



Ефективність використання захисних ковпачків і кілець системи ImpLife для імплантатів нерозбірної конструкції у хворих з тотальною або частковою адентією

Efficiency Use Safe Capsules and Rings for One-Stage Implants of ImpLife System in Patients Wish Total or Partial Adenty

Резюме У даній статті наведено клінічні дані щодо використання тефлонових загоювальних ковпачків і кілець системи ImpLife при одноетапному протоколі імплантації на прикладі власної клінічної роботи

Summary The article gives the review of the personal clinic investigations of used teflon safe capsules and rings for one-stage implants of ImpLife system in patients wish total or partial adenty

Ключові слова захисні ковпачки, одноетапні імплантати ImpLife, адентія

Key words safe capsules, one-stage implants ImpLife system, adentia

Вступ

Основними причинами, що обмежують використання одноетапних зубних імплантатів, порівняно з двоетапною методикою, є значний ризик появи інфекційно-запальних ускладнень в післяопераційному періоді, кількість яких становить від 5 до 30%, та проблеми при протезуванні в естетичних ділянках [1, 2]. Власне ідея одноетапної імплантації не є новою, вона була запропонована S. Tramonte в 1959 році для беззубої нижньої щелепи й отримала наукове обґрунтування в процесі додаткових численних досліджень [3]. Бажання пацієнтів якомога скоріше мати «нові зуби» замість втрачених своїх, здебільшого натрапляє на категоричне твердження лікаря-імплантолога про те, що негайне встановлення протеза на імплантатах є досить ризикованою процедурою і хворому пропонують «почекати», тобто менш ризиковану двоетапну методику імплантації. Двоетапна методика імплантації зарекомендувала себе добре і рівень

успішно проведених операцій досить високий. Самі ж пацієнти, усвідомивши складність проблеми, багатоетапність і тривалість лікування, часто відмовляються від нього або відкладають прийняття плану лікування на пізніше. Зазвичай, це закінчується радикальним рішенням – екстракцією зуба [3, 4]. Але при звертанні хворого через певний термін задля видалення зуба атрофія кістки є критичною. Відсутність функціонального навантаження спричиняє атрофію альвеолярних відростків та зниження висоти щелепи протягом року – приклад закону Вольфа (1892 р.) «функція визначає структуру» [5, 8]. Потрібен тривалий час для загоєння кістки чи приживлення уведеного в лунку зуба аугментаційного матеріалу, що не відповідає вимогам пацієнтів до протезування. Відсоток публікацій успішних результатів при використанні одноетапної методики менший, хоча й передбачається, що при ретельному дотриманні всіх умов хірургічно-

го протоколу можна досягти задовільного результату. Протокол негайного навантаження імплантатів реставраціями набув більшої популярності впродовж останніх років. Рівні виживання і успіху в цих публікаціях практично відповідають результатам при традиційному протоколі навантаження через 3-6 місяців після встановлення імплантатів [6]. Всі наведені дані спонукали нас до перегляду можливості застосування одноетапних імплантатів при повній або частковій адентії. Метою дослідження було вивчення ефективності використання загоювальних тефлонових (фторопластових) ковпачків в післяопераційному періоді при використанні нерозбірних внутрішньокісткових імплантатів системи ImpLife у пацієнтів з повною або частковою адентією.

Матеріал і методи дослідження

Протягом 2010 року на базі КУ «Одеська обласна клінічна стома-



Мал. 1 а) використання мукотому скорочує термін операції, не порушує трофіку кістки; б) визначення товщини слизово-окісного клаптя після мукотомії



Мал. 2 а) ортопантомограма хворого Д. після встановлення імплантатів; б) хворий Д., стан верхньої щелепи одразу після операції

тологічна поліклініка» проведено ортопедичне лікування незнімними протезами з опорою на нерозбірні одноетапні імплантати системи ImpLife 52 пацієнтам віком 22-72 роки з різними дефектами зубних рядів. На першому етапі всім хворим було проведено оперативне втручання з встановлення одноетапних імплантатів. Втручання проводили під інфільтраційною або провідниковою анестезією. Використовували безклаптеву методику, тобто не проводили відгортання та ушивання слизово-окісного клаптя.

