

Возможности реабилитации пациента с трехмерными дефектами альвеолярного отростка с использованием имплантатов ANKYLOS (DENTSPLY Friadent)

Грамотное планирование имплантологического лечения является ключевым фактором в достижении хороших результатов. При этом врач должен не только стремиться восстановить функцию утраченного зуба, но и добиться оптимальной «красной» и «белой» эстетики, что зачастую требует не только установки имплантата, но и предварительного увеличения объема костной ткани. Достаточный объем кости создает платформу для формирования мягких тканей, что в последующем обеспечивает правильное соотношение коронки зуба с окружающими структурами. Однако, результат имплантологического лечения не может быть оценен сразу же после протезирования. Истинной целью врача является достижение стабильных отдаленных результатов в течение нескольких лет после имплантации. В этой связи очень важен выбор системы имплантатов. Особую роль здесь играет соединение абатмента и имплантата, поскольку именно в этой зоне зачастую возникает микроподвижность, что оказывает негативное воздействие на окружающие ткани с развитием так называемой «ремоделировки кости» до первого витка резьбы. Использование имплантатов с конусным соединением — таких, как имплантаты системы ANKYLOS — позволяет избежать резорбции костной ткани, а в большинстве случаев, напротив, добиться ее формирования над плечом имплантата. При этом следование основным принципам хирургического и ортопедического этапов лечения является залогом стабильного состояния кости и мягких тканей вокруг имплантатов в течение многих лет после протезирования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 54 года, обратился в клинику с жалобами на периодические боли в области верхней челюсти слева.

При объективном осмотре определяется: несостоятельная коронка в области зуба 25 и обширная реставрация зуба 26. Перкуссия зуба 25 слабо болезненная, зуба 26 — безболезненная.

На компьютерной томограмме определяется очаг деструкции костной ткани вокруг корня зуба 25, между корнем зуба 25 и медиально-щечным корнем зуба 26 и апикальная деструкция костной ткани в области медиально-щечного корня зуба 26 (рис. 1).

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Изначально пациенту был предложен следующий вариант лечения:

- Удаление зубов 25, 26.
- Цистэктомия.

- Аугментация костного дефекта.
- Установка имплантатов.
- Протезирование с опорой на имплантаты.

Однако, пациент категорически отказался от удаления зуба 26, сославшись на недавнее и дорогостоящее эндодонтическое лечение. Обсудив возможные риски и осложнения, совместно с пациентом разработан следующий план лечения:

- Удаление зуба 25 зуба.
- Резекция медиально-щечного корня зуба 26.
- Цистэктомия.
- Аугментация костного дефекта.
- Установка имплантата в области зуба 25.
- Протезирование с опорой на имплантат зуба 25.

ХОД ЛЕЧЕНИЯ

Под местной анестезией выполнен трапециевидный разрез в зоне операции.

Проведено отслоение слизисто-надкостничного лоскута. Удален зуб 25-й и произведена резекция медиально-щечного



- Рис. 1. Очаг периапикальной резорбции в области зуба 25 и мезиально-щечного корня зуба 26.
- Рис. 2. Удаленный 25 зуб и ампутированный медиально-щечный корень 26 зуба.
- Рис. 3. Дефект костной ткани после удаления зуба.
- Рис. 4 а. Губчатый аллотрансплантат в виде блока (Самарский банк тканей).
- Рис. 4 б. Припасовка губчатого аллотрансплантата в дефекте.
- Рис. 5. Репозиция лоскута и наложение швов с повязкой Солкосерил.

корня 26-го зуба (рис. 2). Проведено удаление кистогранулемы. После удаления определяется значительный трехмерный дефект костной ткани (рис. 3). Костный дефект механически и медикаментозно обработан. Далее проведена адаптация и фиксация губчатого аллотрансплантата (Самарский банк тканей) (рис. 4 а–с). При этом достигнута хорошая стабилизация, при которой не потребовалась фиксация костными винтами. Мемб-

рана не использовалась. Проведена репозиция лоскута и наложение швов (рис. 5).

Через 3,5 месяца определяется хорошее состояние тканей в зоне аугментации (рис. 6). Проведен рентген-контроль КТ, по которому определяется хорошее состояние и достаточное количество регенерата в области зуба 25 и восстановление костной ткани в области резекции корня зуба 26 (рис. 6 а–с).

