



ИМПЛАНТИ

Възстановяване на дъвкателната функция, комфорта и самочувствието на пациента

В днешно време пациентите искат решения, които да не смущават техния начин на живот и да комбинират функционалност и привлекателна усмивка. Представеният клиничен случай демонстрира как възстановяванията, поддържани от импланти, представляват едно добро решение на този проблем.



▶ стр. 8

МАТЕРИАЛИ

Възстановяване на дъвкателен зъб с новия нанохбриден ормосерен композит – доклад на клиничен случай

Случай на сменена незадоволителна стара амалгамена obturation на първи горен десен молар. След информиране на пациентката относно възможните лечебни решения и съответните цени е взето решение в полза на директна ормосерна obturation с Admira Fusion.



▶ стр. 10

КОМПОЗИТНИ ВЪЗСТАНОВЯВАНИЯ

Рехабилитация на съзбието без подготовка. Лечение на зъбното изтриване чрез техника, насочвана от функционален wax-up

Изключително важно е да се диагностицират ранните признаци на зъбно изтриване, така че да бъдат взети подходящи превантивни и ако е необходимо – и възстановителни мерки с фокус върху биомеханиката и дългосрочното съхраняване на тъканите.



▶ стр. 13

Имплант на мястото на горен латерален резец

Протетични етапи и усложнения в дългосрочен план част 2

Д-Р PHILIPPE RUSSE, ПРОФ. PATRICE MARGOSSIAN; ФРАНЦИЯ

След като в първата част на тази статия (вижте редакционните бележки) дискутирахме всички предпротетични етапи за заместването на горен латерален резец и разяснихме хирургичните процедури, необходими за подобряване на естетичния резултат, в тази втора част ще обърнем внимание на протетичните етапи от лечението.

Проследяването на клинични случаи за период от почти 15 години е направило възмож-



но оценяването на различните етапи от протетичната верига, ефекта от избора на определени компоненти или клинични

процедури по отношение на финалния естетичен резултат от гингивалната адаптация на керамичната корона. В резултат на

това при всеки клиничен етап има някои препоръки за извършване и оптимизиране на хирургичната част, както и за осигу-

ряване на надеждни резултати в дългосрочен план.

В последната част на статията ще бъде разгледан естетичният резултат с оглед на неговата еволюция в средно- и дългосрочен план в сравнение с първоначалните резултати. Ефектът от продължителната зъбна ерупция и анализът на различните рискови фактори дадоха основание на авторите да направят клинични препоръки за намаляване на възможните негативни ефекти.

▶ стр. 4

17-18 МАЙ 2016 Г.
ИНТЕР ЕКСПО ЦЕНТЪР
СОФИЯ

1ST DENTAL TRIBUNE CONFERENCE

@ Buldental

ПЪЛНАТА ПРОГРАМА
ВИЖТЕ НА СТР. 21
ВЪВ ВЕСТНИК today

Имплант на мястото на горен латерален резец

Протетични етапи и усложнения в дългосрочен план

Д-Р PHILIPPE RUSSE, ПРОФ. PATRICE MARGOSSIAN; ФРАНЦИЯ

стр. 1

ВРЕМЕННИ ПРОТЕТИЧНИ КОНСТРУКЦИИ

Временната протетична конструкция може да бъде изработена на различни етапи от лечението: когато имплантът е поставен, за да се осигури имедиатна временна конструкция; когато имплантът е разкрит, или след оздравяването на меките тъкани. Може да бъде изработен и временен абатмънт, но това ще включва по-голямо манипулиране на субгингивалните компоненти (фиг. 1а и б).

ЕДИН АБАТМЪНТ, ЕДНО ПОСЕЩЕНИЕ (ONE ABUTMENT, ONE TIME)

Концепцията за единичен абатмънт, поставен рано и окончателно по време на имплантологичното лечение, за да се съхрани прикрепването на меките тъкани около него, се базира на старата публикация на Abrahamsson и кол.¹ Според авторите многократните свързвания и разединявания на оздравителните винтове водят до апикализация на перимплантната кост. Днес това проучване се счита за убедително поради почистването на оздравителните винтове с алкохол (което разрушава прикрепените фибробласти); въпреки това то осигури базата за концепцията „един абатмънт-едно посещение“ (one-abutment-one-time ОАОТ), представена от Maurice и Henry Salama през 2007 г. Съвременната медицинска литература предимно подкрепя тази концепция, въпреки че резултатите от проучванията са разнородни:

- Проучването на Iglhaut и кол.² при кучета показва силно негативен резултат от свързването и разединяването на четвъртата и шестата седмица, докато при проучването на Alves и кол.³ пет такива манипулации между 6-ата и 14-ата седмица не са имали негативни последици.

