

1. Micșorarea perioadei de tratament a pacientului și a discomfortului oral;
2. Reabilitarea precoce a funcțiilor de masticație și fonație;
3. Reabilitarea estetică precoce a pacienților necesară pentru încadrarea în societate;
4. Preîntâmpinarea atrofiei postextractionale a apofizei alveolare.

#### Bibliografie

1. Becker W., Goldstein M., Becker B. e., Sennerby L. Minimale invasive flapless implant surgery: a prospective multicenter study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2005; 7 Suppl 1:S 21-7.
2. Becker W., Wikesjö U.M., Sennerby L., et al. Evaluation of implants following flapless and flapped surgery: a study in canines. J. Periodontol., 2006; 77(10):1717—1722.
3. Chanavaz M., Anatomy and histophysiology of the periosteum: Quantification of the periosteal blood supply to the adjacent bone with 85 Sr and gamma spectrometry. J.Oral Implantol., 1995; 21: 214-219.
4. Fortin T., Bosson J. L., Isidori M., Blanchet E. Effect of flapless

- surgery on pain experienced in implant placement using an image-guided system. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2006; 21 (2): 23-29.
5. Gănuță N. Tratat de implantologie orală. Editura Național. București. 1998.
6. Mancez P. Chirurgie sans lambeau et temporisation immédiate en secteur antérieur. Implant., 2008; v.43, n.2: 87-95.
7. Misch C. E. Contemporary Implant Dentistry. Second Edition. St. Louis, Mosby Year book, Inc. 1999.
8. Nosaka Y., Kitano S., Wada K., Komori T. Endosseous implants in horizontal alveolar ridge distraction osteogenesis. Int. J. Oral Maxillofac. Implants., 2002; 17: 846-853.
9. Rocci A., Martignoni M., Gottlow J. Immediate loading in the maxilla flapless surgery, implants placed in predetermined positions, and prefabricated provisional restorations: a retrospective 3-year clinical study. Clin. Implant Dent. Relat. Res. 2003; 5 (suppl 1):29:36.
10. Rompen E. Vers une simplification des protocoles pour une efficacité a court terme et une fiabilité a long terme. Implant., 2007; v.13, n.3: 185-190.
11. Параскевич В. Л. Дентальная имплантология. Минск : ООО „Юнипресс“ 2002.

## РАЗРЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ ПРИ УЗКИХ КОСТЯХ МЕТОДОМ, ОТЛИЧАЮЩИМСЯ ОТ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ. ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТАТОВ SPI И ARROW PRESS

Как известно, с прекращением роста зубов начинается процесс резорбции альвеолярного отростка вплоть до базальной кости. Нефункционирующая кость резорбируется. Ранняя имплантация с последующей рациональной нагрузкой приостанавливает этот процесс. Имплантант полностью контактирует с костью анкилозным соединением ( в случае остеоинтеграции), в отличие от зуба, обладающего естественной системой фиксации в кости, то есть парадонтом. Кровоснабжение парадонта состоит из сосудистых анастомозов, что существенно отличается от васкуляризации тканей, окружающих имплантант. Вывод: имплантант намного более уязвим к различного рода воздействиям извне в отличие от зуба.

Имплантируя в узкие кости, мы в первую очередь должны думать о минимальном повреждении системы Гаверс-Фолькмае канальцев, имеющих огромное значение в кровоснабжении интегрирующей кости. Чем меньше образуемый лоскут слизистой оболочки, тем менее повреждается переост с прилегающими сосудами, а также достаточное количество слизистой оболочки вокруг имплантанта не нарушает кровоснабжение всего участка. Корень зуба, находясь в альвеолярном отростке посредством природного аппарата: корень-PDL (шарпейвы волокна)-Laminate dura (кортикальная пластинка альвеолы)- трабекулы кости перераспределяет, в конечном счёте, жевательное давление на наружную кортикальную пластинку челюсти. Искусственное подражание этой системе осуществляется посредством бикортикальной фиксации имплантатов в кости с повлечущей ранней рациональной нагрузкой для образования компактного слоя вокруг имплантанта (like laminate dura), что свидетельствует об остеоин-

