



Cranio-maxillofacial

Implant Directions®

Vol. 10 N° 2

Июнь 2015

Русская версия



Клинический случай
Замена отсутствующего от рождения резца в течение 1 часа.

GARG A., BATRA R., KUMAR M., SINGH M.

ISSN 1864-1199 / e-ISSN 1864-1237

OFFPRINT



The Foundation of Knowledge

Редакционная коллегия

Главный редактор

врач Вивек Гаур
drvivekgaur@yahoo.co.in

Врач Нарендер Сингх
omsaidental@yahoo.com

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
Катажина Маркова, Прага
Юра Митрушенков, Москва
Врач Геральд Шилинг, Germany
Врач Майюр Хаирнар, бакалавр и магистр
стоматологии, F.I.C.O.I
Врач Катрин Тост, Греция

Отчеты и критические оценки IF

Отдел исследований и свидетельств, МФИ

Цена одного выпуска

30 евро

Годовая подписка

120 евро

Авторское право

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

Контакты

publishing@implantfoundation.org

CMF.lmpl.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 [медицинским] 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 «IF», «IIF» и IFLogo) 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 **Замена отсутствующего от рождения резца** **в течение 1 часа.**

Авторы::

1. . Врач Ranmeet Batra, профессор, Himachal Institute Of Dental Sciences, Paonta Sahib
2. Врач Abhinav Garg, аспирант, Himachal Institute Of Dental Sciences
3. Врач Mrinal Kumar, аспирант, Himachal Institute Of Dental Sciences
4. Врач Mahender Singh, аспирант, Himachal Institute Of Dental Sciences

Адрес для переписки::

Dr. Abhinav Garg
C/o Aggarwal clinic, Sunami gate,
Sangrur (punjab) India
Pin code-148001
Email: garg.abhinav04@gmail.com
Mob. No.: 09592971641

Реферат

Немедленная или ранняя нагрузка на имплантаты остается злободневным вопросом в имплантологии. Это сокращает время лечения и обеспечивает пациенту функциональное и эстетичное восстановление в течение всего периода лечения. У пациентов с недостаточным количеством костной ткани эффективным методом признана установка базальных имплантатов в кортикальном слое в ходе одноэтапной процедуры немедленной нагрузки. Пациенты, страдающие врожденным отсутствием зубов, имеют тонкие костные гребни в связи с отсутствием достаточной нагрузки роста, им идеально подходит методика базальной имплантации.

Ключевые слова: Hypodontia, Corticalization, Cortical Anchorage, KOS, Immediate Loading

1. Введение

Имплантаты произвели революцию в искусстве и науке современной стоматологии, дав новую жизнь методикам протезирования в повседневной практике. Они трансформировались в предсказуемые методы лечения зубных дуг, частично или полностью лишенных зубов [3]. Немедленная нагрузка традиционных резбовых имплантатов недавно была оценена на основании новых результатов. Одноэтапный протокол является стандартным в базальной имплантологии уже в течение ряда лет. Применение имплантатов в базальной кости становится методикой первого выбора в тех случаях, когда требуется быстрое, минимально инвазивное, надежное и лечение по умеренной цене [1,2,3].

2. Клинический случай

Пациентка 23 лет обратилась в наше отделение с просьбой об имплантации. Предыдущее лечение у ортодонта моделировало зубную дугу. От рождения отсутствует левый резец (рис. 1, 2). В отсутствие физиологической нагрузки межкорневое расстояние между корнями центрального резца и резца заметно уменьшилось. Высота вертикальной костной ткани достаточная.

Пациентка хотела установить имплантат с коронкой как можно скорее. Мы приняли решение использовать базальный имплантат (KOS) в одноэтапной процедуре с немедленной нагрузкой имплантата. Так как гребень кости очень тонкий, мы приняли решение использовать имплантат KOS-B 3.0 x 15 мм производства компании DR. IHDE DENTAL AG, Швейцария. (KOS – KING OF SINGLE PIECE IMPLANTS (КОРОЛЬ В СЕМЕЙСТВЕ ЦЕЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ))

Под местной анестезией сверлением было выполнено ложе для имплантата (рис. 3). Затем цельный имплантат KOS с фиксированным абатментом был установлен с большой осторожностью, так как этот имплантат мог сломаться при затягивании (рис. 4, 5). Хорошая начальная устойчивость имплантата была достигнута за счет кортикального слоя, это также обеспечивает достаточную несущую способность даже при тонком костном гребне. Пациентка покинула отделение через час после начала лечения, ей установили готовую временную пластиковую коронку (рис. 6, 7).

Чтобы обеспечить заживление и сохранение правильной формы мягких тканей (рис. 9), спустя три месяца был сделан слепок для изготовления постоянной коронки. Лечение завершилось цементированием металлокерамической коронки. Эта процедура позволила достичь немедленного функционирования и сразу же обеспечить хороший внешний вид. Пациентка удовлетворена кратковременным вмешательством, клиническим результатом и низкой стоимостью работы.



Рис. 1: На общем виде виден дефицит ткани в горизонтальном направлении в месте установки имплантата



Рис. 2: Вид перед операцией: участок с отсутствующим зубом.



Рис. 3: Во время операции: сверление



Рис. 4: Ручная установка имплантата



Рис. 5: Окончательная затяжка ключом в трещоткой.



Рис. 5: Окончательная затяжка ключом в трещоткой.



Рис. 8 & 9: Послеоперационный контроль спустя 3 месяца показал хорошее заживление десен.

