

Методика безлоскутной установки имплантатов



К. Н. Хабиев

к. м. н., сертифицированный имплантолог Европейской ассоциации остеointеграции, член ICOI, MINEC, президент группы компаний «Дентал Гуру»

При безлоскутной операции на имплантат фиксируется формирователь десны, закрывающий дефект мягких тканей. У данной методики имплантации есть преимущества и недостатки

На заре имплантации все операции проводились с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута. При традиционной методике проводилось 2—3 разреза: один горизонтальный по гребню и 1 или 2 вертикальных разреза. Стараясь снизить травматизм операций, в последние десятилетия стали все чаще использовать безлоскутный метод имплантации.

При безлоскутной операции разрезы не проводятся, а слизисто-надкостничный лоскут не отслаивается. Непосредственно в области имплантации в десне и надкостнице с помощью мукотомов или бора формируется отверстие, через которое проводится препарирование ложа под имплантат. Рекомендуется формировать отверстие в мягких тканях на 2 мм больше, чем диаметр имплантата, для того чтобы при введении имплантат не касался мягких тканей. При безлоскутной операции на имплантат фиксируется формирователь десны, который закрывает дефект мягких тканей. У методики безлоскутной имплантации есть как преимущества, так и недостатки.

Преимущества безлоскутной операции:

1. Минимальное нарушение кровоснабжения. Так как не проводятся протяженные горизонтальные и вертикальные разрезы, практически нет нарушения кровоснабжения, что благоприятно сказывается на заживлении. При откидывании слизисто-надкостничного лоскута кровоснабжение кости осуществляется только собственными кровеносными сосудами. При безлоскутной операции сохраняется кровоснабжение со стороны надкостницы, что благоприятно сказывается на сохранности кости вокруг имплантата — минимизирует резорбцию кости. Согласно исследованиям Jeoung (2007), при безлоскутной операции наблюдается лучший коэффициент остеointеграции (больше площадь соприкосновения имплантата с костной тканью: BIC) и меньше степень резорбции кости вокруг имплантата.
2. Быстрое заживление мягких тканей. Так как нарушение кровоснабжения минимально, а слизисто-надкостничный лоскут не откидывается, заживление мягких тканей протекает очень быстро без образования рубцов.
3. Практически отсутствует кровотечение как во время операции, так и после нее. Особенно актуально это преимущество для пациентов с сопутствующими патологиями (сахарный диабет, иммунодефициты), а также для той категории пациентов, которые принимают антикоагулянты.
4. Уменьшение времени процедуры. Так как нет необходимости отслаивать слизисто-надкостничный лоскут и накладывать швы, на проведение операции требуется меньше времени. Однако не следует забывать, что безлоскутная операция требует повышенной сосредоточенности доктора, так как проводится вслепую.
5. Меньше травма для пациента. Пациент после безлоскутной операции чувствует себя более комфортно. Согласно исследованиям Fortin (2006), после безлоскутной операции пациенты отмечали лишь незначительные боли, легко купируемые анальгетиками.
6. Высокий процент успеха. По разным данным, процент успешных имплантаций составляет от 95 до 100 %.



Рис. 1. ОПТГ до начала лечения.



Рис. 2. ОПТГ сразу после имплантации.



Рис. 3. С помощью мукотома сделаны отверстия в мягких тканях.

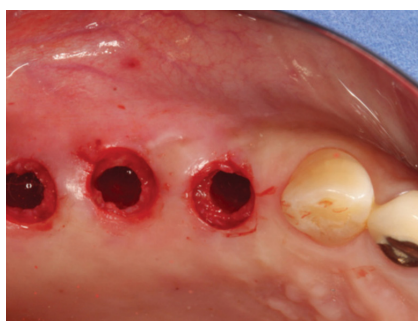


Рис. 4. Через мукотомные отверстия с помощью сверл формируется ложе под имплантат.

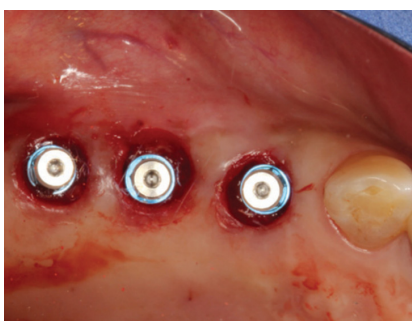


Рис. 5. Установлены имплантаты LUNA (Shinhung, Южная Корея).

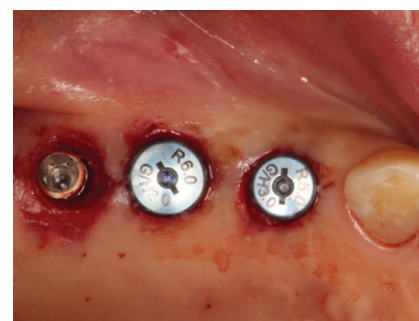


Рис. 6. Формирователи десны сразу закрывают дефект в мягких тканях. Рана не кровоточит.

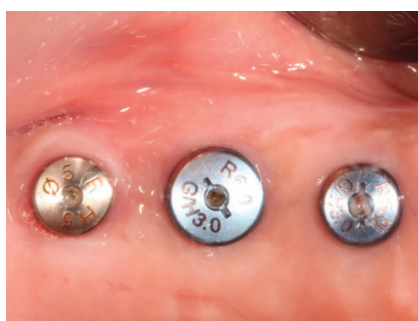


Рис. 7. Через 3 месяца после имплантации.

