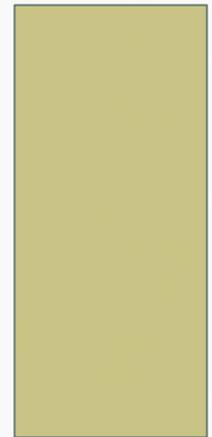


ОСЛОЖНЕНИЯ НА ЭТАПЕ УСТАНОВКИ
ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

ВЫПОЛНИЛА ШАДАНОВА АНЯ 507 СТОМ



ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИМПЛАНТАЦИИ И
ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ПРОТЕЗОВ С ОПОРОЙ НА
ИМПЛАНТЫ ДЕЛЯТ НА 3 ГРУППЫ:

- **ОСЛОЖНЕНИЯ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**
- ОСЛОЖНЕНИЯ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЭТАПЕ
- ДИАГНОСТИКО-КОНСТРУКТОРСКИЕ

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДЕЛЯТ НА:

ОСЛОЖНЕНИЯ А\ВО ВРЕМЯ ИМПЛАНТАЦИИ
ПОСТОПЕРАЦИОННЫЕ

ИМПЛАНТАЦИЯ ЗУБОВ СЕГОДНЯ ПРЕДЛАГАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ КАЖДОЙ СЕРЬЕЗНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКОЙ. КОЛИЧЕСТВО ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГОД В НАШЕЙ СТРАНЕ ИСЧИСЛЯЕТСЯ ДЕСЯТКАМИ ТЫСЯЧ. НО НЕ ВСЕГДА ВСЕ ПРОХОДИТ ГЛАДКО. РАССМОТРИМ ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ .

К осложнениям во время имплантации относятся:

- перелом бора или направляющего сверла;
- пенетрация дна верхнечелюстной пазухи и полости носа;
- пенетрация боковых или нижнего компактных слоев нижней челюсти;
- повреждение стенки нижнечелюстного канала и травма нижнелуночкового нерва;
- перелом стенки альвеолярного отростка;
- отсутствие первичной фиксации имплантата.

Причиной переломов инструментов может быть чрезмерный нажим на фиссурный бор во время продольного сверления ложа имплантата или неправильные температурные режимы стерилизации, а также выработанный ресурс имплантата (30 циклов стерилизации)

ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ УСТАНОВКЕ ПЛАСТИНЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЛИ ПРИ РАБОТЕ НА ОЧЕНЬ ПЛОТНОЙ КОСТИ ОСОБЕННО В ОБЛАСТИ СИМФИЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ОТЛОМОК ОБЯЗАТЕЛЬНО ИЗВЛЕКАЕМ. Т.К НЕИЗБЕЖНО ВОЗНИКАЮТ КОРРОЗИЯ, МЕТАЛЛОЗ, СВИЩИ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И Т.Д



Перфорации в верхнечелюстной синус .Правильнее говорить «нарушение целостности Шнайдеровой мембраны». Причины:неравномерная толщина самой мембраны,ее неоднородное прикрепление к стенкам синуса и наличие полипозных разрастаний . также можем повредить при формировании костного ложа ,при быстром введении самого имплантата. При обширной пер-ции имп-т удаляем и герметично ушиваем рану.

