

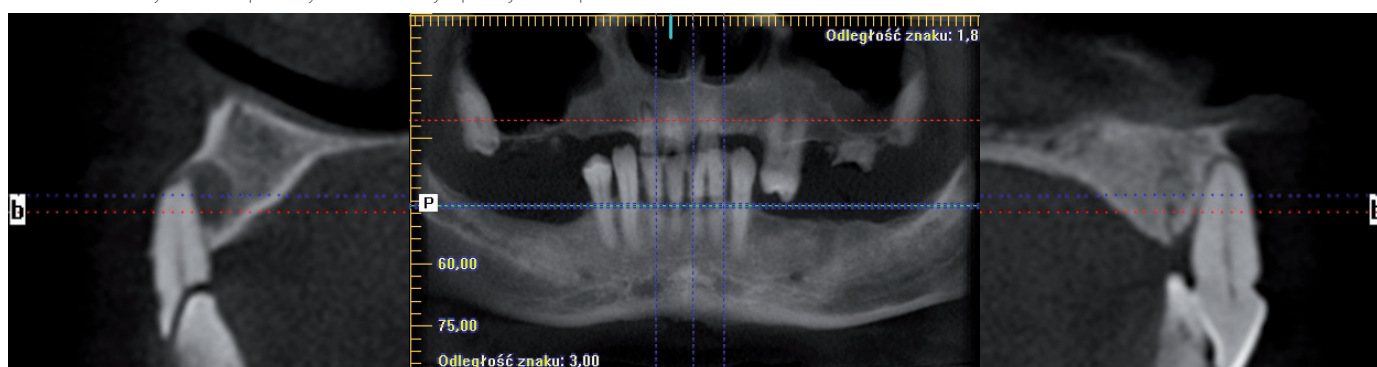


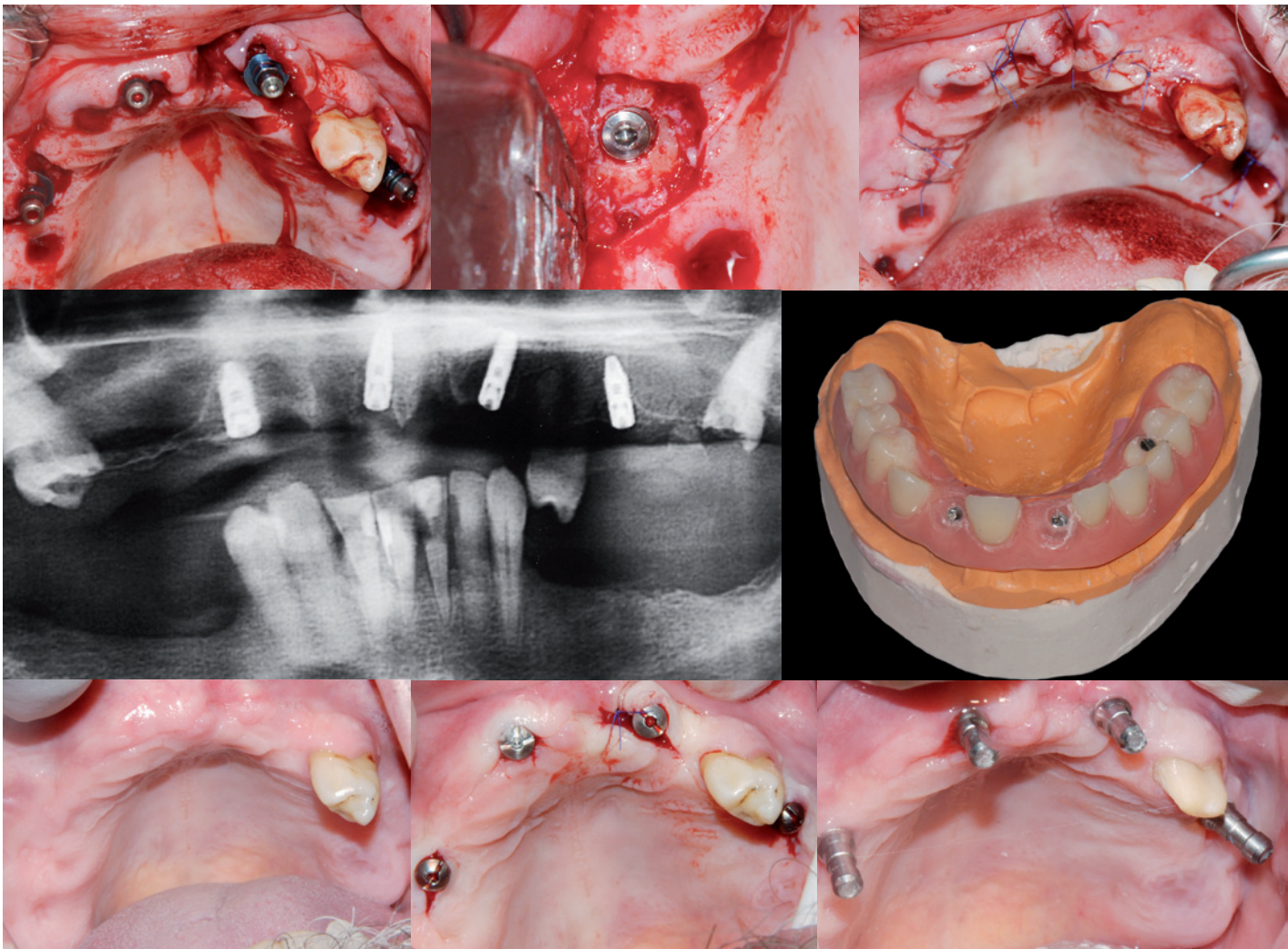
Utrata uzębienia szczególnie w podeszłym wieku może prowadzi do zmiany rysów twarzy, co jest związane z utratą podparcia dla warg oraz skróceniem pionowego wymiaru twarzy.

