

## Возможности одномоментной имплантации с немедленной нагрузкой с использованием ксеногенного материала Cerabone

Одномоментная имплантация, немедленная нагрузка, направленно-тканевая регенерация

Пациентка 23 лет обратилась в клинику с жалобами на дискомфорт в области зуба 21, изменения в цвете центрального резца и проблемы с десной (рис. 1). Не курит, соматически здорова.

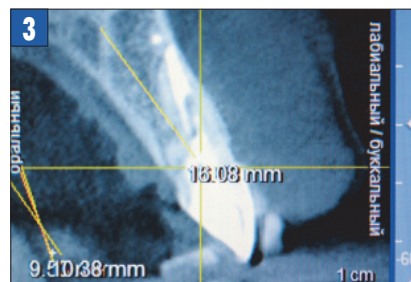
При клиническом осмотре обнаружен свищ в области 21 зуба (рис. 2). Глубина зондирования в области 21 зуба на контактных поверхностях превышала 5 мм. На компьютерной томограмме 21 зуба отмечаются запломбированный канал с выведенным за вершущку корня материалом, вторичный кариес с глубокими кариозными полостями на медиальной и дистальной поверхностях, уходящие глубоко под десну, а также резорбция корня (рис. 3). Зубы 11 и 22 интактные. Имеется частичная резорбция кости между проблемным зубом и соседними зубами, что может нарушать адекватную поддержку мягких тканей.

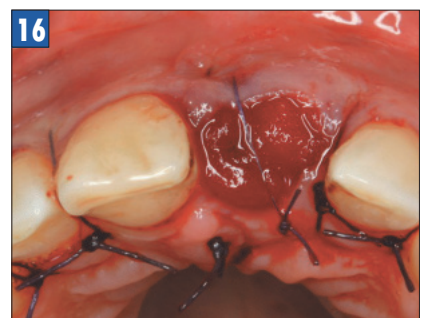
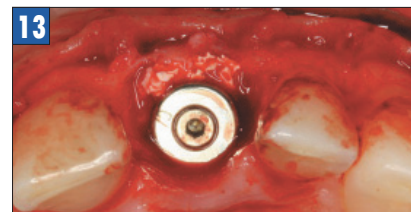
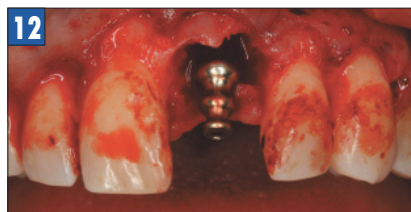
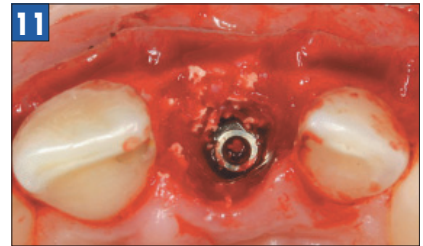
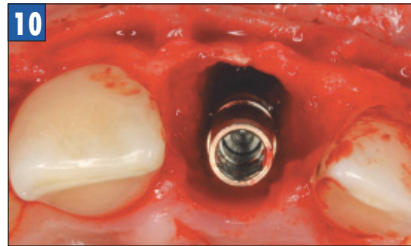
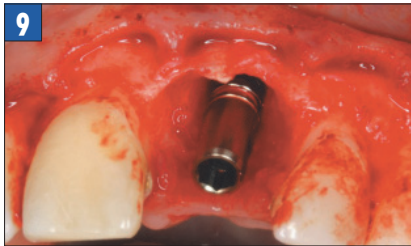
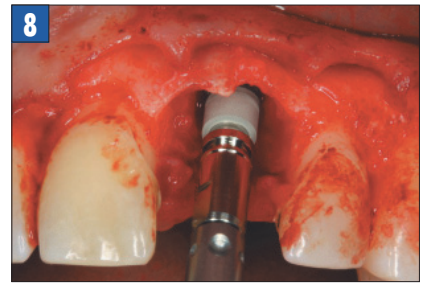
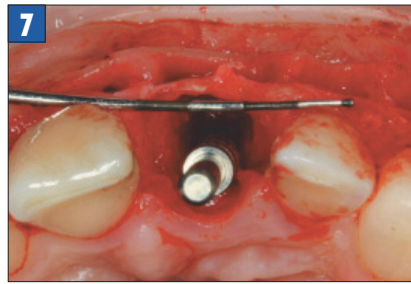
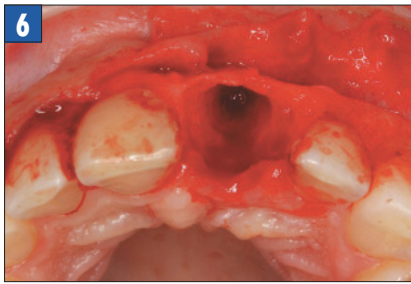
У пациентки средний биотип десны, высота сосочков средняя. Имеется небольшая синюшность десны в области проблемного зуба. Десневой контур и режцовая линия гармоничные. Отмечается средняя линия улыбки, при широкой улыбке визуализировались межзубные сосочки и зона краевой десны шириной 1 мм.

Клинически костный контур казался гармоничным, но из-за выраженного разрежения на компьютерной томограмме пред-

полагали наличие костных дефектов. По результатам обследования прогноз причинного зуба сочли неблагоприятным. После тщательного анализа результатов клинического и рентгенологического обследования пациентке предложили удалить зуб, сразу же установить имплантат и зафиксировать временную коронку.