- Няколко скорошни проучвания при хора заключават, че има вертикално предимство от 0.5 мм⁴, хоризонтално предимство от 0.3 мм⁵, вертикално предимство от 0.2 мм⁶ и незначителен⁷ резултат в полза на ОАОТ протокола в различните клинични ситуации.

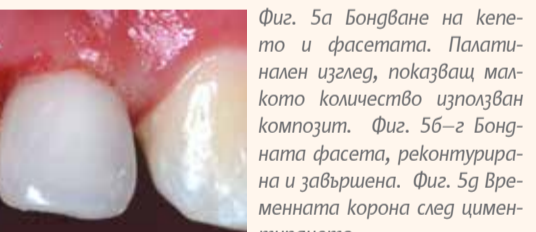
При преглед на литературата през 2014 г. относно факторите, влияещи на апикализацията на перимплантните тъкани, Iglhaut



Фиг. 1а-б Временен абатмънт след модифицирано навито ламбо (а). Поставена временна корона след края на хирургичната интервенция (б). Фиг. 2а-в Интраоперативно поставяне на ангулиран абатмънт под 15° (а). Прецизно ротационно ажустиране на импланта (б). Проверка на ротационното ажустиране в аксиалната равнина (в).



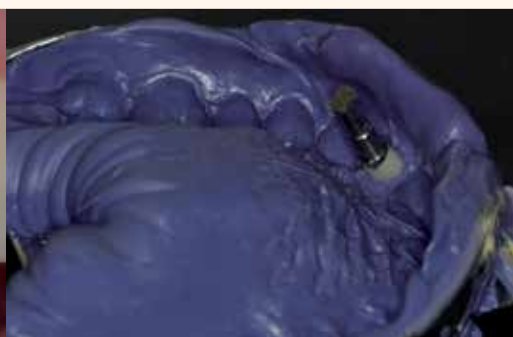
Фиг. 3 Хирургичен комплект с 3.0, NP и RP ангулирани абатмънти (NobelActive system). Фиг. 4а-в Временно кепе, изработено с помощта на четка (UNIFAST III, GC) и фреза от зъбна гарнитура (а). Първоначална клинична ситуация с поставен ангулиран абатмънт под 15° (б). Поставено временно кепе (в).



Фиг. 5а Бондване на кепето и фасетата. Палатинален изглед, показващ малкото количество използван композит. Фиг. 5б-г Бондването на фасетата, реконтурирана и завършена. Фиг. 5д Временната корона след циментирането.



Фиг. 6а-д Букална компресия (а). Създаване на конкавен профил на временната корона (б). Клиничен резултат: формата на инцизалния ръб също играе роля за естетичния резултат (в). Композит, аплициран с четка за дистализиране на зенита (UNIFAST III; г). Профил на изникване, оптимизиран от временната корона (д).



Фиг. 7а-в Пластмасово отпечатъчно кепе върху стандартен абатмънт (а). Пластмасово отпечатъчно кепе върху абатмънт, който не се сваля (б). Трансфер и имплантен аналог, репозиционирани в полиестерен отпечатък (Impregit, 3M ESPE; Rim-Lock dental impression tray, Zhermack; в). Фиг. 8 Изработване на ретенции за цимента върху титаниевия абатмънт.

и кол.⁸ отчитат интерес по отношение на концепцията за единичен абатмънт и предлагат регистриране на позицията на импланта по време на поставянето му. Така разполагаме с доказателства, предполагащи, че е желателно максимално да се ограничи броят на манипулациите върху субгингивалните елементи, макар литературата да не е еднодушна по този въпрос.

