



Cranio-maxillofacial

Implant Directions®

Vol. 10 N° 3

Сентябрь 2015

Русская версия



Клинический случай

Восстановление челюсти с помощью имплантатов для непосредственной установки Immediate Strategic Implant® после удаления полностью ретенированного, горизонтально нарощенного
КЛЫКА

IHDE S., IHDE A., LYSENKO V.

ISSN 1864-1199 / e-ISSN 1864-1237

OFFPRINT



The Foundation of Knowledge

Редакционная коллегия

Главный редактор

Врач Майюр Хаирнар
drmayurkhairnar@gmail.com

врач Вивек Гаур
drvivekgaur@yahoo.co.in

Координатор редакции не избран

Редколлегия (в алфавитном порядке)

Врач Ясен Димитров, Болгария
Врач Штефан Хаас, Германия
Врач, профессор Витомир Константинович, Сербия
Врач Валерий Лысенко, Украина
Каажина Маркова, Прага
Юра Митрушенков, Москва
Врач Геральд Шилинг, Germany
Врач Нерндер Сингх, Индия
Врач Катрин Тост, Греция

Отчеты и критические оценки

Отдел исследований и свидетельств, МФИ

Цена одного выпуска

30 евро

Годовая подписка

120 евро

Авторское право

Copyright
Copyright ©2006 - 2015 by
International Implant Foundation
DE- 80802 Munich / Germany
www.implantfoundation.org

Contact

publishing@implantfoundation.org

CMF.Impl.dir.

ISSN 1864-1199

e-ISSN 1864-1237

Пояснение

Анализ опасностей

Следует постоянно следить, чтобы сохранять точность информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, издатель и/или дистрибьютор и/или редакторы и/или авторы не могут нести ответственность за возможные ошибки или любые последствия, возникшие в результате использования информации, содержащейся в настоящей публикации. Заявления и мнения, содержащиеся в редакционных статьях и в этой публикации, являются исключительно выражением мысли авторов, а не издателя, дистрибьютора и/или IIF.

Продукция, процедуры и методы лечения, описанные в данной работе, являются опасными, поэтому их могут применять только сертифицированные и обученные медицинские работники в среде, специально предназначенной для выполнения таких процедур. Ничто из предложенных испытаний или процедур не может осуществляться, если по профессиональному мнению пользователя их риск не оправдан. Тот, кто применяет продукты, процедуры и методы лечения, представленные или описанные в данной публикации будет делать это на свой страх и риск. Из-за быстрого развития медицины IIF рекомендует проводить независимую проверку диагностики, лечения, лекарственных средств, доз и методов работы прежде, чем осуществлять любое действие.

Хотя все рекламные материалы, которые могут войти в работу, должны соответствовать этическим (медицинских) нормам, включение их в эту публикацию не является гарантией или одобрения со стороны издателя в отношении качества или стоимости такого продукта или заявлений, сделанных об этом его производителем.

Юридические ограничения

Работа представлена редакцией IF Publishing, Мюнхен, Германия Авторские права сохранены за IF Publishing Эта публикация, включая все её части, юридически защищена авторским правом. Любое использование, эксплуатация или продажа вне узких пределов, установленных законодательством об авторском праве, и ограничения на использование изложенного ниже без согласия издателя являются незаконными и подлежат судебному преследованию. Это относится, в частности, к фотокопированию, репродукции копированию, сканированию или дублированию любого рода, переводу, подготовке микрофильмов, электронной обработке данных и хранения, если это делает эту публикацию доступной по сети Интранет или Интернет.

Некоторые продукты, названия, инструменты, методики лечения, логотипы, дизайн и т.д., упомянутые в настоящей публикации, также защищены патентами и товарными знаками или другими законами защиты интеллектуальной собственности («например, Знаки «IIF», «IIF» и IIFLogo) являются зарегистрированными товарными знаками, даже если конкретная ссылка на этот факт не всегда делается в тексте.

Таким образом, упоминание имени, инструмента и т.д. без обозначения фирменного знака не может быть истолковано как представление издателя, что это общественное достояние.

