

Консенсусний документ про негайне навантаження щелепних імплантатів

© 2019: Міжнародний фонд імплантатів, DE-80802 Мюнхен

Планування негайного навантаження зубних імплантатів

I. Термінологія

Розподіл при негайному та відсроченому навантаженні імплантатів не точний, оскільки неможливо повністю розвантажити імплантати у живих людей. Імплантати вже піддаються стресу на межі їх взаємодії з живим організмом, оскільки внутрішньокістковий тиск і зміщення кісткових шарів відбувається з кожним рухом. Тому під негайним навантаженням розуміють негайне навантаження, яке використовується для протезування (негайне функціональне навантаження).

II. Історія та стан розвитку

У галузі ортопедичної хірургії негайне навантаження імплантатів є найсучаснішим принаймні з моменту впровадження гвинтових з'єднань та пластинчатих остеосинтезів (приблизно з 1980 р.): При лікуванні переломів кінцівок, використовуються одночасно гвинти та пластини для переломів. Добре зрозумілі потреби пацієнта та хірургічна практика гармонують у травматології.

На відміну від цього, в дентальній імплантології - залежно від типу імплантату, який застосовується - досі практикується відстрочена (двоетапна) процедура. Аргумент стерильно закритого загоєння для профілактики інфекцій може бути застосований лише обмежено до конструкцій імплантатів із широким діаметром на шийці імплантату з одночасною структурою, зі збільшеною поверхнею (наприклад, типи імплантатів, такі як остеопори, ендопори). Тим часом для імплантологів доступні різні системи імплантацій, які дозволяють негайне навантаження або були розроблені спеціально для цього варіанту лікування.

III. Науковий доказ негайного навантаження

Адекватна загальнонаукова перевірка негайного протезування імплантатів давно доведена¹. Це стосується, зокрема, тих систем імплантацій, які, виходячи з їх конструкції та підтверджуючись інструкціями виробника, спрямовані на одноетапну процедуру та негайне навантаження на протез. Інші системи імплантатів, які пропонують цю можливість лише в обмеженій мірі (наприклад, оскільки вони вимагають кількох - також до імплантологічних втручань та більших інтервалів між операцією), слід критично розглядати під час планування негайного навантаження.

Немає достовірних, науково розроблених доказів того, що певні особливості поверхні щелепного імплантату (травлення, піскоструйна обробка) полегшують або дозволяють негайне навантаження. З іншого боку, така обробка поверхні може сприяти розвитку або підтримці так званого періімплантиту. Така обробка поверхні з метою скорочення часу загоєння невідома в травматології.

З іншого боку, є достатньо досліджень та великий клінічний досвід із стоматологічної та ортопедичної хірургії, що свідчить про те, що макромеханічно спроектовані анкери в кортикальній кістці можуть бути піддані негайному навантаженню. Як правило, тут використовується 1-та і 2-та кортикальна кістки.

IV. Планування негайного навантаження у конкретному випадку пацієнта

Сучасне планування виготовлення ортопедичної конструкції та встановлення імплантів вимагає, щоб пацієнту була принаймні надана можливість негайного навантаження на протез. Рішення щодо такого варіанту лікування у конкретному випадку лікування підлягає прерогативі лікаря, що приймає рішення, у координації з всебічно поінформованим пацієнтом. Досвід показує, що зазвичай також вибирається варіант негайного навантаження пацієнта.

1.) Результати та побажання пацієнта регулюють вибір системи імплантації

Перерахування індивідуальних показань до негайного навантаження на протез відповідно до класу лікування, і, виходячи з цього, узагальнена рекомендація щодо кількості необхідних імплантів не враховує достатньо індивідуальних вимог пацієнта щодо догляду відповідно до оцінки існуючого консенсусуⁱⁱ. Натомість тип імплантату, призначений для терапії лікарем, має більш важливе значення, тому з огляду на велику кількість наявних систем імплантів планування негайної протезування слід уникати лише у виняткових випадках. Плани терапії з негайним навантаженням часто вимагають повного відновлення зубного ряду. Якщо окремі пацієнти не погоджуються з цим (наприклад, відсутність згоди на видалення, необхідні для комплексного лікування), часто буває необхідною нарощування кістки та використання двокомпонентних імплантів (з усіма їх недоліками).