Picou и Tucker⁹ посочват един недостатък на ОАОТ техниката: повишеният риск от измичане на цимента, когато границата абатмънт-корона е разположена дълбоко субгингивално. Прилагането на ОАОТ концепцията е възможно чрез различни



Фиг. 9а–z IPS e.max кепе на корона с висок опациетет (а). Първоначален клиничен резултат и рентгенография (б–в). Резултат след една година (z).



Фиг. 10а–в Усмивка на пациентка, на която се вижда възстановяване на зъб 12 с IPS e.max (а). Фотоснимка отблизо: Опакерната обвивка е видима (б). Рентгенография (в)
Фиг. 10г Естетичният вид на фасетата на зъб 22 е по-добър от този с IPS e.max на зъб 12.

клинични стратегии:

– Изработването на хирургичен водач чрез 3D визуализация и машинно фрезовани абатмънти по време на преоперативния етап прави имедиатното имплантиране възможно, но и по-рисковано, тъй като всяка грешка в насочването или недостатъчна прецизност при поставянето може да направи подготвения абатмънт неизползваем.

– Същата техника, започваща с отпечатък по време на имплантирането, е по-малко рискована, понеже позицията на импланта вече е определена.

Тъй като тези две техники изискват съдействие от страна на зъботехническата лаборатория, за повечето импланти 120 NobelActive (Nobel Biocare; 3 мм), поставени през последните три години, е използван опростен протокол:

– Чрез преоперативна конично-лъчева компютърна томография се определя дали най-добрият избор за клиничния случай е стандартен или ангулиран под 15° абатмънт.

– Рентгенографското наблюдение дава възможност за проверка на оста на поставяне на импланта в междодисталната равнина и използването на водач за проверка на успоредността, когато се работи с фреза 2 мм, осигурява проверка на букопалатиналната равнина. След като имплантът е на правилното място, се поставя ангулираният протетичен абатмънт, за да бъде оптимизирана ротационната позиция на импланта, което се прави, за да се избегне колкото е възможно всякакво ажустиране на абатмънта чрез изпиляване (фиг. 2а–в).

За улесняване на интраоперативната работа хирургичният комплект съдържа стерилни ангулирани абатмънти, чиито инцизални ръбове са леко извити, което спомага за по-доброто ротационно позициониране на импланта в сравнение с правия цилиндричен абатмънт (фиг. 3). Регулирането до няколко градуса и проверката на оклузията дават възможност за перфектно позициониране на вестибуларния гингивален ръб и много често за из-

ползване на абатмънта без никакво изменение, като по този начин значително се опростява останалата част от протетичния протокол.

СВЕДЕТЕ МАНИПУЛАЦИИТЕ ВЪРХУ АБАТМЪНТА ДО МИНИМУМ

За да се спазва принципът на ОАОТ при ажустирането на временната корона, се подготвя временно композитно кепе върху правия или ангулиран абатмънт в зависимост от индикациите и композитна фасета от зъбна гарнитура (фиг. 4а–в). Композитното кепе се бондга към фасетата в устата с използване на минимално количество бонд, за да се избегне директно увреждане на меките тъкани от цитотоксичния мономер (фиг. 5а–з). Използването на стандартен абатмънт и временно кепе прави изработването на временни корони изключително бързо и лесно, като същевременно се спазва принципът на ОАОТ.

ПРОФИЛ НА ИЗНИКВАНЕ

Когато поставяме временната корона, е за предпочитане да ѝ придадем първоначален конкавен профил на изникване, за да може оздравителният процес на папилата да протече при максимално налично пространство. Конвексният или свръхконтуриран

профил благоприятства за апикализацията на гингивалния ръб, което буквално е вредно (фиг. 6а–в). След стабилизирането на меките тъкани малки количества композит, поставен медално и дистално с четка върху временната корона, позволи да бъде упражнено налягане върху папилата според концепцията за цервикално контуриране на Vichascho and Landsberg¹⁰ и по този начин да се оптимизира запълването на всякакви неравности и профилът на изникване.

Позицията на зенитната точка на гингивалния ръб буквално може да бъде преместена чрез модифициране на временната корона (фиг. 6г–д). За да се намали количеството излишен цимент и да бъде възможно неговото евакуиране по време на циментирането, може да бъде направен отвор с диаметър 0.75 върху палатиналната повърхност в инцизалната половина на временната корона¹¹.

