

# Pod presją czasu

Idealna sytuacja kliniczna ma miejsce wtedy, gdy jest czas na przemyślenie problemu i zaplanowanie leczenia. Kłopot pojawia się, gdy czas nagli



źródło: archiwum prywatne (19)

**Dr n. med. Jolanta Nowakowska-Socha, specjalista chirurgii stomatologicznej, ADADENT – prywatna praktyka chirurgiczno-implantologiczna Szczecin-Przeclaw**

**P**lan leczenia powinniśmy przedstawić pacjentowi, aby mógł się zastanowić i świadomie nań zdecydować. Takich przypadków życzę wszystkim implantologom. Co jednak w sytuacji, gdy trzeba działać szybko i żadne klasyczne rozwiązanie nie wydaje się wystarczająco dobre?

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent R.R., lat 63, leczony jest w moim gabinecie od 2005 roku. Sześć lat temu siekacze górne zostały powtórnie przeleczone kanałowo, wzmocnione włóknami szklanymi (ząb 12 metalowym wkładem k-k) i zaopatrzone koronami porcelanowymi na podbudowie ze złota. Ząb 12 był na granicy przydatności protetycznej, jednak pacjent zdecydował się na jego pozostawienie. W styczniu 2012 R.R. zgłosił się z powodu ruchomości tego zęba. Klinicznie stwierdzono

aktywną przetokę w przestrzeni między 12 i 13 oraz wzmoczoną ruchomość z wydłużeniem korony zęba 12 (fot. 1, 2). Po usunięciu odbudowy protetycznej stwierdzono skośne pęknięcie korzenia, potwierdzone na RTG (fot. 3). Wkład wraz z koroną zacementowano na cement tymczasowy. Zalecono przyjmowanie antybiotyku i płukanie jamy ustnej chlorheksydyną. Termin zabiegu ustalono za trzy dni.

Cała trudność polegała na tym, że pacjent jest osobą publiczną i ani chwili nie może pozostawać bez zęba ani użytkować niepewnych uzupełnień tymczasowych. W dniu zabiegu w znieczuleniu nasiękowym korzeń zęba 12 został atraumatycznie usunięty (fot. 4). Tkanki miękkie i twarde opracowano mechanicznie i zdekontaminowano metronidazolem, po czym dopodniebiennie wszczepiono implant jednoczłonowy (fot. 5, 6). Stabilizacja pierwotna wynosiła 40 Ncm. Implant zaopatrzone koroną tymczasową wytworzoną na bazie wycisku użytkowanej dotąd korony. Korona tymczasowa została wykonana tak, aby uzyskać zaklinowanie z zębami sąsiednimi, oraz odciążona w zwarcu centralnym i ruchach bocznych (fot. 8, 9). Korona tymczasowa w tym systemie jest złączona na stałe z częścią transferu implantu (z tworzywa sztucznego), którą po implantacji odcina się wiertłem (fot. 7). Daje to bardzo pewne utrzymanie dla korony, a jednocześnie eliminuje potrzebę używania cementu tymczasowego. Pacjent został poinstruowany odnośnie do zakazu spożywania twardych pokarmów przez okres wlgajania (dwa miesiące) oraz

konieczności przestrzegania zasad higieny.

Etap chirurgiczny wraz z zaopatrzeniem tymczasowym zajął około godziny. Przez kolejny tydzień pacjent pozostawał pod ścisłą kontrolą, a następnie miał zgłosić się za dwa miesiące na zamianę korony tymczasowej na docelową. Zgłosił się jednak dopiero po blisko czterech miesiącach po telefonicznym przypomnieniu, ponieważ na tyle dobrze funkcjonował w prowizorium, że zapomniał, iż

leczenie nie jest zakończone. Na tej wizycie stwierdzono znaczną retrakcję dziąsła (fot. 11, 12), jednak dla pacjenta nie był to problem wymagający wymiany korony na zębie 13. Szyjka zęba 13 została pokryta kompozytem (fot. 14, 15). Po stwierdzeniu integracji implantu na RTG (fot. 10) i jego wewnątrzustnej stabilizacji oraz braku jakichkolwiek niepokojących objawów wykonano wycisk twardą masą polieterową na łyżce zamkniętej,

który przekazano do laboratorium. Ze względu na dopodniebienne umieszczenie wszczepu został on skorygowany według przygotowanego w laboratorium klucza (fot. 13, 14). Koronę zacementowano na cement glijono-merowy (fot. 15). Nadmiary cementu starannie usunięto, po czym wykonano kontrolne RTG (fot. 16). Pacjent jest zadowolony z przebiegu leczenia i jego efektu (fot. 17, 18). Czas pokaże, czy zastosowane rozwiązanie było trafne. W takich przypadkach jak opisany powyżej i w podobnych implant jednoczłonowy dający możliwość zastosowania natychmiastowego i pewnego uzupełnienia tymczasowego wydaje się dobrym rozwiązaniem. ■

