

**Негайна імплантація – оптимальне рішення в будь-яких клінічних ситуаціях (закінчення)**

### **Клінічний випадок № 2**

Центральний різець, рецидив радикулярної кісти після цистектомії. Незадовільна естетика. Зуб підлягає видаленню за ортопедичними і терапевтичними показаннями (мал. 21).



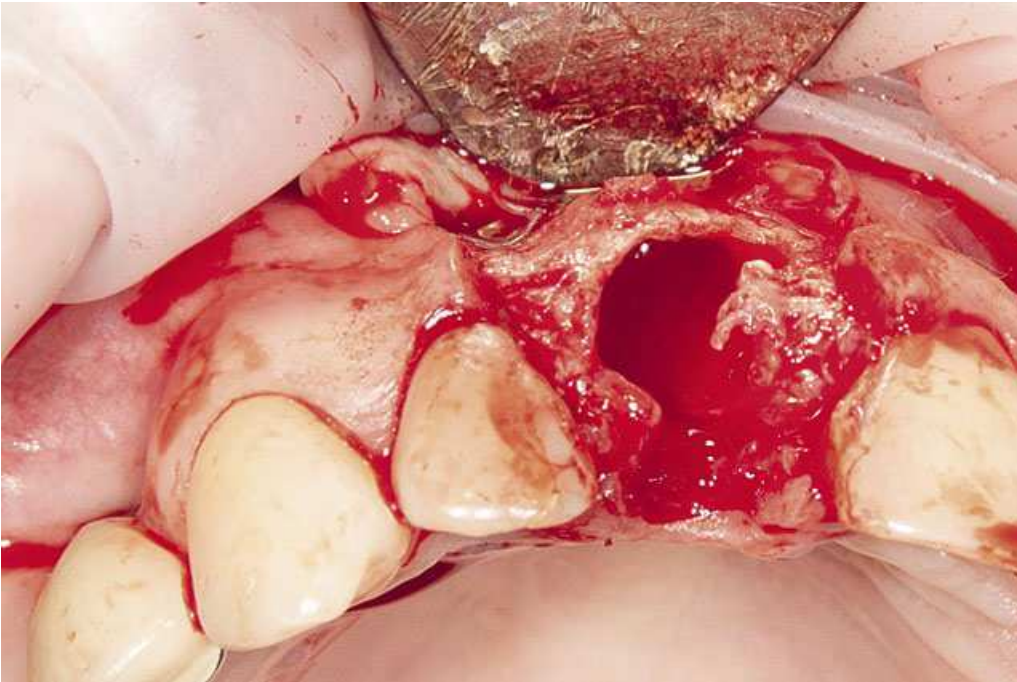
*Мал. 21. Клінічна картина до операції*

Особливого значення методика негайної імплантації набуває при протезуванні зубів в естетично значущій зоні. Природний зовнішній вигляд протетичної конструкції багато в чому залежить від збереження об'ємів м'яких тканин і кістки, що оточують імплантат. Важливі і терміни лікування – мало хто з пацієнтів погодиться залишатися без центральних зубів тривалий час. Як і в клінічному випадку № 1, робиться розріз (саме розріз, а не відшарування) по зубоясенній борозні плюс додаткові вертикальні послаблювальні розрізи, після чого відшаровується періост до нормально осяжного операційного поля (мал. 22).



*Мал. 22. Дефект вестибулярної стінки альвеоли*

І відразу виявляється одна з проблем – значна втрата висоти вестибулярної стінки лунки, пов'язана з тривалим хронічним запаленням. Зуб видаляється за допомогою щипців, після чого через лунку вилущується коренева кіста і грануляція (мал. 23, 24).



*Мал. 23. Альвеола після видалення зуба*



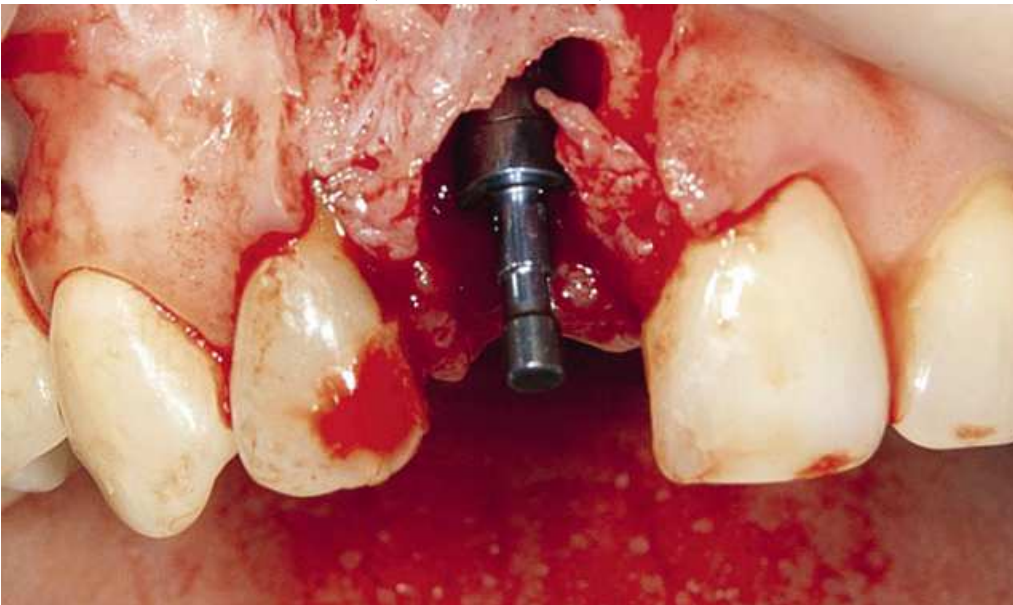
*Мал. 24. Корінь зуба і коренева кіста після видалення*

Лунка зуба готується під імплантат за стандартним хірургічним протоколом аналогічно клінічному випадку № 1. Якість підготовки лунки і позиціонування перевіряються за допомогою аналога імплантату. У даному випадку імплантат позиціонується піднебінно, щільно притиснутий до внутрішньої стінки альвеоли (мал. 25).