Под местной инфильтрационной анестезией проведен разрез, отслоен слизисто-надкостничный лоскут (рис. 7 а, б). Для формирования ложа имплантата использовалось пилотное сверло, набор остеотомов и коническая развертка (рис. 8 а–с). После формирования ложа установлен имплантат системы ANKYLOS, диаметр 3,5 мм, длина 11 мм (рис. 9 а, б). После установки отмечена хорошая первичная стабильность имплантата. В процессе работы конической разверткой была собрана костная стружка, которая в дальнейшем была использована для дополнительной аугментации в пришеечной области (рис. 8 с, 9 б). Имплантат ANKYLOS установлен субкрестально, сверху наложены гранулы материала «Коллапан» (рис. 10). Выполнены репо-



Рис. 6. Состояние тканей в зоне аугментации через 3,5 мес после операции.
Рис. 6 а–с. Рентген-контроль после операции аугментации
Рис. 7 а, б. Разрез мягких тканей и отслоение слизисто-надкостничного лоскута в зоне имплантации.



зация лоскута и наложение узловых швов Монософ 5–0 (рис. 11). После операции выполнена контрольная рентгенограмма (рис. 12).

Подслизистое заживление имплантата продолжалось в течение

3 месяцев (рис. 13). После завершения фазы заживления проведено раскрытие имплантата. Установлен формирователь десны BALANCE POSTERIOR (рис. 15).

Через 2 недели было выполнено снятие оттисков методом открытой ложки (рис. 16 а, б). Оттиск передан в зуботехническую лабораторию для изготовления рабочей модели с аналогом имплантата. На модели выполнен подбор и индивидуализация абатмента Balance Posterior (рис.17). Для переноса положения абатмента с модели в полость рта из материала Temp Red был изготовлен ключ переноса с опорой на соседние зубы (рис. 18 а–с). После примерки абатмента в полости рта изготовлена металлокерамическая коронка (рис. 19 а–б).

Коронка припасована в полости рта. Длина коронки на имплантате соответствует длине коронки естественного 24 зуба. Десневой край в боковом отделе зубного ряда гармоничный (рис. 20 а, б).

Через 2 года после протезирования выполнена контрольная рентгенограмма. На рентгенограмме определяется наличие костной ткани над плечом имплантата (рис. 21).

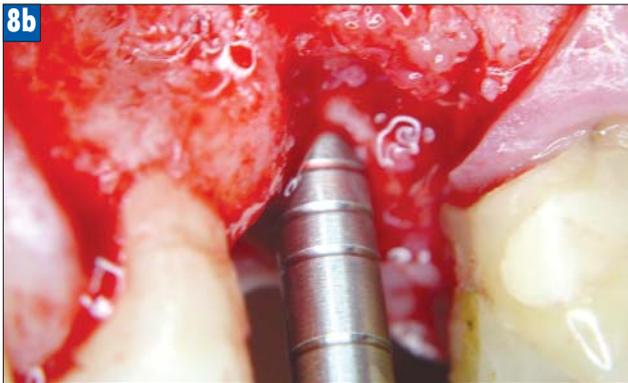


Рис. 8 а, б. Использование остеотомов для формирования ложа для имплантата.

Рис. 8 с. Забор костной стружки при работе кортикальной разверткой разверткой при формировании костного ложа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате лечения восстановлена жевательная функция. Предварительное проведение костной пластики позволило добиться оптимального соотношения коронки зуба с окружающими тканями, что было особенно важно, поскольку зуб находился в линии улыбки. Через 2 года выполнена контрольная рентгенограмма. На рентгенограмме определяется стабильное состояние кости вокруг имплантата (рис. 17).

70 ➤

Эксклюзивный
представитель
Botiss biomaterials
на территории России
ООО «Ботисс плюс»

БОТИСС
ПЛЮС



Cerabone® – костнопластический материал на основе бычьей кости. Уникальный процесс производства с высокотемпературной обработкой (до 1250 °С) гарантирует полное удаление всех минеральных компонентов материала, что предотвращает потенциальные иммунные реакции. 100% безопасность материала Cerabone® подтверждают исследования Министерства здравоохранения Германии.

- Синус-лифтинг
- Латеральная аугментация
- Вертикальная аугментация
- Консервация лунки



Мембрана Jason® – уникальная мембрана на основе свиного перикарда. Обеспечивает длительную барьерную функцию в течение 3-6 месяцев. Благодаря уникальному процессу изготовления сохраняются все свойства тканей перикарда. Использование мембраны Jason® является неотъемлемой частью концепции направленной регенерации кости и мягких тканей.

