

Elżbieta Krężlik¹
Arkadiusz Krężlik²

Wykorzystanie implantów jedno- i dwufazowych w implantacji natychmiastowej po ekstrakcji zębów

Stomatologia Współczesna;
vol. 13, nr 5, 2006, 50–53

W przypadku konieczności usunięcia zęba implantacja jest najkorzystniejszym postępowaniem chroniącym kość przed zanikiem spowodowanym brakiem obciążenia fizjologicznego.

W pracy zaprezentowano przypadki implantacji natychmiastowej wykonanej jednocześnie z ekstrakcją zębów. Planowanie zabiegu jest poprzedzone dokładną diagnostyką ilości tkanki kostnej (określenie stanu blaszki wargowej/policzkowej) oraz diagnostyką tkanek miękkich – określenie biotypu *periodontium* według Ochsenbeina (cienkie czy grube). Te czynniki decydują o wyborze rodzaju cięcia, o ewentualnej augmentacji, o ilości i rodzaju użytych implantów (jedno- czy dwufazowe) i sposobie obciążenia (natychmiastowe czy opóźnione). Istotny jest sposób wykonania ekstrakcji zapewniający maksymalną oszczędność tkanek twardych i miękkich. Dopiero po wykonaniu ekstrakcji określamy całkowity zakres zabiegu.

Warunkiem przeprowadzenia implantacji natychmiastowej jest osiągnięcie stabilizacji pierwotnej implantu. Stosujemy implanty o długości maksymalnie wykorzystującej dostępny obszar kostny w danej sytuacji klinicznej, zazwyczaj dłuższe niż długość usuniętego korzenia. Jeżeli stabilizacja pierwotna implantu mierzona torque reverse wynosi powyżej 30 N/cm, możemy zastosować obciążenie natychmiastowe. Przy niższych wartościach zalecane jest obciążenie opóźnione. Wzrost stabilizacji pierwotnej osiągamy stosując implanty o szerokiej platformie, tak że średnica implantu jest większa niż średnica korzenia usuniętego zęba. W zaprezentowanych przypadkach stosowano jednofazowe q-implanty o średnicy 4,5 i 5,5 mm,

doskonale zapewniające „zamknięcie zębodołu” nawet po ekstrakcji siekaczy górnych, kłów i przedtrzonowców. Zastosowanie 2 lub nawet 3 implantów w miejscu jednego zęba trzonowego stanowi idealne rozwiązanie z biomechanicznego i estetycznego punktu widzenia, dorównujące sytuacji wyjściowej. Trójkątne ustawienie implantów na wyrostku powoduje korzystny rozkład sił działających na implanty.

Bardzo często zębodołom poekstrakcyjnym towarzyszą ubytki kostne od strony przedsionkowej spowodowane ostrymi lub przewlekłymi stanami zapalnymi bądź urazami mechanicznymi. W takiej sytuacji cięcie płata śluzówkowo-okostnowego musi zapewnić przeprowadzenie augmentacji. Jeśli tylko istnieje możliwość uzyskania stabilizacji pierwotnej implantu przy zachowaniu jego prawidłowej przestrzennej pozycji, wówczas implantację i augmentację wykonujemy jednocześnie.

W dniu zabiegu chirurgicznego wykonujemy uzupełnienie protetyczne tymczasowe, które pełni funkcję estetyczną i ochraniającą implant, ale przede wszystkim funkcję podparcia dla tkanek miękkich. Prawidłowa trójwymiarowa pozycja implantu, przedsionkowe podparcie tkanek miękkich oraz rodzaj *periodontium* mają kluczowe znaczenie dla estetyki w obszarze zębów przednich. W przypadku *periodontium* grubego łatwiej uzyskać doskonały efekt kosmetyczny, ponieważ po ekstrakcji zęba *periodontium* podparte jest grubą warstwą tkanki kostnej mało wrażliwej na zanik. *Periodontium* cienkie jest natomiast podatne na zmiany kształtu, ponieważ podparte jest cienką warstwą tkanki kostnej łatwo ulegającej resorpcji.

