



Использование небных стабилизаторов для фиксации имедиат-протеза при немедленной имплантации: клинический случай

К.Н. Хабиев

Ранняя эстетическая и функциональная реабилитация пациентов после тотального удаления зубов с одномоментной имплантацией, либо после проведения костной пластики является актуальной задачей, так как, в случае полного отсутствия зубов, пациент теряет возможность пережевывать пищу, нормально разговаривать и тем более улыбаться. Если сразу после установки имплантатов нет возможности зафиксировать на них несъемный протез (то есть, невозможно провести немедленную нагрузку), реабилитировать пациента можно,

изготовив имедиат-протез. Но в случае проведения направленной костной регенерации, фиксировать полный съемный протез нельзя, так как давление, оказываемое протезом (даже с мягкой прокладкой), может привести к смещению остеопластического материала.

Одним из вариантов решения этой проблемы является использование временных имплантатов. Временный имплантаты довольно успешно применяются для фиксации несъемных мостовидных протезов, либо съемных имедиат-протезов на нижней челюсти. В этом случае они устанавливаются между по-

стоянными имплантатами и удаляются непосредственно перед протезированием. Но на верхней челюсти использование временных имплантатов не всегда возможно, вследствие недостаточной плотности костной ткани, а также из-за ограничений, связанных с близостью гайморовой пазухи.

Решить проблему фиксации имедиат-протеза при проведении НКР на верхней челюсти может использование небных стабилизаторов. В случае их применения, имедиат-протез удерживается на небных стабилизаторах, не оказывая давления на альвеолярный гребень.

Клинический пример

Пациентка К. обратилась в научно-исследовательскую клинику Дентал Гуру с жалобами на «хлюпающие» коронки, запах изо рта и кровоточивость десен при чистке зубов. При объективном осмотре было выявлено неудовлетворительное состояние мостовидных конструкций на верхней челюсти. На основании данных рентгенологического исследования было выявлено значительное разрушение зубов под мостовидными протезами. Было рекомендовано удаление всех зубов на верхней челюсти с одномоментной установкой имплантатов в области 14,13,11,21,23,24,26,27 зубов и проведением двухстороннего синус-лифтинга в боковых отделах и НКР в переднем отделе верхней челюсти.

План реабилитации на нижней челюсти включал в себя удаление премоляров и установку имплантатов в области 34,36,37,44,46,47 зубов.

На верхней челюсти было принято решение установить имплантаты IMPRO (Германия), так как микрорезьба на шейке имплантата позволяет зафиксировать его одновременно с синус-лифтингом и сохранить костную ткань в пришеечной области, что особенно важно в эстетически важных зонах. На нижней челюсти в области 36,37,46,47 зубов толщина гребня составляла от 3-х до 6 мм, что вызвало необходимость проведения костной пластики в этой области. Как один из самых безопасных и эффективных методов, в качестве восстанови-

тельной техники был выбран метод расщепления гребня с использованием имплантатов AnyRidge (Megagen, Ю.Корея). Благодаря особой конфигурации, этот имплантат позволяет расщепить гребень практически без риска перелома вестибулярной стенки. Методика расщепле-



К.Н. Хабиев, к.м.н., сертифицированный имплантолог Европейской Ассоциации Остеоинтеграции, эксперт международного исследовательского центра MINEC, президент группы компаний Дентал Гуру



Рис. 1. Вид в полости рта до операции



Рис. 2. ОПТГ пациента до лечения

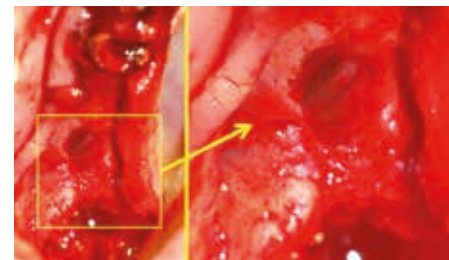


Рис. 3. Перелом бугра в/ч справа в области дефекта

ния гребня позволяет значительно сократить сроки реабилитации пациентов, так как имплантат устанавливается одновременно с расщеплением, а проводить протезирование можно уже через 3-4 месяца после операции.

