

ТЕМА:



Дентальная имплантация



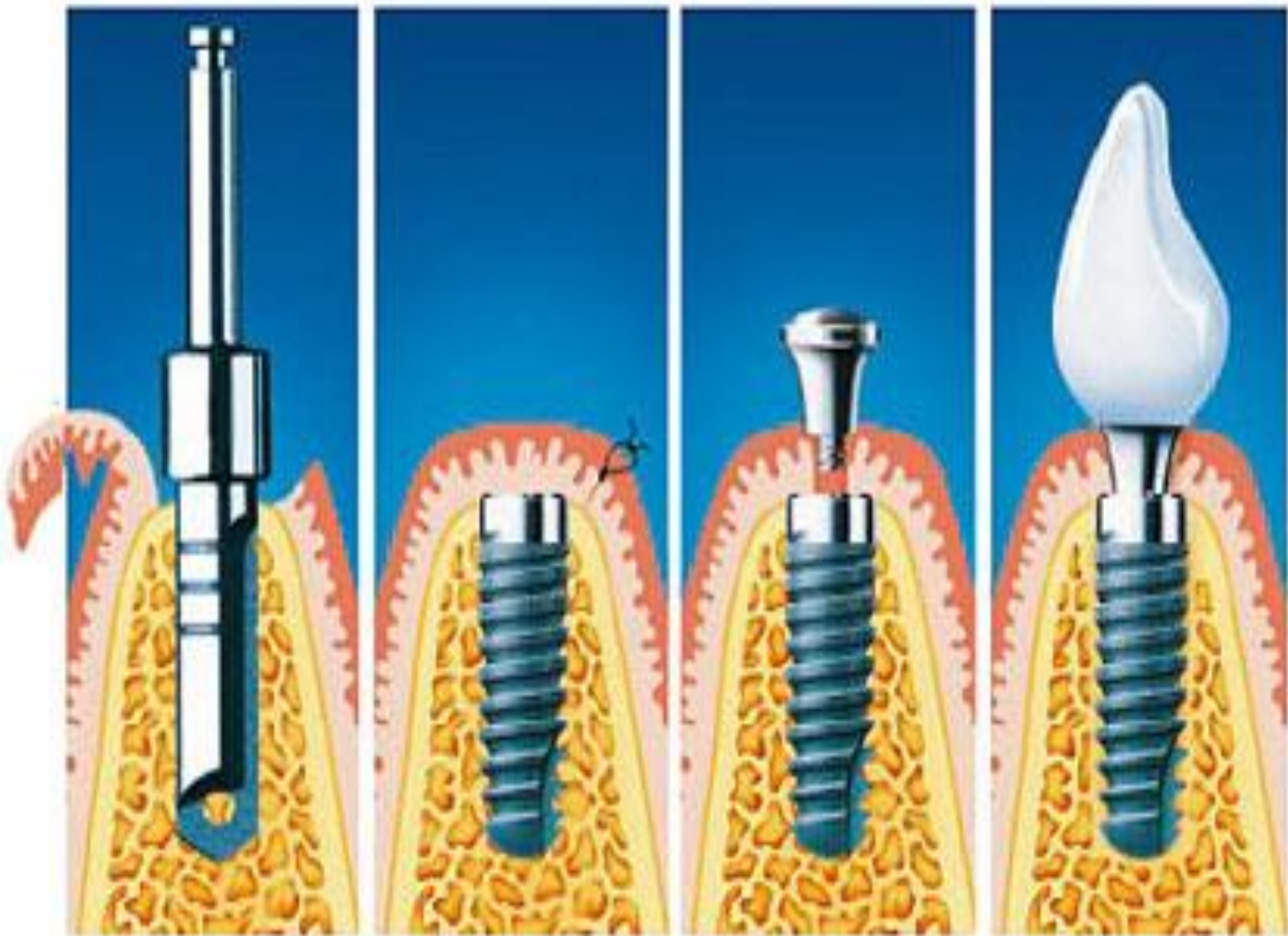
Что же представляет собой имплантат?