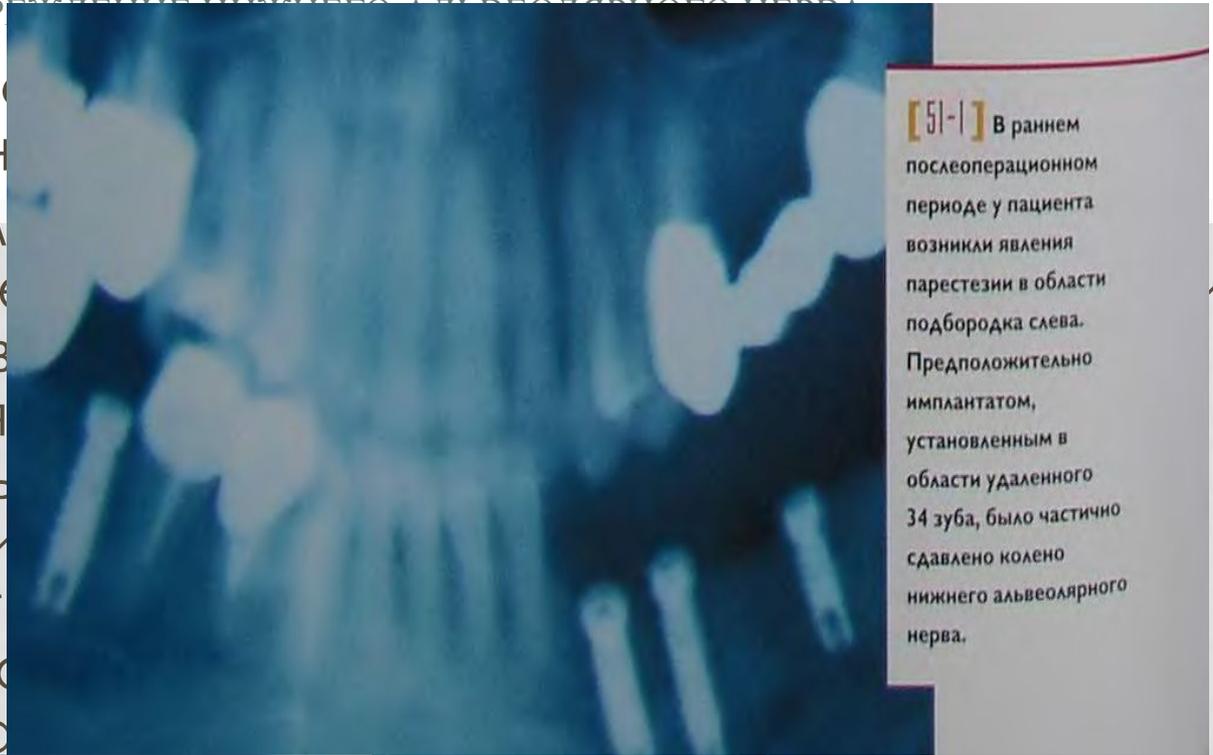
Если разрыв небольшой а кости достаточно для сохранения первичной стабильности костного дефекта вокруг винта закрываем материалом и ушиваем лоскут над ним Поверх солкосериловой мазью первичную герметичность в нос,зажав нозду герметичности – из зо



56-5 Рана герметично ушита и покрыта мазью «Солкосерин-Дента»

ПОВР

Причины :недо
препарирован
Основной сим
иннервации ме
имплантации в
ориентируется
отверстие,забы
проходит меди
ментальное от
его не видно но
близко к менто



[51-1] В раннем
послеоперационном
периоде у пациента
возникли явления
парестезии в области
подбородка слева.
Предположительно
имплантатом,
установленным в
области удаленного
34 зуба, было частично
сдавлено колена
нижнего альвеолярного
нерва.

1



вления парестезии.а на
ждения не прослеживается.
о время операции- либо
ат меньшей длины или не
ие

Для активного лечения возникших парестезий:

1. Bryasoneel 1 таб 3 раза под язык
2. Traumel так же
3. Aconitum – Homaccord 10 капель 3 раза день
4. Витамины преим В1
5. Лечебный лицевой массаж

