

**Dokumentacja  
zabiegów  
implantologicznych  
Curriculum**

**OSIS EDI 2012/2013**

**lek. dent. Krzysztof Zieliński**

**Specjalista Protetyki Stomatologicznej**

## PACJENT I

Pacjentka J.J. lat zgłosiła się z powodu braku d.15 oraz d.25. Ogólnie zdrowa, brak przeciwwskazań do wprowadzenia wszczepów śródkostnych. Brak dolegliwości ze strony zatok szczękowych w wywiadzie. Braki międzyzębowe klasy III wg Kennedy'ego jakość kości wg Legholma/Zaarba – II klasa. Ograniczona ilość tkanki kostnej uniemożliwiająca wprowadzenie implantów- przeprowadzono zabieg podniesienia dna zatoki szczękowej metodą zamkniętą z augmentacją materiałem kościozastępczym- Equimatrix. Zastosowano wszczepy kostne ADIN 4,25mm oraz 4,25mm. Po 6 miesiącach przeprowadzono odbudowę protetyczną z zastosowaniem łącznika standardowego d.25 oraz łącznika kąтового d. 15. Do licowania frezowanej podbudowy chrom-kobaltowej wykorzystano materiał ceramiczny o stopniu ścieralności porównywalnym ze szkliwem zębów naturalnych. Pacjentka cierpi na bruksizm użytkuje szynę relaksacyjną górną-pytkę SVED (Saggital Vertical Extrusion Device) w razie zaostrzenia dolegliwości bólowych, w fazie remisji dolegliwości stosowana jest szyna płaska Michigan górna. Zastosowano następujące pozabiegowe leczenie farmakologiczne:

- Summamed Forte 500 mg 1 op, 1 tbl./24h doustnie przy posiłku codziennie przez 3dni
- Lakcid in tbl. 1 op, 1 tbl/12h doustnie przy posiłku przez 14 dni
- Ketonal Forte 1 op, 1 tbl w razie bólu doustnie, nie częściej niż 1/6h
- Aescin in tbl, 2 tbl/8h doustnie przez 3 dni
- zalecono zimne okłady w formie suchego lodu,
- płyn do płukania jamy ustnej Alfa Implant,
- miękką dietę, odpoczynek



Ryc.1. Okolica d. 15- widok wewnątrzustny przed leczeniem



Ryc.2. Okolica d. 25- zdjęcie wewnątrzustne przed leczeniem, widoczne objawy bruksizmu- ubytek klinowy przy szyjce zęba d.23



Ryc.3. Stan 7 dni po zabiegu chirurgicznym wprowadzenia dwóch implantów śródkostnych-rany zabezpieczone chirurgicznie szwami goją się prawidłowo.



Ryc.4. Wszczep okolica d. 25 zdjęcie RVG po wprowadzeniu, d. 26 po leczeniu endodontycznym



Ryc.5. Wszczep w okolicy d. 15, stan po wprowadzeniu implantu, widoczy brak dostatecznej ilości tkanki kostnej. Przeprowadzono zabieg zamkniętego podniesienia dna zatoki szczękowej-sinus lift.



Ryc. 6. Śruby gojące d. 15, d. 25 widok wewnętrzny



Ryc.7. Transfer przed pobraniem wycisku precyzyjnego na łyżce indywidualnej d. 25 widok wewnętrzny





Ryc.8. Wycisk precyzyjny z transferami na łyżce indywidualnej otwartej d. 15, d. 25



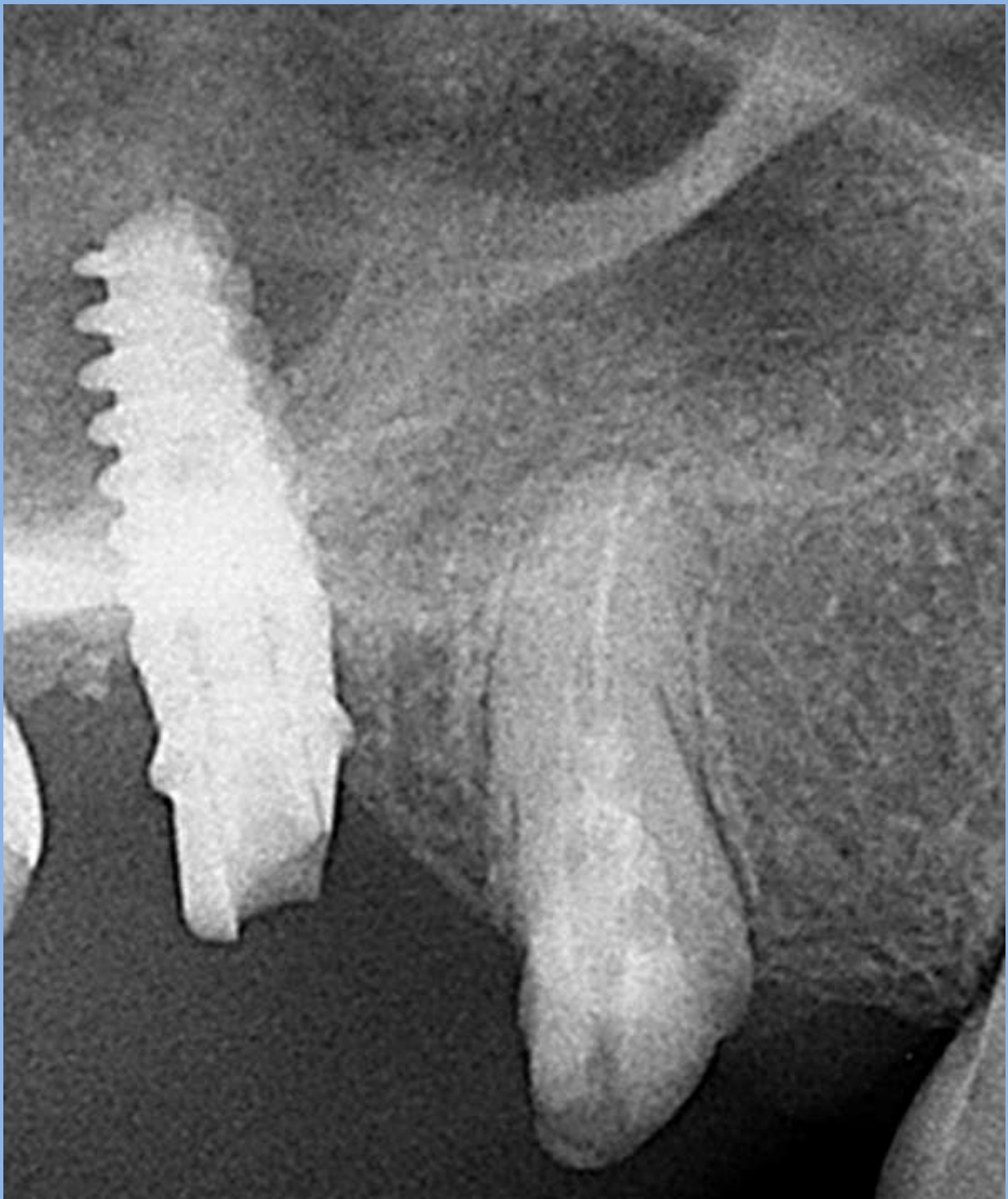
Ryc.9. łyżka wyciskowa indywidualna, widok od strony wewnętrznej po odkręceniu śrub transferów d. 15, d. 25



