



## Показання до застосування імплантатів у горбово-крилоподібній ділянці

### Grounds for Mind Implants Lack Height of Alveolar Process

**Резюме** Обґрунтована доцільність встановлення імплантатів у горбово-крилоподібній шов при атрофії висоти альвеолярного відростка верхньої щелепи без застосування методик аугментації.

**Summary** Authors analyzed results experience of using long dental implants with lack height of alveolar process of maxilla Presented clinical cases were selected in order to show surgical technique, which may be reason of on surgeon-stage implantation.

**Ключові слова** горбово-крилоподібна ділянка, імплантати, атрофія висоти  
**Key words** long dental implants, lack of bone height

#### Вступ

Втрата зубів у бічній ділянці верхньої щелепи призводить до резорбції альвеолярної кістки (мал. 1). На резорбцію альвеолярного відростка впливають термін давності видалення зубів і період користування знімними протезами.

Об'єм верхньощелепної пазухи має вікові та індивідуальні відмінності.

Від розмірів верхньощелепної пазухи залежить залишковий обсяг кісткової тканини, у яку можна встановити імплантати [1].

Прийнятним варіантом лікування в такій ситуації традиційно є проведення операції синус-ліфту і кісткової пластики. Незважаючи на високий рівень успіху таких процедур і належну прогнозованість, більшість пацієнтів негативно ставлять-

ся до оперативних втручань через ризику, ускладнення, вартість маніпуляції і стрес, пов'язаний з інвазійним втручанням [2]. Аналіз амбулаторних карток 200 стоматологічних хворих м. Москви показав, що у практиці стоматологічної імплантації спостерігаються: перфорація верхньощелепного синуса — 25%, перфорація нижньощелепного каналу — 20%, некроз кістко-



Мал. 1. Атрофія верхньої щелепи після тривалого користування знімним протезом



Мал. 2. Ортопантомограма хворого Ф. зі значною атрофією щелеп

вої тканини – 5%, нагноєння рани – 5 %, часткове оголення імплантату – 5%, відторгнення – 2-15% та інші [3].

Імплантація у ранній термін після екстракції зубів (7–30 днів) або відразу після видалення зуба дозволяє призупинити процес резорбції й стабілізувати обсяг кістки. Але переважна більшість хворих зголошуються на лікування на III–IV стадії пародонтиту, коли кістка вже резорбована.

Застосування методик аугментації кістки призводить до значного збільшення тривалості лікування й не відповідає вимогам пацієнта. Для успішного лікування пацієнтів при вираженій атрофії щелеп застосовуються короткі (5–7 мм) імплантати й/або довгі імплантати з похилим введенням через горб верхньої щелепи в з'єднання із крилоподібною кісткою [2, 4]. Метою даної роботи був аналіз частоти застосування імплантатів у горбово-крилоподібній ділянці при атрофії дистальних ділянок верхніх щелеп без застосування методик аугментації кісткової тканини.

### Матеріали та методи дослідження

Досліджувана група складається з 54 пацієнтів, яким було запропоновано й проведено лікування дефектів зубних рядів верхньої щелепи протезами з опорою на імплантати систем AB Dental (Ізраїль) у ділянці атрофії кісткової тканини без застосування синусліфту. Вік пацієнтів становив від 47 до 78 років, терміни користування знімним протезом від 1 до 15 років. Спостереження розпочате в 2008 році й триває на даний час. Обстеження складалось із зовнішнього та внутрішньоротового огляду, ортопантомографії та комп'ютерної томографії. Висота альвеолярного гребеня (до дна гайморової пазухи), за даними рентгенограм, становила не більше 1–7 мм (мал. 2). При наявності прикріплених ясен у ділянці горба верхньої щелепи встановлювали довгий імплантат від 13 до 18 мм у шов, що з'єднує горб верхньої щелепи й крилоподібні відростки клиноподібної кістки (мал. 3, 4).



