

Рис. 1. Вид 4 зубов, отпрепарированных под керамические виниры с расположением края на уровне десны



Рис. 2. Обратите внимание на «незримость» линии края виниров, несмотря на то что край не погружали под десну



*Рис. 3. Темный зуб или зуб, требующий
значительного слоя опака, часто
требуют расположения края под десну.
Как в данном случае, с центральным и
боковым резцами*

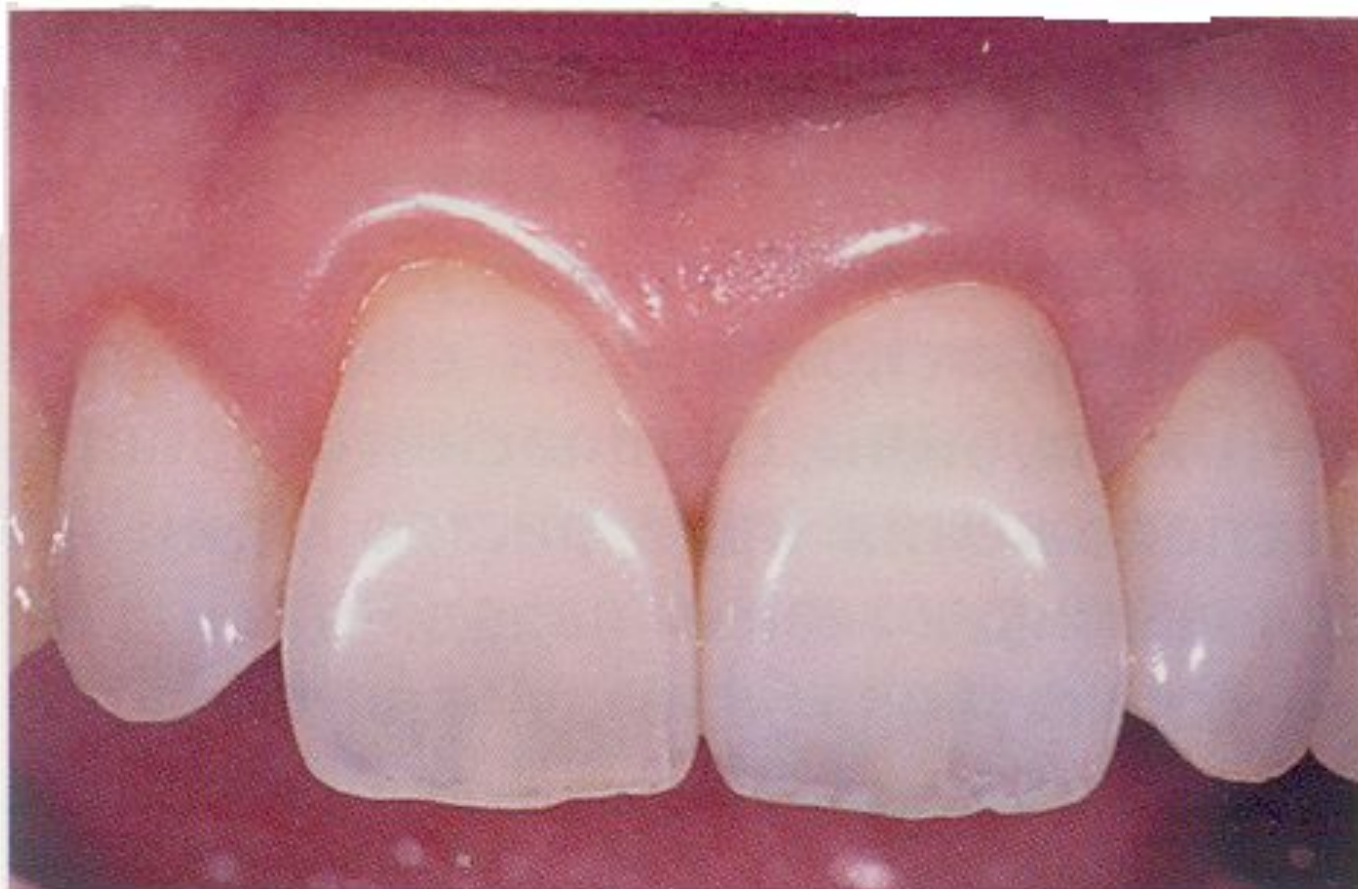


Рис. 4. Вид законченных реставраций на центральный и боковой резцы с поддесневным расположением края, здоровое состояние тканей пародонта

