

Что такое экстренная имплантация?



К. Н. Хабиев

к. м. н., сертифициро-
ванный имплантолог
Европейской ассоциации
остеоинтеграции, член
ICOI, эксперт MINEC, пре-
зидент группы компаний
«Дентал Гуру»

Для осуществления
экстренной имплан-
тации в клинике
должен быть запас
имплантатов разного
размера, а также не-
большое количество
остеопластического
материала.

Понятие «немедленная имплантация» прочно вошло в практику врачей-имплантологов по всему миру. Немедленная имплантация дает возможность достичь лучших результатов в короткие сроки. Ее преимущества неоспоримы: меньшее количество операций, быстрые сроки, предупреждение резорбции кости, сохранение рельефа мягких тканей, а при провизионализации еще и немедленное восстановление эстетики [1]. Если четко следовать рекомендованному протоколу имплантации, успех обеспечен [2].

Но, помимо термина «немедленная имплантация» встречается термин «экстренная имплантация». Это два названия одного и того же явления или все же разные понятия? Попробуем разобраться. И начнем с понятия «удаление зуба». Удаление зуба может быть плановым, отсроченным по времени, когда пациента не беспокоят боли и отсрочка удаления на несколько дней не повлечет за собой ухудшения состояния пациента. Однако при острых травмах, например продольном переломе зуба, когда развивается острый пульпит, либо при обострении хронического периодонтита удаление должно быть проведено незамедлительно в этот же день, иначе пациент будет страдать от сильной боли либо могут развиваться осложнения (периостит и т. п.).

В соответствии с этим немедленную имплантацию можно разделить на 2 типа: собственно «немедленную имплантацию», которая проводится при плановом удалении зуба, и «экстренную имплантацию», которая проводится при экстренном удалении зуба. Типичным примером экстренной имплантации является замещение зуба с продольным переломом корня. В результате травмы пульпа инфицируется и развивается острый пульпит. Терапевтическое и ортопедическое лечение продольного перелома невозможно, поэтому зуб подлежит удалению. Так как боль при остром пульпите очень сильная, зуб должен быть удален в этот же день.

В отличие от плановой операции, экстренная имплантация подразумевает быстрое принятие решения. Имплантолог должен четко понимать алгоритм действий в подобной ситуации и стараться следовать ему. Для осуществления экстренной имплантации в клинике должен быть определенный запас имплантатов разного размера, а также небольшое количество остеопластического материала и в идеале — система APRF для получения фибринового сгустка. В случае травмы высока вероятность резорбции вестибулярной стенки лунки, поэтому важно провести направленную костную регенерацию (НКТ). Между имплантатом и вестибулярной стенкой лунки вводится остеопластический материал (я рекомендую аутокость, либо аллогенный материал), а сверху закрывается мембраной, полученной путем отжима сгустка APRF в специальном прессе (подробную информацию о технологии APRF вы можете найти на сайте i-prf.ru).

Клинический случай

В научно-исследовательскую клинику «Дентал Гуру» обратилась пациентка Б. с жалобой на скол верхних центральных резцов. Скол произошел в результате удара о бетонную стену за 2 дня до обращения к стоматологу. После осмотра был поставлен диагноз: продольный перелом зуба 21, острый пульпит. Так как пациентку беспокоили сильные боли, которые практически не купировались анальгетиками, было принято решение о незамедлительном удалении зуба 21. Но тут же встал вопрос о том, как заместить дефект. В данном случае оптимальным вариантом будет экстренная имплантация с провизио-



Рис. 1. Скол центральных резцов в результате травмы.



Рис. 2. Продольный перелом корня зуба 21.

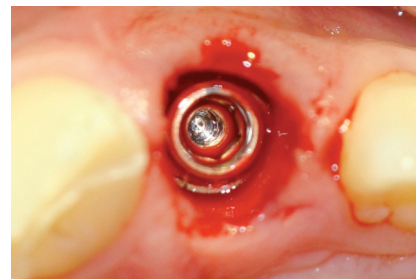


Рис. 3. Имплантат установлен сразу после удаления зуба.

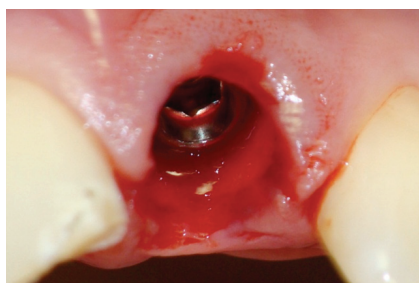


Рис. 4. Имплантат не должен погружаться глубже, чем на 3 мм от шейки соседних зубов.



