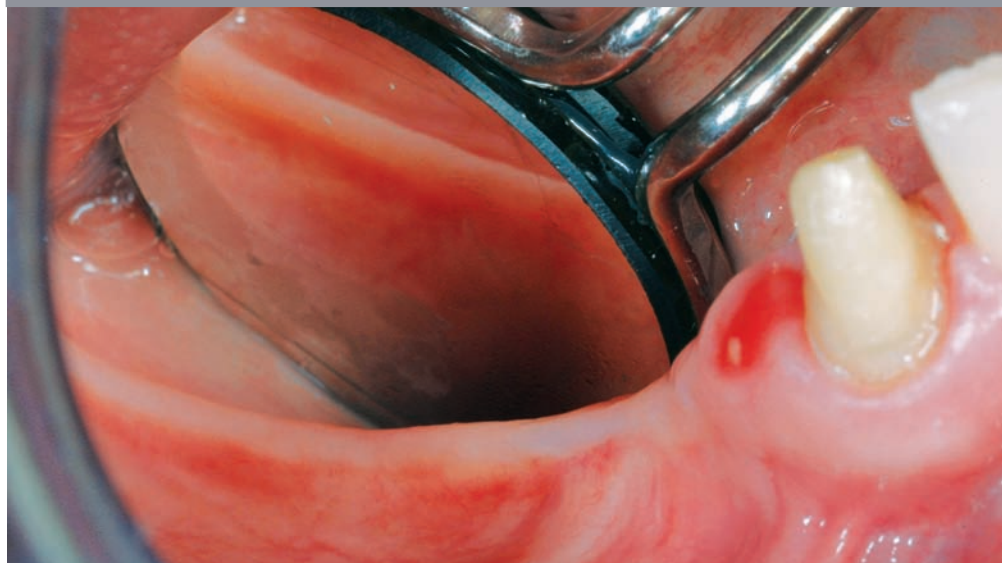


Вертикальная аугментация



Концепция лечения, предложенная Prof. Massimo Simion и Dr. Isabella Rocchietta, Institute for Dental Research and Education, Миланский Университет, Италия

> Вертикальная аугментация гребня с использованием аутогенной кости, Geistlich Bio-Oss® и нерезорбируемой мембраны с титановым каркасом

1. Клинический профиль

Локализация и параметры дефекта	☐ Эстетически значимая область ☒ Эстетически менее значимая область ☐ Одиночный дефект зубного ряда ☒ Частичная адентия: ☐ Множественный ☒ Концевой дефект ☐ Полная адентия ☐ включенный дефект Примечание: Описываемая концепция реализуема также в эстетически значимых областях, при одиночном и множественном дефектах зубного ряда.
Состояние кости	☐ Вертикальный дефект кости ☐ Горизонтальный дефект кости ☒ Комбинация вертикального и горизонтального дефектов кости ☒ Использование аутогенной костной стружки + Geistlich Bio-Oss® ☐ Использование аутогенных костных блоков + Geistlich Bio-Oss® Примечание: Описываемая концепция реализуема также при наличии некомбинированных вертикальных и горизонтальных дефектов.
Состояние мягких тканей	☐ Отсутствие показаний к проведению аугментации мягких тканей ☒ Показания к проведению аугментации мягких тканей: ☐ До аугментации кости ☒ Одновременно с имплантацией ☐ Одновременно с аугментацией кости ☐ На отдельном хирургическом этапе Примечание: Выбор времени аугментации во многом зависит от состояния мягких тканей.
Имплантация	☐ Да, одновременно с костной аугментацией ☒ Да, на 2-м хирургическом этапе через 6 месяцев ☐ Нет Ортопедическое лечение: в/ч: через 4 месяца после имплантации н/ч: через 0-4 месяца после имплантации Примечание: Проведение костной аугментации одновременно с установкой имплантата оправдано при достижении первичной стабильности последнего.