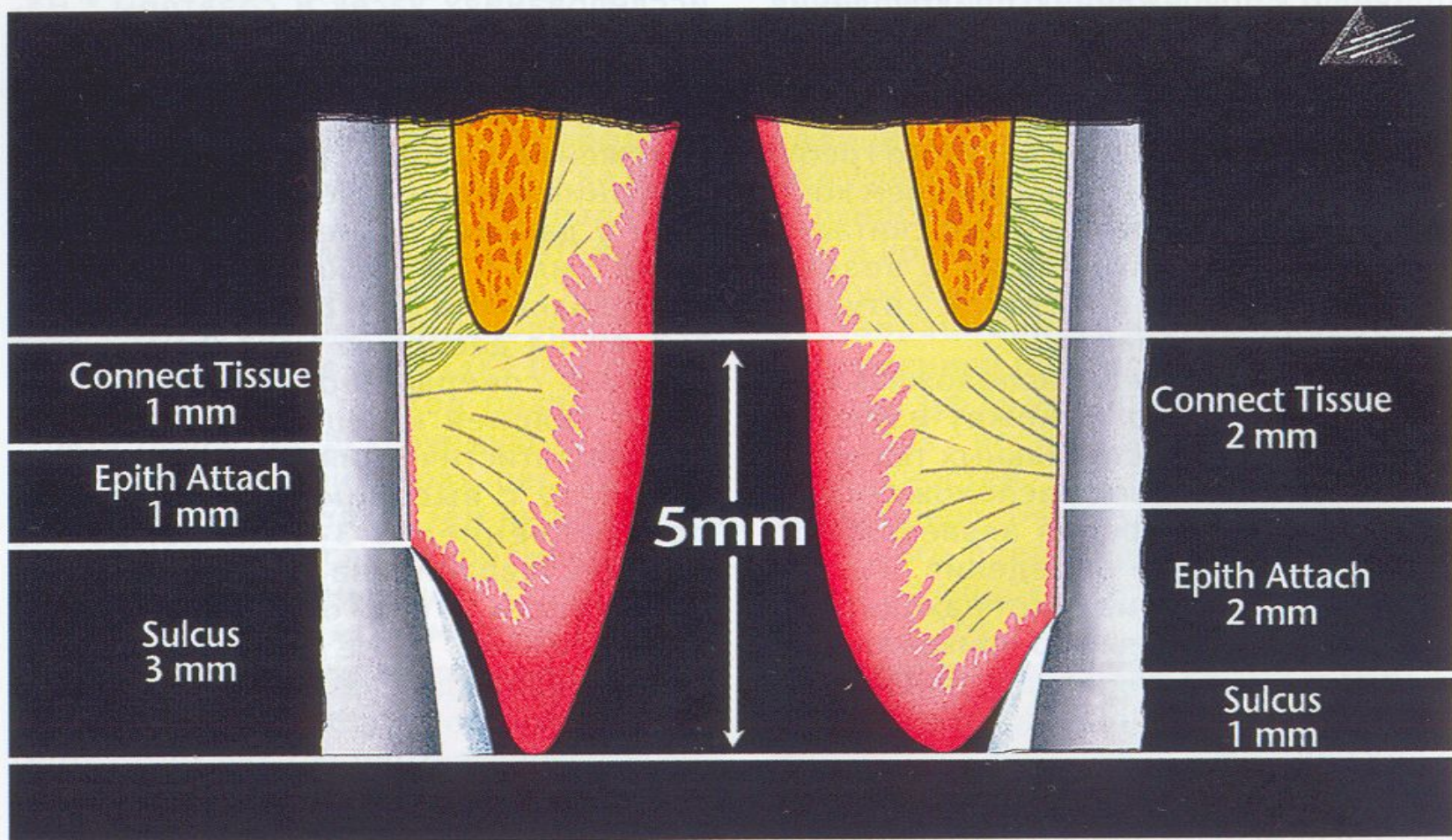


Рис. 5. Вариации биологической ширины, возникающие у пациентов с низким уровнем расположения альвеолярного гребня.

Слева. Средняя биологическая ширина – 2 мм, при этом 1 мм – соединительнотканное прикрепление и 1 мм – эпителиальное прикрепление. Общая высота десны над уровнем кости – 5 мм, с бороздкой в 3 мм. У таких пациентов вероятно возникновение рецессии после любой реставрации.

Справа. Вариация нормальной биологической ширины у пациентов с низким уровнем расположения альвеолярного гребня, 2 мм – соединительнотканное прикрепление и 2 мм – эпителиальное прикрепление, общая биологическая ширина – 4 мм, соответственно, глубина бороздки 1 мм и минимальный риск к рецессии



Рис. 6. Эта 78-летняя пациентка обратилась с жалобами на реставрации фронтальной группы зубов верхней челюсти, установленных 6 месяцев назад. Ее не устраивали обнажившиеся края реставрации и произошедшая после их установки рецессия

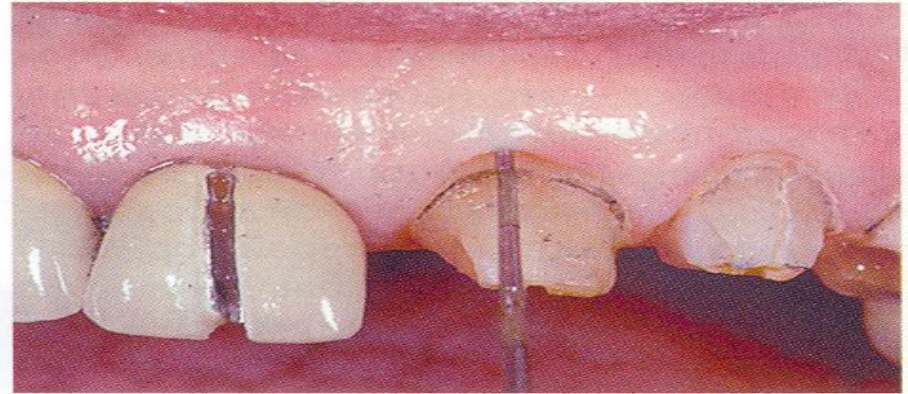


Рис. 7. Глубина бороздки от уровня имеющегося прикрепления до уровня существующих краев – чуть более 3 мм. У этой пациентки был нарушенный процесс прорезывания и глубина бороздки, в которую были погружены эти реставрации более 3 мм