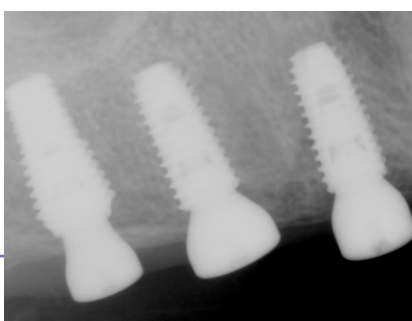


Рис. 8. Фрагмент ОПТГ через 3 месяца после имплантации.

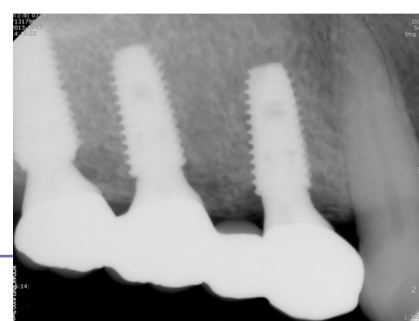


Рис. 9. Фрагмент ОПТГ через 6 месяцев после протезирования.

Недостатки безлоскутной операции:

1. Слепая техника. Из-за недостатка видимости возможна неправильная установка имплантата. Костный гребень может иметь вогнутую поверхность или форму песочных часов — в такой ситуации возможна перфорация имплантатом костной стенки. Для проведения безлоскутной операции очень важно иметь информацию о трехмерном строении альвеолярного гребня.

В связи с тем, что у пациента установлен кардиостимулятор и он принимает антикоагулянты, было принято решение провести установку имплантатов безлоскутным методом

2. Риск повреждения анатомических структур. При проведении безлоскутной операции возможно повреждение корней соседних зубов, перфорация щечной или язычной кортикальной пластинки, перфорация нижнечелюстного канала или гайморовой пазухи.
3. Невозможна при недостаточной ширине кости. В случае необходимости проведения костной пластики необходимо отслаивать слизисто-надкостничный лоскут, иначе введение остеопластического материала в зону дефицита тканей будет невозможно.
4. Невозможно провести реконструктивную пластику твердых и мягких тканей.

Клинический пример

Пациент К. обратился в клинику «Дентал Гуру» с жалобами на выпадение коронок в области 14 и 15 зубов. После осмотра и рентгенографического исследования был поставлен диагноз: хронический гранулирующий периодонтит и кариес корней зубов 14, 15. Корни зубов 14, 15 были удалены, проведен кюретаж, в лунку введен фибриновый сгусток APRE, рана ушита. Через 2 месяца наблюдается полное восстановление твердых и мягких тканей в области зубов 14 и 15. В связи с тем, что у пациента установлен кардиостимулятор и он принимает антикоагулянты, было принято решение провести установку имплантатов безлоскутным методом. С помощью мукотома в области 14, 15 и 16 зубов были сформированы отверстия диаметром 6 мм, через которые с помощью сверл были сформированы ложа под имплантаты диаметром 4 мм. Установлены имплантаты LUNA. Степень первичной стабилизации составила 45 Нсм. Сразу после установки имплантатов были зафиксированы формирователи десны. Швы не накладывались. Через 20 минут и через 1 час были проведены контрольные осмотры — кровотечение не наблюдалось. Ни в день операции, ни в отсроченный послеоперационный период пациент также не отмечал кровоточивости. Через 3 месяца после имплантации были сняты слепки и изготовлен мостовидный протез. Через 6 месяцев после протезирования на рентгеновском снимке отмечается стабильность костной ткани и отсутствие резорбции кости.

Вывод: безлоскутная имплантация является хорошей альтернативой традиционной методике, но при условии тщательного планирования со скрупулезным изучением данных компьютерной томограммы и клинического осмотра. Эта методика особенно показана пациентам, принимающим антикоагулянты. **DM**

Литература

1. Dennis Flanagan, *Flapless Dental Implant Placement*. *Journal of Oral Implantology*: April 2007, Vol. 33, No. 2, pp. 75—83.
2. Kim JI, Choi BH, Li J, Xuan F, Jeong SM. *Blood vessels of the peri-implant mucosa: a comparison between flap and flapless procedures*. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:508—12.
3. Campelo LD, Camara JRD. *Flapless implant surgery: a 10-year clinical retrospective analysis*. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2002;17:271—6.
4. Lindeboom JA, van Wijk AJ. *A comparison of two implant techniques on patient-based outcome measures: a report of flapless vs. conventional flapped implant placement*. *Clin Oral Implants Res*. 2010;21:366—70.
5. Cannizzaro G, Leone M, Esposito M. *Immediate functional loading of implants placed with flapless surgery in the edentulous maxilla: 1-year follow-up of a single cohort study*. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2007;22:87—95. 6. Vohra FI, Al-Kheraif AA, Almas K, *Javed F Comparison of crestal bone loss around dental implants placed in healed sites using flapped and flapless techniques: a systematic review*. *J Periodontol*. 2015 Feb;86(2):185—91.