Отсутствие патологического периапикального очага, достаточный объем кости апикальнее вершущки корня, благоприятные окклюзионные соотношения, адекватное положение десневого края позволяют провести одномоментную имплантацию и немедленное протезирование с минимальным риском с точки зрения достижения оптимального эстетического и функционального результата. Для проведения вышеописанного лечения усилие при установке имплантата должно превышать 35 Н·см, временную коронку необходимо исключить из окклюзии, а пациент на протяжении 1 месяца после имплантации должен принимать только мягкую пищу. Пациентку проинформировали о том, что при отсутствии указанных условий придется отказаться от немедленного протезирования и изготовить альтернативный протез. Кроме того, с пациентом подробно обсудили риск возможных осложнений, например, инфицирования, большей вероятности не достижения остеоинтеграции имплантата





по сравнению со стандартной методикой имплантации, атрофии мягких тканей, нарушения фиксации или поломки коронки. Пациентка подписала информированное согласие на проведение лечения.

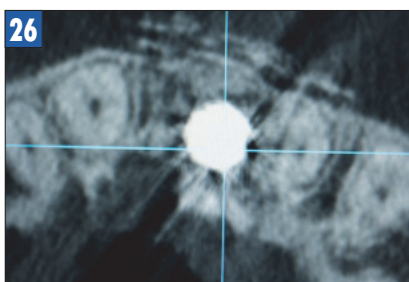
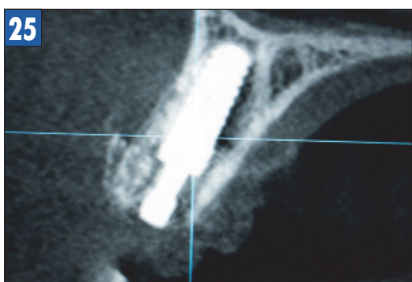
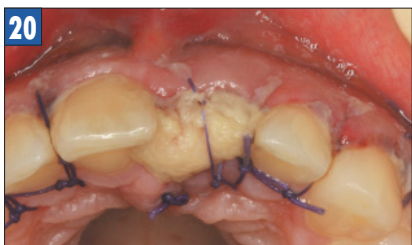
Предложенный план лечения включал в себя удаление зуба, одномоментную установку имплантата Ankilos и немедленную нагрузку временной коронкой. Постоянную безметалловую коронку планируется изготовить через 6 месяцев после установки имплантата и созревания мягких тканей.

Под местной анестезией с использованием одного вертикального разреза в области 23 зуба проведено аккуратное отслоение слизисто-надкостничного лоскута с использованием тонкого распатора (рис. 4). Максимально атравматично удалены зуб 21, а также грануляционную ткань в области зуба (рис. 5, 6). Провели тщательную ревизию лунки с помощью пародонтологического зонда, чтобы убедиться в целостности вестибулярной кортикальной пластинки альвеолы (рис. 7). В сопровождении обильной ирригации препарировали костное ложе для имплантата на такую глубину, чтобы плечо имплантата находилось субкрестально на 2–3 мм (рис. 8, 9). При препарировании ложа сверло наклоняли в сторону нёбной стенки альвеолы, чтобы не повредить вестибулярную кортикальную пластинку (рис. 10). Имплантат Ankilos A11 (длина 11 мм и диаметр

3,5 мм) установили с правилами «эстетического окна» с усилиями более 35 Н·см. Все пространство между имплантатом и стенкой альвеолы заполнили ксеногенным материалом «Cerabone» (рис. 11). Затем наложили 2 временных узловых шва для снятия оттиска под временную коронку. После установки трансфера для закрытой ложки получили оттиск с помощью силиконовой массы (рис. 12). Затем временные швы распустили и провели окончательную аугментацию ксеногенным материалом «Cerabone» с перекрытием вестибулярной кортикальной пластинки, который резорбируется крайне медленно, поэтому может обеспечить адекватную опору мягким тканям (рис. 13, 14). Благодаря медленной резорбции выпуклость вестибулярного контура гребня сохраняется в течение длительного периода. После этого на имплантат установили формирователь десны «Balance Anterior 3.0» и поверх него гемостатическую губку для дополнительной поддержки мягких тканей (рис. 15, 16). Лоскут ушили без натяжения с помощью шовного материала Викрил 5-0. Были даны рекомендации по приему противовоспалительных и антигистаминных препаратов, а также полосканию антисептических препаратов.

В зуботехнической лаборатории к трансферу присоединили лабораторный аналог имплантата, отлили модель верхней челюсти, на которой изготовили временную коронку с винтовой





фиксацией (рис. 17, 18). Через 1 день после операции пациентка была назначена на прием для фиксации временной реставрации. Был извлечен формирователь десны и установлена временная пластмассовая коронка с винтовой фиксацией (рис. 19–24). Шахта винта была закрыта композитным материалом. На 10 сутки после операции пациентка была назначена на снятие швов. Послеоперационный период протекал без особенностей.

На контрольной компьютерной томограмме видна правильная позиция имплантата в вестибуло-оральной и мезио-дистальной плоскости (рис. 25, 26).

Благодаря точной пространственной установке имплантата, удалось получить оптимальный эстетический результат.

Состояние мягких тканей стабильно (рис. 27). Одномоментная имплантация и немедленное протезирование позволили снизить затраты на лечение и его продолжительность без ухудшения результата. **ИС**



**Владислав Вячеславович Бабинцев**

Врач ортопед-имплантолог, стоматологическая клиника «Ортодонтический центр «Дент Идеал», г. Санкт-Петербург.