

## Установка имплантата сразу после удаления моляра на нижней челюсти



**К. Н. Хабиев**

имплантолог, клиника «Дентал Гуру» (Москва)

**О**дномоментная имплантация, то есть установка имплантата сразу после удаления зуба, становится все более востребованной процедурой. Она актуальна не только в переднем отделе, в эстетически значимых зонах, но и в боковых отделах челюстей. Установка имплантата сразу после удаления моляров на нижней челюсти является непростой задачей.

Существует 4 варианта установки имплантата после удаления нижнего моляра:

- 1) В костную перегородку между корнями.
  - 2) В лунку дистального корня.
  - 3) В лунку медиального корня.
  - 4) 2 имплантата в каждую из лунок.
- Какая из этих методик более пред-

почтительна? С точки зрения эстетики и равномерного распределения нагрузки предпочтительнее первый вариант, но для его осуществления должна быть достаточной ширина перегородки и перегородка должна иметь форму пирамиды.

При формировании ложа под имплантат в перегородке очень важно

не разрушить ее. Для этого начинать препарирование необходимо сверлами Линдемана или копьевидным сверлом.

Формировать ложе имплантата необходимо на 2—3 мм ниже дна лунки, тогда можно будет достичь хорошей первичной стабилизации, но нельзя забывать о близости нижнечелюстного канала.

Для максимального сохранения перегородки необходимо выбирать диаметр имплантата в пределах 4—4,5 мм. Не нужно бояться того, что при формировании ложа передняя и задняя стенки перегородки разрушатся. Для достижения первичной

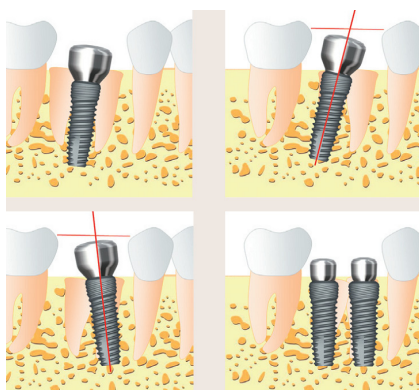


Схема 1. Четыре варианта установки имплантата после удаления нижнего моляра.



Рис. 1. Первый нижний моляр справа сильно разрушен и восстановлению не подлежит.



Рис. 2. Для атравматичного удаления зуба необходимо разделить корни с помощью твердосплавного бора.

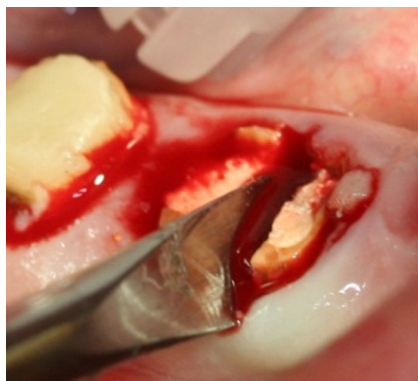


Рис. 3. Сначала с помощью элеватора, люксатора или периотома необходимо расшатать корень.



Рис. 4. Корень зуба извлекается с помощью щипцов американского дизайна.

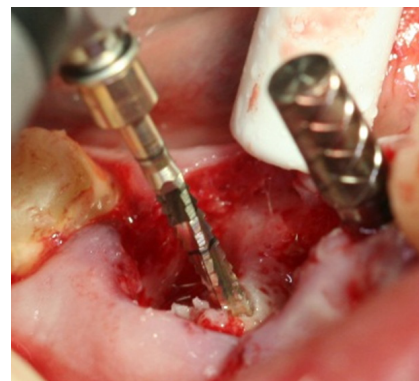


Рис. 5. С помощью начального сверла (Линдемана) определяется направление и глубина погружения имплантата.

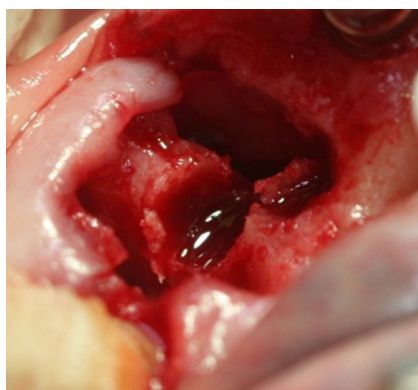


Рис. 6. Далее ложе под имплантат расширяется с помощью атравматичных 5-лопастных сверл из хирургического набора IMPRO.

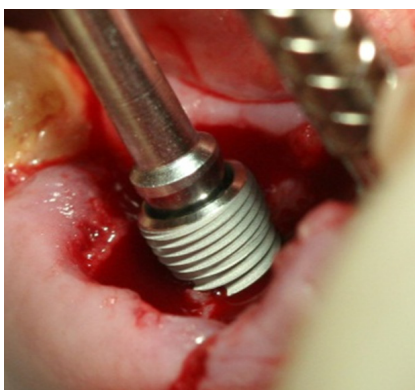


Рис. 7. С помощью машинного имплантовода имплантат IMPRO вводится в подготовленное ложе.