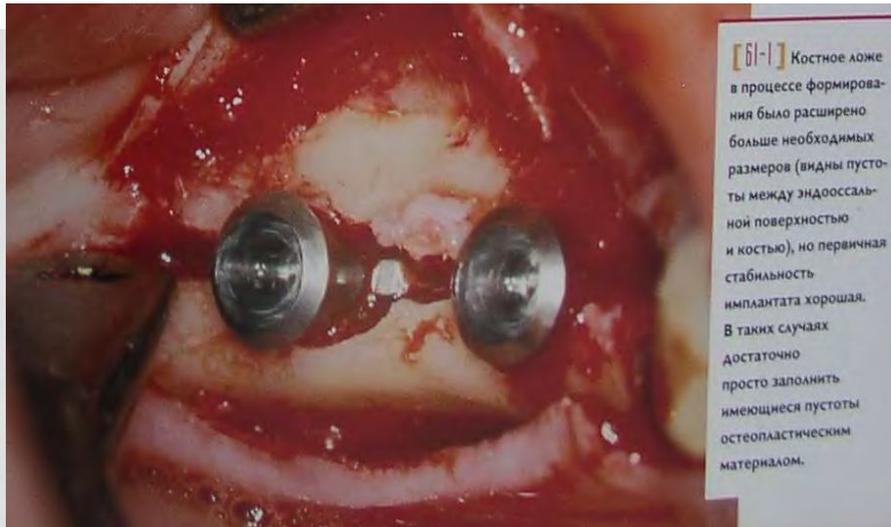
Причиной повреждения стенки нижнечелюстного канала и травмы нижнелуночкового нерва являются небрежное препарирование костного ложа и неправильное определение размеров имплантата из-за непредвиденного искажения вертикального размера нижней челюсти на ортопантомограмме. Если вскрытие стенки канала привело к образованию внутриканальной гематомы и сдавлению нерва, то чувствительность в зоне иннервации нерва восстанавливается в течение 2–3 недель. При остеопорозе нижней челюсти стенка нижнечелюстного канала может иметь дефекты или вообще отсутствовать, поэтому сдавление нижнелуночкового нерва может объясняться кровоизлиянием в костномозговых пространствах и отеком стромы костного мозга. Парестезия или частичная потеря чувствительности нижней губы возникающая на следующий день после операции постепенно исчезает через 5–7 дней. Если вследствие повреждения стенки нижнечелюстного канала и самого нижнелуночкового нерва наблюдается стойкое нарушение чувствительности нижней губы в течение 1–2 недель, показано удаление имплантата и соответствующее симптоматическое лечение.

ОТЛОМЫ КОСТНЫХ СТЕНОК

Возникают при несоблюдении величины костного натяжения, несоответствии оси введения имплантата а также из за высокой минерализации кости

Что делать: сгладить острые края, если на сколовшемся фрагменте много губчатого вещества то такой осколок можно зафиксировать костными микровинтами. если такая фиксация невозможна фрагмент измельчается гомогенизируется смешивается с небольшим количеством губчатой аутокости или тромбоцитарно обогащенной плазмы (собст крови пациента)-делается это для ускорения регенерации и созревания костной ткани

