

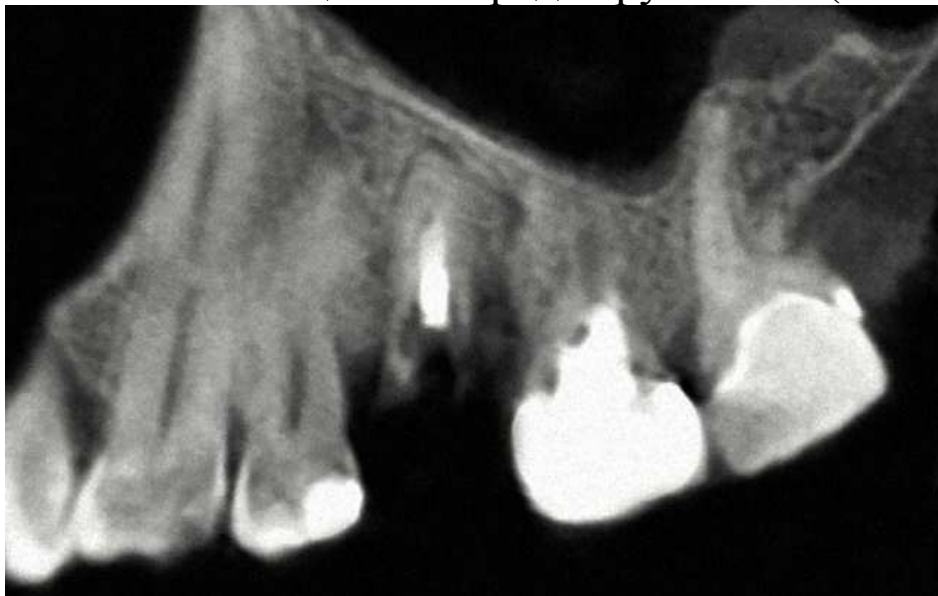
Негайна імплантація з одномоментним навантаженням

Як ми знаємо, наші пацієнти хочуть від нас швидкого, недорогого, надійного і функціонального лікування. При сучасному рівні медицини часто це недосяжне, але в деяких випадках, використовуючи нові медичні технології і власну майстерність, лікар може зробити пацієнта щасливим, повністю реалізувавши його бажання.

Часто трапляється, що пацієнти звертаються в клініку для імплантації з ще наявними зубами, на які через діагноз чекає неминуче видалення. Методом вибору є екстракція з наступною імплантацією. Проте після видалення зуба запускається механізм загоєння лунки і відбувається пов'язана з цим процесом резорбція кісткової тканини альвеоли. Як показали ряд досліджень, резорбції твердих тканин можна уникнути, якщо провести екстракцію максимально атравматично і герметизувати ясенний контур тимчасовою реставрацією. Цю методику ми розглянемо на прикладі клінічного випадку.

Пацієнт, 1966 року народження, зуб 25 раніше був відновлений куксовою вкладкою, вкритою керамічною коронкою. Через п'ять років після протезування стався перелом кореня. Ортопедична конструкція видалена, ми можемо бачити вертикальну тріщину кореня.

