DENTIS

№1 / 2026

КЛИНИЧЕСКИЕ КЕЙСЫ

ОТ ПЛАНИРОВАНИЯ ДО КОНЕЧНОГО РЕЗУЛЬТАТА

ОГЛАВЛЕНИЕ

01	**Акопян Ю.В.** **Кожевников П.В.**	Тотальная реабилитация нижней челюсти по цифровому протоколу	5
02	**Хегай И. Г.**	Тотальная реабилитация пациента на имплантатах DENTIS. Цифровые и аналоговые решения для построения окклюзии, функциональной адаптации и превосходной эстетики	11
03	**Данилов А.А.**	Бимаксилярное протезирование на имплантатах ONEQ с использованием интраоральной камеры	19
		Протокол протезирования на коротких имплантатах SQ	26
		Протокол комбинированного тотального протезирования на имплантатах DENTIS с использованием интраоральной камеры и сканбоди PRO	29
04	**Шумовский Д. Б.**	Комплексная реабилитация пациента с врожденной адентией постоянных зубов	34
		Реабилитация пациентки с экстремальной атрофией по методике IDR	38
		Тотальная реабилитация пациента по протоколу ALL-ON-X с применением методик аугментации аутогенными тканями	42
05	**Квашов В.Ю.**	Реабилитация пациента с частичной вторичной адентией верхней и нижней челюстей с применением дентальных имплантатов ONEQ	46
		Реабилитация пациента с частичной вторичной адентией с использованием имплантатов ONEQ и SQ SHORT	49
06	**Петросян О.Т.** **Одинцов С.О.**	Сочетание инновационного и традиционного протоколов в тотальной реабилитации пациента на имплантатах DENTIS	51

DENTIS



Сорокина Ольга Анатольевна

Генеральный директор Дентис Имплант

Компания DENTIS более 20 лет разрабатывает инновационные решения в области дентальной имплантации, объединяя передовые технологии, клиническую предсказуемость и удобство работы для врачей.

На протяжении этих лет мы последовательно совершенствуем наши имплантационные системы, уделяя особое внимание первичной стабильности, долгосрочной надёжности и эстетическому результату лечения.

Через образование, исследования и внедрение современных технологий мы стремимся быть на шаг впереди, предвосхищая потребности рынка и предлагая эффективные клинические решения.

В данной брошюре представлены клинические кейсы, демонстрирующие возможности имплантационных систем DENTIS в реальных клинических ситуациях. Эти работы стали результатом сотрудничества с ведущими специалистами и партнёрскими клиниками, которые ежедневно применяют наши решения в своей практике.

Каждый представленный случай отражает надежность, функциональность и инновационный подход DENTIS к имплантологическому лечению, подтверждая нашу главную цель — помогать врачам достигать предсказуемых результатов и улучшать качество жизни пациентов.

Еще больше кейсов на нашем сайте

ТОТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЦИФРОВОМУ ПРОТОКОЛУ

АВТОРЫ КЕЙСА



Акопян Юрий Вячеславович

Врач-стоматолог хирург-имплантолог

- Основатель клиники «Дентикус».
- Работает с цифровым планированием и навигационными протоколами, реализуя комплексные клинические кейсы совместно с цифровой лабораторией.



Кожевников Петр Викторович

Зубной техник, один из ведущих экспертов в области цифровой имплантологии и навигационного планирования

- Специалист по проектированию разборных и неразборных хирургических шаблонов любой сложности.
- Автор и преподаватель курсов по цифровому планированию в RealGUIDE и работе с CAD-модулями, практикующий эксперт компании DENTIS по цифровой системе SQ Guide.
- Один из основателей лаборатории Implaim.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты SQ



Мульти Юнит прямой

Цифровые технологии в дентальной имплантологии позволяют точно планировать хирургический и ортопедический этапы лечения и обеспечивать предсказуемый результат. Всё чаще применяется протокол немедленной нагрузки, при котором пациент получает временную ортопедическую конструкцию уже в день операции.

Важным условием успешной реализации такого лечения является тесное взаимодействие хирурга и зуботехнической лаборатории на этапе планирования. В данном клиническом кейсе представлен пример тотальной реабилитации нижней челюсти по цифровому протоколу с использованием разборного хирургического шаблона.

Пол: мужчина, 72 года, обратился с целью восстановления зубов верхней и нижней челюсти.
По результатам клинического осмотра и КТ выявлен ряд проблем.



Рис.1. Клиническая картина до лечения

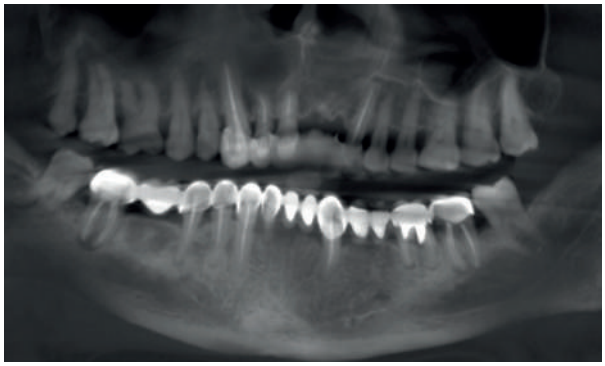


Рис. 2. Снимок КТ до лечения

ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Лечение верхней челюсти не является основной темой данного кейса, однако её анатомические особенности повлияли на планирование ортопедической конструкции нижней челюсти.

На верхней челюсти отмечалась выраженная прогнатия. Зубы 2.1 и 2.2 имели высокую подвижность на фоне пародонтита III степени, поэтому было принято решение об их удалении.

Учитывая дефицит костной ткани и необходимость формирования корректного прикуса, был изготовлен мостовидный протез от зуба 1.3 до 2.3 со смещением зубов в оральную сторону для компенсации сагиттальной щели. Также проведено терапевтическое лечение зубов верхней челюсти.



Рис.3-4. Результат лечения на в/ч (установлен временный мостовидный протез)

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

На нижней челюсти был установлен мостовидный металлокерамический протез протяженностью от 3.7 до 4.7. На каждом из сохранившихся зубов обнаружен хронический гранулематозный периодонтит.

Пациенту было предложено несколько вариантов лечения, включая сохранение собственных зубов. С учётом финансовых возможностей, а также необходимости обеспечить комфорт, скорость лечения и долговременную стабильность результата пациент выбрал план с установкой четырёх имплантатов и фиксацией на них ортопедической конструкции.

Протокол с шестью имплантатами оказался для пациента финансово недоступным, при этом для него было принципиально важно покинуть клинику с восстановленными зубами. В связи с этим было принято решение работать по цифровому протоколу с предварительным планированием и изготовлением навигационного шаблона и временной ортопедической конструкции, что позволило обеспечить нагрузку на имплантаты в день операции.



Рис.5. Интраоральный снимок нижней челюсти

Для реализации выбранного протокола были использованы имплантаты линейки SQ компании Dentis. Их дизайн обеспечивает высокую первичную стабильность, что особенно важно при протоколе немедленной нагрузки. Кроме того, линейка ортопедических компонентов Dentis включает все элементы, необходимые для работы по цифровому протоколу.

В сотрудничестве с зуботехнической лабораторией Implaim был изготовлен разборный шаблон и временная ортопедическая конструкция.

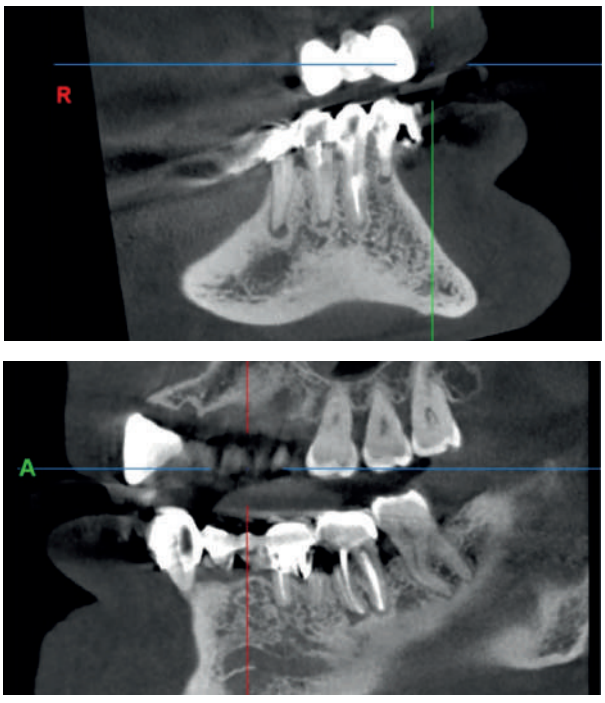


Рис. 6-7. КТ нижней челюсти

ПЛАНИРОВАНИЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ЛАБОРАТОРИЕЙ

ЭТАП 1.
Моделирование конструкции

В лабораторию были переданы фотографии пациента, КТ и внутриротовое сканирование. На основании этих данных была выполнена цифровая моделировка будущей ортопедической конструкции.

Особенности временного протеза были связаны со смещённой средней линией, открытым прикусом и необходимостью снизить нагрузку на имплантаты в жевательных отделах.

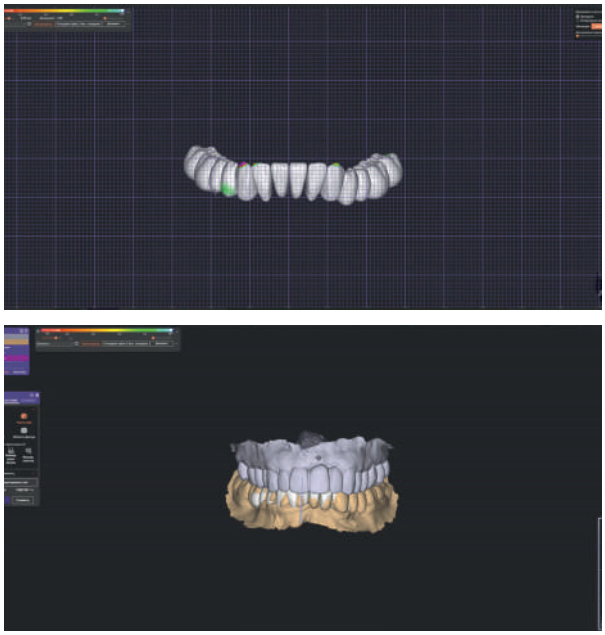


Рис. 8-9. Моделирование будущей ортопедической конструкции

ЭТАП 2.
Виртуальная постановка имплантатов.

Виртуальное планирование положения имплантатов выполнялось специалистами лаборатории с последующим согласованием с хирургом. При планировании учитывались два ключевых фактора: анатомические особенности пациента и параметры будущей ортопедической конструкции.

Специалисты лаборатории предложили расстановку, размеры имплантатов и ортопедические элементы (в данном случае — мульти юнит абатменты).

Была согласована следующая схема: имплантаты SQ в области зубов 3.2 и 4.2 (4,5 × 10 мм) и в области 3.5 и 4.5 (4,5 × 12 мм) под углом 17°. Выбраны соответствующие МЮ-абатменты.

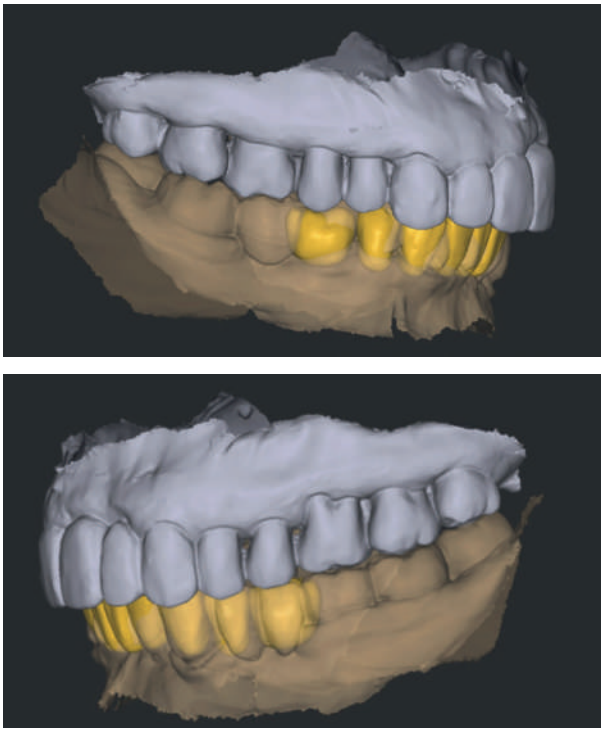


Рис. 10-11. Цифровая «примерка» конструкции

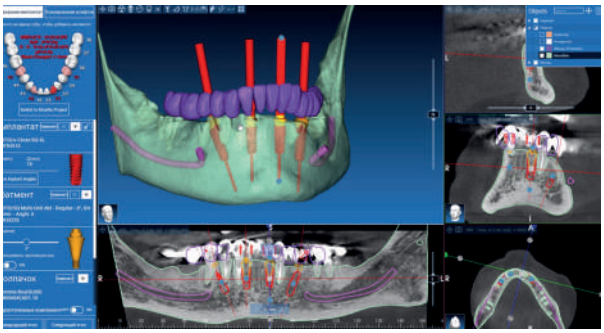


Рис. 12. Расстановка имплантатов в компьютерной программе

После этого был спроектирован разборный хирургический шаблон.

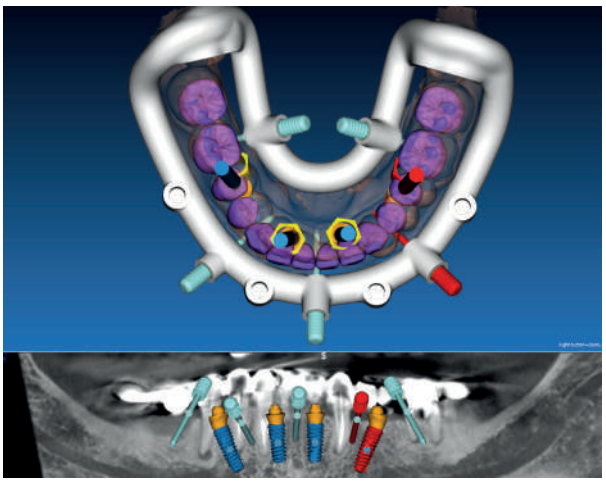


Рис. 13. Моделирование базы разборного шаблона

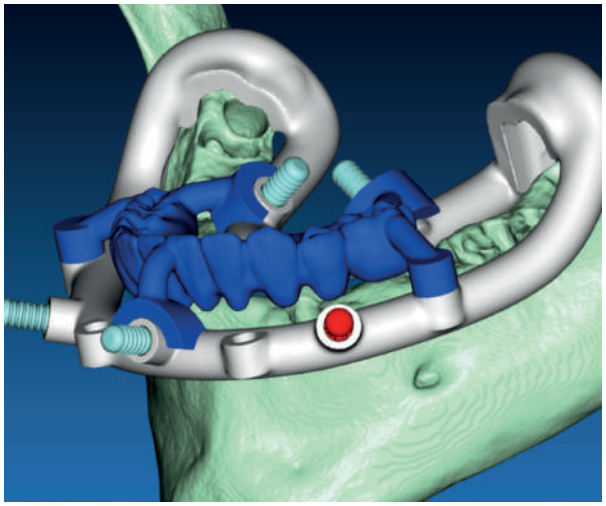


Рис. 14. Моделирование шаблона для фигурной редукции кости

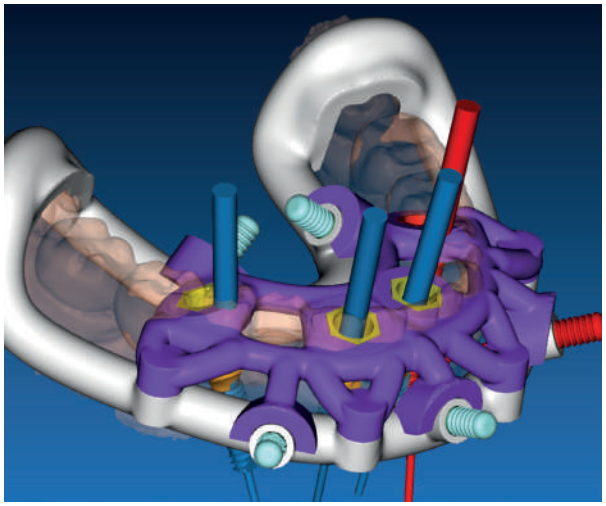


Рис. 15. Моделирование шаблона для установки имплантатов

ЭТАП 3.

В лаборатории были изготовлены разборный хирургический шаблон и временный армированный протез.

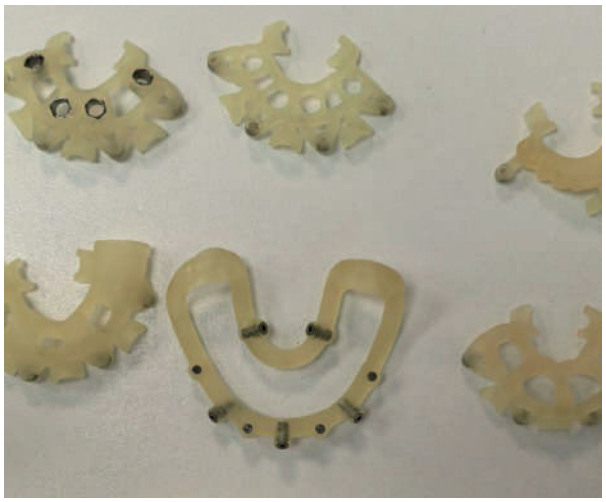


Рис. 16. Разборный хирургический шаблон

Составляющие разборного шаблона:

1. База шаблона
2. Шаблон для фиксации базы в полости рта
3. Шаблон для фигурной редукции кости
4. Шаблон для установки имплантатов
5. Шаблон для проверки положения МЮ абатментов
6. Шаблон для установки временной ортопедической конструкции

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ И УСТАНОВКА ВРЕМЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

ФИКСАЦИЯ ШАБЛОНА

Операция проводилась при сопровождении специалиста зуботехнической лаборатории. Он обеспечивал экспертную поддержку на каждом этапе, обращая внимание на ключевые моменты работы с шаблоном и навигационным набором.

База шаблона фиксируется к челюсти пятью пинами: двумя с язычной стороны и тремя с щёчной. Верхняя часть шаблона опирается на имеющиеся зубы, обеспечивая точную и стабильную фиксацию базы. После установки базы верхняя часть шаблона снимается.



Рис. 17. Фиксация хирургического шаблона

Снятие мостовидного протеза и удаление зубов. Отслаивание лоскута, установка шаблона для фигурной редукции кости и выполнение легкого выравнивания гребня.

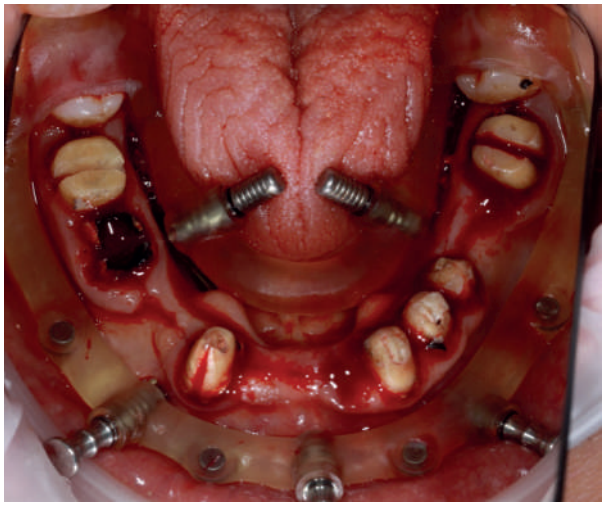


Рис. 18. Картина без мостовидного протеза

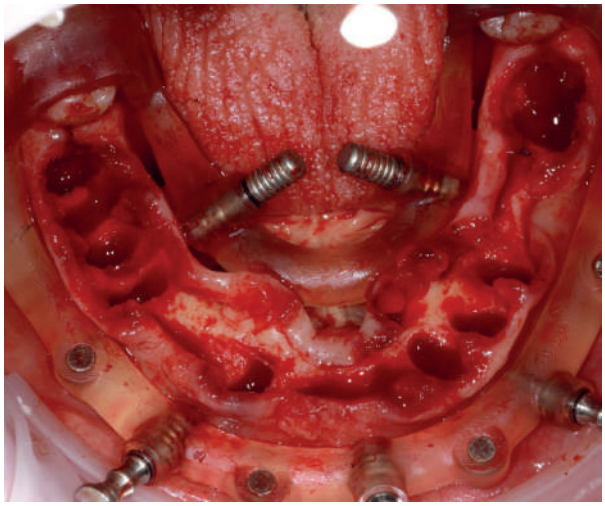


Рис. 19. Отслаивание лоскута и редукция гребня

Имплантаты были установлены с использованием хирургического шаблона. Достигнут торк 50 Н/см.