Имплантология как наука зародилась в конце XX века в Швеции, но уже сегодня мы можем смело утверждать, что будущее стоматологии за имплантацией. Это конструкция, состоящая из нескольких элементов. Первый – это непосредственно имплантат, выполняющий функцию корня зуба. Он устанавливается в челюстную кость и с ней срастается. Имплантаты изготавливаются из чистого титана, который является индифферентным к человеческому организму, т.е. не вызывает аллергии, воспаления, инкапсуляции и отторжения.



Конструкция имплантата состоит из двух основных частей — самого имплантата, который представляет собой титановый винт, вживляемый в челюсть хирургическим путем и абатмента (наружной части имплантата — по форме напоминает обточенный зуб), который присоединяется к имплантату после периода приживления.





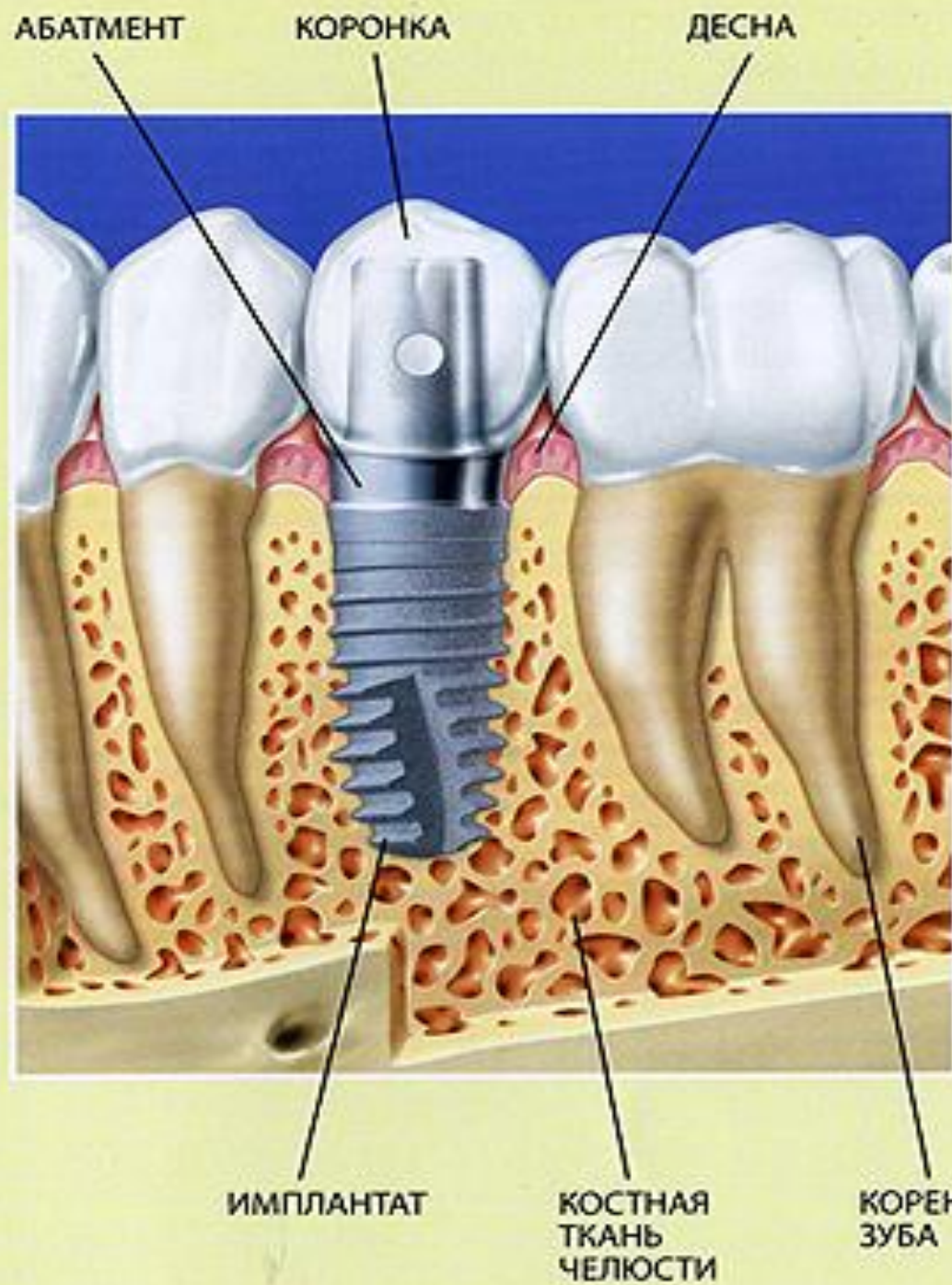
ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Дентальная имплантация — это метод вживления искусственного корня (имплантата) в верхнюю или нижнюю челюсть. Имплантаты используются в качестве опор, на которые фиксируются либо коронки (полноценно заменяющие утраченные зубы), либо съемные зубные протезы (в этом случае имплантаты способствуют адекватной фиксации протеза в полости рта).

