

## Немедленная имплантация и немедленная нагрузка при работе с имплантатами системы Ankylos

В наше время с каждым днем ритм жизни становится все быстрее и быстрее. Быстрее мчатся поезда и самолеты, быстрее взрослеют дети, и конечно же, все эти изменения не могут не сказаться на развитии имплантологии. В последние годы все чаще и чаще с трибун самых уважаемых научных конгрессов звучат такие слова как «немедленная имплантация», «немедленная нагрузка», «протокол ускоренного имплантологического лечения». Однако эти тенденции являются не только данью моде и уступкой пациенту. В имплантологии, особенно в эстетически значимых зонах, основная задача врача заключается в сохранении, а при необходимости в восстановлении твердых и мягких тканей. Общеизвестно, что немедленная имплантация и протезирование в значительной степени предотвращают резорбцию костной ткани и рецессию маргинальной десны. Метод и время имплантации являются определяющими в достижении долговременного эстетического и функционального результата. И в этом случае немедленная имплантация и немедленная нагрузка позволяют не только значительно уменьшить продолжительность лечения, но и позволяет получить, как правило, прекрасный эстетический результат работы.

Стандартная методика имплантации предусматривает двух-этапную установку имплантатов. На первом хирургическом этапе устанавливают имплантат, после чего ждут его заживления без нагрузки в течение 3-6 месяцев. На втором хирургическом этапе осуществляют открытие имплантатов и устанавливают формирователь десны или абатмент. Период заживления без нагрузки был обязательным для успешной остеоинтеграции. Считалось, что эта методика минимизирует риск утраты имплантата. В последние годы ситуация изменилась. Пациенты настаивают на более быстром решении эстетических и функциональных зубочелюстных проблем. С учетом этих требований во многих клиниках начали разрабатывать технологии, позволяющие проводить протезирование с опорой на имплантаты немедленно, сразу после их инсталляции или не более чем через 72 часа после имплантации. Такой подход позволяет сократить продолжительность лечения и обеспечить пациенту удовлетворительный внешний вид и функцию на весь период приживления имплантата. Для успешного выполнения данного метода лечения обязательно соблюдение следующих условий:

1. Атравматичное удаление зубов.
2. Сохранность вестибулярной компактной пластинки альвеолы (толщина не менее 1 миллиметра).
3. Отсутствие очагов хронической инфекции в лунках.

4. Оптимальное позиционирование имплантата ближе к небной стенке альвеолы без касания ортопедической платформы вестибулярной стенки лунки.
5. Инсталляция имплантата с определенным моментом вращения ( $\geq 35$  Н/см).
6. Выбор оптимального абатмента.
7. Шинирование имплантатов единой протезной конструкцией.
8. В течение 6 недель прием мягкой пищи.

В данной статье мы представляем клинический случай немедленной имплантации и немедленной нагрузки в переднем отделе зубного ряда с использованием имплантатов системы ANKYLOS.

Пациентка 47 лет. Планируется удаление зубов в переднем отделе верхней челюсти 11,12,13,21,22,23 с одномоментной имплантацией и немедленной нагрузкой. В боковых участках верхней челюсти справа и слева установлены в 1997 году одноступенчатые имплантаты Сти-иол и Q-имплантат в области 17-ого зуба.

Необходимо подчеркнуть, что удаление зубов необходимо проводить с особой осторожностью, чтобы предотвратить фрактуру вестибулярной компактной пластинки. Рекомендуется использовать периотомы, а при сложном удалении мезио-дис-

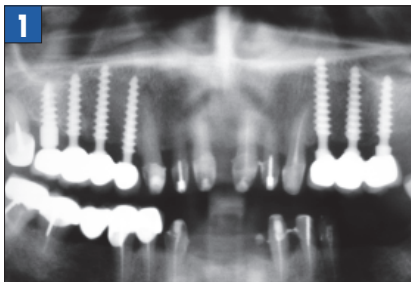


Рис. 1, 2. Несостоятельные реставрации из композиционного материала в области 11, 12, 13, 21, 22, 23.

Рис. 3. Атравматичное удаление без откидывания лоскутов при помощи периотома.

Рис. 4. Удаленные зубы.

Рис. 5. Тщательный кюретаж после удаления 11–13, 21–23.

