

Негайна імплантація –

оптимальне рішення в будь-яких клінічних ситуаціях

Однією з актуальних проблем дентальної імплантології є тривалий термін лікування. Фактично при методиці відстроченої імплантації весь курс лікування (від видалення зуба до протезування) навіть у найсприятливіших умовах займає не менше чотирьох місяців, а частіше – більше. Не кожен пацієнт готовий так довго чекати. Крім того, відразу після видалення зуба в ділянці лунки починають розвиватися атрофічні процеси, зменшується об'єм кісткової тканини і, що особливо помітно в естетично значущій зоні, змінюється структура і об'єм прикріплених ясен.

Чекаючи загоєння лунки, ми втрачаємо ті ідеальні умови для імплантації, які потім доводиться відтворювати за допомогою остео- чи мукопластики.

Усе це робить негайну імплантацію (тобто установку імплантату в лунку щойно видаленого зуба) дуже бажаною для вирішення цих проблем. На жаль, деякими хірургами-імплантологами вона досі сприймається скептично – у першу чергу, через ризик ускладнень. Також існує думка, що негайна імплантація має масу протипоказань, що робить її неможливою в більшості випадків.

У цій статті на прикладі окремих клінічних ситуацій я хотів би поділитися власним досвідом і наочно показати, що негайна імплантація можлива в більшості клінічних випадків, а можливості застосування цього методу набагато ширші, ніж гадають більшість імплантологів. Також я хотів би поділитися деякими практичними нюансами, що роблять подібне лікування максимально передбачуваним і результативним.

Відбір пацієнтів

При відборі пацієнтів для лікування методом негайної імплантації ми керуємося тими ж критеріями, що і при класичній відстроченій імплантації. При цьому на перше місце виходять місцеві критерії відбору, а саме:

1. відсутність гострого запального процесу в зоні передбачуваної імплантації;

2. достатній об'єм кісткової тканини і слизової оболонки (останнє найбільш важливе) в ділянці зуба, що видаляється.

Обов'язкова консультація стоматолога-ортопеда і в деяких випадках ортодонта.

Обов'язкова комп'ютерна томографія, діагностичні моделі. У деяких випадках потрібне виготовлення хірургічного шаблону.

Особливості вибору імплантатів для негайної імплантації
Зараз деякі виробники (Nobel Biocare, AlphaBio, Biohorizont та ін.) випускають окремі лінійки імплантатів, призначених для установки в лунку щойно видаленого зуба. Як правило, вони відрізняються великим агресивним різьбленням, призначення якого – забезпечити якісну стабілізацію імплантату в умовах постекстракційного дефекту. Проте, як показала моя власна практика, імплантати з агресивним різьбленням поведуться менш передбачувано.

На мій погляд, це пов'язано з двома нюансами. По-перше, великі виражені витки чинять сильний тиск на кісткову тканину, що оточує імплантат, порушуючи таку необхідну для нормального загоєння мікроциркуляцію; а по-друге, нещільний контакт поверхні імплантату із стінкою лунки утрудняє остеointegraцію і сприяє інфікуванню поверхні імплантату. Іншими словами, найбільш оптимальними з погляду прогнозу є гвинтові імплантати з дрібним неагресивним різьбленням: з одного боку, завдяки площі контакту забезпечується якісна стабілізація імплантату, а з другого, через щільне прилягання зникають умови для інфікування поверхні імплантату.

Передопераційна підготовка і планування

У цілому передопераційна підготовка не відрізняється від такої при відстроченій імплантації. Попри те, що наявність лунки і видаленого кореня зуба полегшує нам підбір імплантату за розміром і його позиціонування, у деяких випадках потрібне виготовлення хірургічних шаблонів. Особливо це стосується ситуацій, коли з якоїсь причини сталося переміщення зубів, що мають видалятися (наприклад, через відсутність сусідніх зубів). Комп'ютерна томографія при негайній операції обов'язкова, оскільки вона дозволяє оцінити стан кісткової тканини

навколо лунки зуба, точно визначити локалізацію оточення операційної ділянки анатомічних структур, виміряти параметри лунки зуба і заздалегідь прийняти рішення про можливість негайної імплантації.

Призначення антибактеріальної профілактики зменшить кількість антибіотиків, що приймаються, і знизить ризик інфекційно-запальних ускладнень у післяопераційному періоді. При цьому важливо знати, що рішення про установку імплантату багато в чому залежить від якості і мінімального травматизму операції видалення зуба, тому вона приймається лікарем лише після того, як зуб повністю витягнутий з лунки. Пацієнт попереджається про це в обов'язковому порядку. У 2012 році в двох випадках з 183 ми не змогли закінчити операцію негайної імплантації унаслідок втрати кісткової тканини під час видалення, тому обмежилися тільки видаленням зуба. Надалі пацієнтам була проведена відстрочена установка імплантатів. У деяких випадках доцільне призначення антибактеріальної профілактики. Це зменшить кількість антибіотиків, що приймаються, і знизить ризик інфекційно-запальних ускладнень у післяопераційному періоді.

Лабораторні аналізи призначаються тільки за показаннями і, як правило, пов'язані з необхідністю консультації лікарів відповідної спеціальності (кардіолога, ендокринолога, алерголога і т. ін.). Немає сенсу призначати лабораторні дослідження усім підряд, оскільки на результат імплантологічного лікування помітну дію чинить тільки виражена загальносоматична патологія, яка в будь-якому випадку вимагає уваги як лікарів, так і самого пацієнта.

Позиціонування і вибір імплантатів за розміром

Однією з переваг негайної імплантації є практично повна відсутність атрофічних змін у ділянці операції, а також наявність лунки видаленого зуба, що істотно полегшує позиціонування і підбір імплантатів за розміром. Довжина і діаметр імплантату повинні максимально відповідати довжині і розміру зуба, що видаляється.