Для эстетической и функциональной реабилитации пациентки перед операцией был изготовлен имедиат-протез для верхней челюсти. Слпки были сняты заранее с помощью альгинатного слепочного материала (во избежание расцементирования имеющихся протезов), на гипсовой модели были удалены все зубы и изготовлен полный съемный протез.

Во время операции в момент удаления зуба 18, произошел перелом бугра верхней челюсти справа. Это произошло в связи с тем, что костная стенка была очень тонкой, а в области 17-го зуба был дефект костной ткани. Данный факт поставил под вопрос возможность фиксации имедиат-протеза, так как, давление, оказываемое съемным протезом на бугор, будет вызывать его подвижность, что может привести к образованию ложного сустава и сделает невозможным образование костной ткани в зоне проведения синус-лифтинга справа и соответственно делает невозможным установку имплантата в области 16 и 17-го зубов. Синус-лифтинг был проведен через дефект альвеолярного гребня в области 17-го зуба. В качестве осте-



Рис. 4. Перфорация мембраны гайморовой пазухи слева

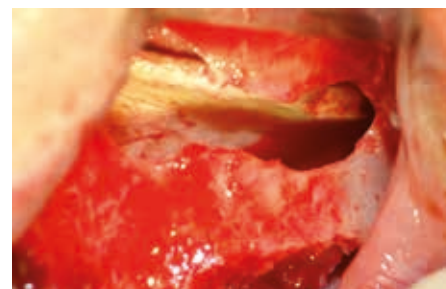


Рис. 5. Закрытие перфорации с помощью мембраны APRF и гибкого кортикального блока

опластического материала использовался Аллоплант (Уфа).

При проведении синус-лифтинга слева произошла перфорация мембраны гайморовой пазухи, которая была успешно закрыта с помощью мембраны, полученной по технологии APRF. Так как разрыв мембраны был значительным, было принято решение дополнительно использовать гибкий кортикальный блок (Cortiflex, Германия). Использование гибкого кортикального блока позволяет исключить давление, оказываемое жидкостью, скопившейся в гайморовой пазухе во время работы, на остеопластический материал. Кортикальный блок замачивается в плазме крови, полученной по технологии APRF в течение 15 минут, после чего он становится гибким и податливым. Пластика изгибается, помещается в полость, где она распрямляется, упираясь в боковые стенки пазухи – это позволяет не фиксировать кортикальный блок винтами.

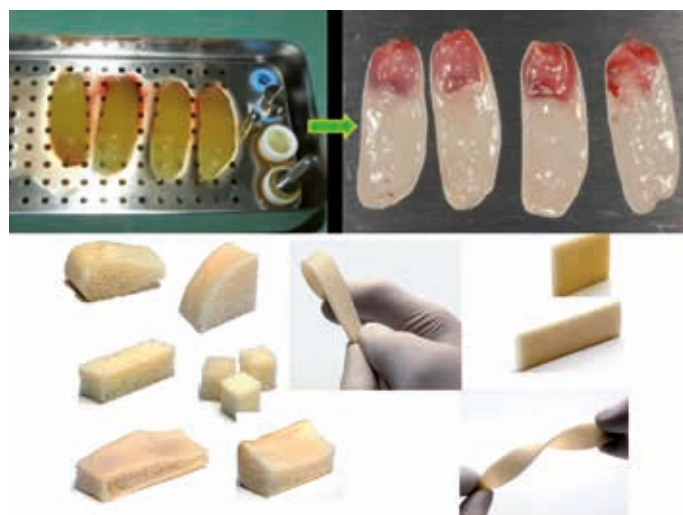


Рис. 6. Мембраны полученные по технологии APRF и материал Cortiflex (Германия)

Имплантаты IMPRO были установлены в намеченных областях сразу после удаления зубов и одновременно с синус-лифтингом слева.