Ryc.10 . Stan tkanek miękkich po zdjęciu śruby gojącej okolicy d. 25



Ryc.11. Stan tkanek twardych i miękkich po zdjęciu śrub gojących d.15, d.25 i oszlifowaniu d.14 pod koroną frezowaną, licowaną porcelaną, schodkową



Ryc.12. Wszczep d. 15, stan 6 miesięcy po instalacji- z łącznikiem protetycznym



Ryc.13. Widok wewnątrzustny gotowej korony d. 25: metalowej, frezowanej, licowanej porcelaną na podbudowie implantologicznej w trakcie analizy okluzji.



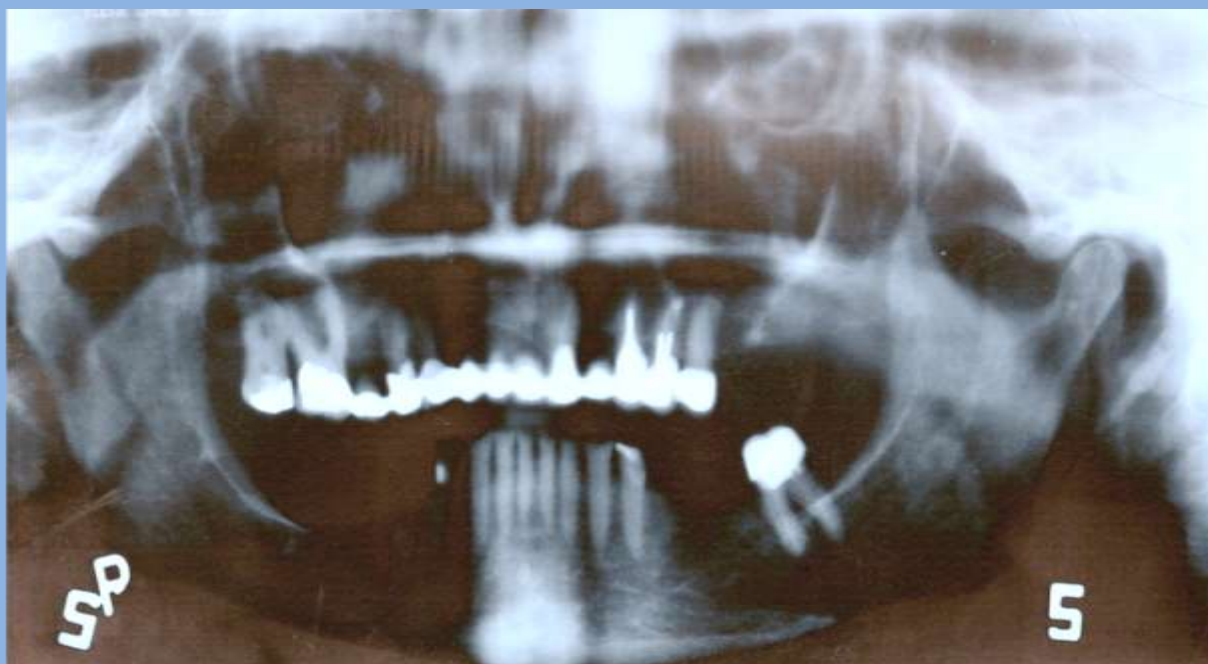
Ryc.14. Widok wewnątrzustny gotowej korony d. 15, metalowej, frezowanej, licowanej porcelaną na podbudowie implantologicznej



Ryc.15. Widok wewnątrzustny gotowej korony d. 15 (korona imituje wygląd d.16 z powodu znacznej szerokości braku międzyzębowego): metalowej, frezowanej, licowanej porcelaną na podbudowie implantologicznej.

## PACJENT II

Pacjentka N.L. lat 84 braki skrzydłowe w żuchwie, I klasa wg Kennedy'ego oraz III klasa wg Legholma/Zaarba. Pacjentka użytkowała dotychczasowo protezę szkieletową w żuchwie, z której nie była zadowolona. Pacjentka przyjmuje suplementację hormonalną. Osteoporoza w wywiadzie, bez zleconej farmakoterapii. Nie przyjmuje żadnych leków, za wyjątkiem przeciwwkrzepliwych, z powodu zaburzeń rytmu serca.



