

Короткие имплантаты — альтернатива синус-лифтингу?



К. Н. Хабиев

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

Необходимость проведения открытого синус-лифтинга часто является сдерживающим фактором для имплантации как со стороны пациента, так зачастую и со стороны стоматолога. Пациенты боятся вмешательства в гайморову пазуху, так как опасаются различных осложнений, в частности гайморита, а имплантологи знают о возможности разрыва мембраны гайморовой пазухи, формировании соустья и других осложнениях.

Тем не менее в боковых отделах верхней челюсти имплантация — единственный способ избежать съемного протеза.

Благодаря современным исследованиям мы знаем, что короткие имплантаты (5—6 мм) имеют тот же процент выживаемости, что и традиционные имплантаты.

Хирурги чаще предпочитают устанавливать длинные имплантаты, для того чтобы увеличить площадь соприкосновения имплантата с костной тканью (BIC). Это основано на том принципе, что более длинные имплантаты обеспечивают лучшую биомеханическую и первичную стабильность благодаря большей поверхности (Park и др., 2001).

Однако после успешной остеointеграции основную часть нагрузки несет пришеечная часть имплантата, которая находится в кортикальной кости или в непосредственной близости от нее, при этом апикальная часть имплантата нагрузки практически не испытывает (Lum, 1991). Основную

нагрузку берут на себя первые шесть миллиметров, и увеличение длины имплантата от 7 до 10 мм практически не играет никакой роли (Bernard и др., 2003).

Использование имплантатов с тонкими выступающими витками резьбы позволяет существенно увеличить площадь соприкосновения имплантата с костной тканью благодаря значительному увеличению площади поверхности имплантата (4 мм имплантата AnyRidge с диаметром резьбы 5,5 мм (диаметр тела = 3,3 мм) имеют такую же площадь поверхности (около 160 мм²), как и традиционный имплантат диаметром 4 мм и длиной 10 мм). Поэтому использование коротких имплантатов с большой площадью поверхности является адекватной заменой синус-лифтингу и позволяет существенно уменьшить травматизм проводимого вмешательства.

Клинический пример № 1

Пациентка К. обратилась в НИК «Дентал Гуру» с жалобами на подвиж-

ность мостовидного протеза справа сверху.

По данным КЛКТ-исследования, высота кости в области 16-го зуба составляет 3,2 мм, ширина гребня 8,7 мм.

В области 16 зуба по классическим канонам имплантации требуется проведение открытого синус-лифтинга, но современные технологии и знание особенностей образования костной ткани вокруг имплантата позволяют избежать костной пластики. Известно, что диаметр и длина имплантата сами по себе не являются ключевыми факторами успешной остеointеграции и долговременного функционирования имплантата. Длина и диаметр имплантата определяют площадь соприкосновения имплантата с костной тканью, и чем больше эта площадь, тем надежнее остеointеграция. Имплантат AnyRidge диаметром 4,5 мм и длиной 5 мм имеет такую же площадь соприкосновения с костной тканью, что и традиционный имплантат диаметром 4 мм и длиной 8 мм. Мы также знаем, что, если имплантат перфорирует дно гайморовой пазухи не более чем на 2 мм, происходит самопроизвольное образование кости у апекса и имплантат полностью покрывается костной тканью (Boyne, 1993).

Потому у этой пациентки было принято решение установить имплантат AnyRidge диаметром 4,5 мм и длиной 6 мм без проведения синус-лифтинга. При отсутствии явной



Рис. 1. Фрагмент ОПТГ до операции.

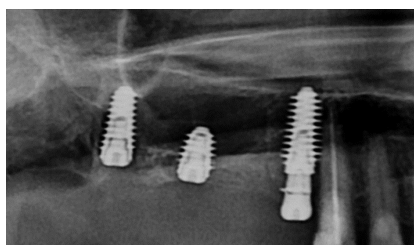


Рис. 2. Фрагмент ОПТГ после операции.

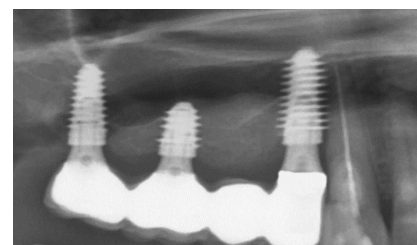


Рис. 3. Фрагмент ОПТГ после протезирования (через 7 месяцев после начала лечения).

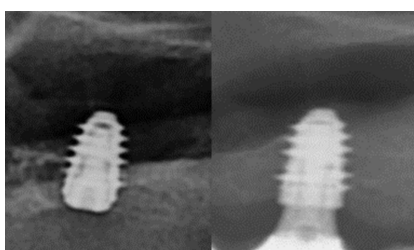


Рис. 4. Образование костной ткани вокруг имплантата.



Рис. 5. Фрагмент ОПТГ до операции.

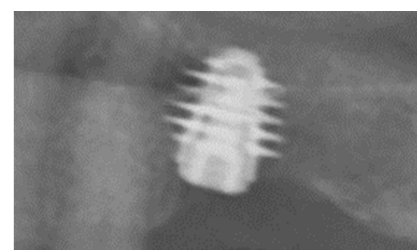


Рис. 6. Фрагмент ОПТГ сразу после операции.

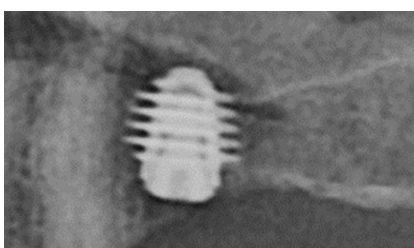


Рис. 7. Фрагмент ОПТГ через 4 месяца после операции.

патологии со стороны гайморовой пазухи перфорация мембраны не вызывает осложнений, а имплантат, как пробка, закрывает соустье между

пазухой и полостью рта. Конечно, я не рекомендую специально перфорировать шнейдерову мембрану, но и ничего криминального в этом не вижу. В данном случае имплантат перфорировал дно гайморовой пазухи на 2,5 мм, остеопластический материал, за исключением сгустка APRE, использован не был, тем не менее через 7 месяцев после операции мы видим полное покрытие поверхности имплантата костной тканью, то есть мы получили прирост кости порядка 2 мм. Так как BIC этого имплантата соответствует площади традиционного имплантата 4x8 мм, сомневаться в его долговечности не приходится. При этом у пациентки не было ни отеков, ни болей, что достаточно часто встречается при

проведении открытого синус-лифтинга, а время на установку имплантата в области 16 зуба составило ровно 2 минуты.

Если ширина гребня более 8 мм, рекомендуется устанавливать имплантаты диаметром 5 и 5,5 мм, так как их площадь поверхности максимальна (рис. 5—7). При этом отверстия для их установки могут быть не более 6 мм в диаметре.

Вывод:

Использование имплантатов с большой площадью поверхности позволяет избежать проведения открытого синус-лифтинга, избежать связанных с этим осложнений, а также значительно сэкономить деньги и время. **DM**

Литература

1. *The relationship between initial implant stability quotient values and bone-to-implant contact ratio in the rabbit tibia* Park IP, Kim SK, Lee SJ, Lee JH. *Journal: J Adv Prosthodont.* Year: 2011 Clinic: Department of Prosthodontics and Dental Research Institute, School of Dentistry, Seoul National University, Seoul, Korea. Issue, chapter, pages: Jun;3(2):76—80. Epub 2011 Jun 30.

Полный список литературы находится в редакции.