Найбільш важливим є діаметр ортопедичної платформи, саме від її розміру залежить якість протезування і зручність подальшої експлуатації ортопедичної конструкції. Нижче на прик-

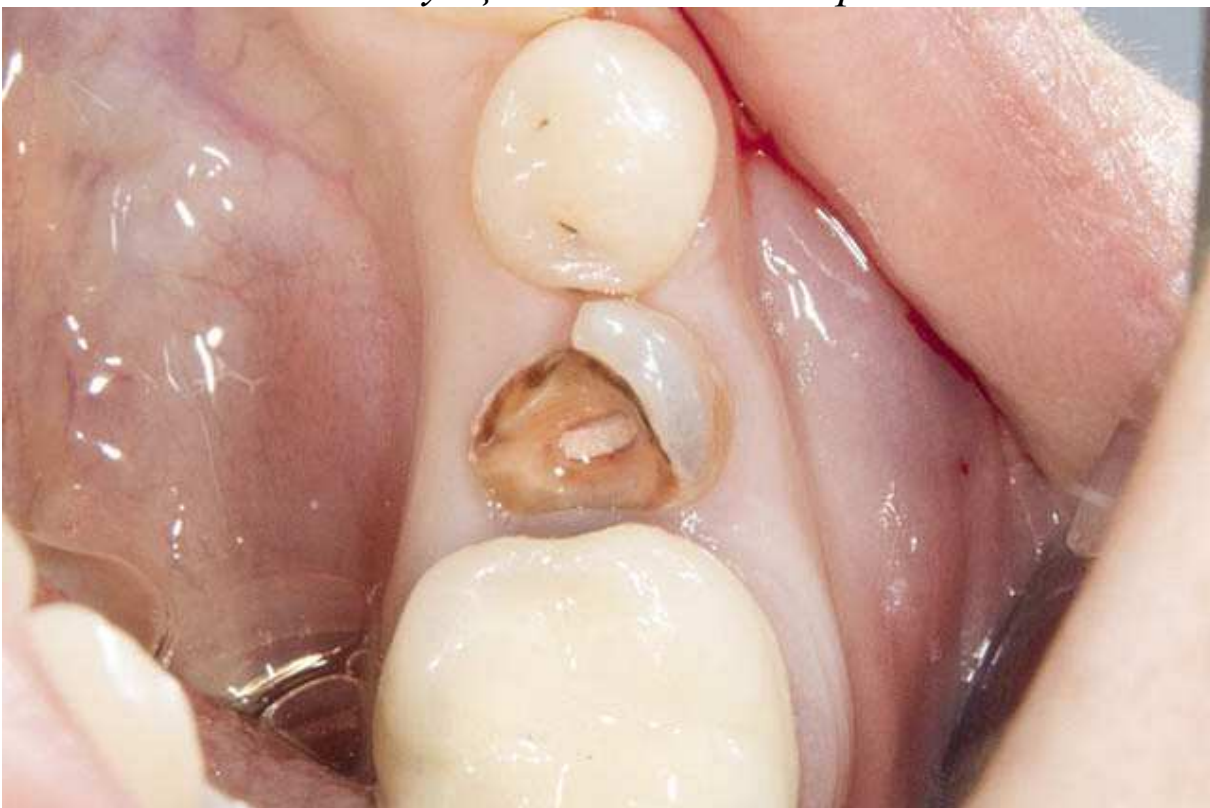
ладах своїх пацієнтів я постараюся показати особливості проведення операції негайної імплантації в різних клінічних випадках.

Клінічний випадок № 1

Однокореневий зуб, хронічний періодонтит, неможливість ендодонтичного перелікування і ортопедичної реставрації через сильне пошкодження коронкової частини (мал. 1, 2).