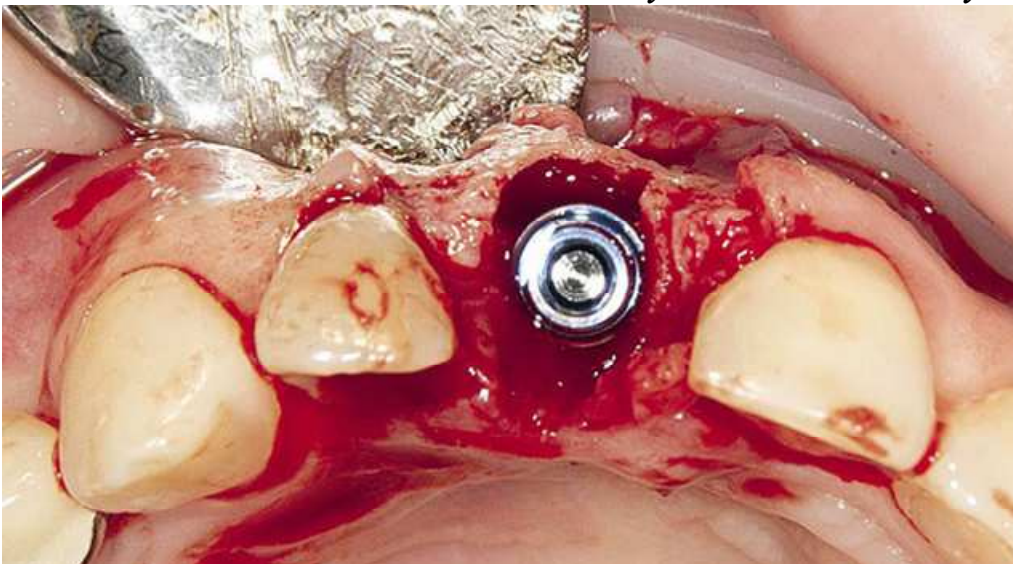


*Мал. 25. Перевірка позиціонування імплантату за допомогою аналога*

Встановлюється імплантат Friadent Xive діаметром 4,5 і завдовжки 13 мм (мал. 26, 27).

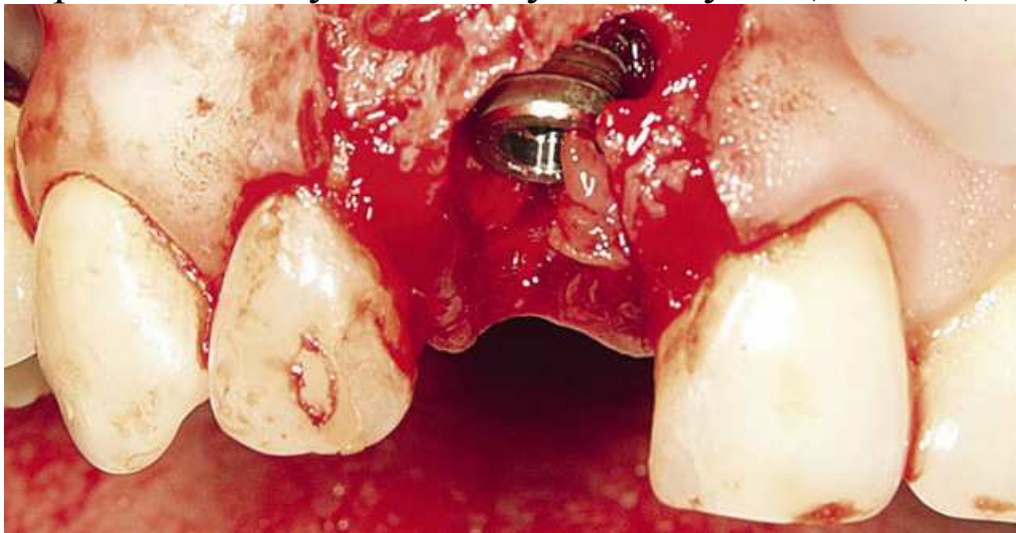


*Мал. 26. Установка імплантату в підготовлену лунку зуба*



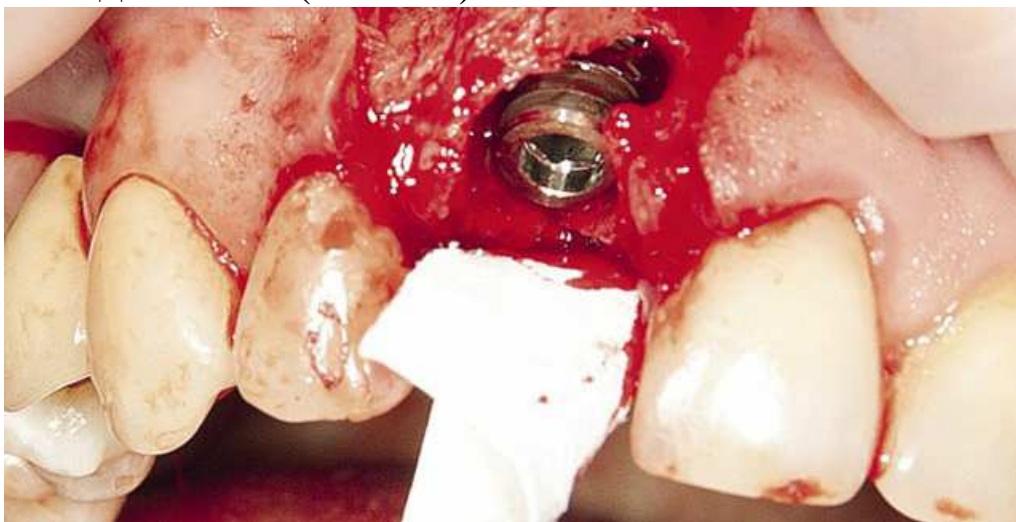
*Мал. 27. Установка імплантату в підготовлену лунку зуба*

У цій ситуації важливо уникати надмірного занурення імплантату, в ідеалі його шийка повинна розташовуватися на рівні краю піднебінної стінки лунки або на 1-1,5 мм нижче. У разі надмірно сильного занурення ми ризикуємо не лише погіршити естетичний результат, але і отримати ускладнення у вигляді рецесії ясен у ділянці сусідніх зубів (мал. 28).



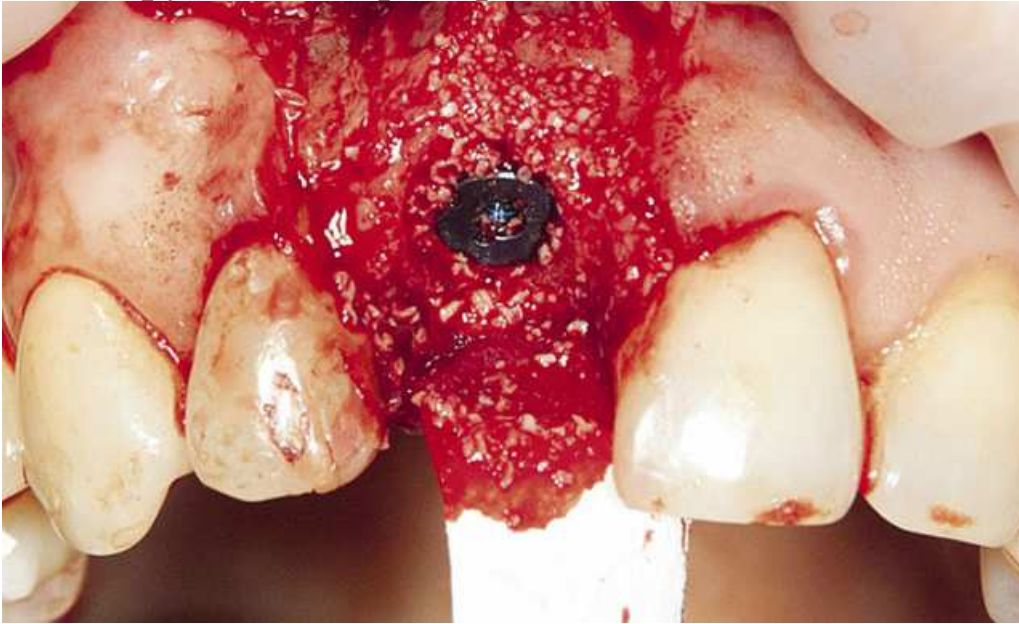
*Мал. 28. Зайве занурення імплантату в лунку може привести до ускладнень у вигляді рецесії ясен*