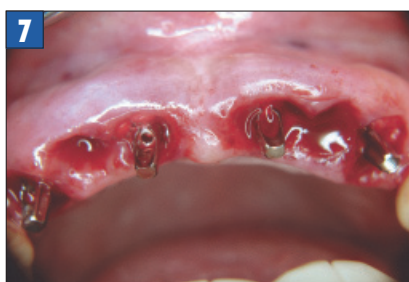
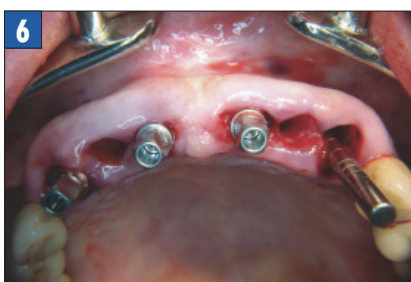
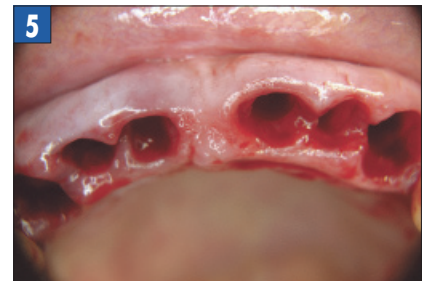
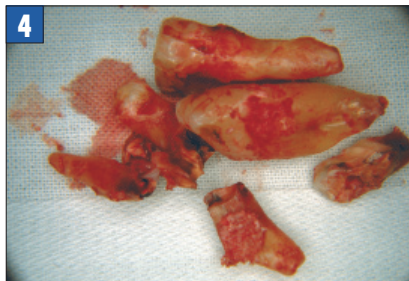
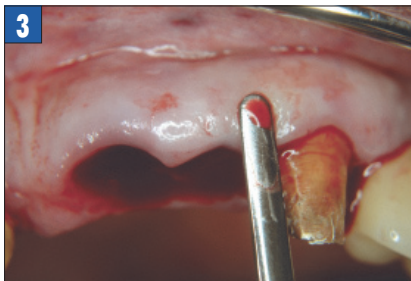


Рис. 6. Установка имплантатов Ankylos в лунки удаленных зубов: 11, 13, 21, 23 зуба.

Рис. 7. Установлены угловые абатменты.

Рис. 8. Выполнено восковое моделирование, изготовлены временные конструкции.

Рис. 9 а. Ключ переноса.

Рис. 9 б. Ключ переноса — вид сверху.

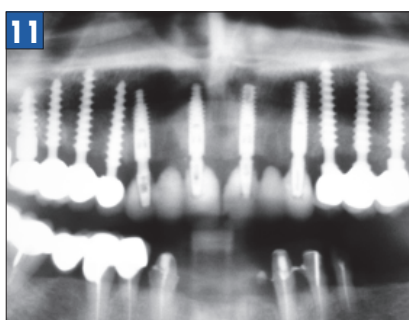
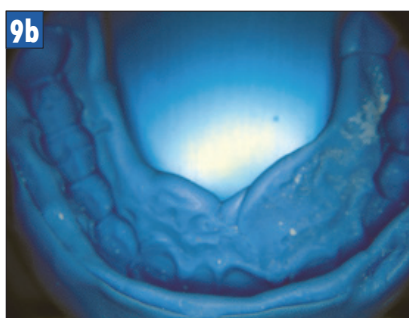
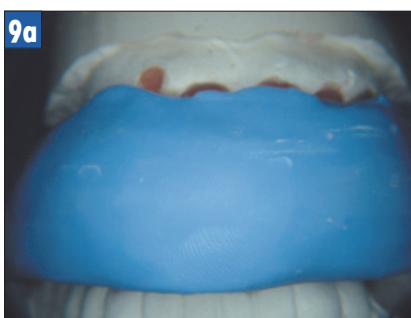


Рис. 10. Наложены швы и установлены временные мостовидные конструкции.

Рис. 11. Контрольная рентгенограмма сразу после операции немедленной имплантации и непосредственного протезирования.

тальное препарирование корня. Также для сохранения питания вестибулярной костной ткани по возможности рекомендуется не отслаивать слизисто-надкостничный лоскут.

После удаления зубов производится оценка состояния вестибулярной пластинки. При её сохранности и достаточной толщине (минимум 1 мм) проводится тщательный кюретаж лунок и установка имплантатов с нёбным смещением, в целях отсутствия малейшего давления на вестибулярную пластинку.

