

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ



# ІЗ'ЇЗД

## ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЮПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ

15-16 ТРАВНЯ

2009

КИЇВ



**МАЛОІНВАЗИВНА МЕТОДИКА ІМПЛАНТАЦІЇ У  
ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ ЗУБНОГО РЯДУ**

*Потапчук А.М., Русин В.В., Криванич В.М.*

*Ужгородський національний університет, кафедра стоматології,  
факультету післядипломної освіти (Ужгород, Україна)*

Для заміщення дефектів зубного ряду широко використовуються дентальні імплантати, витісняючи традиційні методи лікування при частковій



і повній адентії. Раніше існувала думка, що для досягнення успішної остеоінтеграції необхідний період загоєння під клаптем не менше трьох-чотирьох місяців. Проте ефективність одноетапної імплантації, коли імплантат після установки залишається розкритим, виявилася зіставною з двоетапною імплантацією.

Сьогодні зусилля вчених і клініцистів направлені на розвиток методик, які дозволяють забезпечити високий функціональний і естетичний результат при мінімальному дискомфорті для пацієнта. У стоматологічній імплантації довгий період очікування остаточної реставрації небажаний з погляду як пацієнта, так і стоматолога, особливо в естетично важливих ділянках, наприклад в передньому відділі верхньої щелепи. Разом з постійним вдосконаленням матеріалів, макро- і мікроструктури імплантатів, технологій обробки поверхні, розвиваються методики використання імплантатів, з негайним протезуванням тимчасовими або кінцевими протезами відразу після імплантації. Збереження контура ясен навколо імплантата з інтактним міжзубним сосочком є основним завданням, особливо у пацієнтів з ясенною посмішкою, так як, відшарування клаптя приводить до рецесії ясен і резорбції кістки навколо природних зубів. Для зменшення ризику післяопераційної втрати тканин навколо імплантата запропоновані безклаптеві методики, які можна проводити в комбінації з відстроченим або негайним протезуванням.

Представлений аналіз клінічних випадків 12 пацієнтів з використанням методики малоінвазивної імплантації естетично важливих ділянок зубного ряду (використано 42 імплантати, ендосальна поверхня яких наноструктурована кальцій-фосфатними сполуками з формуванням гетерогенного шару). Представлені клінічні випадки демонструють можливість успішного застосування безклаптевої методики імплантації в комбінації з негайним і відстроченим протезуванням. Переваги установки імплантата без формування клаптя полягають в меншій травматичності операції, скороченні періода загоєння, меншому ризику післяопераційних ускладнень і меншому дискомфорті для пацієнта. Більш того, при негайному протезуванні відсутній період очікування ортопедичних реставрацій. Особливістю переваги даної методики є оптимальне збереження контура ясен, включаючи край ясен, прилеглі зуби і міжзубні сосочки.

До показань проведення безклаптевої методики відносяться:

- достатня товщина і висота альвеолярного гребеня;
- достатня зона кератинізованих прикріплених ясен;



По-перше, необхідна достатня кількість наявної кістки і кератинізованих ясен, оскільки прямий огляд обмежений і висічення деякої кількості прикріплених ясен неминучий. Мінімальні розміри кістки для установки імплантата без відкидання клаптя складають 8 мм по товщині, медіо-дистальний розмір не менше 8 мм і не менше 10 мм по висоті. Також необхідно виключити пацієнтів із значною нехваткою тканин для запобігання утворенню щілиновидного або вікончастого дефекту. На нашу думку, товщина вестибулярної кісткової пластинки після установки імплантата має бути не менше 2 мм для зменшення післяопераційної резорбції, що узгоджується з рекомендованою Spray і співавт. мінімальною товщиною вестибулярної пластинки, рівної 1,8 мм. Товщину вестибулярної пластинки потрібно брати до уваги при виготовленні хірургічних шаблонів. У приведених клінічних випадках прицільні знімки з маркерами використовували для оцінки висоти і медіо-дистальних розмірів кістки в області передбачуваного ложа імплантата.

Більш прогресивним є використання комп'ютерної томографії з програмним забезпеченням SimPlant, Materialise, що допомагає збільшити точність виготовлення хірургічного шаблону. Питання оптимальної необхідності кератинізованих ясен в ділянці імплантата залишається відкритим. Вважається, що з вестибулярного боку імплантата зона кератинізованих прикріплених ясен повинна складати не менше 2 мм. Відсутність достатньої кількості м'яких тканин утруднює отримання естетичного результату, що може вимагати їх пластики. Із-за поганого огляду твердих тканин під клаптем дуже важливо під час препарування ложа імплантата точно позиціювати свердла за допомогою хірургічного шаблону.

Представлені нами клінічні випадки демонструють успішне застосування безклаптевої методики в комбінації з відстроченим і негайним протезуванням. Правильна оцінка клінічної ситуації, ретельне планування з використанням точних виготовлених хірургічних шаблонів, строгий хірургічний і ортопедичний протокол є обов'язковими умовами досягнення успіху малоінвазивної техніки.