Видаляється імплантотримач. У нас залишається лише проблема, яка вже згадувалася раніше, – втрата висоти вестибулярної стінки лунки. Слід врахувати, що, незважаючи на імплантацію, у ділянці лунки видаленого зуба відбувається незначна атрофія кісткової тканини, що може призвести до погіршення естетичного результату. Тому в даному випадку приймається рішення про остеопластику з використанням колагенової мембрани і ксенотрансплантату в суміші з аутокісною стружкою. Колагенова мембрана Bio-Gide 16x22 мм фіксується піднебінно (мал. 29).



*Мал. 29. Фіксація колагенової мембрани Bio-Gide*

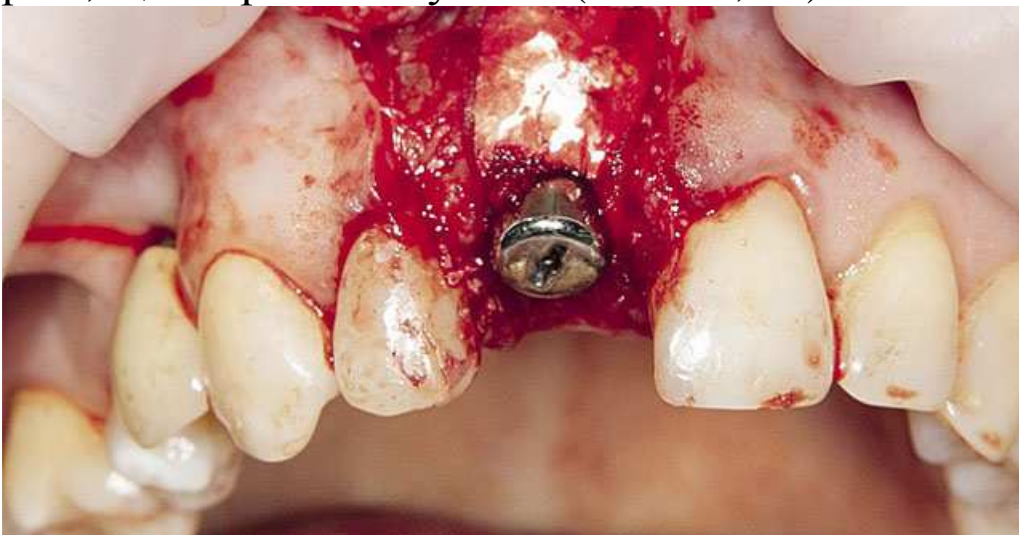
Простір між імплантатом і вестибулярною стінкою лунки заповнюється ксенотрансплантатом Bio-Oss у суміші з аутокісною стружкою в пропорції 2 до 1. (мал. 30).



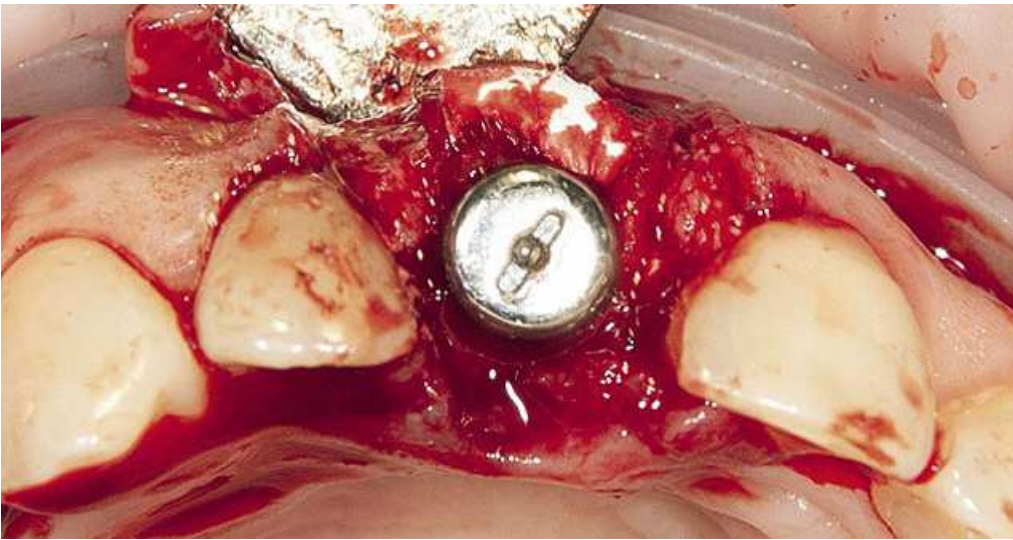
*Мал. 30. Заповнення альвеоли ксенотрансплантатом Bio-Oss у суміші з аутокісною стружкою*

Щоб уникнути потрапляння матеріалу в шахту імплантату, на час заповнення вона закривається заглушкою. Основне завдання цього етапу – запобігти «просіданню» кісткової тканини в ділянці імплантату і утримати її об'єм. Мембрана фіксується формувачем ясен через заздалегідь зроблений отвір (мал. 31, 32).

