

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НА ИМПЛАНТАТАХ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ В ПРОТОКОЛЕ НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА СЪЕМНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

*Стефан Идэ,
профессор, Швейцария*

*М.А. Павленко, доцент кафедры стоматологии
Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика*

*В.Г. Климентьев, главный врач
Европейского стоматологического центра, Киев*

Большинство пациентов согласны на пользование съемными протезами на верхней челюсти при условии, что участки твердого неба при этом остаются свободными от пластин протеза, а сами протезы не являются чрезмерно подвижными. После потери всех зубов пациенты стремятся как можно быстрее разрешить эту проблему, пытаясь, тем не менее, избежать установки полного съемного зубного протеза. По их мнению, полный съемный протез — это устаревший метод лечения. Потребности таких пациентов может удовлетворить имплантология.

В случае, описанном в данной статье, осуществили удаление зубов с заменой их на имплантаты с кортикальной фиксацией и имплантаты с поверхностью «Osmoactive». Благодаря тому, что кортикальные имплантаты с полированной поверхностью, а также меньшему диаметру этих имплантатов можно было проводить их установку в лунки сразу после удаления зубов. На следующий день после операции была установлена временная ортопедическая конструкция и через полгода после операции установлена постоянная ортопедическая конструкция с несъемными протезами из диоксида циркония. Использование кортикально остеоинтегрированных имплантатов с тонкими отполированными частями позволяет осуществлять немедленное проведение работ по протезированию сразу после удаления зубов, а также в случае неблагоприятного состояния кости. Кортикально остеоинтегрированные имплантаты могут фиксироваться в кортикальной пластинке челюсти в нескольких местах.

В прошлое десятилетие между зубами, на которых осуществлялась фиксация, и протезом были разработаны сложные связующие элементы. Недостаток протезов такого вида заключается в том, что зубы задействованы в этих конструкциях подвергаются чрезмерной нагрузке. Кроме того, они должны обеспечить высокую степень анатомической ретенции коронок, несущих связующие элементы. В данном случае мы предложили пациенту несъемную ортопедическую конструкцию из диоксида циркония с фиксацией на имплантатах с немедленной нагрузкой. После обсуждения нескольких возможных методов лечения пациент принял решение об установке имплантатов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под местной анестезией были удалены все зубы на верхней и нижней челюстях без откидывания слизистого надкостничного лоскута. При помощи вертикальной фрезы проведена остеотомия. При помощи эрбиевого лазера удалены грануляционные ткани из лунок удаленных зубов и проведена дезинфекция лунок удаленных зубов. В лунки

удаленных зубов установлены имплантаты BCS. Эти имплантаты интегрировали в область на наружной кортикальной пластинке альвеолярного гребня. На месте первого премоляра установлен имплантат BCS. Второй имплантат BCS установлен в области бугра верхней челюсти. Имплантаты зашпигированы между собой несъемной ортопедической конструкцией. Цель заключалась в обеспечении кортикальной фиксации остеоинтегрированных имплантатов кортикальной кости в области дна верхнечелюстной пазухи, дна полости носа и бугра верхней челюсти. На нижней челюсти проведена комбинированная установка имплантатов с шероховатой поверхностью в альвеолярный отросток ранее удаленных зубов и в лунки только, что удаленных зубов проведена установка имплантатов с полированной поверхностью. На все имплантаты одеты отпечатанные колпачки, был снят слепок, а затем установлен временный мостовидный протез из пластмассы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 48 часов неблагоприятное состояние жевательной системы данного пациента было устранено путем установки стабильной несъемной конструкции фиксированной на имплантаты. Лечение протекало стабильно без осложнений, и вносить какие либо изменения не потребовалось. Желание пациента были удовлетворены полностью.