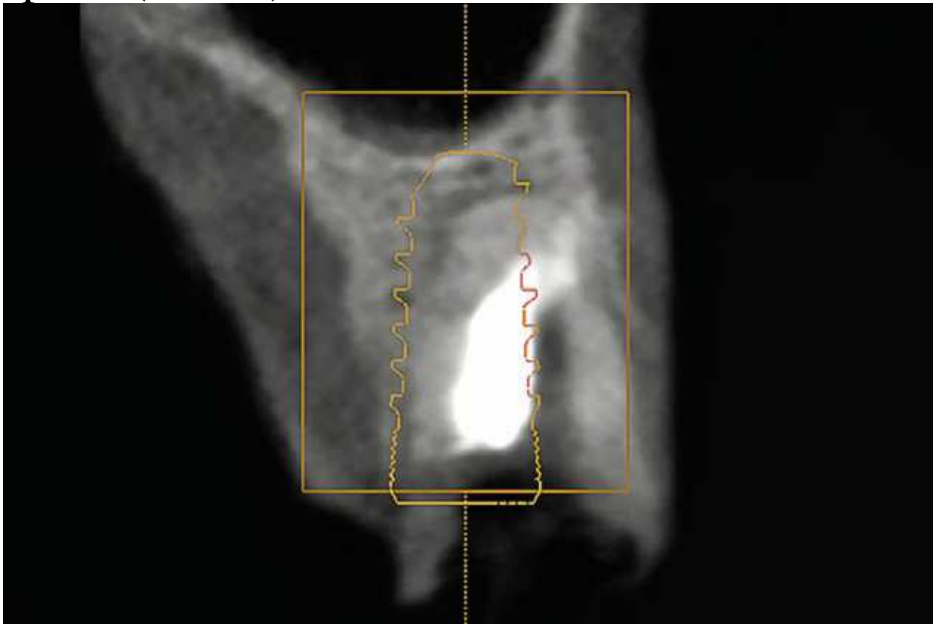
Фрагмент КЛКТ пацієнта перед втручанням (мал. 1).



Мал. 1

Періапикальні тканини спокійні, кістковий запас достатній для установки імплантату. Вирішено використовувати видалення з негайною імплантацією, з негайним нефункціональним навантаженням, дотримуючи атравматичного протоколу.

Планування розміщення імплантату MIS C1 у програмі Galaxis Implant (мал. 2).



Мал. 2

Вибраний імплантат MIS C1 діаметром 5 мм і завдовжки 13 мм. Враховуючи високі компресійні властивості імплантату MIS C1, ми розраховуємо отримати високу стабільність навіть у наявному невеликому об'ємі кістки.

Під місцевою анестезією ми проводимо видалення за допомогою набору для атравматичного видалення однокореневих зубів: це набір Venex-Control компанії Meisinger.

В корені зуба за допомогою спеціальної фрези здійснюємо свердління, що проникає скрізь увесь корінь, і встановлюємо туди утримувач (мал. 3).



Мал. 3

До утримувача монтується трос, який монтується в пристрої Venex (мал. 4).



Мал. 4

Цей пристрій дозволяє видалити корінь, застосовуючи силу точно по вісі, і таким чином уникнути щонайменших тріщин у вестибулярній кортикальній пластинці (мал. 5).



Мал. 5

Обертаючи механізм пристрою Venex, ми вертикально витягуємо корня (мал. 6).



*Мал. 6.
Витягнутий
корінь*

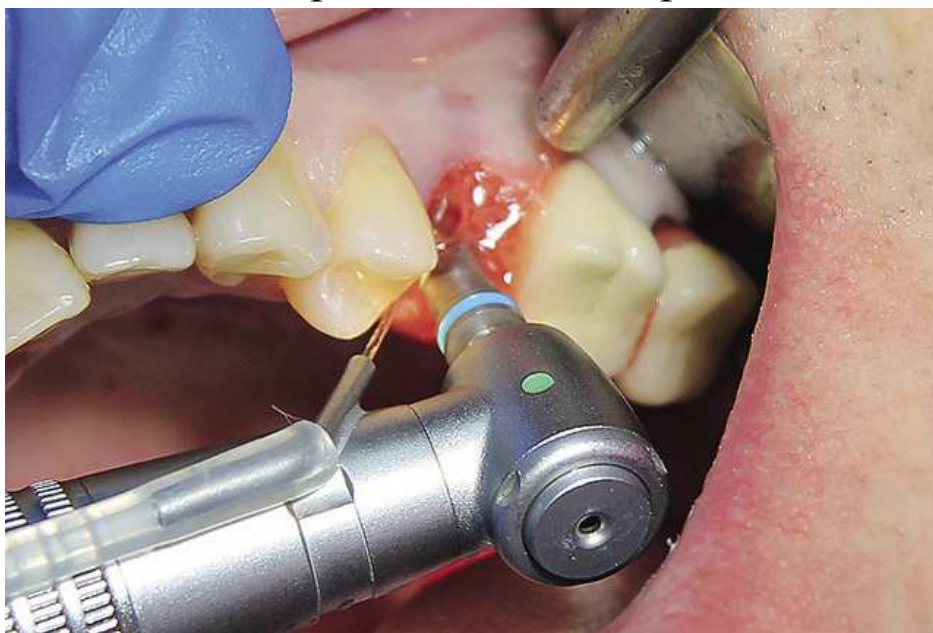
Які переваги цього видалення? Враховуючи вертикальну вісь екстракції кореня, стінки альвеоли мали залишитись неушкодженими. Нами не проведено жодних розрізів, і не проведене відшарування слизово-окісного клаптя, таким чином, живлення кісткових стінок альвеоли здійснюється з боку судин окістя, і цей механізм ми не порушили.