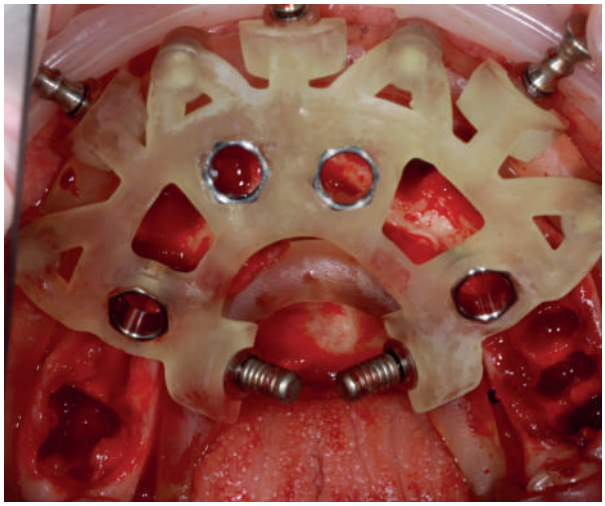


Рис. 20. Шаблон для установки имплантатов

Фиксация МЮ абатментов. Проверка положения МЮ абатментов с помощью шаблона.

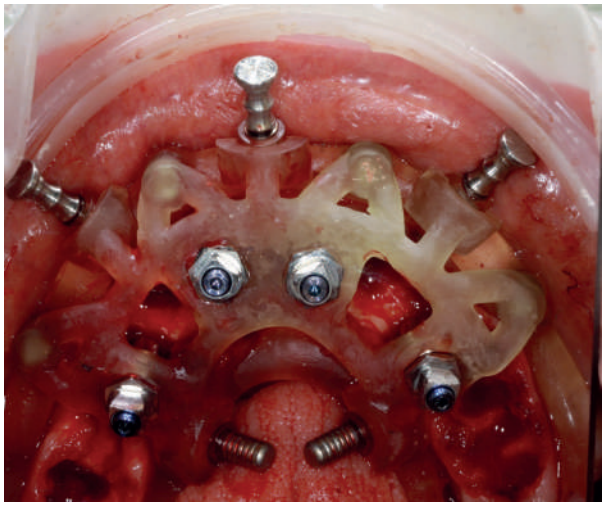


Рис. 21. Имплантация завершена

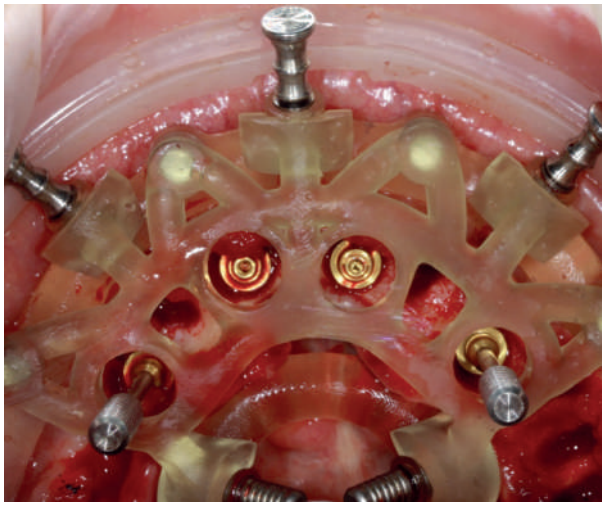


Рис. 22. Шаблон для проверки положения МЮ абатментов

ФИКСАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ АБАТМЕНТОВ И УСТАНОВКА ВРЕМЕННОГО ПРОТЕЗА

Протез был установлен с помощью шаблона для точного позиционирования, подлит композитом к временным абатментам и засвечен. Затем временный протез доработали вне полости рта: удалили излишки, устранили щели и скорректировали высоту абатментов. После шлифовки и полировки протез окончательно зафиксировали в ротовой полости.

Пока зубной техник дорабатывал протез, хирург законсервировал лунки с использованием PRF и ксеноматериала по технологии sticky bone и наложил утягивающие швы. Затем временный протез установили в полости рта, а оставшиеся швы провели через него, чтобы подтянуть слизистую и создать дополнительный объём мягких тканей.

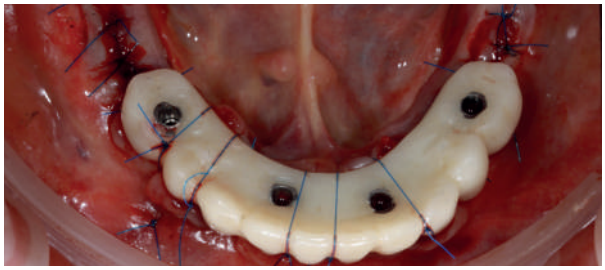


Рис. 23. Финальная фиксация временной конструкции в полости рта, ушивание

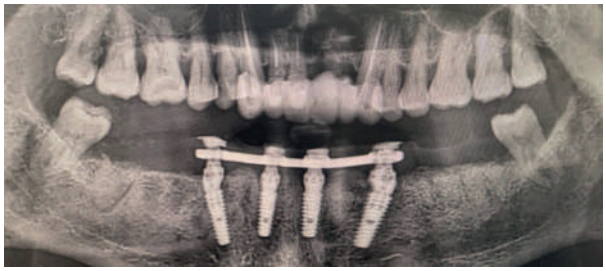


Рис. 24. КТ после операции

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Пациенту дали рекомендации и отпустили домой. В первые дни наблюдался отёк, боли были незначительными, что позволило ограничить приём обезболивающих двумя днями.

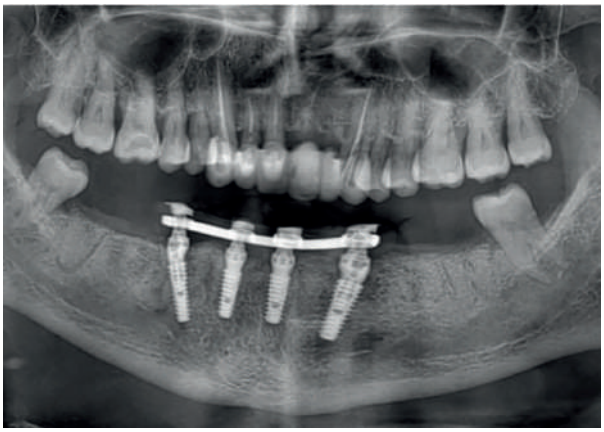
Через 14 дней сняли швы, а через 1,5 месяца провели профилактический осмотр. Обследование показало скопление налёта под протезом из-за недостаточной гигиены, которое устранили чисткой и медикаментозной обработкой. В дистальных отделах десна имела хороший объём и качество.

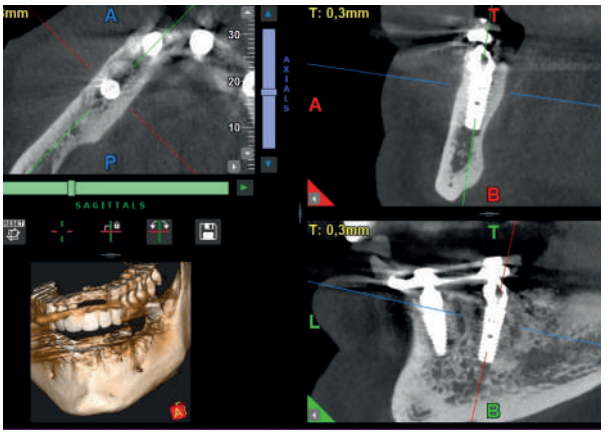




Рис. 25-26. Ситуация через 1.5 месяца после операции

Анализ снимка КТ подтверждает точное соответствие положения имплантатов запланированной расстановке. Костная ткань стабильна, жалоб со стороны пациента нет.





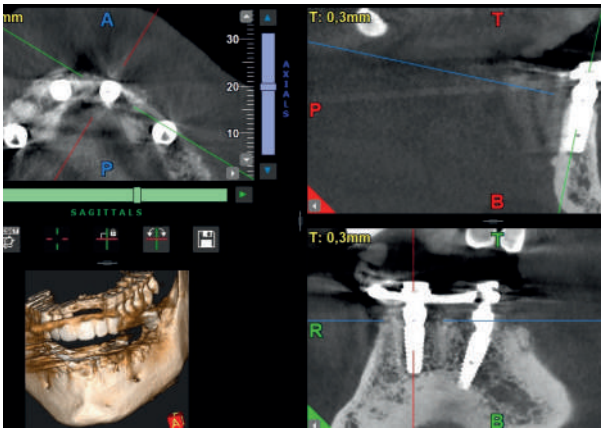


Рис. 27-29. Результаты КТ через 1.5 месяца после операции

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цифровые протоколы позволяют обеспечить высокую точность планирования и предсказуемость результатов при тотальной реабилитации. Важную роль в успешной реализации такого лечения играет тесное взаимодействие хирурга и зуботехнической лаборатории.

Использование имплантационной системы Dentis SQ и разборного хирургического шаблона позволило провести лечение по протоколу немедленной нагрузки и обеспечить пациенту функциональный и эстетический результат уже в день операции.

ТОТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА НА ИМПЛАНТАТАХ DENTIS. ЦИФРОВЫЕ И АНАЛОГОВЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ОККЛЮЗИИ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ПРЕВОСХОДНОЙ ЭСТЕТИКИ

АВТОР КЕЙСА



Хегай Игорь Григорьевич

К.м.н, врач стоматолог хирург-имплантолог, ортопед

‣ Специалист по эстетическому и функциональному протезированию на дентальных имплантатах, эксперт в области применения цифровых технологий в имплантологии и зуботехническом производстве.

‣ Автор статей, клинических кейсов и публикаций в специализированной литературе.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты SQ



Набор SQ GUIDE



Мульти Юнит прямой

Кейс, взявший ГРАН ПРИ на международном конкурсе клинических случаев Dentis в 2022 году в Сеуле!

Тотальная реабилитация на имплантатах — одна из самых сложных задач в стоматологии, требующая точной диагностики, цифрового планирования и современных подходов к протезированию. В этом кейсе показан путь достижения высокого эстетического и функционального результата с применением «природоподобного» металлокерамического протеза на имплантатах и регистрации индивидуальных гнатологических параметров пациента.

Пол: женский
Общий анамнез: тенденция к повышению сахара крови (предиабет II типа), коррекция диетой, жалобы со стороны ЖКТ.

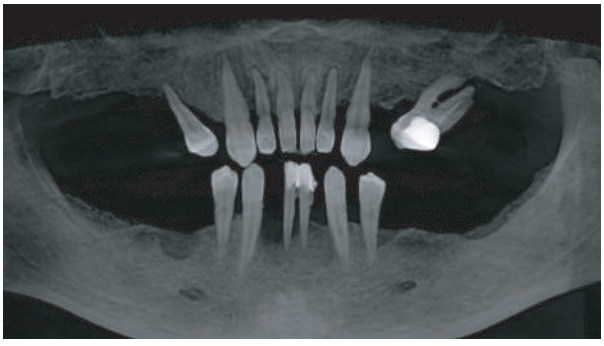






Рис. 1-3. Клиническая картина до лечения

Жалобы пациента: эстетические проблемы, нарушение жевания, подвижность зубов, боль при накусывании, запах изо рта.

При обследовании пациента определяется налет и зубные отложения, очаги гиперемии и отека, подвижность зубов, вторичная дис-

локация и наклон зубов. При зондировании – патологические пародонтальные карманы с отделяемым.

Диагноз: Генерализованный пародонтит. Частичное отсутствие зубов.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- Удаление зубов верхней челюсти, установка 6 имплантатов, направленная регенерация костной ткани, менеджмент мягких тканей.
- Тотальное протезирование зубов верхней челюсти металлокерамическим «природоподобным» протезом с опорой на 6 имплантатов, винтовая фиксация с применением «мульти юнит» абатментов.

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- Удаление зубов нижней челюсти, частичная редукция альвеолярного гребня, установка 6 имплантатов.
- Тотальное протезирование зубов нижней челюсти акриловым протезом на титановой балке, винтовая фиксация с применением «мульти юнит» абатментов.

ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА

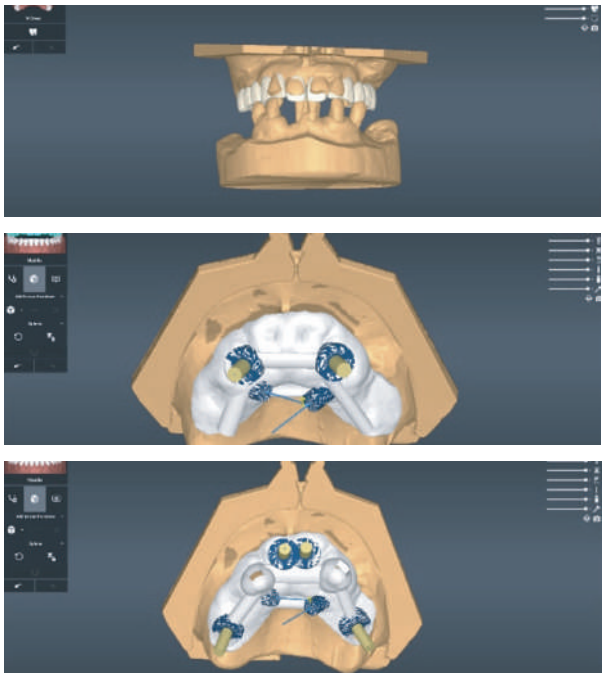


Рис. 4-6. Планирование хирургического лечения в программе DentiQ Guide от Dentis

Планирование положения имплантатов проводили в программе DentiQ Guide, система имплантатов Dentis SQ, навигационный набор Dentis SQ Guide.



Рис. 7. Навигационный набор SQ Guide Dentis

Спланировали и изготовили для верхней и нижней челюсти по два последовательных шаблона для каждой челюсти с дополнительной фиксацией и позиционированием пинами.

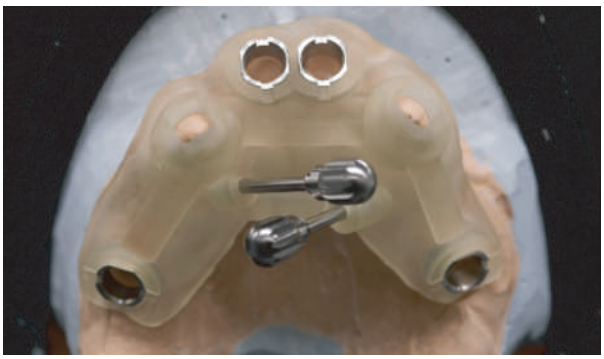


Рис. 8. Первый шаблон для В\Ч



Рис. 9. Второй шаблон для В/Ч



Рис. 10. Первый шаблон для Н\Ч

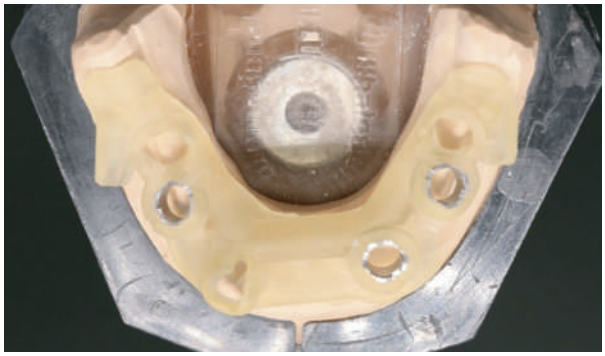


Рис. 11. Второй шаблон для Н\Ч

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

ОПЕРАЦИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ





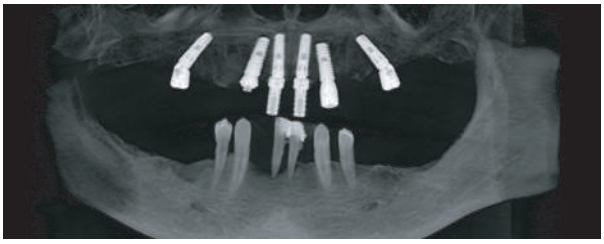


Рис. 12-14. Установка имплантатов на верхней челюсти с использованием хирургического шаблона

Установлены 6 имплантатов Dentis SQ. В проекции 1.3, 1.1, 2.1, 2.3. Имплантаты 1.6. и 2.6. под углом 30°.

В день операции снят оттиск для изготовления временного протеза ПММА на титановой балке.

Для снятия оттиска использовали напечатанный прототип протеза с отверстиями для оттискных трансферов.



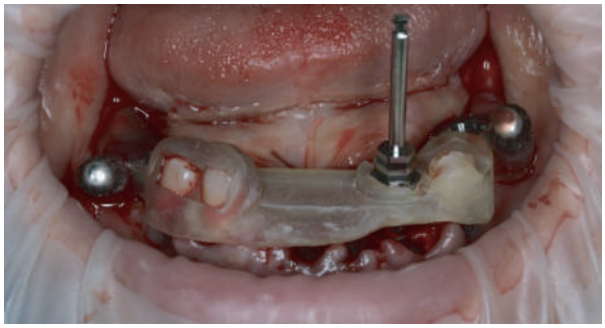
Рис. 15. Снятие оттиска





Рис. 16-17. Временный протез в/ч на титановой балке из пластмассы ПММА

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП - НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ



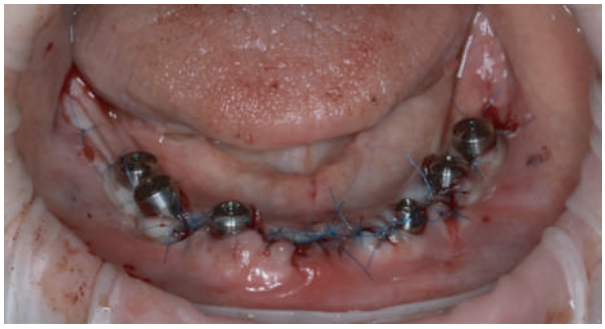




Рис. 18-20. Установка имплантатов на нижней челюсти с использованием хирургического шаблона

Установлены 6 имплантатов Dentis в проекции 3.6, 3.5, 3.3, 4.3, 4.5, 4.6. Имплантаты 3.5 и 4.5 под углом для обхода ментальных отверстий.



Рис. 21. Снятие оттиска

Для снятия оттиска в день операции использовали хирургический шаблон.





Рис. 22-23. Временный протез ПММА на титановой балке на н/ч

На нижнюю челюсть изготовлен временный протез ПММА на титановой балке.

ЭТАП - ПОСТОЯННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ
(через 6 месяцев после операции)

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД ПОСТОЯННЫМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

Во время обследования пациентка предъявила жалобы на некоторое напряжение и усталость мышц, дискомфорт при жевании, прикусывание языка, сложность при произношении некоторых звуков.



Рис. 24. Ситуация через 6 месяцев

При планировании верхнего временного протеза была допущена ошибка-сужение верхнего зубного ряда в жевательном отделе (планирование проводилось без нижнего зубного ряда!)

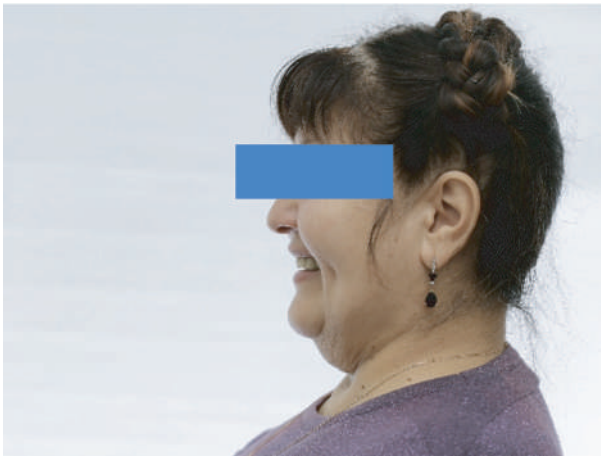


Рис. 25. Фото пациентки в профиль

При клиническом обследовании и анализе фото пациентки определялись признаки снижения высоты нижней трети лица, возникли сомнения в правильности угла наклона центральных резцов и достаточной поддержке верхней губы.

Для определения объективных показателей высоты нижней трети лица, угла наклона центральных резцов, кроме клинического

обследования, было сделано ТРГ и расчёт параметров по рентгеновскому снимку.

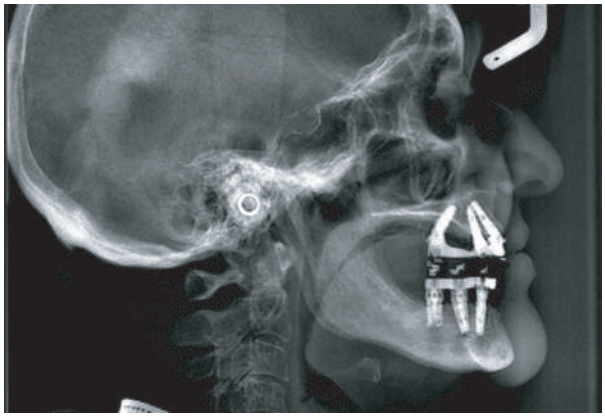


Рис. 26. Рентгеновский снимок

РЕЗУЛЬТАТЫ РАСЧЕТОВ:

- Недостаточный угол наклона центральных резцов (угол SN Max1 = 94градуса норма 100-102 градуса, расстояние NA до режущего края Max1 = 2 мм, норма 4 мм)
- Снижение высоты нижней трети лица (угол Ans –Xi – Pm = 43 градуса, норма по Ricketts 47 градуса)
- Снятие оттисков проводилось с использованием балки, соединяющей оттискные трансферы, из Pattern resin. Очень важно при снятии оттиска нижней челюсти захватить ретромолярные пространства!