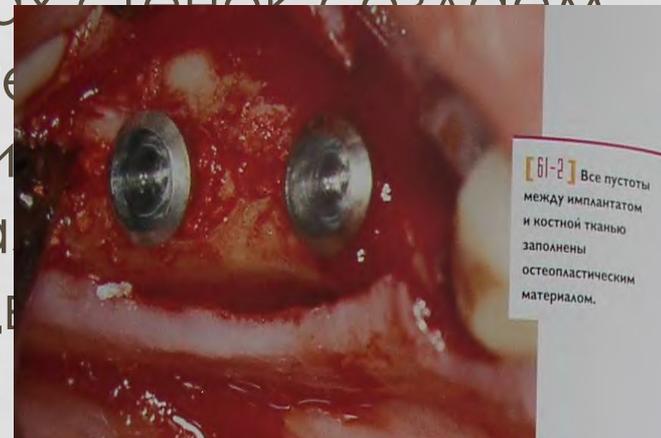
ОТСУТСТВИЕ ПЕРВИЧНОЙ ФИКСАЦИИ ИЛИ РАСШИРЕНИЕ КОСТНОГО ЛОЖА БОЛЬШЕ НЕОБХОДИМОГО

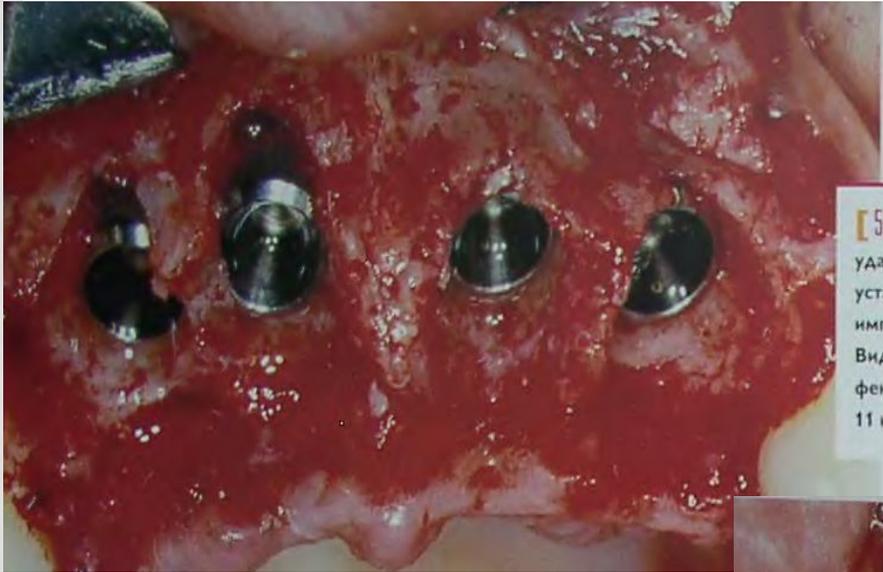


к-сильные боковые

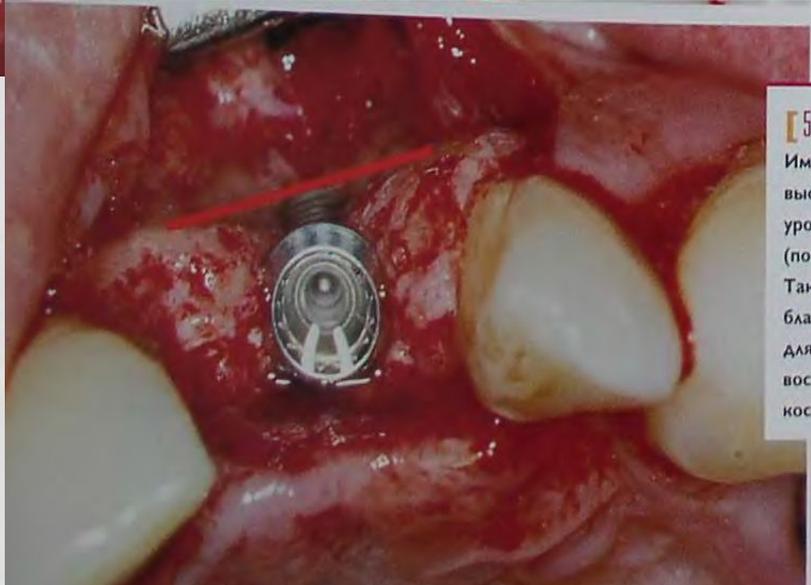
при введении боров и

действуем как и при отломе первичную стабильность путем остеопластического материала стружки, тромбоцитарной плашшиваем. И переходим на д имплантацию.





[56-2] Сразу по
удаления зубов в д
установлены четыр
имплантата КОИМ
Видны зоны
фенестрации в обл
11 и 12 зубов.



[57-2]
Имплантат не
выступает над об
уровнем кости
(показано линией)
Такая ситуация
благоприятна
для последующего
восстановления
костной ткани.