¹lek. stom. Elżbieta Krężlik

²lek. stom. Arkadiusz Krężlik



Ogólnopolskie Centrum Szkoleniowe
Ø Implant
ul. Zapiecek 16,
97-200 Tomaszów Mazowiecki

W przypadku sąsiadujących ze sobą implantów praca tymczasowa pełni dodatkowo funkcje szynowania implantów ograniczając ich ruchomość. Wyłączenie z okluzji koron tymczasowych zapewniamy przez zredukowanie ich długości oraz w rejonie zębów przedtrzonowych i trzonowych przez graniczenie powierzchni żującej.

Doskonały harmonijny profil tkanek miękkich wokół implantu uzyskujemy wykorzystując fabryczne elementy systemu (gingiva former, czapeczki wyciskowe) lub wykonując go indywidualnie z kompozytu. Możemy również wykorzystać ząb własny pacjenta.

Koncepcja implantacji natychmiastowej jest alternatywą dla implantacji wczesnej i opóźnionej.

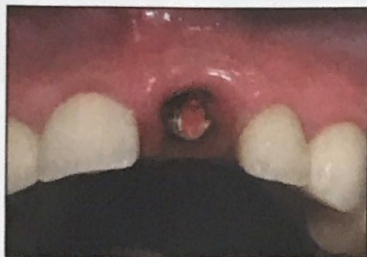
Pomimo wad klinicznych, jak:

- trudność w preparacji łoża – wiertło podąża za zębodołem, a implant powinien być umieszczony dopodniebiennie w stosunku do pierwotnej pozycji korzenia,
- trudności w prawidłowym trójwymiarowym pozycjonowaniu implantu,
- często konieczność augmentacji wyrostka,
- trudne do przeprowadzenia zamknięcia tkanek miękkich przy stosowaniu implantów dwufazowych,
- możliwość pozabiegowych infekcji przy istniejących stanach zapalnych zębodołów, implantacja natychmiastowa daje wiele korzyści.

Są to:

- zapobieganie resorpcji wyrostka zębodołowego,
- redukcja liczby zabiegów i skrócenie czasu leczenia zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza,
- minimalna traumatyczność zabiegu,
- uproszczona procedura protetyczna przy wykorzystaniu implantów jednofazowych,
- pozytywny efekt psychologiczny pacjenta i związana z tym akceptacja sposobu leczenia.

Pacjent 1



Ryc. 1a. Złamanie zęba 21 na granicy szkliwno-zębinowej po urazie.



Ryc. 2b. Zębodoł po usunięciu korzenia zęba 21.



Ryc. 1c. Implantacja natychmiastowa po wcześniejszej preparacji łoża pod implant z szeroką platformą średnicy 5,5 mm. Technika oszczędzająca tkanki miękkie.



Ryc. 1d. Ostateczne zaopatrzenie protetyczne – korona lana licowana porcelaną.

Pacjent 2



Ryc. 2a. Natychmiastowa implantacja po ekstrakcji zęba 12, cięcie na granicy dziąsła przyczepionego, oszczędzające brodawkę dziąsłową.



Ryc. 2b. Augmentacja wyrostka materiałem kośćozastępczym Biogen firmy Bioteck.



Ryc. 2c. Transfer wyciskowy z Pater Resinem.



Ryc. 2d. Zacementowana ostateczna praca protetyczna.

Pacjent 3



Ryc. 3a. Cięcie trapezowe. Odślonyłam złamany korzeń z widocznym ubytkiem blaszki przedstonkowej.



Ryc. 3b. Nawiercenie formujące i nawiercenia kości korykalnej w celu zwiększenia ukrwienia.



Ryc. 3c. Implantacja natychmiastowa dwufazowa z jednoczesną augmentacją wyrostka zębodołowego.



Ryc. 3d. Membrana biokolagenowa zabezpieczająca obszar augmentacji Biocollagen.



Ryc. 3e. Korona protetyczna ostateczna po zacementowaniu.



Ryc. 3f. Stan po leczeniu implantologiczno-protetycznym.

Pacjent 4



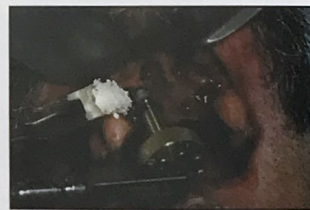
Ryc. 4a. Stan po usunięciu korzeni. Widoczne rozległe defekty kostne spowodowane stanami zapalnymi.



Ryc. 4b. Membrana biokolagenowa zabezpieczająca obszar augmentacji wyrostka zębodołowego żuchwy.



