



Возможности современной имплантационной системы

К. Н. Хабиев

С каждым годом показания к имплантации расширяются. Если раньше установка имплантата сразу после удаления зуба считалась довольно рискованной процедурой, то с накоплением опыта, мы начинаем понимать, что ничего страшного в этом нет. При соблюдении определенных правил немедленная имплантация и немедленная нагрузка становятся такими же предсказуемыми, как и отсроченная имплантация.

В связи с этим к современным имплантационным системам предъявляются все более серьезные требования. Какие задачи должны выполняться с помощью современной имплантационной системы:

- 1) установка имплантата сразу после удаления зуба
- 2) немедленная нагрузка после установки имплантата
- 3) установка имплантата одновременно с синус-лифтингом.

Для того чтобы решить поставленные задачи многие имплантационные системы предлагают различные линейки имплантатов, например, для установки имплантата сразу после удаления зуба должна использоваться линейка имплантатов с агрессивной резьбой и крупным шагом резьбы, а для фиксации на верхней челюсти при проведении открытого синус-лифтинга – имплантат с микрорезьбой на шейке.

Существуют ли универсальные имплантационные системы, позволяющие использовать один тип имплантата во всех приведенных выше случаях?

Да, такие системы существуют и одна из таких систем – немецкая инновационная система имплантатов ИМПРО. Конусная форма имплантата, максимально приближенная к форме корня зуба, двойная агрессивная самонарезная резьба, микрорезьба на шейке, переключение платформ у шейки имплантата, а также переключение скоростей при переходе с макро- на микрорезьбу, позволяют фиксировать имплантат ИМПРО Имплантем в любом типе кости, в том числе и в лунке удаленного зуба, а также в 2–3 мм кости при открытом синус-лифтинге, с силой первичной стабилизации до 50–55 Нсм, а значит на такой имплантат можно давать немедленную нагрузку, что позволяет расширить показания для установки имплантатов.

Давайте рассмотрим несколько клинических примеров применения имплантатов ИМПРО имплантем.

Клинический случай №1

Установка имплантата с немедленной нагрузкой сразу после удаления зуба в эстетически значимой зоне



Рис. 1.1. До удаления. Выраженная гиперемия десны у 11 зуба



Рис. 1.2. Рентгеновский снимок зуба 11. Вертикальный перелом корня

Пациентка А. обратилась в научно-исследовательскую клинику «ДенталГуру» с жалобами на болезненность при накусывании на передний верхний зуб. При осмотре была выявлена гиперемия десны в области 11 зуба, болезненность при вертикальной и горизонтальной перкуссии (рис. 1.1). После проведения рентгенографического исследования был поставлен диагноз вертикальный перелом корня (рис. 1.2)

Было принято решение удалить зуб и поставить им-

плантат. Так как 11 зуб находится в эстетически значимой зоне и пациентке было крайне важно восполнить эстетический дефект на время приживления имплантата, было принято решение после установки имплантата зафиксировать на него временный абатмент и временную коронку. Хорошо осознавая тот факт, что на возможность немедленной нагрузки влияют несколько факторов, такие как первичная стабилизация имплантата, толщина вестибулярной костной стенки и другие,



Хабиев Камиль Наильевич,
Врач-имплантолог, член Европейской ассоциации имплантологов (ЕОА), действительный член всемирного конгресса имплантологов (ICOI), президент группы компаний ДенталГуру.



Рис. 1.3. Схема формирования ложа под имплантат при установке имплантата в лунку удаленного резца на верхней челюсти



Рис. 1.4. После удаления зуба был установлен имплантат ИМПРО Имплантом диаметром 4.5 мм и длиной 12 мм. на имплантат установлен временный абатмент



Рис. 1.5. Имплантат с установленным на него временным абатментом (вид сверху)



Рис. 1.6. Изготовлена временная коронка и фиксирована на временном абатменте временным цементом. временная коронка выведена из окклюзии и дополнительно зафиксирована к соседним зубам текучим композитным материалом

мы предупредили пациентку о возможном изменении плана лечения и фиксации временного винира к соседним зубам (без опоры на имплантат).