Ryc.16. Zdjęcie pantomograficzne pacjentki N.L. przed zabiegiem implantologicznym





Ryc.17. Planowanie zabiegu chirurgicznego wszczepienia implantów: analiza modeli



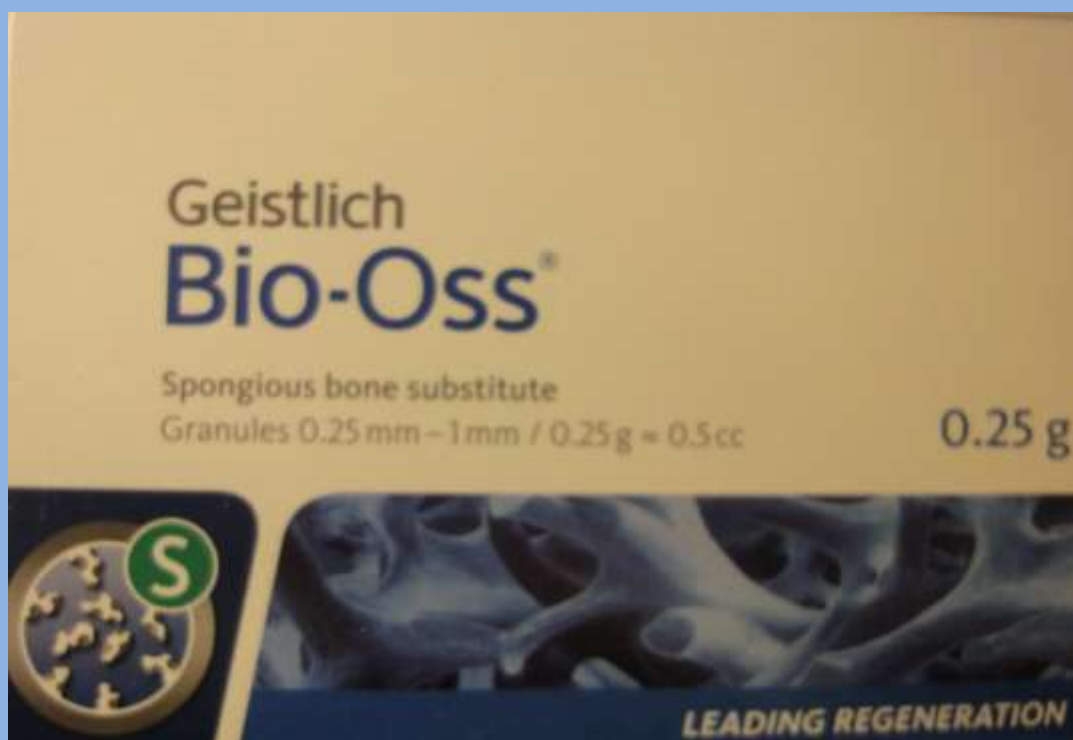
Ryc.18. Odpreparowanie płata śluzówkowo-okostnowego okolicy d. 35-36, cięcie poziome na szczycie wyrostka zębodołowego, oszczędzające brodawkę dziąsłową d.37 oraz d. 34



Ryc.19. Wprowadzenie dwóch wszczepów I5 w okolicy d. 35, d. 36 do poziomu kości wyrostka- bone level implant. Widoczne zniszczenie abrazyjne d. 32, 33, 34 wymagające odbudowy protetycznej. Planowane wykonanie pracy protetycznej jednocześnie z odbudową implantoprotetyczną. Po stronie lewej w odcinku braku międzyzębowego d.35-36 wprowadzono dwa wszczepy śródkostne :

- d. 35 - implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 3,75/10 mm
- d. 36 - implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 4,2/10 mm

W okolicy d. 35 z powodu wąskiego wymiaru poprzecznego wyrostka zębodołowego po wprowadzeniu implantu konieczne było wprowadzenie materiału kośćozastępczego Geistlich Bio-Oss - augmentacja pozioma.



Ryc.20. Materiał kościozastępczym, stosowany podczas zabiegów



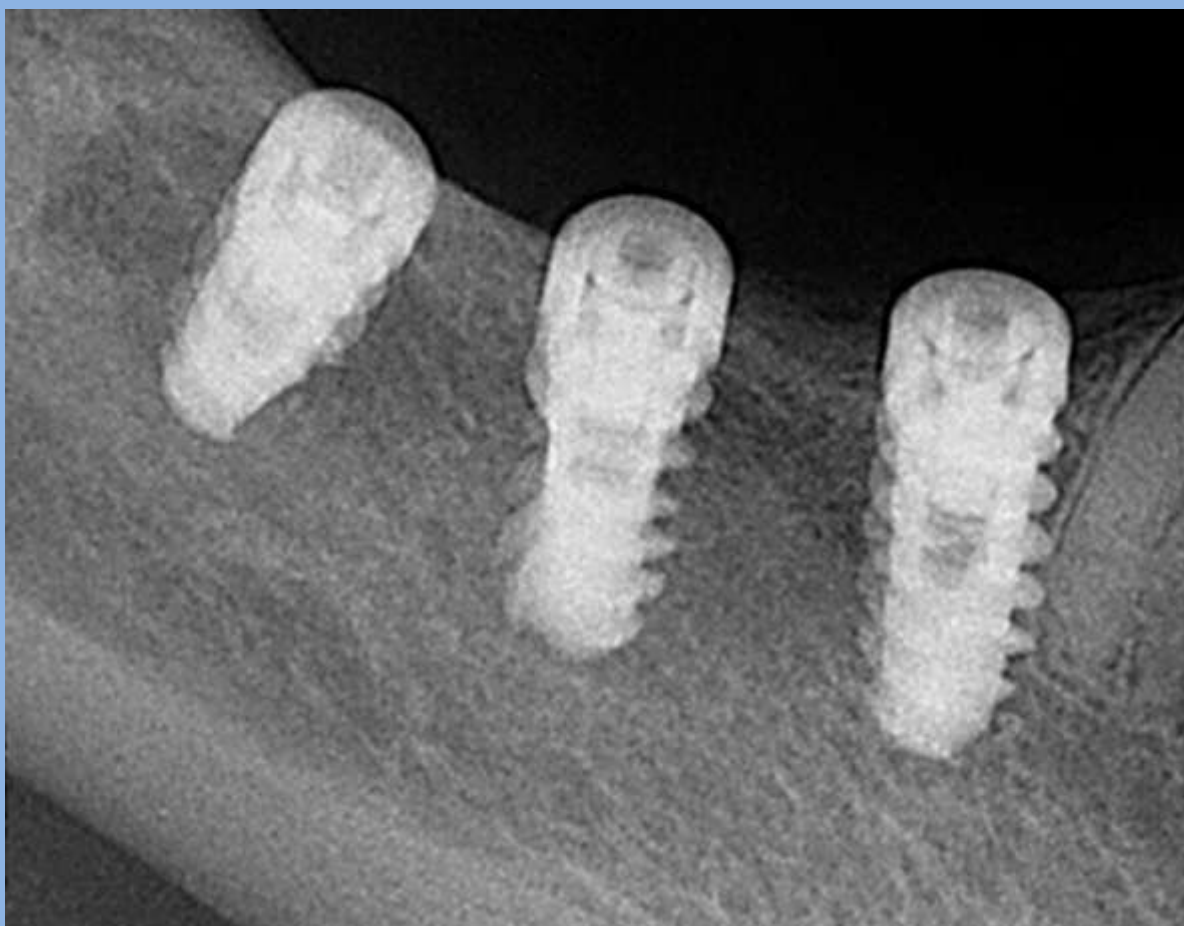
Ryc. 21. Materiał : błona kolagenowa stosowana podczas zabiegów



