

Досвід застосування одноетапних стоматологічних імплантатів Vitaplant

Experience of One-step Dental Implant Vitaplant



Король Д.М.

Ніколов В.В.

Король Д.М.¹, д.мед.н., проф.,
Ніколов В.В.², лікар-стоматолог-ортопед, головний лікар, ас., лектор
¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава
²стоматологічна клініка фірми «Вітадент», навчальний центр «Дентал-Маєстро», Запоріжжя
Korol D.M., Nikolov V.V.

Мета: Проведення клінічних досліджень застосування стоматологічного одноетапного імплантату Vitaplant. **Методи:** Встановлення стоматологічного внутрішньокісткового імплантату за одноетапним протоколом. **Результати:** Застосування одноетапного імплантату запобігає значній травматизації та передачі жувального навантаження безпосередньо вглиб кістки, що сприяє малоінвазивності втручання. **Висновки:** Перевагами одноетапного стоматологічного внутрішньокісткового імплантату Vitaplant є висока швидкість та безпека встановлення.

Ключові слова: резорбція кістки, слизова оболонка, імплантат, альвеолярний відросток, мостоподібні протези.

Вступ

Успішне встановлення денального імплантату залежить від багатьох факторів: якісної характеристики кістки, адаптивного формування кісткового ложа, загального стану пацієнта, а також від конструктивної особливості імплантату, який надалі забезпечує прогресуючу остеоінтеграцію. Ортопедична реабілітація пацієнтів за допомогою стоматологічних імплантатів на сьогодні є загальноприйнятною методикою заміщення дефектів зубних рядів. Зубні протези з опорою на імплантати відновлюють естетичну та жувальну функції, забезпечують пацієнтам почуття комфорту та психологічної впевненості, не вимагають обов'язкового включення в опорну частину конструкцій інтактних зубів. Залежно від клінічної ситуації та якості кісткової тканини, використовують різні види імплантатів та підходи для забезпечення внутрішньокісткової інтеграції цих конструкцій, виготовлених з різних матеріалів [1–3]. Одноетапні нерозбірні імплантати виключають вірогідність

відкручування гвинта, який з'єднує частини двоетапного імплантату. Перевага одноетапного імплантату полягає ще і в тому, що його можна виготовити малого діаметра і встановити на вузькому альвеолярному гребені. Одноетапні імплантати більшого діаметра доцільні при встановленні в широкий альвеолярний гребінь. За умови належної первинної фіксації імплантатів можливе раннє протезування. Особливо бажане протезування в короткий термін людей похилого віку, у яких внаслідок атрофії кістки незадовільно фіксуються знімні протези. У сучасній стоматологічній імплантології застосовуються різні види імплантатів, які мають як переваги, так і недоліки. Недостатній ступінь ефективності відомих конструкцій імплантатів обумовлений конструктивними особливостями внутрішньокісткової частини. Метою нашого дослідження було проведення клінічних досліджень застосування стоматологічного одноетапного імплантату Vitaplant, на який отримано Патент України на корисну модель №56183 від 10.01.2011.



Матеріал і методи

Аналіз клінічних випадків встановлення одноетапного стоматологічного внутрішньокісткового імплантату Vitaplant підтвердив переваги імплантатів такої конструкції – висока швидкість та безпека встановлення. Для встановлення імплантату достатньо малого перфораційного отвору в слизовій оболонці. Завдяки малому діаметру шийки (2,0 мм, 2,5 мм) і самонарізному типу різьби формування імплантаційного ложа проводиться за допомогою пілотного свердла діаметром 2,0 мм, 2,5 мм при 2, 3, 4 типі кістки під діаметр шийки, компресійна різьба забезпечує ущільнення губчастого шару. Формування каналу в 1-му типі кістки проводиться послідовним формуванням лопатевими свердлами відповідно до діаметра різьбової частини імплантату. Така методика забезпечує незначну травматичність процедури та передачу

жувального навантаження безпосередньо вглиб кістки і є малоінвазивною. За даними авторів, методика встановлення стоматологічного внутрішньокісткового одноетапного імплантату Vitaplant є такою. Після знеболювання проводять вживлення імплантату по краю тіла нижньої щелепи на рівні проксимального кінця зубного ряду. За протоколом, внутрішньокісткова частина повинна занурюватись в кістку разом з текстурованою півсферичною канавкою. В процесі ремодуляції кістки кільцева півсферична канавка заповнюється регенератом і формує ефект «зміщеного ранового каналу», що надалі запобігає прецедерв'яльній резорбції кістки. Циліндрична шийка розташовується тільки в слизовій оболонці і формує «ясенну манжетку». У разі фізіологічної рецесії слизової оболонки можливе протезування без ускладнень (формування опорного кільця).