Мал. 3. Горбово-крилоподібний шов



Мал. 4. Імплантат встановлений у горбово-крилоподібному шві



Мал. 5. Ортопантомограма хворого М. Пародонтит III–IV ступеня з резорбцією кістки

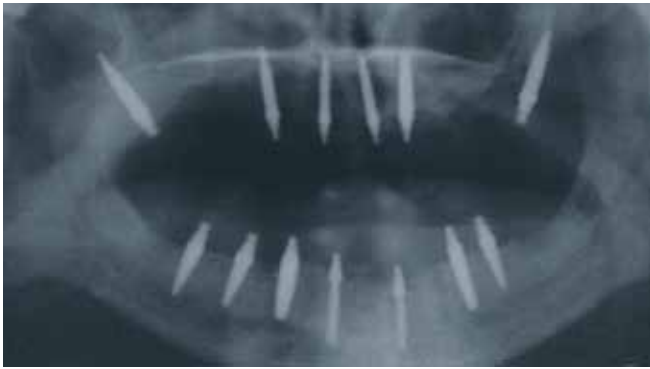


Мал. 6. Атрофія верхньої щелепи. Навіть після повної втрати зубів крилоподібні відростки основної кістки не атрофуються

### Результати дослідження та їх обговорення

Функція визначає форму. Після втрати зубів дистальні ділянки верхньої щелепи втрачають свою форму. Кожен другий хворий відмовляється від протезування на імплантатах, коли порівнює вартість, операційний ризик та довготривалість лікування з використанням кісткової пластики. Сукупні негативи (тривалість, дорожнеча, ризик невдалого результату) не відповідають вимо-

гам пацієнта до протезування. Облік негативних результатів лікування, на нашу думку, повинен починатися саме з відмов хворих, а не з тих, кому безальтернативно проведений передімплантаційний синусліфт. Хірургічний ризик при втручаннях у горбово-крилоподібній ділянці пов'язаний із травмою судин (нисхідна піднебінна артерія й інші), подальшою післятравматичною гематомою крилопіднебінної ямки. Щоб побачити шов між кістками, що утворюють горбово-



Мал. 7. Ортопантомограма хворого Ф. з встановленими імплантатами



Мал. 8. Ортопантомограма 72-річної пацієнтки після імплантації

крилоподібну ділянку, потрібне проведення комп'ютерної томографії. Процес ремоделювання кістки після видалення зубів приводить до атрофії альвеолярного гребеня. У результаті цього в бічних ділянках верхньої щелепи в осіб будь-якого віку спостерігаються ділянки дуже тонкої кістки (мал. 5). При атрофії альвеолярного відростка внаслідок втрати зубів крилоподібні відростки основної кістки не атрофуються (мал. 6). Відомо, що перерозподіл оклюзійних сил повинен відбуватися на протилежні кортикальні пластинки – тому



Мал. 9. Короткий імплантат як дистальна опора протеза

ми вирішили встановити імплантати у горбово-крилоподібній ділянці. Імплантат фіксований через горб верхньої щелепи в обхід синуса в горбово-крилоподібний шов (мал. 7, 8). Альтернативою можна вважати встановлення коротких імплантатів тільки в ділянці горбка верхньої щелепи (мал. 9). Фіксований у щільній кістці імплантат може бути навантажений через два-три тижні. В короткий термін хворий отримує те, за чим він звертався до лікаря, – зуби. Проведений аналіз власного клінічного досвіду, аналіз рентгенограм щелеп дозволяє стверджувати:



Мал. 10. Вигляд тимчасової роботи після лікування

1. Ділянка горбово-крилоподібного шва необачно залишилася поза увагою імплантологів. Щільна кістка у цій ділянці дозволяє надійно встановити імплантат, порівняно з альвеолярною кісткою.

2. Застосування довгих імплантатів системи AB Dental (Ізраїль) у бічних ділянках верхньої щелепи з мінімальною висотою альвеолярного гребеня, однак фіксованих в горбово-крилоподібний шов, дозволяє не тільки уникнути додаткових матеріальних витрат і травматизації при аугментації кісткової тканини, але й значно скоротити терміни лікування.

3. Отримані нами результати лікування відповідають вимогам хворих до незнімного протезування на імплантатах (мал. 10).

4. Кістковими орієнтирами є альвеолярний гребінь, крилоподібний гачок, великий піднебінний отвір і горб верхньої щелепи, за даними комп'ютерної томографії.

*Автори висловлюють вдячність фірмам «AB Dental Devices» (Ізраїль) за підтримку в клінічній роботі.*