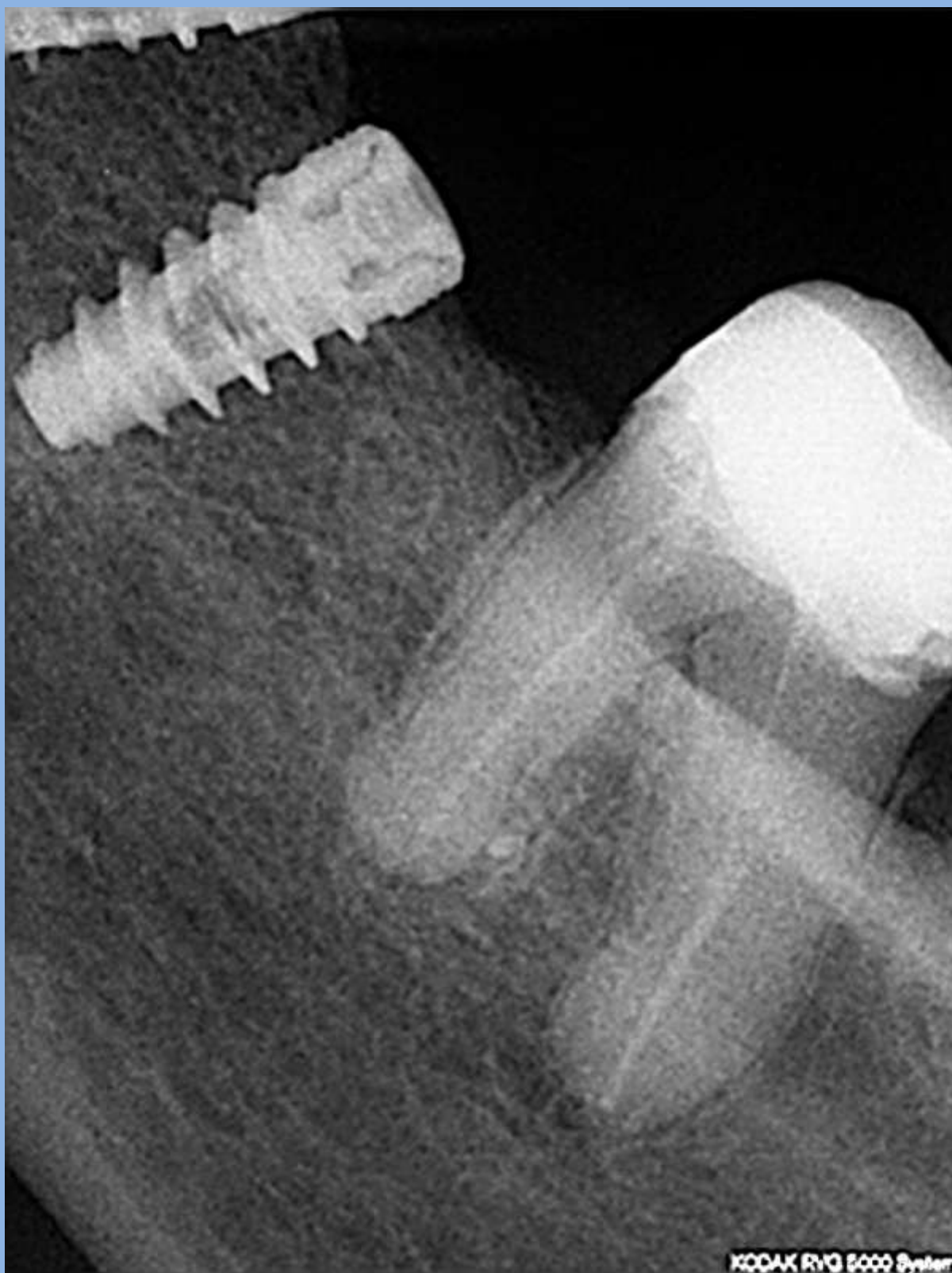
Ryc.25. Wprowadzenie trzech wszczepów śródkostnych I5 AB Dental w okolicy d. 45, 46,47

W okolicy d. 45, 46, 47 wprowadzono trzy implanty o następujących rozmiarach:

- d. 45- implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 4,2/10 mm
- d. 46- implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 4,2/10 mm
- d. 47- implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 4,2/8 mm



Ryc.26. Zdjęcie RVG implantów wszczepionych w pozycji d. 45, 46, 47



Ryc.22. Zdjęcie przylegające RVG po wprowadzeniu implantu I5 w okolicy d. 36, d. 37 po leczeniu endodontycznym



Ryc.23. Zdjęcie RVG okolicy d. 35 po wprowadzeniu implantu I5 AB Dental





Ryc.24. Widok wewnątrzustny po zabezpieczeniu rany w okolicy d. 35, 36 szwami chirurgicznym.

Po przeprowadzeniu zabiegu chirurgicznego Pacjentkę poinformowano o konieczności przestrzegania miękkiej diety oraz chłodzenia okolicy policzków zimnymi okładami. Zalecono następującą farmakoterapię:

- Summamed Forte 500 mg 1 op, 1 tbl./24h doustnie przy posiłku
- Lakcid in tbl. 1 op, 1 tbl/12h doustnie przy posiłku
- Ketonal Forte 1 op, 1 tbl w razie bólu doustnie, nie częściej niż 1/6h
- Aescin in tbl, 2 tbl/8h doustnie
- płyn do płukania jamy ustnej Alfa Implant

Szwy chirurgiczne usunięto po 10 dniach od zabiegu. Rana wygoiła się prawidłowo. Z powodu zaawansowanego wieku Pacjentki oraz słabej jakości kości okres osteointegracji

zaplanowano na sześć do dziewięciu miesięcy. Pacjentka zgłosiła do odbudowy implantoprotetycznej.