**Доктор  
Феликс Авербух,  
Израиль**

теграции (Strib 1985). Можно проследить устойчивость имплантата, которая образуется через год после операции в трех типах кости в зависимости от количества губчатого и компактного составляющих. Устойчивость через год сравнивается, что доказывает компактизацию кости вокруг имплантата. Безусловно, речь идет о различного рода шероховатых имплантатах по типу S.L.A. поверхность (макро-20-40 микрон + 2 микрон). Всё сказанное ранее мы постараемся связать, а именно, почему в случаях с узкими костями мы используем SPI (Спиральные имплантаты системы Альфа-Био) и ARROW PRESS (Одноэтапные имплантаты системы Альфа -Био) и их модификации, и в чём преимущество этих имплантантов. Благодаря тому, что SPI обладает широкой активной резьбой, он входит в кость, придавая кортикальную фиксацию, не повреждая губчатую кость. Это очень важно для узких костей. Аналогично ARROW PRESS, который подходит также в случаях маленького медио-дистального расстояния между зубами, он обладает встроенным „abatment“, а также спиральной резьбой, подражающей имплантанту SPI. Он производится в трех диаметрах 3-3, 3-3,6 мм (внутренний диаметр между спиралями уменьшен соответственно 2-2,3-2,6 мм и длиной 13-15 мм).

Вспомним традиционные медоты имплантации при узких костях.

По Jensen, в случае узких костей при нехватке места для имплантации обычным методом используется мембрана и винты поддержки. Сверлятся небольшие отверстия в кортикальной пластинке для обеспечения кровоснабжения из системы (Гаверс-Фолькман) каналцев, а также губчатой кости.

Под мембрану вводится графт. Через 2-4 месяца производится имплантация. Использование мембраны и графта увеличивает стоимость операции, а также перерыв между аугментацией кости и самой имплантацией, является недостатком данного метода. Использование естественной мембраны и графта (забор из подбородочной или другой области) осложняет операцию увеличением операционных мест. Использование отслаивания (расщепления) кортикальных пластинок челюстей, а также винта поддержки + графт. Недостаток: сложность расщепления кости. Использование дистрактора (аппарат Елизарова в стоматологии). Недостаток: сложность операции и гигиены.

Мы предлагаем использование имплантантов SPI (единственный в своем роде конический спиральный имплантант с двойной резьбой, крылья которой увеличиваются и изменяются по его длине шаг 2x2,1) и фактически используются как вращающиеся остеомы. Они при-

менимы в имплантации сразу после удаления, в одномоментной имплантации и использовании в типах кости 2-3-4. В перечисленных случаях также применим имплантант ARROW PRESS, описанный выше. Методика достаточно упрощена использованием меньшего количества дрелей, что предупреждает потерю кости. Например, все размеры SPI можно вкручивать, используя дрели меньше на размер. Если при обычных имплантатах используются дрели 2-2,5-3,2- имплантант 3,75, то при использовании SPI дрели 2-2,5 — имплантант SPI 3,75. Все имплантаты

ARROW PRESS используются только с дрелью — pilot 2 мм.

Рассмотрим случай: во фронтальной области отсутствует 11 зуб. На С.Т. наличие очень узкой кости. Использован имплантант SPI диаметром 3,75 мм, подготовка дрели 2-2,5 мм. Минимальная потеря окружающей кортикальной кости, использование графт с мембраной, предварительно создав мелким бором отверстие для лучшего кровоснабжения. Использована мембрана A.P.R.F. (autologous platelet rich fibrin) из крови пациента.

Другой случай. Потеря четырех нижних резцов. Есть выбор: или использование меньшего количества традиционных имплантантов, тогда нарушается эстетика, или 4 имплантантов ARROW PRESS.

Ещё один случай. Женщина врач 42 года наличие тремы между 23 и 24 зубами. Нет места для обычного имплантата в медио-дистальном направлении. Использован имплантант ARROW PRESS 15 мм длина, диаметр 3 мм. Результат: имплантант вошел между корнями граничащих зубов, не травмируя кортикальные пластинки альвеол.

Женщина 80 лет. Проблема фиксации полноръемного протеза на нижней челюсти. Подготовка места для ARROW PRESS имплантантов 3,3 диаметр, длина 15 мм без образования лоскута. Результат: отсутствие припухлости и послеоперационных болей, минимальная потеря крови, легкая переносимость имплантации. Дальнейшее протезирование системой дольдер бар-протез.

## ВЫВОД

Использование имплантантов SPI и ARROW PRESS упрощает процедуру операции для врача-стоматолога, предупреждает чрезмерную потерю кости при сверлении дрелями, благодаря использованию меньшего количества сверл. Уменьшает стоимость операции (мембрана графт), облегчает послеоперационный период для пациента.