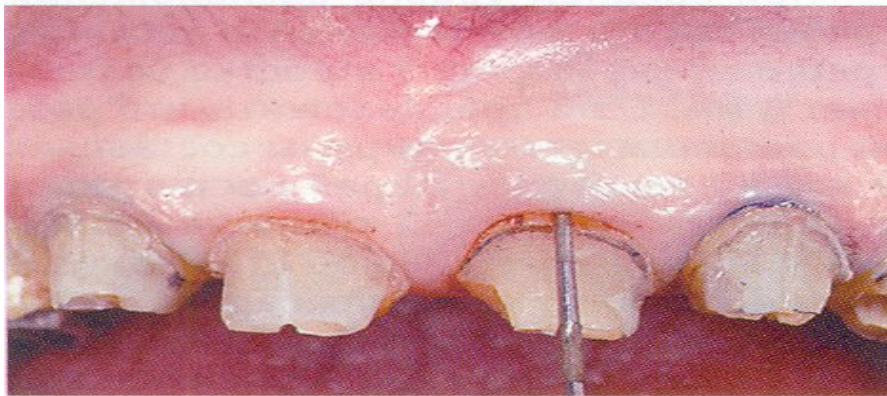


Рис. 8. Здоровая кость обнаружена на глубине 3,5 мм, это уже после рецессии



Рис. 9. Было принято решение провести гингивэктомию, оставив бороздку глубиной 1 мм, и отпрепарировать зубы с погружением края под десну на 0,5 мм в тот же день



Рис. 10. Обратите внимание, что через 4-6 недель после гингивэктомии и повторного препарирования ткани восстановились в коронковом направлении поверх краев провизорных реставраций



Рис. 11. Эта фотография сделана 4 года спустя после установки окончательных конструкций в один из контрольных визитов

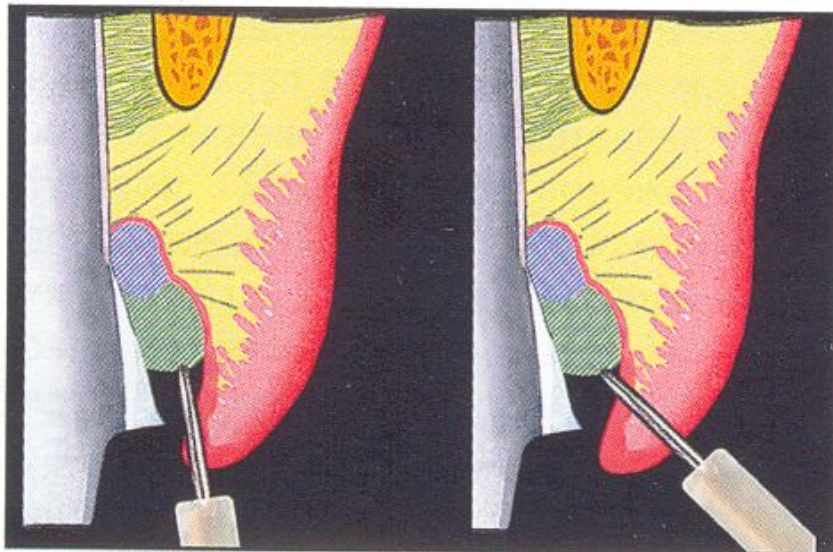


Рис. 12. Если требуется электрохирургия в случаях измененного или нормального прорезывания, следует помнить о правильном наклоне наконечника электрохирургического аппарата

***Слева.** Иллюстрация показывает правильное расположение электрохирургического наконечника – параллельно отпрепарированному зубу, кончик находится на нити.*

***Справа.** Неправильный наклон электрохирургического наконечника. Наконечник чрезмерно наклонен – это приведет к избыточному удалению тканей*