Pacjent zgłosił się do leczenia celem uzupełnienia braków zębowych. Prosił o wykonanie możliwie stabilnego uzupełnienia, które funkcjonowało by zdecydowanie lepiej niż konwencjonalna proteza. Badaniem klinicznym stwierdzono liczne braki zębowe w szczęcie (ryc.1). Badanie radiologiczne wykazało uzębienie resztkowe z przewlekłym stanem zapalnym przyzębia oraz tkanek okołoszczytowych, które nie kwalifikowało się do wykorzystania w celach protetycznych (ryc.2.). Możliwy do wykorzystania w celu odbudowy protetycznej był jeden ząb w pozycji 24. Zaproponowano pacjentowi wykonanie mieszanego uzupełnienia podpartego na własnym uzębieniu oraz na implantach. Wykonane badania CBCT wykazało, że pacjent ma wystarczającą ilość kości do zakotwiczenia implantów zębowych (ryc.3,4). Zdecydowano o wykonaniu protezy szkieletowej opartej na implantach

oraz zębach własnych pacjenta.

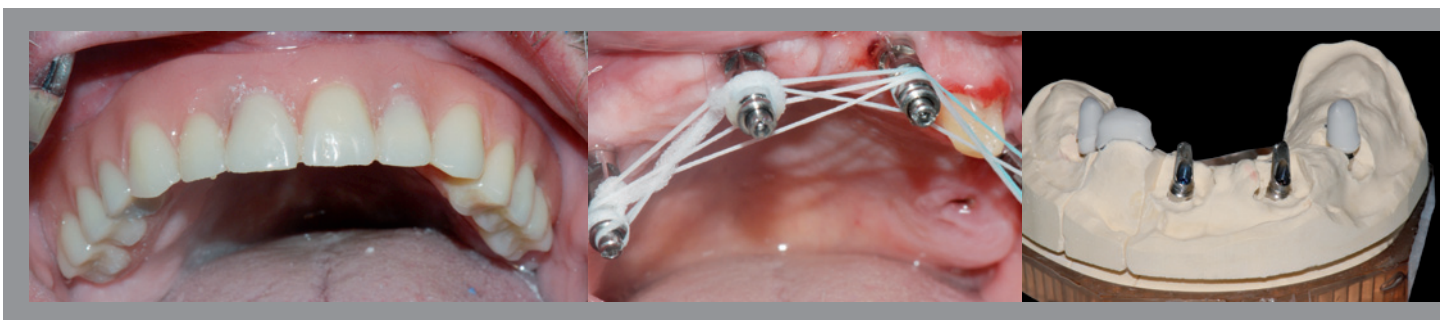
W znieczuleniu miejscowym usunięto resztkowe uzębienie w szczęcie pozostawiając jedynie zęby zatrzymane 18, 28 oraz zakwalifikowany do włączenia w pracę protetyczną ząb 24. Następnie po nieznacznym odpreparowaniu płata śluzówkowo-okostnowego odsłonięto wyrostek zębodołowy szczęki i wprowadzono implanty zębowe w pozycje 14, 11, 22, 25 (ryc.5). Implanty wprowadzono nieznacznie poniżej poziomu kości wyrostka zębodołowego (ryc.6). Wszystkie wszczepy wprowadzono z siłą przekraczającą 35 Ncm, co potwierdziło uzyskanie stabilizacji pierwotnej. Brzegi zębodołów zbliżono szwami, a w przypadku implantów 15 oraz 25 szczelnie zaszyto (ryc.7). Pozycję wszczepów 15 i 25 dobrano w taki sposób aby umieścić je maksymalnie dystalnie, unikając jednocześnie perforacji do światła zatoki szczękowej (ryc. 8). Gojenie pooperacyjne przebiegało bez powikłań (ryc.9). Kolejny etap polegający na odsłonięciu implantów przeprowadzono po 8 tygodniach od zabiegu operacyjnego. Wszczepy odsłonięto nie-