3. Обсуждение

Имплантаты KOS представляют собой цельные имплантаты, разработанные по принципу компрессионных винтов (6). Имплантаты KOS в последние годы прекрасно себя зарекомендовали, благодаря целому ряду преимуществ. В них отсутствуют ослабевающие с годами винты. Соединение абатмена жесткое, так как он интегрирован, допускаются разные углы наклона абатмена, поверхность абатмена можно подвергать механической обработке, существуют гибкие абатмены (1,2,4).

Эти имплантаты можно, кроме того, устанавливать трансгингивально. Эта техника приносит наилучшие результаты без необходимости проводить хотя бы и минимальное отгибание или наращивание костной ткани. Внедрение в десну исключительно местное, место установки закрывается непосредственно имплантатом. Сильных кровотечений нет. Это особенно хорошо для тех пациентов, у которых имеются нарушения свертываемости крови, и они вследствие этого не могут полностью прекратить прием медикаментов. Обработка ран проста, значительные отеки не возникают (2,4).

При очень узком костном гребне оптимальной будет установка имплантатов KOS диаметром 3,0 и 3,2 мм при снятии слизисто-надкостничного лоскута. Это обеспечит долгосрочный эффект, так как уже было установлено близкое положение обеих кортикальных стенок. Резьбовые элементы с обеих сторон внедряются в кортикальную костную ткань даже при очень небольшом количестве губчатой костной ткани (2).

Наращивание костной ткани перед имплантацией с использованием имплантатов этого типа обычно не требуется. При физиологической нагрузке со стороны базальных имплантатов на имеющуюся костную ткань ремоделирование приводит к росту новой живой костной ткани в местах передачи усилий (1). Наращивание в тех зонах, которые будут использоваться для передачи усилий от немедленной нагрузки, невозможно, так как наращенный материал должен в первую очередь

интегрироваться (что требует времени). Внутриальвеолярное наращивание костной ткани иногда проводится (без немедленной нагрузки) для того, чтобы стабилизировать костную мозоль вблизи поверхности имплантата.

Имплантаты более 10 мм в длину кажутся наиболее подходящими для имплантатов в форме корней, как имплантаты KOS, они требуют достаточного количества вертикальной костной ткани для поддержки имплантата по всей длине (5). Слепки делаются сразу же после хирургической процедуры. Порядок снятия слепка подобен снятию слепка с настоящих зубов. Пациент уходит от врача, получив временные протезы.

4. Выводы

Имплантаты KOS представляют собой компрессионные винты, предназначенные для одноэтапных процедур. Установка базальных стоматологических имплантатов и их крепление в кортикальном слое обеспечивает быстрое выздоровление и хорошие эстетические результаты. Пациенты с маленькими костными гребнями при отсутствии достаточной нагрузки роста могут воспользоваться базальными имплантатами.

Имплантаты KOS представляют собой компрессионные винты, предназначенные для одноэтапных процедур. Установка базальных стоматологических имплантатов и их крепление в кортикальном слое обеспечивает быстрое выздоровление и хорошие эстетические результаты. Пациенты с маленькими костными гребнями при отсутствии достаточной нагрузки роста могут воспользоваться базальными имплантатами.

Библиография

1. Kopp S (2007): Установка имплантатов пациентам, лишившимся зубов: CMF Impl Dir, 2(4):155-159.
2. Mander W (2009): Долгосрочное исследование цельных имплантатов KOS® с коронками – Успешная установка 678 цельных имплантатов KOS® в течение 9 лет после трансгингивальной установки без навигации. Dental: Spiegel:, 1(2):2-7.
3. Abichandani SJ, Nadiger R (2013): Немедленная нагрузка имплантата верхней челюсти: Исчерпывающий обзор: J of Dental Implants: 3(1):52-57.
4. Fabritius T (2007): Одноэтапная установка цельных имплантатов с немедленной нагрузкой: DZW ORALE IMPLANTOLOGIE 3/07.
5. (2007) Анализ литературных источников (недостаток костной ткани): ЧАСТЬ II: CMF Impl. Dir: 3(2): 91-98.
6. Ihde S (2008): Первична стабильность и показатель приживаемости конических компрессионных резьбовых имплантатов для двухэтапной установки: J of Maxillofacial & Oral Surgery: 7 (2): 273-277.

The International Implant Foundations announces that the successful Curriculum for Immediate Loading and the Clinical Master-degree in Immediate Loading and Basal Implantology will be available soon in the following location:

Step 1

Curriculum for Immediate Loading in Dental Implantology

Location:

Frankfurt - Airport

Duration: 4 sessions of 2 days.

Target group: Implantologists, Oral Surgeons, Maxillo-facial Surgeons, Dentists.

Dates: 27./28. 3. 2015 / 8./9. 5. 2015 / 12./13. 6. 2015 / 4./5. 9. 2015 (Budva)

Session 1:

Principles of Basal osseointegration; surgery and prosthetics, treatment planing, avoiding bone-augmentations and sinus-lifts even in difficult cases.

Session 2:

Bone physiology and choice of implant locations (4D-implantology)

Session 3:

Principles of the work with compression screws: surgery and prosthetics

Session 4:

Maintenance; Treatment of complex cases.

Step 2

Practical application

Case Presentation and / or Publications (for Credit Points)

Case Support

Locations:

Individual tuition in the offices of the participants and the teacher

Supervision: through the local coordinator

Step 3

Master of Immediate Loading

Master-Exam (written)

Location: Budva/Montenegro / 5./6. 9. 2015

Supervision: Through the regional coordinator

Requirements: IF-Curriculum (Step 1), additional Credit Points (Step 2)