Проводимо пілотне свердління, тримаючись більш піднебінно, оскільки хочемо, щоб відстань до вестибулярної стінки була більше і наш імплантат був розташований дещо більш піднебінно в просторі «естетичного трикутника» (мал. 7).



*Мал. 7.
Проводимо
пілотне
свердління*

Після цього проводимо профільне свердління, і, хоча ми плануємо розмістити імплантат С1 діаметром 5 мм, при підготовці ложа зупиняємося на синій профільній фрезі діаметром 3,5 мм, що менше, ніж рекомендовано протоколом (мал. 8).



*Мал. 8.
Прово-
димо про-
фільне
свердління*

Установка імплантату C1 діаметром 5 мм (мал. 9).



Мал. 9

Для виконання такої маніпуляції дуже важливий правильний вибір імплантату. MIS C1 використаний нами не випадково, для цього протоколу підійде тільки імплантат з конічним з'єднанням 12 градусів, бо тільки конічне з'єднання дозволяє уникнути резорбції в ділянці шийки імплантату і зберегти кістку в ділянці шийки імплантату, оскільки відсутні ефекти мікрорухомості та мікропомпи. Таким чином, ставлячи імплантат на 1 мм нижче за рівень кістки альвеоли, ми упевнені, що кістка залишиться на цьому рівні, інакше естетика всієї нашої конструкції ризикує бути неуспішною, а при значній резорбції вестибулярної кортикальної пластинки вся імплантація може виявитися невдалою.

По томографії ми виміряли корінь зуба і вирішили, що 5-міліметровий імплантат забезпечуватиме відмінну стабільність у цій лунці, проте, підготувавши ложе імплантату меншого діаметру, враховуючи конденсуючі властивості імплантату C1, ми змогли отримати стабільність 50 ньютон, що більш ніж достатньо для тимчасового протезування.

Встановлений імплантат C1 діаметром 5 мм (мал. 10).

Особливо важливим аспектом є те, що ми не заповнюємо проміжку між імплантатом і стінками альвеол, залишаючи їх порожніми. Чекаємо заповнення цього проміжку кров'яним згустком і наступної реорганізації в кістку.



Мал. 10

Дуже важлива правильна підготовка тимчасової коронки для цього імплантату (мал. 11).