ОПТИМИЗИРАНЕ НА ПРОФИЛА НА ИЗНИКВАНЕ ЧРЕЗ ПРОГРЕСИВНА МОДИФИКАЦИЯ НА ВРЕМЕННАТА КОРОНА

СНЕМАНЕ НА ОТПЕЧАТЪК

За да се съобразим с ОАОТ в идеалния случай, ако абатмънтът не е бил ажустиран, е необходимо да снемем отпечатък от

него. С помощта на пластмасово отпечатъчно кепе, изработено върху абатмънт, идентичен с този, поставен в устата, е възможно пренасянето на позицията на абатмънта без неговото развиване (фиг. 7а–б). Абатмънт и лабораторен аналог на импланта се позиционират в отпечатъка и ако се прецени, че абатмънтът не е подходящ за окончателната протетична конструкция, клиницистът може да избере абатмънт NobelProcera (Nobel Biocare) или модифициран абатмънт (фиг. 7в).

СНЕТЕТЕ ОТПЕЧАТЪК ОТ АБАТМЪНТА, БЕЗ ДА ГО ПРЕМАХВАТЕ

АБАТМЪНТ

Материал

Според няколко публикации^{9, 12, 13} титанът, алуминиевият и циркониевият оксид са единствените материали, които позволяват прикрепването на меките тъкани към абатмънта. При проучване върху хора Van Brakel и кол.¹⁴ не установяват разлика между титана и циркония от биологична гледна точка, като цирконият показва леко предимство по отношение на сулцларната дълбочина, наблюдавана след три месеца. Златните сплави предизвикват апикализация на прикрепването към титаниеви

имплант¹², но това заключение е оспорено от Linkevicius и Arpe.¹⁵ Златните сплави загържат по-малко зъбна плака след 4 часа при in vitro проучване¹⁶, но повече от титана или циркония след четири дни при in vivo проучване¹⁷. Това означава, че все още не е постигнат консенсус в медицинската литература относно предимството на един материал пред друг от гледна точка на биологията.

Цирконият и златните сплави имат превъзходни естетични качества, когато върху абатмънта бъде поставена керамична корона при in vitro¹⁸ или in vivo¹⁹ проучвания, за разлика от титана. Когато мястото за имплантиране в областта на латералния резец е широко (> 6.5 мм), изборът на имплант с диаметър 3.3 или 3.5 мм позволява употребата на циркониеви абатмънти. Повечето импланти с малък диаметър, които се предлагат на пазара, не включват циркониеви абатмънти в техните протетични комплекти поради съображения от механично естество. В такива случаи се използват комерсиалните титаниеви абатмънти или абатмънти, изработени с помощта на 3D апаратура. В тази ситуация дебелината на букалната меки тъкани трябва да е повече от 2 мм, което е необходимият обем според Van Brakel и кол.²⁰, за да се избегне голяма разлика от човешкото око при отразяване на светлината от титаниевите и циркониевите абатмънти.

Форма

При циментиращи се протетични конструкции е установено, че излишният цимент може да стане причина за възникване на перимплантит^{21–28}. Linkevicius и кол.²⁹ са демонстрирали при in vitro експерименти, че има връзка между дълбочината на свързването абатмънт–корона и количеството на излишния цимент по повърхността на абатмънта. Това е аргумент в полза на използването на индивидуални абатмънти NobelProcera. Тези индивидуализирани абатмънти обаче често имат области с подмоли, които са доказано рисков фактори за ретенцията на цимент в интрасулцларното пространство³⁰. При импланти с малък диаметър редуцираните размери на абатмънтите намаляват фрикционната повърхност на коронките върху имплантите, а създаването на две малки механични ретенции в инцизалната област на абатмънта ограничава потенциалното разхлабване (фиг. 8).

УВЕЛИЧЕТЕ РЕТЕНЦИЯТА НА АБАТМЪНТИ С МАЛЪК ДИАМЕТЪР КОРОНА

В месните обеззъбени участъци бяха поставени тесни импланти Nobel Active 3 мм и бяха използвани само титаниеви абатмънти – стандартни или NobelProcera. Възможни са два типа корони: металокерамични или изцяло керамични.