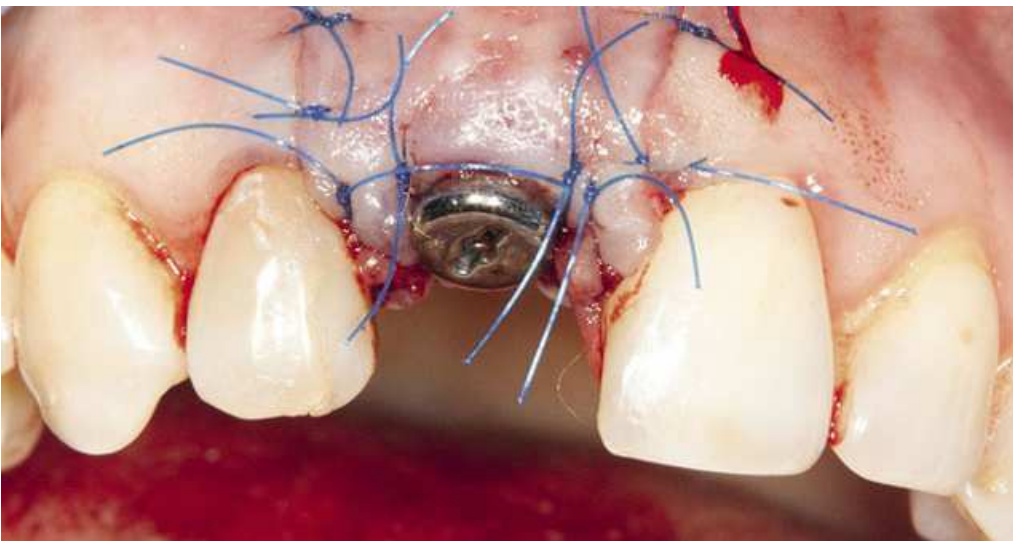
Щоб не втратити зовнішній вигляд ясен, при підготовці до накладення швів слід уникати послаблювальних розрізів під окістям. Накладаються шви. Використовується шовний матеріал, що не розсмоктується (мал. 33, 34).



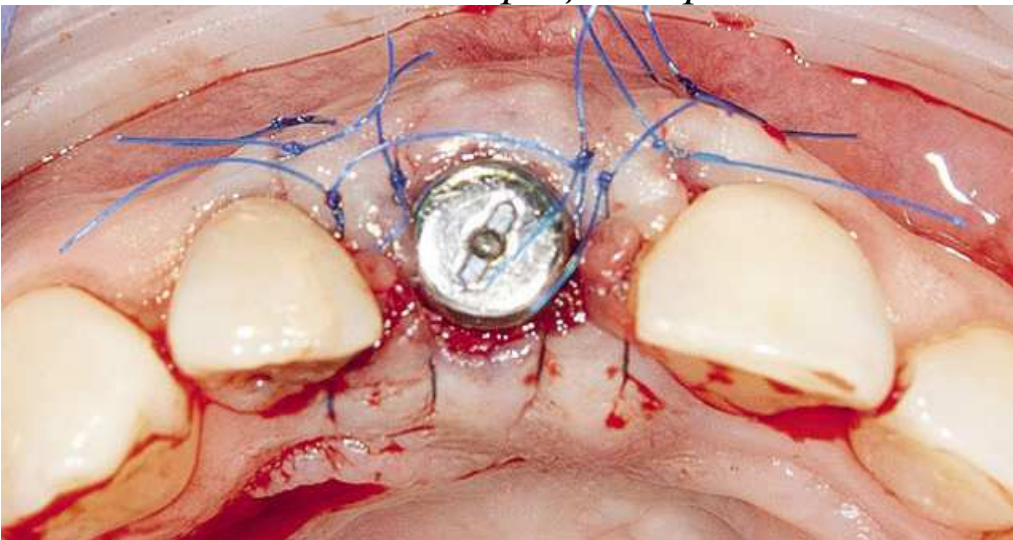
*Мал. 31. Фіксація колагенової мембрани за допомогою формувача ясен*



*Мал. 32. Фіксація колагенової мембрани за допомогою формувача ясен*

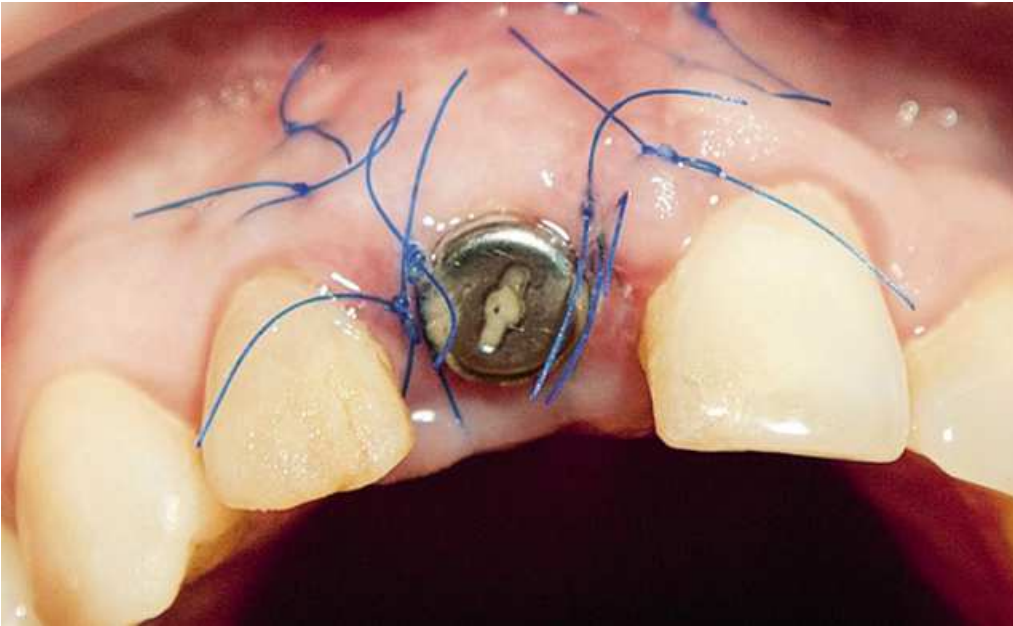


*Мал. 33. Вигляд післяопераційної рани після накладення швів*



*Мал. 34. Вигляд післяопераційної рани після накладення швів*  
Рекомендації і призначення в післяопераційному періоді практично не відрізняються від таких при відстроченій імплантації. При високій первинній стабільності імплантату через 1-2 дні можна виготовити і зафіксувати на ньому тимчасову коронку. Але в даному випадку імплантація ускладнена наявніс-

тю кореневої кістки і частковою втратою вестибулярної стінки лунки. Саме тому на імплантат встановлюється формувач ясен, а дефект зубного ряду заміщається адгезивною коронкою, виготовленою прямим методом. Клінічна ситуація через 3 дні (мал. 35).



*Мал. 35. Клінічна ситуація через 3 дні після операції*

Як і в першому клінічному випадку, звертаємо увагу на стан слизової оболонки в ділянці післяопераційної рани, стабільність імплантату і відчуття при натисканні на нього. Через 6 тижнів видаляється тимчасова адгезивна коронка, що маскує дефект зубного ряду, і стоматолог-ортопед приступає до виготовлення тимчасової композитної коронки на імплантат (мал. 36-39).



