

Клинический случай замещения первого моляра верхней челюсти

В статье представлен клинический случай замещения отсутствующего первого моляра верхней челюсти. Дефицит объема кости альвеолярного гребня, а также близость дна верхнечелюстной пазухи требовали предварительного увеличения объема костной ткани. Для увеличения объема кератинизированной десны в зоне имплантации был мобилизован и смещен апикально щечный слизистый лоскут.

Ключевые слова: костный блок, имплантат, расщепленный лоскут, реконструкция и реставрация.

Введение

Пациент 29 лет обратился в клинику по поводу замещения отсутствующего зуба 16. Общесоматические заболевания отсутствовали. Клиническое обследование показало отсутствие третьих моляров и удовлетворительные реставрации на нескольких зубах. Прикус пациента в норме. Зуб 16 был удален несколько лет назад, перфорация дна верхнечелюстной пазухи была закрыта щечным лоскутом по методу Rehrmann. На момент первичного осмотра кератинизированная десна в области дефекта отсутствовала практически полностью (рис. 1). Рентгенологически выявили дефицит высоты и ширины резидуальной костной ткани альвеолярного гребня (рис. 2).

План лечения

Провели клиническое обследование, рентгенологическое исследование, фотографирование, также изготовили и установили в артикулятор диагностические модели. Было получено информированное согласие пациента на следующий план лечения:

- Получение костного трансплантата из донорского участка в области зуба 48 для увеличения объема альвеолярного гребня в сочетании с ксеногенным костнопластическим материалом BioOss (Geistlich Pharma) и резорбируемой мембраной BioGide (Geistlich Pharma).
- Первый период заживления (3 мес).
- Установка имплантата в области отсутствующего зуба 16 с одновременным апикальным смещением расщепленного щечного лоскута.
- Второй период заживления (3 мес).
- Установка формирователя десны.
- Изготовление и фиксация металло-керамической коронки.

Протокол лечения

С помощью метода ультразвуковой хирургии получили костный блок из донорского участка в области зу-

ба 48 (рис. 3). В области зуба 16 мобилизовали и откинули лоскут для формирования принимающего ложа, при этом обнаружили, что образовавшаяся после удаления перфорация дна верхнечелюстной пазухи была закрыта только мягкими тканями. Трансплантат модифицировали для максимального соответствия его поверхности принимающему ложу, после чего зафиксировали с помощью трех винтов OsteoMed (рис. 4 и 5). Мембрану BioGide зафиксировали с щечной стороны двумя пинами Friatec. Мелкие поднутрения заполнили материалом BioOss (рис. 6), после чего край мембраны с небной стороны был зафиксирован шовным материалом GorTex 6-0 (рис. 7). Слизистый лоскут дополнительно мобилизовали для полного перекрытия трансплантата без натяжения, затем рану ушили (рис. 8).

Первый период заживления завершился без осложнений (рис. 9). Фиксировавшие трансплантат винты были удалены, пациента подготовили к установке имплантата SIC (SIC invent AG) (рис. 11 и 12). Для полного перекрытия имплантата (Рис. 15) и создания достаточного объема кератинизированной десны с щечной стороны будущей коронки (рис. 16) использовали методику расщепленного лоскута (рис. 13 и 14). На рис. 17 показана клиническая ситуация через две недели после операции.

Десневой формирователь установили через 3 мес (рис. 18 и 19). На рис. 20 представлена клиническая ситуация через 6 недель после установки формирователя.

Для получения оттиска на уровне имплантата использовали методику открытой ложки. Изготовленную лабораторным способом постоянную коронку (рис. 21–23) зафиксировали на цемент Harvard (рис. 24 и 25).

Клиническая ситуация через 2 года после операции была стабильна. Фиксировавшие мембрану пины с согласия пациента решили не удалять (рис. 26 и 27).



Рис. 1. Исходная клиническая ситуация. Несколько годами ранее было произведено закрытие перфорации дна верхнечелюстной пазухи щечным лоскутом по Rehrmann



Рис. 2. Рентгенограмма исходной клинической ситуации



Рис. 3. Костный блок получен с помощью пьезохирургического инструмента из донорского участка в области зуба 48



Рис. 4. Трансплантат фиксирован тремя винтами



Рис. 5. Контрольная рентгенограмма после фиксации костного блока



Рис. 6. Положение мембраны стабилизировали фиксирующими пинами и материалом BioOss



Рис. 7. Трансплантат полностью перекрыт мембраной. С небной стороны мембрану зафиксировали швом