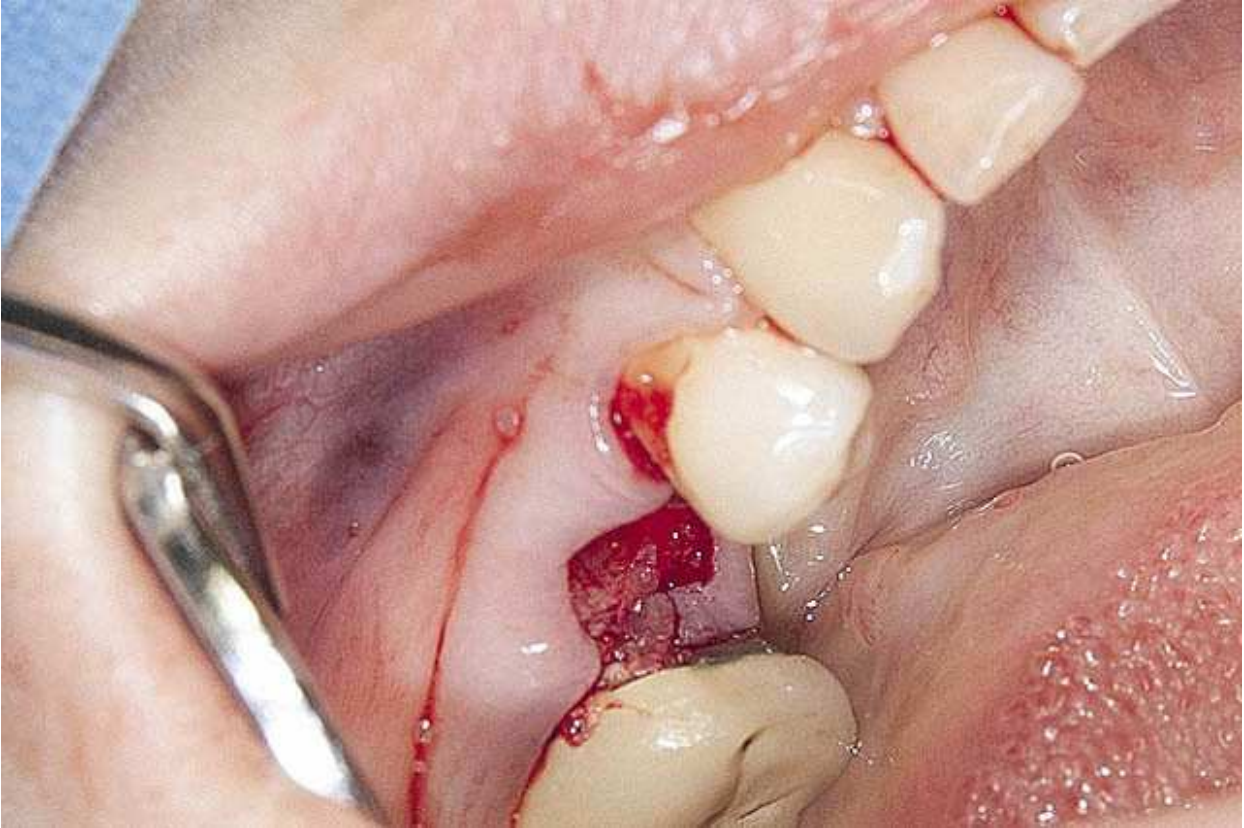


Мал. 1. Клінічна ситуація на момент звернення

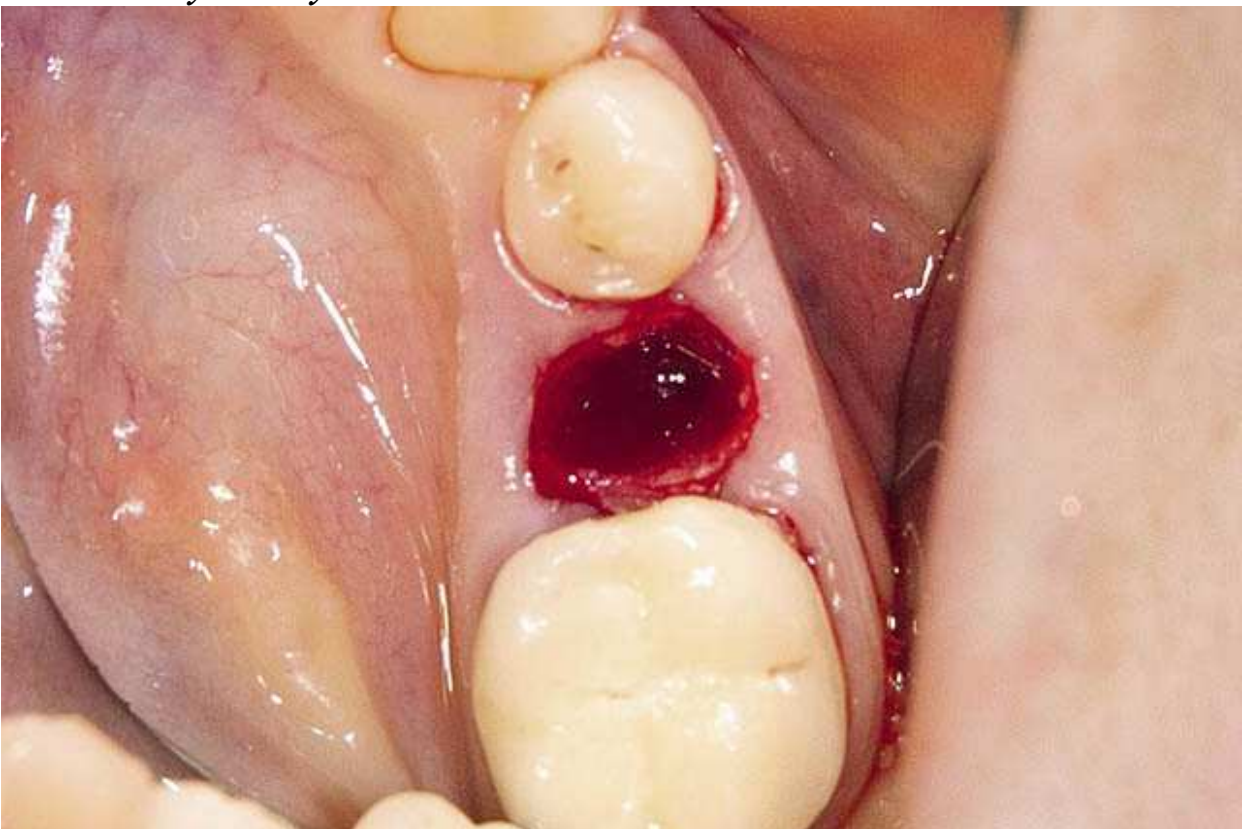


Мал. 2. Клінічна ситуація на момент звернення

Розріз проводиться по зубоясенній борозні. Зуб видаляється за допомогою елеватора і дзьобовидних щипців. Останні використовуються тільки для витягання кореня з лунки, оскільки при люксації зуба за допомогою щипців можна пошкодити зовнішню стінку лунки, що серйозно ускладнить наступну установку імплантату (мал. 3, 4).