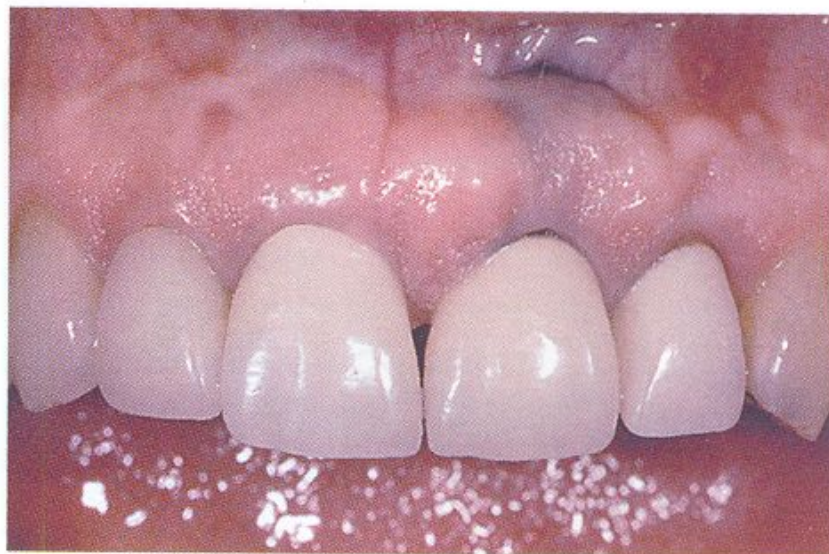


Рис. 13. Пациенту требуется удаление левого бокового резца из-за перелома корня. Из-за плохого состояния зубов мостовидный протез будет установлен с правого центрального резца по левый клык. Пациент отказался от имплантации и обеспокоен возможным возникновением рецессии в будущем



клыка гингивэктомия приведет к его чрезмерному удлинению по сравнению с клыком противоположной стороны. Поэтому было принято решение расположить края в пределах половины глубины 3 мм бороздки и надеяться на то, что рецессия не произойдет. Если она случится, край должен при таком подходе остаться под десной

Рис. 14. Очень темные зубы и глубина бороздки 3 мм явились предпосылкой задуматься о возможной рецессии. В области резцов было принято решение провести гингивэктомию и создать бороздку глубиной 1 мм, с последующим расположением краев реставрации на 0,5 мм в пределах бороздки. В области



Рис. 15. Произведена гингивэктомия в области резцов, создана бороздка глубиной 1 мм

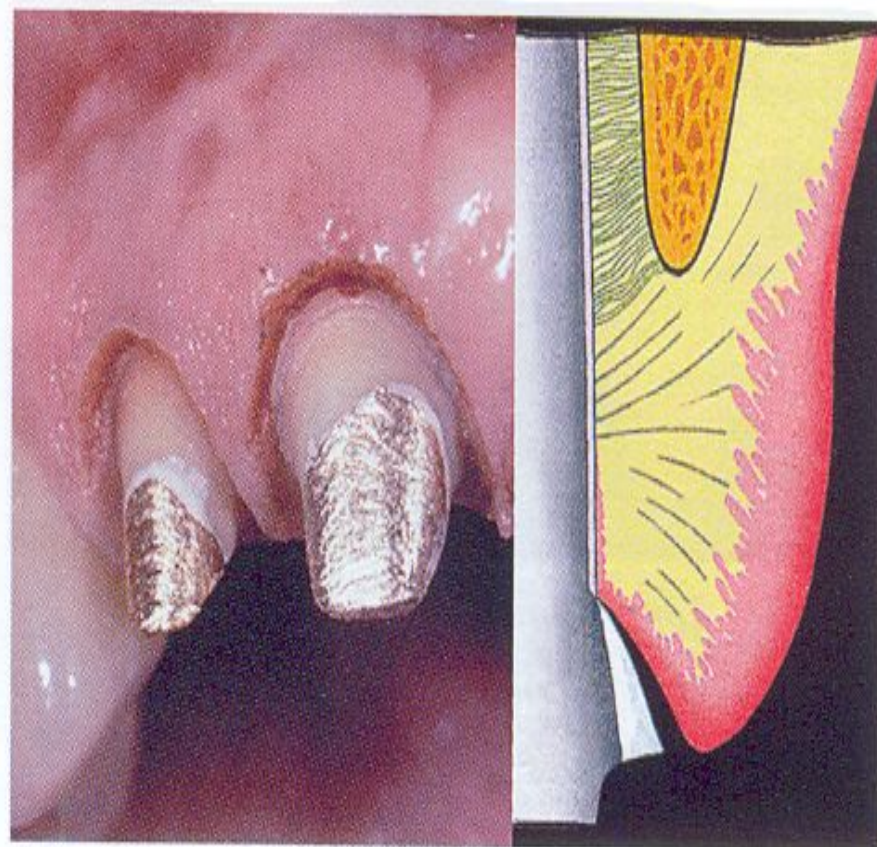


Рис. 16. Первый этап контролируемого процесса расположения края: равномерное препарирование зуба до уровня десневого края

