

Одномоментна імплантація

Досвід останніх років свідчить, що застосування раціональних ранніх навантажень на імплантат і установка імплантату з одномоментним видаленням зуба і виготовленням на нього тимчасової коронки дозволяють нам максимально зберігати як тверді тканини, так і слизову оболонку альвеолярних відростків.

Для отримання успішного, довгострокового результату необхідно:

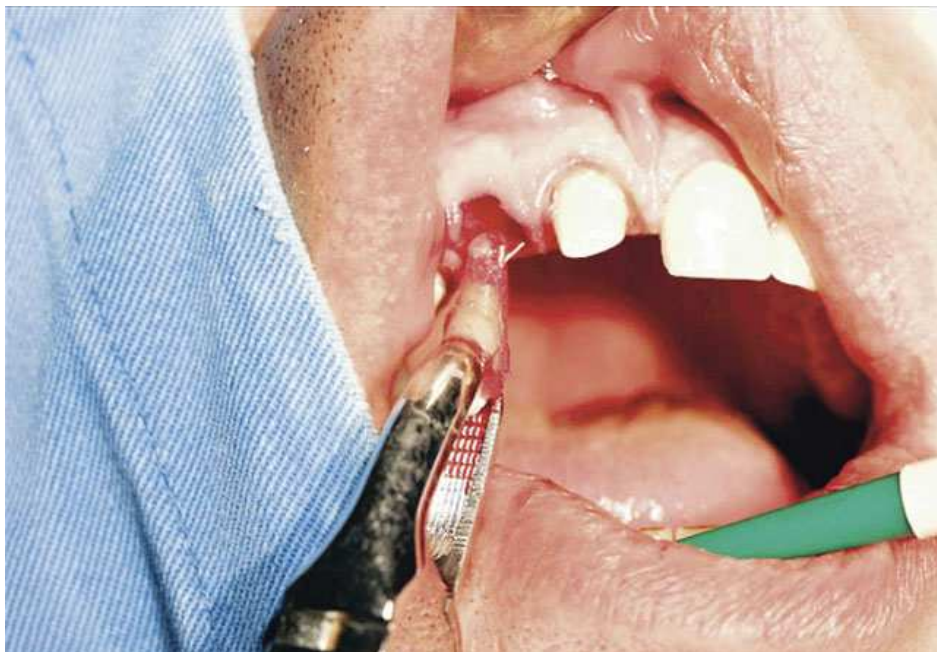
1. Враховувати загальні і місцеві протипоказання для проведення імплантації з одномоментним видаленням зуба.
2. Обов'язково виконувати правила формування ложа імплантату, враховуючи анатомію кортикального шару лунки видаленого зуба, з обов'язковим розташуванням шийки імплантату дистальніше за лінію, проведену між вестибулярними шийками сусідніх зубів, на 1,0-1,5 мм.

Опустимо загальні протипоказання і явні місцеві, такі як, наприклад, радикулярна кіста, практична відсутність передньої стінки лунки при травматичному видаленні зуба і т. д., які, безумовно, мають бути враховані лікарем-імплантологом, але, проте, сьогодні, із застосуванням сучасної антибактеріальної терапії, ми можемо говорити про розширення місцевих показань, наприклад за наявності гранулеми в ділянці верхівки кореня (мал. 1. ОПТГ – 12 гранулема).



Мал. 1

У даному клінічному випадку (мал. 2. Видалення 12 зуба), при видаленні зуба, ми бачимо перфорацію верхівки кореня і гранулему на верхівці кореня.



Мал. 2

Гранулема практично повністю видалилася разом з коренем 12, після чого робиться ретельний кюретаж лунки.

Діаметр імплантату вибирається з розрахунку відстані між медіальною і дистальною стінками лунки.

Тепер зупинимось, мабуть, на найголовнішому – виконанні правил формування ложа імплантату, враховуючи анатомію кортикального шару лунки видаленого зуба, з обов'язковим розташуванням шийки імплантату дистальніше за лінію, проведenu між вестибулярними шийками сусідніх зубів, на 1,0-1,5 мм.

Необхідність у такій установці імплантатів пов'язана з двома основними чинниками:

1. Виключити навіть найменший тиск на передню стінку лунки видаленого зуба у зв'язку з тим, що вона дуже тонка, особливо в передньому відділі альвеолярного відростка, складається з кортикального шару, який часто дає тріщини при видаленні зуба.
2. Створити («залишити») місце для слизової оболонки (мукози).

Для правильного розрахунку розташування імплантату, зокрема і його шийки, необхідно обов'язково врахувати той факт, що стінки лунки видаленого зуба складаються з кортикального шару і тому бічна поверхня лунки, як правило, направляє фрезу в бік верхівки лунки. Тому важливо перед початком формування ложа для імплантату кулястим бором «намітити» точку для пілотного бору. Цю точку, як правило, намічають

не нижче за середину стінки лунки, в якій свердлитимуть отвір (мал. 3. Формування ложа пілотним бором у порожнині рота).



Мал. 3

Фрезу необхідно досить щільно притискати до задньої стінки лунки і строго тримати напрям фрези, щоб його не змінила верхівка лунки, що є найпоширенішою помилкою в початківців імплантологів (формування ложа пілотним бором у порожнині рота). На мал. 4 зображене формування ложа імплантату фрезою в порожнині рота, фреза жорстко утримується в потрібному напрямку.



