

Збереження вестибулярної кісткової пластинки фронтальної ділянки верхньої щелепи шляхом негайної імплантації із застосуванням методики створення кісткового проміжку (зазору) 2 мм, спираючись на механізм спонтанної кісткової регенерації: опис клінічного випадку*

Катерина Ю. Нагорняк¹, Іван В. Нагорняк^{2,*}

¹Хірург-стоматолог, аспірант кафедри терапевтичної стоматології Стоматологічного інституту Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

²Хірург-стоматолог, доктор філософії; приватна стоматологічна практика, м. Київ, Україна

ВІДОМОСТІ ПРО СТАТТЮ

Відомості про статтю:

Рукопис отримано 16 жовтня 2018 року

Прийнято до публікації

25 листопада 2018 року

Опубліковано онлайн

25 грудня 2018 року

АНОТАЦІЯ

Проміжок (зазор) (англ. gap; синоніми: дистанція стрибка (jumping distance), кістковий проміжок (зазор) (bone gap)) між поверхнею імплантата та навколишньою кістковою тканиною, що утворюється під час негайної дентальної імплантації, може використовуватися для збереження вестибулярної кісткової пластинки. У представленому клінічному випадку розглянуті рекомендації Міжнародної команди імплантологів (International Team for Implantology, ITI) та групи дослідників Невес (Neves) і співавт. (2013) [6, 7]. Наведений опис клінічного випадку 32-річної пацієнтки підтверджує можливість успішного спонтанного загоєння кісткової тканини та досягнення надійної остеоінтеграції за наявності кісткового зазору шириною 2 мм між негайно встановленим імплантатом і вестибулярною кістковою пластинкою, що забезпечує її збереження.

Ключові слова:

Дентальні імплантати

Збереження вестибулярної кісткової пластинки

Негайна імплантація

Проміжок (зазор)

Дистанція стрибка

© 2018 OMF Publishing, LLC. Ця стаття опублікована у відкритому доступі відповідно до умов ліцензії Creative Commons «Зазначення авторства — Некомерційне використання 4.0 Міжнародна». (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

* Рукопис цієї статті раніше не був представлений для публікації.

* Автор для листування: приватна стоматологічна практика, вул. Андрюценка, 6-Г, офіс 6, м. Київ, 01135, Україна.

Телефон: +380674088131

Електронна пошта: ivan.nagorniak@gmail.com (Іван В. Нагорняк)

<http://dx.doi.org/10.23999/j.dtomp.2018.4.2>

Вступ

Простір, між поверхнею імплантата та навколишньою кістковою тканиною, що утворюється під час негайної дентальної імплантації, називають проміжком (зазором) (англ. gap; синоніми: дистанція стрибка (jumping distance), кістковий проміжок (зазор) (bone gap)) [1, 2]. За даними Мехта і Шах (Mehta and Shah, 2015), кістковий проміжок (зазор) може виникати з будь-якого боку негайно встановленого дентального імплантата: вестибулярного, язикового (піднебінного) або проксимального [1]. Задля запобігання рецесії м'яких тканин в естетичній зоні переднього відділу верхньої щелепи надзвичайно важливо зберегти вестибулярну кісткову пластинку в процесі реабілітації пацієнтів [3-6]. Через незначну товщину вестибулярної пластинки в цій ділянці, її збереженню слід приділяти особливу увагу, оскільки резорбція вестибулярної кістки є основною причиною рецесії м'яких тканин [1, 4].

Метою цієї публікації є висвітлення методики негайної імплантації, яка передбачає формування кісткового проміжку (зазору) шириною 2,0 мм між поверхнею імплантата та вестибулярною кістковою пластинкою. Такий підхід дає змогу забезпечити спонтанну кісткову регенерацію та зберегти вестибулярну пластинку, що суттєво знижує ризик рецесії м'яких тканин [7-12].