Зуб был удален с помощью среднего люксатора и s-образных универсальных щипцов американского дизайна, что позволило сохранить все стенки лунки. Далее был проведен кюретаж лунки и после подготовки ложа с помощью фрез из хирургического набора был установлен имплантат ИМПРО Имплантом. Формирование ложа под имплантат необходимо начинать в средней части небной стенки лунки (рис. 1.3). Чтобы инструмент не соскальзывал, его можно направить под углом 30–40 градусов и, после того, как он углубится на 2–3 мм, развернуть его и направить по оси альвеолярного отростка или чуть небно. В последующем. Фрезы следует прижимать к небной стенке. Рекомен-



Рис. 1.7. Через неделю после удаления и имплантации. обратите внимание на состояние десны вокруг временной коронки

дуется сформировать ложе под имплантат на 2–3 мм глубже дна лунки. Диаметр имплантата подбирается таким образом, чтобы между имплантатом и щечной стенкой лунки осталась щель шириной около 2 мм, которая заполняется остеопластическим материалом и закрывается мембраной (FRP). Это позволяет сохранить достаточный объем костной ткани для достижения оптимального эстетического результата. Имплантат вводится в подготовленное ложе с помощью имплантовода и фиксирует-

ся с усилием 50 Нсм. На имплантат фиксируется временный абатмент и временная коронка, которая выводится из окклюзии (рис. 1.4, 1.5). Для дополнительной стабилизации временная коронка подклеивается к соседним зубам с помощью композитного материала (рис. 1.6). Через 3 месяца временная коронка заменяется на постоянную. Фиксация временной коронки сразу после установки имплантата позволяет сохранить рельеф десны и конфигурацию десневых сосочков (рис. 1.7).

Клинический случай №2

Установка имплантата после удаления зубов с горизонтальным переломом корня в результате травмы



Рис. 2.1. Горизонтальный перелом центральных резцов в результате травмы



Рис. 2.2. Улыбка пациента до начала лечения

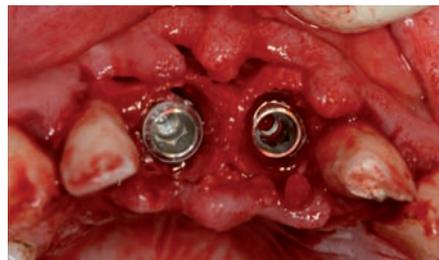


Рис. 2.3. После удаления корней формируется ложе под имплантат. Имплантаты ИМПРО Имплантем (диаметр 4,5 длина 12) установлены в предварительно сформированные ложа. Между имплантатом и вестибулярной стенкой лунки должна быть щель шириной 2 мм



Рис. 2.4. Покрывается пространство между имплантатом и вестибулярной стенкой лунки остеопластическим материалом и покрывается сверху мембраной из FRP



Рис. 2.5. Края лунки закрыты мембраной из FRP



Рис. 2.6. Для формирования рельефа мягких тканей используются формирователи диаметром 55. до момента заживления мягких тканей временная конструкция не использовал



Рис. 2.7. Через неделю после удаления. Контуры десны сформированы. Снимается слепок под временные композитные коронки



Рис. 2.8. На следующий день фиксируются временные абатменты



Рис. 2.10. Улыбка пациента через 8 дней после травмы



Рис. 2.9. Временные композитные коронки зафиксированы на временных абатментах

В научно-исследовательскую клинику «Дентал Гуру» обратился пациент с горизонтальным переломом двух центральных резцов в результате травмы. При осмотре десна бледно розового цвета. Коронки центральных резцов отсутствуют (рис. 2.1, 2.2). На рентгеновском снимке наблюдается горизонтальный перелом корней 11 и 21 зубов в сред-

ней трети. Диагноз: горизонтальный перелом корня 11 и 21 зубов.