Библиография

- 1 Simion M., Trisi P., Piatelli A. Vertical augmentation using a membrane technique associated with osseointegrated implants. Int. J. Periodontics Restorative Dent 1994, 14, 496–511.
- 2 Simion M., Fontana F., Rasperini G., Maiorana C. Long-term evaluation of osseointegrated implants placed in sites augmented with sinus floor elevation associated with vertical ridge augmentation: A retrospective study of 38 consecutive implants with 1– to 7-year follow-up. Int J Periodontics Restorative Dent. 2004 24, 208-21.
- 3 Simion M., Jovanovic S.A., Tinti C., Parma-Benfenati S. Long-term evaluation of osseointegrated implants inserted at the time or after vertical ridge augmentation. Clin. Oral Implants Res. 2001; 12, 35–45.
- 4 Valentini P., Abensur D., Wenz B., Peetz M., Schenk R. Sinus grafting with porous bone mineral (Geistlich Bio-Oss®). A study on 15 patients. Int. J. Periodontics Restorative. Dent. 2000, 20, 245–252.
- 5 Schlegel K.A., Fichtner G., Schultze-Mosgau S., Wiltfang J. Histologic findings in sinus augmentation with autogenous bone chips versus a bovine bone substitute. Int. J. Oral Maxillofac Implants 2003, 18, 53–58.

Контакты

- > Prof. Massimo Simion, Institute for Dental Research and Education, Viale Tunisia 48, 20124 Milano, Italy
telephone: +39-2-6698 32 68, fax: +39-2-6671 15 91, e-mail: msimion@studiosimion.it
- > Dr. Isabella Rocchietta, Institute for Dental Research and Education, Viale Tunisia 48, 20124 Milano, Italy
telephone: +39-2-6698 32 68, fax: +39-2-6671 15 91, e-mail: isabella.rocchietta@gmail.com

Дополнительная информация

- > Дополнительные брошюры Вы найдете на сайте компании: **www.geistlich.com**
- > Оформить бесплатную подписку на получение брошюр или отказаться от нее Вы можете у регионального дистрибьютора компании



Эксклюзивный дистрибьютор в России
Группа компаний СИМКО
Москва, Нижний Сусальный переулк,
дом 7, строение 7,
тел.: (495)737 80 03, (495)737 80 04
orders@simkodent.ru
www.simkodent.ru

Geistlich
Biomaterials

° Geistlich Pharma AG
Business Unit Biomaterials
CH-6110 Wolhusen
phone +41 41 492 56 30
fax +41 41 492 56 39
www.geistlich.com

Вводная информация

Prof. Massimo Simion и Dr. Isabella Rocchietta:

«Вертикальная аугментация кости при полной адентии и выраженной атрофии альвеолярного гребня до сих пор представляет определенные сложности. Хорошие предсказуемые результаты при лечении в таких ситуациях дает направленная костная регенерация с применением мембран^{1,2,3}. При наличии небольших и средних по размеру дефектов широко и с успехом используются резорбируемые мембраны, в частности, коллагеновые (Geistlich Bio-Gide®). При наличии вертикальных дефектов альвеолярного гребня требуются более стабильные мембраны: здесь мы отдаем предпочтение ePTFE-мембранам с титановым каркасом. Следует учесть, что хирургическая техника работы с ними достаточно сложна, существует риск преждевременного обнажения мембраны с последующим инфицированием раны.

Пространство под мембраной мы заполняем аутогенной костной стружкой, тем самым увеличивая потенциал регенерации кости вне нативных костных стенок. Добавление к костной стружке гранул Geistlich Bio-Oss® придает стабильность регенерированной кости за счет медленной деградации материала»^{4,5}.

2. Цели лечения

- > Вертикальная регенерация кости при частичной / полной адентии для поддержания стабильных результатов импланто-ортопедического лечения в долгосрочной перспективе.

3. Описание клинического случая и проведенного лечения



Рис. 1 Частичная адентия в правом квадранте нижней челюсти. Выраженная атрофия альвеолярного гребня. Недостаток кератинизированной десны.

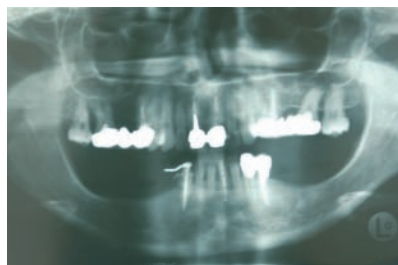


Рис. 2 Ортопантомограмма. Двусторонняя атрофия альвеолярного гребня нижней челюсти. Этапы лечения будут представлены на примере правого квадранта.