Теперь все чаще стали ставить зубные имплантаты при отсутствии одного или нескольких зубов.

Проверенные временем и постоянно модернизируемые методики, использующие имплантаты, позволяют решить огромное количество сложнейших вопросов, которые должна решить стоматология.







Виды дентальной имплантации.

1. Эндодонто — эндооссальная имплантация (синоним - эндодонтная или эндоос-сальная стабилизация, эндодонтическая или трансрадикулярная имплантация). Имплантат, представляющий собой штифт (с разными элементами для его фиксации), проходит по каналу зуба и через его корень вводится в костную ткань челюсти;

2. Эндооссальная (внутрикостная) имплантация. Имплантат вводится непосредственно в костную ткань;

3. Субпериостальная (поднадкостничная) имплантация. Имплантат расположен непосредственно на костной поверхности альвеолярного отростка челюсти под слизисто-надкостничным лоскутом;

4. Эндооссально-субпериостальная имплантация — конструкция имплантата сочетает эндооссальную и субпериостальную часть;

5. Внутрислизистая имплантация (инсерт - имплантация). Имплантат размещается в толще слизистой оболочки челюсти;

6. Субмукозная (подслизистая) имплантация. Имплантат расположен под слизистой оболочкой челюсти.



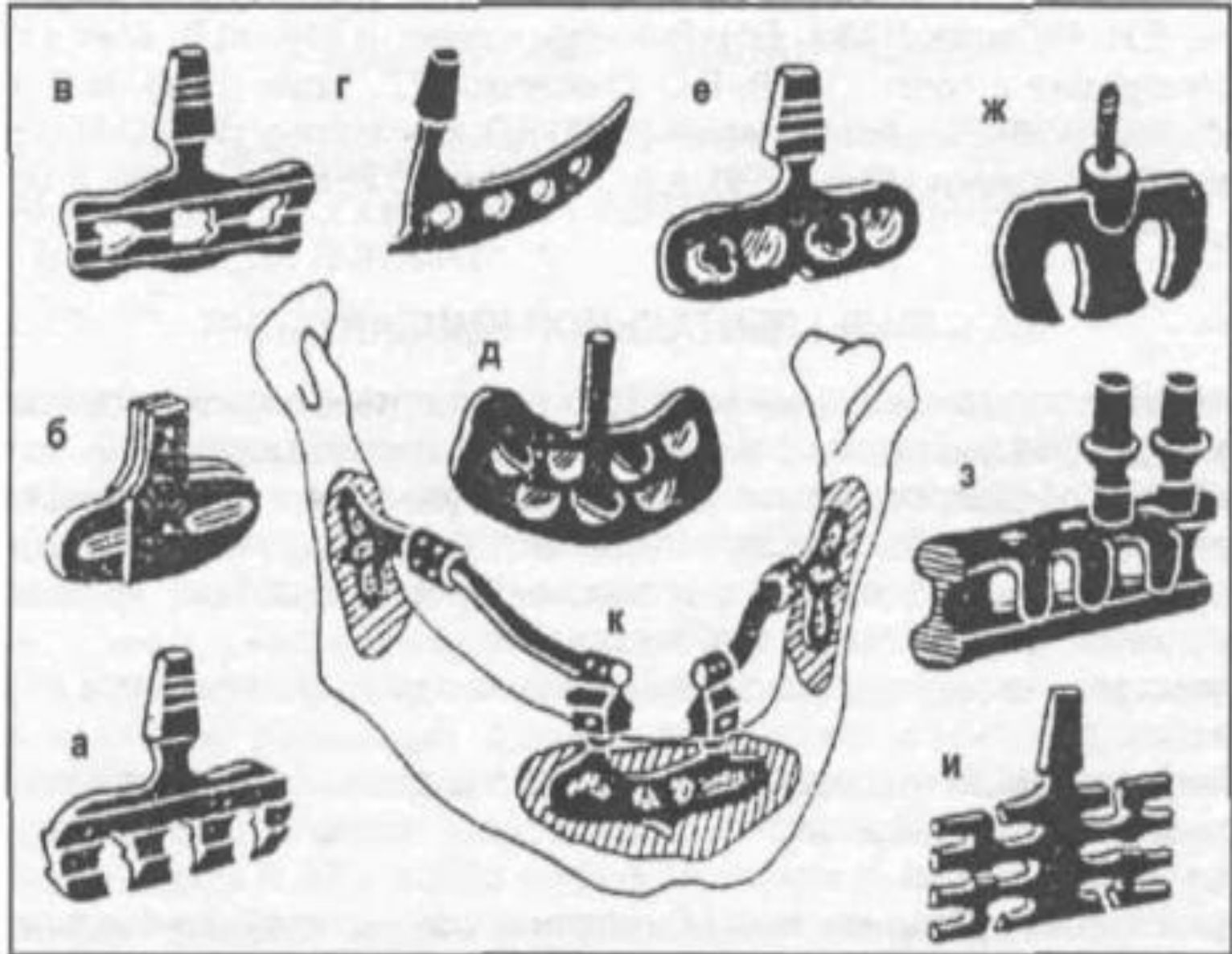


Рис. 35.1.2. Конструкции металлических пластиночных эндооссальных имплантатов:
 а, к — по L. J. Linkow; б - по A. Edelman; в- L.J. Linkow-N. Grafelmann;
 г - по N.Roberts; д, е - по M. Valen; ж - по A. Viscido - A. Edelman;
 з - по M.J. Fagan; и - по разработке фирмы « Ambitec SA».