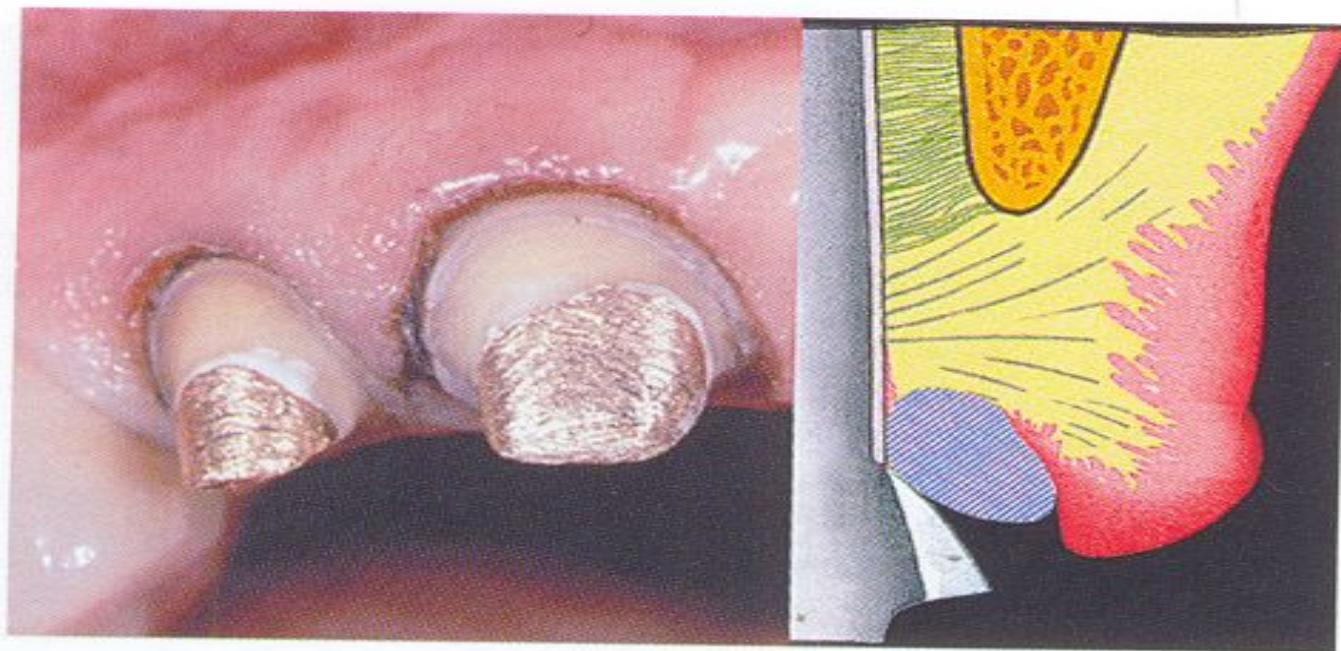


Рис. 17. Второй этап процесса расположения края: укладка одного слоя ретракционной нити на глубину, где планируется расположить край готовой реставрации. На иллюстрации уложен один слой нити на 0,5 – 0,7 мм ниже, чем первоначально отпрепарированный край. Теперь край будет опущен (смещен в апикальном направлении) до вершины введенной нити. Нить в данном случае выполняет роль ориентира глубины препарирования под десну

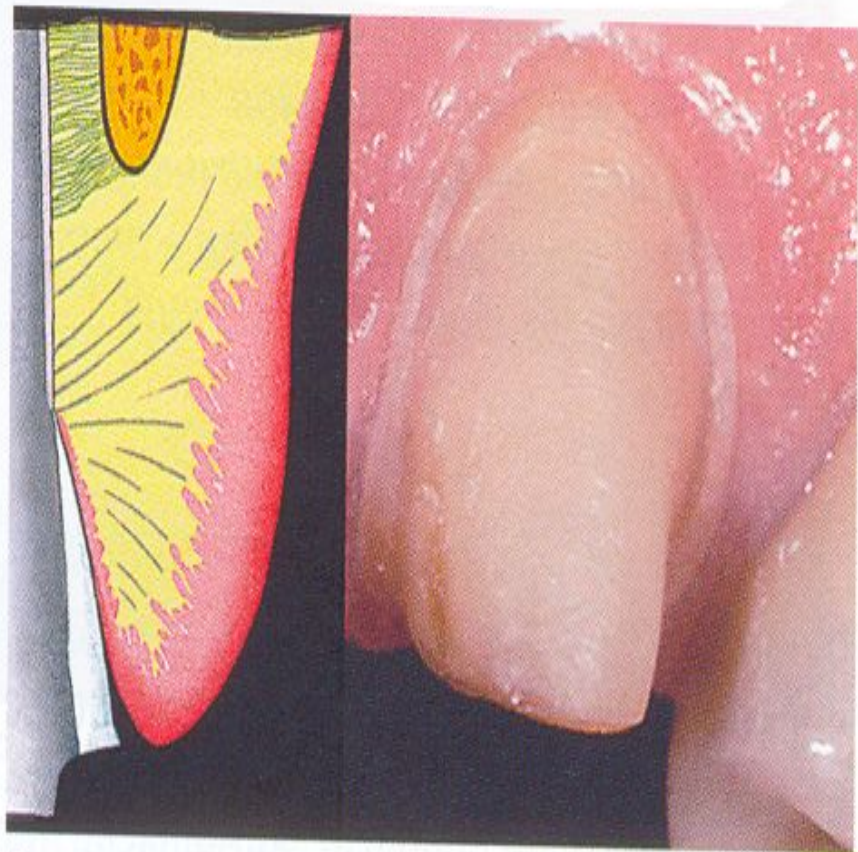


Рис. 18. Клык, у которого имеется глубокая бороздка, отпрепарирован до уровня краевой десны до установки ретракционной нити