Подписка учреждений является разрешением на то, чтобы воспроизводить таблицы или готовить списки статей, в том числе рефератов для внутреннего использования в соответствующих учреждениях. Разрешение издателя требуется для всех других выполненных на основании издания работ, в том числе сборников и переводов. Разрешение издателя требуется для хранения или использования в электронном виде любого материала, содержащегося в этом журнале, в том числе любой статьи или части статьи. Вопросы просьба направлять издателю по указанному адресу.

Клинический случай
Восстановление челюсти с помощью имплантатов для непосредственной установки Immediate Strategic Implant® после удаления полностью ретенированного, горизонтально нарощенного клыка

Авторы:

Врач Stefan Ihde
Врач Antonina Ihde
S. Resort 1 MNE-85315 Врба/
Трудовичи Черногория
Врач Валерий Лысенко
Ул. Дружбы Народов, 269, кв. 38,
Украина, 61183, Харьков

Реферат

При использовании имплантатов для двухэтапной установки потребуется длительное время для заживления перед установкой имплантатов, особенно в тех случаях, когда предстоит удалить ретенированный и нарощенный зуб. Быстрое и эффективное лечение возможно, если использовать имплантаты Strategic Implant®. Эти имплантаты требуют крепления только в 2-м кортикальном слое, их следует немедленно шинировать (друг с другом или, в редких случаях, с зубами). Начальная высота кости (расстояние между первым и вторым кортикальным слоем) не важна для успешной установки имплантатов Strategic Implant®, если можно добиться резорбционной стабильности второго и третьего кортикального слоя. Этот клинический случай показывает, как этот принцип применяется в случае горизонтально нарощенного клыка в верхней челюсти.

Ключевые слова: ретенированный и нарощенный клык, верхняя челюсть, Strategic Implant®, немедленная нагрузка, нагрузка кортикального слоя

1. Введение

При [традиционной] альвеолярной имплантации важно количество вертикальной [главным образом губчатой] костной ткани, если необходимо оценить возможность и шансы протезирования с помощью этих имплантатов. То есть, в большинстве случаев даже в настоящее время при использовании таких имплантатов непосредственная установка имплантата и непосредственное протезирование выполняются редко. Одной из причин консервативного подхода, который включает в себя сначала удаление, затем - время ожидания до заживления костной ткани и, наконец, двухэтапный подход с временем для заживления, является то, что такие имплантаты имеют шероховатую поверхность, которая полностью должна быть погружена в кость, чтобы избежать ее заселения бактериями. Имплантаты Strategic Implant® имеют гладко отполированную поверхность «Noitis®», которая препятствует заселению ее бактериями. Было доказано, что кость может даже расти дальше вдоль такой поверхности в направлении полости рта.

2. Материалы и Методы

Пациентка 49 лет, много курит, имеет большой перечень патологий [лечение гиперфункции щитовидной железы, многочисленные позвоночные грыжи, лимфоцитарный колит, моноклональная гаммапатия без патологии] нуждалась в протезировании имплантатом в связи с плохим внешним видом и пародонтитом обеих челюстей [рис. 1]. Кроме того, верхние зубы были подвижны.



Рис. 1: Предоперационный общий снимок, показывающий массивную утрату костной ткани и глубокий периодонтит возле многих зубов. Верхний левый клык ретенирован и горизонтально нарощен. Высота оставшегося слоя костной ткани в направлении черепа над этим зубом и кортикального слоя со стороны носа составляет 3 мм.

Техника: После тщательной дезинфекции полости рта (бетадин 5%) все зубы были удалены при местном обезболивании. Зуб 23 был ретенирован со небной стороны верхнечелюстного гребня, т.е. со стороны неба к корням 21, 22. Небольшой лоскут следовало поднять в направлении небной и вестибулярной стороны, чтобы попасть в нужную зону и иметь доступ к верхушке корня этого зуба. Над коронкой был удален альвеолярный кортикальный слой. Коронка этого клыка была отделена от корня и удалена. После этого корень был удален целиком, путем выдалбливания с вестибулярной стороны в направлении пустой зоны слева, оставшейся после удаления коронки клыка.

