

УДК???

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕИМПЛАНТИТА ПОСЛЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕСТАВРАЦИИ С НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЙ ИМПЛАНТАТ

Черкашин Б. Ф., Фурцев Т. В.

*ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, кафедра
ортопедической стоматологии,
г. Красноярск, Российская Федерация*

Цель работы — модифицировать конструкцию провизорной коронки с опорой на дентальный имплантат, чтобы предотвратить развитие периимплантита.

Объекты и методы. После дентальной имплантации применяли немедленную нагрузку имплантата путем изготовления провизорной коронки, которую фиксировали винтовой фиксацией, с усилием 35 н/см, шахта коронки была закрыта тефлоновой лентой и композитом.

Результаты. После завершения остеоинтеграции на контрольной рентгенограмме определяли очаг периимплантита. Вокруг имплантата с вестибулярной стороны имела место рецессия. Далее для устранения рецессии десны консервативным методом было выбрано титановое основание с высотой поддесневой части 3,0 мм, для восстановления биологической ширины. Изготавливали коронку из диоксида циркония. Поддесневая часть керамической облицовки коронки не покрывали глазурью, вместо чего ее поверхность в области контакта с протезным ложем обрабатывали полирами до состояния ультра-гладкости. Затем коронку фиксировали к имплантату. На рентгенограмму через 18 месяцев после операции констатировали полное заживление кости в участке, где ранее был очаг периимплантита.

Заключение. Соблюдение биологической ширины при изготовлении коронок с опорой на имплантаты позволяет: устранить один из факторов, потенциально вызывающих периимплантит; увеличить срок службы дентальных имплантатов.

Ключевые слова: диоксид циркония; коронка; дентальный имплантат; периимплантит.

CLINICAL EXPERIENCE OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PERIMPLANTITIS AFTER MANUFACTURING A RESTORATION WITH IMMEDIATE LOADING ON A DENTAL IMPLANT

Cherkashin B. F., Furtsev T. V.

*Krasnoyarsk State Medical University, named
by prof. V. F. Voino-Yasenetsky, Department of Orthopedic Dentistry,
Krasnoyarsk, Russian Federation*

The aim of the work is to modify the design of a dental crown supported by a dental implant in order to prevent the development of peri-implantitis.

Objects and methods. After dental implantation, immediate loading of the implant was applied by making a provisional crown, which was fixed with a screw fixation, with a force of 35 n/cm, the crown shaft was closed with Teflon tape and composite.

Results. After the completion of osseointegration, the focus of peri-implantitis was determined on a control X-ray. There was a recession around the implant on the vestibular side. Further, to eliminate gum recession, a titanium base with a subgingival height of 3.0 mm was chosen by a conservative method to restore the biological width. Crowns were made of zirconium dioxide. The subgingival part of the ceramic lining of the crown was not glazed, instead, its surface in the area of contact with the prosthetic bed was treated with polishes to a state of ultra-smoothness. Then the crown was fixed to the implant. An X-ray 18 months after the operation revealed complete healing of the bone in the area where there had previously been a focus of peri-implantitis.

Conclusion. Compliance with the biological width in the manufacture of crowns based on implants allows you to: eliminate one of the factors potentially causing peri-implantitis; increase the service life of dental implants.

Keywords: zirconium dioxide; crown; dental implant; peri-implantitis.

Введение. Методика немедленной нагрузки имплантатов в эстетически значимой зоне, является актуальным вопросом современной стоматологии, ввиду нежелания пациентов находится с включенным дефектом зубного ряда во фронтальном отделе на момент остеоинтеграции имплантата. Общеизвестно что, при изготовлении коронок с немедленной нагрузкой на дентальные имплантаты, эффективность реставрационных мероприятий зависит от выбора целенаправленных принципов соблюдения анатомо-топографических зон периодонта.

Практика показала разноречивость ряда методических подходов в соблюдении биологической ширины периодонта, что требует уточнения [3]. Под биологической шириной понимают расстояние от коронковой части эпителиального прикрепления до вершины гребня альвеолярного отростка/части, которое в среднем составляет 2,04 мм [2].

Удаление зуба является наиболее распространенной хирургической операцией и связано с изменениями опорных структур. Значительная резорбция альвеолярной кости ставит под угрозу эстетику и может привести к ортопедическим и хирургическим ограничениям. Для сохранения размеров альвеолярного отростка/части предпочтительна немедленная установка имплантата. Эта процедура, определяемая как установка дентального имплантата непосредственно в послеоперационную лунку после, считается предсказуемой и приемлемой. Основными условиями для этого являются плотность, качество и объем оставшейся кости, а также отсутствие какого-либо инфекционного поражения. При соблюдении этих условий дентальный имплантат может быть установлен сразу после удаления зуба. Конечно, стоматолог должен проявлять особую осторожность при удалении зуба, чтобы минимально травмировать окружающие зуб ткани [1, 4, 5].

