

Клиническая презентация 25

**Имплантационные решения
с применением коротких имплантатов
при атрофии верхнечелюстных костей**

Д-р. Ариель Лабанка Митре (Ariel Labanca Mitre)
Имплантолог-специалист, ортопед-специалист

Буэнос-Айрес, Аргентина

ИМПЛАНТАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ

с применением коротких имплантатов
при атрофии верхнечелюстных костей

Д-Р АРИЭЛЬ ЛАБАНКА МИТРЕ (ARIEL LABANCA MITRE)

ИМПЛАНТОЛОГ-СПЕЦИАЛИСТ, ОРТОПЕД-СПЕЦИАЛИСТ
БУЭНОС-АЙРЕС, АРГЕНТИНА

ВВЕДЕНИЕ

В результате взрывного подъёма имплантологии, мы встречаем все больше сложных случаев, в которых в связи наблюдается выраженная резорбция альвеолярной кости, где установка имплантата может быть связана с серьёзными трудностями и требовать дополнительного хирургического вмешательства для увеличения костной массы.

Как правило, это происходит в жевательных отделах верхней и нижней челюсти, где велик риск повреждения нижнего альвеолярного нерва и перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время установки имплантата, что повышает травматичность хирургических процедур и усугубляет послеоперационные осложнения.

Кроме того, жевательные сегменты представляют сложности при установке имплантата (труднодоступные зоны, ограниченная видимость, уменьшение свободного пространства, низкое качество кости и более высокие окклюзионные нагрузки).

Компенсировать нехватку высоты кости можно с помощью хирургических методов, таких как субантральная аугментация (синус-лифтинг), нап-

равленная костная регенерация, расщепление кортикальных пластин гребня, дистракция кости и др.

Ещё одной альтернативой является применение коротких имплантатов (их длина не превышает 7 мм). Однако считалось, что более длинные имплантаты имеют больше клинических преимуществ за счет благоприятного соотношения коронковой и корневой части, большей площади поверхности имплантата и, соответственно, большей площади остеointеграции.

В ходе клинических испытаний было доказано, что по предсказуемости короткие имплантаты сопоставимы со стандартными длинными, а нагрузка на кость практически не зависит от длины имплантата, так как диаметр в этом смысле важнее его длины.

Что касается биомеханики, важную роль в уменьшении нагрузки на короткий имплантат играет максимальное уменьшение латеральных сил при установке протезной конструкции и равномерное распределение нагрузок за счет шинирования имплантатов между собой.



ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ИМПЛАНТОЛОГОВ:

- Простая, традиционная техника;
- Отсутствие необходимости проведения хирургического вмешательства для направленной костной регенерации;
- Безопасная остеоинтеграция.

ПРЕИМУЩЕСТВА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ:

- Только одна операция;
- «Окно» реабилитации – 90 дней;
- Более низкая стоимость.

Рассмотрим вышесказанное на примерах:

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Обширная атрофия кости с правой стороны верхней челюсти, сохранились остатки двух зубов.

Избегая субантральную зону, произвели немедленную имплантацию трёх единиц: имплантат SPI 3,3 x 11,5. установили в области

зуба 2.4, имплантат ATID 5 x 6 - в области зуба 2.5, имплантат SPI 3,3 x 10 - бикортально в положение зуба 2.6, стремясь добиться его механической стабильности в бугре верхней челюсти.



Предоперационная ортопантомограмма, на которой заметны признаки пневматизации пазухи и остатки корней зубов без предшествующей патологии.



Предоперационная клиническая картина в зоне, подлежащей имплантации.



Установка диагностических пинов и определение будущего положения имплантатов с тем, чтобы не затронуть дно верхнечелюстной пазухи.



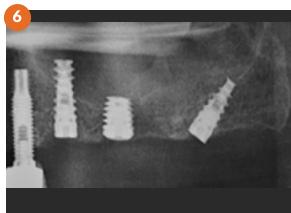
Имплантат ATID 5 x 5 мм.

ИМПЛАНТАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ

с применением коротких имплантатов при атрофии верхнечелюстных костей



Установка короткого имплантата в области 2.5.



Послеоперационная ортопантомограмма спустя 3 месяца после хирургического вмешательства.



Второй хирургический этап: установка формирователей десны.



Рентгеновский снимок после второго хирургического этапа.



Снятие формирователей десны и состояние мягких тканей.



Установка трансфера для снятия оттиска методом «открытой» ложки.



Оттиск с трансферами с получением точной копии контуров мягких тканей.