*Мал. 36. Клінічна ситуація через 6 тижнів після імплантації. Зняття відбитків для виготовлення тимчасової коронки на імплантат*



*Мал. 37. Клінічна ситуація через 6 тижнів після імплантації. Зняття відбитків для виготовлення тимчасової коронки на імплантат*

Виготовляється тимчасова композитна коронка на імплантат. Паралельно тимчасовою коронкою реставрується 12 зуб.



*Мал. 38. Проміжний результат: тимчасова композитна коронка на імплантаті 11 зуба. Реставрація 12 зуба тимчасовою композитною коронкою*



*Мал. 39. Проміжний результат: тимчасова композитна коронка на імплантаті 11 зуба. Реставрація 12 зуба тимчасовою композитною коронкою*

Одна з особливостей системи імплантації Friadent Xive – наявність формувачів ясен тільки двох діаметрів, що не завжди дозволяє досягнути бажаної «рожевої» естетики. Тому для індивідуалізації ясен в естетично значущій зоні краще використовувати тимчасові коронки або в крайньому випадку композитні абатменти Estetic Base, які легко підбираються і підганяються під розмір конкретного зуба.

### **Клінічний випадок № 3**

Вищезгадані клінічні ситуації вирішуються відносно просто. Ми працювали з однокореневими зубами в умовах відносного збереження об'єму кісткової тканини і слизової оболонки. Проте так буває далеко не завжди.

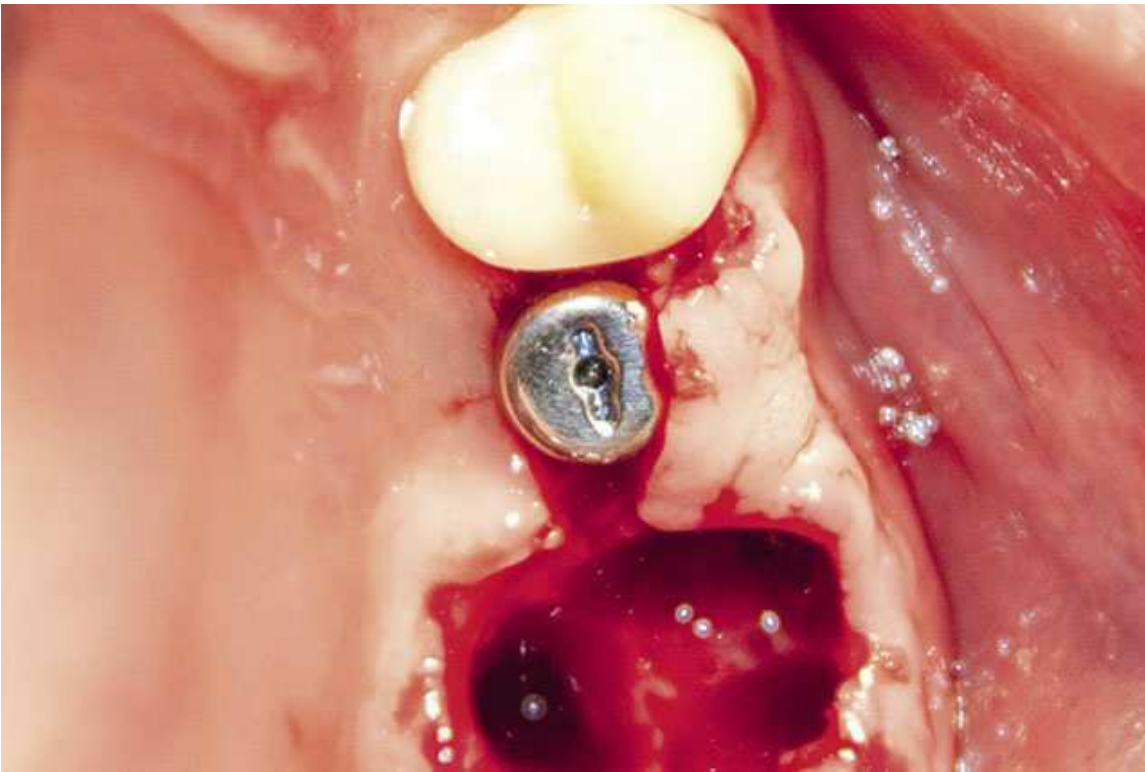
### **Клінічна ситуація**

Верхній шостий зуб, раніше лікований резорцин-формаліновим методом. Спроба провести ендодонтичне перелікування закінчилася невдало (мал. 40).



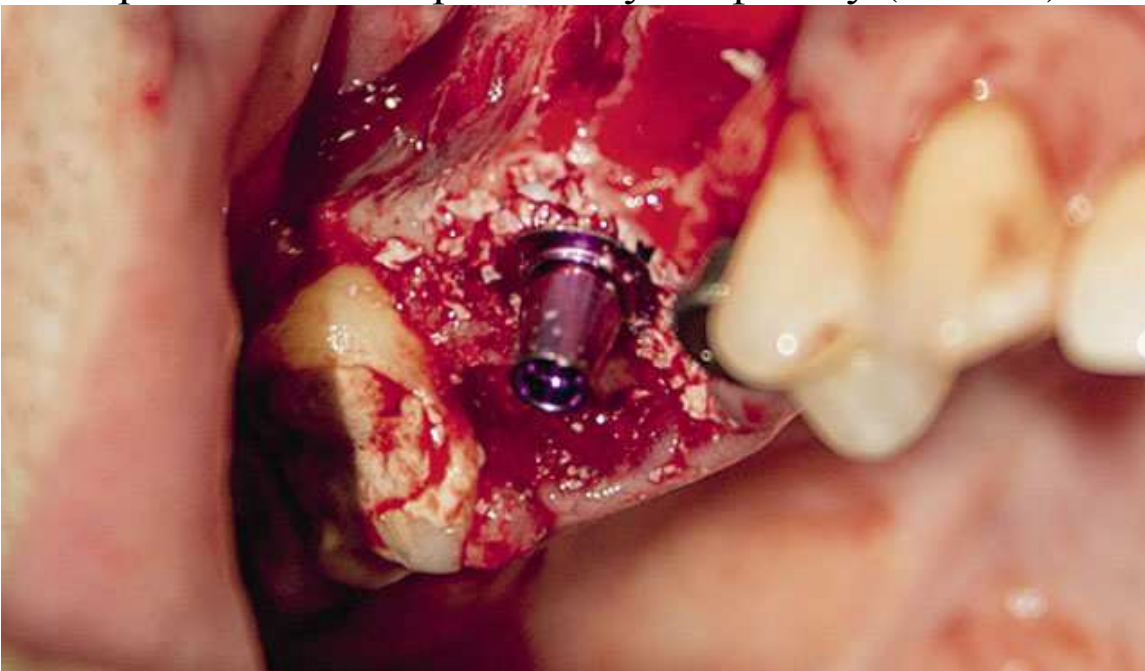
*Мал. 40. Клінічна ситуація до початку лікування*

Зуб підлягає видаленню. Ситуація ускладнюється низьким розташуванням дна гайморової пазухи. Спільно з пацієнтом приймається рішення про об'єднання операції видалення зуба, негайну імплантацію і синус-ліфтинг в одну процедуру. Видаляється 16 зуб. Паралельно фіксується формувач ясен на встановлений двома місяцями раніше імплантат на місці 15 зуба (мал. 41).



