

УДК 616.543.645.6+577.113+575.11

# Використання однокомпонентних імплантатів при значній горизонтальній атрофії альвеолярного відростка

## The Use of One-component Implants in Case of Considerable Horizontal Atrophy Alveolar Ridge

Ілик Р.Р.<sup>1</sup>, Сирко О.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького, каф. ортопедичної стоматології (зав. — проф. Р. М. Ступницький)

<sup>2</sup>Клініка стоматології «РОМА», м. Дрогобич, хірург-стоматолог вищої категорії  
 R.R. Ilyk, O.M. Syrko

**Резюме** У статті обґрунтовано можливість використання однокомпонентних імплантатів при значній горизонтальній атрофії кістки.

**Summary** The article deals with possibility of the use of one-component implants in case of considerable horizontal bone atrophy.

**Ключові слова** однокомпонентний імплантат, горизонтальна атрофія, альвеолярний відросток

**Key words** one-component implant, horizontal atrophy, alveolar ridge

### Вступ

Досягненням сучасної стоматології є широке впровадження у клінічну практику дентальної імплантації. До новіших тенденцій належить пошук інноваційних матеріалів для виготовлення дентальних імплантатів, вдосконалення макро- та мікродизайну поверхні імплантату, розроблення щораз досконаліших з'єднань імплантат-абатмент, нових імплантологічних протоколів лікування, винайдення матеріалів та методик для запобігання атрофії кісткової тканини та проведення операцій зі збільшення об'єму альвеолярного відростка.

Плануючи лікування з використанням дентальних імплантатів, стоматолог-хірург часто стикається з проблемою дефіциту об'єму кістки альвеолярного відростка. У такому разі доводиться робити непростий вибір і застосувати: а) одну з наявних методик збільшення обсягу альвеолярного відростка; б) імплантат з урахуванням мікро- і макродизайну;

в) одномоментне поєднання операцій імплантації та аугментації;

г) аугментацію із наступним проведенням через певний проміжок часу (4-8 місяців) імплантації.

Названі методи, хоч і усталені, однак не єдині шляхи вирішення проблеми імплантації в ділянці дефіциту кістки альвеолярного відростка. При збереженій (достатній) висоті альвеолярного відростка та значній горизонтальній атрофії альтернативним варіантом є лікування з використанням однокомпонентних (нерозбірних) імплантатів (діаметр 3-3,3 мм).

Застосовуючи однокомпонентні імплантати, можна досягнути максимально швидкої та надійної остеоінтеграції, скоротити термін лікування, забезпечити негайне навантаження при первинній фіксації імплантату 30-35 Н/см.

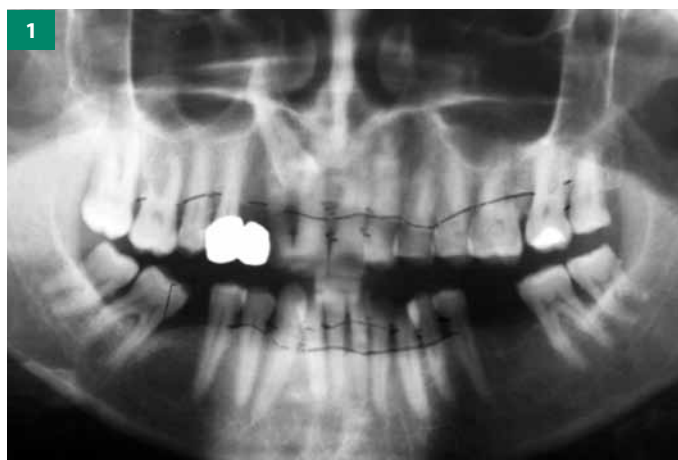
Розраховуючи на позитивний результат при встановленні однокомпонентних імплантатів, надзвичайно важливо досягти достатньої первинної фіксації (30-35 Н/см) та застосовувати одноком-

понентні імплантати в конкретних клінічних ситуаціях, які дозволяють попередити надмірні функціональні навантаження.

Факторами, які впливають на первинну стабільність імплантату, є макродизайн поверхні його внутрішньокісткової частини (компресійний тип різьби), архітектоніка кісткової тканини (тип кістки Д1, Д2, Д3, Д4) та принцип формування кісткового ложа (адаптивний, з урахуванням типу кісткової тканини).