Рабочая модель. Изучение зоны протезирования. Отливка индивидуальных абатментов.



Рабочая модель. Изучение зоны протезирования. Отливка индивидуальных абатментов.



Недостаточное для протезирования расстояние до зуба-антагониста.



Рентгеновский снимок с установленными литыми абатментами.



Шинирующая металлическая конструкция.



Оставлено пространство для окклюзии в области 2.7.



Проверка конструкции в полости рта.



Проверка керамической конструкции на модели в артикуляторе.



Окончательная шинирующая конструкция со свободным пространством в области 2.7.



Проверка окклюзии.



Прикрепление шинирующей конструкции



Рентгенологический контроль качества установки протезной конструкции.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Резорбция кости в связи с пневматизацией пазухи в области 1.6. Имплантат ATID 5 x 6 мм установили в кость низкой плотности, избегая области доступа к верхнечелюстной пазухе.

После четырёхмесячного процесса остео-

-интеграции провели протезирование с применением абатмента TLA 1 и металлокерамической коронки на цементной фиксации.



Предоперационная фотография и рентгеноскопия в области 1.6.



Установка имплантата ATID 5 x 6 мм.



Послеоперационный рентгеновский снимок.



Второе хирургическое вмешательство через четыре месяца.



Формирователь десны.



Пришлифовка и фиксация прямого абатмента TLA 1 с торком 35 Н/см.



Рентгенологический контроль абатмента.



Установка металлокерамической коронки.



Рентгенологический контроль прилегания протезной конструкции.

ИМПЛАНТАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ

с применением коротких имплантатов
при атрофии верхнечелюстных костей

ВЫВОДЫ

Имплантаты с обработанной поверхностью дают возможность производить разные варианты процедур в практике врача имплантолога.

Частое применение коротких имплантатов (длиной 5 или 6 мм) в трабекулярной кости низкой плотности – как в случае бугристости верхнечелюстной кости – позволяет добиваться результатов, сопоставимых с использованием цилиндрических имплантатов с резьбой.

Среди преимуществ применения коротких имплантатов можно назвать пониженную травматичность хирургических процедур, быстрое заживление кости, возможность применения при неблагоприятном соотношении длины коронковой и корневой части и минимальную утрату костной ткани в процессе функционирования.

В проведённом недавно исследовании 262 имплантатов с контрольным периодом 4 года и 5 месяцев было отмечено, что неблагоприятное соотношение длины имплантата и коронки не является фактором риска и не ведёт к неудачному исходу имплантации, при адекватном контроле

направления векторов силы, распределения нагрузки и параконструкционных привычек.

В большинстве случаев неудача при установке коротких имплантатов в кость низкой плотности связана с недостаточной квалификацией доктора.

