

Термин « базальный имплантант» используется для описания принципа использования неинфицированных регионов базальной кости, свободных от резорбции , что является одним из постулатов данного подхода. Второй принцип – применения областей кортикальной кости. Его обоснование вытекает из ортопедической хирургии, а также из опыта, который показывает, что кортикальные области участвуют в выполнении структурных функций и поэтому достаточно устойчивы к резорбции. В то же время способность кортикальной кости к несению нагрузки значительно превышает этот показатель у губчатой кости. Вертикальные части базальных имплантатов не участвуют в несении нагрузки , поэтому они являются тонкими и плируются.

Для того чтобы избежать синус лифтинга, были разработаны простые планы лечения. Объяснение стандартного плана лечения приведено в данной статье. Выбор типа имплантанта , внедряемого в самый дистальный отдел верхней челюсти- зависит от структуры кости и хирургического опыта. Важность стабильности дистальной опоры для протезных структур – особенно в протоколе немедленной нагрузки имеет важное значение .

Реконструкция сегмента верхней челюсти

Клинический случай базальной имплантации на верхней челюсти

Пациент с отсутствием зубов в первом сегменте 1.7; 1.6 ; 1.5 ; 1.4 , зуб 1.3 под металлической коронкой. На кт исследовании максиллярный синус справа пневматического типа строения + атрофия кости , ширина альвеолярного отростка в среднем 4 – 5 мм , высота в дистальном отделе 1 мм. Для проведения двухэтапной имплантации необходимо предварительно провести аугментацию кости в пазухе справа. Пациент сможет получить постоянную зубную конструкцию в лучшем случае через 12 месяцев, может возникнуть необходимость возмещения прикрепленной десны методом трансплантации , что добавит еще травматичности собственно воспринимающего ложа и донорского участка, а также увеличит сроки получения зубного протеза.

В данном случае принято решение об установке 4 базальных имплантатов с изгибаемыми ортопедическими головками и немедленной нагрузкой металлопластмассовым мостом. Под местной анестезией в дистальном отделе 1 сегмента произведено формирование под углом примерно 30 грд костного ложа с перфорацией верхнечелюстной поверхности кортикальной кости, в подготовленное ложе инсталлирован базальный имплантант ПИС 3.5 – 20 мм с торком примерно 80 – 90 Н / см , последующий имплантант 3.5 – 26мм установлен таким же образом на 3-4 мм медиальнее . Следующие два базальных имплантата 3.5 – 23 и 3.5 – 29 мм установлены трансгингивально и под углом от 35 – 45 грд обходя максиллярный синус и корень зуба 1.3 в костное дно полости носа незначительной его перфорацией. Ортопедические головки имплантатов изогнуты по предполагаемому зубному ряду, сняты оттиски с последующим изготовлением металлического каркаса и его припасовкой и облицовкой его незамысловатой пластмассой Синма М и фиксацией на цемент на 4 сутки после имплантации.

Выводы: Преимущество данной методики в данной клинической ситуации -

Установка имплантатов без разрезов

Без костно- пластических операций и трансплантации десны для восстановления прикрепленной его части

Восстановление жевательной функции в кратчайшие сроки