Зокрема, кортико-базальні імплантати, латерально-базальні імплантати та імплантати, які призводять до кортикалізації частини губчастої кістки шляхом стиснення кістки вздовж вертикальної осі імплантату, які також часто дають різке покращення якості кісткової тканини, що використовуються, зараз переважно користуються пріоритетом. над циліндричними системами з великим просвітом, які потребують значної кількості доопераційних заходів, також потрібна наявна кістка. Не слід опускати з уваги, що приблизно 95% заходів з нарощування кістки, що проводяться сьогодні лише з метою фіксації імплантів, є непотрібними, якщо використовуються лише описані вище імпланти, які можна використовувати з будь-яким об'ємом кісткової тканини. Уникнення заходів кісткової аугментації як мети планування, також регулярно відповідає побажанням пацієнта, який

отримав інформацію. Вибір передбачуваного типу імплантату (конструкція в поєднанні з властивостями поверхні, довжиною, діаметром) повинен ґрунтуватися на результатах та цілі терапії, сформульованої пацієнтом. Переваги у витратах, пов'язані з уникненням збільшення та уникненням додаткових хірургічних ризиків, є головними причинами того, що повністю проінформований пацієнт зазвичай вирішує проти аугментації.

Рішення на користь однокомпонентної системи може мати переваги щодо загоєння та збереження кісток, оскільки дозволяє уникнути мікрозазору, особливо тому, що немає сенсу приєднувати гвинтові з'єднання та інші точки з'єднання, які можуть бути заселені мікробами, якщо імплантат вже відразу піддається стресу. Використання компресійних гвинтів може допомогти досягти первинної стабільності. Імплантати, введені кортикобазально, сприяють негайному навантаженню, оскільки через їх кортикальне кріплення вони не залежать від вертикальних розмірів кістки в такій мірі, як класичні гвинтові імплантати. На відміну від компресійних гвинтів, кортико-базальні гвинтові імплантати не стискають кістку з боків, а скоріше вертикально, і вони не потребують великих поверхонь. Ці види імплантатів переважно підходять для негайного завантаження.

При використанні однокомпонентних кортико-базальних імплантатів, призначених для негайного навантаження, кісткова аугментація для підтримки та збільшення кісткової тканини та передачі навантаження має мало сенсу. У кожному окремому випадку слід перевіряти, чи є найкращим варіантом лікування трансплантація м'яких тканин для поліпшення об'єму та естетики. Для успіху операції при встановленні імплантатів у, раніше аугментовані кісткові ділянки, є дуже важливим, чи була фактично (повністю) резорбована раніше збільшена кістка.

2.) Результати та система імплантатів контролюють індивідуальне планування терапії

При плануванні виготовлення ортопедичної конструкції та встановлення імплантатів необхідно враховувати діагностичну ситуацію пацієнта, зокрема стратегічні варіанти розташування імплантів, цілі протезування та міцність існуючих кісткових структур. З іншого боку, при плануванні індивідуальної терапії імплантолог керуватиметься конкретними перевагами типу імплантату, обраного ним для цього пацієнта. Планування лікування на основі узагальнених вказівок щодо кількості імплантатів залежно від класу лікування, яке має однаково застосовуватися до всіх систем імплантатів, говорить проти планування лікування, яке ґрунтується на результатах дослідження.

Індивідуальний план лікування, обґрунтування планування та прохання пацієнта про негайне відновлення протезування дають лікарю достатній захист для використання варіанту негайного навантаження, якщо у виняткових випадках не існує хоча б одного з наступних протипоказань:

- недостатня кількість або якість кістки щодо всіх традиційних типів імплантатів, наявних на ринку
- відсутність або лише неадекватні варіанти фіксації або стабілізації (наприклад, вторинні гвинтові з'єднання), особливо в області переднього зуба та у випадку поодиноких щілин зубів
- обставини, що стосуються історії хвороби, та погане дотримання пацієнтом правил
- обмеження діапазону показань відповідно до інструкцій виробника щодо відповідної системи імплантатів..