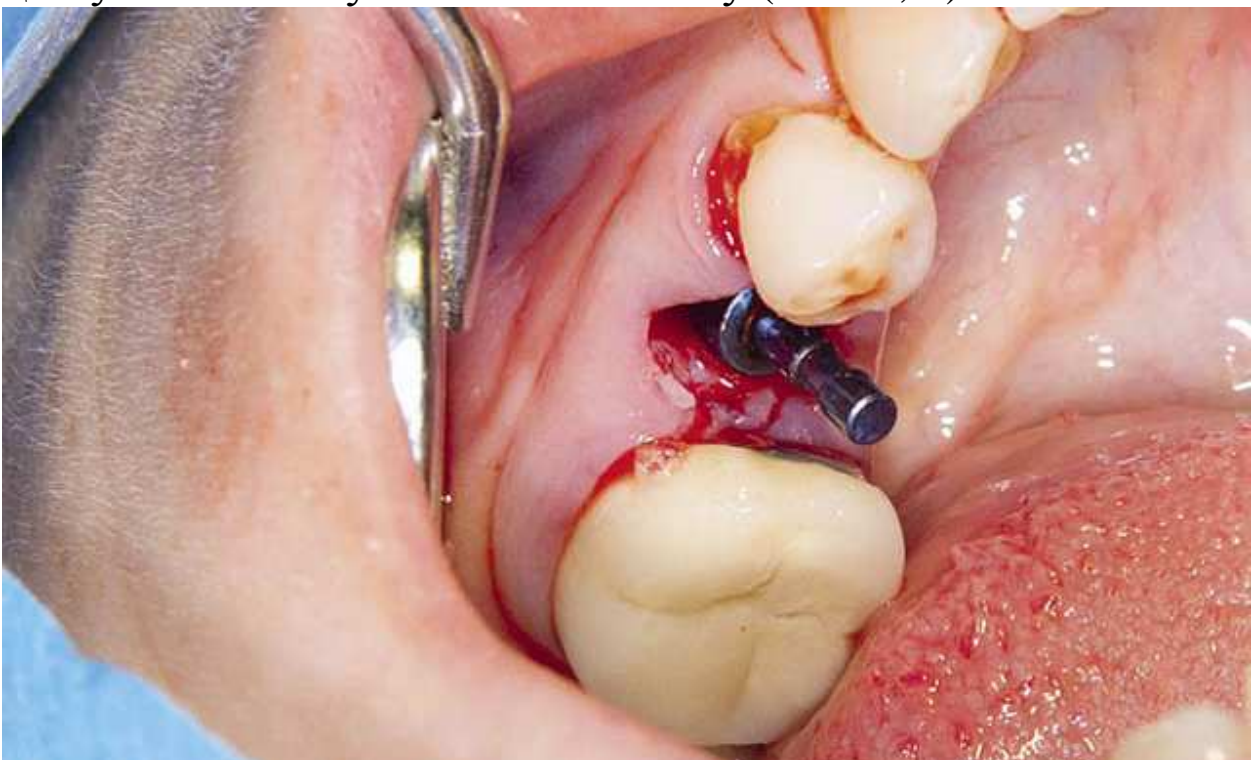
Мал. 3. Лунка зуба після видалення



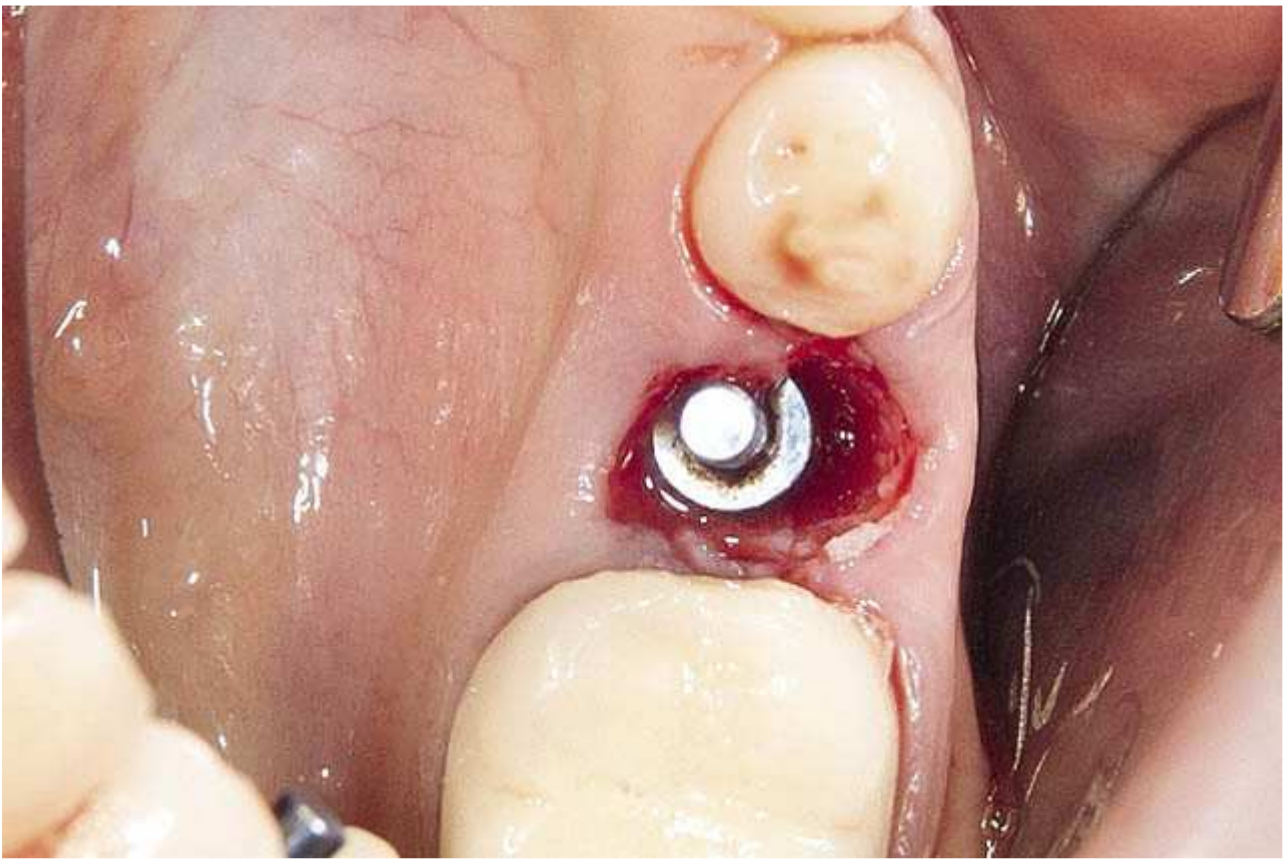
Мал. 4. Лунка зуба після видалення

Думка про необхідність кюретажу лунки після видалення спірна. З одного боку, періодонтальні волокна, що залишилися, допомагають утриматися в лунці кров'яному згустку. З другого, наявність волокон може зашкодити регенерації кісткової тканини і, як наслідок, остеоінтеграції імплантату.

