

DOI: 10.37988/1811-153X\_2021\_3\_109

В.В. Бабич,

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии

Санкт-Петербургский медико-социальный институт, 195271, Санкт-Петербург, Россия

## Клинический пример использования временной съемной конструкции после имплантационного лечения

**Резюме.** В данной статье предложен вниманию клинический случай пациента после проведенной имплантации с аугментацией альвеолярного отростка на верхней челюсти в области отсутствующих центрального и бокового резцов. Была изготовлена временная съемная конструкция из термопласта, которой пациент пользовался в течение 3,5 месяцев. После этого выполнено постоянное протезирование несъемной металлокерамической конструкцией с винтовой фиксацией на имплантатах.

**Ключевые слова:** имплантация, временный съемный протез, остеоинтеграция, формиратель десневого края

### ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

**Бабич В.В.** Клинический пример использования временной съемной конструкции после имплантационного лечения. — *Клиническая стоматология*. — 2021; 24 (3): 109—111. DOI: 10.37988/1811-153X\_2021\_3\_109

V.V. Babich,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Prosthodontics Department

Saint-Petersburg Medico-Social Institute, 195271, Saint-Petersburg, Russia

## Clinical case of temporary dentures installing during implant treatment

**Summary.** Clinical case presented in this article concerned with patient after implantation due to augmentation of upper jaw in location of absent central and lateral frontal teeth. Temporary partial denture (non acrylic thermoplast material) was completed. It was needed for use denture for the period of 14 weeks. After that prosthetic treatment included metal-porcelain construction with screw fixation on implants.

**Key words:** implantation, temporary dentures, osseointegration, healing abutment

### FOR CITATION:

**Babich V.V.** Clinical case of temporary dentures installing during implant treatment. *Clinical Dentistry (Russia)*. 2021; 24 (3): 109—111 (In Russ.). DOI: 10.37988/1811-153X\_2021\_3\_109

По мнению многих авторов, изготовление и установку временных (съемных и несъемных) конструкций следует проводить в максимально ранние сроки после удаления зубов, имплантации и костно-пластических операций, с тем чтобы максимально сохранить необходимый анатомический рельеф тканей протезного ложа. Основные аргументы в пользу применения временных конструкций — низкая частота и степень тяжести осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после протезирования по сравнению со способами, при которых происходит изготовление постоянных ортопедических конструкций в максимально сжатые сроки. Однако при этом следует учитывать, что для эффективного протезирования с использованием временных конструкций необходим достаточный временной запас [1—5].

Имплантат можно ставить в постэкстракционный участок в 3 разных момента времени: немедленная постановка имплантата в постэкстракционный участок после извлечения зуба, отсроченная постановка (через 6—8 недель, необходимых для завершения эпителизации) и поздняя постановка (3—6 месяцев, необходимых для формирования вторичного остеона — стойкого

ремоделирования костной ткани). Выбор методики зависит от структуры остаточной кости (соотношения кортикального и губчатого слоев) и вида костного дефекта [6—10].

Важно помнить, что костная стенка лунки не формируется и не поддерживается постановкой дентального имплантата. Для прогнозируемого долгосрочного эффекта стабилизации имплантата необходимо учитывать не только сроки формирования вторичного остеона, но и соотношение губчатой и кортикальной кости [8—10].

В случаях когда костный постэкстракционный дефект имеет пространственную ориентацию преимущественно по вертикали с сохранением трех стенок, имплантацию желательно проводить вместе с применением остеоиндуктивного материала (Bio-Oss или аналогов). При отказе от подобной тактики не только велик риск потери стабильности имплантата, но и невозможно правильно расположить ортопедическую конструкцию по вертикали (увеличение клинической коронки при атрофированном рельефе альвеолярной части — гребня). Чтобы добиться хорошей первичной стабилизации им-



имплантация с аугментацией остеокондуктивным материалом. Пациенту непосредственно после хирургического вмешательства была установлена временная съемная конструкция из термопласта (Crystal-T), которой он пользовался в течение 3,5 месяцев. Впоследствии была установлена постоянная металлокерамическая конструкция на области отсутствующих зубов 1.2 и 1.1 с винтовой фиксацией на имплантатах.

К сожалению, использование несъемных временных конструкций на имплантатах, особенно на ранних сроках после их установки и в случаях немедленной или отсроченной имплантации, без учета типовых характеристик костной ткани (соотношения губчатого и компактного слоев, толщины кортикального слоя, типа мягких тканей) может привести к осложнениям, вплоть до утраты имплантатов и отторжения аугментата.