Рис. 3 Хирургическое вмешательство проводится под местной анестезией с седативной премедикацией. Полнослойный разрез в толще кератинизированной слизистой начинается с дистального края клыка. Внутрибороздковый разрез проводится с вестибулярной стороны клыка; с лингвальной стороны разрез захватывает латеральный резец. С вестибулярной стороны мезиальнее и дистальнее основного разреза по гребню кости делаются вертикальные послабляющие разрезы. С помощью периостального элеватора откидываются щечный и язычный лоскуты. После обнажения кортикальной кости проводится кюретаж с помощью долота обратного действия, чтобы удалить остатки соединительных тканей. Снимок сделан после отслаивания лоскута.

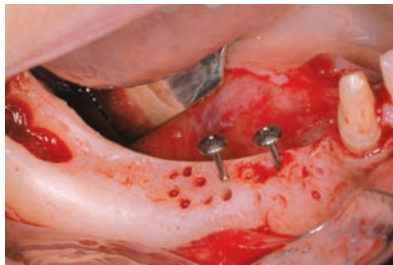


Рис. 4 Перфорация кортикальной кости шаровидным алмазным бором стимулирует кровотечение. В качестве опоры для мембраны и костнозамещающего материала устанавливаются 2 каркасных винта. Выполняется забор костной стружки с дистально-латерального участка ветви нижней челюсти.

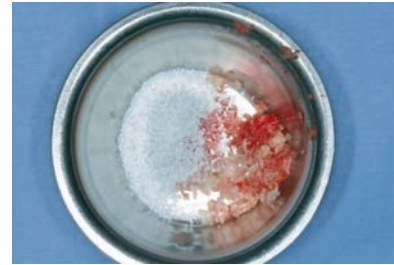


Рис. 5 Костная стружка смешивается в пропорции 1:1 с гранулами Geistlich Bio-Oss®.



Рис. 6 Костная смесь укладывается поверх атрофического альвеолярного гребня вокруг каркасных винтов. Перед этим с лингвальной стороны 2-мя винтами (медиально и дистально) фиксируется e-PTFE мембрана с титановым каркасом.

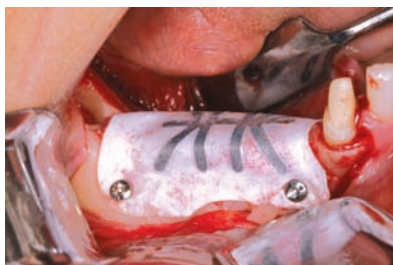


Рис. 7 Мембрана адаптируется по форме дефекта так, чтобы не касаться зуба, и фиксируется 2-мя винтами теперь уже с вестибулярной стороны.



Рис. 8 У основания вестибулярного лоскута выполняется послабляющий разрез надкостницы. Это повышает эластичность ушиваемых тканей и позволяет сблизить края лоскутов без натяжения. Горизонтальные матрацные чередуются с одиночными узловыми швами из нерассасывающегося материала. Назначения: для профилактики воспаления - антибиотики, для уменьшения отека и боли - стероиды (1 р после операции) и противовоспалительные препараты (в течение 4 дней после операции); полоскания 0,2% раствором хлоргексидина в течение 15 дней.



Рис. 9 Рентген-контроль расположения мембраны, каркасных и фиксирующих винтов. Швы снимаются через 12 дней. Заживление проходит без осложнений. В течение 1-го месяца после операции пациент приглашается на осмотр 1 раз в неделю, а затем – вплоть до 2-го хирургического этапа – 1 раз в месяц.



Рис. 10 Оценка величины прироста кости через 6 месяцев. Адекватное заживление тканей.



Рис. 11 Ситуация после отслаивания лоскута. Ни мембрана, ни винты не смещены.



Рис. 12 Мембрана и 4 фиксирующих винта удалены. Просматривается слой соединительной ткани переменной толщины. Видны головки каркасных винтов.



Рис. 13 Каркасные винты удалены, установлены титановые имплантаты.

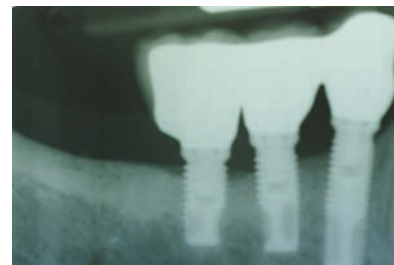


Рис. 14 Ситуация через 2 года после имплантации.