### Клінічний випадок 1 (мал. 1, 2)

60-річна пацієнтка Д. звернулась у клініку з метою протезування в ділянці відсутніх зубів на нижній щелепі (зуби 46 і 36) та заміни на верхній щелепі металеві (золотої) консольної конструкції з опорою на зуб 14 на більш естетичну. Після огляду та обстеження (ОПГ, діагностичні моделі) виявлено ретинований зуб 13 та відсутні зуби 46 і 36. Враховуючи результати обстеження



та побажання пацієнтки, складено індивідуальний план стоматологічного лікування. Узгодивши його з пацієнткою, прийнято варіант лікування з імплантацією в ділянках зубів 13 та 36. У ділянці зуба 46, враховуючи виражену конвергенцію, неможливо провести імплантацію з подальшим протезуванням. У ділянці зуба 36 встановлено двокомпонентний (розбірний) імплантат

діаметром 4,2 мм, а в ділянці зуба 13, враховуючи мінімальні розміри в мезіо-дистальному та вестибуло-оральному напрямках і ретинований зуб, встановлено однокомпонентний імплантат (3,0x13,0). Через 3 місяці на імплантати виготовлені металокерамічні коронки. Клінічна ситуація через 7 років після проведеного лікування залишається стабільною.

### Клінічний випадок 2 (мал. 3-11)

18-річна пацієнтка Л. знаходиться на етапі завершення ортодонтичного лікування. Після максимально можливого розкриття дефектів у ділянках відсутніх зубів 12 і 22 (гіподонтія) встановлено однокомпонентні імплантати (3,0x11,5). Одночасно з імплантацією проведено аугментацію з вестибулярного боку дефектів





для збільшення ширини альвеолярного відростка. Через 4 місяці знято брекети та виготовлено ортопедичні реставрації на інтегровані імпланти ділянок зубів 12 і 22. Клінічна ситуація через 3 роки після лікування залишається стабільною.

### Клінічний випадок 3 (мал. 12-23)

Після огляду та обстеження 35-річної пацієнтки О. (ОПГ, діагностичні моделі) складено індивідуальний план стоматологічного лікування. Узгодивши його з пацієнткою, прийнято варіант лікування з операцією синус-ліфт та одномоментною імплантацією в ділянці від-

сутніх зубів 24, 25 та 26. Передопераційна підготовка передбачала професійну гігієну, повторне ендодонтичне лікування зубів 23 і 27, виготовлення рентгенологічного шаблону та проведення комп'ютерної томографії (КТ). Враховуючи кореляцію ортопедична реставрація – імплантат – обсяг кістки та значну горизонтальну атрофію альвеолярного відростка (до 3 мм), проведено лівосторонній синус-ліфт з одномоментною імплантацією в ділянки зубів 24, 25 та 26 трьох однокомпонентних імплантатів (3,0x13,0) з використанням хірургічного шаблону. Для тимчасової реабілітації виготовлено мостоподібну кон-

струкцію з опорою на зубах 23 і 26 та імплантах. Через 8 місяців проведено ортопедичний етап лікування та виготовлено три металокерамічних коронки на імпланти та одиночні коронки на зуби 23 і 27. Клінічна ситуація через 5 років після проведеного лікування залишається стабільною.

### Висновки

Використання однокомпонентних (нерозбірних) імплантатів має певні переваги над застосуванням розбірних конструкцій: відсутність мікрощілин завдяки суцільності імплантату, які можуть



спричини ретенцію мікроорганізмів та зумовити розвиток періімплантиту, розгвинчування, перелом абатмента,

з'єднувального гвинта; можливість імплантації із досягненням достатньої первинної стабільності при значній гори-

зонтальній атрофії альвеолярного відростка з негайним навантаженням та скороченням терміну лікування.