Клінічний випадок

До клініки звернулася пацієнтка віком 32 роки зі скаргами на симптоми хронічного періапикального ураження в ділянці зуба 12. Хірургічне втручання було виконане під місцевою анестезією (1,7 мл ультракаїну Д-С форте (Ultracain D-S forte), ТОВ Авентіс Фарма Німеччина (Aventis Pharma Deutschland GmbH), Франкфурт, Німеччина). Після травматичного видалення 12-го зуба було встановлено дентальний імплантат завдовжки 10 мм (U-Impl, Біль, Швейцарія) із платформою діаметром 3,5 мм. Імплантат розташували піднебінно-дистальніше відносно екстракційної лунки (рис. 1). Довжину імплантату 10 мм обрали з метою можливої його майбутньої заміни на довший в разі необхідності повторної імплантації. Встановили формувач ясен розміром 5,5 мм × 2,0 мм (W2, U-Impl, Біль, Швейцарія). Ушивання здійснили ниткою VICRYL 4-0 з покриттям (Ethicon, США). Застосована методика (відповідно до рекомендацій Невес (Neves) і співавт. (2013) [6]) дозволила досягти спонтанної кісткової регенерації та остеоінтеграції імплантату за наявності кісткового проміжку (зазору) шириною 2,0 мм (рис. 2), заповненого кров'яним згустком. Трансплантаційний кістковий матеріал не застосовувався, оскільки розмір горизонтального дефекту відповідав рекомендаціям, наведеним у матеріалах Третьої консенсусної конференції Міжнародної команди імплантологів (ITI) [7]. Контрольний огляд через 1,2 роки продемонстрував високий естетичний результат та відсутність клінічно значущої рецесії м'яких тканин навколо імплантату.

Обговорення

Відповідно до публікації Невес (Neves) і співавт. (2013) та матеріалів Третьої консенсусної конференції Міжнародної команди імплантологів (ITI), присвяченої встановленню імплантатів у післяекстракційні лунки, були сформульовані такі узгоджені положення щодо збереження вестибулярної кісткової пластинки та показань

