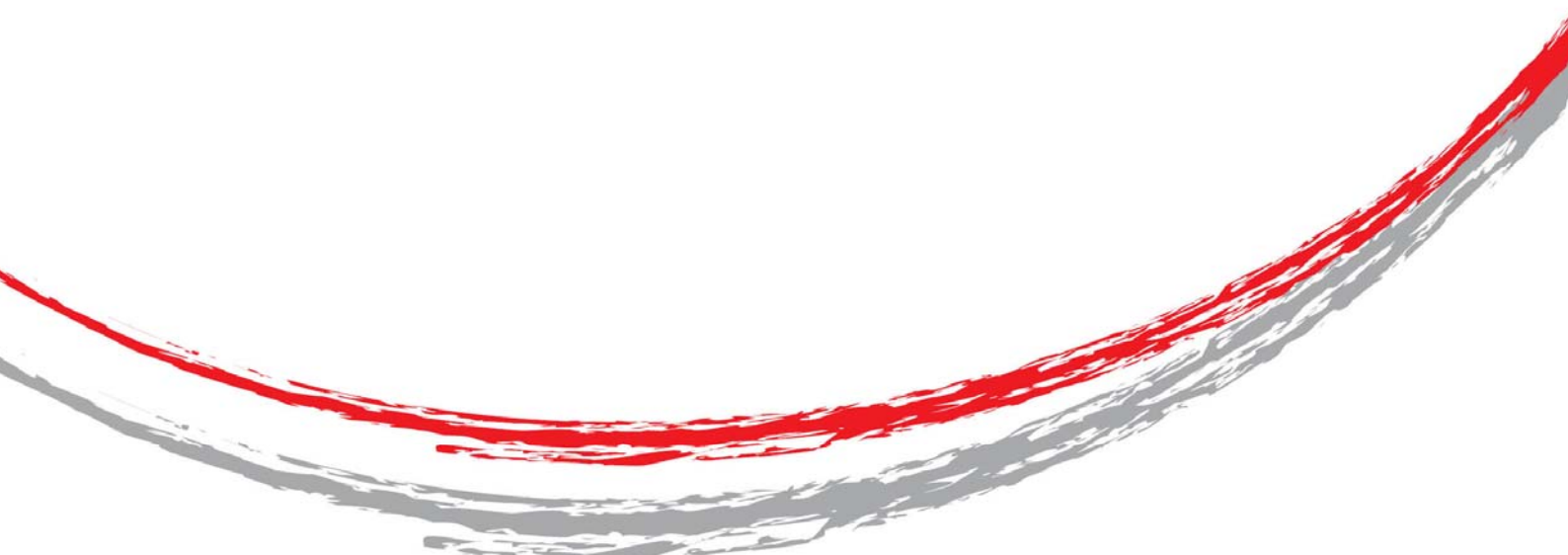


Использование длинных имплантатов Implife[®]
в бугорно-крыловидном соединении
без применения синус-лифтинга

Лунгу В. И



Лунгу В. И., доцент, канд.мед.наук, Одесский Национальный медицинский университет, каф. хирургической стоматологии (зав.- проф.Гулюк А.Г.)

Использование длинных имплантатов «Implife®» в бугорно-крыловидном соединении без применения синус-лифтинга

Резюме. Обоснована целесообразность установки длинных имплантатов «Implife®» в бугорно-крыловидный шов при атрофии высоты альвеолярного отростка верхней челюсти без применения методик аугментации.

Ключевые слова: бугорно-крыловидная область, атрофия челюсти, дентальные имлантаты Implife®.

Key words: bugorno-krylovidnyu area, atrophy of jaw, dental'nye imlantaty Implife®.

Введение. На скорость атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти влияют давность удаления зубов, сроки пользования съёмными протезами и состояние опорных зубов под мостовидными протезами (рис.1, 2, 3). От размеров верхнечелюстной пазухи зависит остаточный объем костной ткани, где еще можно установить имплантаты.



Рис.1 Верхняя челюсть после ношения съёмного протеза.



Рис. 2 Ортопантомограмма б-го Ш. с атрофией челюсти, после 15 лет пользования съёмным протезом.



Рис. 3 Металлокерамический протез через 7 лет эксплуатации.