Было принято решение удалить корни 11 и 21 зубов с одномоментной установкой имплантатов в лунки удаленных зубов. Удаление проводилось с помощью малого и среднего люксаторов чтобы предотвратить перелом вестибулярной стенки лунки. После того как ложе

под имплантат было сформировано, имплантат ИМПРО Имплантем диаметром 4,5 мм и длиной 12 мм был установлен в лунку 11 зуба с усилием 50 Нсм. То же и в области 21 зуба (рис. 2.3). Между имплантатом и вестибулярной стенкой лунки есть щель размером 2 мм, которая заполняется остеопластическим материалом и закрывается свер-

ху мембраной из FRP (рис. 2.4, 2.5). Для сохранения рельефа мягких тканей на имплантаты были фиксированы формователи десны диаметром 5,5 мм (рис. 2.6). В связи с тем, что не было возможности оценить степень травмирования кост-

ной ткани, было принято решение отложить установку временных коронок на 1 неделю. Через 7 дней после операции десна в хорошем состоянии (рис. 2.7), отека нет, поэтому снимаются слепки, изготавливаются композитные коронки и на

следующий день фиксируются на временный цемент (рис. 2.8, 2.9). Производится дезокклюзия на временных коронках. Через 3 месяца после установки имплантата необходимо заменить временные коронки на постоянные.

Клинический случай №3

Установка имплантата одновременно с синус-лифтингом

Рис. 3.1. Рентгенограмма до лечения



Рис. 3.2. Рентгенограмма после проведенной операции



Недостаточная высота кости в боковых отделах верхней челюсти очень часто является препятствием для установки имплантата, особенно если высота кости составляет менее 3–4 мм. Возможность одномоментной установки имплантата одновременно с синус лифтингом сокращает не только количество операций, но и время необходимое для реабилитации пациента. Конусная форма и микрорезьба на шейке позволяют установить имплантат ИМПРО Имплантем даже при наличии всего 2 мм кости.

В НИК «Дентал Гуру» обратилась пациентка К. с жалобами на постоянно расцементирующийся мостовидный протез слева сверху. При осмотре было обнаружено, что мостовидный протез из 5 единиц фикси-

ровался на 23 и 27 зубах, зубы под коронками были частично разрушены, для восстановления целостности зубного ряда пациентке была предложена имплантация в области 24, 25, 26 зубов. После проведения рентгенографического обследования было выявлено, что в области 26 зуба высота костной ткани составляет всего 1,5 мм, поэтому в план лечения была внесена операция открытый синус-лифтинг.

На латеральной стенке гайморовой пазухи формируется окно, через которое проводится отслаивание слизистой гайморовой пазухи по дну, медиальной, дистальной и небной стенкам. Внутри сформированной полости рекомендуется поместить сгусток (FRP), для того, чтобы приподнять слизистую от дна гайморовой пазухи и сверло слу-

чайно не перфорировало слизистую. Затем проводится формирование ложа под имплантат в обычной последовательности. Сверло должно погружаться не более чем на 1 мм вглубь пазухи, чтобы предотвратить повреждение слизистой. Если высота кости составляет 2–3 мм, рекомендуется заканчивать формирование ложа под имплантат сверлом на 1 размер больше диаметра имплантата. Это связано с тем, что фреза имеет конусную форму и если не погружать его на всю глубину, диаметр отверстия будет меньше необходимого. После формирования ложа под имплантат, в полость вводится мембрана из FRP, (чтобы создать дополнительную защиту для слизистой) и 2/3 полости заполняется остеопластическим материалом. Затем вводится имплантат – со скоростью 20 об/мин и усилием 40 Нсм. Фиксация имплантата происходит в основном за счет микрорезьбы на шейке. Quadro-

резьба позволяет достичь первичной стабилизации до 50 Нсм.

При необходимости имплантат докручивается вручную с помощью храпового или динамометрического ключа. Затем добавляется порция остеопластического материала до полного заполнения полости. Если сформированное окно менее 10 мм, его можно не закрывать мембраной, если окно более 10 мм его следует закрывать любой резорбируемой мембраной (FRP или коллагеновая).

Врачу-имплантологу в современных условиях очень важно иметь в своем арсенале универсальную имплантологическую систему, позволяющую проводить одномоментную имплантацию и давать немедленную нагрузку на имплантат. Это сокращает количество проводимых операций, ускоряет сроки реабилитации и позволяет достичь хороших эстетических результатов уже на ранних этапах лечения.

Рекомендуемые сроки перед протезированием

Высота кости	Первичная стабилизация менее 40 Нсм	Первичная стабилизация более 40 Нсм
1,5–2 мм	6 мес	5 мес
3–4 мм	5 мес	4 мес
Более 4 мм	4 мес	3 мес