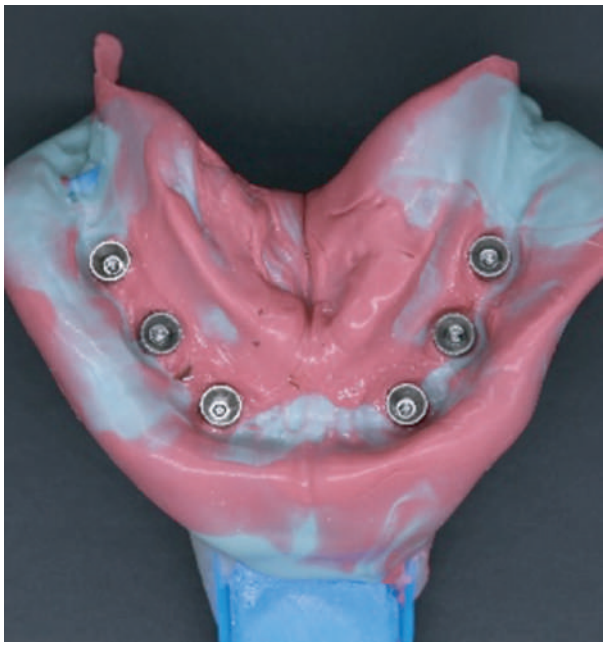


Рис. 27. Корректное снятие оттиска

- Для определения центрального соотношения челюстей мы используем специальные шаблоны с резцовым упором и съемными магнитными вставками в жевательном отделе.



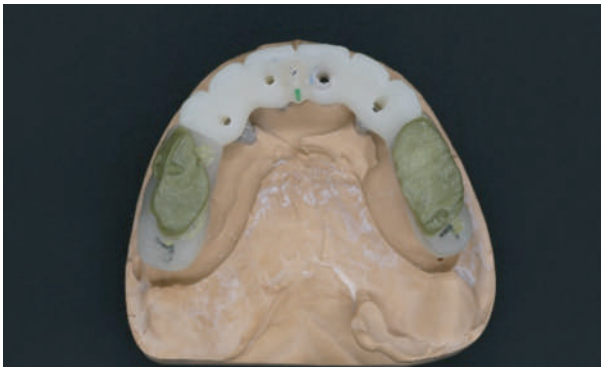


Рис. 28-29. Определение центрального соотношения челюстей

Это позволяет правильно позиционировать нижнюю челюсть и использовать воск «Aluwax» для регистрации соотношения челюстей.

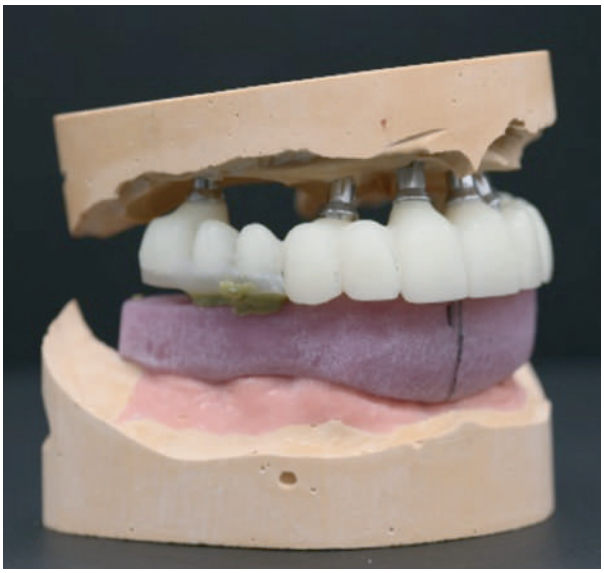


Рис. 30. Зафиксированное центральное соотношение

- Создание прототипов для сканирования. Анатомический принцип.

Для создания ориентиров (пресканов) при моделировании в программе 3Shape (Exocad) зубной техник делает постановку зубов нижней челюсти по анатомическим ориентирам с использованием калоты артикулятора.





Рис. 31-32. Процесс моделирования ортопедических конструкций

Такая постановка позволяет задать правильный угол наклона зубов по сфере Монсона (кривой Шпее, Вилсона).

В соответствии с нижним зубным рядом происходит моделирование верхних жевательных зубов.

На этом этапе мы уже расширили верхний зубной ряд и изменили угол наклона центральных резцов.

ЭТАП – СОЗДАНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОТОТИПОВ ПРОТЕЗОВ



Рис. 33. Примерка



Рис. 34. Фото пациентки на этапе примерки, анфас

Используя предварительную моделировку, отфрезеровали прототипы будущих протезов из пластмассы ПММА.

Оценили эстетические параметры, размер и форму зубов, улыбку пациента.

Провели коррекцию прототипов в полости рта в соответствии с функциональными движениями нижней челюсти пациента (протрузия, правая и левая латеротрузии).



Рис. 35. Протрузия



Рис. 36. Латеротрузия вправо



Рис. 37. Латеротрузия влево

Основная задача – создать групповую функцию при латеротрузионных движениях.

По нашим наблюдениям, пациентам с тотальными протезами на имплантатах очень сложно координировать движения нижней челюсти и осуществлять клыковое функциональное ведение!

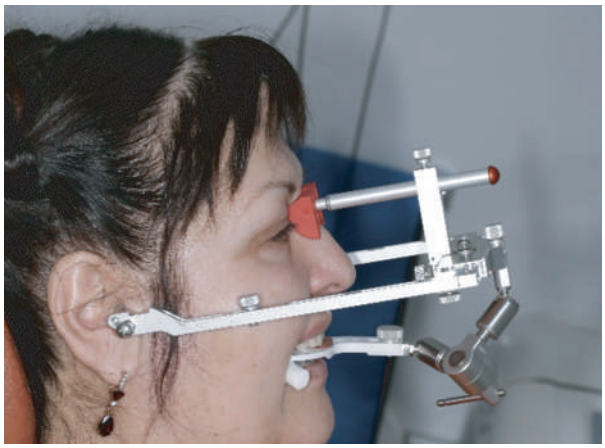


Рис. 38. Наложение лицевой дуги

Далее проводится наложение лицевой дуги и регистрация полученных движений силиконовыми блоками для настройки артикулятора в лаборатории.

Если на первом этапе мы опирались на анатомические параметры, то на этом этапе мы получили индивидуальные параметры пациента для работы в зуботехнической лаборатории.

СОЗДАНИЕ ПОСТОЯННЫХ ПРОТЕЗОВ. СЛИЯНИЕ ЭСТЕТИКИ И ФУНКЦИИ

Для достижения высокого эстетического результата мы используем методику создания природоподобного протеза на имплантатах, т.е. без искусственной десны.

Очень важно позиционировать имплантаты в положение, позволяющее сделать выход шахты винта на небную или жевательную коррекции протеза для создания профиля прорезывания и овоидного прилегания искусственных зубов к десне.





Рис. 39-40. В/ч, Мульти Юнит абатменты



Рис. 41-42. Фрезерованный каркас протеза верхней челюсти

Фрезерованный каркас протеза (CoCr) с винтовой фиксацией с уровня абатмента мульти юнит под нанесение керамики.

На нижней челюсти мы отдаем предпочтение созданию акрилового протеза на титановой балке.

Такой протез позволяет немного амортизировать окклюзионную нагрузку, обладает хорошей возможностью к самокоррекции. В большинстве случаев, атрофия на нижней челюсти, особенно в жевательном отделе, более выражена и её сложно корректировать НКР и менеджментом мягких тканей. Создание искусственной розовой десны позволяет решить эту проблему.

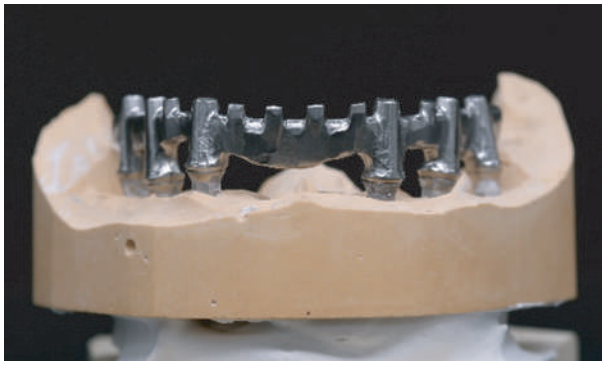


Рис. 43-44. Титановая балка под акриловый протез на нижней челюсти

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ





Рис. 45-46. Постоянные ортопедические конструкции, зафиксированные в ротовой полости пациентки

Проверка функциональных движений



Рис. 47. Протрузия – контакт фронтальной группы с полным размыканием жевательных зубов



Рис. 48. Групповая функция при правой латеротрузии. Полное размыкание на балансирующей стороне



Рис. 49. Групповая функция при левой латеротрузии. Полное размыкание на балансирующей стороне

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тотальная реабилитация на имплантатах - одна из самых сложных клинических задач, требующая концентрации наших стоматологических знаний и практических навыков. Особое внимание хочу уделить созданию стабильной функциональной окклюзии, что в практике является непростой задачей для стоматолога и зубного техника, требующей в настоящее время сочетания аналоговых и цифровых подходов. Надеюсь, что развитие цифровой стоматологии позволит решать эти задачи проще и быстрее!

БИМАКСИЛЯРНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НА ИМПЛАНТАТАХ ONEQ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОРАЛЬНОЙ КАМЕРЫ

АВТОР КЕЙСА



Данилов Александр Алексеевич

Врач стоматолог хирург-имплантолог, ортопед

- Победитель международных конкурсов клинических кейсов DWS, приглашённый лектор российских и международных центров постдипломного образования.
- Проводит курсы, основанные на авторской методике «DK Bridge Concept».
- Основатель клиники «Анна София».

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Формирователь десны



Мульти юнит защитный колпачок



Мульти юнит прямой



Мульти юнит угловой

Кейс взявший ГРАН-ПРИ конкурса CLINICAL CASE AWARD 2024!

Тотальная реабилитация на имплантатах — сложная клиническая задача, требующая точной диагностики и цифровых методов протезирования. В этом кейсе показан путь достижения высокого эстетического результата с применением эстетического титанокерамического протеза на имплантатах, улучшившего качество жизни пациента.



Рис. 1. Клиническая картина на момент обращения, улыбка

Пол: женский, 68 лет
Стоматологический анамнез: протезирование пациента проводилось более 15 лет назад.
Общий анамнез: артериальная гипертензия.
Жалобы пациента: эстетическая неудовлетворённость, нарушение жевания, подвижность зубов, боль при надкусывании, запах изо рта.
Диагноз: кариес цемента корней, локальный пародонтит, частичное отсутствие зубов.

При обследовании отмечалась подвижность корней и зубов верхней и нижней челюсти, а также неудержание съёмного протеза верхней челюсти.



Рис. 2. Клиническая картина в полости рта после снятия коронок верхней челюсти и состояние зубов нижней челюсти на момент обращения

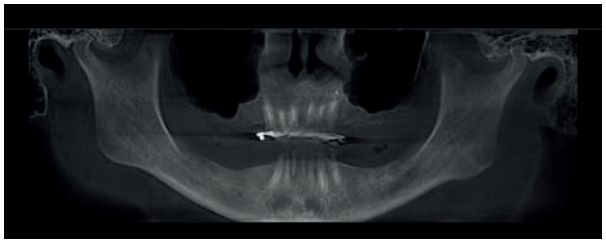


Рис. 3. Панорамная томограмма до лечения

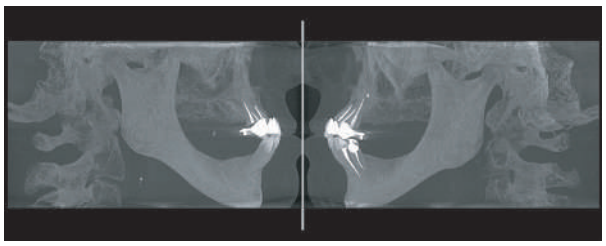


Рис. 4. Компьютерная томограмма – вид сбоку

ПРОБЛЕМАТИКА ЦИФРОВОГО ПЕРЕНОСА ПОЛОЖЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ

ПРИ ТОТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВАЖНО:

- Проверяемое и точное сканирование.
- Работа без ограничений по методикам и концепциям.
- Использование точных моделей для пассивной посадки протеза.
- Возможность корректного нанесения керамики.
- Гарантированный результат и повторяемость.
- Определение соотношения челюстей.

ОДНАКО ВСТРЕЧАЮТСЯ ТРУДНОСТИ:

- Невозможность проверить качество сканирования.
- Отсутствие гарантии повторяемости при традиционных методах.

РЕШЕНИЕ:

- Интраоральный сканер и технология цифрового переноса положения имплантатов.
- Слаженная работа опытного врача и зубного техника.
- Протетическая система: «Мульти Юнит» для тотальных реабилитаций по различным техникам, обеспечивающая точное соединение имплантатов и ортопедической конструкции.

ЦЕЛИ «DK (DANILOV & KONSTANTINOV) BRIDGE CONCEPT»:

- Простая и точная технология переноса положения имплантатов без гипсовых оттисков.
- Совместимость с любым интраоральным сканером, положением, количеством и глубиной имплантатов.
- Поддержка любых видов работ: ПММА, циркон, металлические каркасы и т. д.
- Отсутствие необходимости в дорогой фотограмметрической камере.

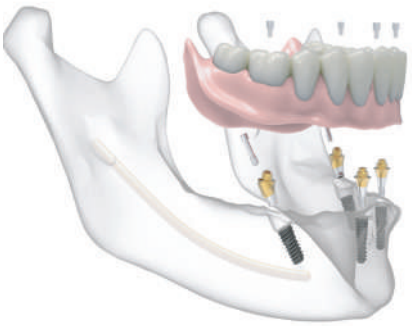


Рис. 5. Система Мульти Юнит Dentis

ЦИФРОВОЙ ПЕРЕНОС ПОЛОЖЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНТРАОРАЛЬНОГО СКАНЕРА - «DK (DANILOV & KONSTANTINOV) BRIDGE CONCEPT»

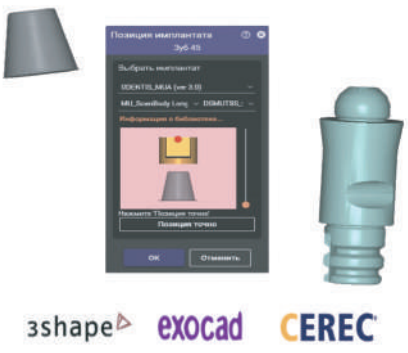


Рис. 6. Цифровая библиотека и компоненты аналоги имплантатов и титановые основания

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

- Удаление корней и подвижных зубов, редукция альвеолярного гребня нижней челюсти
- Верхняя челюсть: установка 4 имплантатов Dentis (2 фронтальных параллельных, 2 дистальных ангулированных)
- Нижняя челюсть: установка 6 имплантатов Dentis параллельно
- Восстановление верхней и нижней челюсти титано-керамическими конструкциями Люмикс Вита на фрезерованных титановых каркасах с винтовой трансоклюзионной фиксацией через мульти юнит абатменты.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

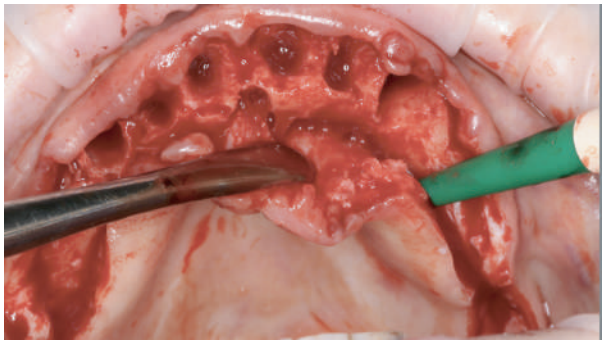


Рис. 7. Удаление подвижных зубов верхней челюсти

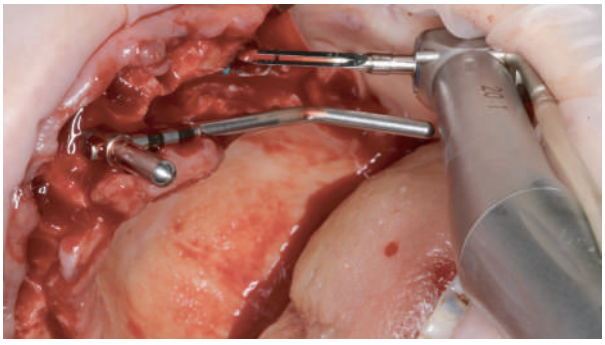


Рис. 8. Шаблон для ангулированных имплантатов

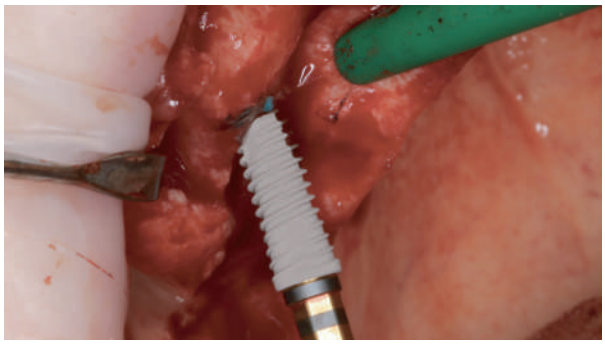


Рис. 9. Установка под углом имплантатов Dentis

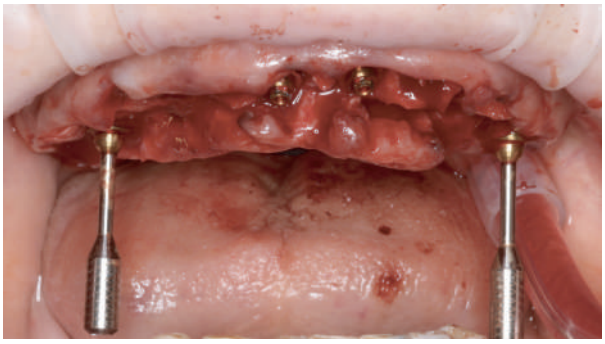


Рис. 10. Установка угловых и прямых мульти юнит абатментов Dentis

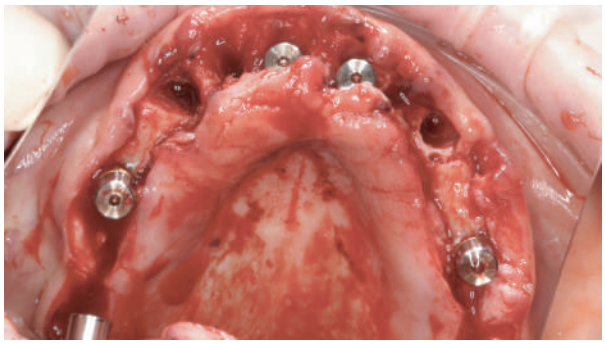


Рис. 11. Установка формирователей десны Dentis

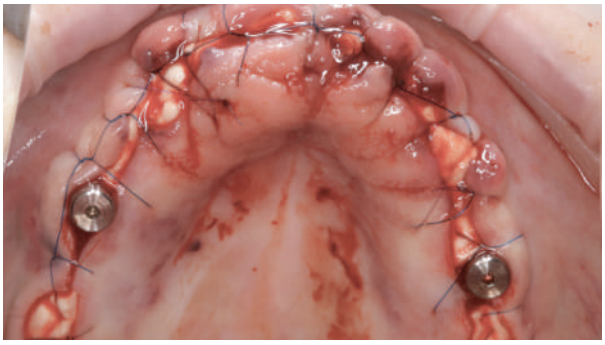


Рис. 12. Ушивание раны

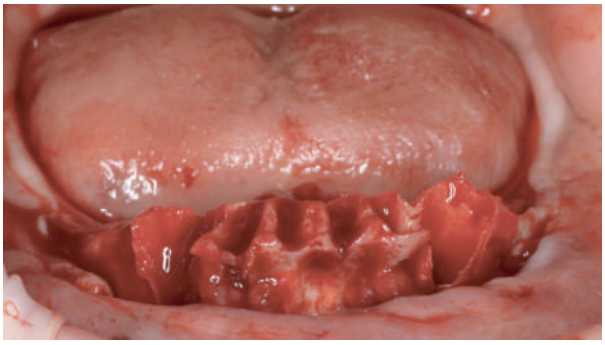


Рис. 13. Удаление подвижных зубов нижней челюсти



Рис. 14. Ортопедически–направленная редукция кости

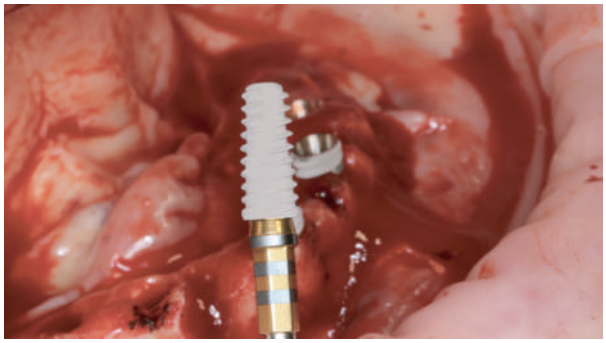


Рис. 15. Установка имплантатов Dentis

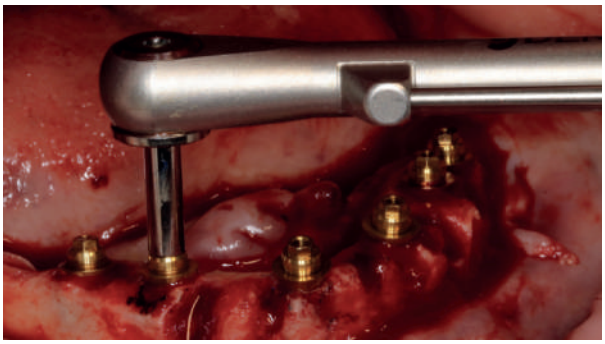


Рис. 16. Получение торка имплантатов Dentis



Рис. 17. Использование соединительно тканных трансплантатов

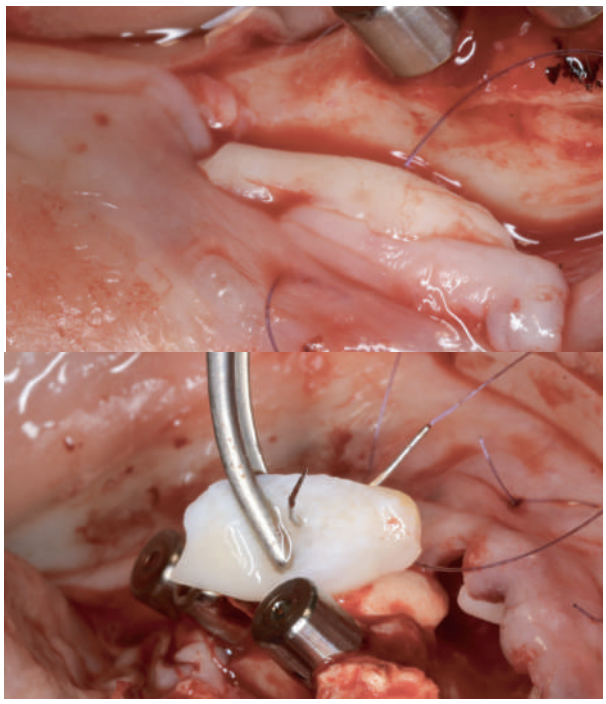


Рис. 18. Подшивание соединительно тканных трансплантатов под покрывной лоскут

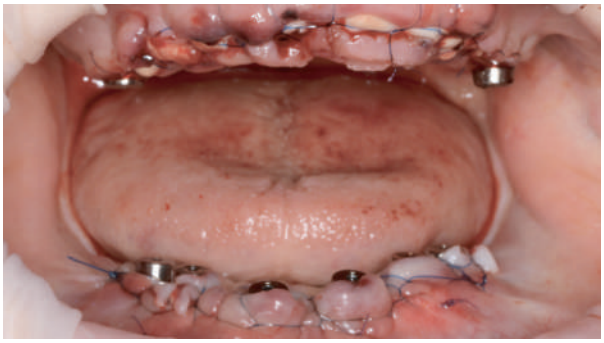


Рис. 19. Ушивание раны

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ЭТАП – ВРЕМЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Перед изготовлением временного протеза были сняты оттиски и определено центральное соотношение челюстей.