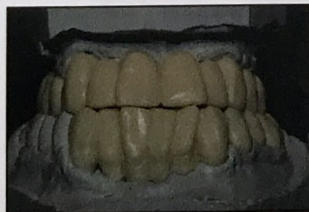
Ryc. 4c. Stan po usunięciu korzeni. Widoczne rozległe defekty kostne po przebytych stanach zapalnych. Preparacja kości urządzeniem Piezosurgery.



Ryc. 4d. Natychmiastowa implantacja wszczepów w zębodoły usuniętych zębów, wraz z augmentacją materiałem kośćozastępczym.



Ryc. 4e. Przykręcone abatmenty na implanty dwufazowe – procedura protetyczna.



Ryc. 4f. Wywoskowanie zębów z widoczną dużą atrofią dośrodkową szczęki i dysproporcją wielkości szczęki w stosunku do żuchwy.



Ryc. 4g. Zdjęcie kliniczne po zacementowaniu mostów. Konstrukcja zwracia z charakterystycznym motylkowatym ustawieniem jedynek.



Ryc. 4h. Stan po leczeniu.



Ryc. 4i. OPG po implantacji dwufazowej natychmiast po ekstrakcji zębów.

Pacjent 5



Ryc. 5a. Stan po implantacji natychmiastowej z wykorzystaniem zębodołów podniebiennego i przedsionkowego po wcześniejszej ekstrakcji zęba 26.



Ryc. 5b. OPG implanty jednofazowe o szerokiej platformie w miejscu korzeni podniebiennych i przedsionkowych zębów trzonowych.

Pacjent 6



Ryc. 6a. Charakterystyczny układ trójkątny implantów jednofazowych zamontowanych w procedurze natychmiastowej w okolicy zębów bocznych. Zdjęcie kliniczne.



Ryc. 6b. Most porcelanowy. Zdjęcie kliniczne.

Pacjent 7



Ryc. 7a. Implant jednofazowy w zębodole po korzeniu bliższym usuniętego zęba trzonowego.



Ryc. 7b. Dwa implanty jednofazowe w pozycji 36.



Ryc. 7c. OPG stan po natychmiastowej implantacji, okolica 36, dwa implanty w miejscu jednego trzonowca i okolica 22, okolica 15, implantacja odroczone.



Ryc. 7d. Pozycja implantów jednofazowych pod jedną koroną protetyczną zęba trzonowego.



Ryc. 7e. Zdjęcie kliniczne po zacementowaniu korony protetycznej.

Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne
Klinika Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej

oraz

Zakład Protetyki i Zaburzeń Czynności Narządu Żucia
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

we współpracy z

International Congress of Oral Implantologists (ICOI) i
Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI)
w dniach 26-28 października 2006 roku organizują



Patron Medialny
IV Kongresu

STOMATOLOGIA
WSPÓŁCZESNA

Patron Dnia
Implantologii
Włoskiej



IV Międzynarodowy Kongres

Polskiego Stowarzyszenia Implantologicznego

26-28 października 2006 r.



CENTRALNY OŚRODEK SPORTU W SPALE

Ośrodek Przygotowań Olimpijskich

ul. Mościckiego 6, Spała 97-215 Inowłódź

tel. (044) 724-23-46, 724-23-61, fax. (044) 724-41-23

e-mail: anna.ulaszewska@spala.cos.pl www.cosspala.com.pl

Program IV Kongresu - Warsztaty

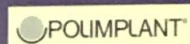
26.10.2006r (czwartek)

Warsztaty praktyczne:

Rejestracja Uczestników

SALA A

POLIMPLANT- Lek.stom K.Różycki, Lek.stom J.Sobczyk, J.Machacek
Współczesne możliwości implantologii
stomatologicznej z zastosowaniem systemu
IMPLADENT. Najnowsze trendy techniczne i
technologiczne.

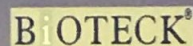


SALA B

TITANIUM IMPLANTS- Lek.stom E.Krężlik
Możliwości implantoprotetyczne w systemie
Q-implant (implanty jedno i dwufazowe , korony,
mosty , protezy OVD , belka Doldera)



Przerwa kawowa. Festiwal Firm.