ОБСУЖДЕНИЕ

Традиционные подходы, применяемые в имплантологии, предлагают установку имплантатов большого диаметра, а также значительное время на заживление после установки имплантатов в лунки удаленных зубов без нагрузки. Применение обычных винтовых имплантатов считается непрактичным в случаях, когда проводится удаление зубов с заживлением с вторичным натяжением. Причина заключается в том, что их поверхность подвергается пескоструйной обработке или травлению, что в значительной степени способствует проникновению бактерий. Вследствие этого в традиционных подходах при установке этих имплантатов предусмотрено время на заживление, что дает возможность незрелой костной ткани затянуть лунки в условиях стерильности. Применение нашего подхода становится возможным при условии использование подходящих имплантатов, обладающих следующими характеристиками: тонкость, полированные вертикальные части, отсутствие резьбы и прочих элементов крепления в месте возможной бактериальной атаки. Этот тип кортикально остеоинтегрированных имплантатов использованных в этом случае удовлетворяют этим требованиям.



Рис. 1. Вид зубных рядов верхней и нижней челюсти до операции. Сохранившиеся зубы не обеспечивают достаточную степень фиксации для коронок, на которые опирается протез. В ходе подготовки до операции было диагностировано внутрикостную инфекцию с явлениями воспаления, а также заметна убыль кости. Снимок сделан 26.10.2011г.

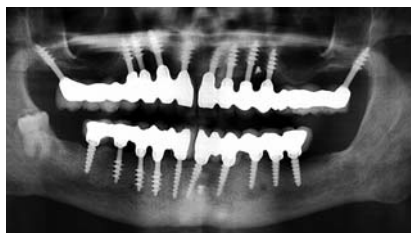


Рис. 2. Через полтора года после установки имплантатов на снимке наблюдается стабильное состояние костной ткани и отсутствие очагов резорбции.



Рис. 3. Постоянная конструкция из диоксида циркония. Вид через полтора года после установки.

Для безопасной реализации протоколов немедленной нагрузки в настоящее время широко применяются два подхода:

Первый подход (описан в данной статье) предполагает кортикальную и макромеханическую фиксацию имплантатов. Известно, что кортикальная пластинка является достаточно устойчивой к резорбции (вследствие ее структурных функций). Кроме того, эта кость способна выдерживать большие нагрузки благодаря высокой степени минерализации. Этот подход основывается на стратегии ортопедических хирургов и принципах лечения переломов. При выборе оптимально подходящих имплантатов необходимо учитывать ширину кости (для боковых имплантатов), а также расстояние между альвеолярным гребнем и расположенной напротив него кортикальной пластинкой (для кортикально-остеоинтегрированных винтовых имплантатов). Интеграция вдоль вертикальной части имплантата не оказывает особого влияния на успешность его внедрения, но естественно, что с течением времени она начнется и в этой области.

Второй подход предполагает кортикализацию губчатой кости посредством конических имплантатов с креплением при помощи резьбы. Кортикализованная (компрессируемая) кость утрачивает способность к инициации остеонного ремоделирования. В связи с этим области компрессируемой кости не могут стать местом образования новых остеонов, а только его целью. Имплантаты, используемые при таком подходе, характеризуются либо увеличенной площадью поверхности (при обработке пескоструйным аппаратом), либо наличием крупных элементов крепления (например, резьбы) либо и тем, и другим одновременно. Ширина имплантата определяется в зависимости от объема доступной кости (от 3 до 5 мм.), а длина имплантата в большинстве случаев варьируется в пределах между 10–15 мм. В случаях удаления зубов, латерализация кости в области альвеолярного гребня не произойдет, так как для этого требуются имплантаты большого диаметра. Если лунки остаются открытыми вследствие немедленной нагрузки имплантатов, использование имплантатов с грубой поверхностью делает процедуру еще более рискованной.

По этой причине мы предпочитаем использовать имплантаты, фиксируемые в кортикальных областях: это препятствует как развитию инфекции, так и потере стабильности в случае быстрого начала функционирования. Мы считаем, что в целях предотвращения инфицирования лунок удаленных зубов на начальных этапах, имплантаты, установленные в нестерильной ротовой полости, должны пройти определенную обработку (полировку), по крайней мере в своей кристаллической части.

Для профилактики периимплантита диаметр проникновения имплантата в слизистую оболочку должен быть как можно меньше.

Такая конструкция противоречит традиционному подходу к формированию «профиля выступления» для коронки имплантата. Применение «подхода профиля выступления» является отличным подходом только в некоторых случаях, например, при наличии достаточного объема вертикальной и горизонтальной костей, а также в тех областях, где остались смежные с имплантатом зубы, которые способствуют поддержанию уровня вертикальной и горизонтальной костной ткани. Тем не менее, наш подход успешно используется на практике, позволяя избежать рискованных процедур наращивания костной ткани.