### **PACJENT III**

Pacjentka R.J. lat 30 zgłosiła się celem odbudowy braków międzyzębowych d. 25 oraz d. 46, wprowadzono dwa wszczepy śródkostne AB Dental:

- d. 25 - implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 3,2/10 mm
- d. 46 - implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 6/13 mm

W okolicy d. 46 z powodu wąskiego wymiaru poprzecznego wyrostka zębodołowego po wprowadzeniu implantu konieczne było wprowadzenie materiału kośćozastępczego Geistlich Bio-Oss 0,25mm-1mm - augmentacja pozioma



Ryc.27. Planowanie zabiegu chirurgicznego wszczepienia implantów: analiza modeli



Ryc.28. RTG pantomograficzne Pacjentki R.J. przed leczeniem implantoprotetycznym



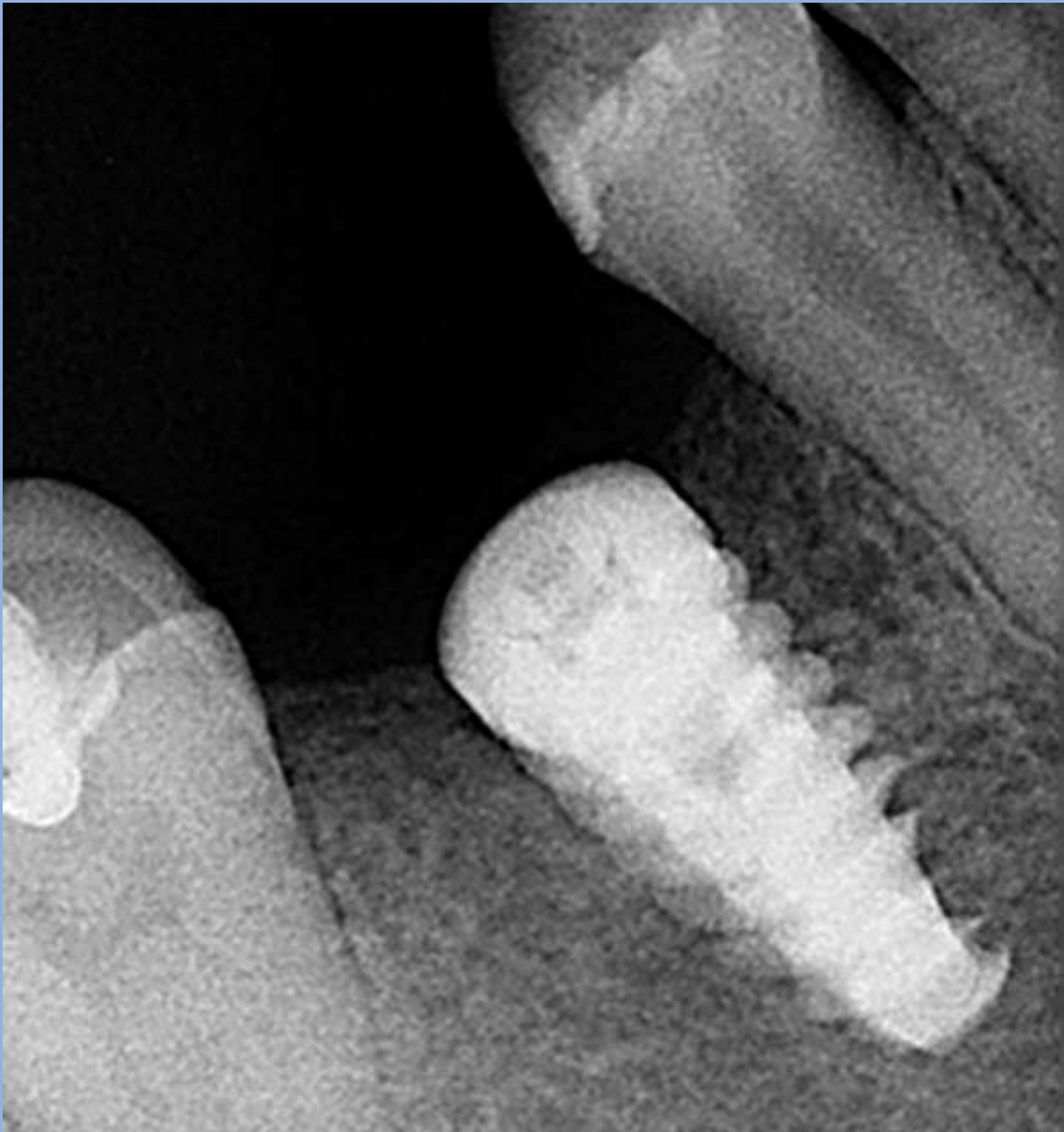
Ryc.29. Odwarstwienie płata śluzówkowo-okostnowego okolicy d. 25



Ryc.30. Zabezpieczenie szwami chirurgicznymi okolicy d.46



Ryc.31. Stan 10 dni po zabiegu chirurgicznym wszczepienia implantu w okolicy d. 46, po zdjęciu szwów chirurgicznych