Я стараюся без зайвої необхідності не вдаватися до кюретажу лунки. Бо кісткова тканина, що контактує з імплантатом, у будь-якому випадку обробляється фрезами і усі волокна зрізаються. А в тих місцях, де імплантат не стикається із стінкою лунки, періодонтальні волокна утримують кров'яний згусток, у зв'язку з чим відпадає необхідність заповнення простору між стінкою лунки і імплантатом чимось ще. Саме на цьому етапі приймається рішення про установку імплантату. У випадку якщо є сумніви відносно можливості первинної стабілізації імплантату в існуючому об'ємі кісткової тканини, краще відмовитися від негайної імплантації і розглянути відстрочену методику. Після візуального і інструментального обстеження альвеоли я приступаю до підготовки лунки під імплантат за звичайним хірургічним протоколом. За допомогою аналога імплантату, що входить у хірургічний набір Friadent Xive, можна перевірити правильність підготовки лунки і позиціонування майбутнього імплантату (мал. 5, 6).



Мал. 5. Перевірка позиціонування імплантату за допомогою аналога



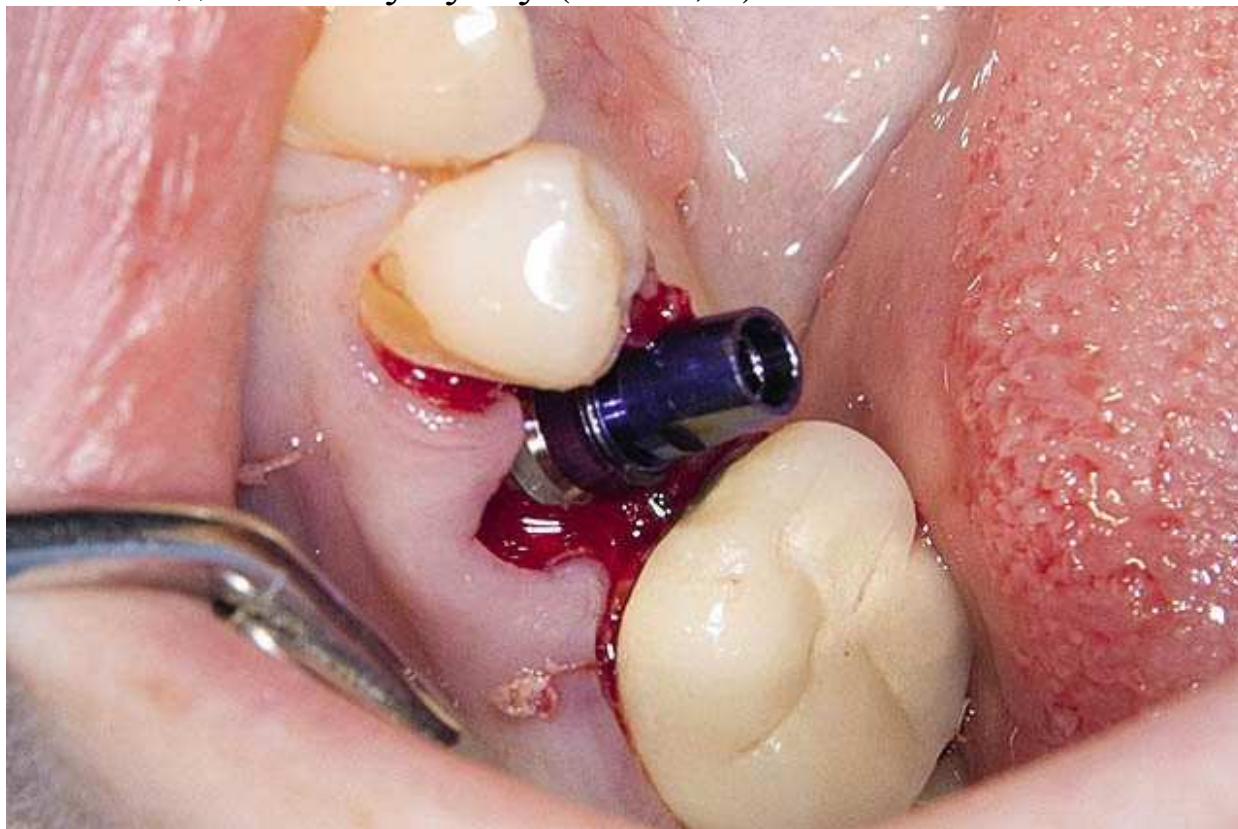
Мал. 6. Перевірка позиціонування імплантату за допомогою аналога

Аналог імплантату повинен міцно утримуватися стінками лунки, не мати зайвої рухливості і не провалюватися (мал. 7).