Для фиксации имедиат-протеза было принято решение установить небные стабилизаторы (Megagen, Ю.Корея). Небные стабилизаторы устанавливаются с небной стороны в проекции клыков и по срединному шву, не доходя несколько мм до

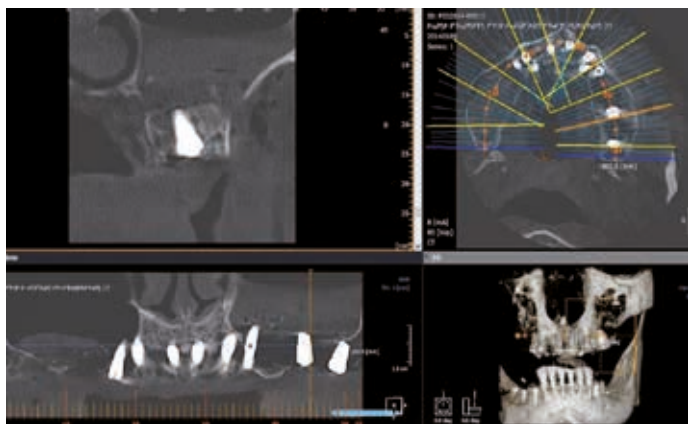


Рис. 7. Срез на КЛКТ в области 26 зуба сразу после операции

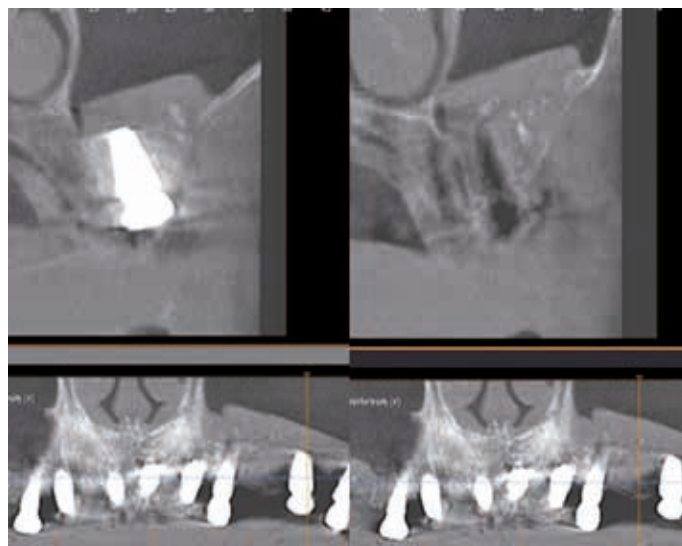


Рис. 8. Срез на КЛКТ в области 26 зуба
через 5 месяцев после операции



Рис. 9. Трехмерная
реконструкция челюсти (вид
сверху)



Рис. 10. Трехмерная
реконструкция (вид со
стороны полости рта)



Рис. 11. Небные
стабилизаторы
в полости рта



Рис. 12. Модифицированный иммедиат-протез с мягкой
прокладкой



Рис. 13. ОПТГ сразу после операции

границы твердого и мягкого неба. Для правильного позиционирования небных стабилизаторов следует использовать специальную крестообразную линейку. Небные стабилизаторы имеют длину 5 мм, а шейка небного имплантата вместе с локаторами имеет длину от 2 до 5 мм, что позволяет подобрать имплантат в соответствии с толщиной слизистой на небе.

Для того, чтобы исключить давление протеза на альвеолярный гребень и на сломанный бугор, вестибулярная часть базиса протеза и пластмасса в области бугра в/ч справа были убраны. Перебазировка протеза мягкой прокладкой (Ufi Gel) позволяет улучшить прилегание протеза, снизить давление на ткани и обеспечить фиксацию на локаторах небных стабилизаторов.