Ryc.32. RVG okolicy d. 46 po wszczepieniu implantu



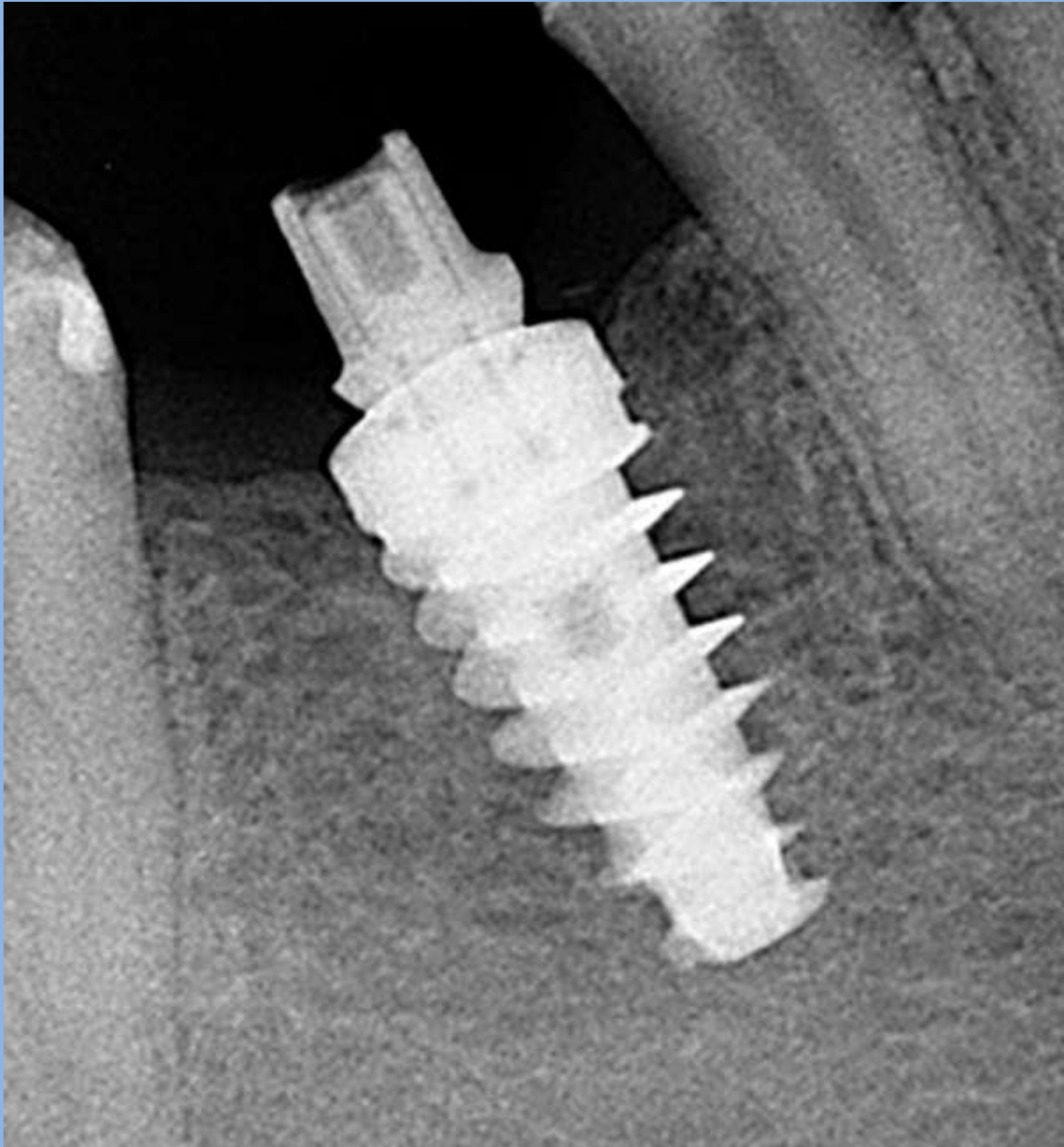
Ryc.33. Widok wewnątrzustny okolicy d. 46 śruba gojąca



Ryc.34. Stan tkanek miękkich wokół implantu d. 46, 14 dni po założeniu śruby gojącej



Ryc.35. Łącznik standardowy d. 46 z zaznaczona strona policzkową, podczas próbu metalu konstrukcji implantoprotetycznej



Ryc.36. RVG okolicy d. 46 implant z przykręconym łącznikiem standardowym





Ryc. 37. Próba podbudowy metalowej frezowanej pod koronę protetyczną d. 46 frezowana, licowaną porcelaną



Ryc.38. Gotowa korona d. 46, po napaleniu porcelany, na modelu



Ryc.39. Śruba gojąca w okolicy d. 25, widok wewnątrzustny



Ryc.40. Stan tkanek miękkich po zdjęciu śruby gojącej okolicy d. 25



Ryc.41. Transfer wewnętrzny do łyżki otwartej przykręcony do implantu d.25



Ryc.42. Wycisk precyzyjny z transferem na otwartej łyżce indywidualnej masa silikonową



Ryc.43. Łącznik standardowy przykręcony do d. 25, zaznaczona powierzchnią policzkowa



Ryc. 44. Próba podbudowy metalowej frezowanej pod koronę protetyczną d. 25 frezowana, licowaną porcelaną



Ryc.45. Gotowa praca protetyczna d. 25 na modelu



Ryc.46. Zdjęcie RVG okolicy d. 25, stan po osadzeniu łącznika standardowego, d. 26 po leczeniu endodontycznym



Ryc.47. Widok gotowej pracy po zacementowaniu korony frezowanej na podbudowie metalowej, licowanej porcelaną na d. 25 oraz śruba gojąca d.46

## PACJENT IV

Pacjentka K.T. lat 64, braki częściowe w żuchwie i szczęce, II klasa wg Kennedy'ego, ocena jakości kości wg Legholma/Zaarba – II klasa. Ograniczona ilość tkanki kostnej uniemożliwiająca wprowadzenie implantu w okolicy d. 15- przeprowadzono zatem zabieg podniesienia dna zatoki szczękowej metodą zamkniętą z augmentacją materiałem kościozastępczym- Geistlich Bio-Oss. Zastosowano opatrunek chirurgiczny Reso Pac(Hager). Podczas zabiegu chirurgicznego wprowadzono cztery wszczepy śródkostne :

- d. 15 - implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 3,75/8 mm
- d. 14- implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 3,2/10 mm
- d. 24- implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 5/10 mm
- d. 25- implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 5/10 mm
- wprowadzenie wszczepu w okolice guza szczęki nie było możliwe ze względu na słabą jakość tkanki kostnej.



Ryc.48. Planowanie zabiegu chirurgicznego: analiza modeli pacjentki K.T.