В рамках індивідуальної оцінки ризику, пацієнта слід поінформувати про те, що негайне навантаження розроблено та науково доведено на основі беззубої щелепи та що індивідуальні ризики повинні бути зважені, і на них потрібно звертати увагу. При відновленні окремих зубів та частково беззубих щелеп слід зазначити, що замість протезування на імплантатах звичайний міст все ще можна розглядати як варіант фіксованої реставрації за умови наявності достатньої кількості придатних для використання опорⁱⁱⁱ.

У разі протезів з високою потребою в санації, особливо якщо подальше збереження зубів технічно складне і дороге, або якщо залишилися здорові зуби перешкождали б негайному навантаженню, тепер доцільно зазначити, що відновлення за допомогою кортико-базальних імплантатів - це набагато швидше та економічніше, якщо одночасно проводиться масштабна реставрація, ніж збереження зубів. Цю пораду також повинні дати ті стоматологи, які самі не володіють тими чи іншими методами сучасної імплантології.

3.) Розкриття інших механізмів управління

Якщо імплантолог виступає проти негайного навантаження в принципі або у випадку з пацієнтом, він може повідомити пацієнта, що пов'язані з цим питання раніше обговорювалися суперечливо, тоді як сьогодні використання імплантатів з великим діаметром розглядаються більш критично.

Якщо він обмежився у доступному діапазоні терапії через своє рішення на користь певної системи імплантатів або певних доімплантологічних заходів, незалежно від висновків та побажань пацієнта, він повинен повідомити про це пацієнту. Якщо імплантолог планує використовувати системи імплантатів, в яких самі імпланти йдуть з великим діаметром, є багатокomпонентними та з шорохуватою поверхнею, недоліки цього плану терапії повинні бути чітко розкриті.

Якщо імплантолог знає, що окремі приватні медичні страхові компанії відмовляються від свого зобов'язання надавати пільги для негайно навантажених конструкцій на імплантатах у певних діагностичних ситуаціях з аргументом того, що тривалі дослідження відсутні, вони повинні вказати на це пацієнту. Такі відмови у виконанні в будь-якому випадку неприпустимі стосовно тих систем імплантатів,

для яких виробник прямо повідомляє про можливість використання для негайним навантаженням^{iv}.

Розміщення на ринку імплантаційних систем та визначення області застосування залежить не від подання таких довгострокових досліджень, а виключно від випробувань, ініційованих виробником та компетентним органом^v.

- i** За медичною необхідністю у значенні розділу 1 (2) GOZ, LG Tübingen, постанова. 05/11/2005, 3 O 267/03; щодо медичної необхідності у значенні розділу 1 (2) MB / KK медичного страхування, LG Cologne, постанова v. 07.02.2007 р. 23 O 458/04).
- ii** Все ще без диференціації за системами імплантатів: консенсусний документ BDIZ від 26.02.2006 „Негайне відновлення та негайне навантаження на імплантати»
- iii** Вищий регіональний суд Бранденбурга, ухвала проти 29 травня 2008 р., 12 U 241/07
- iv** За медичною необхідністю у значенні розділу 1 (2) GOZ, LG Tübingen, постанова. 05/11/2005, 3 O 267/03; щодо медичної необхідності у значенні розділу 1 (2) MB / KK медичного страхування, LG Cologne, постанова v. 07.02.2007 р. 23 O 458/04).
- v** Розділ 6 (1) Закону про медичні вироби, з останніми змінами, внесеними згідно із законом від 14.06.07 р. (Вісник Федерального закону I, стор. 1066); EU-RL 93/42/ЕЕС (АВІ.ЕС No. L 169/1 від 12.07.1993)