

Методика расщепления гребня в области одного зуба



Пак Джи Сун
имплантолог, главный
врач клиники Mir
(Тэгү, Южная Корея)



К. Н. Хабиев
имплантолог, клиника
«ДенталГуру» (Москва)

Процедура расщепления альвеолярного гребня в области одного зуба всегда была трудновыполнимой задачей с технической точки зрения.

Процедура расщепления альвеолярного гребня в области одного зуба всегда была трудновыполнимой задачей с технической точки зрения. Малая протяженность дефекта и близкое расположение соседних зубов не позволяют выполнить послабляющие разрезы кости, достаточные для снятия напряжения, возникающего в альвеолярном гребне при введении имплантата, что часто приводит к перелому вестибулярной пластинки кости. Ключевым фактором также является макроструктура имплантата — цилиндрическая или комбинированная цилиндро-коническая форма не позволяет ввести имплантат без создания чрезмерного напряжения на апексе.

Применение модифицированной техники расщепления с использованием имплантатов конической формы решает эту проблему. Суть этой методики заключается в формировании 2 разрезов — один горизонтальный разрез посередине гребня на глубину погружения имплантата и один вертикальный разрез по краю. Костные разрезы выполняют с помощью пьезохирургического аппарата, используя самую тонкую пилу-насадку. Это позволяет максимально сохранить костную ткань. Затем с помощью сверл формируется ложе под имплантат.

При использовании имплантатов AnyRidge (MegaGen) достаточно сформировать ложе диаметром 2 мм, и можно вводить имплантат диаметром 4 мм. Коническая форма тела имплантата позволяет ему самостоятельно расщеплять гребень без применения дополнительных инструментов. Однако при установке имплантата в очень плотную кость необходимо предварительно использовать экспандеры (например, VonExkit). Наличие одного вертикального разреза позволяет снять напряжение в кости, возникающее при введении имплантата, а отсутствие второго вертикального разреза способствует удержанию вестибулярной пластинки и препятствует ее перелому. Особый дизайн резьбы имплантата KnifeThread® позволяет дополнительно удерживать вестибулярную пластинку за счет глубокого проникновения витков резьбы в костную ткань.

Ниже будут приведены клинические примеры, которые служат наглядной иллюстрацией к описываемой методике.

Пациент М. обратился с жалобами на отсутствие переднего зуба. При осмотре выявлено отсутствие зуба 22 и наличие дефекта вестибулярной поверхности гребня в виде недостаточной толщины костной ткани в области отсутствующего зуба 22. На КТ толщина гребня определялась в пределах 4 мм. Было принято решение восстановить горизонтальный объем кости при помощи модифицированной методики расщепления.

После проведения инфльтрационной анестезии был выполнен разрез с сохранением целостности сосочков соседних зубов, слизисто-надкостничный лоскут был откинут.

С помощью пьезохирургического аппарата Thor (MegaGen) был произведен горизонтальный разрез посередине гребня на всю глубину погружения имплантата (12 мм) и вертикальный разрез на глубину 1 мм и протяженностью 5 мм. При этом использовалась насадка толщиной 0.36 мм, что позволило максимально сохранить ткани. Вертикальный разрез должен производиться таким образом, чтобы между ним и горизонтальным разрезом образовался тупой угол. Сначала копьевидным сверлом, а затем сверлом диаметром 2.0 мм формируем ложе под имплантат.

Так как костная ткань в данном случае относится к III типу, имплантат вводится без предварительного расщепления гребня экспандерами. Благодаря своей конусной форме и тому, что кончик имплантата имеет диаметр всего 2 мм, имплантат сам расщепляет гребень по мере его погружения. Для того чтобы минимизировать вероятность перелома вестибулярной пластинки кости, необходимо прижимать имплантат к небной стенке при

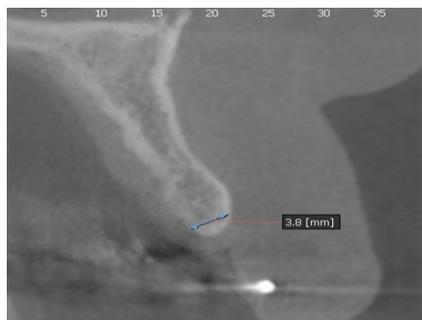


Рис. 1. КТ альвеолярного гребня в области зуба 22 до операции.



Рис. 2. Дефект альвеолярного гребня в области зуба 22.



Рис. 3. Недостаточная ширина альвеолярного гребня в области зуба 22 хорошо визуализируется.

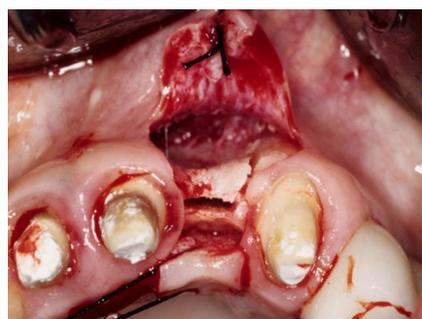


Рис. 4. Горизонтальный разрез кости на глубину имплантации.



Рис. 5. Вертикальный разрез кости на глубину 1 мм.