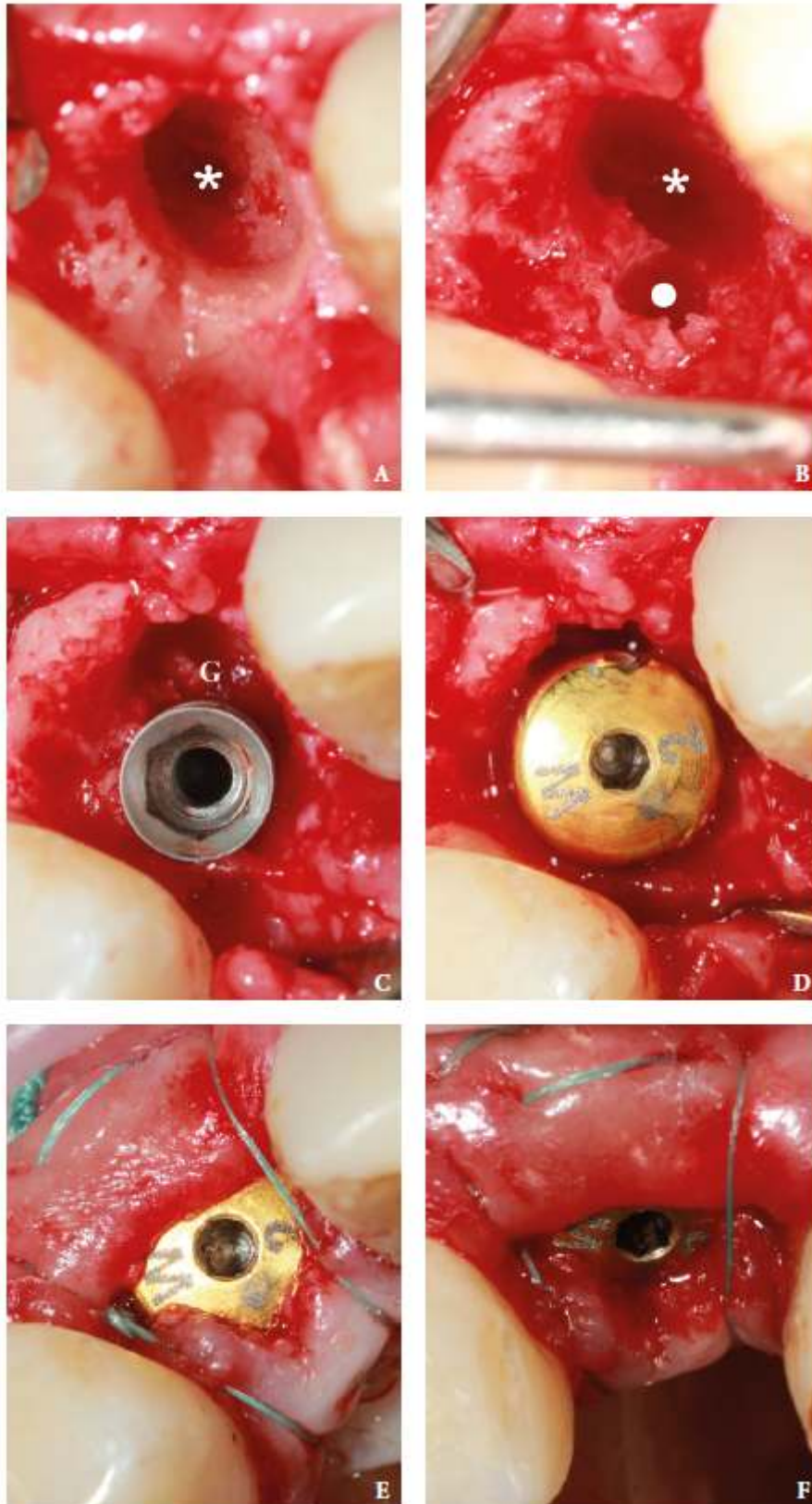


РИСУНОК 1. Збереження вестибулярної кісткової пластинки фронтальної ділянки верхньої щелепи шляхом негайної імплантації із застосуванням методики створення кісткового проміжку (зазору) 2 мм. **А** – екстракційна лунка зуба (позначена зірочкою) після атравматичного видалення 12-го зуба. **В** – вигляд після початкового свердління кісткового ложа (місце свердління позначене колом). **С** – вигляд після

встановлення дентального імплантату завдовжки 10 мм із платформою діаметром 3,5 мм. Кістковий проміжок (зазор) шириною 2,0 мм позначено літерою *G*. **D** – вигляд після встановлення формувача ясен. **E** – вигляд в аксіальній проєкції після накладання швів. **F** – вигляд під кутом після накладання швів.

152

ЗБЕРЕЖЕННЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИНКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДИКИ КІСТКОВОГО ПРОМІЖКУ (ЗАЗОРУ) 2 ММ