IPS e.max (IVOCAR Vivadent)

Ако абатмънтът е титаниев, употребата на системата с изцяло керамични компоненти може да има ограничители, свързани с буко-



Фиг. 11а–в Металокерамична корона върху работен модел (а). Клиничен резултат: медалните и дисталните папили са изравнени (б). Рентгенографски резултат (в).



Фиг. 12а–г Работен модел с металокерамична корона върху модифициран абатмънт (а–б). Клиничен резултат: папилите са изравнени (в). Рентгенографски резултат (г).



Фиг. 13а–г Завинтващ се циркониев абатмънт NobelProcera (а) и изцяло керамична корона (б). Завинтващ се абатмънт в устата (в). Естетичен резултат (г).



Фиг. 14а–б
Монолитна циркониева корона (а). Естетична интеграция (б).

палатиналната дебелина на латералния резец. Когато зъбът е обмен, това протетично решение прави възможно постигането на приемлив естетичен резултат (фиг. 9а–г). Съответно, когато дебелината е по-малка, този тип изцяло керамична корона понякога може да има повече недостатъци от естетична гледна точка. В такъв случай за литиево-ди-

силикатното кепе клиницистът трябва да използва керамика с голям опациет в значителна дебелина, за да се прикрие титаниевият абатмънт във възможно най-голяма степен. Ефектът от това е редуциране на дебелината на керамиката, което намалява способността ѝ да имитира естетиката на съседните зъби (фиг. 10а–г).



Фиг. 15 Нивото на шийката на зъб 22 е идеално, но папилите са леко отсечени.

Фиг. 16 Дисталната папила е леко по-къса в сравнение с медиалната папила (линията показва разлика в нивото).

Фиг. 17а Първоначална ситуация.

Фиг. 17б След три години папилите са малко по-удължени.

МЕТАЛОКЕРАМИЧНИ КОРОНИ

Използването на металокерамични корони при малки зъби дава възможност за намаляване на дебелината на кепетата, изработени от благородни сплави или паладий (до 0.3 мм или 0.4 мм), а оттам и за увеличаване на възможността за послойно насяне на керамиката (фиг. 11а–в; фиг. 12а–г). Трансгингивалната област обаче остава слабото място на този тип възстановяване, тъй като съществува риск сивият цвят на титаниевия абатмънт да прозира при тънка перимплантна мукоза (виж фиг. 33; Russe & Limbour)³¹.

НЕ СЕ КОЛЕБАЙТЕ ДА ИЗПОЛЗВАТЕ МЕТАЛОКЕРАМИЧНИ КОРОНИ ПРИ МАЛКИ ЛАТЕРАЛНИ РЕЗЦИ.

МОНОЛИТНА ЗАВИНТВАЩА СЕ ЦИРКОНИЕВА КОРОНА

Използването на импланти с външна хексагонална връзка и диаметър 3.3 мм или с вътрешна хексагонална връзка и диаметър 3.5 мм позволява употребата на циркониеви абатмънти. При тези обстоятелства са възможни два варианта в зависимост от позицията на отвора за винта на абатмънта: двуетапно решение от циркониев абатмънт, поддържащ циментираща се керамична корона (фиг. 13а–г), или монолитна корона, завинтваща се директно върху импланта (фиг. 14а–б). В тези случаи полупрозрачния характер на материала осигурява високи оптически качества, както в коронарната, така и в гингивалната област, в резултат на което се постига по-добра естетична интеграция.

ЦИМЕНТ

Според Dede и кол.¹⁸, за да се намали видимостта на титана, който прозира при поставяне на керамична корона, трябва да се използва бял опакерен цимент. Това включва поликарбоксилатен цимент (Poly-F, DENTSPLY De Trey), избран първоначално поради неговата теоретична спо-

собност да позволи отделянето на короната. Скорошни проучвания демонстрират, че поликарбоксилатът има по-голяма якост на опън, отколкото цинк-фосфатният или глас-йономерният цимент³². По време на циментирането коронката с апликация в нея цимент се поставя върху точно копие на абатмънта, като се премахва излишъкът преди поставяне на короната в устата³³. Тази клинична техника е доказано полезна както поради добрата ретенция, която осигурява, така и поради възможността за отстраняване на излишния цимент³⁴.

