клиницистам хорошо известно, что наиболее труднопредсказуемый результат имеет место быть именно при попытках воссоздания вертикального объема костной ткани. Нельзя было игнорировать и крайне негативный моральный настрой пациентки в отношении любых дополнительных хирургических манипуляций. Сочетание вышеизложенных факторов привело нас к решению идти по пути изготовления ортопедической конструкции с применением розовой керамической искусственной десны.

В результате создания нескольких вариантов провизорных временных конструкций, каждый из которых мы оценивали и анализировали совместно с пациенткой, нам удалось добиться ясного понимания эстетических ожиданий пациентки относительно пропорций, размеров и положения будущих зубов (рис. 8, 9).

Следующим этапом реабилитации пациентки стало изготовление каркаса от уровня имплантатов из диоксида циркония с винтовой фиксацией



Рис. 11

(рис. 10,11). Сложная конфигурация циркониевого каркаса продиктована необходимостью создания дизайна конструкции, обеспечивающего возможность поддержания хорошего уровня гигиены в области имплантатов. Для того, чтобы иметь возможность убедиться в адекватном состоянии мягких тканей под циркониевым каркасом, мы фиксировали конструкцию в полости рта на несколько недель (рис. 12). Поверх циркониевого каркаса по силиконовому ключу мы изготавливали и фиксировали временные композитные реставрации.

Этот прием позволял решать сразу несколько клинических задач данного этапа протезирования:

- проведение «клинических испытаний» прилегания внутренней части циркониевого каркаса к слизистой оболочке тканей протезного ложа с возможностью снятия конструкции, последующей визуальной оценкой состояния мягких тканей и внесением необходимых изменений в дизайн каркаса;
- оценка фонетических характеристик будущей конструкции;
- соответствие предложенной формы зубов эстетическим ожиданиям пациентки.



Рис. 13



Рис. 14

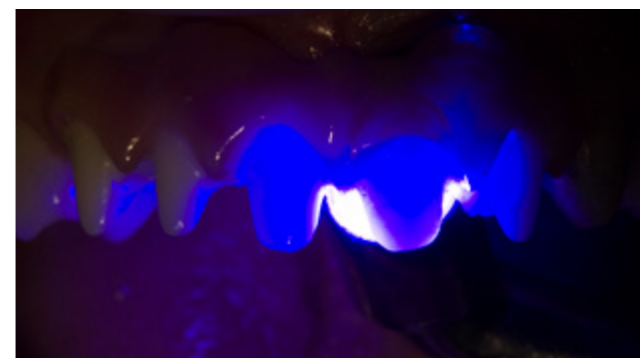


Рис. 15



Рис. 12

Пожалуй, при создании конструкций подобного рода одним из наиболее сложных этапов с технической точки зрения является работа с искусственной розовой десной. Зачастую пациент высказывает удовлетворение внешним видом искусственной десны, находясь в условиях искусственного освещения стоматологического кабинета, но, попадая в условия освещения с другими характеристиками, настаивает на продолжении работы для достижения большего сходства между розовой керамикой и окружающими мягкими тканями.

После завершения данного трудоемкого этапа, требующего высокого уровня мастерства от зуботехнической лаборатории и очень

хорошего уровня взаимопонимания между всеми участниками лечебного процесса, начинается этап изготовления супраструктуры, который позволит нам достичь результата в отношении «белой» эстетики.

В данном клиническом случае в качестве материала для изготовления коронок было отдано предпочтение керамике IPS Empress® Esthetic (Ivoclar Vivadent) (рис. 13). Каждая коронка в последствии фиксировалась на цемент на циркониевый каркас в полости рта пациентки. Особенность расположения отверстия доступа к фиксирующему винту в области верхнего центрального левого резца продиктовала необходимость нанесения розовой керамики на одну



Рис. 16



Рис. 17



Рис. 18

из коронок (рис. 14). Конструкция на имплантатах в полости рта была зафиксирована винтами с динамометрическим усилием 35 Н/см², затем была выполнена цементная фиксация одиночных безметалловых коронок на циркониевый каркас (рис. 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Достигнутый эстетический результат полностью удовлетворил взыскательный вкус пациентки и вернул ей радостную улыбку (рис. 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Обязательной рекомендацией после фиксации конструкций такого рода является использование ирригатора для полости рта и явка на контрольные осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев.

Заключение

В рассмотренном клиническом случае мы продемонстрировали возможность достижения эстетического результата в сложных клинических условиях, не смотря на ошибку, допущенную докторами на этапе планирования и проведения хирургического этапа.

По нашему глубокому убеждению, тщательный анализ исходной клинической ситуации, грамотный подход к планированию и согласованная работа всех специалистов, участвующих в лечении пациента, позволят избежать подобных сложностей при протезировании на имплантатах, сделать результат работы предсказуемым, а работа будет приносить удовольствие и радость вам и вашим пациентам.

Clinical case of implants prosthetics with the use of a pink ceramic gums

Ulyanova Ekaterina, Rusakulov Sergei, Saint-Petersburg, Russia



Ульянова Екатерина,
главный врач
стоматологической
клиники «Дентал
РУ», врач-стоматолог ортопед,
Санкт-Петербург,
Россия



Русакулов Сергей,
руководитель
зуботехнического
центра «Неодент»,
Санкт-Петербург,
Россия



Рис. 19



Рис. 20



Рис. 21



Рис. 22



Рис. 23



Рис. 24



Рис. 25



Рис. 26



Рис. 27