Распространенным и общепринятым вариантом лечения в такой ситуации традиционно является проведение операции синус-лифтинга.(рис. 4)

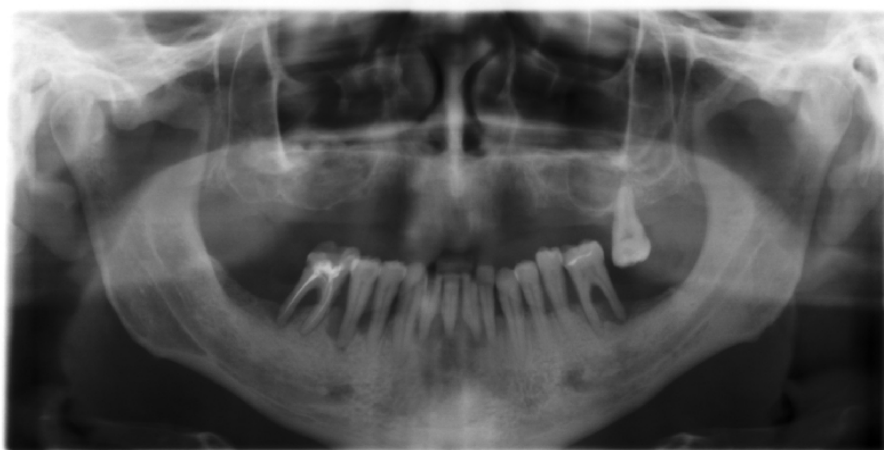


Рис. 4 Ортопантомограмма б-го Б. после 2-х стороннего синус-лифтинга.

Большинство пациентов отрицательно относятся к таким оперативным вмешательствам из-за высокого риска возможных осложнений, стоимости манипуляции и страха перед операцией. Имплантация в ранние сроки после экстракции зубов (7-30 дней) или немедленно после удаления зуба позволяет приостановить процесс резорбции и стабилизировать объем костной ткани. Однако подавляющее большинство больных обращаются за помощью при III-IV стадии парадонтита, когда кость уже резорбирована (рис. 5).



Рис. 5 Ортопантомограмма б-го Ю. Парадонтит 4-й степени.

Применение методик аугментации кости приводит к значительному увеличению продолжительности лечения и не отвечает требованиям такого пациента. Отсюда – отказ от несъемного протезирования и согласие на съемный протез. Без должного внимания имплантологами оставлен бугор верхней челюсти, где даже при выраженной атрофии и утрате всех зубов остается участок нерезорбированной костной ткани (рис.6). Бугорно-крыловидный шов соединяет верхнюю челюсть с крыльями основной кости

(рис. 7). прикрепление мышц поддерживает функциональную активность и сохраняет форму данной области. (рис. 8). Установка имплантатов в данной области позволяет достичь надежной первичной стабильности за счет фиксации в плотной кортикальной кости (рис. 9).

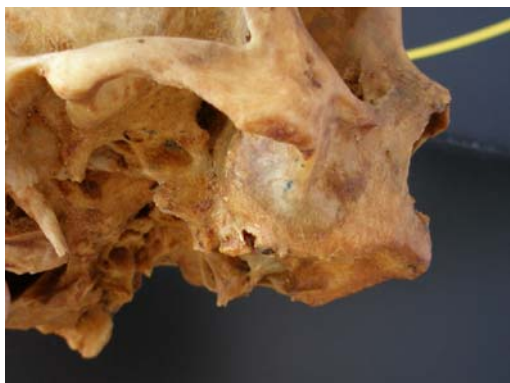


Рис. 6 Атрофия в\ч - нерезорбированный участок челюсти в области бугра.



Рис.7 Соединение бугра с крыльями основной кости.



Рис.8 Дистальный отдел верхней челюсти после утраты зубов.



Рис.9 Фиксация имплантата в плотной кортикальной кости.

Минимизировать степень операционной травмы можно, если не отслаивать слизисто-надкостничный лоскут и не проводить синус-лифтинг. Вместо полного отслаивания лоскута достаточно пользоваться мукотомом в зоне прикрепленной десны (рис.10). Альтернативой открытому синус-лифтингу можно считать установку бугорно-крыловидных имплантатов в обход гайморовой пазухи. (рис.11а, 11б, 11в). Для успешного лечения пациентов при выраженной атрофии челюстей применяются длинные имплантаты с внедрением через бугор верхней челюсти в соединение с крыловидной костью.



Рис. 10 Использование мукотома не нарушает питания кости.