*Мал. 41. Лунка 16 зуба. Формувач ясен на імплантаті на місці 15 зуба*

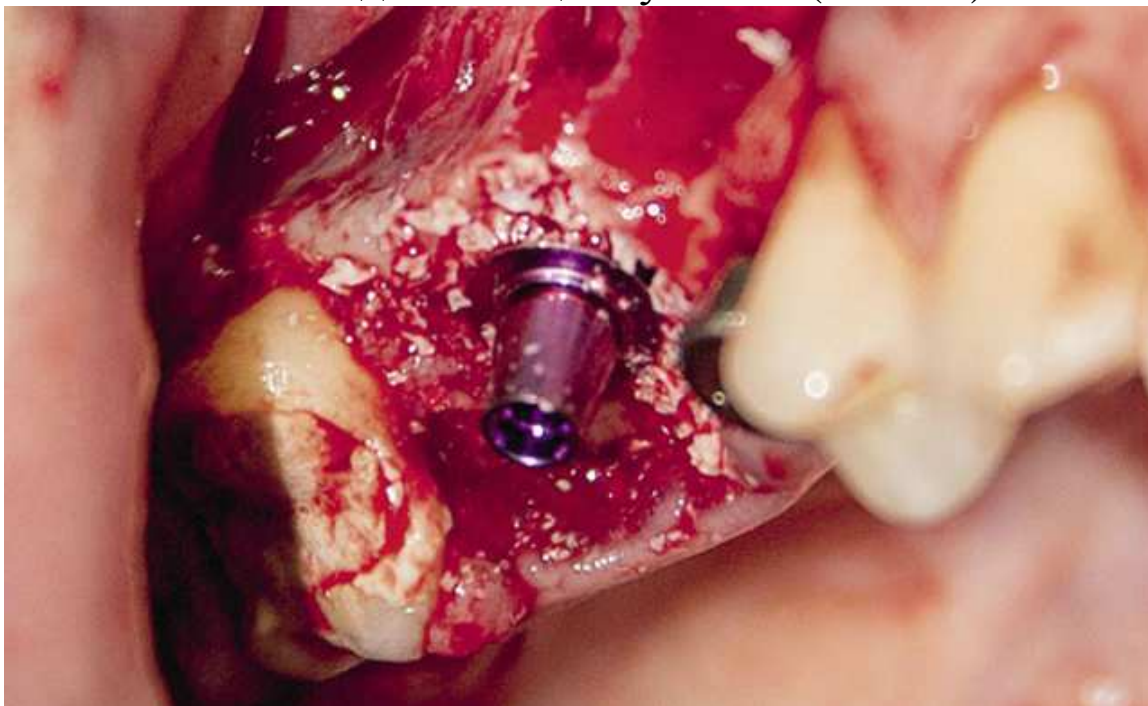
Точка орієнтиру для позиціонування імплантату – міжкоренева перегородка. Попри те, що установка імплантату в одну з альвеол дозволила б уникнути синус-ліфтингу, робити це у край небажано, оскільки подібне позиціонування створить ряд серйозних проблем при протезуванні і подальшій експлуатації протетичної конструкції. Додатковим латеральним доступом проводиться операція синус-ліфтингу (мал. 42).



*Мал. 42. Латеральний доступ для синус-ліфтингу*

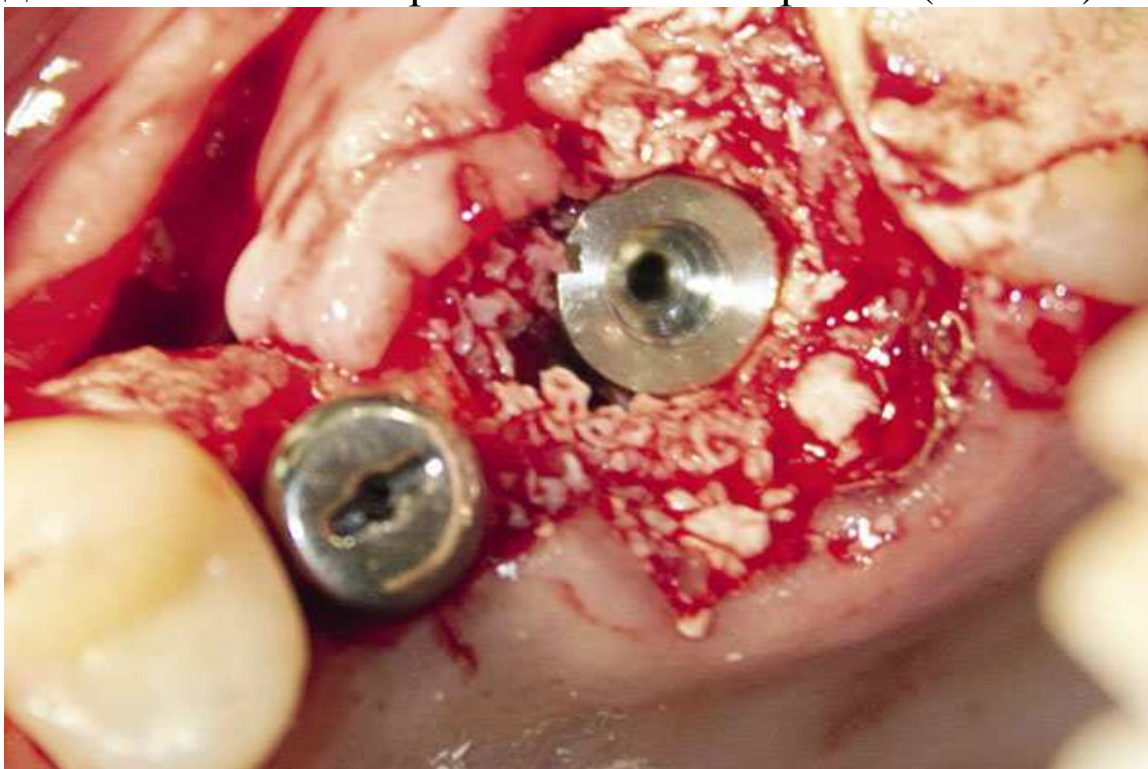
Субантральний простір заповнюється ксенотрансплантатом Bio-Oss у суміші з аутокісною стружкою в пропорції 2 до 1.

Також цим матеріалом заповнюються лунки коренів зуба, хоча великої необхідності в цьому немає (мал. 43).