Пациент получил первый комплект временных зубов из плотного ПММА в первые 48 часов после установки имплантатов и носил их на протяжении остеоинтеграции имплантатов (2–3 месяца).



Рис. 20. Первый комплект временных зубов из плотного ПММА



Рис. 21. Состояние мягких тканей спустя 3 месяца

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ЭТАП - ПОСТОЯННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП 1

После периода остеоинтеграции имплантатов (3–4 месяца) начался этап постоянного протезирования.

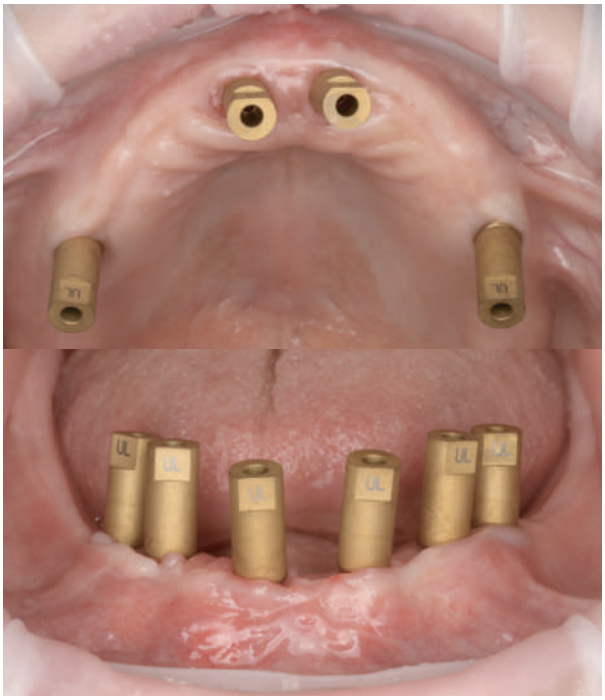


Рис. 22. Сканирование сканмаркеров, высушивание перед сканированием

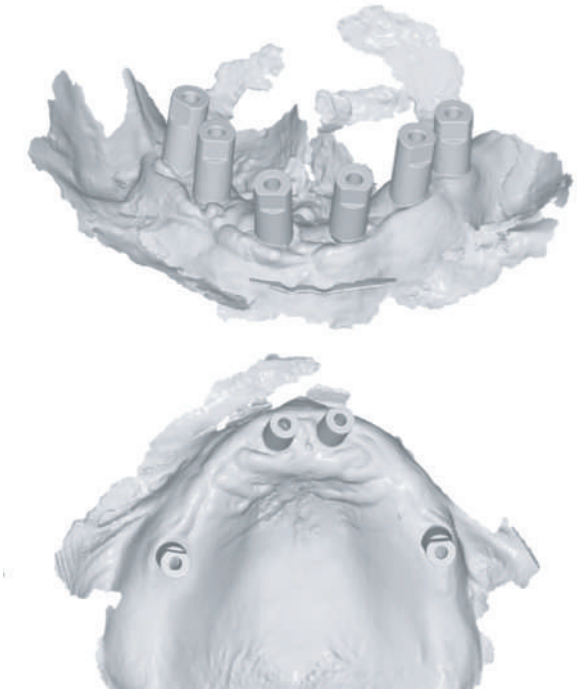


Рис. 23. Получение сканов



Рис. 24. Сканирование мульти юнит колпачков



Рис. 25. Сканы колпачков и принтирование моделей для сопоставления прикуса

ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП 1

- моделирование чека - «DK (Danilov & Konstantinov) bridge concept»
- изготовление модели для прикуса
- изготовление окклюзионного валика

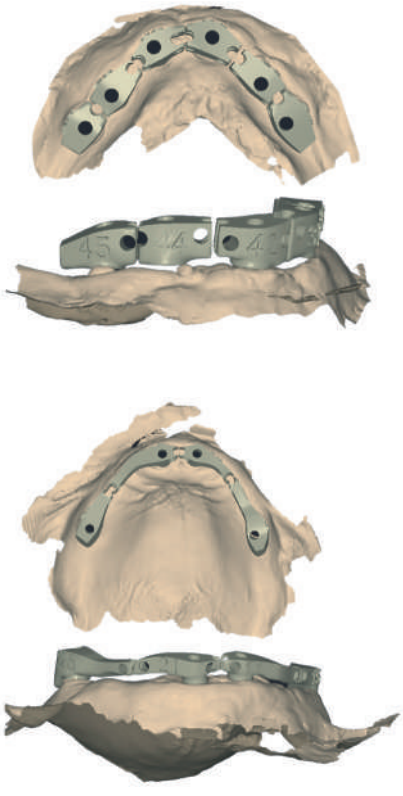


Рис. 26. Моделирование чека – «DK (Danilov &Konstantinov) bridge concept»



Рис. 27. Обработка чека - «DK (Danilov & Konstantinov) bridge concept» - вклейка на титановые основания

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП 2

определение прикуса и фиксация чека-«DK (Danilov & Konstantinov) bridge concept».

Сбор дополнительной информации:

- цвет
- фото (анфас, профиль)
- лицевая дуга
- пожелания пациента



Рис. 28. Фиксация чека - «DK (Danilov &Konstantinov) bridge concept»

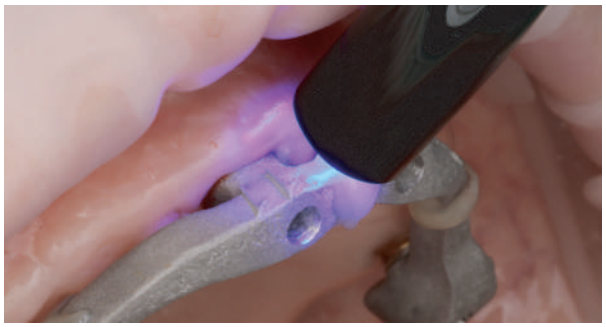


Рис. 29. Соединение чека «DK bridge concept» - композит (низко усадочный)



Рис. 30. Чек «DK bridge concept» - надежно и крепко зафиксирован и легко извлекается





Рис. 31. Прикусной шаблон и папиллометр

Информация, получаемая на данном этапе: эстетический центр, уровень зенитов, длина центрального резца, вестибулярный и общий объём протеза, окклюзионная плоскость.



Рис. 32. Материалы, отправляемые в лабораторию: чек «DK bridge concept», прикусной шаблон с моделями и формирователи десны

ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП 2

- изготовление рабочей модели (из гипса с физическими аналогами или спринтованную с цифровыми аналогами)
- изготовление искусственной десны
- создание лабораторного проекта

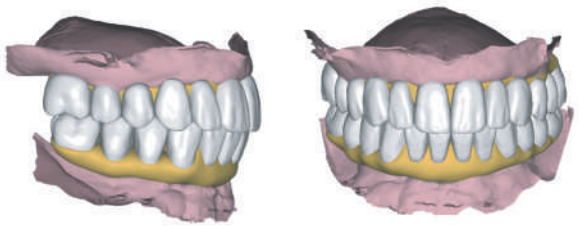


Рис. 33. Коррекция цифрового прототипа постоянной конструкции верхней челюсти из FP 3 в FP 1, нижняя челюсть - FP 3



Рис. 34. Фрезерованный ПММА для примерки, прототипы постоянной конструкции FP 3 – нижняя челюсть, FP 1 – верхняя челюсть

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП 3

Примерка и выдача второго прототипа из фрезерованного ПММА для адаптации и согласования с пациентом на 2 месяца.





Рис. 35-36. Примерка второго прототипа

ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП 3



Рис. 37. Изготовление постоянной работы титано-керамики после одобрения пациентом временного прототипа



Рис. 38. Постоянная реставрация - титан с облицовкой керамикой

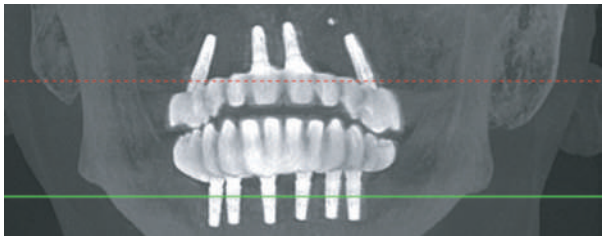


Рис. 39. Компьютерная томограмма после реабилитации

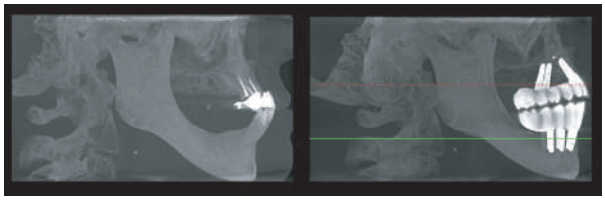


Рис. 40. Компьютерная томограмма до и после реабилитации, вид сбоку



Рис. 41. Постоянная реставрация нижней челюсти - титан с облицовкой керамикой

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тотальная эстетическая реабилитация на имплантатах — одна из самых трудоемких и интересных клинических задач. Цифровой метод переноса положения имплантатов «DK (Danilov & Konstantinov) bridge concept» облегчает работу врачей в цифровой имплантологии.

ПРЕИМУЩЕСТВА «DK BRIDGE CONCEPT»:

1. Использование любого простого интраорального сканера
2. Простая и точная технология изготовления рабочей модели
3. Совместимость с любой системой имплантатов и протетикой
4. Точный перенос положения имплантатов при любом расположении
5. Возможность изготовления протеза любой сложности, включая циркон FP3
6. Чек обеспечивает идеальную пассивацию конструкций
7. Не требует дорогостоящей фотограмметрической камеры

ПРОТОКОЛ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА КОРОТКИХ ИМПЛАНТАТАХ SQ

АВТОР КЕЙСА



Данилов Александр Алексеевич

Врач стоматолог хирург-имплантолог, ортопед

- Победитель международных конкурсов клинических кейсов DWS, приглашённый лектор российских и международных центров постдипломного образования.
- Проводит курсы, основанные на авторской методике «DK Bridge Concept».
- Основатель клиники «Анна София».

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Мульти Юнит лабораторный аналог



Мульти юнит защитный колпачок



Мульти юнит прямой



Мульти юнит угловой



Сканбоди Pro

Восстановление утраченных зубов с помощью дентальных имплантатов — одна из наиболее предсказуемых методик современной стоматологии. Успех лечения во многом зависит от объёма и качества костной ткани. При выраженном дефиците кости часто необходимы костнопластические операции, удлиняющие лечение и повышающие риск осложнений.

В современной практике стоматологи всё чаще выбирают малоинвазивные методы вместо длительных костнопластических процедур. Это снижает травму, облегчает послеоперационный период и сокращает время полной реабилитации пациента.

В этом случае показан щадящий подход с использованием коротких имплантатов Dentis SQ, позволяющий достичь функциональной и эстетической реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ КОРОТКИХ ИМПЛАНТАТОВ SQ

- Длина 6 мм, диаметр 5 мм — для работы при ограниченном объёме костного гребня.
- Дизайн резьбы и форма обеспечивают стабильность даже при минимальной высоте кости.
- Варианты с полированной шейкой до 2 мм или без неё для адаптации к анатомии пациента.

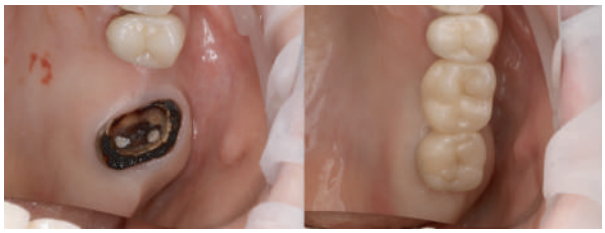


Рис. 1. До и после реабилитации - восстановление зубов 1.5 и 1.6.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Удаление несостоятельного зуба 1.7 и одномоментная установка двух коротких имплантатов Dentis SQ (5×6 мм) в зоны 1.6 и 1.7 с временной установкой заглушек (классический двухэтапный протокол им-

плантации).

2. После остеоинтеграции - изготовление и фиксация коронок из диоксида циркония на позиции 1.6 и 1.7.

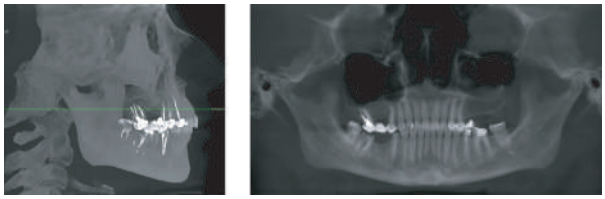


Рис. 2. Данные Компьютерной томограммы, зона интереса - зубы 1.6 и 1.7.

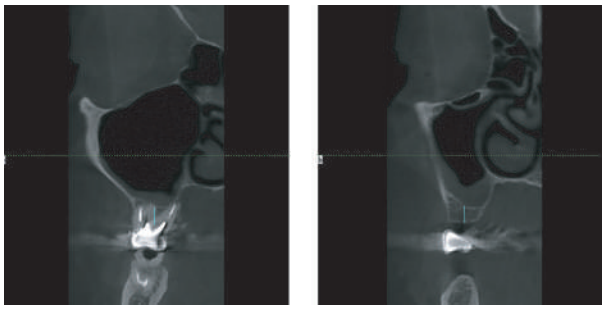


Рис. 3. Компьютерная томограмма - остаточная высота кости 5,5 мм в зоне 1.6 и 1.7.

Стоит отметить, что при подобных показателях остаточной кости применение стандартных имплантатов потребовало бы дополнительного хирургического вмешательства, в то время как использование коротких моделей позволяет выполнить лечение в один хирургический этап.

Для данного клинического случая были выбраны короткие умеренно агрессивные имплантаты SQ в вариантах с полированной шейкой (для формирования десневого контура) и без неё, что позволило адаптировать их к анатомии пациента.



Рис. 4. Короткие имплантаты Dentis SQ (с полированной шейкой и без)

Конструкция имплантатов обеспечивает оптимальную площадь контакта с пористой костной тканью благодаря особому дизайну, напоминающему «аккордеон».



Рис. 5. Площадь сцепления коротких имплантатов SQ с костной тканью - по принципу аккордеона

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

В условиях мягкой кости предпочтительным является применение методов остеоденсификации или закрытого синус-лифтинга при подготовке ложа для коротких имплантатов.

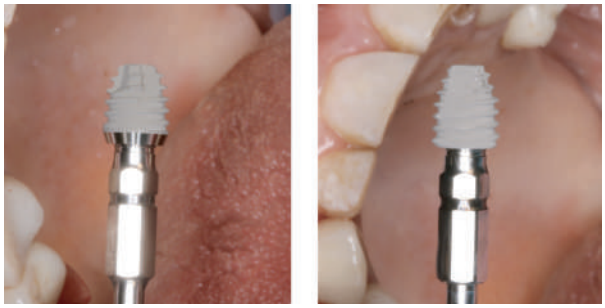


Рис. 6. Подготовка ложа в мягкой кости методом остеоденсификации при установке коротких имплантатов SQ

После установки имплантаты закрыты заглушками, проведено ушивание. Период остеоинтеграции составил 4 месяца.

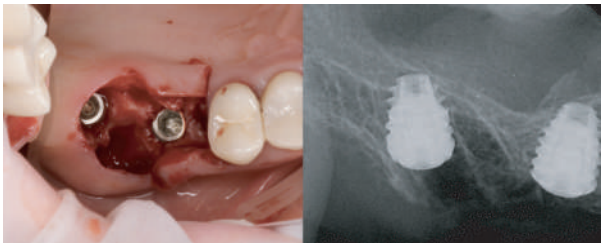


Рис. 7. Установленные короткие имплантаты SQ с заглушками, ушивание раны

Отдельно стоит отметить, что производитель рекомендует устанавливать имплантаты на 0,5 мм ниже уровня кортикальной кости. Для этого в хирургическом наборе предусмотрены ступенчатые фрезы с огра-

ничителями глубины, что позволяет добиться точного позиционирования и оптимальной первичной фиксации. Такая техника погружения дополнительно защищает кость от излишней нагрузки в раннем послеоперационном периоде.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ЭТАП

Через 4 месяца установлены формирователи десны, сняты оттиски, проведено цифровое моделирование (Wax-up) и изготовлены постоянные коронки из диоксида циркония.



Рис. 8. Цифровой Wax-up и постоянные конструкции из диоксида циркония

Использование цифрового моделирования позволило заранее оценить эстетику будущей конструкции и минимизировать необходимость коррекций после фиксации. Благодаря высокой первичной стабильности имплантатов пациент уже в первые недели после установки отметил значительное улучшение жевательной функции.





Рис. 9. Постоянные коронки из диоксида циркония на позициях 1.6 и 1.7, зафиксированные на коротких имплантатах Dentis SQ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует, что даже короткий имплантат длиной 6 мм способен обеспечить полноценное восстановление функции и эстетики зубного ряда в условиях ограниченного объёма костной ткани.

Использование коротких имплантатов Dentis SQ позволяет:

- избежать сложных костнопластических вмешательств,
- обеспечить стабильность и долговечность ортопедической конструкции,
- сохранить здоровье периимплантных тканей.

Конструктивные особенности имплантатов способствуют достижению высокой первичной стабильности и предсказуемости результата даже в сложных клинических условиях.

Дополнительным преимуществом является наличие вариантов с полированной шейкой и без неё, что позволяет гибко адаптировать лечение с учётом анатомических особенностей и задач формирования мягких тканей.

ПРОТОКОЛ КОМБИНИРОВАННОГО ТОТАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ DENTIS С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОРАЛЬНОЙ КАМЕРЫ И СКАНБОДИ PRO

АВТОР КЕЙСА



Данилов Александр Алексеевич

Врач стоматолог хирург-имплантолог, ортопед

- Победитель международных конкурсов клинических кейсов DWS, приглашённый лектор российских и международных центров постдипломного образования.
- Проводит курсы, основанные на авторской методике «DK Bridge Concept».
- Основатель клиники «Анна София».

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Мульти Юнит лабораторный аналог



Мульти юнит защитный колпачок



Мульти юнит прямой



Мульти юнит угловой



Сканбоди Pro

Тотальная реабилитация на имплантатах — одна из самых сложных клинических задач современной стоматологии. Успех зависит от точности установки имплантатов, протетического протокола и применения цифровых технологий.

Цифровые методы постепенно вытесняют традиционные: вместо оттискных материалов и классических лабораторных методов применяются интраоральные камеры и цифровые компоненты. В данном кейсе демонстрируется комбинированная реабилитация с высокой точностью пассивной посадки протеза за счёт цифрового переноса положения имплантатов с использованием Сканбоди Pro.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Установка 4 имплантатов на нижней челюсти.



