



Одномоментная имплантация и немедленная нагрузка при обострении хронического воспалительного процесса

Э.В. Ким

К.Н. Хабиев

Очень часто пациенты обращаются к стоматологу в период обострения хронического воспалительного процесса, когда появились боль, припухлость и/или свищевой ход. Когда зуб подлежит удалению, необходимо решить вопрос его замещения. Если это моляр или премоляр, вопрос не стоит так остро, так как пациент, в принципе может некоторое время обойтись без зуба. Если это передний зуб, то эстетическое восстановление дефекта, а также сохранение объема твердых и мягких тканей являются первоочередными задачами. Можно ли решить все эти задачи с помощью имплантации? Когда нет явных признаков воспаления – ответ однозначный – можно. А если пациент обратился в момент обострения хронического воспалительного протеза? **Тут необходимо учитывать несколько факторов:**

- 1) возможность зафиксировать имплантат с первичной стабилизацией не менее 45 Нсм;
- 2) герметичность соединения имплантат/временный абатмент;
- 3) отсутствие травматической окклюзии.

При наличии всех этих факторов одномоментная имплантация с немедленной нагрузкой становится предсказуемо успешной.

Пациентка К. обратилась в научно-исследовательскую клинику Дентал Гуру с жалобами на наличие припухлости и боли в области центрального резца слева. При осмотре: зуб изменен в цвете, выдвинут вниз, на расстоянии 2–3 мм от десне-

вого края имеется свищевой ход. При рентгенографическом исследовании обнаружена наружная резорбция корня. При зондировании обнаружена резорбция вестибулярной кости на глубину 5 мм от десневого края.

До начала лечения изготовлен силиконовый ключ. Под инфильтрационной анестезией проведено атравматичное удаление корня зуба 21, проведен кюретаж лунки. С помощью сверла сформировано ложе под имплантат на глубину на 2 мм глубже дна лунки (в данном случае 12 мм), при этом препарирование проводится только по небной стенке. Диаметр имплантата определяется расстоянием до вестибулярной пластинки лунки – оно должно составлять в среднем 2 мм. В данном случае диаметр имплантата составил 4,5 мм. Имплантат ИМПРО размером 4,5 на 12 мм был зафиксирован с усилием 50 Нсм. Такая сила первичной стабилизации достигается за счет конусной формы имплантата и двойной самонарезной резьбы. Обязательным условием является использование машинного, а не ручного имплантовода, так как только этот метод позволяет полностью контролировать направление и вводить имплантат по небной стенке лунки. При «ручном» введении имплантата возможно его смещение в вестибулярном направлении, что нежелательно. Далее шахта имплантата закрывается заглушкой и пространство между имплантатом и надкостницей (так как вестибулярная стенка отсутствует) запол-

няется остеопластическим материалом с избытком. В данном случае использовался аллоплант в виде мелкой крошки.

Далее проводится примерка и модификация временного абатмента. При цементной фиксации коронки цемент может попасть под десну, что может помешать восстановлению костной стенки, поэтому при немедленной нагрузке рекомендуется использовать винтовой тип фиксации коронки. Ретенционные бороздки на поверхности абатмента способствуют прочному сцеплению пластмассы с абатментом. Так как при изготовлении коронки, пластмасса может затечь под десну, необходимо нанести первый слой пластмассы в пришеечной области без давления, а вторую порцию пластмассы уже в силиконовом ключе наносить только после «схватывания» первой порции. Наличие своеобразного «стоппера» предотвращает попадание пластмассы под десну и ее излишки выйдут наружу. После полимеризации пластмассы силиконовый ключ удаляется, в коронке в проекции шахты абатменты формируются



Ким
Эдуард
Вадимович,
ортопед,
частная
практика



Хабиев
Камиль
Наильевич,
имплантолог,
клиника
ДенталГуру

отверстие, через которое можно открутить фиксирующий винт и коронка вместе с абатментом извлекается. Как правило, края коронки требуют модификации – необходимо создать гладкий овоидный рельеф без нависающих краев. Коронка должна слегка отдавлять окружающие мягкие ткани, так как это позволяет сохранить их рельеф. Наличие внутреннего конусного соединения позволяет достичь герметичного соединения имплантата с абатментом, а значит исключается аккумуляция микроорганизмов в пришеечной области имплантата. Далее коронка продевается через отверстие в мембране из FRP и фиксируется, проводится рент-

генологический контроль прилегания абатмента к имплантату. Мембрана из FRP аккуратно заправляется под десну. Использование технологии FRP позволяет ускорить процесс заживления и снять признаки воспаления. Уже через 10 дней после операции происходит полное исчезновение свищевого хода, а десна приобретает здоровый вид.

Через 4 месяца после операции можно приступать к замене временной коронки на постоянную. Для того чтобы точно передать рельеф десны вокруг имплантата, рекомендуется индивидуализировать слепочный трансфер с помощью временного композитного материала. Применение индивидуального

комбинированного абатмента и керамической коронки на каркасе из оксида циркония позволяют достичь оптимального эстетического результата.

Вывод: при соблюдении определенных факторов (а именно возможность зафиксировать имплантат с первичной стабилизацией не менее 45 Нсм, герметичность соединения имплантат/временный абатмент, отсутствие травматической окклюзии) возможно проведение одномоментной имплантации и немедленной нагрузки даже при наличии обострения хронического воспалительного процесса с получением превосходного эстетического результата.



Рис. 1. До операции. Зуб изменен в цвете, коронка смещена вниз, имеется свищевой ход



Рис. 2. Прицельный рентгеновский снимок позволяет диагностировать наружную резорбцию корня

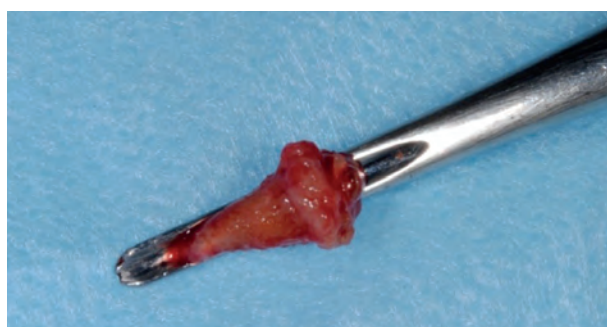


Рис. 3. Атрауматичное удаление корня зуба тонким элеватором



Рис. 4. Показан уровень резорбции вестибулярной пластинки лунки зуба



Рис. 5. Имплантат позиционирован небно



Рис. 6. Временный абатмент до и после модификации





Рис. 7. «Стоппер» из первой порции полимерной пластмассы позволяет избежать попадания пластмассы под десну



Рис. 8. Вторая порция пластмассы вносится с помощью силиконового ключа



Рис. 9. Благодаря «стопперу» излишки пластмассы не попадают под десну, а оказываются снаружи



Рис. 10. Правильно изготовленная коронка с винтовой фиксацией



Рис. 11. Мембрана из FRP «заправляется» под надкостницу



Рис. 12. Сразу после операции и фиксации коронки



Рис. 13. Имплантат ИМПРО с временным абатментом



Рис. 14. Через 10 дней после операции



Рис. 15. Рельеф десны через 4 месяца



Рис. 16. Индивидуализация слепочного трансфера



Рис. 17. Индивидуальный комбинированный циркониевый абатмент в полости рта



Рис. 18. Керамическая коронка на каркасе из оксида циркония фиксирована в полости рта



Рис. 19. Улыбка пациентки после лечения