SALA A

BIOTEC-Lek. stom. A.Krężlik, Dr Sergio Maggi
Angiogenesis and Morphogenesis:
bases of bone regeneration



SALA B

OPTIMED-Prof. dr hab.n.med P.Arkuszewski,
chir.plastyk dr n.med. R.Bartoś
Easy filler - redukcja zmarszczek w obrębie twarzy
Warsztaty praktyczne dla stomatologów z udziałem pacjenta
(warsztaty dodatkowo płatne - cena promocyjna;
szkoleniu przyznano odrębne punkty edukacyjne)

Za udział w warsztatach zostaną przyznane
PUNKTY EDUKACYJNE

Program IV Kongresu - Wykłady

27.10.2006 r (piątek)

Dr Franco Rossi **Dzień Implantologii włoskiej**

Obciążenie natychmiastowe wszczepów w szczęce - protokół chirurgiczny.
Implantoprotetyczne rozwiązania jedno- i dwufazowe.

Dr Giancarlo Cortese, Dr Claudio Gatti

Powrót do podokostnowych technik implantacyjnych z wykorzystaniem najnowszych osiągnięć technologii.

Dr Silvano Tramonte

Wszczepy Tramonte - przeszłość i terażniejszość.

Przerwa kawowa. Festiwal Firm.

Dr Tomasz Grotowski

Jednofazowa poekstrakcyjna rehabilitacja implantoprotetyczna z wykorzystaniem śruby bikortycznej Garbaccia.

Dr Sergio Maggi

Biological bases of bone regeneration and the enzymatic deantigenation system.

Obiad. Festiwal Firm.

Dr Maurizio Ludovichetti

Use of regenerative bone substitutes in dentistry.

Dr Luca Dal Carlo

Integracja technik implantacyjnych w celu odniesienia sukcesu w leczeniu implantoprotetycznym.

Dyskusja

Pierre Fabre Medicament-Agnieszka Safjańska

Profilaktyka i leczenie chorób przyzębia oraz higienizacja okołozabiegowa
Zastosowanie preparatów do profesjonalnej higieny jamy ustnej firmy
Pierre Fabre Medicament.

Lek.stom. Jarosław Sobczyk

Warunki do obciążenia natychmiastowego implantów.

Przerwa kawowa. Festiwal Firm.

Walne zgromadzenie członków PSI.

Uroczysta kolacja z wieczorem kabaretowym. Dyskoteka.

28.10.2006 r (sobota)

Dzień Implantologii Międzynarodowej:

Dr n.med. Mariusz Duda

Implantacja natychmiastowa i obciążenie natychmiastowe w porównaniu z procedurami klasycznymi.

Prof, dr hab.n.med. Piotr Arkuszewski

Elementy chirurgii przedimplantacyjnej.

Molteni-Lek.med. Ewa Domicz

PERIOFILM- adhezyjny opatrunek w postaci filmu jako alternatywna forma antybiotykoterapii w stomatologii.

Przerwa kawowa. Festiwal Firm.

Medilab-Lek.stom. Janusz Kalinowski

Rola kolagenu w procesach sterowanej regeneracji tkanek.
Biomateriały nowej generacji.

Lek.stom. Elżbieta Krężlik, Lek. stom. Arkadiusz Krężlik

Wykorzystanie implantów jedno- i dwufazowych w implantacji natychmiastowej po ekstrakcji zębów.

Dr Marius Steigmann

Przebudowa tkanek miękkich zgodnie z planowaną odbudową implantoprotetyczną.

Obiad. Festiwal Firm.

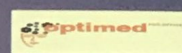
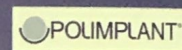
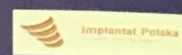
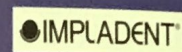
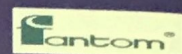
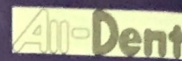
Dr Marius Steigmann

Estetyczny płat policzkowy - nowe podejście do koncepcji chirurgii w strefie estetycznej.

Dr n.med. Krzysztof Andruch

Biomechaniczne aspekty obciążenia implantów śródkostnych oraz wynikające z tego niektóre implikacje kliniczne.

Sponsorzy



Kontakt
Biuro PSI
ul. Zapieček 16
97-200 Tomaszów Maz.
tel/fax (044) 7238953
e-mail: p-s-l@o2.pl
www.p-s-l.pl