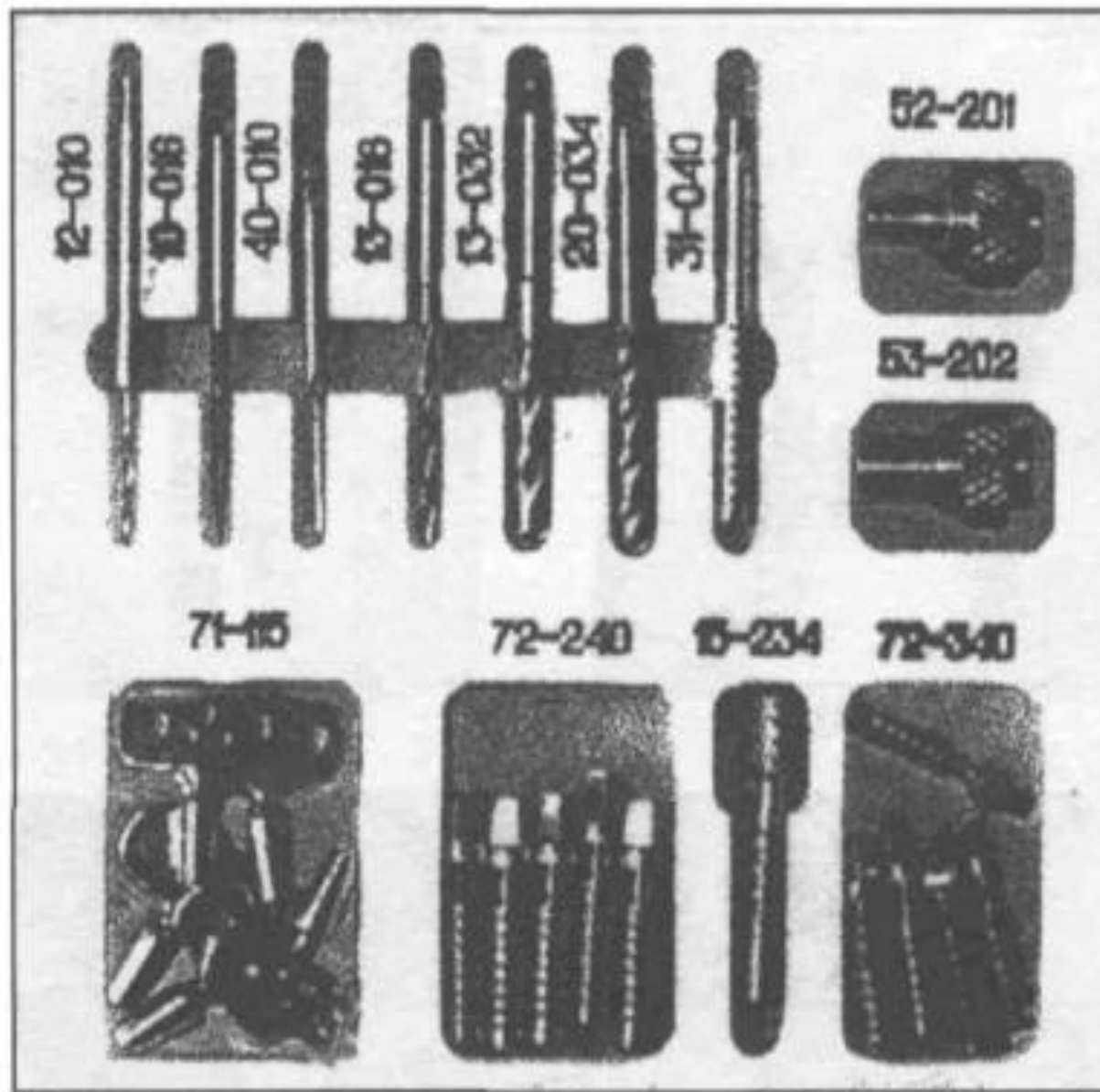


Рис. 35.1.4. Набор стоматологических имплантатов СИИ включает в себя титановые имплантаты двух типов: винтовые и листовидные, а также комплект