Через 5 месяцев после 1-го этапа операции, была произведена установка формирувателей десны и установлены имплантаты AnyRidge в области 16 и 17 зубов. Данные имплантаты были выбраны в связи с тем, что позволяют обеспечить хорошую первичную стабилизацию даже в очень мягкой кости, не зависимо от наличия или отсутствия кортикальной пластинки



Рис. 14. Вид в полости рта перед снятием слепка под временные коронки

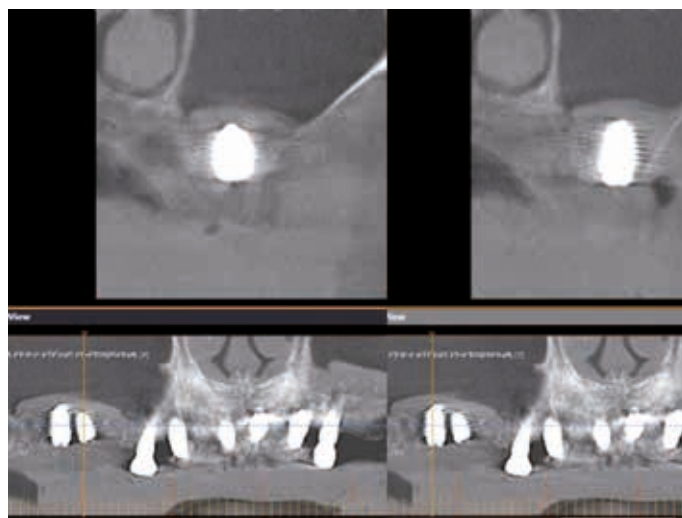


Рис. 15. Срез на КЛКТ в области 17 и 16 зубов сразу после операции

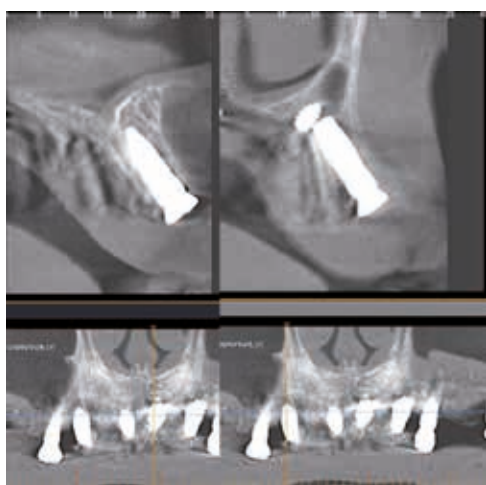


Рис. 16.
Срез на КЛКТ
демонстрирует
сохранность
костной ткани
в переднем
отделе в/ч



Рис. 17. После фиксации временных коронок и удаления небных стабилизаторов



Рис. 18. Временные коронки на имплантатах



Рис. 19. Улыбка пациентки с временными коронками



Рис. 20. Формирование рельефа десны под временными коронками



Рис. 21. Установлены постоянные абатменты



Рис. 22. Постоянные коронки фиксированы на временный цемент



Рис. 23. Вид в полости рта после фиксации постоянных коронок



Рис. 24. Улыбка пациентки до лечения



Рис. 24. Улыбка пациентки после лечения



альвеолярного гребня. Через 2 недели были сняты слепки под временные коронки. После фиксации временных коронок, небные стабилизаторы были удалены. Таким образом, уже через 6 месяцев после начала лечения были

практически полностью восстановлены функция и эстетика, а пациентка избавилась от съемного протеза.

Временные коронки были заменены на постоянные через 11 месяцев после начала лечения.

Рис. 25. Заметное улучшение профиля благодаря повышению прикуса и создания поддержки для верхней губы

Итог: было проведено всего 2 операции, причем вторая манипуляция была максимально щадящей для пациента. Эстетическая и функциональная реабилитация пациента была проведена сразу после операции, а через 6 месяцев эстетика и функция были практически полностью восстановлены и даже улучшены, поэтому пациент мог спокойно ожидать окончания лечения.

Использование новых методик и четкое понимание показаний к проведению тех или иных манипуляций, позволяют значительно сократить количество операций и время, необходимое для полной реабилитации пациента. При наличии необходимых материалов и оборудования можно не только избежать, но и исправить те осложнения, которые неизбежно возникают в процессе работы врача-имплантолога.