В верхнюю челюсть были немедленно утановлены 10 имплантатов BCS (Strategic Implant® Brand, производство: Dr. Ihde Dental AG, CH-8737 Гоммивальд, Швейцария) с классическим распределением 1 в верхней челюсти (см. рис. 7):

- 2 имплантата были закреплены в зоне крыловидного отростка
- 4 имплантата были закреплены во втором кортикальном слое носовой полости
- еще 4 имплантата были установлены, чтобы сократить расстояние между дистальными и передними имплантатами, все они внедрены в кортикальный слой дна придаточной пазухи и во второй кортикальный слой.

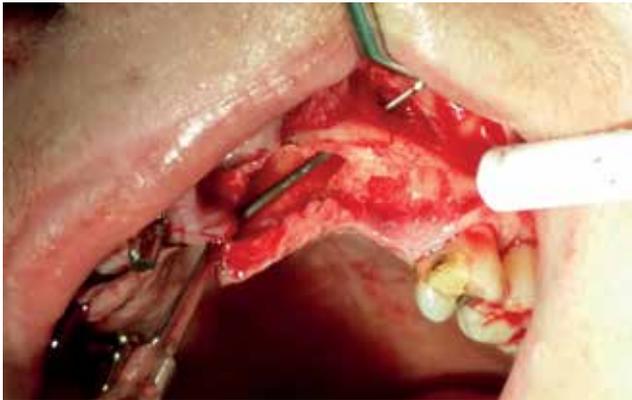


Рис. 2: Вид зоны ретенцированного зуба после его удаления во время операции. Длинный зонд показывает положение удаленного клыка и его направление, кончик зонда прокалывает вестибулярный кортикальный слой в зоне 24. Зуб бы разделен на коронку и корень, после удаления коронки корень легко выдолбили с вестибулярной стороны к центру зоны остеотомии.



Рис. 4: После подготовки высверленного отверстия 2 мм через костное ложе в полости носа в месте остеотомии верхнего левого клыка были установлены 2 имплантата BCS. Пустота была затем заполнена коллагеновым губчатым материалом «Hemospon».



Рис. 3: Клиническая картина двух имплантатов BCS спереди вверху. Резьбовые элементы прошли через кортикальный слой в месте удаленного клыка [1-й кортикальный слой] и дно носовой полости [2-й кортикальный слой]. Высота костной ткани была менее 4 мм, поэтому часть резьбового элемента левого имплантата осталась в лунке в месте остеотомии. Постэкстракционные лунки зубов 21 и 22 не видны на фото, они располагаются в направлении щек относительно места удаления клыка.

Все лоскуты были плотно зашиты шелковой нитью для швов 3,0 и достаточно промыты для местной дезинфекции раствором бетадина 5%. В целом лечение проводилось без поддержки системными антибиотиками согласно желанию пациентки.

3. Результаты

Лечение протекало без осложнений, хотя пациентка [с ее слов] выкуривала "10-15 сигарет в день". Раны в верхней челюсти были обработаны особенно тщательно, в нижней же челюсти, лечение которой проводилось 2 дня спустя, остались некоторые промежутки.



Рис. 5: Клиническая картина заживленной слизистой на пятый день после операции; на этом этапе лечения пациентка уже 2 дня пользовалась временными мостами для длительного пользования. Мост был просто защелкнут на месте, без цементирования, пациентке рекомендовали не есть пищу, прилипающую к зубам. Следует отметить прекрасное заживление мягких тканей после промывания раствором бетадина (5%).



Рис.6:Металлопластиковый мост перед цементированием. Мост включает в себя зубы 6-6 и два технических абатмена.

