

Согласительный документ консультации: Немедленная нагрузка челюстных имплантатов

© 2019: International Implant Foundation, Munich, Germany

Планирование немедленной нагрузки дентальных имплантатов

I. Описательная терминология

Категоризация имплантатов как предназначенных для немедленной нагрузки так и для отсроченной является нечеткой, так как заживление имплантата абсолютно без нагрузки у живого человека невозможно. С момента установки имплантатов они подвергаются нагрузкам в тех местах, где они соприкасаются с живой тканью, поскольку внутрикостное давление и смещение слоев кости возникают в результате каждого движения. Под немедленной нагрузкой понимается немедленная нагрузка для протезирования (немедленная функциональная нагрузка).

II. История и современное состояние вопроса

В области ортопедической хирургии, немедленная нагрузка имплантатов с принудительной фиксацией является самым современным приемом с момента введения винтовых соединений и пластин для остеосинтеза (по крайней мере, с 1980 года). При лечении переломов конечностей винты для пластин для остеосинтеза, а также сами пластины устанавливаются на место одновременно (одноэтапно). В травматологии наилучший интерес пациента и хирургическая практика находятся в гармонии.

В дентальной имплантологии - в зависимости от типа используемого имплантата - отсроченная (двухэтапная) процедура все еще широко практикуется. Аргумент о закрытом заживлении для обеспечения стерильной среды для предотвращения инфицирования, ограничило применимость имплантатов, разработанных с широким диаметром в области шейки имплантата, а также со структурой поверхности, которая намеренно увеличивает ее площадь (например, имплантаты Osseopore или Endopore). Тем временем для имплантологов стали доступны различные системы имплантатов, которые либо допускают немедленную нагрузку, либо даже были разработаны специально для этого варианта лечения.

III. Научное обоснование немедленной нагрузки

Немедленная функциональная нагрузка на имплантаты уже давно доказала свою адекватность и в целом подтверждена научными исследованиями¹. Это относится, в частности, к системам имплантатов, которые предназначены для одноэтапных процедур с немедленной функциональной нагрузкой, что возможно за счет их конструкции и в соответствии с инструкциями производителя. Другие системы

имплантатов, которые допускают такую возможность только при определенных условиях (например, потому что они требуют нескольких процедур (в том числе перед установкой имплантатов) и более длительных интервалов времени для проведения операций, предваряющих установку имплантатов), должны оцениваться довольно критично при планировании немедленной нагрузки.

Нет достоверных научных доказательств того, что специфические характеристики внутрикостной поверхности имплантата (травление, пескоструйная обработка) способствуют или облегчают немедленную нагрузку. Однако эти характеристики поверхности могут способствовать развитию или сохранению так называемого периимплантита. Подход обработки поверхностей с целью сокращения времени заживления неизвестен в травматологии.

Однако, имеется достаточное количество исследований и большой клинический опыт стоматологической и ортопедической хирургии, чтобы понять, что макромеханически созданное крепление в кортикальной кости может способствовать осуществлению реализации немедленной нагрузки. Как правило, первый и второй кортикальный слой кости используют для этой цели.

IV. Планирование немедленной нагрузки в особых случаях

Современное планирование имплантации при протезировании требует, по крайней мере, чтобы пациенту была предложена возможность протезирования с немедленной нагрузкой. Решение в пользу этого варианта лечения в каждом конкретном случае зависит от прерогативы, которую врач выберет во время консультации при условии полного информирования пациента. Опыт показывает, что пациенты обычно выбирают немедленную нагрузку.

1.) Полученные данные и желание пациента служат основанием для выбора системы имплантации

Однако перечисление индивидуальных показаний для немедленной функциональной нагрузки в соответствии с классами лечения и, исходя из этого, обобщенная рекомендация по количеству необходимых имплантатов, согласно оценке настоящего Консенсуса, не отражает адекватно индивидуальные нужды пациента в лечении в достаточной степениⁱⁱ. Вместо этого тип имплантата, выбранный стоматологом для рассматриваемого лечения, становится более важным, так что - ввиду обилия доступных систем имплантатов – отказ от планирования немедленного протезирования должен допускаться только в исключительных случаях. Планы лечения для немедленной нагрузки часто требуют реабилитации всего зубного ряда. Если данный пациент не согласен с этим (например, не соглашаясь на удаление зубов, необходимое для комплексного лечения), часто требуется наращивание кости и использование двухэтапных имплантатов (со всеми их недостатками).