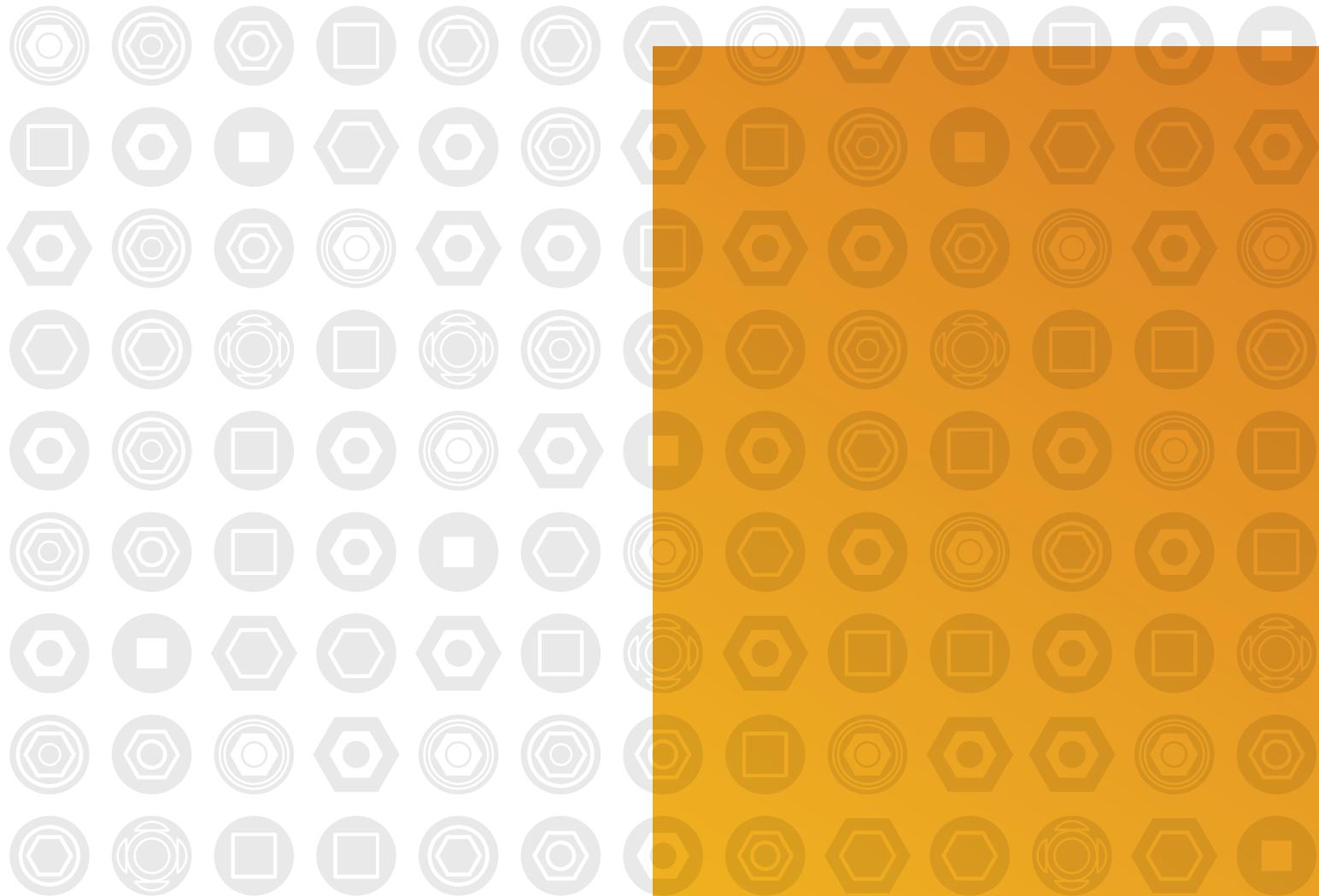
Если же костное ложе подготовлено правильно и используется имплантат с обработанной поверхностью, то хирург высокой квалификации в состоянии добиться результатов, сопоставимых с установкой стандартных имплантатов.

В научной литературе высказывалось предположение о том, что значительную роль в улучшении прогноза ортопедической конструкции, установленной на коротких имплантатах, играет их шинирование, клиновое ведение реставрационной конструкции и применение имплантатов, позволяющих увеличить площадь контакта между поверхностью имплантата и костью за счет морфологических свойств собственной поверхности.



БИБЛИОГРАФИЯ

1. Anitaua, E. & Orive, G. Short implants in maxillae and mandibles: a retrospective study with 1 to 8 years offollow-up. *J. Periodontol.*, 81(6):819-26, 2010.
2. Arlin, M. L. Short dental implants as a treatment option: results from an observational study in a single private practice. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 21(5):769-76, 2006.
3. das Neves, F. D.; Fones, D.; Bernardes, S. R.; do Prado, C. J. & Neto, A. J. Short implants—an analysis of longitudinal studies. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 21(1):86-93, 2006.
4. Fugazzotto, P. A. Shorter implants in clinical practice: rationale and treatment results. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, 23(3):487-96, 2008.
5. Maló, P.; de Araújo Nobre, M. & Rangert, B. Short implants placed one-stage in maxillae and mandibles: a retrospective clinical study with 1 to 9 years of follow-up. *Clin. Implant Dent. Relat. Res.*, 9(1):15-21, 2007.
6. Anitaua, E.; Orive, G.; Aguirre, J. J. & Andía, I. Five-year clinical evaluation of short dental implants placed in posterior areas: a retrospective study. *J. Periodontol.*, 79(1):42-8, 2008.
7. Kotsovilis, S.; Fourmousis, I.; Karoussis, I. K. & Bamia, C. A systematic review and metaanalysis on the effect of implant length on the survival of rough-surface dental implants. *J. Periodontol.*, 80(11):1700-18, 2009.
8. Rokni S, Todescan R, Wtason P, Pharoah M, Adeghembo A, Deporter D. An assessment of crown to implant ratios with short sintered porous surfaced implants supporting prosthesis in partially edentulous patients. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20:69-76.
9. Tawil G, Aboujaoude N, Younan R. Influence of prosthetic parameters on the survival and complication rates of short implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006;21:275-82.



Эффективные Имплантологические Решения

www.alpha-bio.net