Клінічний випадок

У пацієнтки першопочатково були відсутні зачатки зубів 22 і 12. Це порушувало естетику, не дозволяло пацієнтці повноцінно посміхатися. Щоб виправити ситуацію, застосували ортодонтичні методи, встановивши брекети. Внаслідок лікування утворились міжзубні проміжки, необхідні для встановлення імплантатів. Пацієнтці встановили одноетапні імплантати системи Vitaplant. Оскільки імплантати досить тонкі, це вдалося безпроблемно реалізувати. Потім провели протезування конструкцією з опорою на імплантатах, поєднавши її з природними зубами. Коронки виконують функцію абатмента для підтримання ясен.

Результати та їх обговорення

Нами було встановлено 16 імплантатів на верхній і нижній щелепах



Ізолювання кофердамом від потрапляння залишків цементу



особам жіночої і чоловічої статі, віком від 35 до 56 років. Оперативне втручання проводили за протоколом, рекомендованим авторами. Адаптація хворих відбувалась без особливостей і не викликала явищ дискомфорту. Спостереження протягом 6 місяців за станом тканин, що оточують імплантат, показало задовільні результати: відсутність дискомфорту під час жування, не виникала патологічна рухомість. Проба Шиллера-Писарева у пацієнтів, яким встановили одноетапні імплантати, не виявляла значного підвищення

вмісту глікогену. Слизова оболонка зберігала хороші регенеративні властивості, що не спричиняло значних змін і хронічних запальних процесів. Також не спостерігали запальних явищ слизової оболонки альвеолярних відростків. Значення гігієнічного індексу через місяць збільшились з $1,1 \pm 0,05$ до $1,6 \pm 0,05$, що не перевищує норми. Через 1 місяць значення показника знизилися до $1,3 \pm 0,05$, а через 3 місяці показники повернулися до вихідних значень та залишалися на такому самому рівні протягом всього періоду спостережен-

ня. За даними диспансерного спостереження відзначена задовільна фіксація встановлених імплантатів. За допомогою комп'ютерної томографії були проведені дослідження кісток щелеп, щільність кістки оцінювали за коефіцієнтом абсорбції рентгенівського випромінювання, який визначали за шкалою Хаунсфілда. Клінічні дослідження показали, що одноетапний внутрішньокістковий імплантат Vitaplant не викликає виражених змін у тканинах, що його оточують.

Висновки

З'ясовано, що використання одноетапного імплантату Vitaplant у повсякденній стоматологічній практиці, завдяки його конструктивним особливостям, забезпечує можливість встановлення як у вузькому, так і в широкому альвеолярному гребені для протезування незнімними мостоподібними протезами, запобігає прецеравній резорбції кортикального прошарку кістки та рецесії слизової оболонки, забезпечує скорочення термінів відновлення слизової оболонки навколо імплантату та підвищення ступеня ефективності ортопедичного лікування. Ортопедичне лікування з використанням імплантатів системи Vitaplant – це гарантія довготривалої якості, яка дозволяє повернути привабливість посмішки та втрачені функції зубощелепної системи.

Список використаної літератури

1. Балтабаев М.М. Применение различных систем имплантации при имплантации / М.М.Балтабаев, Т.Т. Сельпиев, К.К. Коомбаев, А.Д. Мурзалиев // Новое в стоматологии. — 2005. — №4. — С. 63-65.
2. Малорян Е.Я. Внутрикостная одноэтапная имплантация по системе «Биомал-имплантат» / Е.Я. Малорян, Е.И.Новосельская, А.Е.Малорян // Российский стоматологический журнал, 2005. — №4. — С. 28-31.
3. Мушиев И.У. Виды внутрикостных имплантатов /И.У.Мушиев, В.Н. Олесова, О.З. Фрамович // Практическая дентальная имплантология. — 2000. — С. 19—36.