

Возможность реабилитации пациентов с 3—4-м типами костной ткани



А. А. Лысенко

врач-имплантолог,
главный врач научно-исследовательской
клиники «Дентал Гуру»,
эксперт международно-го
исследовательского
центра KINEC



Ю. Г. Седов

ассистент кафедры
общей и клинической
стоматологии РУДН,
врач стоматолог-хирург,
врач-рентгенолог, на-
учно-исследовательская
клиника «Дентал Гуру»

Д

ентальная имплантация широко внедрена в стоматологическую амбулаторную практику. Данный метод уже длительное время является приоритетным для восстановления дефектов зубных рядов.

На рынке появляется огромное количество различных имплантационных систем, которые разрабатываются с учетом как стандартных требований (материал изготовления, универсальный хирургический набор и компоненты ортопедии), так и индивидуальных отличительных особенностей (форма, резьба, специальное покрытие поверхности имплантата и прочее).

При этом не стоит забывать, что успех дентальной имплантации зависит от планирования лечения. Врачу необходимо определиться с выбором ортопедической конструкции, подобрать размер имплантата исходя из объема костной ткани, близости расположения важных анатомических образований, типа кости и прочее. Только при соблюдении всех процедур планирования можно прогнозировать долговременный результат имплантации. К сожалению, эти, казалось бы, банальные правила не всегда соблюдаются и, как следствие, процент неудач увеличивается. Таким образом, перед врачом стоит сложный выбор в пользу того или иного типа и размера дентального имплантата.

На рынке появляется огромное количество имплантационных систем, которые разрабатываются с учетом как стандартных требований, так и индивидуальных особенностей

В этой статье нам хотелось бы разобрать ситуацию, когда имеется атрофия костной ткани в сочетании с ее низкой плотностью (3—4-й типы костной ткани по классификации Lekholm & Zarb). Такая клиническая картина встречается, как правило, у женщин в возрасте от 50 лет и старше. Это объясняется гормональной перестройкой организма, а также дефицитом Ca и витамина D. При условиях, когда имеется ограниченный объем костной ткани в сочетании с ее низкой плотностью, невозможно на 100 % гарантировать стабильность имплантата. Как правило, в таких случаях соблюдается стандартный протокол ведения имплантации (3 месяца для остеоинтеграции на нижней челюсти, 6 месяцев — на верхней). Важным моментом служит правильно подобранный тип и размер имплантата. Золотым стандартом является соотношение тела имплантата к коронке, как и у зуба, 2 к 1. Однако при дефиците кости проводить реконструктивные операции по созданию оптимального объема костной ткани не всегда возможно, особенно у группы пациентов с 4-м типом кости и сопутствующей патологией со стороны опорно-двигательного аппарата (остепения, начальная стадия остеопороза). На



Рис. 1. ОПТГ. В области отсутствующих 2.5—2.8 врачом-ортопедом схематически спланировано расположение трех денальных имплантатов.

В этой статье нам хотелось бы разобрать ситуацию, когда имеется атрофия костной ткани в сочетании с ее низкой плотностью (3 - 4-й типы костной ткани)

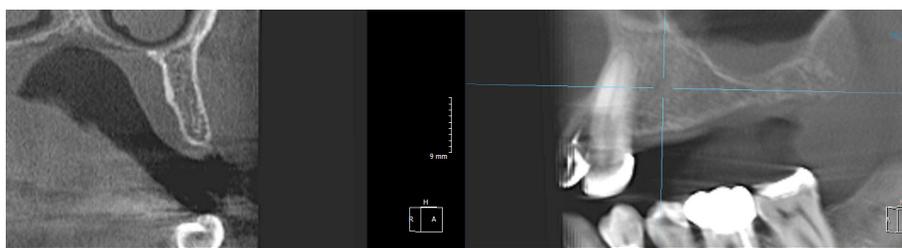


Рис. 2а. КЛКТ: коронарный и сагиттальный реформаты в области 2.4 зуба. 3-й тип кости, ширина гребня подразумевает проведение расщепления с одномоментной имплантацией.

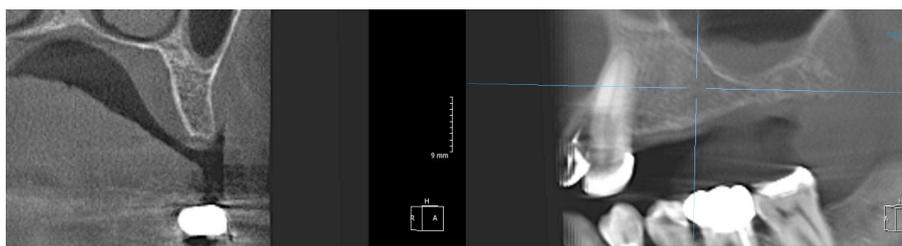


Рис. 2б. КЛКТ: коронарный и сагиттальный реформаты в области 2.5 зуба. 3-й тип кости, ширина гребня подразумевает проведение расщепления с одномоментной имплантацией.

