

Фелипе Моура Араухо

Идеальная модель. Имплантаты и временные реставрации с применением силикона

Резюме. В описанных в статье клинических случаях для изготовления и адаптации временной модели использовался аддитивно связанный силикон – модельный силикон, продукт компании «VOCO»). Большим преимуществом этого материала является его размерная стабильность и быстрое затвердевание, а это означает, что временную модель можно изготовить и адаптировать точно, моментально, прямо в кабинете стоматолога.

Современная стоматология сталкивается с растущим спросом и проблемами эстетики. Это особенно очевидно в области технологий имплантологии и протезирования, к которым стоматологи обращаются в самую последнюю очередь, когда зуб отсутствует или его невозможно сохранить с помощью консервативного лечения.

Удаление зуба с последующим немедленным размещением имплантата вместе с временной коронкой в качестве неотложной, эстетически привлекательной реставрации является широко практикуемой процедурой. После атравматичного удаления рассматриваемого зуба вводится имплантат с обеспечением соответствующей стабильности, а временная коронка адаптируется к предполагаемому положению ее установки.

В описанных здесь клинических случаях для изготовления и адаптации временной модели использовался аддитивно связанный силикон – модельный силикон, продукт компании «VOCO»). Большим преимуществом этого материала является его размерная стабильность (способность сохранять геометрические размеры) и быстрое затвердевание всего за четыре минуты, а это означает, что временную модель можно изготовить и адаптировать точно, моментально, прямо в кабинете стоматолога, за пределами операционного поля. Это позволяет избежать длительного времени ожидания и неприятных переживаний для пациентов, вызванных, например, тем, что операционное поле было изначально оставлено открытым.

Клинический случай 1

К нам обратилась пациентка, у которой зуб 15 (верхний правый второй премоляр) имел сильно поврежденную коронку, находясь в ряду зубов, прошедших ортодонтическое лечение с удалением первого премоляра (рис. 1). Первоначальный план лечения включал расширение клинической коронки, ревизию результатов лечения корневых каналов, наращивание с помощью штифта из стекловолокна и установку керамической коронки. Однако в свете нескольких этапов лечения и из-за высокого риска получить неудовлетворительный результат после курса лечения пациентка решила удалить зуб и вставить имплантат.

Первый шаг этой процедуры заключался в удалении зуба при сохранении костных стенок альвеолы (рис. 2 и 3). Как только подготовку сверлением завершили, был вставлен имплантат (продукт компании «Straumann») соответствующего размера, указанного для такого операционного участка (рис. 4).

Как рекомендуется в литературе, материал для замены костной ткани был помещен в промежуток между альвеолярной стенкой и имплантатом, поскольку ширина зазора была больше двух миллиметров (рис. 5).

После введения имплантата к нему прикрепили абатмент (вторичную часть имплантата) (рис. 6), а отверстие для винчивания имплантата было герметично закрыто с помощью Clip Flow (продукт компании «VOCO») – текучего, светоотверждающегося восстановительного материала для временных реставраций (рис. 7). После этого с целью детального воспроизводства структур был взят оттиск с помощью альгината для передачи этой супраструктуры. Абатмент был вставлен в оттиск, и его затем залили **модельным силиконом** (рис. 8). Как только время схватывания истекло, была проведена адаптация временной коронки к изготовленной таким образом рабочей модели (рис. 9). После доработки и полирования временной коронки она была покрыта Bifix Temp (VOCO), **временным фиксирующим материалом двойного отверждения на основе композита** (рис. 10 и 11). **В заключение провели удаление избытков материала и проверку коронки по прикусу** (рис. 12).

Клинический случай 2

45-летний пациент мужского пола уже пострадал от многочисленных неудачных попыток лечения корневого канала на зубе 21 (верхний левый центральный резец), приведших к значительной потере **твердых тканей зуба** и в результате зуб сохранить было уже нельзя (рис. 13 и 14).

Этот зуб удалили (рис. 15), а затем провели тщательное выскабливание, чтобы обеспечить полное отсутствие грануляционной ткани в этой области (рис. 16). После очистки альвеолы была проведена соответствующая подготовка сверлением для введения имплантата зуба (рис. 17). После установки имплантата использование материала для замены костной ткани не потребовалось (рис. 18), так как расстояние между альвеолярной стенкой и имплантатом было менее двух миллиметров в ширину. Был вставлен слепочный трансфер (рис. 19) и определен идеальный вестибулярный контур (профиль выступания реставрации) заменяющего зуба с помощью Clip Flow (рис. 20). Был взят оттиск с помощью альгината (рис. 21), и, сразу после его полного затвердевания был вставлен аналог имплантата и оттиск залит **модельным силиконом**. После отверждения материал был удален из оттиска и использован для создания идеальной копии исходной ситуации для адаптации временной коронки (рис. 22). Коронка была адаптирована на рабочей модели (рис. 23), а затем **прикреплена к абатменту** с помощью Bifix Temp.