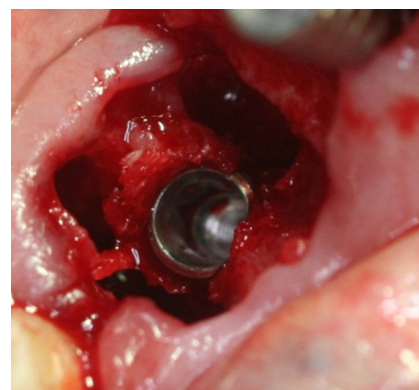


Рис. 8. Имплантат необходимо погружать не глубже чем на 3—4 мм от края лунки.

стабилизации порядка 50 Нсм имплантату IMPRO достаточно 2 стенки — вестибулярной и язычной. Благодаря уплощенному кончику и агрессивной резьбе происходит как бы заклинивание имплантата на дне сформированного ложа.

Поэтому после установки в перегородку имплантата IMPRO на него можно сразу фиксировать широкий формирователь десны — это позволяет избежать пластики мягких тканей. В лунки корней необходимо поместить неотжатый сгусток FRP, который стимулирует рост кости и не позволяет

развиться возможным осложнениям — например, альвеолиту. Благодаря поверхности SuperH (трехмерное травление) остеоинтеграция происходит уже через 2 месяца после установки имплантата, а значит можно снимать слепки и изготавливать постоянную конструкцию.

Но что делать, когда перегородка разрушена в результате воспалительного процесса или настолько тонкая, что разрушается при удалении? Если устанавливать обычные имплантаты большого диаметра, вокруг имплантата будет только кортикальная пластин-

ка кости, что не позволяет говорить о долгом сроке службы имплантата. Здесь решить проблему могут только имплантаты особого дизайна — с узким телом и широкой резьбой.

Например, имплантаты AnyRidge. Во многих случаях нет необходимости даже формировать ложе под имплантат — главное, чтобы лунка была диаметром более 5 мм, тогда тело имплантата не будет встречать сопротивления на своем пути, а особая выступающая резьба будет врезаться в стенки лунки и фиксировать имплантат с достаточной первичной стабилизацией. Если устано-

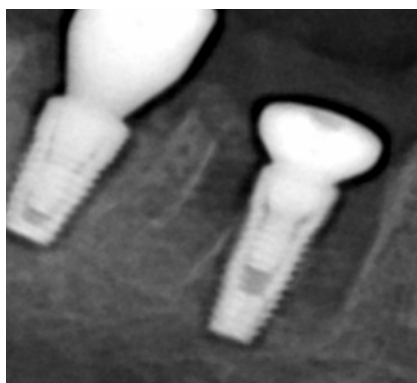


Рис. 9. Прицельный рентгеновский снимок сразу после имплантации. На имплантат фиксируется широкий формирова- тель.



Рис. 10. Прицельный рентгеновский снимок через 3 месяца после опера- ции. Хорошо видно образование кости в лунке удаленного зуба.



Рис. 11. Вид постоянной конструкции в полости рта.



Рис. 12. Фрагмент ОПТГ до операции. В области зуба 46 костная перегородка разрушена в результате воспали- тельного процесса. В области зуба 47 перегородка отсутствует, так как корни сросшиеся.

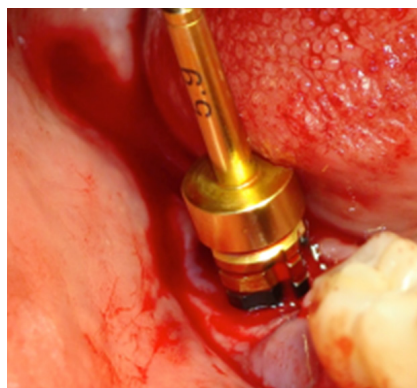


Рис. 13. Примеряем сверло диаметром 5,9 мм, чтобы убедиться, что тело имплантата не встретит на своем пути сопротивления.



Рис. 14. Фрагмент ОПТГ после уста- новки имплантатов AnyRidge диаме- тром 7 мм.



Рис. 15. Фрагмент ОПТГ до операции.



Рис. 16. Фрагмент ОПТГ после уста- новки имплантата AnyRidge диаме- тром 8 мм.

вить имплантат AnyRidge диаметром 8 мм, то через 2—3 месяца имплантат будет окружен дополнительным объемом костной ткани до 3,2 мм, то есть на самом деле устанавливается имплантат диаметром 4,8 мм, а не 8 мм, так как в пространстве между телом имплантата и стенками лунки будет образовываться костная ткань. Такой подход позволяет значительно расширить показания для одномоментной имплантации после удаления моляров на нижней челюсти. **DM**