## Список використаної літератури

- Параскевич В.Л. Одноетапные винтовые имплантаты. Преимущества и недостатки / В.Л. Параскевич, Л.Л. Максименко // Имплантация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Беларусь: Минск, 2009.
- Авербух Ф. Разрешения проблемы имплантации зубов при узком костном гребне методом, отличающимся от традиционных / Ф. Авербух, А. Тимофеев, С. Кабанчук, А.В. Павленко // Современная стоматология. – 2004. – №3. – С. 105–106.
- Опанасюк И.В. Одноэтапная имплантация. Одноэтапная имплантация. Немедленная нагрузка. Одноэтапный Q-имплантат фирмы TRINON (Германия) / И.В. Опанасюк, Ю.В. Опанасюк. // Современная стоматология. – 2003. – №2. – С. 86–92.
- Чертов С.Л. Обгрунтування застосування однокомпонентних імплантатів діаметром 3 мм. Системи Implife при атрофії альвеолярного ідростка нижньої щелепи // Імплантологія Пародонтологія Остеологія – №1 (25). – 2012. – С. 67–72.
- Канюра О.А., Воєвода О.П., Хомишин В.М. Лікування вродженої адентії за допомогою імплантатів та ортодонтичної апаратури // Імплантологія Пародонтологія Остеологія – № 3 (11). – 2008.
- Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. – 2-е издание. – Москва, 2006. – С. 216–218, 229–230, 248–249.
- Угрин М.М., Солонько М.Ю. Возможности застосування конусно-променевої комп'ютерної томографії при плануванні дентальної імплантації. Огляд літератури. – Новини стоматології – №2(67) 2011. – С. 6-12



ПЕРЕДПЛАТНИЙ ІНДЕКС 74346

Оформити передплату на журнал «НОВИНИ СТОМАТОЛОГІЇ»

Ви можете у будь-якому відділенні зв'язку України, а також у передплатних агентствах

Меркурій	м. Дніпропетровськ	(056) 744-16-61, 744-72-87, 778-52-85	КСС	м. Луганськ	(0642) 71-07-02
Фактор-Преса	м. Львів	(032) 241-83-91, 241-83-92	КСС	м. Луцьк	(0332) 28-52-67 (067) 691-64-23
Фактор-Преса	м. Харків	(057) 717-71-99	КСС	м. Львів	(032) 241-91-65, 241-91-66
Ідея	м. Донецьк	(062) 381-09-32, 304-20-22	КСС	м. Миколаїв	(0512) 58-00-99, 46-42-58
ПП Парашак	м. Дрогобич	(0342) 41-54-74	КСС	м. Одеса	(048) 777-03-55, 718-90-61
ПП Філіпова	м. Івано-Франківськ	(0342) 50-13-20	КСС	м. Полтава	(0532) 50-93-10, 50-65-15
ПП Потьомкіна	м. Хмельницький	(0382) 78-33-78	КСС	м. Рівне	(0362) 43-20-12, (067) 242-68-24
САММІТ	м. Київ	(044) 521-40-50, 521-23-74	КСС	м. Севастополь	(0692) 54-90-64
САММІТ-Львів	м. Львів	(032) 245-22-04, 298-04-80	КСС	м. Сімферополь	(0652) 62-07-56, 70-99-09
САММІТ-Крим	м. Сімферополь	(0652) 51-56-55, 51-63-56	КСС	м. Суми	(0542) 61-95-50, (067) 245-62-73
САММІТ-Крим	м. Ялта	(0654) 32-41-35	КСС	м. Тернопіль	(0352) 23-51-51, 43-04-27
САММІТ-Харків	м. Харків	(057) 714-22-60, 714-22-61	КСС	м. Херсон	(0552) 26-63-59, (067) 218-60-98
САММІТ	м. Кременчук	(0536) 79-13-28	КСС	м. Черкаси	(0472) 56-97-69, (067) 468-77-02
САММІТ	м. Полтава	(0532) 63-68-40	КСС	м. Чернівці	(0372) 58-40-57, 90-40-40
САММІТ	м. Дніпропетровськ	(056) 370-44-23, 370-45-12	КСС	м. Чернігів	(0462) 60-45-13
КСС	м. Вінниця	(0432) 69-79-77, (67) 242-60-83	КСС	м. Ялта	(0654) 26-27-24, (067) 506-27-73
КСС	м. Запоріжжя	(061) 213-49-50, 220-96-00	НочуХау	м. Миколаїв	(0512) 47-35-03, 47-20-03, 47-25-47
КСС	м. Кам'янець-Подільський	(03849) 5-16-05, (067) 401-61-54			
КСС	м. Київ	(044) 585-80-80	Західний кур'єр	м. Львів	(032) 221-21-01
КСС	м. Кіровоград	(0522) 27-02-92	Прес максимум	м. Львів	(032) 297-15-15, 297-02-18
КСС	м. Кривий Ріг	(056) 440-07-59, (067) 487-41-61	Циндра	м. Львів	(032) 297-15-15