Рис. 8. Рана ушита без натяжения

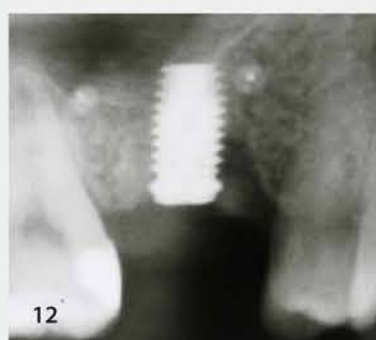


Рис. 9. Область дефекта перед вторым этапом операции

Рис. 10. Удаление фиксировавших трансплантат винтов

Рис. 11. Установленный имплантат с заглушкой

Рис. 12. Контрольная рентгенограмма после установки имплантата

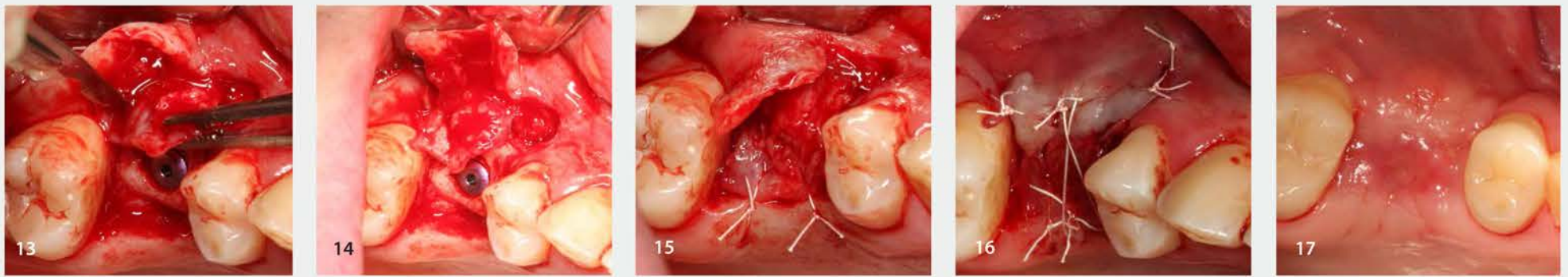


Рис. 13 и 14. Расщепление щечного лоскута
 Рис. 15. Нёбный лоскут фиксирован швами
 Рис. 16. Щечный лоскут смещен апикально, рана ушита
 Рис. 17. Клиническая ситуация через две недели после операции

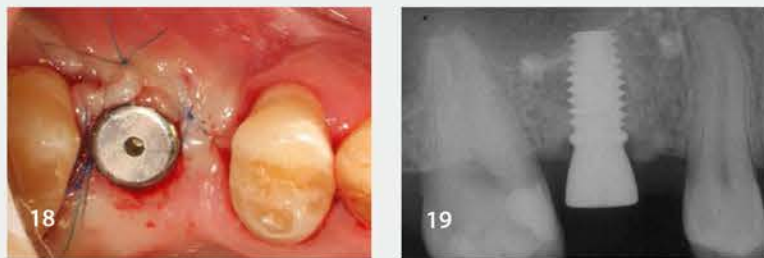


Рис. 18 и 19. Установка десневого формирователя. Контрольная рентгенограмма



Рис. 20. Клиническая ситуация через 3 мес после установки десневого формирователя



Рис. 21–23. Этапы изготовления постоянной коронки



Рис. 24. Абатмент установлен в полости рта



Рис. 25. Окончательная коронка зафиксирована на цемент



Рис. 26 и 27. Клиническая ситуация и контрольная рентгенограмма через два года после фиксации коронки



Обсуждение

Представленный в статье протокол лечения сравнительно сложен и включает несколько хирургических вмешательств. Однако, в сравнении с традиционной методикой замещения одиночного отсутствующего зуба мостовидным протезом из трех единиц, данный подход позволил отказаться от препарирования практически интактных зубов 15 и 17. Также следует принимать в расчет, что после подготовки зубов под опорные коронки примерно в 10 % случаев имеются отсроченные эндодонтические осложнения.¹

По данным лабораторных исследований значительная часть пересаживаемых костных трансплантатов резорбирует-

ся,² поэтому для создания достаточного объема альвеолярного гребня в области дефекта и компенсации резорбции в сочетании с аутогенной костью был использован материал BioOss.³ Использование пьезохирургических инструментов для получения костного блока позволило минимизировать риск повреждения важных анатомических образований.⁴ Сравнение рентгенограмм, полученных сразу после увеличения объема кости (Рис. 19) и через два года после операции (Рис. 27) позволяет сделать вывод о стабильности костного трансплантата. Однако, оценка объема костной ткани возможна лишь при получении контрольных рентгенограмм в двух проекциях. Изменений глубины зондирования

и признаков воспаления в зоне имплантации выявлено не было. Стабильный уровень кости вокруг имплантата SIC через два года после установки подтверждает данные литературных источников о минимальной резорбции костной ткани при использовании современных имплантационных систем.⁵⁻⁷

На фото исходной клинической ситуации (рис. 1) отмечается практически полное отсутствие кератинизированной десны в области дефекта. В настоящее время нет достоверных данных, свидетельствующих о снижении показателей выживаемости

имплантатов при отсутствии достаточного объема прикрепленной десны. При этом в некоторые публикации подтверждают, что наличие свободной десны в области шейки имплантата влияет на развитие периимплантного мукозита.^{8,9} В представленном клиническом случае использование методики расщепленного лоскута позволило создать зону кератинизированной десны шириной от 2 до 3 мм.

Список литературы находится на сайте www.teamwork-media.de