Рис. 1. Внешний вид пациента на момент обращения



Рис. 2. Клиническая картина в полости рта на момент обращения

2. Протезирование нижней челюсти в области 36-46 зубов с использованием титано-керамической конструкции (ITI).
3. На верхней челюсти — изготовление полного съемного протеза с композитными зубами (ПСПП).

Предварительная диагностика включала проведение ортопантомограммы и компьютерной томографии, что позволило оценить состояние костной ткани и определить оптимальные зоны для установки имплантатов.

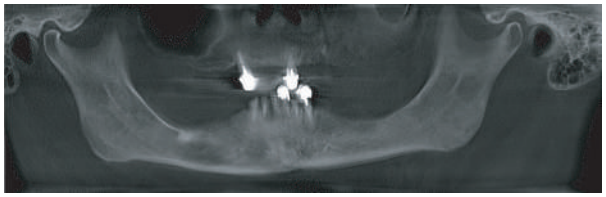


Рис. 3. Ортопантомограмма: оценка состояния костной ткани

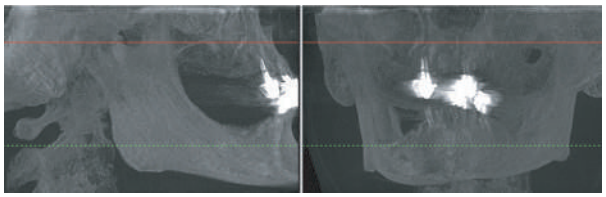


Рис. 4. Компьютерная томография: определение предварительного костного предложения

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

Удаление подвижных зубов, ортопедически направленная редукция кости и установка имплантатов Dentis с фиксацией мульти юнит абатментов. Протокол имплантации — классический двухэтапный с временной установкой заглушек, что обеспечивает правильное заживление и пассивную остеоинтеграцию. Ушивание раны завершает этап.



Рис. 5. Удаление подвижных зубов

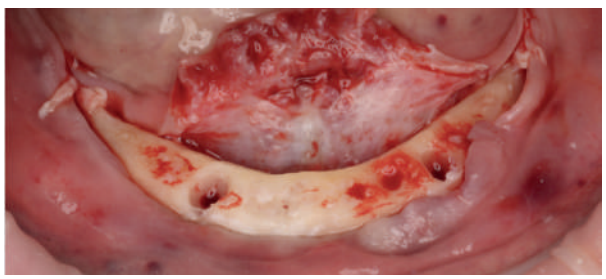


Рис. 6. Ортопедически направленная редукция кости

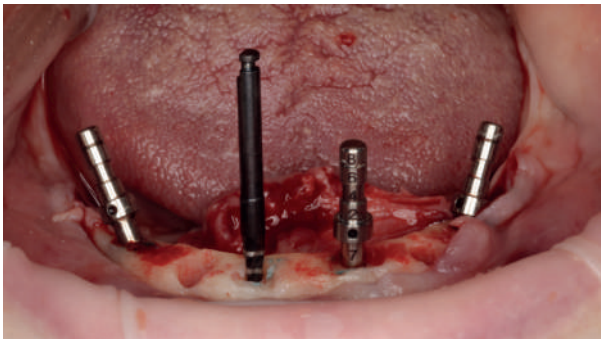


Рис. 7. Проверка углов постановки имплантатов

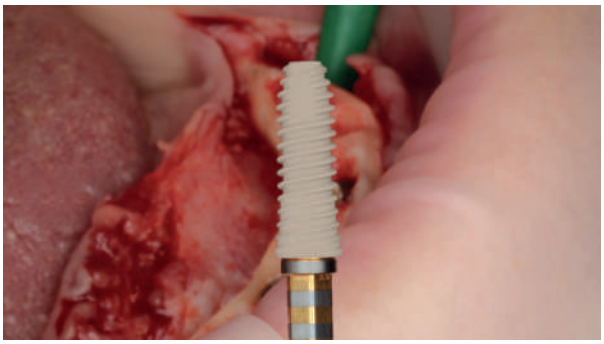


Рис. 8. Установка имплантатов Dentis

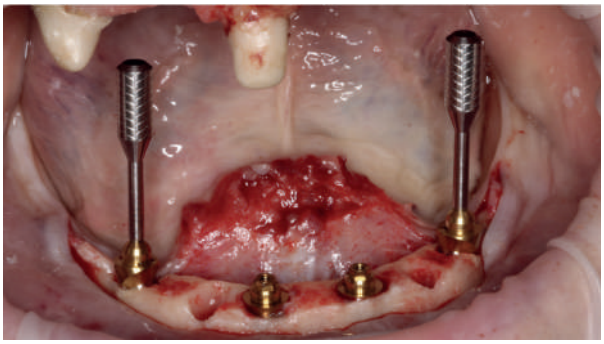


Рис. 9. Установка угловых и прямых мульти юнит абатментов

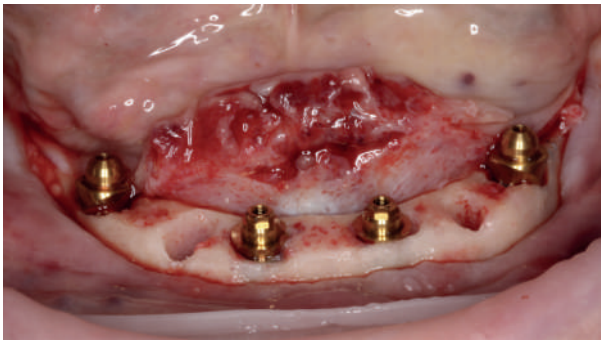


Рис. 10. Мульти юнит – абатменты Dentis в полости рта

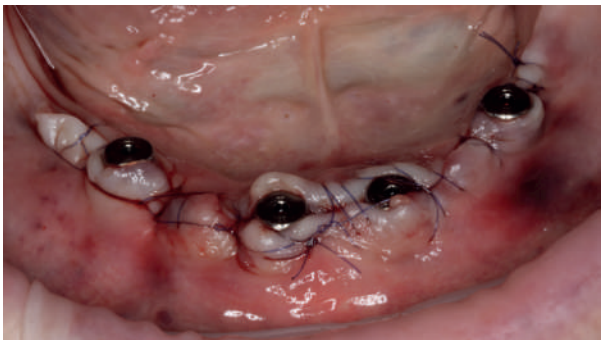


Рис. 11. Ушивание послеоперационной раны

Мульти юнит абатменты Dentis (высота 1,5–5,5 мм, углы 17° и 30°) позволяют адаптироваться к глубине установки имплантатов и толщине мягких тканей. В данном случае два прямых абатмента установлены во фронтальной области, угловые — в дистальных, что обеспечивает правильное распределение нагрузки и стабильность конструкции по протоколу All-on-X.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ЭТАП: ВРЕМЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Сразу после установки имплантатов были сняты цифровые оттиски интраоральной камерой с использованием Сканбоди Pro и определено центральное соотношение челюстей.

Сканбоди Pro с направляющими пинами обеспечили точную фиксацию положения мульти юнит абатментов, что гарантирует корректный цифровой перенос имплантатов для изготовления протеза.

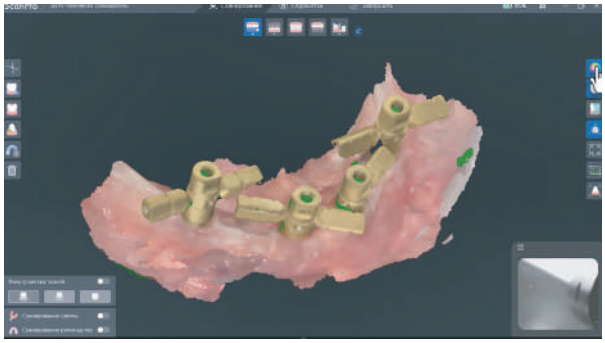


Рис. 12. Сканирование Сканбоди Pro

Из Сканбоди Pro можно собрать любую конфигурацию и обеспечить точный цифровой перенос положения имплантатов. Чем ближе и более симметрично располагаются имплантаты, тем более точный перенос получается в результате.

На основе полученных данных был фрезерован первый комплект временных зубов из плотного ПММА, который пациент получил в течение 48 часов после операции. Протезы выполняли функцию временных конструкций в период остеоинтеграции (2–3 месяца), позволяя пациенту вести привычный образ жизни.





Рис. 13. Ортопедический этап

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ЭТАП: ПОСТОЯННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП

Через 3–4 месяца после остеоинтеграции выполнялось повторное сканирование. Снимались оттиски антагонистов, фиксировались скан-маркеры и формирователи, определялся прикус, а также собиралась дополнительная информация: фотографии лица в анфас и профиль, цвет, данные лицевой дуги и индивидуальные пожелания пациента.



Рис. 14. Сканирование антагонистов и печать модели для прикуса

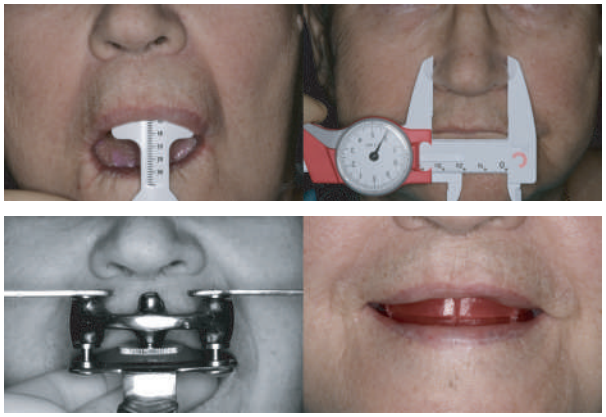


Рис. 15-16. Определение протетики



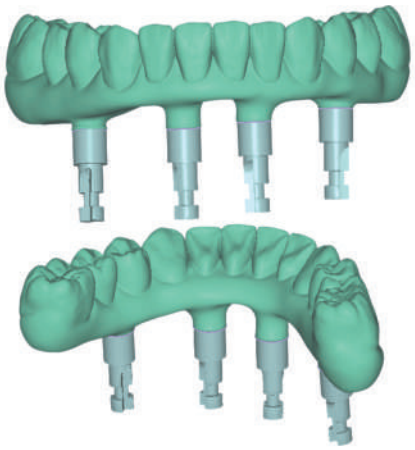
Рис. 17. Прикусной шаблон

На этом этапе собиралась ключевая информация для создания точного прототипа конструкции: положение эстетического центра, уровень десневых зенитов, длина центральных резцов, вестибулярный и общий объем протеза, а также окклюзионная плоскость.

ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП:

Выполнялись изготовление рабочей модели со спринтованными цифровыми аналогами, моделирование искусственной десны и создание лабораторного проекта.

При тотальной реабилитации ключевое значение имеет параллельность выходов мульти юнит абатментов, обеспечивающая точную и пассивную посадку конструкции.



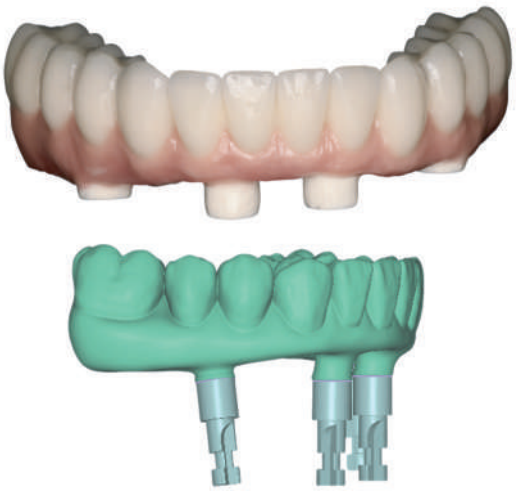


Рис. 18. Цифровой прототип и титано-керамическая конструкция на основе VITA Lumex.



Рис. 19. Цифровой прототип: ПММА (нижняя) и ПСПП (верхняя) — примерка

После одобрения пациентом и утверждения прототипа лаборатория приступила к изготовлению финальных реставраций: титан - керамика + ПСПП (композитные зубы).



Рис. 20. Постоянная реставрация: изготовление



Рис. 21. Постоянная реставрация: примерка

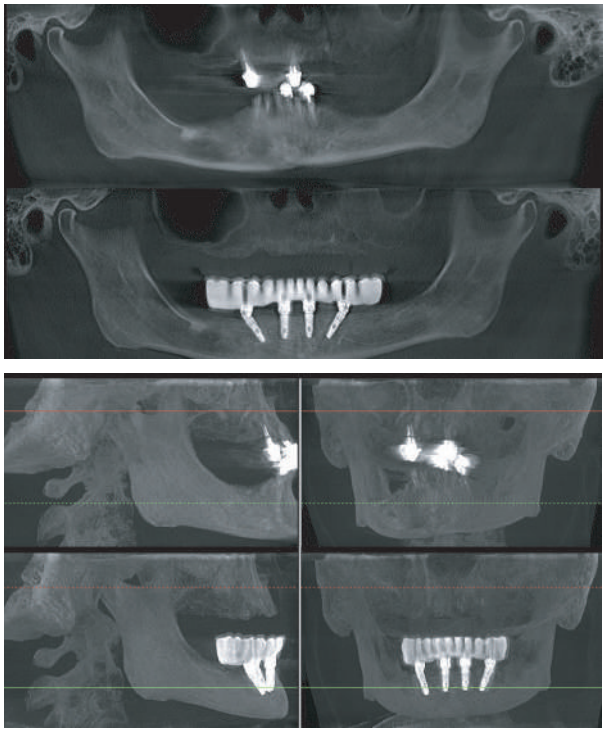


Рис. 22-23. Компьютерная томография до и после реабилитации



Рис. 25. Финальная реставрация

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Тотальная эстетическая и функциональная реабилитация на имплантатах остаётся одной из самых сложных клинических задач. Этот случай демонстрирует, что цифровой перенос положения имплантатов с использованием Сканбоди Pro упрощает работу врача и обеспечивает высокую точность конструкции.



Рис. 24. Для контроля выполненной работы, а также на случай необходимости изготовления временного протеза при поломке или повреждении конструкции, были выполнены сканы готовых конструкций

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННОЙ АДЕНТИЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

АВТОР КЕЙСА



Шумовский Дмитрий Борисович

Врач стоматолог хирург-имплантолог, ортодонт, специалист по эстетическому и функциональному протезированию зубов на имплантатах

- Директор Всемирной академии дентальной имплантологии (GDIA) в России.
- Автор научных статей и собственных образовательных программ.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Имплантаты SQ



Формирователь десны

Кейс, занявший 1 место на международном конкурсе клинических случаев Dentis в 2022 году в Сеуле.

Зубы обеспечивают эстетику, функцию и поддержку мягких тканей. При их врождённой утрате выражены деформации прикуса, дистопия зубов и недоразвитие альвеолярного гребня.

Пол: женский, 34 года, без вредных привычек, соматически здорова. Обратилась с жалобами на эстетические дефекты зубных рядов на фоне врождённой адентии группы постоянных зубов.

При осмотре: частичная адентия, наличие молочных зубов в постоянном прикусе, тремы, выраженная дистопия отдельных зубов, полное разрушение коронковой части и кариес корня 37 зуба.

По данным рентгенологического исследования: адентия 15, 14, 12, 24, 25, 35, 34, 44, 45 зубов; молочные зубы в позициях 14, 12, 24, 33; радикулярная киста 47 зуба диаметром до 8 мм с вовлечением области бифуркации.







Рис. 1-3. Внутриротовые фотографии до лечения

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

- Удаление 37 зуба и одномоментная имплантация. Изготовление временной коронки

- Ортодонтическое лечение
- Удаление молочных зубов и постоянного 47 зуба с одномоментной имплантацией
- Ортопедический этап

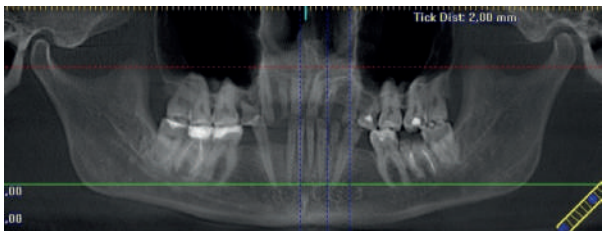


Рис. 4. Компьютерная томография, панорамный срез

ХОД ЛЕЧЕНИЯ

Корень 37 зуба разрушен кариозным процессом и восстановлению не подлежит. После согласования с ортодонтом принято решение об установке имплантатов в позиции 13 и 23 с одномоментным изготовлением временных коронок.

Имплантаты в позициях 13 и 23 планировалось использовать в качестве дополнительного анкоража при ортодонтическом перемещении зубов. Проведена имплантация с немедленным изготовлением временных коронок на имплантаты 13, 23 и 47.

Во время операции выполнено закрытие рецессии в области 22 зуба конвертной методикой с использованием ССТ.

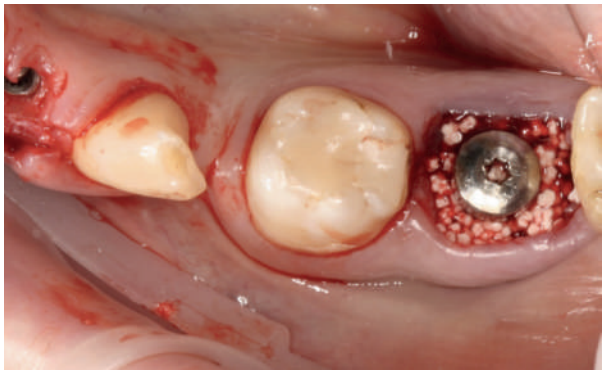


Рис. 5. Установлен имплантат OneQ в позиции 37. Лунка по периферии заполнена остеопластическим материалом



Рис. 6. Установлены имплантаты OneQ и формирователи десны в позиции 33 и 43

Через 3 месяца установлена брекет-система, начато ортодонтическое лечение.



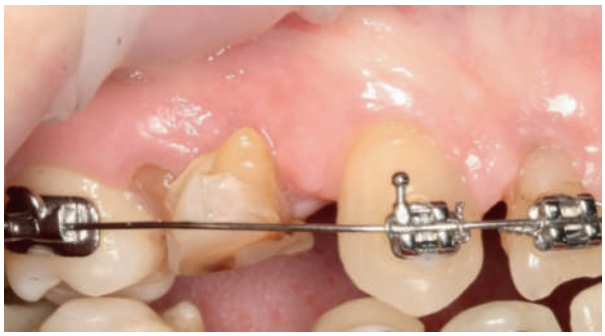


Рис. 7. Ортодонтическое лечение дополнено экструзией молочного зуба справа для увеличения объёма тканей

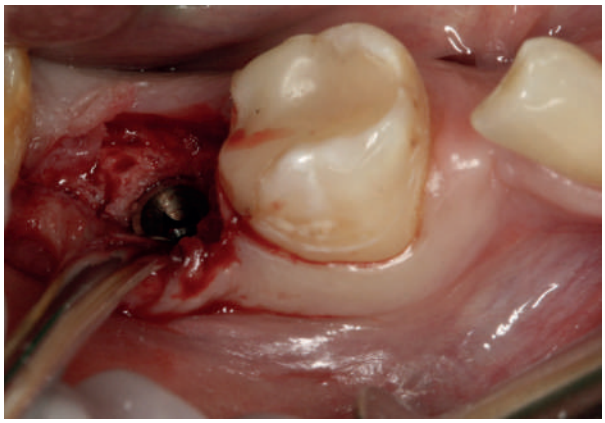


Рис. 8. Удаление 47 зуба вследствие обострения периодонтита. Через 4 месяца выполнена отсроченная имплантация с немедленной нагрузкой с использованием имплантата OneQ

В связи с медленным и затруднённым перемещением зубов в ходе ортодонтического лечения не удалось мезиализировать корень 23 зуба и создать достаточное пространство для верхних премоляров. После сканирования зубных рядов выполнена предварительная моделировка альтернативного ортопедического лечения.

Пространство в области верхних премоляров с обеих сторон составило 10–11 мм. Установка двух имплантатов с формированием десневых сосочков признана малопрогнозируемой, при этом коронки шириной 5 мм выглядели бы неестественно. По данным КТ выявлен дефицит высоты и ширины альвео-

лярного гребня.

Принято решение завершить ортодонтическое лечение, удалить молочные зубы и провести имплантацию в зонах адентии. В области верхних премоляров запланирована установка одного имплантата с последующим изготовлением консольных конструкций с обеих сторон.

С учётом анатомических ограничений и сложности ортопедической конструкции выполнено цифровое планирование с последующим изготовлением хирургического 3D-шаблона.

Установлены имплантаты SQ в позиции 14 и 25, а также OneQ 12, 34 и 44 позициях. Имплантация на нижней челюсти проведена без использования шаблонов. В процессе ортодонтического лечения отмечена дополнительная рецессия в области верхних резцов, выполнена коррекция десневого зенита с применением ССТ минимального размера.