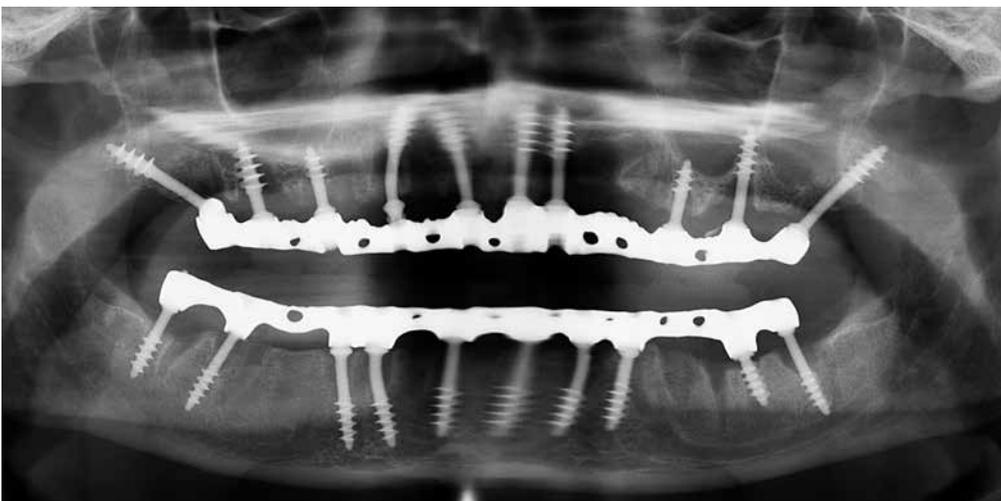


Рис. 7: Общий вид после операции: фото сделано после установки двух мостов. В обе челюсти установлено 10 имплантатов. Все имплантаты, за исключением установленных впереди в нижней челюсти, установлены с проникновением во 2-й кортикальный слой. Имплантаты в местах 21, 22 проходят вертикально через экстракционную лунку (место остеотомии) левого верхнего клыка и входят в кортикальный слой дна носовой пазухи.

4. Обсуждение

Так как начальное лечение было завершено в течение нескольких дней, впоследствии было трудно оценить окончательное состояние мягких и твердых тканей. Если будет иметь место значительная усадка тканей, возможно, потребуется ставить 2-й мост, чтобы закрыть промежуток между мостом и деснами. Перебазировка с использованием акриловых материалов непосредственно во рту не является хорошей тактикой, так как новая акриловая поверхность не может быть отполирована во рту. Перезабазировка, таким образом, влечет за собой риск хронических инфекционных заболеваний слизистой, что может сказаться на окружающих имплантат мягких и твердых тканях.

Однако мы наблюдали много случаев, когда пациенты, даже с очень большими промежутками между мостом и залеченными деснами, не требовали установки 2-го моста, так как привыкали к своим протезам, могли очень хорошо жевать и выполнять другие функции, а достаточно длинные губы закрывали эстетически несовершенные зоны.

Хотя лечение проводилось в течение восьми дней, обе челюсти в один день не оперировали. Нижнюю челюсть оперировали на третий день, в тот же день, когда в верхней челюсти был установлен мост. Мы считаем этот протокол пригодным в тех случаях, когда требуется лечение обеих челюстей, а также когда дополнительная операция (например, удаление нарощенных зубов) потребует значительного времени. Недостатком этой процедуры является то, что более долгим становится прием пищи, а организм пациента не обеспечивает необходимый субстрат. Возможно, именно поэтому десны в нижней челюсти заживали дольше.

Следует также отметить, что после удаления нарощенных зубов мудрости возможна непосредственная установка имплантата Strategic Implant®. В этих случаях найти зону слияния между боковой частью верхней челюсти и сфеноидной костью (крыловидным отростком) особенно легко, так как эта зона находится точно позади корня зуба мудрости. Резьбовой элемент имплантата, передающего усилие, можно с легкостью установить в идеальном положении через постэкстракционную лунку.

4. Выводы

Количество вертикальной костной ткани не имеет значения для установки систем Strategic Implant®, даже после удаления ретенированных зубов (клыков, третьих моляров, других зубов). Если имеется и используется 2-й и 3-й кортикальный слой, всегда возможна непосредственная установка имплантата.

По технологии резьбу имплантата следует вводить во 2-й кортикальный слой и немедленно шинировать мостом.

Наш 10-ти летний опыт работы показывает, что эта методика лечения проста и надежна, хотя требует специальной тщательной подготовки.

Библиография

1 Ihde S., Ihde A. Знакомство с работой с имплантатами Strategic Implant® International Implant Foundation Publishing, Munich, 2015, ISBN 978-3-945889-01-5