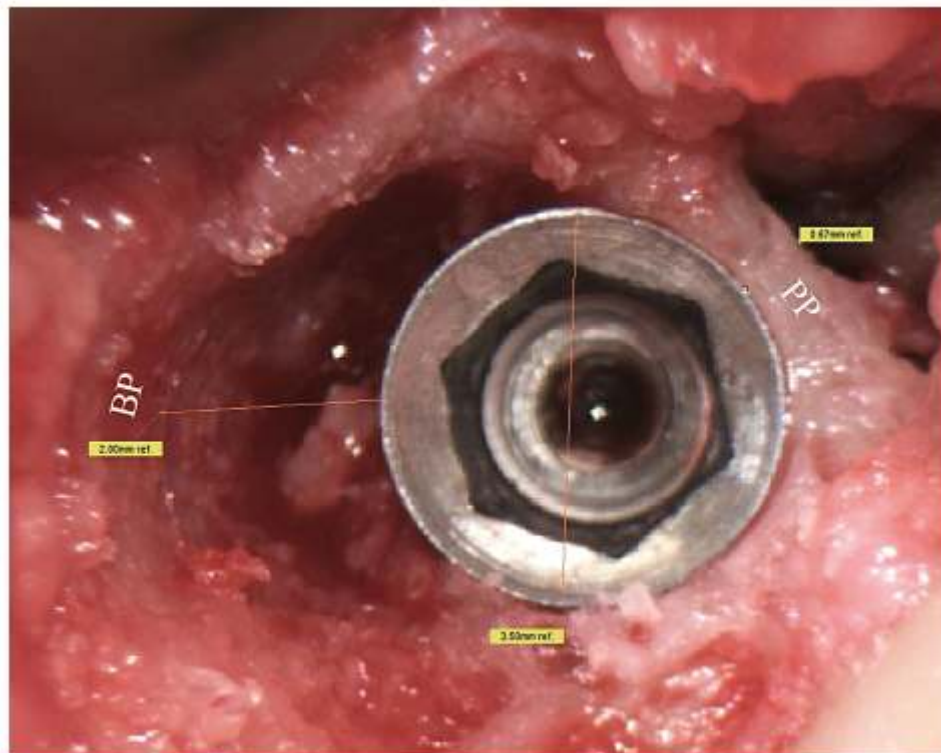


РИСУНОК 2. Збільшений інтраоральний вигляд після встановлення дентального імплантату завдовжки 10,0 мм із платформою діаметром 3,5 мм. Проміжок (зазор) шириною 2,0 мм (синонім: дистанція стрибка (англ. jumping distance)) позначений як *2.00 mm ref*. Вестибулярна кісткова пластинка позначена літерами *BP*, піднебінна – літерами *PP*.

до заповнення кісткового проміжку (зазору) [6, 7]:

1. Під час загоєння кісткової тканини відбувається зовнішня резорбція (моделювання) стінок лунки.
2. За наявності горизонтального дефекту розміром 2 мм або менше спостерігається спонтанна кісткова регенерація та остеоінтеграція імплантатів.
3. Проведення процедур кісткової регенерації рекомендоване у випадках, коли розмір горизонтального дефекту перевищує 2 мм та/або за відсутності цілісності стінок лунки.

Чен та Бусер (Chen and Buser) (2009) акцентували увагу на тому, що за ширини зазору понад 2 мм показане заповнення кісткового проміжку (зазору) [8].

Результати

Отже, наведений нами клінічний випадок демонструє, що граничний розмір горизонтального проміжку (зазору) у 2 мм може застосовуватися як рекомендований метод лікування з метою збереження вестибулярної кісткової пластинки при негайній імплантації. Такий підхід сприяє досягненню довготривалого естетичного результату у фронтальній ділянці верхньої щелепи.

Висновки

Описаний нами клінічний випадок із наявним проміжком (зазором) розміром 2,0 мм, між негайно встановленим імплантатом та вестибулярною кістковою пластинкою, підтверджує: 1) належну (хорошу) спонтанну кісткову регенерацію; 2) успішну остеоінтеграцію; 3) ефективне збереження вестибулярної кісткової пластинки.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутній конфлікт інтересів (відсутній).

Внесок співавторів

Катерина Ю. Нагорняк (відповідальна за концепцію та дизайн статті, збір матеріалу, підготовку (написання) рукопису).

Іван В. Нагорняк (відповідальний за концепцію та дизайн статті, збір матеріалу, редагування рукопису).

Етичне схвалення статті

Етичне схвалення для цього дослідження не вимагалось.

Згода пацієнта

Отримано письмову інформовану згоду пацієнта на публікацію клінічних фотографій.

Фінансування

Дослідження виконане без залучення фінансової підтримки.

Подяки

Відсутні.