- Направленная регенерации тканей
- Синус-лифтинг
- Пародонтальные дефекты

ООО «Ботисс плюс»,
тел. +7 921 915 15 59
www.botiss.ru

Дилеры: Группа компаний «Стомус»

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
ООО «Стомус»
194291, г. Санкт-Петербург,
пр. Луначарского, д. 49
Тел./Факс.: +7 (812) 438-16-73
+7 (812) 438-16-74
stomus@stomus.ru

МОСКВА
ООО «Стомус-М»
115093, г. Москва,
ул. Павловская, д. 6, 5 этаж, зона А
Тел.: +7 (495) 669-78-72
Факс: +7 (495) 669-78-73
Stomus-M@stomus.ru

НОВОСИБИРСК
ООО «Стомус-Сибирь»
630004, Новосибирск,
ул. Челюскинцев 14/2,
офис 403.
Тел.: +7 (383) 201-09-46
stomus-sibir@inbox.ru

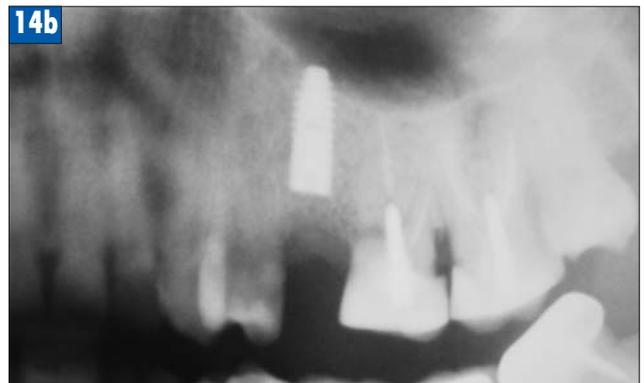
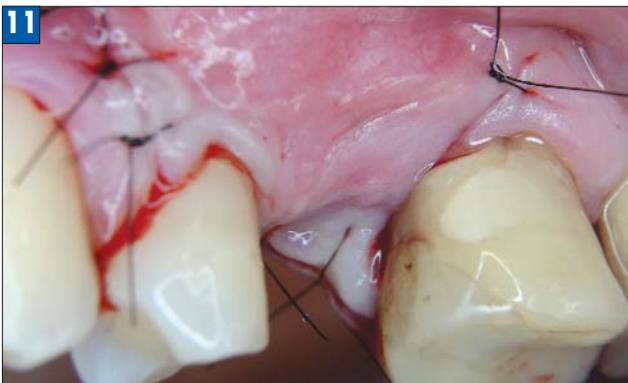
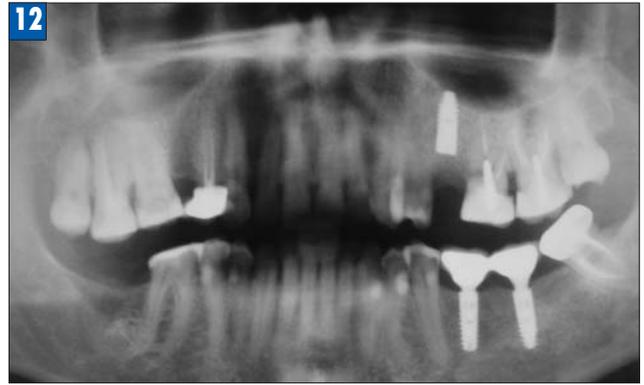


Рис. 9 а, б. Установка имплантата ANKYLOS 3,5*11 и дополнительная аугментация аутостружкой.
 Рис. 10. Использование материала Коллапан.
 Рис. 11. Репозиция слизисто-надкостничного лоскута и наложение швов.
 Рис. 12. Контрольная рентгенограмма после установки имплантата ANKYLOS (DENTSPLY Friadent).
 Рис. 13. Состояние мягких тканей через 3 месяца после имплантации.
 Рис. 14 а, б. Рентген-контроль через 3 мес после имплантации.
 Рис. 14 с. Установка 2 имплантатов в области 36, 37 зубов в 2004 г.