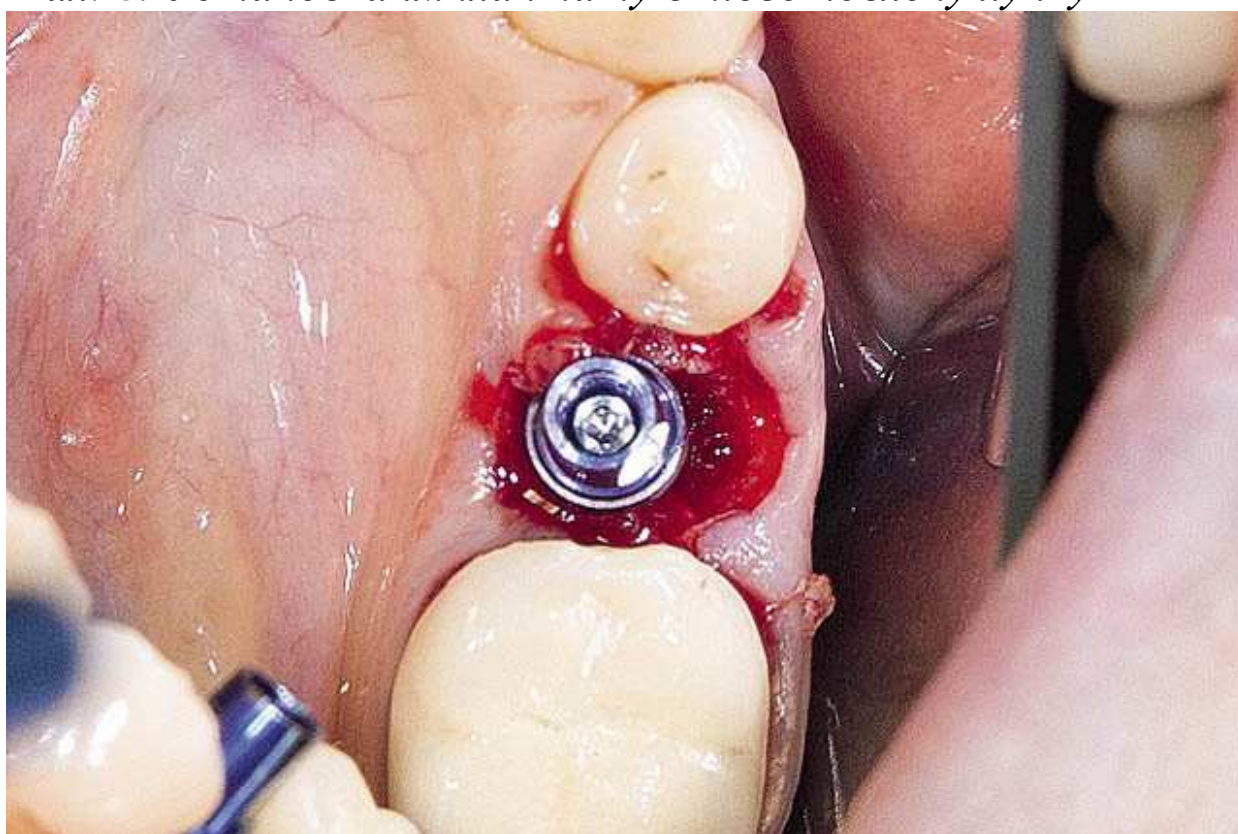


Мал. 7. Співвідношення розмірів імплантату і кореня видаленого зуба

У даному випадку я використовую Friadent Xive діаметром 4,5 мм і завдовжки 13 мм. Як видно на малюнку 7, сам імплантат дещо більше кореня видаленого зуба, але в цілому відповідає йому. Різниця в розмірі дозволяє забезпечити якісну первинну стабілізацію імплантату. Імплантат встановлюється в підготовлену лунку (мал. 8, 9).