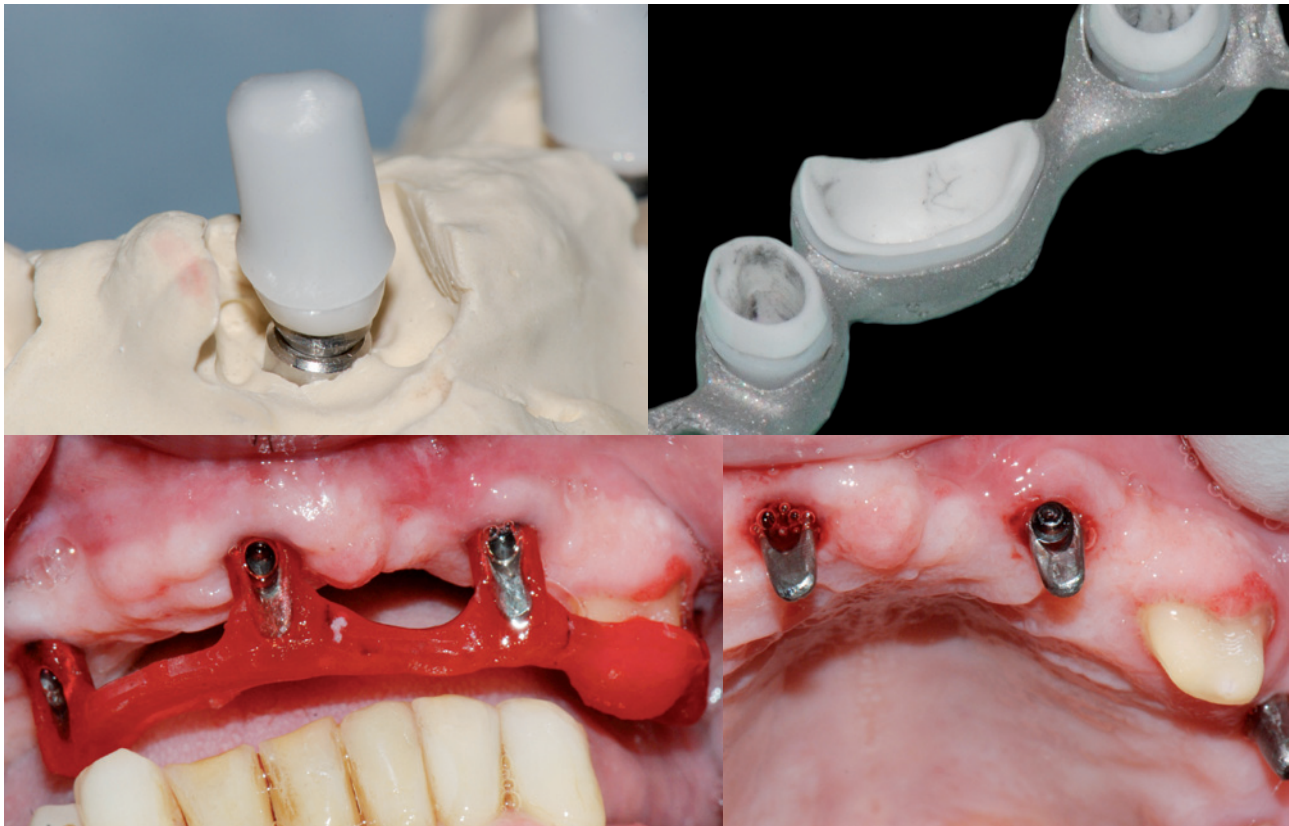




znacznie nacinając błonę śluzową na szczycie wyrostka zębodołowego (ryc.10). Tylko w przypadku wszczepu w pozycji 22 zaszła konieczność założenia szwu zbliżającego brzezi rany. Po upływie 2 tygodni od osłonięcia wszczepów oszlifowano ząb 24 i pobrano wycisk celem wykonania akrylowego uzupełnienia tymczasowego opartego na implantach. Do wycisku użyto transferów do łyżki zamkniętej, które nie posiadały wewnętrznego indeksu (ryc.11). Uzupełnienie tymczasowe oparto na łącznikach tymczasowych bez wewnętrznego indeksu i przykręcono do wszczepów. Oszlifowany ząb zabezpieczono cementem tymczasowy (ryc.12,13). W międzyczasie pobrano kolejny wycisk metodą łyżki otwartej

stosując indeksowane transfery, celem wykonania właściwego uzupełnienia protetycznego (ryc.14). Laboratorium protetyczne przygotowało zestaw podwójnych koron osadzonych na frezowanych łącznikach protetycznych oraz na oszlifowanym zębie 24 (ryc.15). Korony pierwotne osadzone na łączniki oraz ząb zostały wykonane z tlenku cerconu, natomiast korony wtórne wytworzono z teflonu (ryc.16). Następnie przygotowano szkielet odlany z metalu i wykonany w taki sposób, aby czapki teflonowe mogły zostać w cementowane w jego strukturę (ryc.17). Zamontowano łączniki przy pomocy klucza zewnętrznego z matrycą (ryc.18,19), po czym zacementowano na nich z zastosowaniem ce-





mentu glassjonomerowego połączone ze sobą czapki pierwotną i wtórną (ryc.20). Następnie po dopasowaniu szkieletu metalowego zacementowano go stosując cement lutujący do czapek wtórnych (ryc.21). Kolejnym krokiem było pobranie wycisku z ufixowanym na implantach szkieletem celem dokładnego odwzorowania pola protetycznego (ryc.22). Na tym etapie praca protetyczna ponownie trafiła do laboratorium protetycznego. Wykonano próbę uzupełnienia w wosku (ryc.23), a następnie wykonano licowanie akrylem przygotowanego wcześniej szkieletu opartego na implantach (ryc.24,25,26).

Wszczepy zębowe, które zostały zastosowane w tym przypadku

mają podwójny wewnątrz hex, co umożliwia ustawienie łączników protetycznych w 12 możliwych pozycjach. W przypadku łączników kątowych, które łączone są łączniki protetyczne mają 12 możliwych

ozębna pozwala na przenoszenie sił utrata zęba nie powoduje konieczności zmiany pracy protetycznej

standard 6, 4 też dobrze, podparcie na zębie daje nam 5 kluczy bo mają 2x hex

łączniki tymczasowe bez indeksu dlatego transfery bez indeksu.