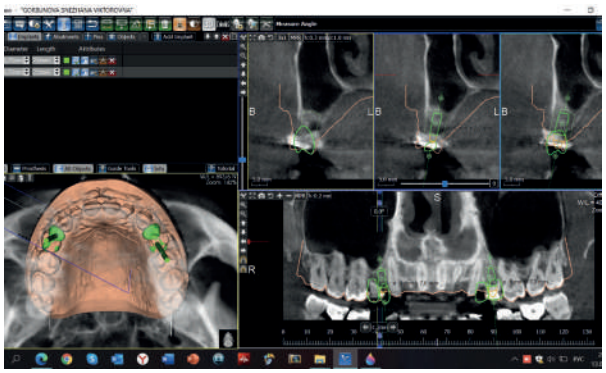


Рис. 9. Виртуальная постановка имплантатов с учётом всех хирургических и ортопедических аспектов



Рис. 10. Удалённые молочные зубы с верхней челюсти. 3D шаблон зафиксирован на зубах



Рис. 11. ССТ минимального размера до введения в сформированное ложе в области верхних резцов

В течение последующих 7 месяцев пациентке сняли оттиски и смоделировали прототип, изготовив временный винир на 22 зуб и новый комплект временных коронок для прототипирования постоянных конструкций. Проведено домашнее отбеливание с использованием индивидуальных капп и отбеливающего геля. После компьютерного моделирования выполнена коррекция апроксимальных поверхностей 11, 21 и 23 зубов композитными реставрациями прямым методом.

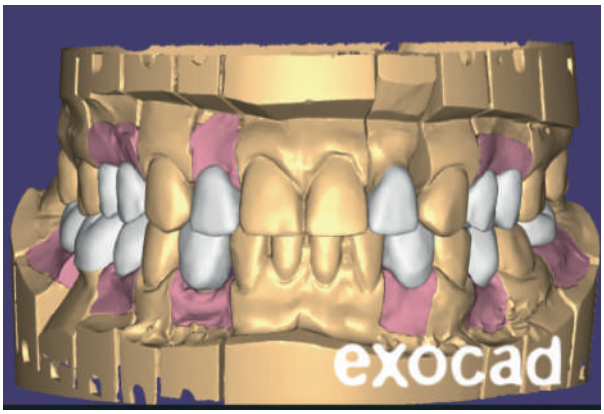


Рис. 12. Компьютерная моделировка финального прототипа ортопедической конструкции

После провизионализации сняты финальные оттиски и изготовлены прикручиваемые циркониевые коронки с керамическим покрытием на имплантаты, цельнокерамическая коронка на 46 и керамический винир на 22 зуб.



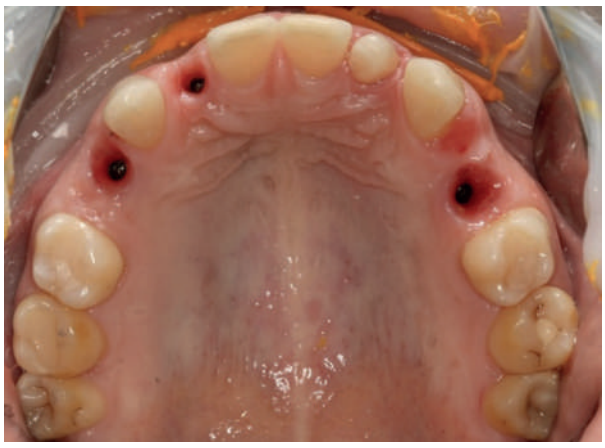


Рис. 13. Фаза снятия рабочих оттисков



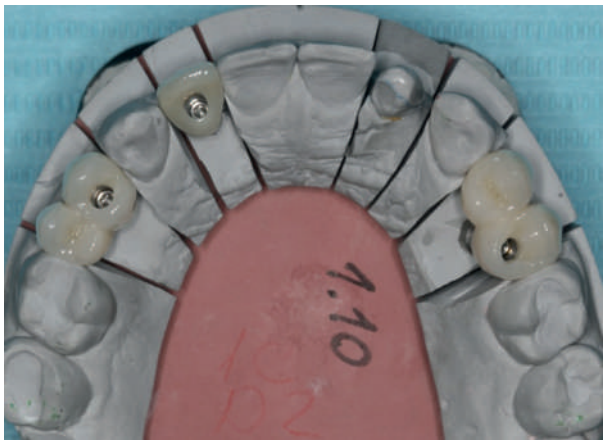


Рис. 14-15. Финальная работа на гипсовой модели



Рис. 16. В область верхних премоляров изготовлены консольные протезы с опорой на 1 имплантат



Рис. 17. Ситуация после лечения



Рис. 18. Панорамный рентгеновский снимок после лечения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. **Командный подход.** Лишь благодаря совместной работе ортодонта, терапевта, хирурга, ортопеда и зубного техника удалось достичь высокого результата.
2. **Использование данных сканирования, фотографий и компьютерного моделирования.** Это позволило планировать сложные этапы, вносить необходимые коррекции и эффективно коммуницировать специалистам.
3. **Применение 3D-шаблона.** Позволило установить имплантаты в оптимальной позиции с учётом будущего протеза, окклюзии, расположения винтовой шахты, формы атрофированного гребня и конвергенции соседних корней.
4. **Широкая линейка имплантатов DENTIS.** Позволила подобрать оптимальную форму, длину и диаметр в каждом участке. Внешний дизайн и покрытие обеспечили возможность немедленного изготовления временных коронок в эстетической зоне.

Имплантаты SQ с «агрессивным» дизайном в области верхних премоляров обеспечили хорошую первичную стабилизацию, а имплантаты OneQ узкого диаметра (3,3 мм) в позициях 12, 33 и 43 позволили избежать костной пластики при узком альвеолярном гребне во фронтальном отделе.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТКИ С ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ АТРОФИЕЙ ПО МЕТОДИКЕ IDR

АВТОР КЕЙСА



Шумовский Дмитрий Борисович

Врач стоматолог хирург-имплантолог, ортодонт, специалист по эстетическому и функциональному протезированию зубов на имплантатах

- Директор Всемирной академии дентальной имплантологии (GDIA) в России.
- Автор научных статей и собственных образовательных программ.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты SQ



Титановые основания

Имплантологическое лечение требует индивидуального подхода. Выбор метода определяет прогноз и комфорт пациента. Методика IDR (немедленная дентоальвеолярная реконструкция) сочетает немедленную имплантацию и аугментацию костных дефектов, позволяя сократить сроки лечения и повысить предсказуемость результатов.

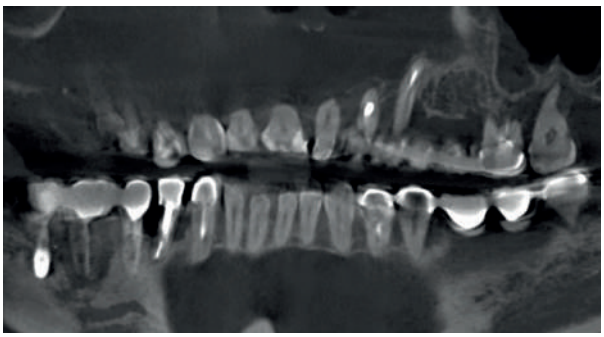
Пол: женщина, 56 лет.
Вследствие хронического пародонтита у пациентки полностью утрачена вестибулярная стенка альвеол в области 1.1–1.3 зубов.

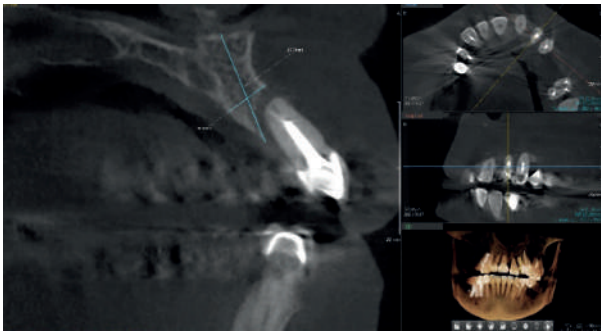


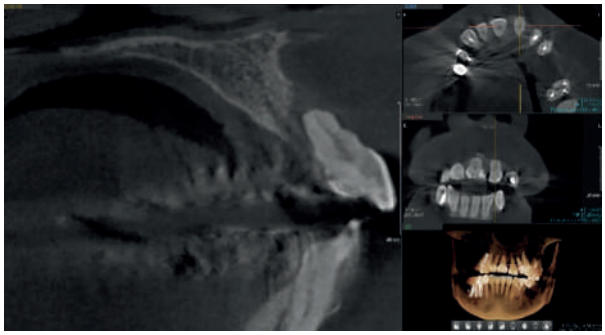




Рис. 1-3. Интраоральные фото до лечения







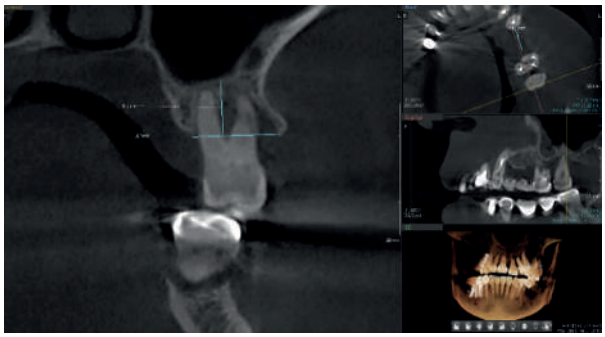


Рис. 4-7. Снимки КТ до лечения

ВЫБОР МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Классический протокол имплантации в данном случае предполагал бы удаление зубов, период ожидания около 2 месяцев, костную пластику для увеличения объёма гребня и устранения дефектов, и лишь после созревания аугментата — установку имплантатов. Таким образом, лечение заняло бы не менее года и включало бы несколько этапов костной и мягкотканной пластики.

Немедленная имплантация позволяет сократить сроки лечения и снизить травматичность, однако при выраженной атрофии и обширных дефектах альвеолярного гребня сопровождается повышенными рисками: оголение витков имплантата, инфицирование и резорбция аугментата, а также развитие периимплантита в отдалённые сроки.

С учётом клинической ситуации выбрана методика IDR, сочетающая немедленную имплантацию и аугментацию дефектов аутогенной костной тканью.

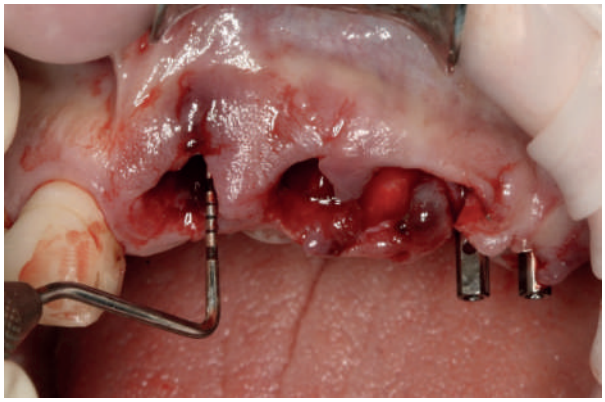
ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

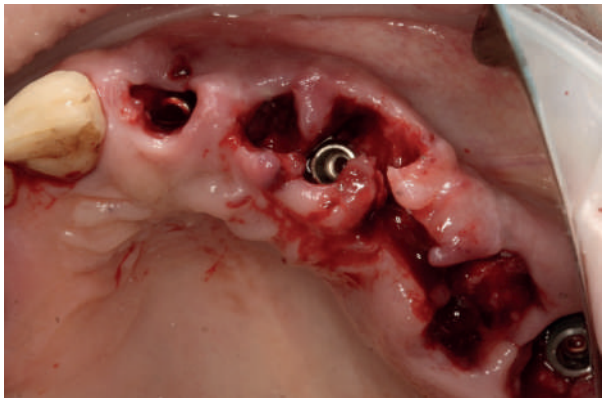
1. Удаление всех зубов во втором секторе.
2. Одномоментная имплантация 5-ти имплантатов SQ:

ПОЗИЦИЯ	РАЗМЕР ИМПЛАНТАТА, мм
21	3.5 x 14
23	4.0 x 12
24	3.5 x 12
25	3.5 x 10
27	6.0 x 6

3. Аугментация костных дефектов во втором секторе.
4. Установка временной ортопедической конструкции.
5. Через 5–6 месяцев — установка постоянной конструкции.

ХОД ЛЕЧЕНИЯ





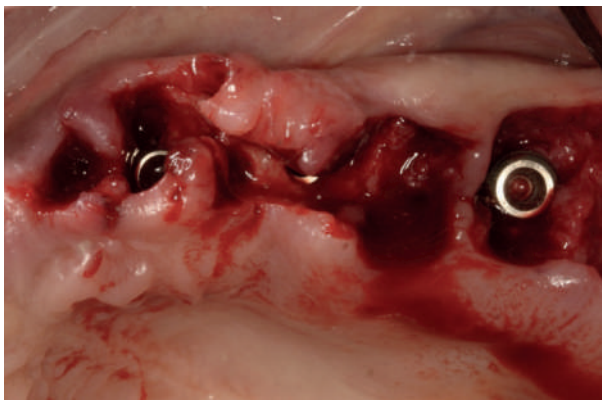


Рис. 8-10. Удаление зубов и установка имплантатов

Аугментация костных дефектов аутогенной костной тканью из бугра верхней челюсти

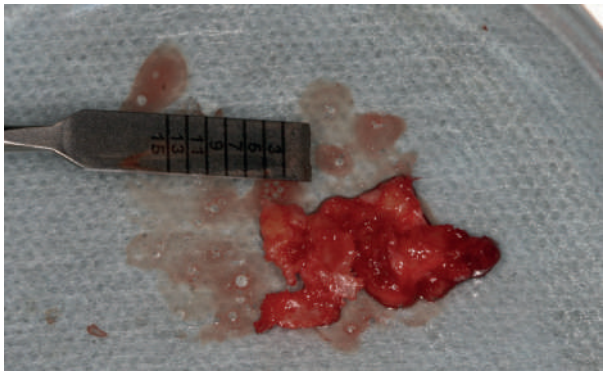
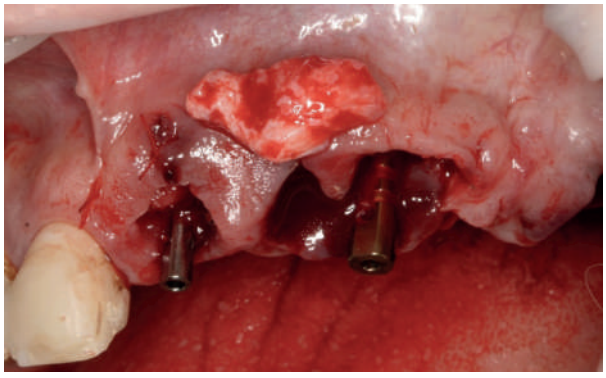


Рис. 11. Аутогенная костная ткань с бугра верхней челюсти



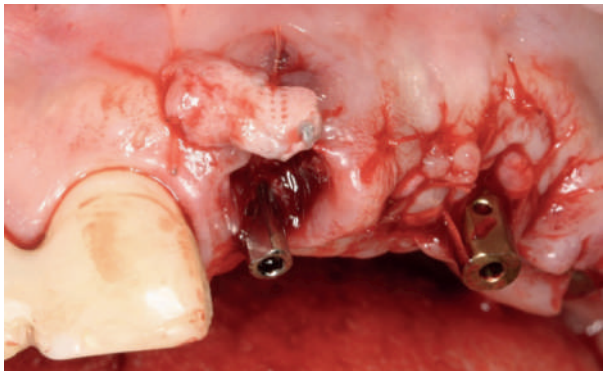


Рис. 12-13. Подсадка ССТ

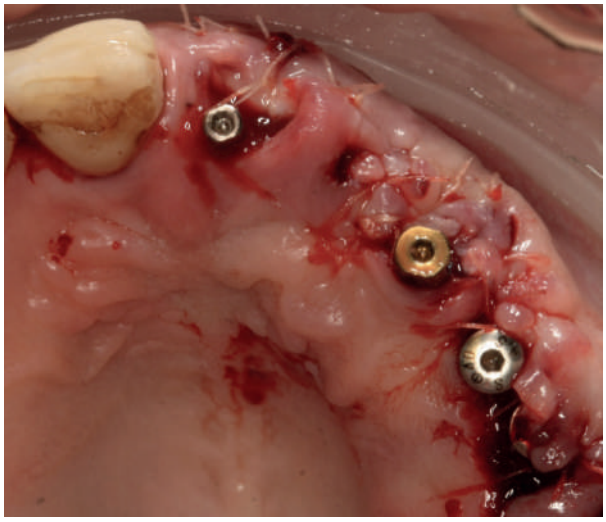


Рис. 14. Ушивание

Изготовление и фиксация временной ортопедической конструкции из пластмассы Luxatemp в день операции.





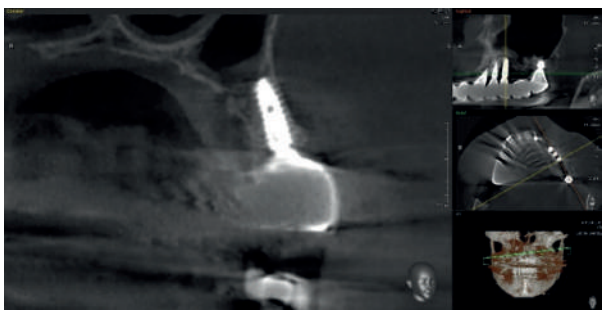
Рис. 15-16. Временная ортопедическая конструкция

Временная конструкция использовалась 14 месяцев по клиническим и финансовым причинам.

СИТУАЦИЯ ЧЕРЕЗ 14 МЕСЯЦЕВ



Рис. 17. Ситуация через 14 месяцев



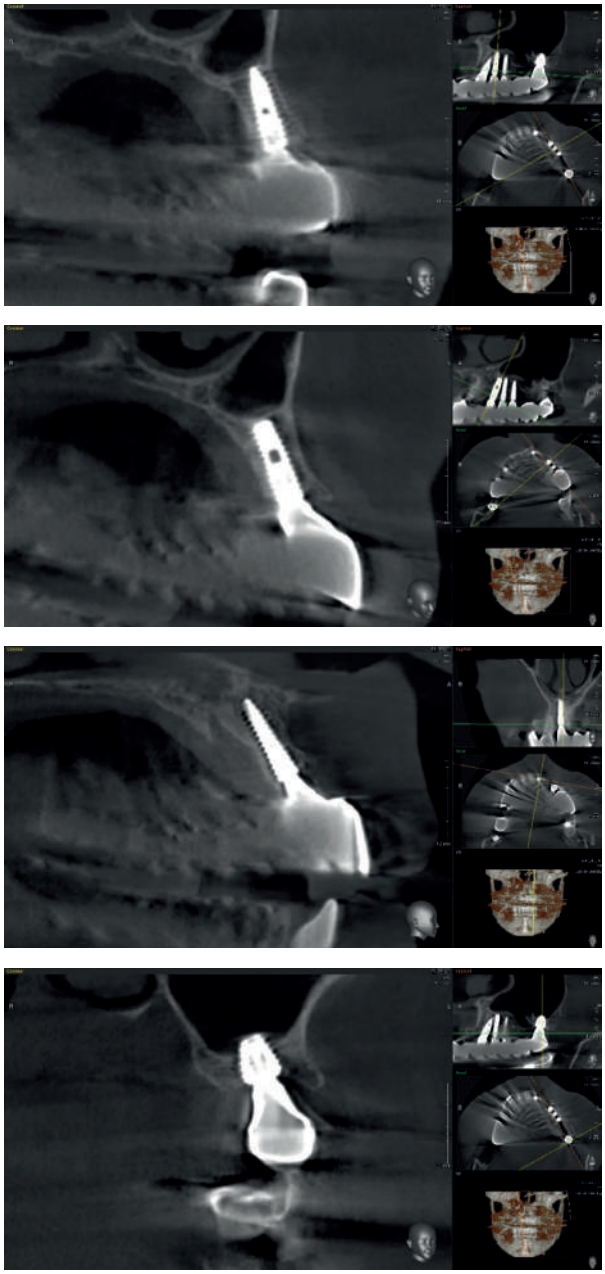


Рис. 18-22. Снимки КТ имплантатов SQ через 14 месяцев после установки

Установлена постоянная прикручиваемая конструкция на титановом основании, изготовленная из циркония с керамическим покрытием.



Рис. 23. Постоянная ортопедическая конструкция



Рис. 24-25. Финальная картина

СИТУАЦИЯ ЧЕРЕЗ 4 ГОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ



Рис. 26-28. Картина через 4 года

ВЫВОДЫ И ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДИКИ IDR

1. **Одноэтапное лечение** — снижает травматичность.
2. **Немедленная имплантация** — поддержка тканей, минимальные изменения объема.
3. **Аугментация аутокостью с бугра** — восстанавливает дефекты, предсказуемая даже при критических костных потерях.
4. **Применение агрессивных имплантатов SQ** - позволяет устанавливать имплантаты при больших дефектах костной ткани с немедленной нагрузкой.
5. **Временная конструкция в день операции** — комфорт и эстетика сразу после хирургического вмешательства.
6. **Формирование десневой манжеты CCT** — защита шейки имплантатов, снижение риска периимплантита.

ТОТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПО ПРОТОКОЛУ ALL-ON-X С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИК АУГМЕНТАЦИИ АУТОГЕННЫМИ ТКАНЯМИ

АВТОР КЕЙСА



Шумовский Дмитрий Борисович

Врач стоматолог хирург-имплантолог, ортодонт, специалист по эстетическому и функциональному протезированию зубов на имплантатах

- Директор Всемирной академии дентальной имплантологии (GDIA) в России.
- Автор научных статей и собственных образовательных программ.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Набор SAVE Remover



Мульти юнит защитный колпачок



Мульти юнит прямой



Мульти юнит угловой

Пациенты, перенёсшие неудачные имплантации, часто нуждаются в восстановлении костной и мягкотканной структуры для успешной реабилитации. Представляем клинический кейс пациентки 72 лет с поломкой старых имплантатов, периимплантитом и выраженными костными дефектами, требующий комплексного подхода и применения протокола All-on-X с аугментацией аутогенными тканями.

