

# Одномоментная имплантация при комплексной реабилитации



**К. Н. Хабиев**

врач-имплантолог, научно-исследовательская клиника «Дентал Гуру»



**Э. В. Ким**

стоматолог-ортопед, частная практика «Московская стоматология»

**О**дномоментная имплантация становится все более популярной. Зная основные принципы проведения подобных манипуляций, можно значительно сократить количество операций и время, необходимое для реабилитации пациента.

Имплантация в лунку удаленного зуба признана приемлемой и достаточно предсказуемой процедурой [1, 2]. Более того, во многих случаях одномоментная имплантация дает лучшие результаты по сравнению с классической двухэтапной имплантацией. По данным профессора Дворы Шварц-Арад, процент приживаемости имплантатов после одномоментной установки по сравнению с отсроченной имплантацией в 5-летний период составляет 96 % против 89,4 % соответственно [3]. Одномоментная имплантация также позволяет сохранить объем костной ткани после удаления зуба, исключая необходимость проведения дополни-

тельных костнопластических операций [4]. Мы в своей практике уже давно используем эту технологию и в этой статье представляем один из типичных клинических случаев реабилитации пациента при помощи одномоментной имплантации.

## Клинический случай

Пациентка М. обратилась в клинику с жалобами на подвижность мостовидного протеза на верхней челюсти слева. Пациентка также предъявляла жалобы на неэстетичный вид улыбки вследствие наличия диастемы и золотых коронок (рис. 1). После проведенного обследования (рис. 2, 3) был составлен

комплексный план лечения, который предусматривал удаление всех оставшихся зубов на верхней челюсти с одномоментной установкой имплантатов как на верхней, так и на нижней челюсти (рис. 4), а также дальнейшее восстановление функции и эстетики с помощью мостовидных металлокерамических конструкций. Операция была проведена под местной анестезией в сопровождении седации. В качестве имплантационной системы была выбрана немецкая система имплантатов «Импро». Универсальная цилиндро-коническая форма имплантата, агрессивная двойная резьба, эффект переключения скоростей и плоскостной упор на апексе имплантата позволяют достигать оптимальных показателей первичной стабилизации (50 Нсм) даже в мягкой кости, а квадромикрорезьба на шейке позволяет максимально снизить травму кости во время установки имплантата (рис. 5). Большое значение имеет правильное наложе-



Рис. 1. Клиническая картина до операции.



Рис. 2. ОПТГ до операции.

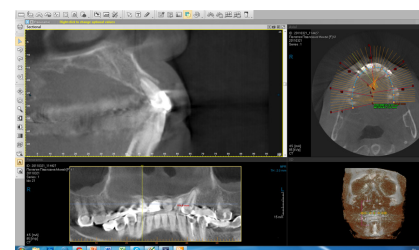


Рис. 3. КТ до операции.

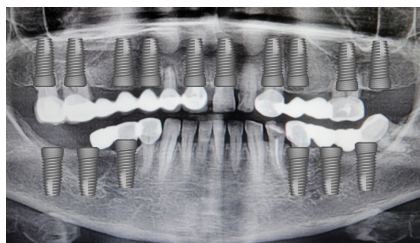


Рис. 4. Схема установки имплантатов.

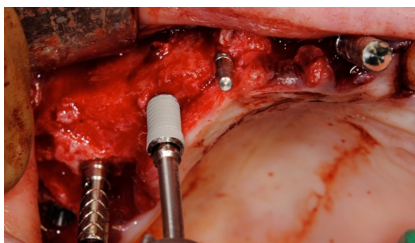


Рис. 5. Установка имплантата «Импро».

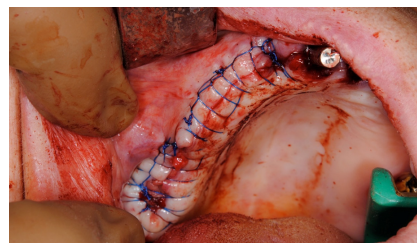


Рис. 6. Непрерывный матрасный шов.



Рис. 7. Перебазировка имедиат-протеза с помощью мягкой прокладки.



Рис. 8. Улыбка пациентки сразу после операции.

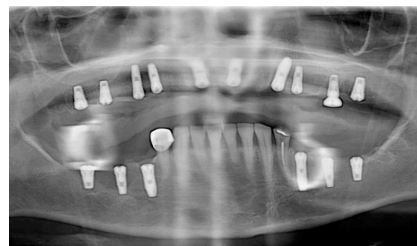


Рис. 9. ОПТГ через 4 месяца после операции.



Рис. 10. Слепочные трансферы в полости рта.

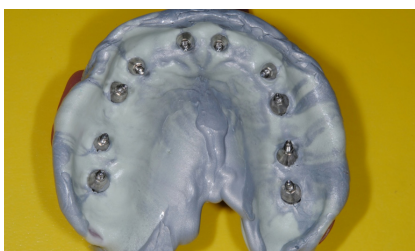


Рис. 11 а. Предварительные слепки.