инструментов для выполнения операций по их вживлению. Конструкции имплантатов универсальны для обеих челюстей.

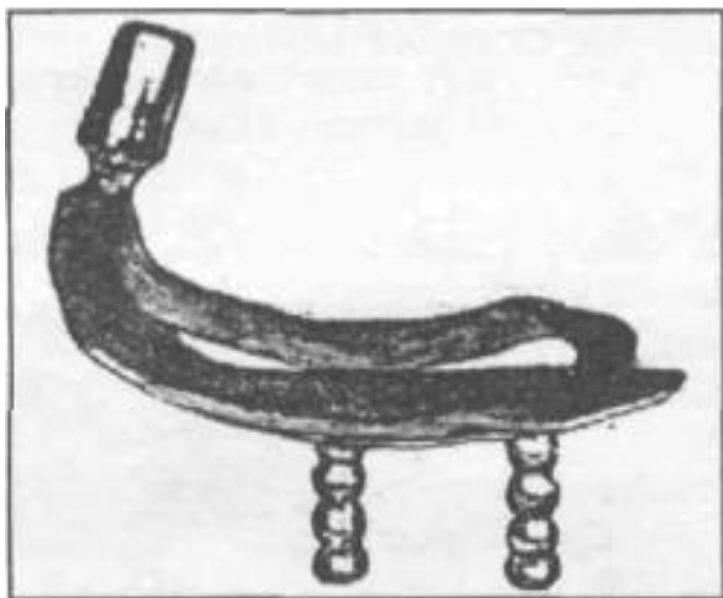
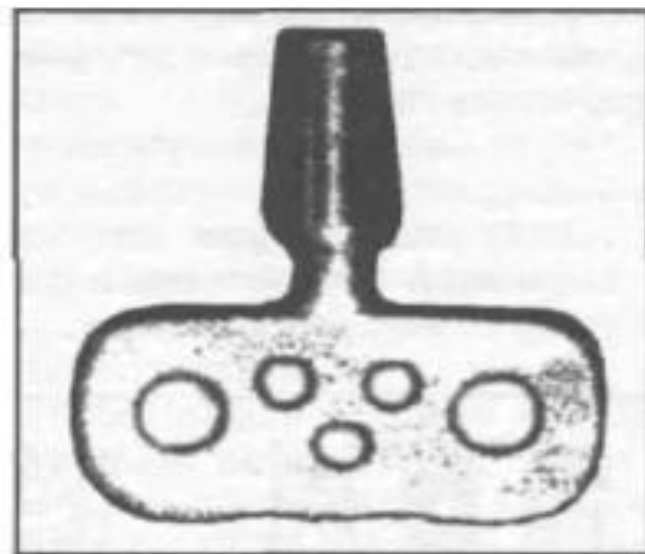