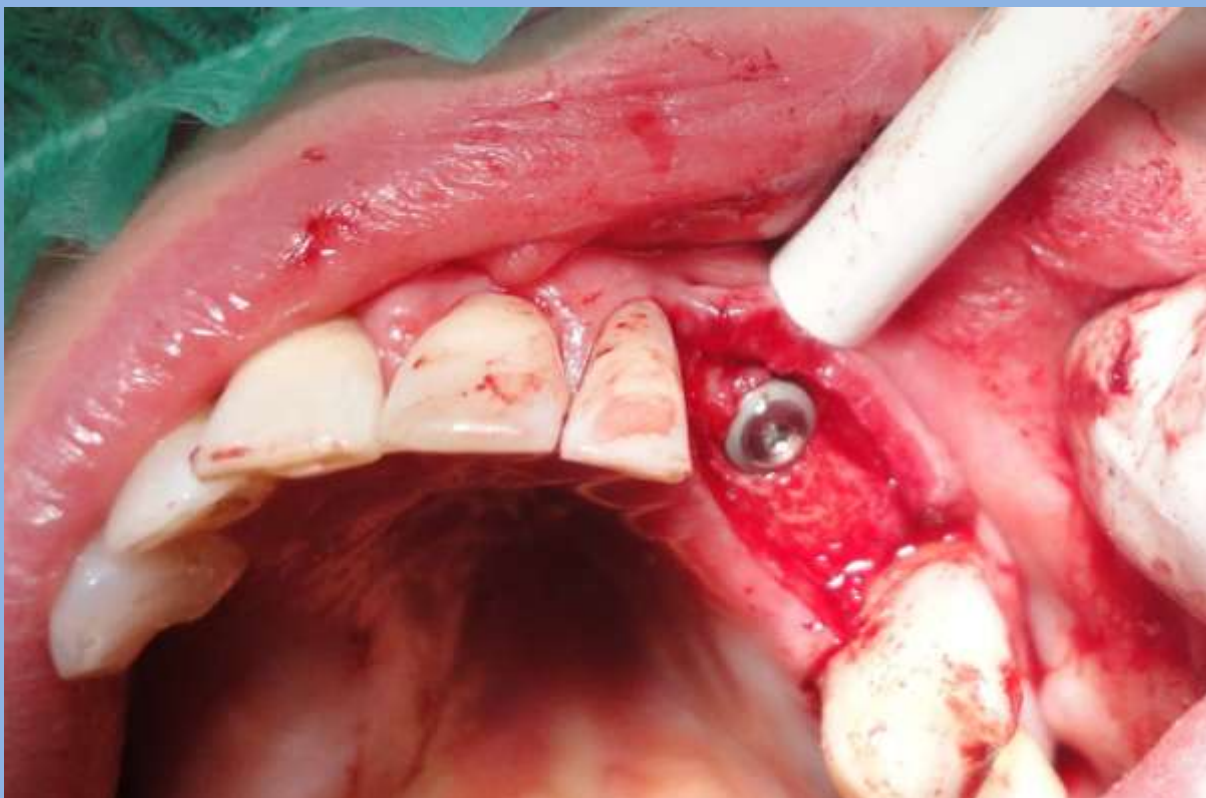
Ryc.49. Zdjęcie pantomograficzne pacjentki K.T, d.38 oraz d. 48 w trakcie leczenia endodontycznego



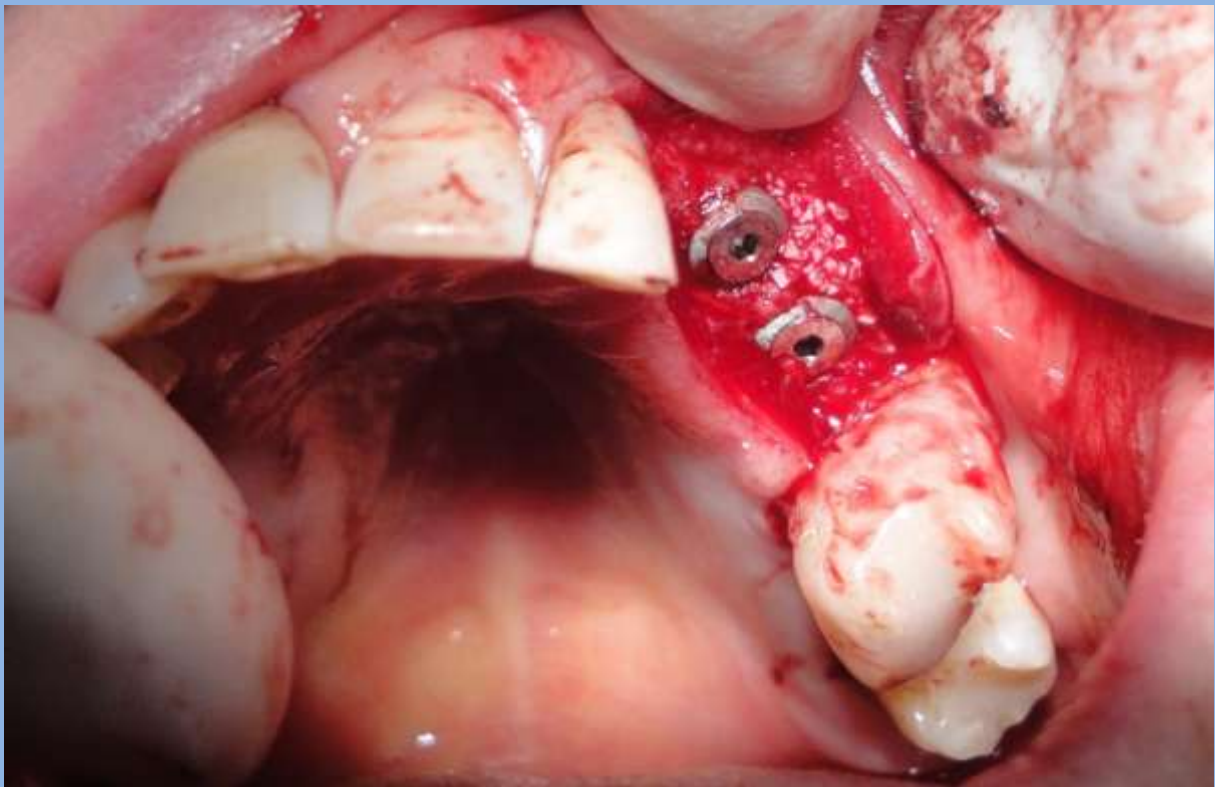
Ryc.50. Odpreparowanie płata śluzówkowo-okostnowego w okolicy d. 23-25