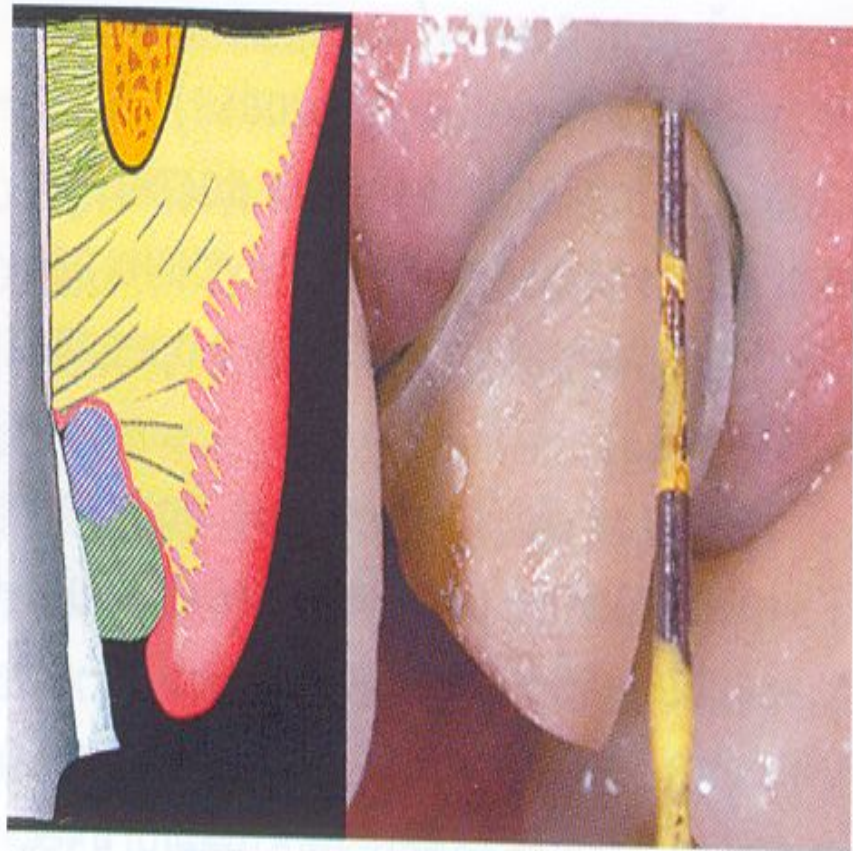


Рис. 19. Два слоя нити помещены в бороздку, зондирование показывает, что теперь глубина 1,5 мм (расстояние от первично отпрепарированного края до вершины верхней ретракционной нити)

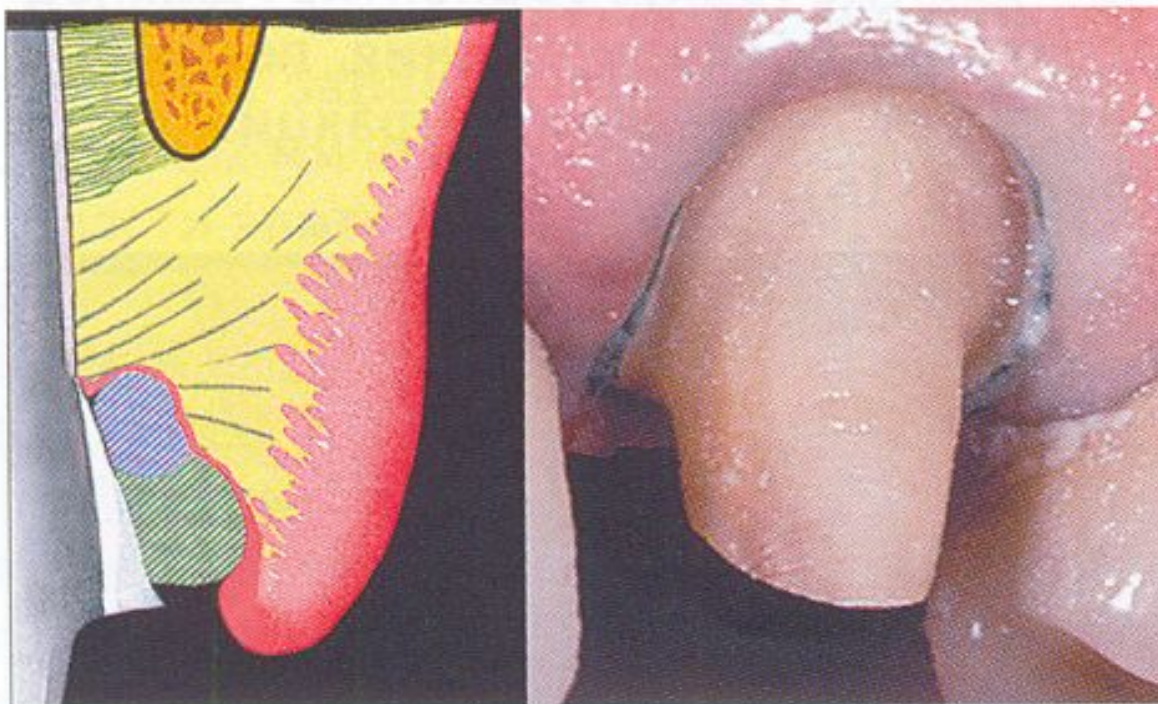


Рис. 20. Теперь край погружен апикально до уровня вершины верхней нити. Обратите внимание, что именно расположение бора у зуба при препарировании, а не его отклонение в сторону, позволяет предотвратить повреждение тканей и кровотечение. Даже при поддесневом препарировании