Мал. 4

Для гарантованого успіху одномоментної імплантації імплантат повинен при закручуванні витримувати навантаження 30 н/см². Щоб досягти такої фіксації імплантату, у більшості ви-

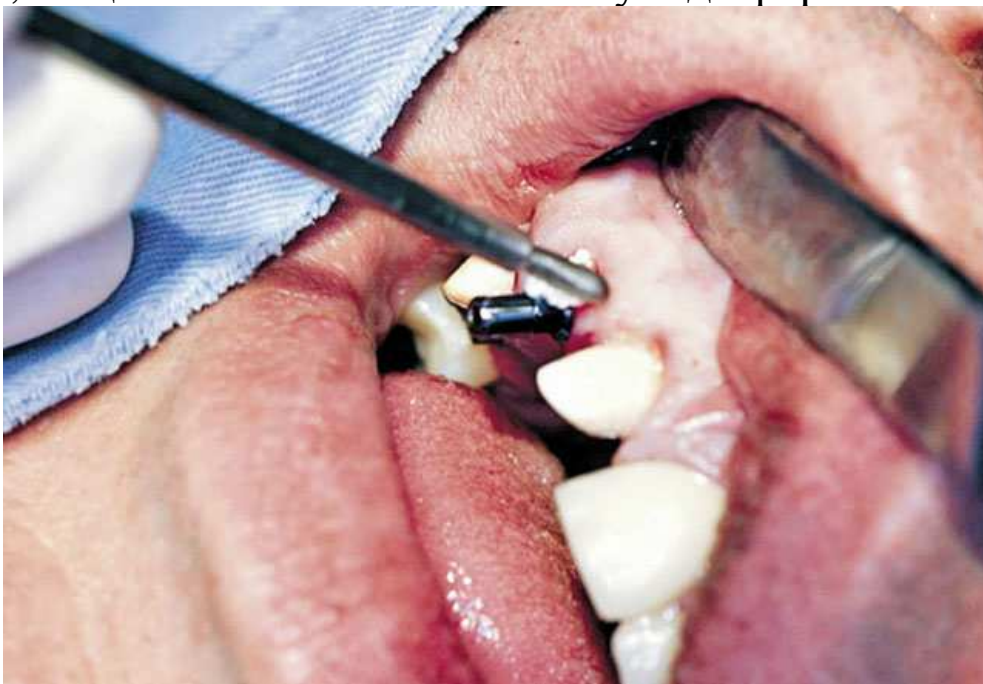
падків можна нижню чверть довжини формованого ложа імплантату робити в діаметрі на один розмір менше діаметру встановлюваного імплантату.

На мал. 5 показаний встановлений імплантат з розташуванням шийки дистальніше за лінію, проведену між вестибулярними шийками сусідніх зубів, на 1,0-1,5 мм, із зануренням імплантату на 2,0 мм нижче за ясенний край, але не більше 3,0 мм, і не нижче за передній край альвеоли, інакше відбуватиметься атрофія сосочків.



Мал. 5

На мал. 6 і 7 зображене «м'яке» укладання матеріалу по «колу», у проміжки між вестибулярною, піднебінною стінками, а також, за необхідності, у ділянці верхівки лунки видаленого зуба, якщо вона залишається збоку від сформованого ложа.



Мал. 6



Мал. 7

Виникає питання: якій укласти матеріал? Будь-який. Оскільки від регенеративного матеріалу мало залежить регенерація кістки, вона залежить від імунного статусу організму! Але особливо в розгляді останніх робіт німецьких і американських учених, які довели, що Bio-Oss містить протеїни, а значить, є ризик зараження пацієнта, рекомендуємо застосовувати синтетичні регенеративні матеріали.

Наступною складовою успіху збереження альвеолярної кістки і особливо збереження сосочків і власне самої слизової оболонки є правильне виготовлення тимчасової коронки на встановлений імплантат. По-перше, необхідно підготувати тимчасовий пластмасовий абатмент, надавши йому в ділянці шийки анатомічної форми шийки видаленого зуба, провести припасування і перебазування тимчасової коронки і ретельним чином відполірувати тимчасову коронку і тимчасовий абатмент. Після фіксації тимчасового пластмасового абатмента гвинтом коронка фіксується на темп-бонд.

Послідовне виконання вищезгаданих етапів значно збільшить ступінь прогнозованості результатів імплантації і мінімізує відсоток будь-яких ускладнень, слизова оболонка навколо імплантатів буде максимально збережена, а пацієнт задоволений виготовленою роботою, як показано на мал. 8-14.



Мал. 8. Заготовка тимчасового пластмасового абатмента



Мал. 9. Припасування тимчасового пластмасового абатмента



Мал. 10. Полірування тимчасової коронки



Мал. 11. Припасування тимчасової коронки



Мал. 12. Інтегрований імплантат



Мал. 13. Припасовані оксидцирконієві ковпачки



Мал. 14. Кінцевий результат

Автори: М. А. Бондаренко, к. м. н., хірург
А. В. Кірсанов, лікар стоматолог-ортопед