Рис. 11 б. Предварительные слепки.



Рис. 12 а. Индивидуальная ложка.



Рис. 12 б. Индивидуальная ложка.

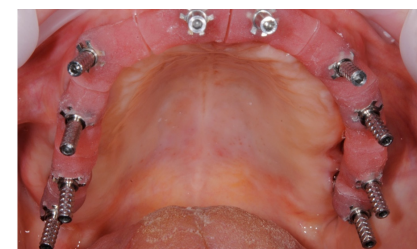


Рис. 13. Трансфер-чеки в полости рта.

ние швов: рекомендуется использовать монофиламентный шовный материал и ушивать рану с помощью непрерывного матрасного шва, усиливая его страхующими П-образными швами (рис. 6). На период реабилитации после удаления зубов и установки имплантатов был изготовлен имедиат-протез, фикси-

рованный в полости рта после перебазировки с помощью мягкой прокладки (рис. 7). Благодаря этому пациентка практически сразу после операции могла нормально принимать пищу, говорить и улыбаться (рис. 8). Через 4 месяца после операции (рис. 9) была проведена установка формирователей

десны. Такие сроки становятся возможными благодаря особой обработке поверхности имплантата «Импро». Через 2 недели ортопед снимает предварительные слепки для изготовления индивидуальных ложек и трансфер-чечков (рис. 10—12). Трансфер-чечки фиксируются в полости рта, проверя-



Рис. 14. Соединение трансферов с помощью Pattern Resin.



Рис. 15 а. Окончательный слепок.



Рис. 15 б. Окончательный слепок.



Рис. 16. Определение прикуса.

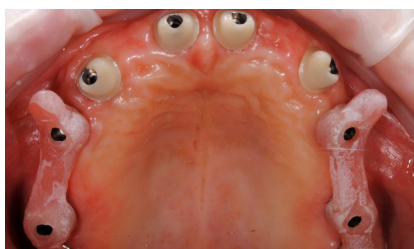


Рис. 17 а. Примерка абатментов с помощью ключей-переносчиков.

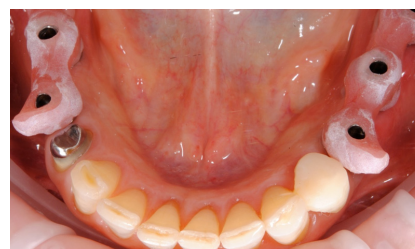


Рис. 17 б. Примерка абатментов с помощью ключей-переносчиков.



Рис. 17 в. Примерка абатментов с помощью ключей-переносчиков.



Рис. 18. Уточнение прикуса.



Рис. 19 а. Готовая работа в полости рта.



Рис. 19 б. Готовая работа в полости рта.



Рис. 19 в. Готовая работа в полости рта.



Рис. 20 а. Улыбка пациентки до реабилитации.

ется точность посадки трансферов на имплантатах с помощью рентгеновского снимка, затем трансфер-чеки соединяются между собой с помощью пластмассы Pattern Resin (рис. 13, 14). Индивидуальными ложками снима-

ется окончательный слепок (рис. 15), затем с помощью прикусных валиков на жестком базисе, который фиксируется к имплантатам, определяется высота прикуса (рис. 16) и положение верхней челюсти переносится в артикулятор с

помощью лицевой дуги. Техник отлиывает модели и изготавливает абатменты, которые затем примеряются в полости рта с помощью ключей-переносчиков (абатмент-чек) (рис. 17). На этапах примерки каркаса и керамики про-



Рис. 20 б. Улыбка пациентки после реабилитации.



Рис. 21 а. Изменение профиля и разглаживание носогубных складок. Уголки рта приподнялись вверх.



Рис. 21 б. Изменение профиля и разглаживание носогубных складок. Уголки рта приподнялись вверх.

дится уточнение высоты прикуса (рис. 18). Готовая работа фиксируется в полости рта на временный цемент (рис. 19). Правильно подобранные формирователи десны и корректно изготовленные индивидуальные абатменты позволяют достичь требуемого рельефа десны, не прибегая к временным конструкциям. Всего через 5 месяцев после начала лечения был достигнут отличный эсте-

тический результат. Восстановление высоты прикуса позволило улучшить профиль лица, разгладить морщины вокруг губ и приподнять опущенные уголки рта, что вернуло пациентке былую молодость.

### Заключение

Наличие в арсенале имплантолога универсальной имплантационной

системы позволяет успешно выполнять задачи в кратчайшие сроки, прибегая к минимальному вмешательству, а кроме того, выполнять реабилитацию пациентов с полной или частичной адентией, достигая отличных функциональных и эстетических результатов. **DM**

Список литературы находится в редакции.