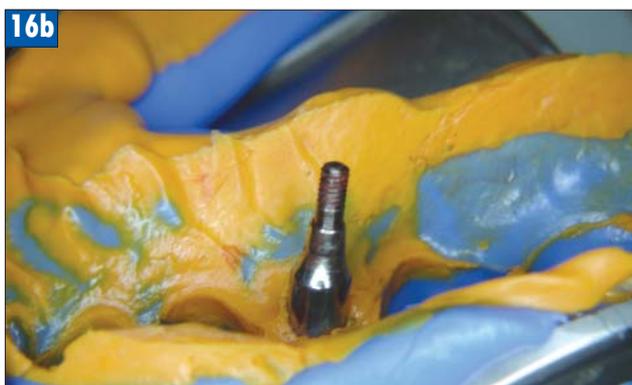
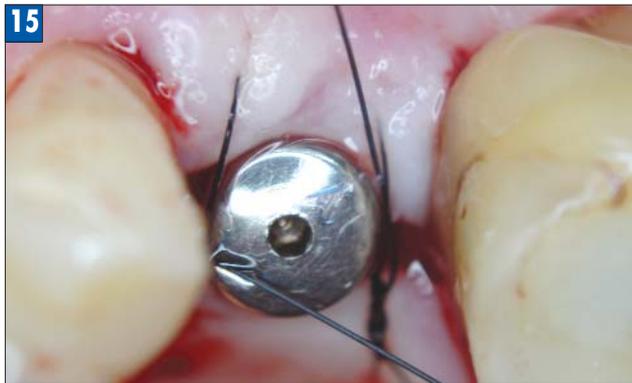


Рис. 15. Установка формирователя десны Balance Posterior (DENTSPLY Friadent).

Рис. 16 а, б. Использование штифтов переноса для снятия оттисков методом открытой ложки.

Рис. 17. Подбор и индивидуализация абатмента на модели.

72 ➤

СИСТЕМА ИМПЛАНТАТОВ ANKYLOS® DENTSPLY FRIADENT



Больше чем
Просто
Конусное
Соединение!



ОТСУТСТВИЕ
МИКРОПОДВИЖНОСТИ

СТАБИЛЬНОСТЬ
ТКАНЕЙ



ЭФФЕКТ
ПЕРЕКЛЮЧЕНИЯ
ПЛАТФОРМ

НЕПРОНИЦАЕМОСТЬ
ДЛЯ БАКТЕРИЙ



МИКРОШЕРОХОВАТОСТЬ
ПОВЕРХНОСТИ

СУБКРЕСТАЛЬНАЯ
ПОСТАНОВКА



РЕКЛАМА

СТОМУС
ГРУППА КОМПАНИЙ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
(812) 438 16 73 (74), stomus@stomus.ru
МОСКВА
(495) 669 78 72 (73), Stomus-M@stomus.ru
НОВОСИБИРСК
(383) 201 09 46, stomus-sibir@stomus.ru
КИЕВ
+38 (044)586 59 60 (61), Alexandra.Glagoleva@stomus.ru

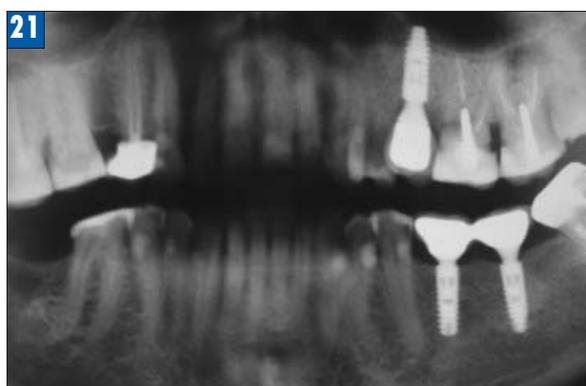


Рис. 18 а–с. Для переноса положения абатмента с модели в полость рта пациента используется ключ переноса.
 Рис. 19 а, б. Изготовление металлокерамической коронки с опорой на оригинальном абатменте Balance Posterior.
 Рис. 20 а, б. Фиксация коронки в полости рта на временный цемент TEMP BOND.
 Рис. 21. Рентген-контроль через 2 года после протезирования. Определяется стабильное состояние костной ткани. Костная ткань над плечом имплантата.

ВЫВОДЫ

Наличие периапикальной патологии зачастую приводит к тому, что после удаления причинного зуба в этой зоне формируется обширный дефект костной ткани. Установка имплантата без предварительного восстановления объема альвеолярного отростка может привести к удлинению коронки зуба и нарушению ее соотношения с окружающими структурами, что недопустимо с эстетической точки зрения, особенно в переднем отделе зубного ряда. Своевременное выявление показаний к увеличению объема костной ткани позволяет создать оптимальные условия для дальнейшего протезирования и добиться хороших эстетических и функциональных результатов лечения. **НС**

С. В. Ковалевский

Ведущий хирург-имплантолог стоматологического центра «СТОМУС»