

Имедиатно имплантиране на централен резец. Клиничен случай

Д-Р ВИКТОР ЖЕЧКОВ, ЗЪБОТЕХНИК ВИОЛЕТА КОЕВА, БЪЛГАРИЯ

Имплантирациите на горни централни резци обикновено са голямо професионално предизвикателство от биологична и естетична гледна точка. Най-проблематична е резорбцията на тънката вестибуларна кортикална ламина, която често се случва и при имедиатното, и при отложено имплантиране. Липсата на костна поддръжка води до мекотъканна загуба, която клинично се демонстрира с черни триъгълници около протетичното възстановяване, а също и с вестибуларно хлътване. За решаването на този проблем се използват разнообразни подходи, например socket shield техниката или различни типове присадки. Представеният клиничен случай е на екстракция, имедиатно имплантиране и натоварване с функция. Използвана е техниката на дълбоко поставяне на импланта и протетично възстановяване с интегрирана към надстройката корона (IAC-Integrated Abutment Crown).

Пациентът Е.Н., на 26 г., се яви в клиниката с оплаквания от болки и лека подвижност в зъб 21 след инцидент при хранене. От прегледа и сегментната рентгенография се установи, че зъбът е ендодонтски лекуван, с променен цвят, дълбока надлъжна фрактура и подвижност на единия от сегментите (фиг.1).

Правят впечатление отворената заханка (откъдето и нетипичната за възрастта чудесно запазена анатомия на вси чки резци), високата линия на усмивката, доминирането на централните резци, които правят задачата още по-предизвикателна (фиг. 2). Пациентът е непушач, без общи заболявания, не приема медикаменти, не е мотивиран за провеждането на ортодонтско лечение. Оралната хигиена има нужда от леко оптимизиране. След одобрението на предложения лечебен план пристъпихме към лечението.

Извършихме атравматична екстракция (фиг. 3 и 4), без луксации и с особено внимание към вестибуларната ламина. Въведохме пилотния грил (ф. 2 мм) с лек палатинален и дистален наклон (фиг. 5) при 1100 RPM и охлаждаме с физиологичен разтвор на дълбочина 12 мм. Последва внимателно разширение на остеомията (предвид по-широкия уницивнен канал) с разширител ф. 2.5 мм, ф. 3.0 мм, ф. 3.5 мм,



Фиг. 1



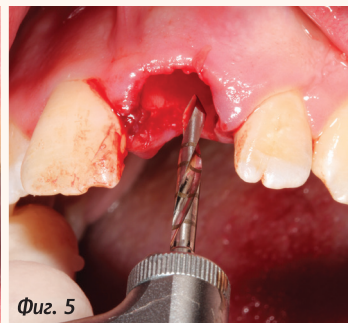
Фиг. 2



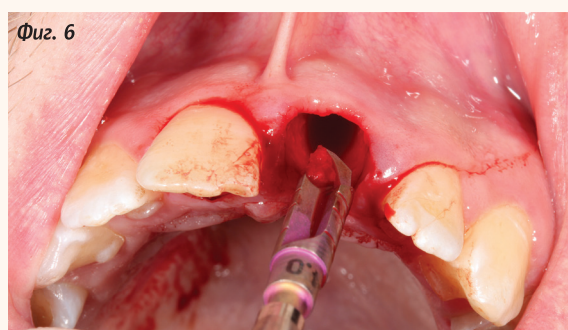
Фиг. 3



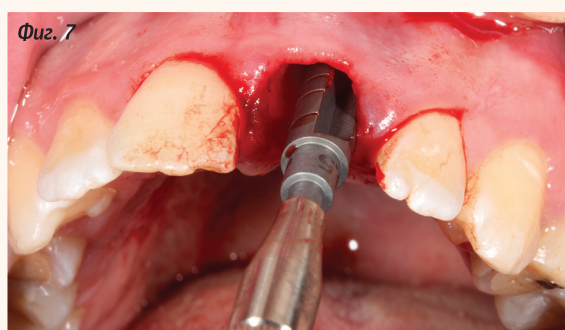
Фиг. 4



Фиг. 5



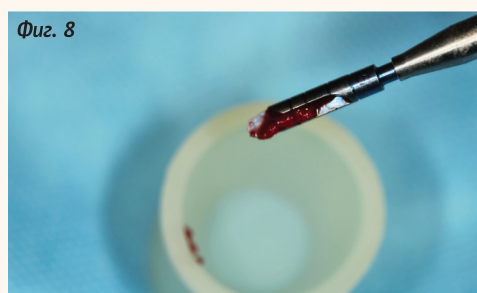
Фиг. 6



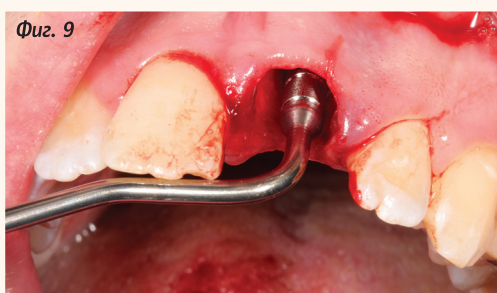
Фиг. 7

ф. 4.0 мм, ф. 4.5 мм при 50 RPM без външно охлаждане (фиг. 6 и 7).