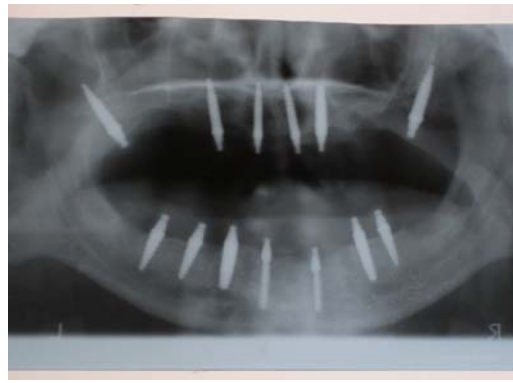


Рис. 11а Ортопантомограмма б-го Ф. после установки имплантатов в обход гайморовой пазухи.



Рис. 11б Применение защитных колпачков формирует десневую борозду вокруг абатмента и сводит к нулю воспалительные осложнения.



Рис. 11в Временный протез зафиксирован через 15 дней.

Целью данной работы был анализ эффективности применения имплантатов в бугорно-крыловидном шве непосредственно после удаления зубов при атрофии дистальных отделов верхней челюсти без операции синус-лифтинга.

Материалы и методы исследования. Исследуемая группа состоит из 33 пациентов, которым было предложено и проведенное лечение дефектов зубных рядов верхней челюсти несъемными протезами с опорой на имплантаты Solo и Solo Plus системы «Implife®» (Украина) в зоне атрофии костной ткани без применения синус-лифтинга. Особенность данной группы в том, что установка имплантатов выполнялась немедленно после удаления несостоятельных для протезирования зубов и кюретажа лунок зубов. Возраст пациентов составлял от 57 до 89 лет, в среднем – 73 года. При наличии прикрепленной десны в участке бугра верхней челюсти устанавливался длинный имплантат от 14 мм в костный шов, который соединяет бугор верхней челюсти и крыловидные отростки клиновидной кости (рис. 6, 7). Операции выполнялись под местной анестезией согласно правил выполнения хирургического протокола одноэтапной или двухэтапной имплантации.

Результаты исследования и их обсуждение.

Процесс ремоделирования кости после удаления зубов приводит к атрофии альвеолярного гребня. В результате этого в боковых отделах верхней челюсти наблюдаются участки тонкой по высоте альвеолярной кости

(рис. 12а, 12б). Считается относительным противопоказанием установка имплантатов в лунки удаленных парадонтитных зубов. Однако парадонтит от I до IV степени проявляется хронической формой заболевания, обострения крайне редки из-за «хорошего» дренажа лунок подвижных зубов. На наш взгляд, не оправдано занимать выжидательную тактику после удаления таких зубов, если пациент согласен на имплантацию. В альвеолярном отростке верхней и нижней челюсти после удаления несостоятельных зубов остаточный запас кости позволяет установить одноэтапные Solo или двухэтапные Classic имплантаты без проведения предварительной костной пластики. Костная ткань способна к саморегенерации без дополнительных стимулов, но при условии удаления источника раздражения – инфицированного корня зуба.

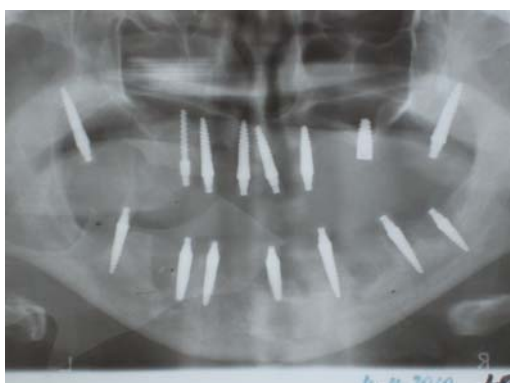


Рис. 12а Ортопантомограмма б-го Ю., непосредственная установка имплантатов после удаления зубов.



Рис. 12б Состояние полости рта через три дня после операции.

Применение синус-лифтинга оправдано с позиций создания искусственного объема кости в боковом отделе верхней челюсти. Но при этом методика синус-лифтинга с позиций стоимости, инвазивности, риска инфицирования трансплантата, длительности лечения оценивается пациентами отрицательно. Методика установки имплантатов без синус-лифтинга безопаснее и эффективнее по сравнению с трехэтапным протоколом имплантации (комбинация синус-лифтинга и имплантации).