Пол: женщина, 72 года. Обратилась для ремонта протеза на нижней челюсти.

Клиническая картина до лечения

- Поломка протеза и имплантатов
- Периимплантит
- Обширные костные дефекты
- Предыдущая имплантация – 2 года назад

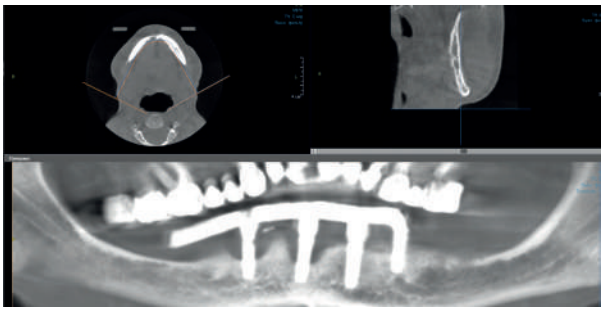


Рис. 1. КТ до лечения



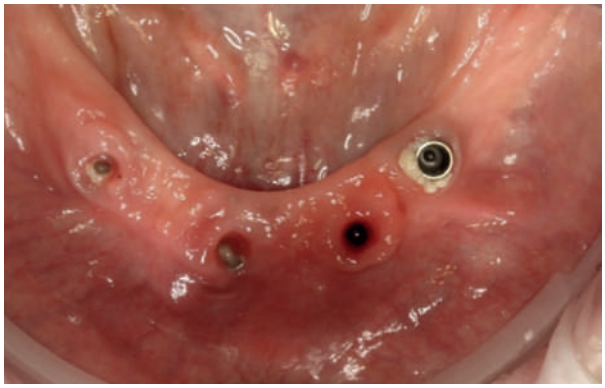


Рис. 2-3. Интраоральные фото до лечения

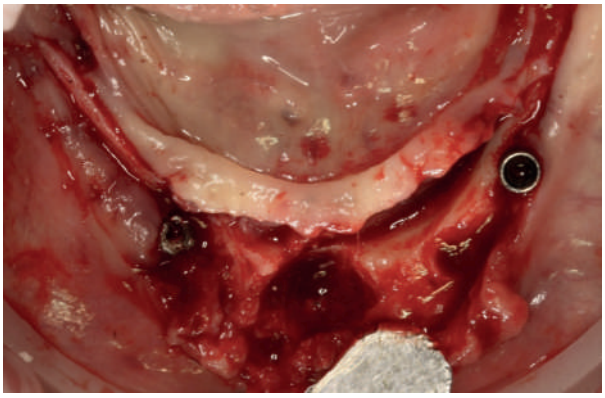
ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

- Удаление старых имплантатов и установка шести имплантатов SQ.
- Восстановление объема альвеолярного гребня аутогенными тканями.
- Установка временного протеза на МЮ абатментах.
- Через 6 месяцев – фиксация постоянного протеза.

ХОД ЛЕЧЕНИЯ

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

После скелетирования гребня установлено, что старые имплантаты непригодны: значительная убыль костной ткани, поломка стенок и винтов.



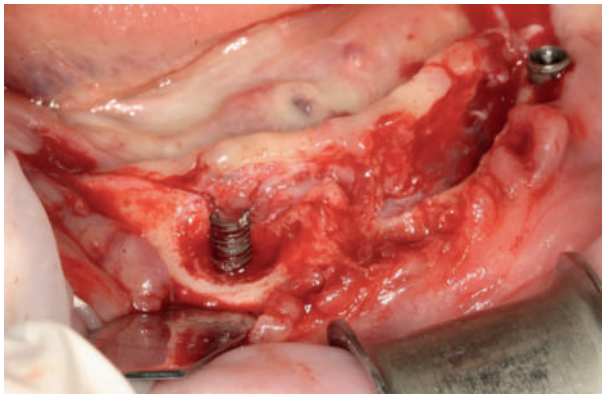


Рис. 4-5. Ситуация до лечения

Выбрана линейка имплантатов SQ для обеспечения высокой первичной стабильности и цифрового протокола. Диаметры: 3.5–4.5 мм, длины: 7–12 мм. Был спланирован хирургический шаблон с опорой на старые несостоятельные имплантаты (3.4 и 4.4) с фиксацией пинами.

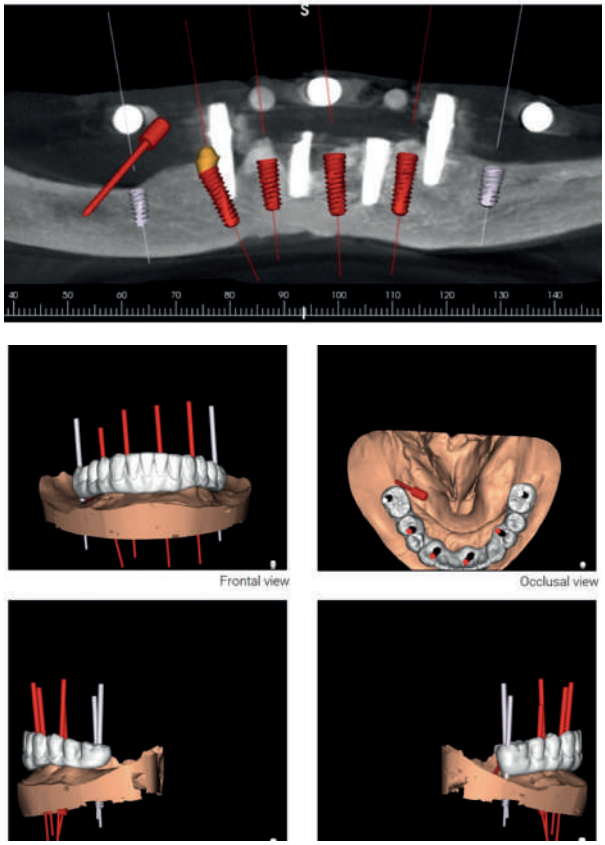


Рис. 6-7. Расстановка имплантатов

Часть имплантатов установлена через шаблон с опорой на несостоятельные имплантаты, затем старые имплантаты удалены экстракторами из набора SAVE Remover и установлены последующие новые имплантаты с опорой на вновь установленные.

Гребень был выровнен с помощью кусачек Люэра, а аутогенные чипсы были собраны для последующей аугментации костных дефектов.

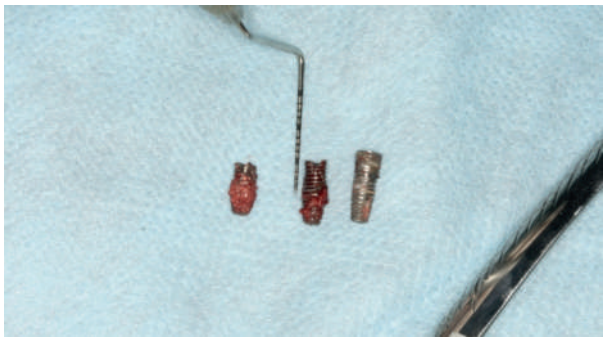


Рис. 8. Удаленные имплантаты

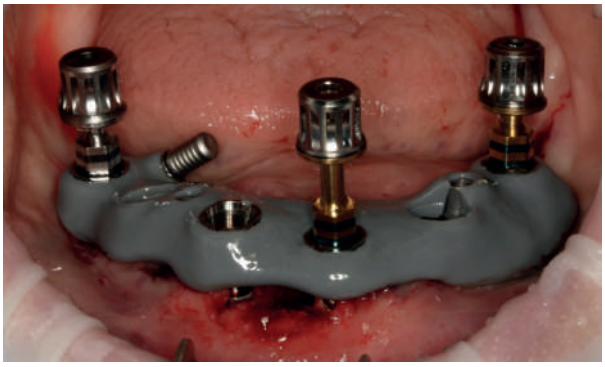
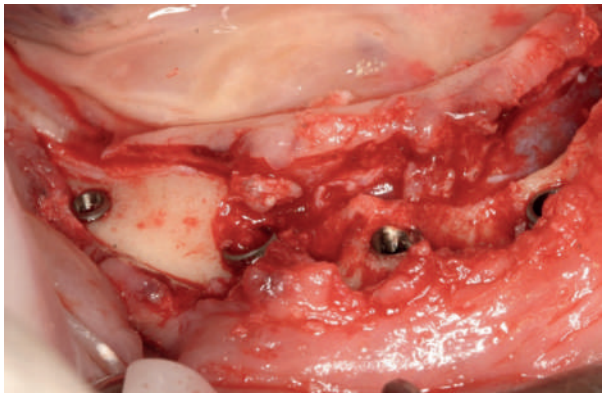


Рис. 9. Установка имплантатов SQ с использованием хирургического шаблона



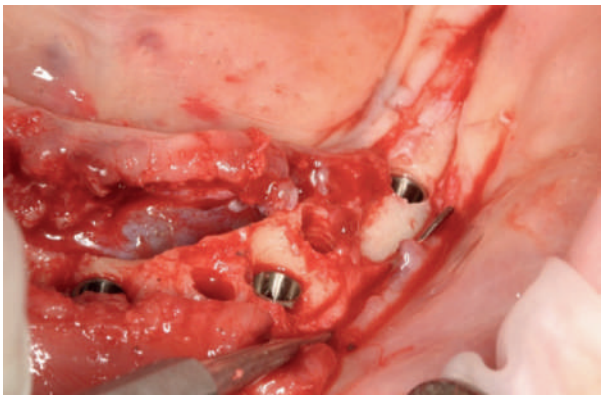


Рис. 10-11. Установленные имплантаты

Далее установлены МЮ абатменты и выровнены ортопедические оси по пинам параллельности.

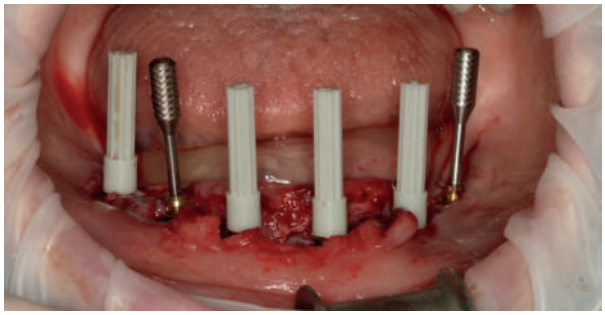
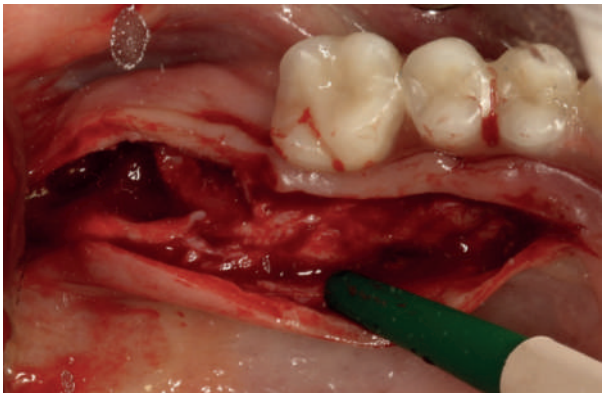


Рис. 12. Фиксация МЮ абатментов

Поскольку установленные имплантаты частично не были покрыты нативной костью (рис.10-11), было проведено восстановление объема тканей методом аутогенной трансплантации. У пациентки отсутствовал значительный объем костной ткани, поэтому использовался максимально предсказуемый подход. Применение остеопластических материалов могло привести к атрофии, периимплантиту или инфицированию, чего удалось избежать благодаря аутотрансплантации.

ССТ было зафиксировано в области имплантатов, а костные дефекты и атрофированные участки гребня были заполнены аутогенными чипсами



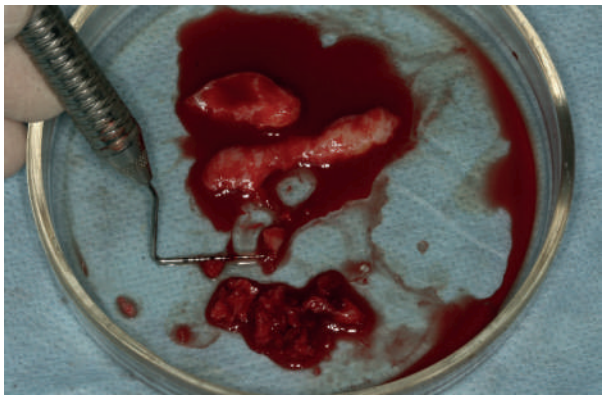
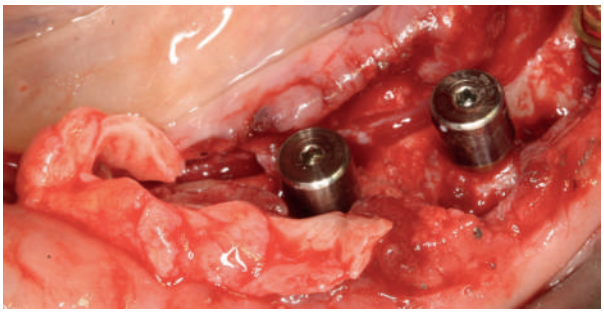
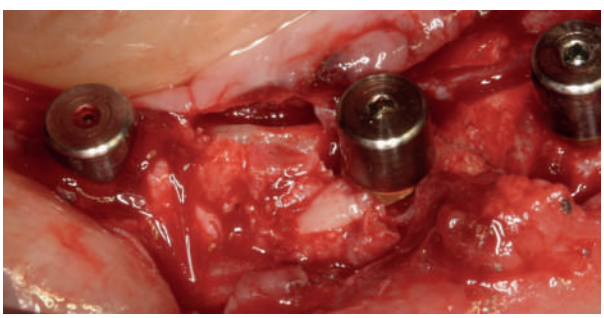


Рис. 13-14. Забор ССТ и небольшого количества аутокости на верхней челюсти





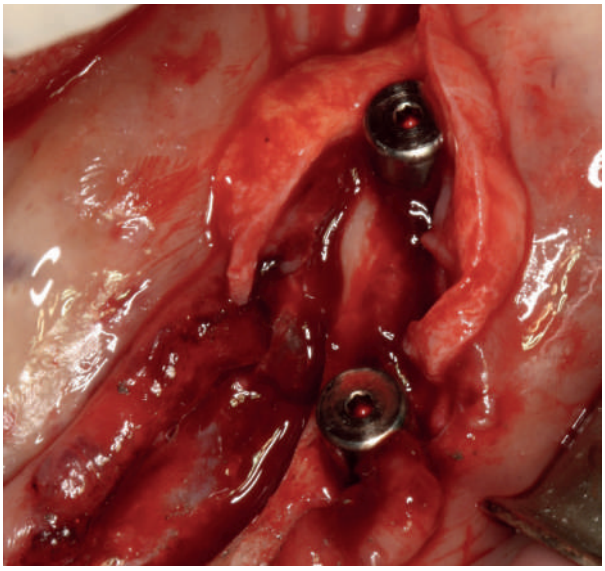


Рис. 15-17. Аугментация аутогенными тканями

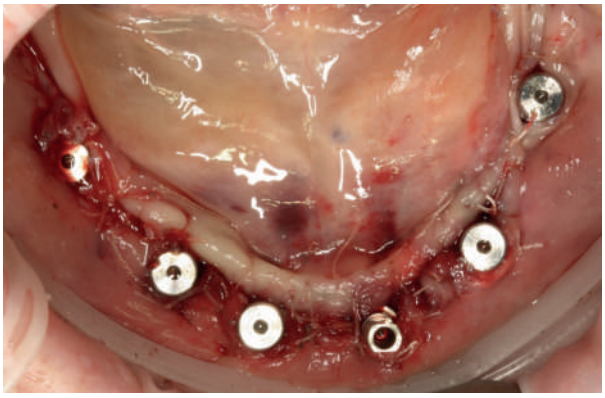


Рис. 18. Ушивание

Временный протез был выполнен из ПММА с нанесением розового композита и установлен в тот же день.

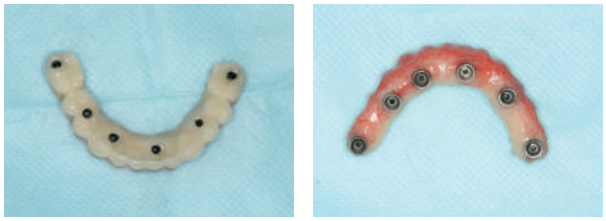


Рис. 19-20. Временный протез

Через 6 месяцев в зоне операции была зафиксирована удовлетворительная картина: толщина гребня и, как следствие – толщина десневой манжеты, имела хороший объем, что создавало положительный прогноз на ее стабильность. Пересадка большого фрагмента ССТ дала необходимый результат.

Резективные методы при тотальной реабилитации на имплантатах приводят к естественной убыли костной ткани. В этом случае аугментация с использованием ССТ компенсировала усадку мягких тканей и обеспечила стабильный результат.



Рис. 21. Картина через 6 месяцев после операции

Далее был установлен постоянный пластмассовый протез на металлическом каркасе.





Рис. 22-23. Финальная картина

КТ, выполненное через 12 месяцев, показало, что все участки с экспонированной шейкой имплантатов и обширные костные дефекты были покрыты костной тканью с чёткой структурой и кортикализацией. Остеопластические материалы не использовались.

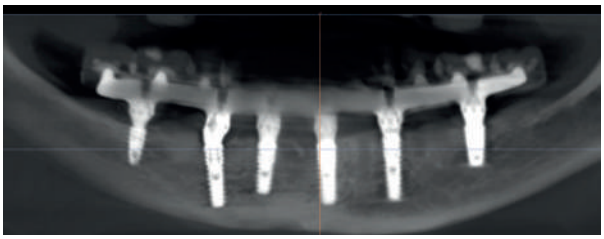


Рис. 24. КТ через 12 месяцев после лечения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тотальная реабилитация на имплантатах эффективна для пациентов старшего возраста, сокращает время лечения и снижает его стоимость. Однако операция требует высокой квалификации хирурга, цифрового протокола и качественных материалов. Важно объективно оценивать риски и не гнаться за экономией — здоровье всегда на первом месте.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ONEQ

АВТОР КЕЙСА



Квашов Вячеслав Юрьевич

Врач стоматолог хирург-имплантолог, челюстно-лицевой хирург.

- Член Кубанской научной школы стоматологии, ведущий специалист Юга России по имплантологии и челюстно-лицевой хирургии.
- Автор множества научных статей для специализированных изданий.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Набор Save Sinus



Формирователь десны



Мульти юнит прямой



Мульти юнит угловой

Кейс, занявший 3 место на международном конкурсе клинических случаев Dentis в 2022 году в Сеуле.

Имплантационная система OneQ демонстрирует стабильные результаты при различных протоколах лечения, включая одномоментную имплантацию, немедленную нагрузку и сочетание с синус-лифтингом. Наличие широкого спектра ортопедических компонентов позволяет реализовывать комплексные реабилитации.

Пол: мужчина, 53 года.
Жалобы: ноющие боли в области зубов верхней и нижней челюстей, неудовлетворительная эстетика.
Мостовидные конструкции с опорой на зубы и имплантаты, установленные около 15 лет назад. Отмечается оголение двух имплантатов на 1–2 мм, одного — на 1/2 длины. Выявлен дефицит костной ткани в секторе 1.
Диагноз: частичная вторичная адентия.



Рис. 1. Снимок ОПТГ



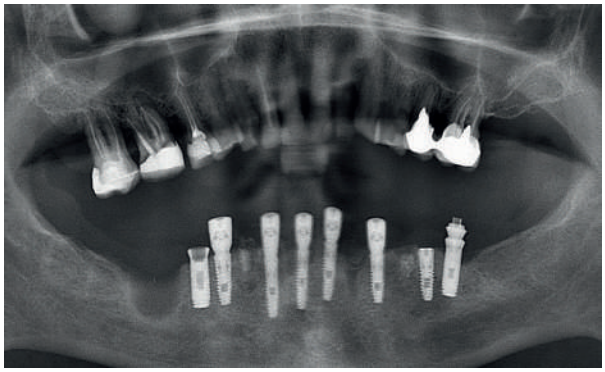





Рис. 2-5. Клиническая картина до лечения

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- Проведено удаление имплантата в области 4.7 и восьми зубов.
- Выполнена одномоментная имплантация в областях 3.1, 3.3, 3.6, 4.1, 4.3, 4.5 с установкой имплантатов OneQ диаметром 3,9 мм и длиной 10 и 12 мм.
- Установлены Мульти Юнит абатменты, произведено снятие слепков.
- Через 72 часа зафиксирован временный протез из ПММА.





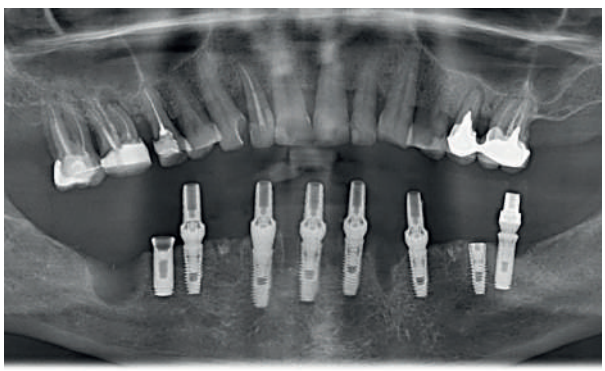


Рис. 6-10. Установка временной ортопедической конструкции на нижней челюсти

ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- **Через 1 неделю:**

Удаление зубов 1.7 и 1.6. Проведен закрытый гидросинус-лифтинг с использованием набора SAVE Sinus с одномоментной установкой имплантата OneQ 4,7 × 10 мм. Установлен формирователь десны.