В частности, имплантаты с кортико-базальной поддержкой, латеральные базальные имплантаты и имплантаты, которые приводят к кортизализации участков губчатой кости путем ее компрессии вдоль вертикальной оси имплантата, с часто существенными улучшениями в отношении используемой кости, в настоящее время обычно имеют приоритет над цилиндрическими системами большого просвета, которые требуют значительного количества костного материала, которое должно быть доступно до проведения операции. Мы не должны упускать из виду тот факт, что приблизительно 95% процедур по наращиванию костной ткани, выполняемых сегодня исключительно с целью фиксации имплантата, были бы излишними, если бы использовались только описанные выше имплантаты, использующие имеющуюся в наличии кость с самого начала. Цель планирования лечения с избежанием наращивания кости до установки имплантата также часто соответствует пожеланиям информированного пациента. Выбор типа устанавливаемого имплантата (дизайн в сочетании с текстурами поверхности, длиной, диаметром) должен соответствовать диагностическим данным и цели лечения, сформулированной пациентом. Экономическое преимущество, связанное с предотвращением наращивания костной ткани и отсутствие дополнительных хирургических рисков, является основными причинами, по которым полностью информированный пациент обычно принимает решение против аугментации.

Решение в пользу системы с применением цельных (однокомпонентных) имплантатов может быть полезным в отношении заживления кости и последующего обслуживания, потому что оно позволяет избежать микроразрывов, тем более что не имеет смысла прикреплять резьбовые соединения и другие чувствительные соединения, которые могут быть заселены бактериями, если в любом случае имплантат получает немедленную нагрузку. Использование компрессионных винтов может способствовать достижению первичной стабильности. Кортико-базальные имплантаты способствуют немедленной нагрузке, поскольку они не зависят от количества вертикального объема кости в той степени, как традиционные винтовые имплантаты, благодаря их кортикальному креплению. В отличие от компрессионных винтов, кортико-базальные винтовые имплантаты сжимают кость не в латеральном, а в вертикальном направлении, и они не имеют увеличенную поверхность. Эти типы имплантатов в первую очередь подходят для немедленной нагрузки.

В контексте применения цельных кортикально-базальных имплантатов, предназначенных для немедленной нагрузки, наращивание кости с целью создания передающей нагрузку области не имеет большого смысла. Вопрос о том, является ли трансплантация мягких тканей для улучшения объема и эстетики предпочтительным вариантом лечения, должен решаться в каждом конкретном случае. Успех цельных имплантатов, устанавливаемых в ранее наращенную область кости, может зависеть от того, был ли аугментат фактически (полностью) резорбирован

2.) Диагностические данные и используемая система имплантатов определяют индивидуальный план лечения

При планировании имплантационно-ортопедических реставраций, с одной стороны, должны быть приняты во внимание диагностические данные - и, в частности, варианты стратегического позиционирования имплантатов, разумная цель протезирования и нагрузочная способность существующих костных структур. С другой стороны, имплантолог руководствуется при индивидуальном планировании лечения конкретными преимуществами имплантата, который он выбрал на основании этих данных. План лечения, который строится на основе обобщенных параметров для количества имплантатов, в зависимости от класса лечения, которые будут применяться для всех систем имплантатов, не может считаться планом, составленным в соответствии с полученными данными диагностики.

Индивидуальные особенности лечения, оправданность планирования и желание пациента к немедленному ортопедическому восстановлению регулярно дают стоматологу достаточные основания для использования варианта лечения в рамках протокола немедленной нагрузки, если - как исключение - не присутствует одно из следующих противопоказаний:

- Неудовлетворительное количество или качество костной ткани для установки любых традиционных имплантатов, доступных на рынке.
- Недостаточные или отсутствующие варианты шинирования или стабилизации (например, вторичные винтовые соединения), особенно во фронтальной области и также в случае отсутствия одного зуба.
- Обстоятельства, обусловленные историей болезни пациента или несоблюдением пациентом врачебных рекомендаций.
- Ограниченный диапазон показаний для конкретной системы имплантатов согласно инструкции производителя.