Тази техника за оформяне на костното ложе и специфичният дизайн на фрезите дават възможност за събиране на собствена кост без нуждата от специални филтри и приспособления (фиг. 8). След проверка на дълбочината (фиг. 9) въведохме на ръка със стандартния пластмасов държач един 4.5/8 мм Visco имплант с 3 мм отвор на морзвия конус (фиг. 10). Така позицията на импланта е 4 мм субкрестално (фиг. 11) и с леко чукване със специален инструмент от хирургичния кит се постигна висока инициална стабилност. Смесихме събраната автогенна кост с минимал-



Фиг. 8



Фиг. 9



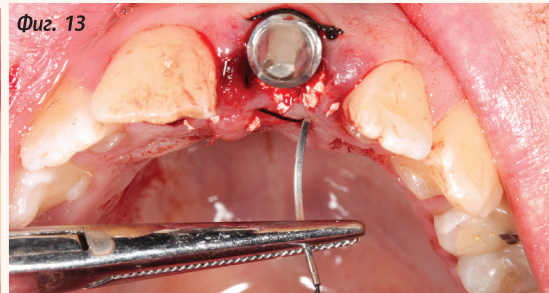
Фиг. 10



Фиг. 11



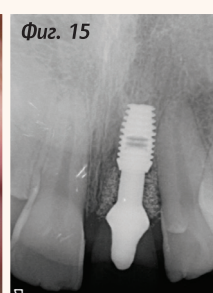
Фиг. 12



Фиг. 13



Фиг. 14



Фиг. 15



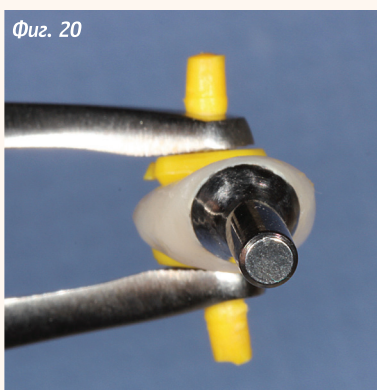
Фиг. 16



Фиг. 17



Фиг. 18



но количество ксенографт и ги добавихме около и над позиционирания имплант. Заключихме с лек натиск предварително подготвената стандартна права титаниева надстройка с

цифт с дължина 4 мм в морзovia конус (фиг. 12) и направихме един циркулярен естетичен шев (фиг. 13).

След това поставихме оформената стандартна вре-

менна протетична капа върху надстройката и с помощта на предварителния силиконов отпечатък и временна пластмаса (Luxatemp) изработихме първоначалната пробвизорна коронка (фиг. 14 – от 10-ия ден, при свалянето на конуса). Поради високата инициална стабилност преценихме че може да е свободно стояща, без да се връзва към съседните зъби. На пациента бяха дадени наставления за поведението след имплантацията.

След 3 месеца беше направена контролна сегментна рентгенография (фиг. 15). Виждат се идеалната остеоинтеграция и чудесната костна поддръжка за папилите благодарение на т. нар. отпуснати рамена (sloping shoulders) в дизайна на

импланта. Лека дистализация на импланта е обусловена от по-голямата ширина на инициалния канал. Предвид техниката на въвеждане и специфичния дизайн Bicon имплантите не изискват стандартното разстояние от 1.5 мм до съседните зъби. Клинично се установи наличието на пълна стабилност, спокойни тъкани и никаква резорбция. Затова пристъпихме към взимане на отпечатък с трансфер по метода на затворената лъжица (фиг. 16, 17 и 18). За пълната рентгенологична хомогенност на костната структура ще са нужни още няколко месеца, но това не пречи да се премине към протетичното възстановяване.

В зъботехническата лаборатория бе изработена т. нар. интегрирана към надстройката корона (IAC-Integrated Abutment Crown) от лабораторен фотополимер (Kuraray), (фиг. 19, 20 и 21). Тя има няколко съществени предимства пред завинтващите се и циментиращите се корони. Първото предимство е, че няма цимент, т.е. няма шанс за наличието на излишъци и проблемите, които те могат да пре-

дизвикат. Второ предимство – няма винт, т.е. няма отвор, който да се запълва палатинално, и няма риск от евентуално разхлабване на винта; трето предимство – при нужда може да се коригира в устата, но по всяко време може да се сваля и да се коригира и в лабораторията; четвърто предимство – осигурява сравнима с алтернативните материали естетика, което е видно от снимките на крайния резултат (фиг. 22, 23, 24, 25 и 26). **DT**



За авторите:



Д-р Виктор Жечков, клиника „Провидент“, София, www.provident.com.

Завършил е дентална медицина в МУ-

София. Частна практика от 2002 г., в гр. София. Професионални интереси към естетичната дентална медицина и имплантологията. Практикува имплантология от 2007 г. Квалификационни курсове в: IFZI – Германия, г-р Радлински – Украйна, Bicon – г-р Иван Минчев, Alpha Bio – Израел и др.

Зъботехник – Виолета Коева, „Текстура Дентал Студио“, София, www.texturadentalstudio.com.



20 години **Bicon България**
20 години доволни пациенти



- МОРЗОВ КОНУС** от 1985 г.
- ОТПУСНАТИ РАМЕНЕ** от 1985 г.
- НИСКИ ИМПЛАНТИ** от 1985 г.
- ПЛАТО ДИЗАЙН** от 1985 г.
- ЕКСТРА-ОРАЛНО ЦИМЕНТИРАНА И ИНТЕГРИРАНА С АБАТЪМЪТА КОРОНА** от 1985 г.
- БЪВНО ОБРОТНА ПРЕПАРАЦИЯ НА АЛБЕОЛАНТЕ** от 1985 г.
- ТЕСНИ ИМПЛАНТИ** от 1985 г.
- ПРОТЕТИЧНА ГЪЛКАВОСТ** от 1985 г.

Попитайте за нашите учебни програми: **нац. тел.: 0700 1 55 44 | 0887 630 755**

www.miplant.bg | miplant@miplant.bg

Работим за успеха Ви!