Имплантаты устанавливаются с усилием 35 Н/см, что является одним из обязательных условий немедленной функцио-

нальной нагрузки. Свободные пространства между имплантатами и стенками лунок ничем не заполняются. После установки имплантатов в полости рта были подобраны и зафиксированы с усилием 15 Н/см абатменты Ankylos Standard C.

Перед операцией были сняты оттиски, в зуботехнической лаборатории проведено восковое моделирование будущих временных протезов.

С помощью колпачков для временных протезов и силиконового ключа были изготовлены временные мостовидные протезы с опорой на имплантаты в области 13, 11, 21, 23 зубов.





Рис. 12 а. 8 суток после операции снятием швов.  
Рис. 12 б. Вид справа.  
Рис. 12 с. Вид слева перед.  
Рис. 13 а. Этап временных коронок с целью формирования мягких тканей.  
Рис. 13 б. Формирующиеся десневые манжетки.



Рис. 14. Формирующиеся десневые манжетки: а — вид слева, б — вид справа.

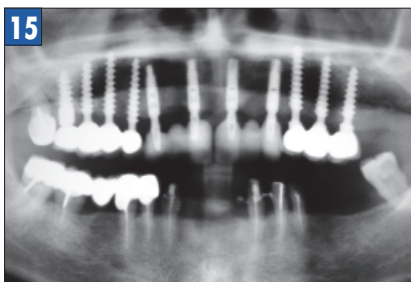


Рис. 15. Контрольная рентгенограмма через 3 месяца.  
Рис. 16. Постоянные металлокерамические мостовидные протезы 11–13, 21–23 через 6 мес после операции.



Рис. 17 а. Фронтальный вид.  
Рис. 17 б. Вид слева.  
Рис. 17 с. Вид справа.

Силиконовый ключ изготавливается заранее на основе моделей с восковым моделированием. Промежуточная область, прилегающая к слизистой, делается овоидной формы.

Временный протез тщательно полируется и фиксируется после наложения швов. Перекрестное шинирование имплантатов протезом, а не отдельно изготовленными коронками также является важным условием успеха данного метода, что позволяет уменьшить изгибающий момент при функциональной нагрузке. Проверка и коррекция окклюзионных контактов позволяет уменьшить нагрузку на имплантаты. Чтобы исключить чрезмерную нагрузку на имплантаты, пациенту рекомендуется мягкая пища в течение шести недель после операции.

Так как регенеративных методик в данном клиническом случае не применялось, антибиотики после операции не назначались. Даны рекомендации по уходу и контрольным осмотрам.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование немедленной имплантации и немедленной нагрузки в эстетически значимой зоне позволяет не только уменьшить общую продолжительность лечения, но и сохранить исходную анатомию тканей в зоне имплантации, что в свою очередь обеспечивает оптимальную «красную» и «белую» эсте-

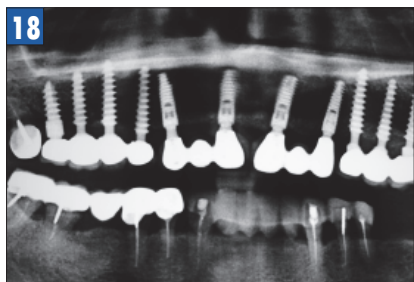


Рис. 18. Рентгенологический контроль через 6 месяцев после протезирования.



Рис. 19. Состояние через 1 год после протезирования.

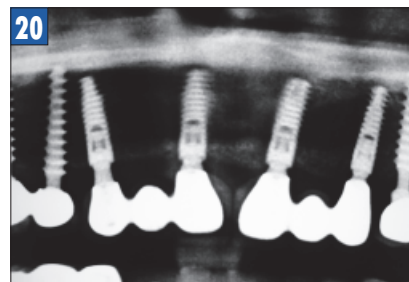


Рис. 20. Контрольная рентгенограмма через год после протезирования.

тику реставрации. Использование имплантатов ANKYLOS в этом случае имеет ряд преимуществ:

- высокая первичная стабильность имплантата за счет прогрессивного дизайна резьбы
- отсутствие раздражения тканей в области границы абатмент-имплантат за счет отсутствия микроподвижности и микрощели

- большое эффективное пространство вокруг абатмента для формирования десневой манжетки (диаметр абатмента меньше диаметра имплантата)
- снижение риска прокручивания имплантата в момент фиксации абатмента (необходимый вращающий момент 15 Н/см).

НС