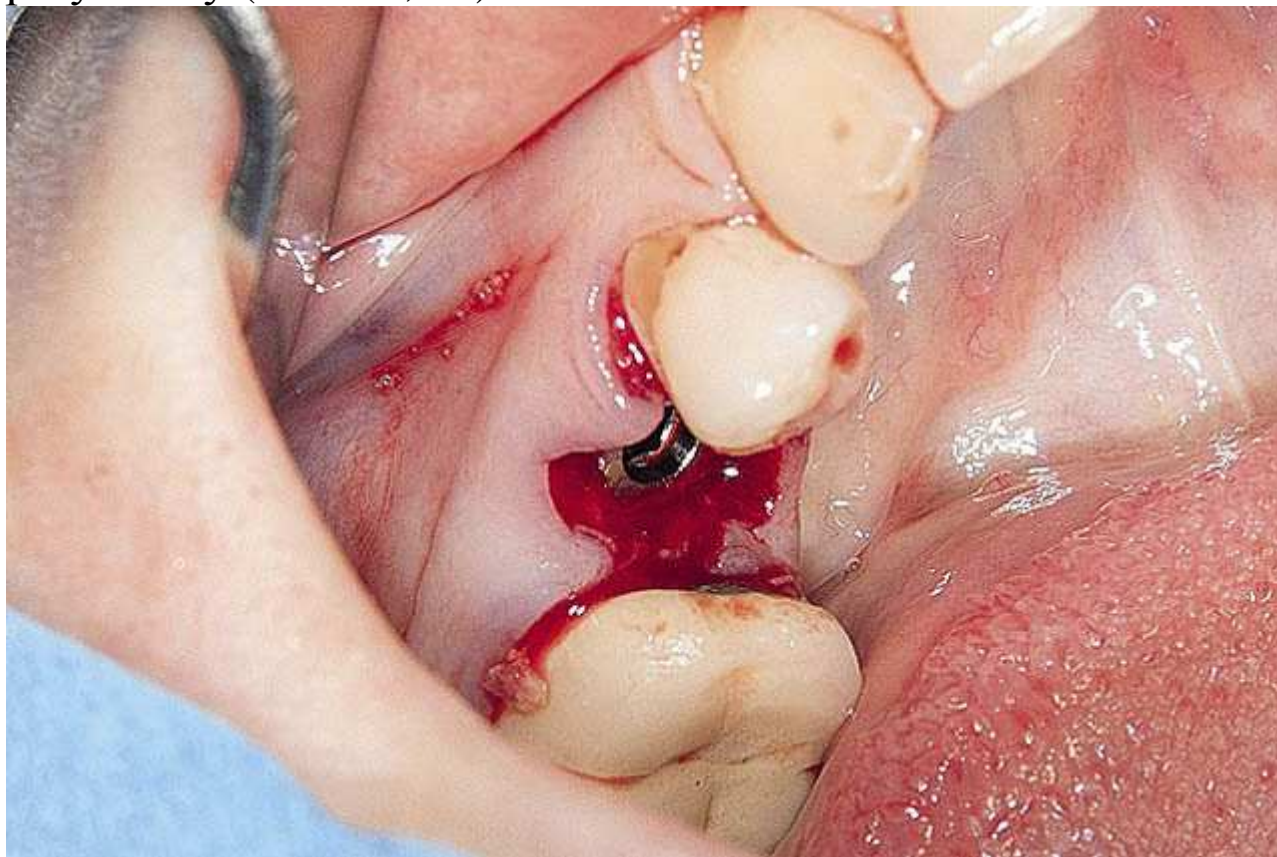


Мал. 8. Установка імплантату в підготовлену лунку

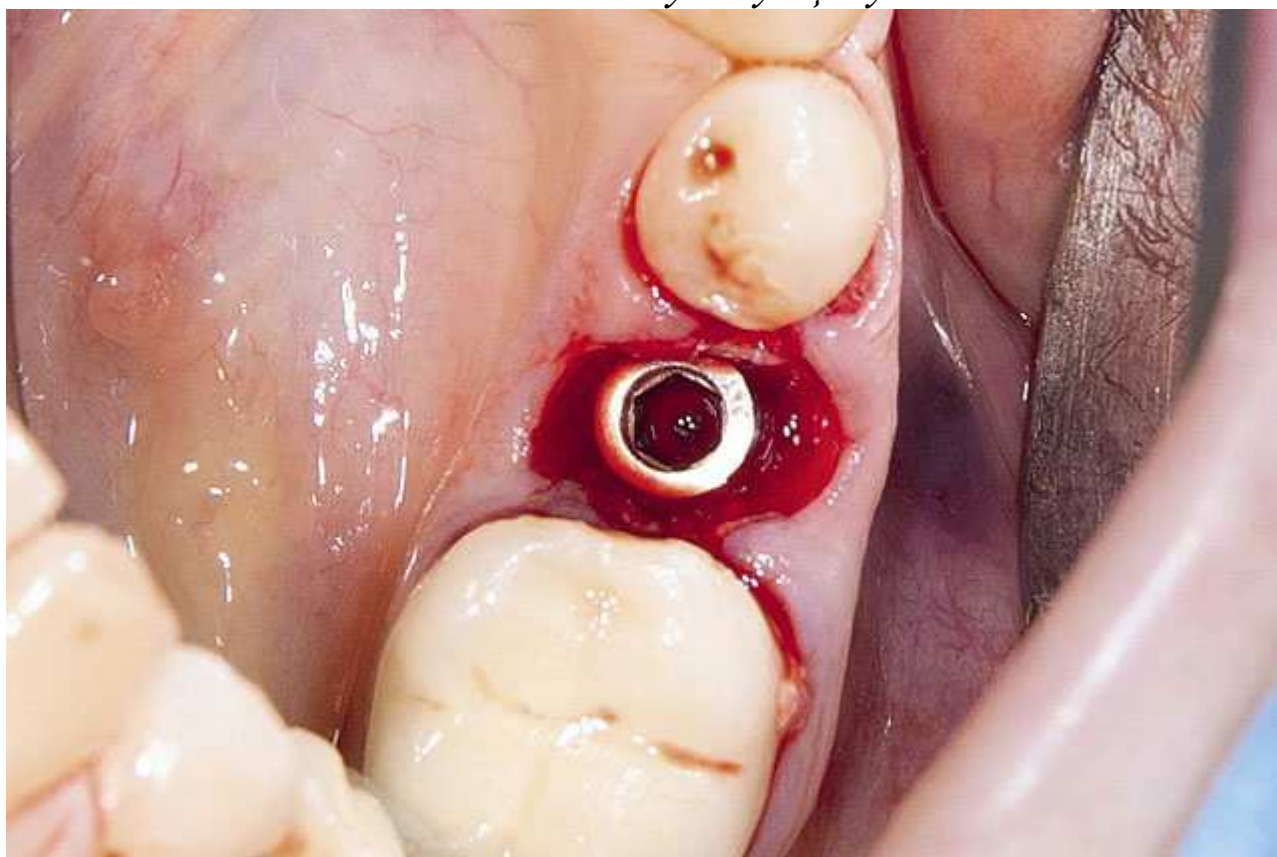


Мал. 9. Установка імплантату в підготовлену лунку

Імплантат позиціонується більше язично і прилягає до внутрішньої стінки альвеоли. Таке положення найоптимальніше з погляду розподілу жувального навантаження та естетичного результату (мал. 10, 11).



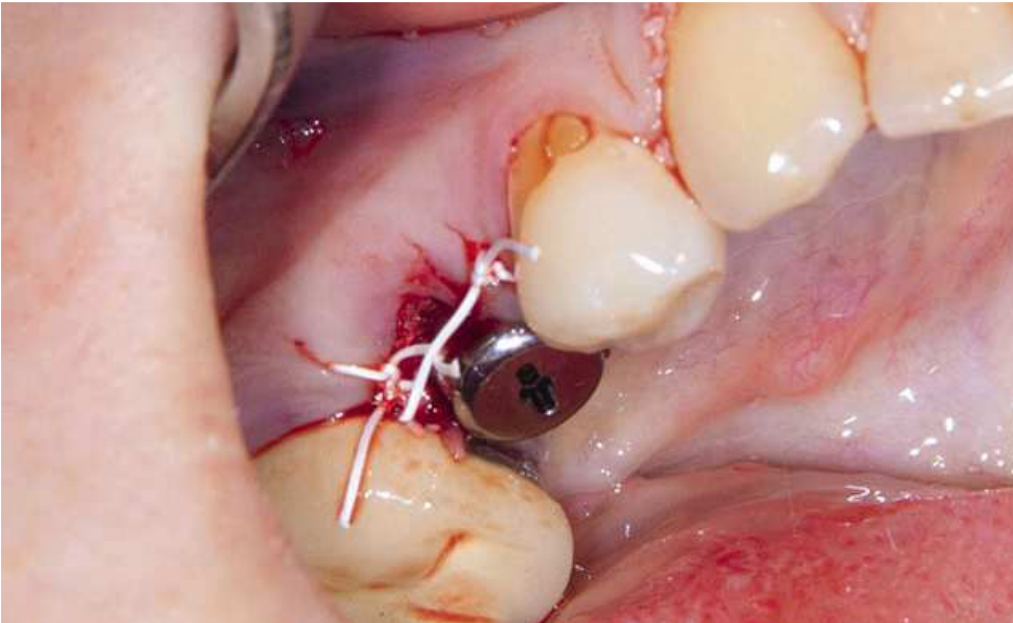
Мал. 10. Положення імплантату в лунці зуба