Ако се използват стандартни абатмънти, тогава ръбът на короната може да бъде разположен значително субгингивално и е много важно да се използва минимално количество цимент и всеки излишък да се премахва незабавно. Възможността за разтваряне на поликарбоксилатния цимент веднага след неговото поставяне може да бъде преимущество за отстраняването му.

ЕСТЕТИЧЕН РЕЗУЛТАТ

Когато естетичният резултат се определя според критериите на Fehner и кол.³⁵ и когато се обърне особено внимание на резултата, постигнат по отношение на папилите и нивото на гингивата, имплантите с малък диаметър за заместване на горни латерални резци, изглежда, показват значително подобрение в сравнение с по-широките импланти. Контурите на папилата и позицията на шийката сравнени с тези на контралатералния резец са два принципни проблема, които винаги са налице при заместването на загубен латерален резец с имплант (фиг. 15). В повечето случаи медиалната папила (между централния и латералния резец) е с почти нормална височина, докато дисталната папила (между латералния резец и кучешкия зъб) често е по-къса и демонстрира лек вертикален дефицит (фиг. 16).

ПЪРВОНАЧАЛНА ЕВОЛЮЦИЯ

Когато имплантите са добре

позиционирани, а букално меките тъкани и костта са достатъчно дебели, естетичният резултат е удовлетворен. През първите няколко години подобряването на резултата може да се получи благодарение на запълването на протетичната амбразура от меките тъкани (фиг. 17а–б).

ПРОДЪЖИТЕЛНА ЕРУПЦИЯ

След 1980 г. автори като Levers и Darling³⁶ описват феномена на продължителната ерупция, която води до вертикализация на максиларните резци. Остеоинтеграцията на имплантите ги предпазва от следване на тази миграция и с времето латералните резци могат да се окажат в по-апикална и букална позиция, отколкото централните резци. Този феномен понякога е доловим, след като са минали няколко години, независимо от възрастта на пациента по времето, когато са поставени имплантите (фиг. 18а–б).

Наличието на инцизивно водене става особено важно, тъй като централните резци могат да се придвижат бързо, ако не са в оклузия, по времето когато се поставят имплантите. По време на ортодонтичното лечение една от главните цели на ортодонта е да установи балансирано инцизивно водене и канинова защита. Ако е налице билатерална агенезия, симетриятата на усмивката ще бъде запазена и ситуацията ще бъде естетически по-благоприятна, отколкото при агенезия на зъб унилатерално. След няколко години несъответствието може да стане доста осезаемо и да бъде налице само във вертикалната равнина или може да бъде комбинация както във вертикалната, така и в хоризонталната (фиг. 19а–в). Преди се смяташе, че този феномен е резултат от прекалено ранното поставяне на импланти, но през 2004 г. Bernard и кол.³⁷ показват, че няма разлика между група младежи и група възрастни с инфраоклузия на коронките върху импланти в естетичната област. При описването на проблемите,



Фиг. 18а–б Усмивката на пациентка през 1998 г. (а). Усмивката на пациентката през 2014 г. Прорастане на естествените зъби (б).

Carestream
DENTAL

Изложба Булдентал
зала 3, щанд А9

CS 8100

ИЗТЪНЧЕН
УСЪВЪРШЕНСТВАН

CS 8100

Simply
sophisticated



ДИГИТАЛЕН ПАНОРАМЕН
АПАРАТ С
УНИКАЛНА 2D+
ТЕХНОЛОГИЯ

Бизнес партньор за България - АЛБА ТМ
1233 София, ул. Клокотница 35-37, вх. Г
Тел./Факс: 02-9315434, 02-8320067
e-mail: carestream_albatm@abv.bg
www.albatm.com

установени при възстановяването на предни зъби върху импланти (синкава гингива, инфраоклузия, откриване на абатмънта), Zachrisson³⁸ поставя въпроса: имплантът ли е най-доброто решение при лечението на агенезия?

ПРЕДУПРЕДЕТЕ ПАЦИЕНТА ЗА НЕГАТИВНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ПРОДЪЛЖИТЕЛНАТА ЕРУПЦИЯ ВЪРХУ ЕСТЕТИЧНИЯ РЕЗУЛТАТ

РИСКОВИ ФАКТОРИ

Andersson и кол.,³⁹ който проследява 34 пациенти за период от 17-19 години, демонстрират, че тежките инфраоклузии (> 1 мм) засягат 35% от пациентите. Находките/Наблюденията им включват следното:

- Жените са засегнати повече от мъжете.
- Отклоненията по-забележими при пациенти с удължени лица, отколкото при такива с по-къси.
- Възрастта не е фактор.
- Пациентите са по-удовлетворени от резултатите, отколкото денталните лекари.

