

## ІММЕДІАТ-ІМПЛАНТАЦІЯ В ДИСТАЛЬНИХ ДІЛЯНКАХ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ СИНУС-ОРАЛЬНОМУ СПОЛУЧЕННІ

*Потатчук А.М., Шаркань Й.П.*

Ужгородський національний університет

Кафедра факультетської хірургії з курсом стоматології

Іммедіат-імплантація в дистальних відділах верхньої щелепи часто буває утрудненою, при наявності синус-орального сполучення, яке може виникати при видаленні жувальних груп зубів. Переважно більшість такого виду ускладнень зв'язана з підвищеною пневматизацією максиллярних синусів, деструктивними змінами периапікальних тканин, травматичною технікою видалення зубів та кюретажу лунки або в самих помилках планування імплантації [1]. Безпосередня імплантація дещо змінила традиційні підходи до хірургічного протоколу видалення зубів та способів ліквідації з'єднання максиллярного синуса з лункою зуба, направленою на збереження ширини та висоти альвеолярного відростка, використовуючи техніку направленої кісткової регенерації із застосуванням остеопластичних матеріалів та бар'єрних мембран на хірургічному етапі іммедіат-імплантації [2].

**Об'єкти та методи дослідження.** Іммедіат-імплантація проведена у 12 хворих (8 жінок та 4 чоловіки) у віці 32-45 років, яким по різних показам була потреба видалення зубів у дистальних відділах верхньої щелепи. Для мінімізації травми кісткових стінок альвеоли при видаленні багатокореневих зубів проводили їх гемісекцію та почерговим їх видаленням з допомогою міні-елеваторів. Для діагностики з'єднання з гайморовою пазухою використовували носо-ротову пробу, рентгенологічні дослідження, "відсутність" дна лунки при кюретажі та відчуття "провалювання".

Використовували імплантати гвинтові та пластинчасті при вузькому альвеолярному відростку та невеликих розмірів лунки. Ендоссальна поверхня імплантатів піддавалась макромасштабній обробці з формуванням гетерогенних жорсткуватих структур у перехідному граничному шарі з вмістом Са-Р компонентів [3]. Для пластики кісткового дефекту лунки використовували біоматеріал на основі не демінералізованого кісткового ксеноколагену, насиченого сульфатованими глікозамінгліканами ОСТЕОПЛАСТ та колагенові мембрани LIOPLANT. Для закриття дефекту формували піднебінний слизово-окісний клапоть на ніжці. Рана ушивалась. В післяопераційний період проводилась проти-запальна терапія з рекомендованим щоденним зрошенням бор-йод-вмісними мінеральними водами. Результати оцінювали через 12 днів, 1, 3, 6 місяців. Критеріями оцінки були відсутність симптомів сполучення та симптомів інфікування і запалення пазухи, повне щільне прилягання

чени до імплантату, наявність адекватної зони кератизованого прикріплення ясен, відсутність рубцевих змін на піднебінні, рентгенологічне підтвердження остеїдного закриття сполучення пазухи та кісткової регенерації навколо імплантату.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При діагностиці перфорції дна максилярного синуса при видаленні багатокорневих зубів важливим є визначити, лунка якого кореня слугує предметом сполучення. Для закриття дна кісткового дефекту на межі синус – лунка ми використували аутокістку, взяту з перегородки лунки, яку заклинювали з подальшим заповненням змішаним з кров'ю ОСТЕОПЛАСТОМ.

Як показали наші клінічні спостереження, успішність іммедіат-імплантації в лунки багатокорневих зубів в присутності синус-лункового з'єднання забезпечується при дотриманні певних критеріїв.

1. Апікальна частина імплантату повинна мати не менше 4 мм верхньощільного періімплантатного контакту з кісткою за рахунок відповідної підготовки альвеолярного ложа, чим забезпечується його первинна іммобілізація.

2. Для прискорення остеointegraційних процесів, дефект між поверхнею імплантату та кістковою стінкою альвеоли необхідно виповнювати ОСТЕОПЛАСТОМ, змішаним з кров'ю, з обов'язковим покриттям коллагеновою мембраною LIOPLANT. Край її повинен щільно прилягати до кістки і перекривати її дефект на 3-4 мм, а надійну її фіксацію забезпечувати покривним гвинтом імплантату.

3. З естетичних міркувань і з метою запобігання будь-якого порушення цілісності мембран необережним навантаженням маргінальний кінець імплантату повинен локалізуватись на 1 мм нижче альвеолярного гребеня.

4. В дистальних відділах, на рівні верхніх молярів з піднебінної сторони слизова оболонка має виражений підслизовий шар, і ця ділянка добре васкуляризована завдяки великій піднебінній артерії та анастомозам з висхідною піднебінною артерією м'якого піднебіння, дає можливість використовувати ці тканини для мобілізації та формування клаптів на пізній на завершальному хірургічному етапі дентальної імплантації. Незважаючи на додаткову травму м'яких тканин твердого піднебіння, такий протокол закриття лунки забезпечує надійну її герметизацію, виключає травматизацію стінок альвеоли та формує додатковий об'єм кератизовано-прикріплених ясен.

**Висновок.** Використання даного протоколу іммедіат-імплантації забезпечує створення надійної дистальної опори для ортопедичних конструкцій та скорочує терміни послідуочого раціонального протезування.

Віддалені результати клінічних досліджень показали, що у 92% випадків імплантати були нерухомі, не спостерігалось періімплантатної

патології. Рентгенологічно горизонтальна резорбція протягом першого року складала  $0,80 \pm 0,03$  мм.

#### Література

1. Rosenberg E., Perol M. Distinguishing between failing metal ro form implants and complete implant failures // Dent. Impl. Update. – 1997. Vol.8. – P.53-57.

2. Deporter D., Todescan R., Watson Ph. et al. Use of Endopore dent implant to restore single teeth in the maxilla: protocol and early results Int. J. Oral Maxillo-facial Impl. – 1998. – Vol.13. – P.263-272.

3. Січка М.Ю., Шаркань Й.П., Попович І.І., Поталчук А.М. Формування мікро структурованої кальцій-фосфатними сполуками поверхні титану з допомогою лазерного випромінювання // Матеріали II Українського міжнародного конгресу. – Київ, 2006. – С.87-88.