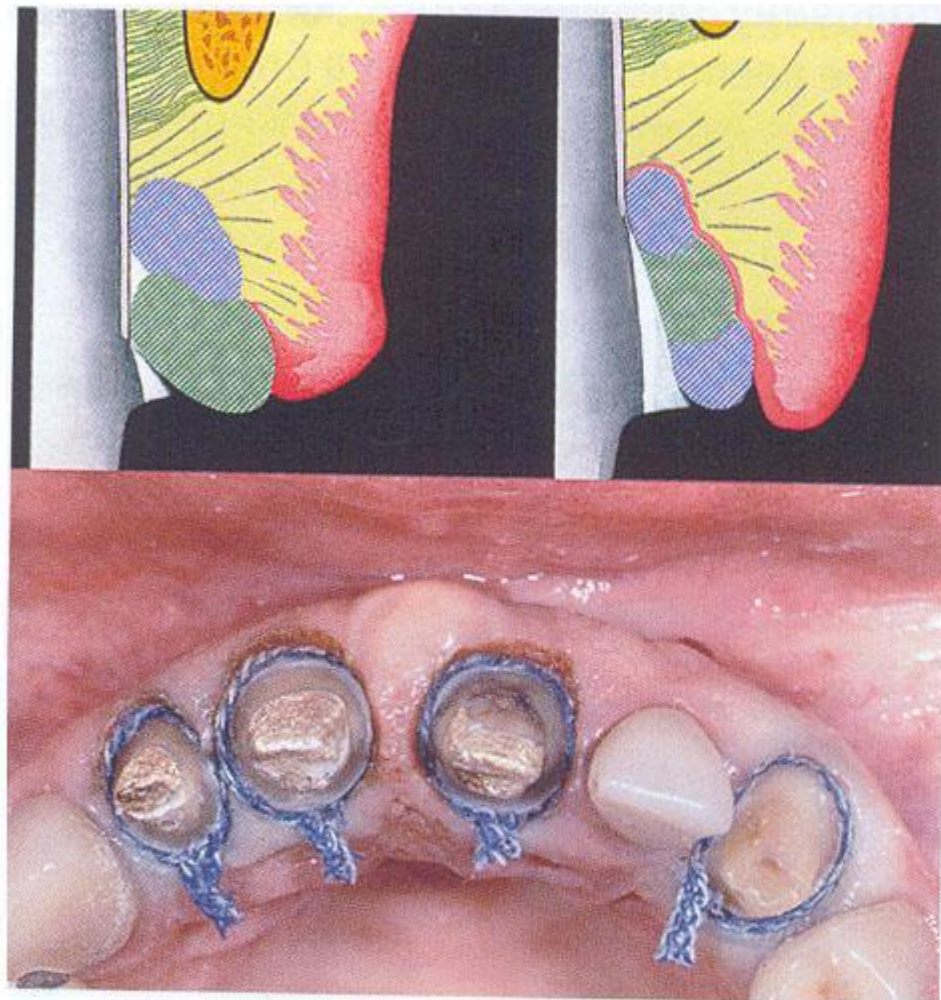


Рис. 21. Ретракционные нити введены у резцов и клыка. Оттиск был снят для последующего изготовления временного протеза до удаления левого бокового резца. После окончательного препарирования краев становится возможным осуществление финального этапа с минимальной доработкой. Обратите внимание, что нить видно по всему периметру отпрепарированных зубов, за исключением мезиальной поверхности у правого центрального резца. Здесь можно легко провести электрохирургию, чтобы обнажить нить. Обратите также внимание, что в области резцов установлено по 2 нити, в области клыка – 3