Застосування фрези-мукотому дозволяло визначити товщину слизово-окісного клаптя в оперованій ділянці та зберегти трофіку кістки (мал. 1а, б). Всього встановлено 96 імплантатів, з яких 59 на верхній щелепі і 37 на нижній. З повною адентією щелеп за цей термін проліковано 4 хворих. При повній адентії встановлювали від 6 до 10 одноетапних імплантатів залежно від залишкового стану кісткової тканини (мал. 2а, б). З метою отримання порівняльних результатів 18 імплантатів з 96 навмисно не ізолювали захисними ковпачками (мал. 3, 4). Післяопераційні огляди призначались на 2, 5, 10 добу. Протягом післяопераційного періоду оцінювали суб'єктивні відчуття пацієнтів, наявність або



Мал. 3. Абатменти, неізолювані ковпачками, поряд з ізолюваними абатментами



Мал. 5. Відсутність нальоту на ковпачках через тиждень після операції

відсутність скарг на біль, під час огляду та пальпації перевіряли характер та ступінь набряку, явища запалення та інфільтрації навколо шийки імплантату. За період спостереження до встановлення тимчасової ортопедичної роботи було вилучено 6 імплантатів з приводу нестерпного болю або рухомості, що виявлялось на 4-14 добу після операції.



Мал. 4. Стан слизової оболонки на другу добу після операції



Мал. 6. Абатменти без ковпачків на другу добу після операції

■ Результати дослідження та їх обговорення

Протягом післяопераційного тижня переважна більшість пацієнтів (48 осіб) не скаржились на біль, значний набряк, погіршення загального стану, підвищення температури тіла. Оцінка об'єктивних показників свідчила про відсутність явищ гіперемії, гнійних виділень та м'якого



Мал. 7 а) ковпачкам властиво залишатися «чистими» порівняно з уступом абатменту; б) металеві формувачі ясен встановлені поруч з тefлоновим формувачем; в) твердий наліт на металевих формувачах через 5 днів після встановлення



Мал. 8. Стан слизової оболонки перед встановленням тимчасової роботи



Мал. 9. Вивільнення ковпачками уступу на абатменті покращує якість відбитку



Мал. 10. Виразки бокової поверхні язика в результаті травми абатментами



Мал. 11. Відсутність ураження язика завдяки ковпачкам

або твердого нальоту на ковпачках (мал. 4, 5). Появу м'якого або твердого нальоту (біоплівки) спостерігали на всіх абатментах, що не були захищені кільцями чи ковпачками. Біоплівка вкривала уступ імплантату при рецесії ясенного краю, але була відсутня на ковпачках (мал. 6, 7а). Перші позитивні результати отримані нами при застосуванні тefлонових формувачів ясенної манжетки в двоетапному протоколі імплантації. Відсутність біоплівки – це зниження ризику розвитку періімплантиту (мал. 7б, в). Відкладення м'якого нальоту на металевій поверхні абатмента свідчить про контамінацію сапрофітної мікрофлори під слизово-окисний клапоть. Навіть при дотриманні всіх

правил одноетапного хірургічного протоколу неізолюваний абатмент у такого імплантату є добрим провідником для мікрофлори та температурних подразників на межі імплантат/кістка, особливо при неналежній гігієні, палінні та вживанні гарячими чаю/кави. Перегрівання кістки при засвердлюванні під імплантат більш, ніж на 10°C неприпустиме. Інакше відбувається незворотне відторгнення імплантату протягом 3-5 тижнів. Температура тютюнового диму в десять разів вища! Неізолюваний абатмент в післяопераційному періоді передає високу температуру на кісткову рану, що не відновлену після механічної травми. Це негативно впливає на ділянку переходу імплантату в кістку – щонайменше виникає локальний остеолізис, що підтверджено багатьма авторами на підставі аналізу рентгенівських знімків від місяця до року після імплантації [7]. Захисний ковпачок або кільце з тefлону позбавляє кістку таких подразників. Використання загоювального ковпачка для абатмента не супроводжується утворенням нальоту на ковпачку, достовірно помічено скорочення терміну регенерації слизової оболонки, відсутні явища періімплантиту (мал. 8).

Зазвичай при встановленні нерозбірних імплантатів не використовуються формувачі ясенної манжетки, що при імплантації у передній ділянці щелеп призводить до неестетичного результату. Повне перекриття абатмента одноетапного імплантату слизовою оболонкою ускладнює ортопеду зняття якісного відбитку. Для покращення умов зняття відбитку та досягнення естетичного результату при протезуванні система ImpLife пропонує загоювальні захисні кільця та ковпачки, що формують ясенну манжетку, вивільняють уступ шийки імплантату (мал. 9).