- **Через 2,5 месяца:**

Удаление зубов 2.5 и 2.6. Выполнена одномоментная имплантация имплантатами OneQ 4,2 мм и 4,7 мм длиной 8 мм.

- **Через 3 месяца:**

Установка формирователей десны.

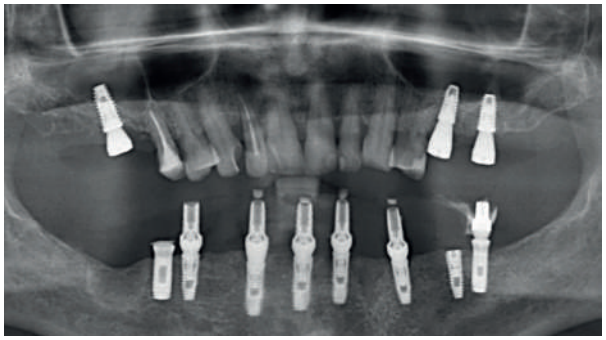


Рис. 11. Клиническая картина через 3 месяца

С учетом эстетических и функциональных требований выбраны коронки из керамики E.max.

Через 2 месяца проведена обточка зубов и примерка будущих ортопедических конструкций.



Рис. 12. Обточка верхних зубов перед установкой постоянного протеза



Рис. 13. Примерка будущих постоянных протезов

Через неделю пациенту установлены постоянные ортопедические конструкции. Конструкции на имплантаты выполнены из диоксида циркония.





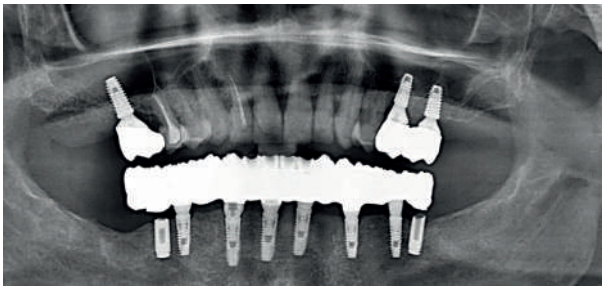


Рис. 14-16. Клиническая картина после лечения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках данного клинического случая были применены различные имплантологические протоколы, включая одномоментную имплантацию и синус-лифтинг. Использование имплантационной системы OneQ позволило провести комплексную реабилитацию пациента с достижением стабильного функционального и эстетического результата.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ ONEQ И SQ SHORT

АВТОР КЕЙСА



Квашов Вячеслав Юрьевич

Врач стоматолог хирург-имплантолог, челюстно-лицевой хирург

‣ Член Кубанской научной школы стоматологии, ведущий специалист Юга России по имплантологии и челюстно-лицевой хирургии.

‣ Автор множества научных статей для специализированных изданий.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Набор Simple Guide



Имплантаты SQ Short

3 место конкурса CLINICAL CASE AWARD 2024!

Данный клинический случай представляет комплексную реабилитацию пациента со значительной потерей зубов и дефицитом костной ткани с использованием имплантатов OneQ и SQ SHORT.

Для обеспечения точной установки имплантатов применен цифровой подход, включающий изготовление 3D-хирургического шаблона с учетом эстетических и функциональных параметров. Наличие в линейке Dentis коротких имплантатов позволило провести лечение без дополнительных обширных процедур костной пластики.

Пол: женщина, 62 года без вредных привычек; в анамнезе — заболевания сердечно-сосудистой системы, гигиена полости рта удовлетворительная.

Пациентка обратилась с ранее проведенным двусторонним открытым синус-лифтингом и направленной костной регенерацией. На нижней челюсти справа применялась «сосис-техника», слева — дважды выполнялась костная пластика с использованием титановой сетки, которая дважды экспонировалась с интервалом 1,5–2 месяца.

Жалобы: неудовлетворительная эстетика, нарушение жевательной функции, отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти.

При обследовании пациента определяется подвижность корней и зубов нижней челюсти. На имплантаты верхней челюсти и металлокерамическую конструкцию жалоб нет, пациентка полностью удовлетворена проведенным ранее лечением.

Диагноз: частичная вторичная адентия на нижней и верхней челюсти.

ХОД ЛЕЧЕНИЯ

Пациентке выполнена комплексная реабилитация с использованием имплантатов Dentis OneQ и SQ SHORT. Для обеспечения точной установки имплантатов применялся цифровой подход с изготовлением 3D-хирургического шаблона, учитывающего функциональные и эстетические параметры.

ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Изготовлен 3D-хирургический шаблон и установлены имплантаты OneQ. Имплантат в области 1.3 (3,9 × 10 мм) удален в связи с отсутствием остеоинтеграции и одномоментно переустановлен (4,2 × 8 мм) без дополнительного препарирования ложа. Для

имплантации использовался навигационный набор Simple Guide Plus.

Через 6 месяцев после приживления имплантатов проведена фиксация формирователей десны и последующее ортопедическое восстановление с эстетической коррекцией.

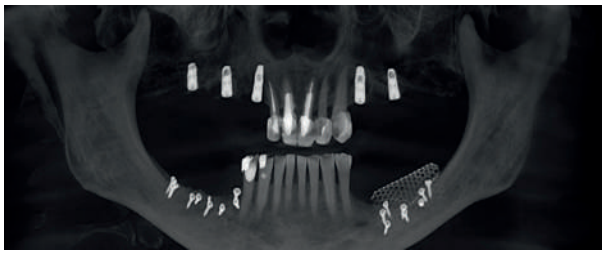


Рис. 1. Установка имплантатов OneQ на верхней челюсти с использованием хирургического шаблона

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Правая сторона: установлены имплантаты OneQ в области 4.5 (3,9 × 8 мм) и 4.7 (6 × 6 мм).

Левая сторона: в условиях выраженного дефицита костной ткани и отказа от проведения повторного НКР было выполнено удаление титановой сетки, а затем через 2 месяца установлены короткие имплантаты SQ SHORT Ø 5 мм с резьбой 4 мм и фрезерованной шейкой 2 мм.

Имплантаты обеспечили надёжную первичную стабильность и подходят для протоколов немедленной нагрузки. Проведена фиксация формирователей десны и последующее окончательное ортопедическое восстановление.

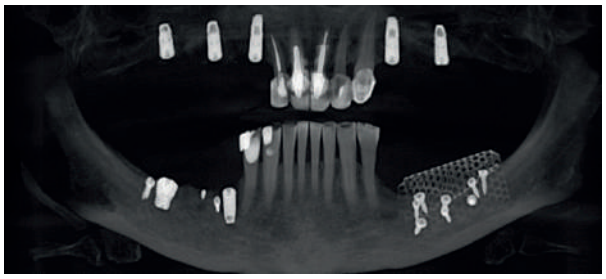


Рис. 2. Установка дентальных имплантатов на нижней челюсти справа

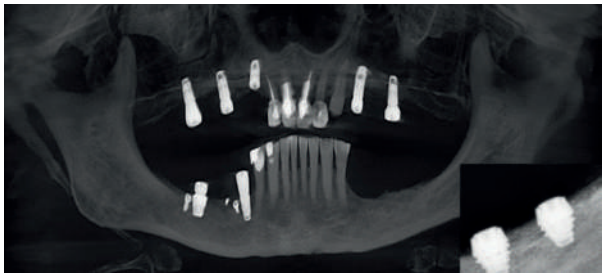


Рис. 3. Состояние костной ткани в области нижней челюсти слева после удаления титановой сетки, установка коротких дентальных имплантатов

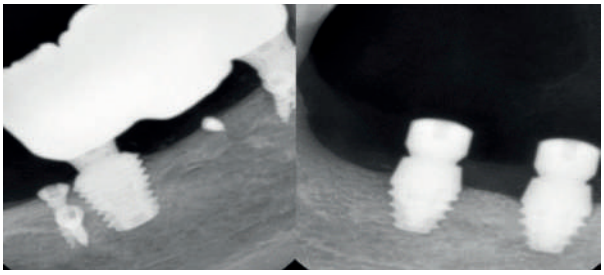


Рис. 4. Внутриротовые рентген-снимки имплантатов нижней челюсти с формирователями десны

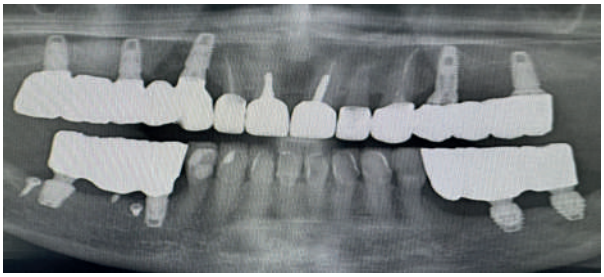


Рис. 5. Контрольная ОПТГ работы



Рис. 6. Фото нижней челюсти



Рис. 6. Фото верхней челюсти



Рис. 7. Финальный вид ортопедической работы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинический случай успешно реализован благодаря широкой линейке имплантатов Dentis. Наличие коротких имплантатов и специализированного хирургического набора позволяет вести лечение пациентов с дефицитом костной ткани, в то время как проведение направленной костной регенерации (НКР) сопряжено с риском возможных осложнений.

СОЧЕТАНИЕ ИННОВАЦИОННОГО И ТРАДИЦИОННОГО ПРОТОКОЛОВ В ТОТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА НА ИМПЛАНТАТАХ DENTIS

АВТОРЫ КЕЙСА



Петросян Офелия Тароновна

Врач стоматолог, челюстно-лицевой хирург

- Специализируется на комплексных хирургических и эстетических протоколах, активно применяет цифровое планирование и участвует в междисциплинарных клинических кейсах.
- Специалист клиники Денталогика.



Одинцов Семен Олегович

Врач стоматолог, ортопед

- Работает с цифровыми протоколами планирования и CAD/CAM технологиями, включая CEREC и 3D цифровые системы (Exocad, 3 Shape, Maestro 3D и др.).
- Специалист клиники Денталогика.

ПРОДУКЦИЯ DENTIS В КЕЙСЕ



Имплантаты OneQ



Имплантаты SQ



Навигационный набор SQ Guide



Мульти юнит защитные колпачки



Мульти юнит прямой



Мульти юнит угловой

Тотальная реабилитация на имплантатах является современным стандартом лечения пациентов с полной адентией. Выбор протокола — цифрового или Hands-Free — определяется клиническими условиями. Их комбинированное применение позволяет добиться прогнозируемого функционального и эстетического результата.

Пациент обратился с желанием отказаться от съёмных протезов в пользу тотальной реабилитации на имплантатах. Лечение проводилось с использованием цифрового и Hands-Free протоколов на имплантационных системах Dentis.

Пол: мужчина, 56 лет.
Курение, тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей, постоянный приём антикоагулянтов (варфарин).
Клиническая картина: полная адентия обеих челюстей. Пациент использует съёмные протезы и планирует переход на несъёмные конструкции с опорой на имплантаты.

В качестве имплантационной системы выбрана линейка OneQ, зарекомендовавшая себя высокой первичной стабильностью и предсказуемыми отдалёнными результатами.

ЭТАП 1 — НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

ПЛАН — ТОТАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА 6 ИМПЛАНТАТАХ ONEQ.

По данным обследования объём костной ткани достаточный, в связи с чем выбран протокол Hands-Free без использования навигационного шаблона.

Проведено планирование положения имплантатов с последующей установкой.

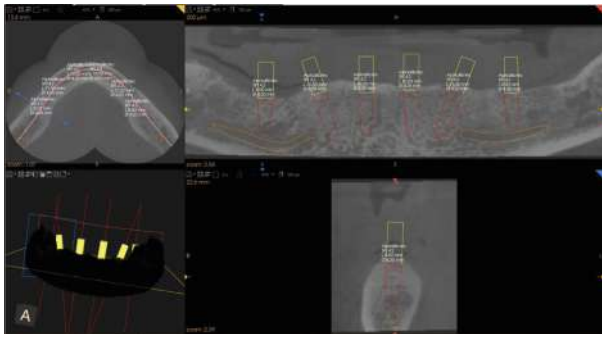


Рис. 1. Расстановка имплантатов в виртуальной среде



Рис. 2. Установленные имплантаты OneQ

ЭТАП 2. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Через 6 месяцев пациент снова обратился в клинику с желанием провести реабилитацию верхней челюсти.

На фотографии виден полный съемный протез с заниженным прикусом на верхней челюсти, а на нижней — ранее установленный акриловый протез на 6 имплантатах.



Рис. 3. Клиническая картина до реабилитации в/ч



Рис. 4. Состояние в/ч до имплантационного лечения

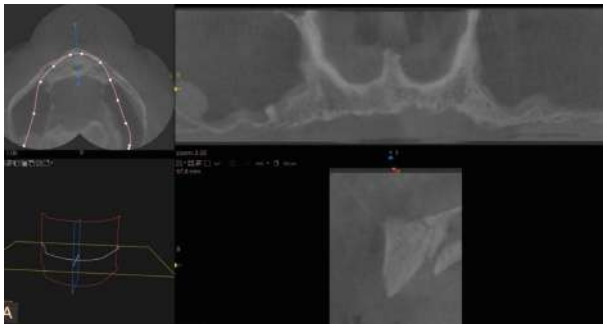


Рис. 5. КТ в/ч до имплантационного лечения

Снимок КТ показал истончение костной ткани в районе синуса.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

1. Установка 4 имплантатов и фиксация временного акрилового армированного моста FP-1.
2. Синус-лифтинг с одномоментной имплантацией в области 17 и 27.
3. Постоянное протезирование.

Было решено использовать линейку SQ от Dentis. Эти имплантаты обладают агрессивным дизайном, обеспечивающим надежную фиксацию даже в мягкой кости верхней челюсти и возможность немедленной нагрузки. Для SQ предусмотрен полный навигационный набор для установки имплантатов по хирургическому шаблону. В данных условиях работа выполнялась по цифровому протоколу.

ПЛАНИРОВАНИЕ РАЗБОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА ДЛЯ УСТАНОВКИ 4 ИМПЛАНТАТОВ.

Проведена перебазировка и сканирование протеза на верхней челюсти с композитными метками, КТ с метками и сопоставление в программе 3diagnosis.

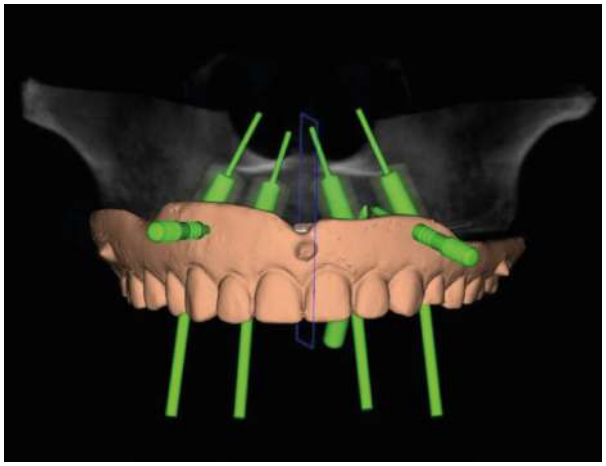


Рис. 6. Планирование шаблона

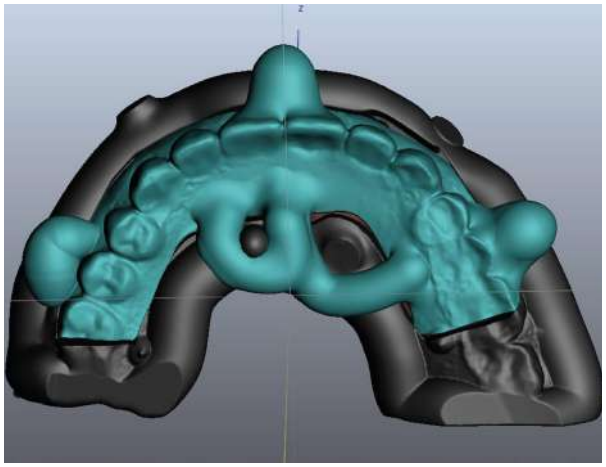


Рис. 7. База шаблона с частью для установки пинов

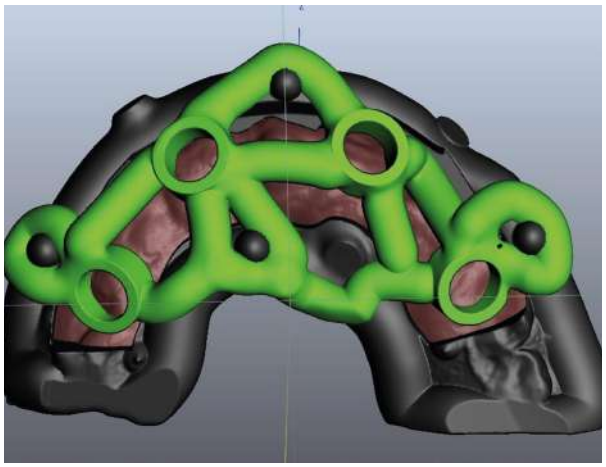


Рис. 8. База шаблона с частью для установки имплантатов



Рис. 9. Навигационный шаблон в полости рта

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭТАП

Установлена база шаблона с фиксацией тремя пинами для надежного крепления.



Рис. 10. Зафиксированная пинами база шаблона

После успешной фиксации базы шаблона была произведена замена верхней части на сегмент с отверстиями и втулками для установки имплантатов в запланированных позициях.

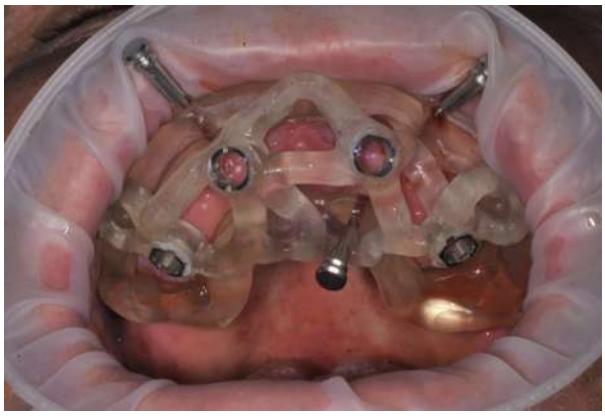


Рис. 11. Шаблон для установки имплантатов



Рис. 12. Установленные имплантаты и пины параллельности

Имплантаты установлены с помощью навигационного набора SQ Guide.

На имплантатах зафиксированы МЮ абатменты, произведено ушивание. Через неделю установлен временный протез FP-1.



Рис. 13. Установка временной ортопедической конструкции

Пациент отложил второй этап лечения с синус-лифтингом и установкой дополнительных имплантатов.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ

Через 2,5 года пациент обратился со сломанным временным протезом на верхней челюсти. От дальнейшего выполнения второго этапа — синус-лифтинга и установки дополнительных имплантатов — пациент отказался, попросив завершить лечение постоянной конструкцией.

Обследование показало стабильность всех ранее установленных имплантатов, отсутствие резорбции костной ткани и сохранение биологической ширины десны. Несмотря на хроническое заболевание и курение, имплантаты Dentis полностью прижились, что обеспечивает положительную долгосрочную перспективу.

Осмотр выявил сохранение биологической ширины десны, однако все десневые сосочки, полученные во время операции, утрачены. В связи с этим было принято решение изготовить постоянный протез с искусственной десной. Мульти юнит абатменты остались стабильными, откручивания винтов не наблюдалось.

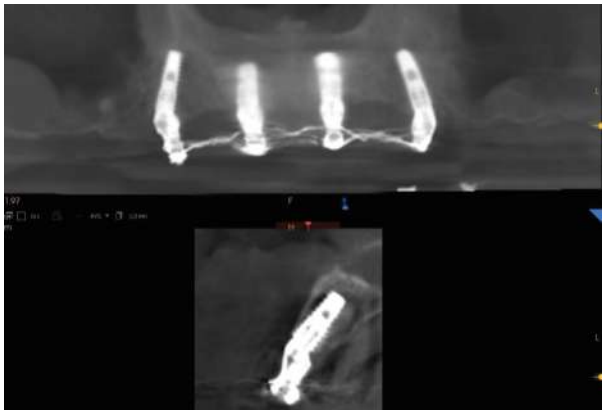




Рис. 14-15. Картина через два года

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ ЭТАП

Изготовление постоянной ортопедической конструкции из диоксида циркония.



Рис. 16. Примерка титановой балки на верхнюю челюсть с печатным прототипом



Рис. 17. Постоянная конструкция из диоксида циркония с вклеенной титановой балкой

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кейс демонстрирует успешную комбинированную реабилитацию пациента с полной адентией, с применением цифрового и Hands-Free протоколов на имплантатах Dentis. Подход позволил учесть индивидуальные анатомические особенности, добиться прогнозируемого функционального и эстетического результата и подтвердить надежность системы даже при сложных клинических условиях.

DENTIS

dentis-russia.ru

8 800 302 56 46

г. Москва, ул. Митинская, д. 36 к 1, офис 400
г. Уфа, БЦ Парк-Сити, ул. Менделеева, д. 170, офис 1006