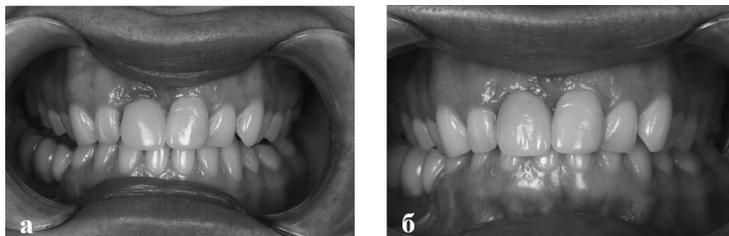
Однако несмотря на множество исследований, проведенных в данном направлении и направленных в основном на стабильность тканей пародонта вокруг зубов, восстановленных ортопедическими конструкциями, только небольшая часть работ указывает на необходимость соблюдения параметров биологической ширины при изготовлении коронок с опорой на дентальные имплантаты, особенно при немедленной нагрузке.

Цель работы — модифицировать конструкцию провизорной коронки с опорой на дентальный имплантат, чтобы предотвратить развитие периимплантита.

Объекты и методы. После проведения операции дентальной имплантации в полости рта, была применена немедленная нагрузка имплантата путем изготовления провизорной коронки прямым методом. Коронку фиксировали к имплантату винтовой фиксации, с усилием 35 н/см, шахта коронки была закрыта тефлоновой лентой и композитом. Для изготовления коронки было использовано титановое основание с высотой поддесневой части 1,5 мм.

Результаты. После завершения периода остеоинтеграции (через 4 месяца после хирургического вмешательства) на контрольной рентгенограмме был отчетливо виден очаг периимплантита, 2–3 витка резьбы

имплантата находились вне альвеолярного гребня, рана в альвеолярном гребне имела кратерообразную структуру, что свидетельствовало о нарушении биологической ширины имплантата провизорной коронкой. Также вокруг имплантата с вестибулярной стороны наблюдалась рецессия (рисунок 1, а). Жалобы со стороны пациента на боли в слизистой отсутствовали. В период остеоинтеграции отмечали выделение гнойного экссудата в месте хирургического вмешательства, через 2 недели и через месяц после операции.



**Рисунок 1 — Фотография полости рта пациента:
а — через 4 месяца после операции;
б — через 2 месяца после фиксации ортопедической конструкции
в полости рта пациента (коронка из диоксида циркония).**

Далее для устранения рецессии десны консервативным методом при помощи постоянной коронки из диоксида циркония, было выбрано титановое основание с высотой поддесневой части 3,0 мм, для восстановления биологической ширины.

Коронка была сделана в соответствии с концепцией «нулевой потери костной ткани» Т. Линкявичус (2020), поддесневая часть керамической облицовки коронки не покрывалась глазурью на финальном этапе изготовления, вместо этого поверхность коронки в области контакта с протезным ложем обрабатывали полирами до состояния ультра-гладкости.

Далее коронку фиксировали к имплантату винтовой фиксацией, с усилием в 35 н/см, шахта была закрыта тефлоновой лентой и композитом. Внешний вид постоянной коронки из диоксида циркония в полости рта, через 2 месяца после фиксации представлен на рисунке 1, б. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рецессия отсутствует, в области имплантата образовалась десневая манжета.

На контрольной рентгенограмму через 18 месяцев после операции видно полное заживление костной ткани в области, где ранее был очаг периимплантита.

Соблюдение биологической ширины при изготовлении коронок с опорой на имплантаты позволяет: 1) устранить один из факторов, потенциально вызывающих периимплантит; увеличить срок службы дентальных имплантатов; 2) замена коронки с изготовленной с нарушением принципов моделирования биологической ширины на коронку с соответствующим параметром биологической ширины может являться один из методов консервативного лечения периимплантита; 3) данный метод прост для внедрения в практику врача-стоматолога, так как он не требует закупки дополнительного оборудования и доступен и легко воспроизводим в применении с точки зрения мануальных навыков.

Закключение. Описанная методика позволяет проводить консервативное лечение периимплантита, в ситуациях, когда данное осложнение вызвано изготовлением ортопедической конструкции с несоответствующим параметром биологической ширины.

Литература.

1. Немедленная имплантация с немедленной нагрузкой в сравнении с отсроченной нагрузкой / С. Лехтман [и др.] // *Inter. Conf.* — 2022. — Т. 95, № 18. — С. 553–556. doi: 10.51582/interconf.19-20.01.2022.060
2. *Терапевтическая стоматология. Болезни периодонта* / Л. Н. Дедова [и др.]. — Минск: Экоперспектива, 2016. — 268 с.
3. Al-Sabbagh, M. Immediate implant placement: surgical techniques for prevention and management of complications / M. Al-Sabbagh, A. Kutkut // *Dent. Clin. North Am.* — 2015. — Vol. 59, N 1. — P. 73–95. doi: 10.1016/j.cden.2014.09.004
4. Immediate loading implants: review of the critical aspects / L. Tettamanti [et al.] // *Oral Implantol (Rome)*. — 2017. — Vol. 10, N 2. — P. 129–139. doi: 10.11138/orl/2017.10.2.129
5. Vignoletti, F. Immediate implants at fresh extraction sockets: from myth to reality / F. Vignoletti, M. Sanz // *Periodontol.* — 2014. — Vol. 66, N 1. — P. 132–152. doi: 10.1111/prd.12044