Наконец, временная коронка была **установлена в ротовой полости пациента** (рис. 24), а все контактирующие поверхности отшлифованы для достижения **правильного прикуса**. Был обеспечен эстетически приятный и комфортный для пациента результат лечения (рис. 25).

Клинический случай 1



Рис. 1. Предоперационная ситуация: сильно поврежденная коронка на зубе 15.



Рис. 2. Удаление с сохранением стенок альвеолы.



Рис. 3. Альвеола после удаления.



Рис. 4. Установка имплантата.



Рис. 5. Вставка материала-заменителя костной ткани.



Рис. 6. Установка абатмента на имплантат.



Рис. 7. Герметизация отверстия для ввинчивания имплантата с помощью светоотверждающегося реставрационного материала.

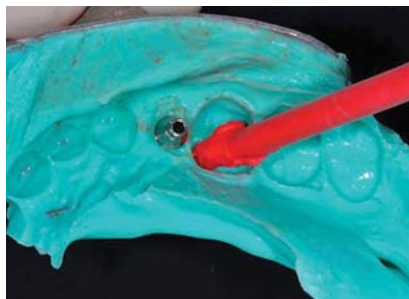


Рис. 8. Заливка оттиска силиконом для литья.



Рис. 9. Адаптация временной коронки к рабочей модели.

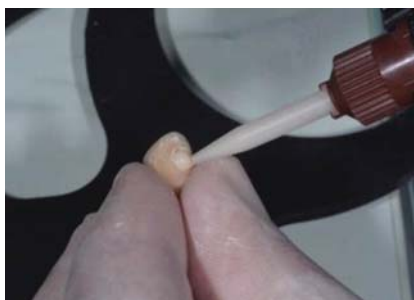


Рис. 10. Покрытие временным фиксирующим материалом двойного отверждения на основе композита.



Рис. 11. Вставленная временная коронка.



Рис. 12. Проверка прикуса.

Клинический случай 2



Рис. 13. Зуб 21 сохранить невозможно.

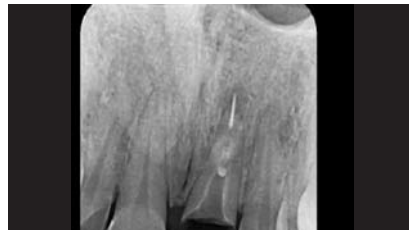


Рис. 14. На рентгеновском снимке показана ситуация с корневым каналом,



Рис. 16. Выскабливание грануляционной ткани.



Рис. 17. Подготовка сверлением для вставки зубного имплантата.



Рис. 18. Установка имплантата.



Рис. 19. Установка слепочного трансфера.



Рис. 20. Определение вестибулярного контура заменяющего зуба с помощью светоотверждающегося реставрационного материала.

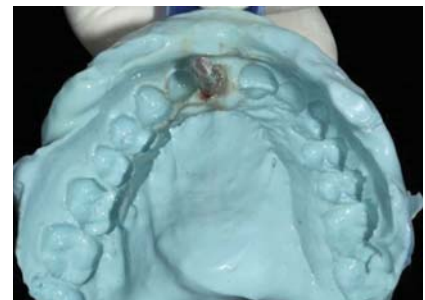


Рис. 21. Альгинатный оттиск со вставленным аналогом имплантата.



Рис. 22. Силиконовая модель с винченным абатментом.



Рис. 23. Силиконовая модель с адаптированной временной коронкой.



Рис. 24. Временная коронка, вставленная в рот.



Рис. 25. Результат, эстетически приятный и комфортный для пациента.

Доктор **Фелипе Моура Араухо** учился в университете Гуарульоса, Бразилия, он является специалистом в области имплантологии, регулярно преподавая на курсах, посвященных данному предмету, в таких организациях как Бразильская ортодонтическая ассоциация («Associação Brasileira de Odontologia», «АВО»). Кроме того, он является координатором по вопросам систем CAD/CAM и научным руководителем компании «Conexão Sistemas de Prótese Ltda».

Адрес электронной почты:
dr.felipe@gruposodontocenter.com.br