Рис. 35.1.10. Эндооссально-субпериостальный имплантат О.Н. Сулова.

Рис. 35.1.3. Листовидный имплантат конструкции В.В. Лось.



Субпериостальные имплантаты.

Субпериостальные (поднадкостничные) имплантаты устанавливаются между надкостницей и костью, чтобы с одной стороны, не повредить эту самую надкостницу, а с другой – добиться максимально прочного и надежного соединения имплантата с костной тканью. Проводится при недостаточной высоте альвеолярной части челюсти. Применяемый в этом случае поднадкостничный имплантат представляет собой металлический каркас с выступающими в полость рта опорами, изготовленный по слепку с костной ткани челюсти и помещенный под надкостницу.



Субпериостальную имплантацию проводят в тех случаях, когда атрофированный альвеолярный отросток и анатомические условия не позволяют провести эндооссальную имплантацию. Длина разреза должна быть достаточной для того, чтобы снять оттиск с поверхности кости в зоне предполагаемой имплантации. Тщательно и широко отделяют слизисто-надкостничный лоскут, чтобы максимально использовать для фиксации субпериостального имплантата имеющийся анатомический рельеф челюстей.

Для улучшения фиксации субпериостального имплантата и уменьшения натяжения слизисто-надкостничного лоскута после ушивания раны в ходе операции фиссурным бором создаются углубления на гребне альвеолярного отростка на местах планируемых перекидных элементов имплантата. При отсутствии возможности или слишком большом риске введения фиксирующего винта применяют кнопочную фиксацию.



На первом этапе ложку подгоняют к скелетированному альвеолярному отростку с помощью фрезы и нагревания на спиртовке. Ложка имеет по краю отверстие 2 мм для удержания оттисковой массы.

Рану тщательно промывают изотоническим раствором и зашивают шёлком, избегая наложения швов в области шейки, перекидных элементов предполагаемого имплантата, чтобы не нанести дополнительную травму слизисто-надкостничному лоскуту.

Через 2 дня проводят 2 этап имплантации. Снимают швы, приподнимают слизисто-надкостничный лоскут, вводят СИ, проверяют стабильность и отношение головки к зубам-антагонистам. Фиксацию винтом на верхней челюсти обычно не производят. Рану повторно ушивают шёлком. Швы снимают через 8 дней.



Субпериостальная имплантация проводится в тех случаях, когда костная ткань в области будущего имплантата не соответствует всем требованиям по установке корневидного имплантата. В частности, в тех случаях, когда размер альвеолярного отростка мал. Это бывает в случае длительного отсутствия зуба и в пожилом возрасте. Можно, конечно же, провести Синус-лифтинг (субантральная аугментация), т.е. дополнительную хирургическую операцию по увеличению, а точнее, восстановлению структуры костной ткани. Но это требует довольно существенных затрат времени – несколько месяцев после операции для полного восстановления структуры кости. Субпериостальный имплантат, в отличие от корневидного имплантата, внедряется не над десной, т.е. не со стороны лунки, где сидел корень зуба. Он прикрепляется к боковой поверхности, под десной.



Существует два основных метода установки субпериостального имплантата: Двухэтапный и одноэтапный методы.

Рассмотрим двухэтапный метод:

Первый этап – это снятие слепка с поверхности челюстной кости. Слепок снимается в процессе операции, при которой надкостницу аккуратно отделяют от костной ткани, затем снимают отпечаток со структуры кости и направляют его в лабораторию для изготовления имплантата.