Пациент должен быть осведомлен в рамках общей информированности об индивидуальных рисках о том, что концепция немедленной нагрузки была разработана и научно доказана для беззубой челюсти и что индивидуальные риски должны быть оценены тем выше, чем меньше промежутки, которые необходимо восстановить. При лечении отдельных отсутствующих зубов и при частичной адентии следует отметить, что вместо протезирования на имплантатах, обычный мостовидный протез все еще можно считать допустимым вариантом несъемного протезирования, при условии наличия достаточного количества пригодных для использования опорⁱⁱⁱ.

В случаях, когда существует потребность в комплексной реставрации зубных рядов - и особенно если дальнейшее сохранение зубов технически сложно и дорого, или если сохранение здоровых зубов не позволит осуществить немедленную нагрузку, уместно учитывать то обстоятельство, что восстановление

с использованием кортико-базальных имплантатов и одновременную обширную санацию ротовой полости можно осуществить гораздо быстрее и дешевле, чем обеспечить сохранение зубов. Стоматологам, которые сами не осваивают те или иные методы современной оральной имплантологии, следует также давать эти советы.

3.) Раскрытие посторонних контролирующих механизмов

Если имплантолог в принципе выступает против немедленной нагрузки или в случае конкретного пациента, то ему следует проинформировать пациента о том, что критика, связанная с этой методикой, высказывалась в прошлом, тогда как сегодня более критично рассматривается как раз использование имплантатов с увеличенными поверхностями.

Если имплантолог ограничил свой собственный диапазон лечения, отдавая предпочтение конкретной системе имплантатов или определенным предимплантологическим мерам, независимо от диагностических результатов или желаний пациента, то пациента необходимо в полной мере проинформировать об этом факте.

Если имплантолог планирует использовать системы имплантатов большего объема, многокомпонентные имплантаты и имплантаты с увеличенной внешней поверхностью, то недостатки результирующего плана лечения должны быть четко донесены до пациента.

Если имплантолог осознает тот факт, что частные агентства медицинского страхования отказываются от своего обязательства оплачивать мостовидные протезы с немедленной нагрузкой на имплантатах в определенных диагностических ситуациях ссылаясь на отсутствие долгосрочных клинических исследований, он обязан сообщить об этом пациенту. Однако такие отказы в выплате компенсации не разрешаются в отношении тех систем имплантатов, которые изготовитель выпускает специально для осуществления немедленной нагрузки^{iv}. В любом случае, размещение на рынке систем имплантатов и определение показаний к их применению не зависит от наличия подобных долгосрочных исследований, а основывается исключительно на результатах проверки компетентным органом, инициатором которой выступает сам изготовитель^v.

- i** По вопросу медицинской необходимости в соответствии с § 1 (2) немецкого графика оплаты услуг стоматологов, занимающихся лечением частных пациентов (GOZ), см. Решение 3 O 267/03 областного суда (Landgericht) Tübingen от 11 мая 2005 г. тема медицинской необходимости в соответствии с § 1 (2) Типовых положений и условий / медицинского страхования (MB / KK), см. Решение 23 O 458/04 Кёльнского регионального суда (Landgericht) от 7 февраля 2007
- ii** См. Хотя по-прежнему без дифференциации по системам имплантатов, Руководство Европейской консенсусной конференции BDIZ EDI «Немедленное восстановление и немедленная нагрузка» ("Immediate Restoration and Immediate Loading") от 26 февраля 2006 года.
- iii** Верховный суд (Oberlandesgericht) Бранденбург, Решение 12 U 241/07 от 29 мая 2008 г.
- iv** По вопросу медицинской необходимости в соответствии с § 1 (2) немецкого графика оплаты услуг стоматологов, занимающихся лечением частных пациентов (GOZ), см. Решение 3 O 267/03 областного суда (Landgericht) Tübingen от 11 мая 2005 г. тема медицинской необходимости в соответствии с § 1 (2) Типовых положений и условий / медицинского страхования (MB / KK), см. Решение 23 O 458/04 Кёльнского регионального суда (Landgericht) от 7 февраля 2007
- v** § 6 (1) Закона о медицинском оборудовании с последними изменениями от 14 июня (German Federal Gazette I, p. 1066); EU Directive 93 Директива ЕС 93/42 / EEC (OJ EC № L 169/1 от 12 июля 1993 года).