У деяких випадках для бокової поверхні язика неізолювані абатменти стають причиною утворення травматичних ерозій / виразок в перші дні після імплантації (мал. 10). Захисні кільця і ковпачки, що закривають гострі грані абатмента і розпізнаються язиком як «свої». Застосування захисних тefлонових ковпачків у протоколі одноетапної імплантації системою ImpLife є інноваційним рішенням у запобіганні травмування язика після встановлення одноетапних імплантатів (мал. 11).

У 4 хворих, згідно зі скаргами, з 3-4 доби біль та набряк у ділянці імпл-

лантату посилюється, незважаючи на попереднє призначення протизапальних препаратів та антибіотиків. Причиною збільшення явищ запалення ми вважаємо створений, але не помічений хірургом надмірний тиск на кортикальний шар кістки навколо шийки імплантату. Серед крові, слини, охолоджуючого фізрозчину неможливо побачити ішемію кістки, утворену при вгвинчуванні імплантату. Намагання перш за все досягти первинної стабільності має побічний ефект – стискання кістки навколо імплантату. Цей фактор візуально і рентгенологічно не розпізнається, але виникнення болю на третю-четверту добу після операції свідчить про набряк/напруження в кістці навколо імплантату і наступне руйнування кістки замість остеоінтеграції. Втрата первинної стабільності імплантату су-

проводжується розростанням грануляційної тканини і рентгенологічно підтвердженим ослабленням кісткового малюнку. Такі імплантати необхідно вилучати з кістки задля профілактики важких ускладнень, до появи атрофії у комірковому (альвеолярному) відростку і втрати довіри хворого до методики лікування.

■ Висновки

Використання загоювальних тefлонових ковпачків і кілець у системі ImpLife для слизової оболонки є ефективним вирішенням проблеми запальних ускладнень навколо абатмента одноетапного імплантату.

Захисні ковпачки і кільця одноетапних імплантатів ImpLife виконують роль формувачів ясенної манжет-

ки, що позитивно впливає на якість протезної роботи завдяки швидкій адаптації слизової оболонки навколо ковпачка.

Порівняно з традиційними металевими формувачами ясенної манжетки на тefлонових ковпачках та формувачах не утворюється наліт, що свідчить про зменшення ретенції мікроорганізмів у місці травми і знижує ризик розвитку періімплантиту.

Загоювальні ковпачки захищають язик від травмування абатментами до періоду протезування.

Підвищити якість життя хворих з повною або частковою адентією можливо завдяки скороченню термінів відновлення естетичної, мовної та жувальної функції при використанні одноетапних імплантатів ImpLife із загоювальними ковпачками.

■ Література

1. Параскевич В.Л. Одноэтапные винтовые имплантаты. Преимущества и недостатки / В.Л. Параскевич, Л.Л. Максименко. //Имплантация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. — Беларусь, Минск, 2009.
2. Кіщенко М.А. Особливості протезування часткових дефектів зубних рядів у бічних ділянках нижньої щелепи при одноетапній імплантації і ранньому навантаженні. Автореф. дис.канд.мед. наук, 2009.
3. Неспрядько В.П. Дентальна імплантація. Основи теорії та практики / В.П. Неспрядько, П.В. Куц — Харків: ВПП «Контраст», 2009. — 292 с.
4. Равів Е. Використання коротких імплантатів в альвеолярних відростках зі зменшеною висотою кістки / Е. Равів, Е. Туркотте, М. Гарель-Равів. / Імплантологія Пародонтологія Остеологія. — № 3(19) 2010. — С. 35-37.
5. Ihde S. No more sinuslifts/ CMF Implantology. — Dir Vol. 4, No2:160-174, 2009.
6. Король Д.М. Використання внутрішньокісткових імплантатів нерозбірної конструкції в комплексній реабілітації пацієнтів / Д.М. Король, С.О. Чертов, І.Н. Кир'ян. /Імплантологія Пародонтологія Остеологія. — № 3(19) 2010. — С. 43-46.
7. Касіяничук М.В. та ін. Обговорення удосконалення техніки дентальної імплантації при використанні імплантатів з розширеною платформою. / Імплантологія Пародонтологія Остеологія. — № 3(19) 2010. — С. 27-32.
8. Мазур І.П. Біомеханічні аспекти кісткової тканини нижньої щелепи: клініко-експериментальне дослідження / І. П. Мазур, П. В. Леоненко / Імплантологія Пародонтологія Остеологія. — № 2(18) 2010. — С. 8-16.