Література

1. Мехта Х., Шах С. Ведення кісткового зазору та резорбції вестибулярної кісткової пластинки під час негайної дентальної імплантації: опис клінічного випадку. *Міжнародний журнал з орального здоров'я (Journal of International Oral Health)* **2015**;7(Додаток 1):72-5.
2. Боттічеллі Д., Берглунд Т., Бузер Д., Лінде Дж.. Перегляд поняття «дистанції стрибка»: експериментальне дослідження на собаках. *Клінічні дослідження оральних імплантів (Clinical Oral Implants Research)* **2003**;14(1):35-42.
3. Жануаріу А. Л., Дуарте В. Р., Баррів'єра М., Месті Ж. С., Араужо М. Г., Лінде Дж.. Товщина вестибулярної кісткової стінки фронтальної ділянки верхньої щелепи: дослідження із застосуванням конусно-променевої комп'ютерної томографії. *Клінічні дослідження оральних імплантів (Clinical Oral Implants Research)* **2011**;22(10):1168-71.
4. Катранджі А., Міш К., Ван Х. Л. Товщина кортикальної кістки трупів людей із наявними зубами та у беззубих. *Журнал пародонтології (Journal of Periodontology)* **2007**;78(5):874-8.
5. Чен С. Т., Дарбі І. Б., Рейнольдс Е. С. Проспективне клінічне дослідження одноетапних негайних імплантів: клінічні наслідки та естетичні результати. *Клінічні дослідження оральних імплантів (Clinical Oral Implants Research)* **2007**;18(5):552-62.
6. Невес М., Коррейя А., Алвес С. С. Новий підхід до збереження вестибулярної стінки при негайній імплантації: клінічний звіт. *Журнал оральної імплантології (Journal of Oral Implantology)* **2013**;39(2):198-205. <https://doi.org/10.1563/AJID-JOI-D-11-00082>
7. Чен С., Бузер Д. Встановлення імплантів у післяекстракційні лунки. Керівництво з лікування ІПІ. За ред. Д. Бузера, Д. Вісмейєра, Д. Бельсера та ін.. Видання 3-тє. Берлін: Квінтесенція, **2008**.
8. Чен С. Т., Бузер Д. Клінічні та естетичні результати встановлення імплантів у післяекстракційні лунки. *Міжнародний журнал оральної та щелепно-лицевої імплантології (The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants)* **2009**;24(Дод.):186-217.
9. Таварез Р. Р., Дос Рейс В. Л., Роша А. Т., Фірузманд Л. М., Бандека М. С., Тонетто М. Р., Мальейрос А. С. Атравматичне видалення зубів та негайне встановлення дентальних імплантів: значення збереження контуру ясенних тканин. *Міжнародний журнал з орального здоров'я (Journal of International Oral Health)* **2013**;5(6):113-8.
10. Кайаццо А., Бруньямі Ф., Мехра П. Збереження вестибулярної кісткової пластинки при негайній імплантації в післяекстракційну лунку та тимчасовому протезуванні: попередні результати нової методики. *Міжнародний журнал оральної та щелепно-лицевої хірургії (International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery)* **2013**;42(5):666-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.11.009>
11. Грунендейк Е., Стаас Т. А., Граувманс Ф. Е. Я., Бронхорст Е., Верхамме Л., Маал Т., Мейер Г. Ж. Негайне встановлення імплантів: доля вестибулярного кісткового гребеня. Ретроспективне дослідження із застосуванням конусно-променевої комп'ютерної томографії. *Міжнародний журнал оральної та щелепно-лицевої хірургії (International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery)* **2017**;46(12):1600-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.06.026>
12. Грінштейн Г., Кавалларо Ж. Ведення кісткового зазору та вестибулярної кісткової пластинки під час негайної дентальної імплантації. *Сучасна стоматологія (Dent Today)* **2013**;32(3):70.

Нагорняк К. Ю., Нагорняк І. В.

Збереження вестибулярної кісткової пластинки фронтальної ділянки верхньої щелепи шляхом негайної імплантації із застосуванням методики створення кісткового проміжку (зазору) 2 мм, спираючись на механізм спонтанної кісткової регенерації: опис клінічного випадку.

Nagorniak K. Y., Nagorniak I. V.

Buccal plate preservation at anterior maxilla using immediate implant placement with a 2.0 mm gap technique based on spontaneous bone healing: case report

Журнал з діагностики та лікування патології ротової порожнини і щелепно-лицевої патології **2018**; 2(4): 151-4.

J Diagn Treat Oral Maxillofac Pathol **2018**; 2 (4):151-154.

<http://dx.doi.org/10.23999/j.dcomp.2018.4.2>