Установка имплантатов в режиме немедленной нагрузки в случаях, когда проводится удаление зубов, требует репозиционирования мостовидного протеза по прошествии нескольких недель: невозможно полностью предусмотреть степень уменьшения размера десен при разработке конструкции протеза, кроме того, ремоделирование приводит к сокращению вертикального и горизонтального размеров кости. Вследствие этого цементирование необходимо выполнять при использовании временного цемента (например, Temp Bond). В некоторых случаях после заживления кости и мягких тканей возникает необходимость в полной замене протеза. Если для создания «второго мостовидного протеза» используется идентичная металлическая балка или каркас, можно быть уверенным, что она не будет оказывать давление (в состоянии пассивности) на имплантаты.

ВЫВОД

Потребность пациентов в проведении немедленных реставрационных процедур после удаления зубов можно удовлетворить только при использовании латеральных и вертикальных кортикально-остеоинтегрированных имплантатов. В зависимости от состояния ротовой полости пациента после удаления зубов можно использовать как винтовые так имплантаты с фиксацией в кортикальной пластинке, так и бикортикально зафиксированные имплантаты в отдельности или одновременно. При этом подходе не требуется наращивание костной ткани. Если отсутствует вертикальная кость, мы используем запас горизонтальной кости и фиксируем имплантат в вестибулярной и оральной кортикальной пластинке на нижней и на верхней челюсти, небной кортикальной пластинке альвеолярного гребня верхней челюсти, боковых или (и) базальных границах гайморовой пазухи или в кортикальной пластинке дна полости носа.

14 квітня 2013

Тема зустрічі в Києві:

Сучасні аспекти для довгострокового успіху в області імплантології.

Протокол для кісток і керування м'якими тканинами
для максимального естетичного результату.



ПРОГРАМА ЗУСТРІЧІ

10:00 - 10:15 Привітання

Президент Асоціації стоматологів України, директор інституту стоматології КМАПО ім. П.Л. Шупика, Головний стоматолог України **Павленко Олексій Володимирович**
Віце-президент Німецької Асоціації оральних Імплантологів, професор **Фред Бергманн**
Представник Німецької Асоціації оральних Імплантологів DGOI в Україні
Климентьєв Вадим Георгійович

10:15 - 11:30

Підхід з мінімально інвазивними методами до атрофованості щелепи з використанням PRGF-ENDORED (плазмою збагаченої факторами росту). (1 частина) **Др. Бабак Саїді**

11:30 - 11:45 Кава-брейк

11:45 - 13:00

Збереження лунки, управління м'якими тканинами і горизонтальне розширення альвеолярного гребеня. **Др. Фред Бергманн**

13:00 - 14:30 Обід

14:30 - 15:30

Підхід з мінімально інвазивними методами до атрофованості щелепи з використанням PRGF-ENDORED (плазмою збагаченої факторами росту). (2 частина) **Др. Бабак Саїді**

15:30 - 15:45 Кава-брейк

15:45 - 16:45

Вертикальна аугментація альвеолярного гребеня і усунення ускладнень пов'язаних з аугментації кістки. **Др. Фред Бергманн**

16:45 - 17:00 Заключна дискусія та закриття конференції.

По закінченню слухачам видається міжнародний сертифікат



**Доктор
Фред Бергманн**

Віце-президент Німецької Асоціації Оральної Імплантології (DGOI).
Лектор на міжнародних наукових курсах за темами імплантології та пародонтології, управління м'якими тканинами.



**Доктор
Бабак Саїді**

1995-1999 спеціалізація в усній хірургії університеті Генріха Гейне, департамент щелепно-лицевої хірургії.
З 2001 року практикуючий хірург. З 1994 лектор міжнародного рівня.
Автор багатьох публікацій з імплантології.

ОРГАНІЗАТОР:

Європейський
стоматологічний центр
(044) 227-77-14, (067) 235-55-77
www.europe-stomatolog-centre.com.ua

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:

м. Київ, вулиця Пимоненка, 10-А,
(конференц-зал) Інститут стоматології НМАПО
імені П.Л.Шупика