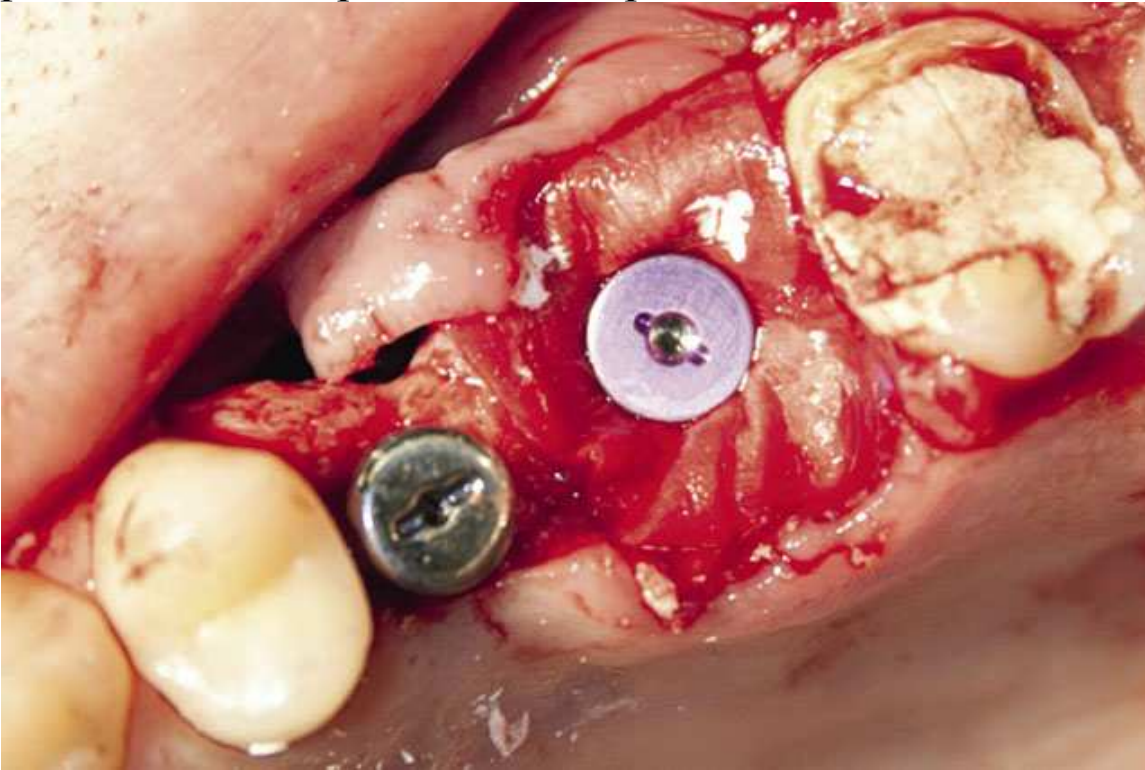
*Мал. 43. Встановлений імплантат, альвеоли заповнені ксенотрансплантатом Bio-Oss у суміші з аутокісною стружкою*

Встановлюється імплантат Friadent Xive діаметром 5,5 і завдовжки 11 мм. Забирається імплантотримач (мал. 44).



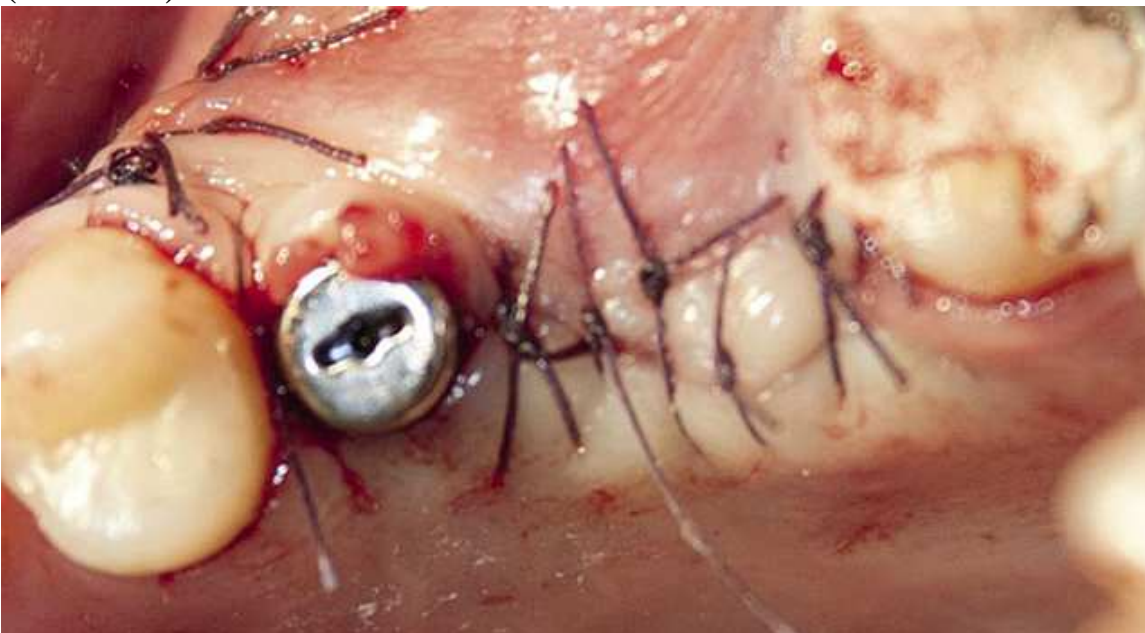
*Мал. 44. Позиціонування імплантату в лунці видаленого зуба*  
У даному випадку первинна стабільність імплантату у край невисока. Тому прийнято рішення відмовитися від установки формувача ясен. Лунка зуба закривається колагеновою мем-

браною Bio-Gide, яка фіксується до імплантату заглушкою через заздалегідь зроблений отвір (мал. 45).



*Мал. 45. Фіксація колагенової мембрани за допомогою заглушки імплантату*

На відміну від попереднього випадку, операційна рана ушивається повністю. Це пов'язано з певними технічними складнощами, але є необхідним, оскільки, як вже згадувалося раніше, стабільність імплантату відносно невисока, до того ж використання колагенової мембрани і ксенотрансплантату щоб уникнути інфікування вимагає герметичного ушивання рани (мал. 46).