Ryc. 51. Zdjęcie śródzabiegowe, widoczny wyrostek zębodołowy szczęki



Ryc. 52. Wprowadzenie implantu w okolicę d. 23



Ryc.53. Wprowadzenie implantu w okolicę d. 24



Ryc.54. Zaopatrzenie chirurgiczne rany okolicy d. 23-25, na okres 10 dni



Ryc. 55. Wprowadzenie implantu w okolice d. 14



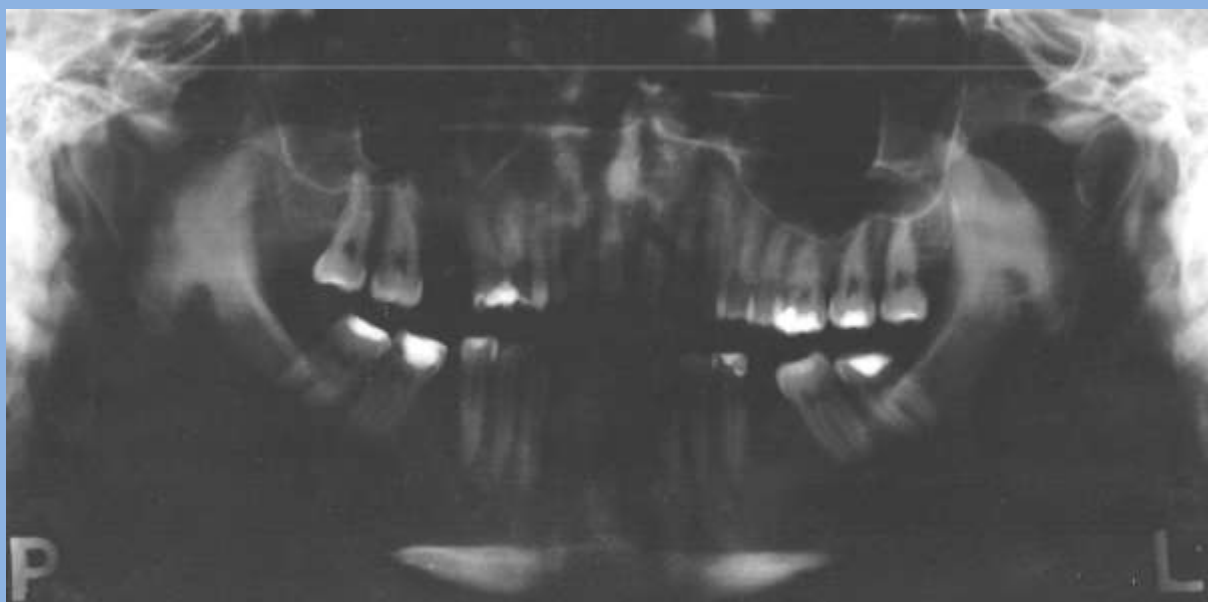
Ryc.56. Zabezpieczenie okolicy zabiegowej szwami chirurgicznymi

## PACJENT V

Pacjent J.Ł. lat 34 zgłosił się z powodu braku d.16. Ząb usunięty sześć miesięcy wcześniej, ze względu na konieczność likwidacji ognisk zapalnych w jamie ustnej. Po okresie gojenia zgłosił się w celu uzupełnienia braku międzyzębowego. Pacjent ogólnie zdrowy, brak przeciwwskazań do wprowadzenia wszczepów śródkostnych. Braki międzyzębowe klasy VI wg Kennedy'ego, jakość kości wg Legholma/Zaarba klasa II. Pacjenta znieczulono preparatem Citocartin 100. Po preparacji płata śluzówkowo-okostnowego i odsłonięciu tkanki kostnej w rejonie d.16 wypreparowano łożę, a następnie wszczepiono implant

- d. 26 - implant stożkowy I5, AB Dental Devices Ltd. 4.2/8 mm.

Wszczep zabezpieczono śrubą zamykającą, a ranę zaopatrzone szwami (gojenie podśluzówkowe). Szwy usunięto po 10 dniach. Po sześciu miesiącach przeprowadzono odbudowę protetyczną z zastosowaniem łącznika standardowego i korony na podbudowie metalowej licowanej porcelaną. Pacjent zgłosił się celem dalszego leczenia implantologiczno-protetycznego pojedynczych braków w żuchwie.



Ryc.57. Zdjęcie pantomograficzne Pacjent J.Ł., przez zabiegiem chirurgicznego wszczepienia implantu w okolicę d. 16



Ryc.58. Zdjęcie śródzabiegowe w okolicy d. 16 stan po wprowadzeniu implantu



Ryc.59. Zdjęcie wewnątrzustne okolicy d. 16 po zabezpieczeniu szwami chirurgicznymi

Do badania stosowano Kartę Leczenia Implantologicznego OSIS EDI, w celu oceny przebiegu zabiegu oraz dokumentacji medycznej. Wszystkich pacjentów poinformowano o konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne przynajmniej raz na sześć miesięcy, w celu przeprowadzenia profesjonalnych zabiegów higienizacji, scallingu i kontroli uzupełnień implantoprotetycznych. Zabiegi przeprowadzano w Poradni Protetyki Stomatologicznej i Ortodoncji w Tychach oraz w NZOZ Uni-Med Centrum Medyczno-Stomatologicznym w Sosnowcu w zespole lekarzy:

- dr.n.med. Aleksandra Nitecka-Buchta, specjalista Protetyki Stomatologicznej
- lek. dent Krzysztof Zieliński, specjalista Protetyki Stomatologicznej

Wszystkie zdjęcia zostały wykorzystane za zgodą pacjentów, pochodzą z dokumentacji medycznej prowadzonej przez Autorów. Karty badania pacjenta i stanowią część dokumentacji medycznej.

Wykaz statystyczny, charakterystyka epidemiologiczna Pacjentów:

<b>nr</b>	<b>Pacjent</b>	<b>Wiek</b>	<b>Płeć</b>	<b>Implant</b>	<b>Pozycja</b>	<b>Procedury dodatkowe</b>
1	J.J		K	2	15, 25	Sinus lift zamknięty
2	N.L	84	K	5	35,36,45,46,47	Augmentacja materiał kośćcozastępczy
3	J.R.	30	K	2	25,46	Augmentacja materiał kośćcozastępczy
4	K.T.	64	K	4	23,24, 14,15	-
5	J.Ł.	34	M	1	16	-
6	H.B.	36	K	1	12	-