Хирургический риск при вмешательствах в бугорно-небно-крыловидную область связан с проходящими здесь сосудами (нисходящая небная артерия и венозное сплетение). Отчетливо увидеть шов между костями, образующими крыловидно-небно-бугорную область, позволяет КТ-реконструкция панорамных срезов. Общеизвестно, что перераспределение окклюзионных сил должно идти на противоположные кортикальные пластинки – это подвигло нас к установке имплантатов в бугорно-крыловидной области. Имплантат фиксирован в обход синуса через бугор верхней челюсти в челюстно-основной шов (рис. 13а, 13б, 14а, 14б). Имплантат может быть как одноэтапным так и двухэтапным – категоричных показаний не определено.



Рис. 13а Установка имплантатов дистальнее верхнечелюстной пазухи в бугорно-крыловидный шов исключает инфицирование поверхности имплантата.



Рис. 13б Колпачки «ImpLife®» исключают момент раздражения для языка и контаминации микрофлоры вдоль поверхности имплантата на глубину костной раны.



Рис.14а Отропантомограмма б-ой Д. - до операции.



Рис. 14б Ортопантомограмма б-ой Д. - после операции.

Фиксированный в плотной кости бугорно-крыловидного шва одноэтапный имплантат может быть нагружен временным протезом через две-три недели. По сравнению с методикой трехэтапного протокола имплантации при использовании бугорно-крыловидных имплантатов в более краткие сроки пациент получает то, за чем он обращался к врачу – новые зубы.

Проведенный анализ собственного клинического опыта, анализ рентгенограмм челюстей позволяет утверждать:

1. Абсолютных противопоказаний к применению одноэтапных имплантатов не существует.
2. Плотность костной ткани в участке бугорно-крыловидного шва значительно выше, чем у альвеолярной кости.
3. Применение длинных имплантатов Solo и Solo Plus системы «Implife®» (Украина) в боковых участках верхней челюсти с минимальной высотой альвеолярного гребня, однако фиксированных в бугорно-крыловидный шов позволяет не только избежать дополнительных материальных затрат и дополнительной травматизации при аугментации костной ткани, но и значительно сократить сроки лечения.
4. Полученные нами результаты лечения отвечают требованиям больных к несъемному протезированию на имплантатах (рис.15, 16)

5. Площадь окклюзионной поверхности протеза с опорой на имплантаты в бугорно-крыловидной области больше, а значит жевательная эффективность выше, чем при изготовлении протеза только до «ключа окклюзии».



Рис. 15 Временный несъемный протез на имплантатах.



Рис. 16 Постоянный протез.

Авторы высказывают свою признательность фирме «Implife®» (Украина) за поддержку в клинической работе.

объяснение к рисункам и номера:

рис. 1- РВ069403 – верхняя челюсть после ношения съемного протеза

рис. 2 – Р5128739- ортопантомограмма б-го Ш. с атрофией челюсти, после 15 лет пользования съёмным протезом

рис. 3 – РВ029420- металлокерамический протез через 7 лет эксплуатации

рис. 4 – Бнарenk2007-ортопантомограмма б-го Б. после 2-х стороннего синус-лифтинга

рис. 5 – РВ129440- ортопантомограмма б-го Ю. Пародонтит 4-й степени

рис. 6 – атрофия.вч -нерезорбированный участок челюсти в области бугра

рис. 7– Р1098617 – соединение бугра с крыльями основной кости

рис. 8 – РА039032- дистальный отдел верхней челюсти после утраты зубов

рис. 9 – Р1098618 – фиксация имплантата в плотной кортикальной кости

рис. 10- РВ059408 – использование мукотома не нарушает питания кости

рис. 11а– Р9259012- ортопантомограмма б-го Ф. после установки имплантатов в обход гайморовой пазухи

рис. 11б – РА139205- применение защитных колпачков формирует десневую борозду вокруг абатмента и сводит к нулю воспалительные осложнения

рис. 11в – РА229315- временный протез зафиксирован через 15 дней

рис. 12а - РВ129441 –ортопантомограмма б-го Ю., непосредственная установка имплантатов после удаления зубов

рис. 12б –РВ149454 состояние полости рта через три дня после операции

рис. 13а – Р7138794- установка имплантатов дистальнее верхнечелюстной пазухи в бугорно-крыловидный шов исключает инфицирование поверхности имплантата

рис.13б – Р9208996- колпачки «Имплайф» исключают момент раздражения для языка и контаминации микрофлоры вдоль поверхности имплантата на глубину костной раны

рис. 14а – РВ169478- ортопантомограмма б-ой Д. до операции

рис. 14б – РВ169479- ортопантомограмма б-ой Д. – после операции

рис. 15 – РА229315 временный несъемный протез на имплантатах

рис. 16 – РА149235 постоянный протез