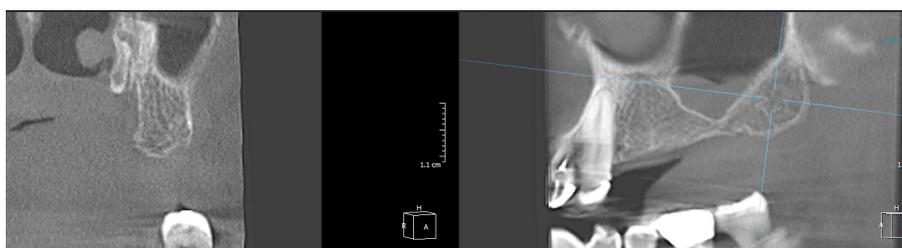


Рис. 3. КЛКТ: коронарный и сагиттальный реформаты в области 2.8 зуба. 4-й тип кости.

При дефиците кости проводить операции по созданию объема костной ткани не всегда возможно, особенно у пациентов с 4-м типом кости и сопутствующей патологией



Рис. 4. В области отсутствующих 2.4, 2.5 зубов установлены имплантаты Anyridge d 3.5 x 11.5 и d 4.5 x 11.5 соответственно.



Рис. 5. В области отсутствующего 2.8 зуба установлен имплантат Anyridge d 4.5 x 8.5.



Рис. 6. ОПТГ. Установлены три дентальных имплантата на уровне 2.4—2.8 зубов.



Рис. 7. ОПТГ. Ортопедический этап. Ситуация спустя 7 месяцев. Имплантаты стабильны.

сегодняшний день хорошо себя зарекомендовали короткие имплантаты. За счет большого диаметра и короткой длины они приближаются по площади соприкосновения с костной тканью к корню зуба. Но, если наблюдается дефицит ширины альвеолярного гребня, установить короткий имплантат большого диаметра без костной пластики будет невозможно.

Альтернативу по подбору размера предлагает южнокорейская компания Megagen. Имплантаты системы Anyridge имеют усиленные режущие грани, которые являются дополнительными ретенционными пунктами в костной ткани, а также позволяют увеличить площадь соприкосновения имплантата с костной тканью, несмотря на небольшой диаметр самого имплантата. За счет режущих граней имплантат сам раздвигает ткани вокруг, что позволяет проводить его установку без костной

пластики, когда имеется небольшой дефект кости. В подтверждение вышесказанного приводим клинический случай лечения пациентки И., 54 лет, с диагнозом «частичное отсутствие зубов верхней и нижней челюсти, выраженная атрофия альвеолярного гребня верхней челюсти, низкое расположение верхнечелюстного синуса слева» (рис. 1). Пациентке проведена конусно-лучевая компьютерная томография с целью определения объема имеющейся кости, ее архитектоники и отношения верхнечелюстного синуса к области имплантации (рис. 2, 3). Ввиду финансовых трудностей пациентки было принято решение отказаться от проведения дополнительных костнопластических операций (расщепление альвеолярного гребня, синус-лифтинг) и выполнить только дентальную имплантацию. В план лечения включили установку трех дентальных имплантатов системы Anyridge небольшого диаметра, которые за счет усиленных режущих граней самостоятельно расщепят гребень во время операции и обеспечат его стабильность в костной ткани даже низкой плотности (рис. 4, 5).

После операции выполнен контрольный снимок (рис. 6), спустя 7 месяцев — также (рис. 7). Имплантаты показали хорошую стабильность без проведения дополнительной костной пластики.

Исходя из вышесказанного мы считаем, что даже при атрофии альвеолярного гребня с низкой костной плотностью (3–4-й типы) возможно проведение дентальной имплантации без применения костнопластических вмешательств при условии тщательной предоперационной подготовки с анализом индивидуальных особенностей пациента. Система Anyridge предоставляет широкий выбор размеров имплантатов исходя из остаточного объема костной ткани, а также позволяет достичь оптимальных результатов в комплексной имплантоортопедической реабилитации пациентов. **DM**

За счет режущих граней имплантат сам раздвигает ткани вокруг, что позволяет проводить его установку без костной пластики, когда имеется небольшой дефект кости