Мал. 11. Положення імплантату в лунці зуба

Зверніть увагу, що імплантат не занурюється занадто глибоко. Його шийка знаходиться на одному рівні з шийками природних зубів. Надмірне заглиблення імплантату може призвести до втрати кісткової тканини і рецесії ясен у ділянці сусідніх зубів. Питання про необхідність заповнення вільного простору між імплантатом і стінками лунки залишається відкритим. На мій погляд, при збереженні кісткових стінок лунки і неушкодженої слизової оболонки навколо неї можна просто дочекатися заповнення лунки кров'яним згустком.

Він сам по собі є прекрасним субстратом для регенерації кісткової тканини і не заважає остеоінтеграції. На імплантат встановлюється формувач ясен. На слизову оболонку накладаються шви (мал. 12, 13).



Мал. 12. Клінічна картина після операції



Мал. 13. Клінічна картина після операції

Формувач ясен встановлюється тільки на стабільний імплантат. У випадку якщо первинна стабільність імплантату викликає сумніви, найрозумніше закрити його заглушкою, а лунку зуба ушити із застосуванням колагенової матриці (Mucograft Seal, Mucoderm та ін.) або за допомогою вільного слизистотканого аутотрансплантату. Післяопераційний огляд через 2 дні (мал. 14).



Мал. 14. Вигляд післяопераційної рани через 2 дні після втручання

Уваги вимагають стан слизової оболонки в післяопераційній ділянці і формувач ясен. При акуратному натисканні на формувач, больові відчуття мають бути відсутніми, при цьому допустима невелика рухомість. Обов'язково попереджаємо пацієнта про необхідність ретельної гігієни ротової порожнини. Шви знімаються на 10-12-й день. За сприятливого перебігу післяопераційного періоду наступний огляд проводиться безпосередньо перед протетичним етапом (через 6-8 тижнів) (мал. 15-18).



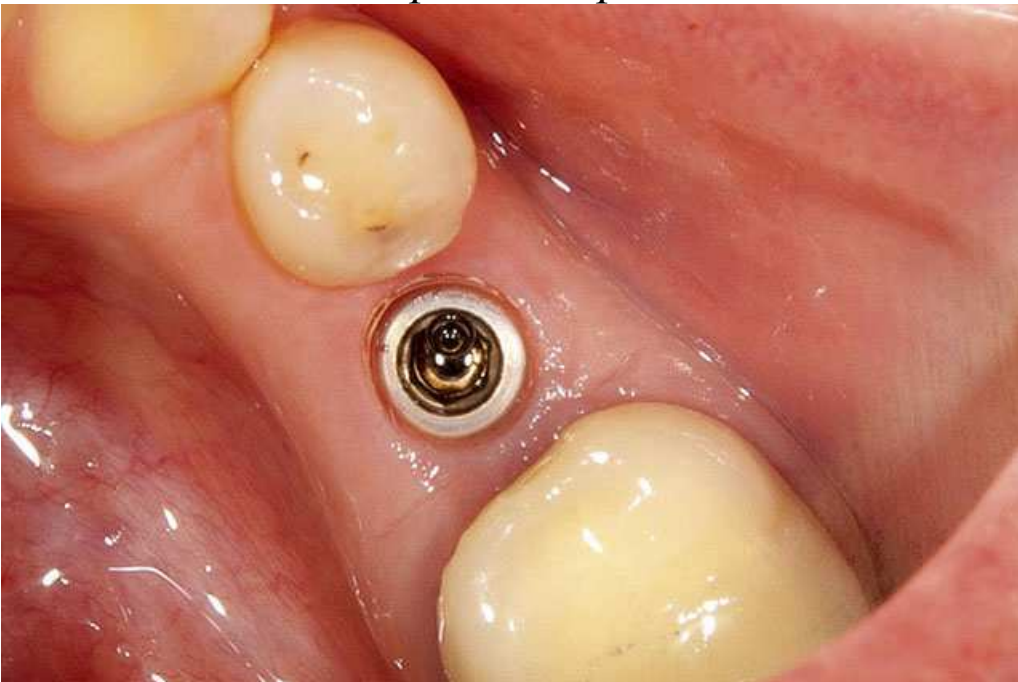
Мал. 15. Клінічна картина через 8 тижнів після операції



Мал. 16. Клінічна картина через 8 тижнів після операції



Мал. 17. Клінічна картина через 8 тижнів після операції



Мал. 18. Клінічна картина через 8 тижнів після операції

Пацієнт прямує до стоматолога-ортопеда для виготовлення тимчасової коронки на імплантат (мал. 19, 20).



Мал. 19.

Тимчасова композитна коронка на імплантаті 15 зуба



Мал. 20.

Тимчасова композитна коронка на імплантаті 15 зуба

У даному клінічному випадку весь термін лікування від моменту видалення до моменту тимчасового протезування склав дещо більше двох місяців. При цьому нам вдалося повністю зберегти усі тканини, що оточують зуб, особливо важливі для естетичного і функціонального результату кератинізовані ясна і міжзубні сосочки. Навряд чи подібний результат був би досяжний при методиці відстроченої імплантації.

Автор: Вадим Мерзоїв, лікар-стоматолог