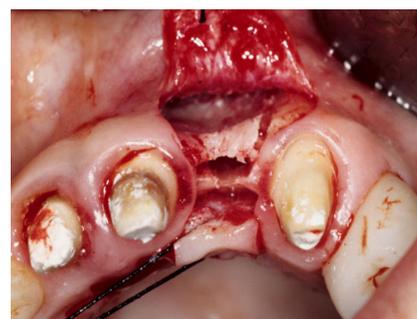


Рис. 6. Формирование ложа под имплантат сверлом 2 мм.

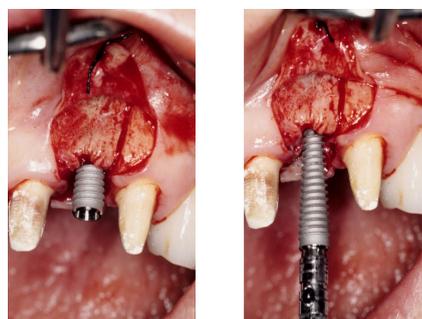


Рис. 7. Введение имплантата ApyRidge без предварительной подготовки экспандерами.

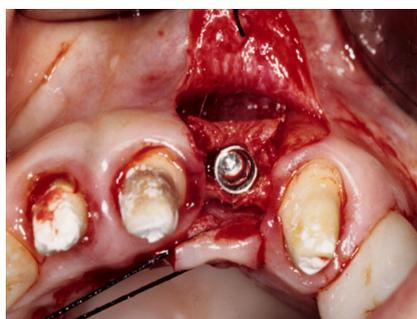


Рис. 8. Расщепление гребня при введении имплантата.



Рис. 9. После расщепления. Вид сбоку.

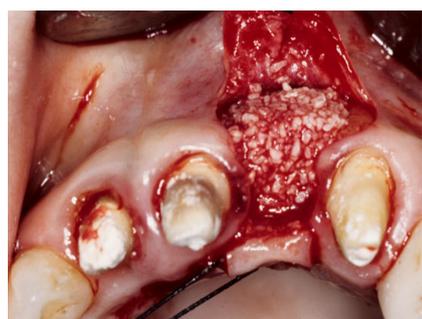


Рис. 10. Щели заполнены остеопластическим материалом MegaOssBovine.



Рис. 11. Коллагеновая мембрана.



Рис. 12. Наложены швы.



Рис. 13. Результат через 3 месяца.



Рис. 14. Дефект полностью устранен.



Рис. 15. После фиксации коронки.

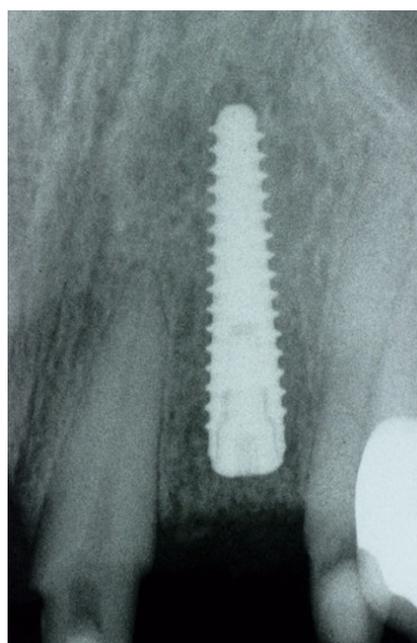


Рис. 16. Рентгеновский снимок сразу после установки имплантата.

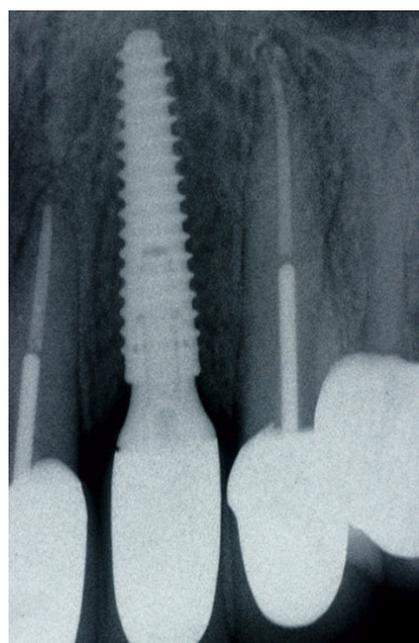


Рис. 17. Рентгеновский снимок через 1 год после фиксации коронки.

Применение модифицированной методики расщепления в сочетании с установкой имплантатов конусной формы AnyRidge позволяет добиться стабильного результата в короткие сроки.

его введении. Рекомендуется погружать имплантат не менее чем на 1 мм глубже уровня вестибулярной стенки кости, но не глубже чем на 3 мм от клинической шейки соседних зубов. Так как вестибулярная пластинка кости удерживается за счет 2 костных стенок, вероятность ее перелома минимальна. Образовавшиеся при расщеплении щели были закрыты с помощью размельченного остеопластического материала и изолированы сверху коллагеновой мембраной, наложены швы.

Через 3 месяца наблюдается полное восстановление дефекта. Уровень кости стабилен. Была произведена установка формирователя десны. Через 10 дней были сняты слепки и изготовлена металлокерамическая коронка. Через год после фиксации коронки был произведен контрольный снимок, который подтверждает стабильность костной ткани вокруг имплантата.

Вывод

Применение модифицированной методики расщепления в сочетании с установкой имплантатов конусной формы AnyRidge позволяет добиться оптимального стабильного функционального и эстетического результата в короткие сроки. **DM**