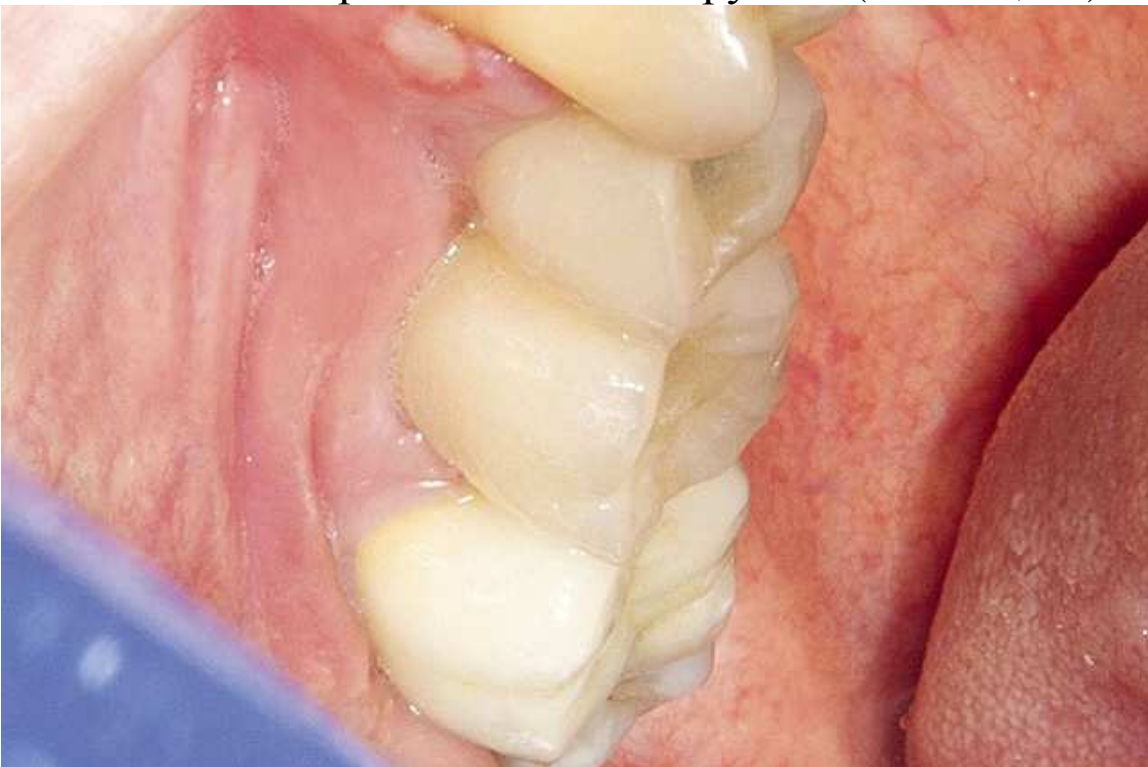
*Мал. 46. Після операції*

Післяопераційний режим і призначення не відрізняються від таких при відстроченій імплантації і синус-ліфтингу. Через 10 тижнів можна приступити до розкриття імплантату і установки формувача ясен (мал. 47).



*Мал. 47. Клінічна картина через 2 тижні після установки формувачів ясен*

Після резекції, що закриває формувач слизової оболонки, направляємо пацієнта до стоматолога-ортопеда для виготовлення тимчасових протетичних конструкцій (мал. 48, 49).



*Мал. 48. На імплантати 16, 15 зубів встановлені тимчасові композитні коронки*



*Мал. 49. На імплантати 16, 15 зубів встановлені тимчасові композитні коронки*

У даному клінічному випадку наочно показано, що невисока первинна стабільність імплантату і низьке розташування дна верхньощелепного синуса не є перешкодою для негайної імплантації. Проте при цьому необхідно провести ряд додаткових процедур, щоб уникнути інфікування операційної ділянки, а саме: герметичне ушивання рани, відмова від одномоментної установки формувача ясен і т. ін. У післяопераційному періоді особлива увага приділяється антибактеріальній терапії, бажане призначення вітамінів С і D3 у лікувальних дозуваннях.

### **Висновки**

Негайна імплантація має ті ж межі можливостей, що і відстрочена імплантація, і при дотриманні умов адекватної стабілізації імплантату цілком поєднувана з такими операціями, як синус-ліфтинг або остеопластика.

При цьому завдяки збереженню м'яких і твердих тканин, що оточують зуб, за допомогою негайної імплантації можна легко досягнути задовільного клінічного результату. Також за цієї методики суттєво полегшується позиціонування імплантатів, за винятком випадків видалення і наступної імплантації аномально розташованих зубів.

Терміни остеоінтеграції імплантатів цілком порівнянні з термінами регенерації лунки зуба, тому ці процеси протікають

одночасно і паралельно. Термін, на якому ми приступаємо до протезування після видалення зуба і установки імплантату, складає в середньому 6-10 тижнів, що робить негайну імплантацію дуже бажаною для протезування дефектів зубного ряду в естетично значущій зоні. Частота ускладнень при негайній імплантації не перевищує таку при відстроченій методиці. Пов'язано це з тим, що основна маса ускладнень імплантації в цілому пов'язана з дефіцитом кісткової тканини і слизової оболонки, а при методиці негайної імплантації ця проблема відсутня в принципі.

Проте існують мінуси:

- Не кожна марка імплантатів підходить для установки в лунку щойно видаленого зуба. Перевагу слід віддавати гвинтовим імплантатам з дрібним неагресивним різьбленням.
- Методика негайної імплантації дуже вимоглива до техніки і якості видалення зубів. З цього погляду малотравматичне видалення зуба зі збереженням усіх стінок альвеоли являє найбільш складне завдання для стоматолога-хірурга.
- Незважаючи на те що в моїй практиці були два успішні випадки видалення зуба з негайною імплантацією при загостренні хронічного періодонтиту, я б не порекомендував використовувати цю методику в ділянці гострого запального процесу.
- Корені видаленого зуба не завжди є точним орієнтиром для підбору імплантату потрібної довжини і оптимального діаметру. Тому методика негайної імплантації не відмінняє необхідності комп'ютерної томографії (а в деяких випадках і виготовлення хірургічного шаблону) для діагностики і планування оперативного втручання.
- Рішення про установку імплантату приймається тільки після того, як зуб видалений, після візуального і інструментального обстеження альвеоли. Тому до початку операції неможливо гарантувати пацієнтові, що в його випадку буде проведена негайна імплантація, і про це його треба завжди попереджати.

- Робота в спочатку інфікованій лунці зуба вимагає підвищеної уваги до післяопераційного режиму і призначень. Також рекомендована вітамінотерапія.

## **Висновок**

Ми значно розширили спектр показань до проведення негайної імплантації – тепер ні необхідність синус-ліфтингу, ні хронічні запальні процеси, ні навіть незначний дефіцит кісткової тканини не є перешкодою для установки імплантату в лунку щойно видаленого зуба.

Фактично зараз я можу сформулювати тільки 2 медичні протипоказання для подібної операції.

- гострий запальний процес;
- значний дефіцит кісткової тканини, який робить неможливим позиціонування імплантату потрібного розміру в потрібному положенні.

Інших протипоказань для негайної імплантації немає.

Автор: Вадим Мерзоїв, лікар-стоматолог