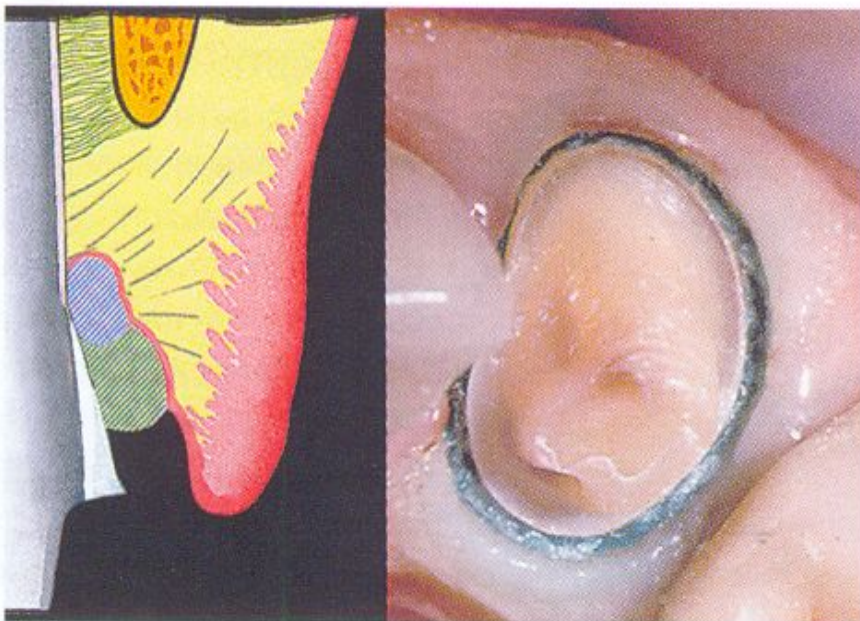


Рис. 22. После того как удалили оттискную нить в области клыка, было получено адекватное пространство для оттискового материала, без нависания мягких тканей, которое могло бы привести к оттяжкам в оттиске. Обратите внимание, что край расположен на 1.5 мм под десной, в бороздке осталось 2 нити



Рис. 23. Вид мягких тканей через 9 месяцев после удаления бокового резца. Обратите внимание на заживление вокруг всех зубов и отсутствие рецессии

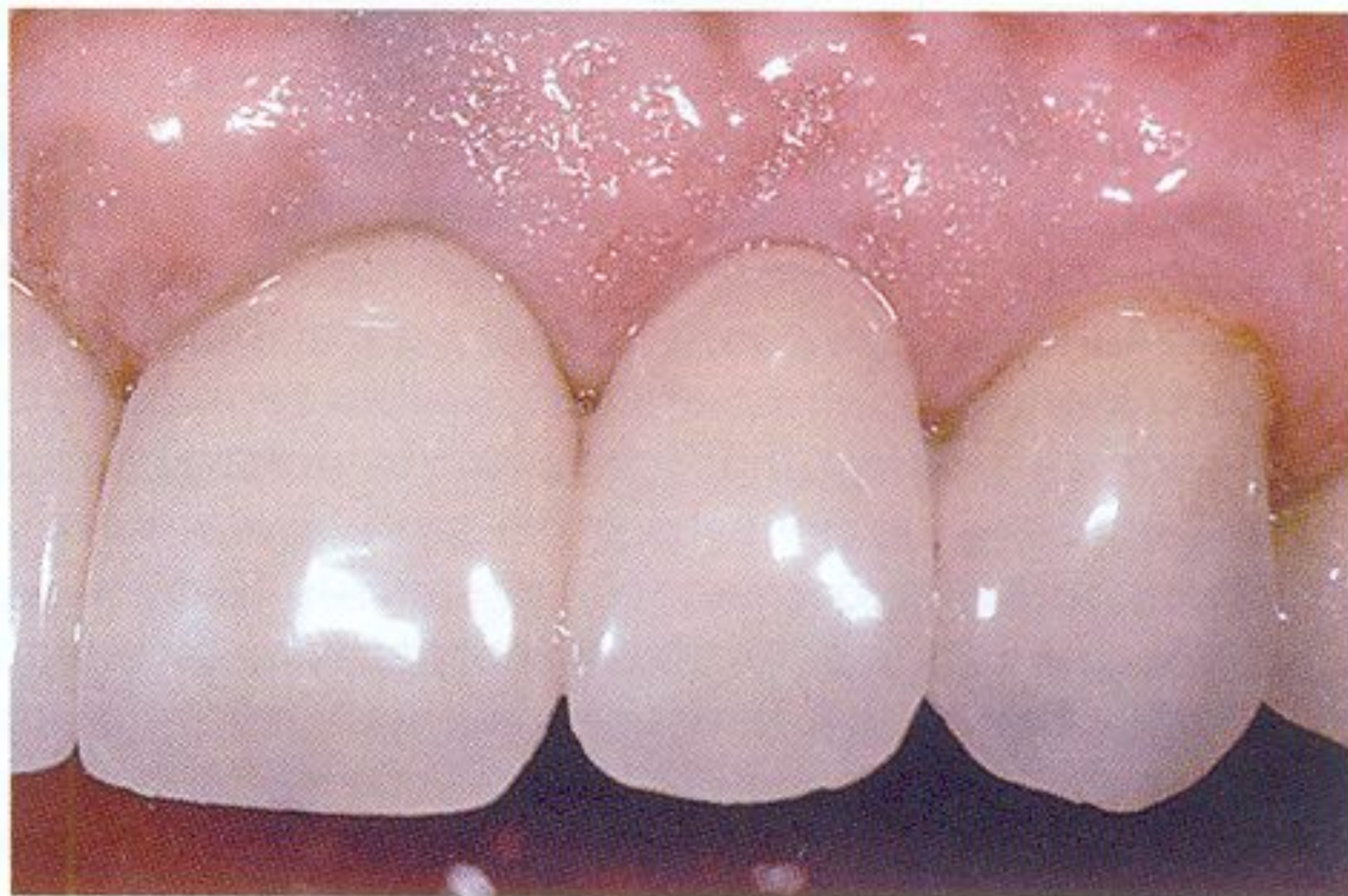


Рис. 24. Установка окончательных протезов через 9 месяцев (по истечении периода заживления)



Рис. 25. Фотография – 8 лет спустя после установки окончательных протезов