Мал. 11

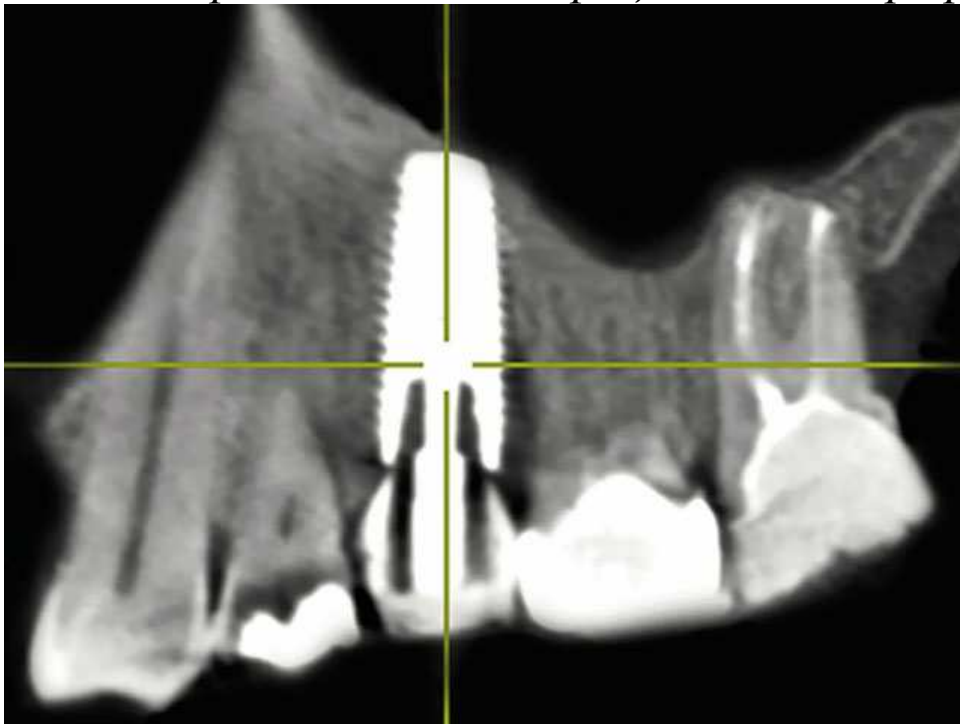
Для виготовлення тимчасової коронки ми використовуємо пластиковий абатмент, що входить у комплект імплантату С1. Розмістивши його на імплантаті, ми повністю проллємо рідкотекучим композитом ясенне кільце, щоб наша тимчасова коронка з гвинтовою фіксацією щільно герметизувала ясенне кільце альвеоли (консервація лунки), після цього знімемо абатмент і, наносячи композит, створимо конічну підясенну частину абатмента, дещо збільшимо товщину в ділянці ясенного кільця і фіксуємо абатмент назад до імплантату. Оцінивши герметизацію ясенного кільця, приступаємо до створення зовнішньої частини тимчасової реставрації, для цього затягуємо гвинт, обрізуємо абатмент, заповнюємо гарячою гутапер-

чею і зверху моделюємо зуб з фотополімеру. Виводимо його з прикусу. Пацієнт чотири місяці користуватиметься цією конструкцією, після чого вона буде замінена на постійну реставрацію.

Фрагмент післяопераційної томографії: нам вдалося встановити імплантат точно за планом (мал. 12).



Мал. 12а. Фрагмент післяопераційної томографії



Мал. 12б. Фрагмент післяопераційної томографії

Таким чином, ми змогли герметизувати ясенне кільце (провести консервацію лунки) і тим самим уникнути запуску механізму загоєння лунки, механізму резорбції стінок альвеоли. Герметизуючи простори і створивши підтримку крайовим яс-

нам, ми також запобіжимо виникнення запалення. Організм, так би мовити, «не помітить, що зуб був видалений». Вестибулярний вигляд тимчасової реставрації на третю добу після втручання (мал. 13).



Мал. 13

Оральний вигляд тимчасової реставрації на третю добу (мал. 14).



Мал. 14

Немає запалення. Як оцінюють пацієнти цю операцію? Жодного дискомфорту, незначний біль у першу добу після видалення, і усе. Відсутність набряку і наявність зуба: абсолютний успіх.

На закінчення хотілося б зауважити, що використання нових матеріалів, нових імплантатів і нових хірургічних методик дозволяє нам значно прискорити реабілітацію наших пацієнтів, покращити якість їх життя у післяопераційний період.

Автор: Е. Н. Шастін, лікар-стоматолог