Второй этап - это подготовка челюстной кости к имплантации и собственно внедрение субпериостального имплантата. После установки имплантата происходит обычное хирургическое ушивание тканей, т.е. восстановление структуры мягких тканей.

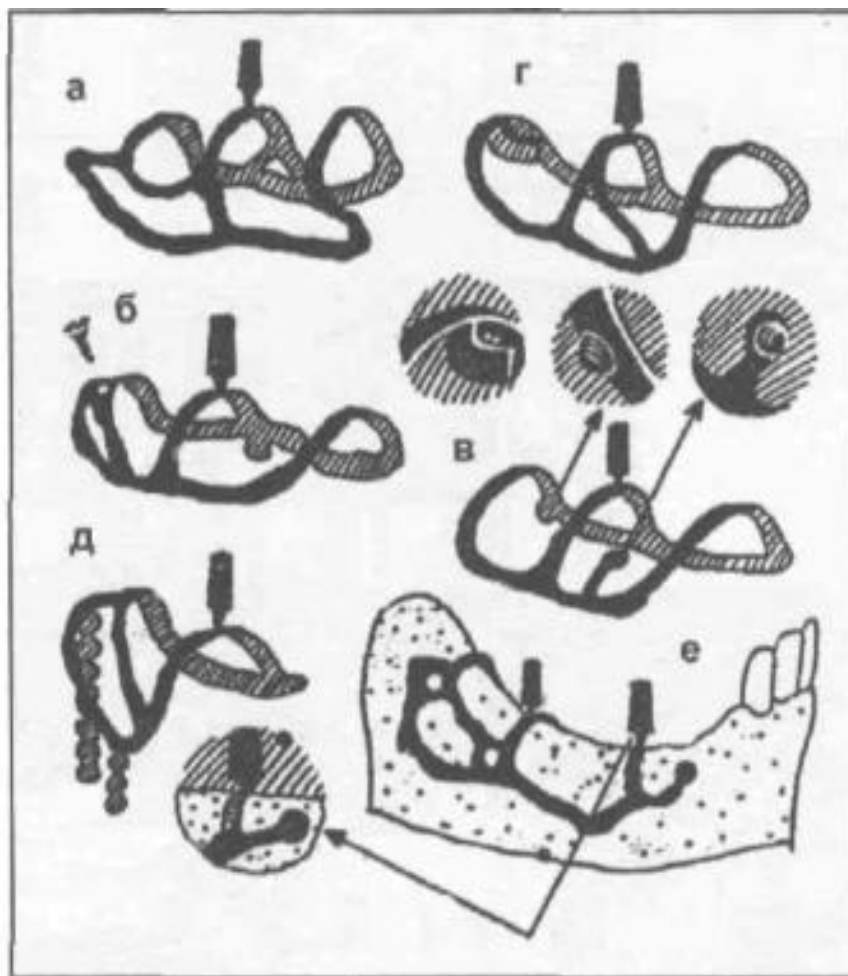
Поднадкостничные имплантаты, по своей сути – это цельнолитые кобальто-хромовые или титановые конструкции седловидной формы, выполняющие те же функции, что и имплантаты, устанавливаемые в кость. Это сложная по форме конструкция – она достаточно тонкая, что позволяет проводить установку при недостаточной высоте альвеолярной части, но, при этом, достаточно протяженная по длине, что, в свою очередь, обеспечивает надежность и функциональность структуры. Полный поднадкостничный имплантат одевается на кость монолитным каркасом и может служить надежной опорой как съемному, так и несъемному протезу. Имплантат изготавливается по предварительному слепку с костной ткани челюсти и помещается под надкостницу в процессе операции. Требования для размера кости при данном виде имплантации минимальны: не менее 5 мм в высоту.





**Рис. 35.1 .Э.Способы фиксации
субпериостальных имплантатов
(по О.Н. Сурову):**

- а** - с использованием
рельефа;
- б** - винтом;
- в**-кнопочным
фиксатором Сурова;
- г** - эндооссальной
пластинкой;
- д** - элементами ЭСИ;
- е**-утоплением
опорных лент.



Спасибо за внимание!