По време на годишната среща на Академията по остеоинтеграция през 2012 г. във Финикс, Аризона, са представени наблюденията на същите автори от Torsten Jemt, който приписва инфраоклузиите при корони върху импланти на дисталната мандибуларна ротация в резултат на вертикализация на естествените резци, което не е последвано от коронките върху импланти. Според докладваните резултати 19 от 69 са случаите на инфраоклузии с повече от 1 мм, а феноменът засягал двойно повече жени, отколкото мъже.

Денталните лекари от клиниката на Brånemark в Гьотеборг, Швеция, отправят препоръки за поставяне на имплантите в палатинална позиция в очакване на вероятна вертикализация на централните резци. Такова поставяне на имплантите улеснява протетичното ажустирание³⁹.

НАСЪРЧАВАЙТЕ ПАЛАТИНАЛНОТО ПОЗИЦИОНИРАНЕ НА ИМПЛАНТИТЕ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заместването на горен латерален резец е трудна задача. Видимостта на зъба при усмивка и сравнението с контралатералния зъб при същия изглед са фактори от съществено значение за естетиката. В двете части на тази статия акцентирахме върху някои от най-трудните ситуации, когато латералният резец е с малък размер. При такива обстоятелства всяка липса на пре-



Фиг. 19а-в Усмивката на пациентка през 2001 г. (а). Клиничната ситуация през 2013 г. (б). Вертикализация и прорастване на централните резци, латерален изглед (в).

цизност при позиционирането има големи последици за естетиката. При тази ситуация използването на импланти с малък диаметър, изглежда, би имало предимства по отношение на височината на папилите около импланта.

В около една трета от случаите продължителната максиларна ерупция подковава първоначалния естетичен резултат, което в крайна сметка може да наложи подмяна на короната върху импланта. Регно е пациентите да бъдат информирани за тази

промяна в естетичния резултат преди започване на лечението⁴⁰.

Редакционна бележка: Списък на препратките е наличен при издателя.

Първата част на тази серия от статии, озаглавена „Имплант на мястото на горен латерален ре-

зец: Ключови проблеми за естетичен успех“, е публикувана за пръв път в Clinical Masters™, т. март 2015 г., брой 1.

Конфликт на интереси: Авторите декларират, че нямат конфликт на интереси по отношение на тази статия.



Sensodyne® Repair & Protect

Ползите от технологията NovaMin® и натриевия флуорид - в една формула

С двукратно четкане на зъбите на ден тя може да:

- Създава още по-здрав, подобен на хидроксилпатит, слой върху оголения дентин и в откритите дентинови тубули*1-7
- Защитават трайно Вашите пациенти от дентинова хиперчувствителност**, със значителни ползи само след 2 седмици⁹



Препоръчвайте Sensodyne® Repair & Protect , за да помогнете на Вашите пациенти да живеят живот, свободен от ефектите на дентиновата хиперчувствителност**

* спрямо предишната формула, предлагана на пазара **с двукратно четкане на ден. Референции: 1. Greenspan DC et al. J Clin Dent 2010; 21: 61-65. 2. La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(3): 72-76. 3. Earl JS et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67. 4. Parkinson CR et al. J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. 5. GSK Data on File, ML498. 6. GSK Data on File, ML584. 7. GSK Data on File, ML589. 8. GSK Data on File, RH01422. 9. GSK Data on File, RH01897, CHBA/CHSENSO/0009/16

www.sensodyne.bg

За авторите:



Д-р Philippe Russe е бивш асистент в Reims University Hospital, а настоящем ръководи частна практика в Реймс, Франция. Можете да се свържете с него на russe-phil@orange.fr.

Проф. Patrice Margossian е бивш директор на Отдела по имплантология на Marseille University Hospital. Настоящем управлява частна практика в Марсилия, Франция. Можете да се свържете с него на pm@patricemargossian.com.