Возможные осложнения после временного и постоянного протезирования с опорой на имплантаты:

- 1) Оклюзионная перегрузка (широкая окклюзионная поверхность, супраконтакты на опорных буграх, наличие балансирующих контактов на поддерживающих буграх и формирование патологической боковой нагрузки; наличие консолей).
- 2) Неплотная фиксация ФДМ, неточная припасовка каркасов.
- 3) Недостаточное количество опор для ортопедической конструкции, большое расстояние между опорами и последующая перегрузка отдельных имплантатов.
- 4) Минимальное расстояние между имплантатами (менее 2 мм), между имплантатами и своими зубами (менее 1,5 мм).

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Шиллингбург Г., Уилсон Э., Моррисон Дж. Восковое моделирование окклюзионных поверхностей зубов. — М.: Азбука, 2004. — 58 с.
2. Расулов М.М., Ибрагимов Т.И., Лебедеко И.Ю., Расулов И.М., Булгакова Д.М., Арутюнов С.Д., Гришкина М.Г. Зубопротезная техника: учебное пособие. — М.: МИА, 2005. — 444 с.
3. Каламкар Х.А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии: руководство для врачей. — М.: МИА, 2003. — 58 с.
4. Каламкар Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. — М.: МИА, 2003. — С. 5.
5. Куалтроу Э.Дж.Э., Саттертвайт Дж.Д., Морроу Л.А., Брайтон П.А. Современная реставрация зубов (пер. с англ.). — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 208 с.
6. Ахмад И. Эстетика непрямой реставрации (пер. с англ.). — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 230 с. DOI: 10.1002/9780470759363
7. Робустова Т.Г. (ред.) Хирургическая стоматология: учебник. — М.: Медицина, 1996. — С. 129.
8. Tinti C., Benfenati S.P. GBR: Guided bone regeneration for implant therapy. — Nike, 2009. — Pp. 32—33.
9. Misch C.E. Contemporary implant dentistry. — Chicago: Mosby, 2008. — P. 1002.
10. Roberts W.E., Stanford C.M. Bone physiology, metabolism, and biomechanics in implant therapy. — In: Torabinejad M., Sabeti M.A., Goodacre C.J. Principles and practice of single implant and restoration. — Elsevier, 2014. — Pp. 65—77. DOI: 10.1016/C2011-0-08456-9

- 5) Большая площадь супраструктуры (коронки) и небольшой диаметр имплантата. Значительное расхождение оси имплантата и оси предполагаемой супраструктуры (коронки).

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациент на стоматологическом приеме легче воспринимает постепенное прохождение этапов ортопедического лечения, с разъяснением всех аспектов проводимого лечения. Использование лечебного временного протеза создает возможность дополнительного обследования, динамического наблюдения, определения пожеланий пациента и уточнения стоимости проводимого лечения. Кроме того, временная протезная конструкция иногда создает благоприятный психологический эффект перехода к постоянной конструкции ввиду некоторой погрешности временных конструкций, связанных с функцией и эстетикой. Использование временных съемных конструкций при протезировании на имплантатах в некоторых клинических случаях позволяет минимизировать возможные осложнения.

**Конфликт интересов.** Автор декларирует отсутствие конфликта интересов.

**Поступила:** 14.07.2021      **Принята в печать:** 12.08.2021

**Conflict of interests.** The author declares no conflict of interests.  
**Received:** 14.07.2021      **Accepted:** 12.08.2021

#### REFERENCES:

1. Shillingburg H.T. Jr., Wilson E.L. Jr., Morrison J.T. Guide to occlusal waxing. Quintessence, 2000. 58 p.
2. Rasulov M.M., Ibragimov T.I., Lebedenko I.Y., Rasulov I.M., Bulgakova D.M., Arutyunov S.D., Grishkina M.G. Dental prosthesis technique: a textbook. Moscow: MIA, 2005. 444 p. (In Russ.).
3. Kalamkarov H.A. Selected lectures of prosthetic dentistry: for doctors. Moscow: MIA, 2003. 58 p. (In Russ.).
4. Kalamkarov H.A. Prosthetic dental treatment with metal-ceramic constructions. Moscow: MIA, 2003. P. 5 (In Russ.).
5. Qualtrough A.J.E., Satterthwaite J., Morrow L., Brunton P. Principles of operative dentistry. Wiley—Blackwell, 2005. 192 p.
6. Ahmad I. Protocols for predictable aesthetic dental restorations. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2006. 230 p. DOI: 10.1002/9780470759363
7. Robustova T.G. (ed.) Dental surgery: a textbook. Moscow: Medicine, 1996. P. 129 (In Russ.).
8. Tinti C., Benfenati S.P. GBR: Guided bone regeneration for implant therapy. Nike, 2009. Pp. 32—33.
9. Misch C.E. Contemporary implant dentistry. Chicago: Mosby, 2008. P. 1002.
10. Roberts W.E., Stanford C.M. Bone physiology, metabolism, and biomechanics in implant therapy. In: Torabinejad M., Sabeti M.A., Goodacre C.J. Principles and practice of single implant and restoration. Elsevier, 2014. Pp. 65—77. DOI: 10.1016/C2011-0-08456-9