

Роль структуры имплантата при одномоментной имплантации на верхней челюсти в условиях дефицита костной ткани



А. А. Лысенко

врач-имплантолог, главный врач научно-исследовательской клиники «Дентал Гуру»



Ю. Г. Седов

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

На сегодняшний день стоматологическая помощь с применением дентальной имплантации достигла высокого функционально-эстетического уровня [3, 4]. Однако определенное количество пациентов обращаются к стоматологу, имея выраженный дефицит объема костной ткани.

Одна из проблемных зон — дистальный отдел верхней челюсти, где возможно сочетание атрофии кости с пневматическим типом строения верхнечелюстного синуса [2, 3]. В таких ситуациях доктор порой вынужден идти на «компромиссное лечение», следуя желанию пациента о быстром восстановлении утраченных зубов. Однако, если не учитывается тип и строение имплантата, регенеративные особенности костной ткани, а также анатомические аспекты, есть риск потери имплантатов [1].

Во многом такой поступок доктора объясняется тем, что пациент может уйти в «соседнюю» клинику, и врач потеряет прямой заработок. Что же стоит выбрать? Провести рискованную операцию по установке дентального имплантата одномоментно с костной пластикой при неудовлетворительных местных условиях или, возможно, потерять пациента еще на этапе консультации, но предложить классический и предсказуемый вариант аугментации кости альвеолярного отростка путем проведения синус-лифтинга с отсроченной имплантацией?

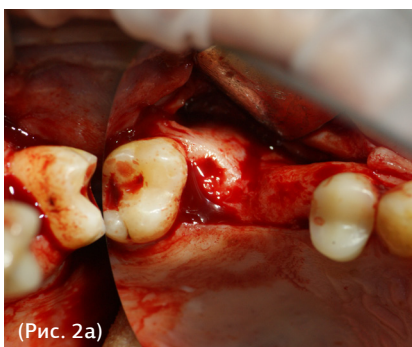
Для обеспечения первичной стабильности имплантата необходимо иметь от 4 мм костной поддержки, и в зависимости от торка определяется, как будет происходить нагрузка, одномоментно или отсроченно. Сегодня все больше производителей имплантационных систем уделяют внимание строению имплантата. Наличие и особенность резьбы на шейке имплантата увеличивают площадь соприкосновения с костной тканью, что создает благоприятный эффект, так как снижает риск потери кости в пришеечной области имплантата.

На примере имплантационной системы IMPRO мы хотим продемонстрировать клинический случай установки дентальных имплантатов в дистальном отделе верхней челюсти при высоте костной ткани 3—4 мм с одномоментным проведением открытого синус-лифтинга. Благодаря конусности шейки и наличию квадрантезбы (4 отдельных витка) имплантат удается стабилизировать даже на незначительном объеме кости, что предопределяет дальнейший благоприятный этап остеоинтеграции всего имплантата.

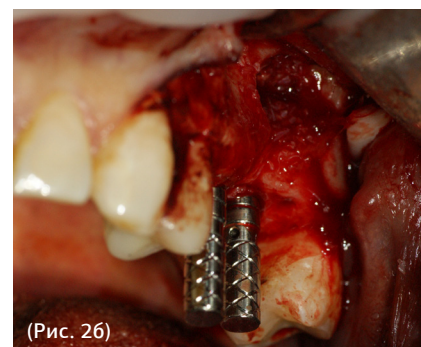
Пациент М., 37 лет, обратился в научно-исследовательскую клинику «Дентал Гуру» с целью восстановления дефектов в области отсутствующих 2.5, 2.6 зубов. Со слов пациента, соматически здоров, аллергоанамнез не отягощен. При клинико-лабораторно-рентгенологическом обследовании диагностированы частичное отсутствие зубов на верхней челюсти, выраженная атрофия и деформация альвеолярного отростка верхней челюсти слева в области 2.5, 2.6 отсутствующих зубов, пневматический тип строения верхнечелюстного синуса. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии, в области 2.5 сегмента высота альвеолярного



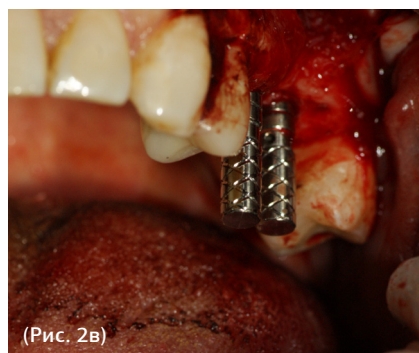
(Рис. 1)



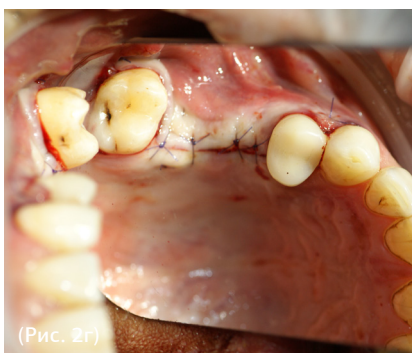
(Рис. 2а)



(Рис. 2б)



(Рис. 2в)



(Рис. 2г)



(Рис. 3)

Рис. 1. ОПТГ. Частичное отсутствие зубов верхней челюсти. В области 2.5, 2.6 отсутствующих зубов определяется выраженный дефицит кости с сочетанием пневматического типа верхнечелюстного синуса.

Рис. 2. Протокол операции. Сформировано костное окно латеральным доступом, установлены имплантаты IMPRO 4.0*10 мм. Заполнение костной полости смесью биоматериалов. Ушивание раны.

Рис. 3. Контрольная ОПТГ. В области 2.5, 2.6 зубов установлены денальные имплантаты одномоментно с синус-лифтингом.

гребня составляла 3.5 мм, ширина 6 мм, в области 2.6 сегмента 3 и 6 мм соответственно. План лечения включал установку денальных имплантатов IMPRO одномоментно с проведением открытого синус-лифтинга (рис. 1).

Протокол операции: под местной и проводниковой анестезией с седацией выполнен комбинированный разрез в области отсутствующих зубов 2.5, 2.6. с переходом на область латеральной стенки гайморовой пазухи. Отслоены слизисто-надкостничные лоскуты, обнажена костная поверхность. Сформировано костное окно и проведено поднятие слизистой в области дна верхнечелюстного синуса. Установлены два денальных имплантата IMPRO 4.0*10 мм. Костная полость заполнена смесью аутогенной костной стружки и ксенографта BioOss. Костное окно закрыто мембраной A-PRE, полученной путем забора крови у пациента и центрифугирования. Рана ушита комбинированными швами (Glycolon 5/0) (рис. 2). Показатели ISQ (стабильность имплантатов) были в пределах 55 единиц. Контрольная ОПТГ после операции (рис. 3). Даны рекомендации.

Таким образом, тщательное планирование денальной имплантации с подбором необходимого типа и размера имплантата позволяет лечащему врачу разработать оптимальный план лечения пациента и улучшить его прогноз. **DM**

Список литературы находится в редакции.

Благодаря конусности шейки и наличию квадрантных витков (4 отдельных витка) имплантат IMPRO удается стабилизировать даже на незначительном объеме кости.