Рис. 5. Временная коронка фиксирована сразу после установки имплантата. Зуб 11 восстановлен с помощью композитной реставрации.



Рис. 6. Улыбка пациентки сразу после операции.

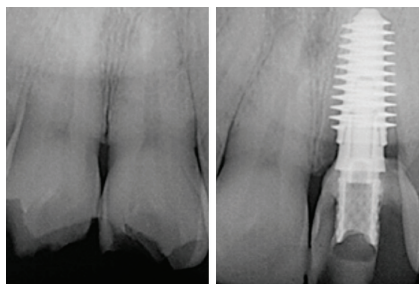


Рис. 7. Прицельные рентгеновские снимки до и после операции.

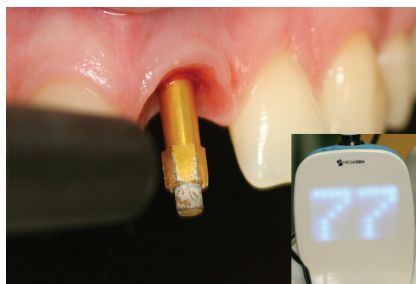


Рис. 8. Проверка стабильности имплантата с помощью прибора Mega ISQ.



Рис. 9. Фиксация слепочного трансфера для открытой ложки.

нализацией. Из исследований Noelken R. [3] мы знаем, что немедленная имплантация при продольных переломах зуба, даже в случае полного отсутствия вестибулярной стенки лунки, дает возможность достичь хороших эстетических результатов. В этой клинической ситуации вестибулярная стенка лунки была сохранена, но, скорее всего, повреждена в результате воздействия травмирующего фактора, поэтому проведение НКР обязательно. Выбор имплантационной системы также играет немаловажную роль. Мы должны достичь максимальной первичной стабилизации при минимальной травме окружающих тканей. В данной клинической ситуации определяющим фактором послужил размер корня удаляемого зуба. Малая толщина костных стенок



Рис. 10. Индивидуализация слепочного трансфера.

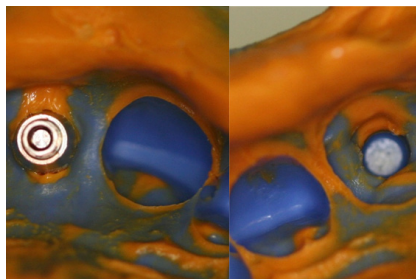


Рис. 11. Слева: оттиск без индивидуализации. Справа: рельеф тканей четко отображается благодаря индивидуализации трансфера.



Рис. 12. Рельеф мягких тканей перед фиксацией абатмента.



Рис. 13. Комбинированный абатмент фиксирован в полости рта.



Рис. 14. Постоянные конструкции зафиксированы в полости рта. На зуб 11 фиксирован керамический винир.



Рис. 15. Улыбка пациентки через 4 месяца после травмы.

Имплантат малого диаметра не сможет зафиксироваться в широкой лунке с хорошей первичной стабилизацией, а значит, невозможно будет установить временный абатмент.

вокруг корня заставляет отказаться от имплантатов больших диаметров, так как в результате будет нарушено питание кости, что приведет к резорбции костной ткани. Имплантат малого диаметра не сможет зафиксироваться в широкой лунке с хорошей первичной стабилизацией, а значит, невозможно будет провести фиксацию временного абатмента и временной коронки. Лучшим решением этой проблемы является выбор имплантационной системы с узким телом и широкой резьбой. Например, имплантат AnyRidge диаметром 5,5 мм имеет тело диаметром всего 3,3 мм. Выступающие витки резьбы позволяют зафиксировать имплантат с хорошей первичной стабилизацией, а узкое тело имплантата позволяет избежать ишемии тканей, так как в пространство между ним и краем резьбы будет вращаться костная ткань. Большая площадь поверхности имплантата, наличие двойного переключения платформ и надежное конусное соединение позволяют добиться не только высокой стабильности всей конструкции, но и ее долговечности. Через 3 месяца после имплантации с помощью аппарата MegaISQ проверяем стабильность имплантата и при значениях более 70 единиц можем проводить протезирование постоянной ортопедической конструкцией. Для отображения рельефа десны необходимо проводить индивидуализацию слепочных трансферов, иначе технику будет сложно добиться оптимального эстетического результата. Выполнение постоянной конструкции на каркасе из оксида циркония и комбинированном циркониевом абатменте позволяет достичь идеальной эстетики. **DM**

Список литературы находится в редакции.

