

ОРТОПЕДИЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616-08.846+616.314-089.28/.29.004.64

**Е. И. Семенов, к. мед. н., О. Н. Сенников, к. мед. н.
В. А. Лабунец, д. мед. н.**Государственное учреждение «Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины»**МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
ПРИ СОЗДАНИИ ИСКУССТВЕННОЙ ОПОРЫ
ПОД НЕСЪЕМНУЮ ОРТОПЕДИЧЕСКУЮ КОНСТРУКЦИЮ
ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА РАЗЛИЧНОЙ ПРОТЯЖЕННОСТИ**

Сочетание различных видов дентальных имплантатов, для создания опор под несъемные ортопедические конструкции является эффективной методикой по восстановлению функции жевания ничем не уступающей, тогда, когда в качестве опор несъемных мостовидных протезов использовались только двухэтапные винтовые имплантаты.

Ключевые слова: имплантат, ортопедическая конструкция, мультимодальный подход.

Є. І Семенов, О. М. Сенніков, В. А. ЛабунецьДержавна установа «Інститут стоматології
Національної академії медичних наук України»**МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД В ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ
ПРИ СТВОРЕННІ ШТУЧНОЇ ОПОРИ ПІД НЕЗНІМНУ ОРТОПЕДИЧНУ
КОНСТРУКЦІЮ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДУ РІЗНОЇ ПРОТЯЖНОСТІ**

Поєднання різноманітних видів дентальних імплантатів, для створення опор під незнімні ортопедичні конструкції є ефективною методикою по відновленню функції жування нічим не поступливою, тоді коли в якості опори незнімних мостовидних протезів використовувалися тільки двохетапні гвинтові імплантати.

Ключові слова: імплантат, ортопедична конструкція, мультимодальний підхід.

E. I. Semionov, O. N. Sennikov, V. A. LabunetsState Establishment "The Institute of Stomatology
of the National academy of medical science of Ukraine"**THE MULTIMODAL APPROACH IN DENTAL IMPLANTATION
AT THE CREATION OF ARTIFICIAL SUPPORT FOR THE FIXED ORTHOPEDIC
CONSTRUCTION AT THE DEFECTS OF DENTITION OF DIFFERENT LENGTH**

The combination of the different types of dental implants for the support for the fixed orthopedic constructions is the effective method of the restoration of the mastication function, being not worse than the one, at which two-stage screw implants are used as the supports for the fixed dental bridges.

Key words: implant, orthopedic construction, multimodal approach.

В последнее время двухэтапные винтовые имплантаты вытесняют (на наш взгляд необоснованно) другие виды имплантатов (субпериостальные, пластиночные, винтовые установлен-

ные по одноэтапной методике) при создании опоры под несъемную мостовидную ортопедическую конструкцию [1, 3, 4, 11].

Надежная остеоинтеграция (при оптимальном подборе длины и диаметра внутрикостной части имплантата), возможность при помощи абатманов с различным углом наклона создать параллельность между элементами опор несъемного мостовидного протеза с максимальным сохранением ее высоты и объема, обеспечивающая его надежную фиксацию, является положительным аспектом при использовании этой методики.

Наряду с этим применение этих имплантатов сопряжено с необходимостью наличия большого массива костной ткани, а ее часто недостаточно, в связи с неблагоприятными анатомическими особенностями строения челюстей (низкопосаженное дно гайморовой полости, сильная атрофия альвеолярного гребня челюстей, как по высоте, так и по ширине, близко расположенный к надкостнице альвеолярного отростка нижней челюсти канал нижнечелюстного нерва и др.)

В последнее время появилось большое количество остеопластических материалов с разным механизмом остеообразования, что делает методику направленной регенерации костной ткани очень эффективной, и дает возможность избежать большинства проблем, связанных с неблагоприятными анатомическими особенностями строения челюстей (как врожденными, так и приобретенными) [9].

Однако, применение этой методики, сопряжено с необходимостью нескольких оперативных вмешательств, что отдалает сроки окончания лечения, а также не всегда возможно по общемедицинским показаниям. Кроме этого, в последнее время в связи с общеэкономическими проблемами многие пациенты отказываются от этой затратной методики, и просят найти альтернативные пути решения своей проблемы [2, 5-8, 10].

Таким образом, на основании вышеперечисленных причин целью нашей работы является, на основании 20 летнего клинического опыта изучить возможность применения различных видов имплантатов (субпериостальных, пластиночных, винтовых установленных по одноэтапной методике) в сочетании как между собой, так и в комплексе с двухэтапными винтовыми цилиндрическими имплантатами при создании опоры под несъемную ортопедическую конструкцию при дефектах зубного ряда различной протяженности.

Материалы и методы

Анализ результатов реабилитации пациентов с вторичной адентией несъемными мостовидными протезами опирающимися на различные виды имплантатов в разном сочетании и где в качестве опоры выступали двухэтапные винтовые им-

плантаты (группа сравнения) проводились по обрабатываемости. В ходе проведения работы нами осматривались, только пациенты, которые пользовались изготовленными нами ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты не менее 2-х лет, и в течении этого срока не предъявляли никаких жалоб. Это по нашему мнению позволяет, при анализе результатов, исключить лиц у которых осложнения возникли вследствие нарушения протокола установки дентальных имплантатов.

Всего было обследовано 72 пациента, у которых опорой несъемных мостовидных протезов служили двухэтапные винтовые цилиндрические имплантаты (I группа, группа сравнения) (рис. 1).

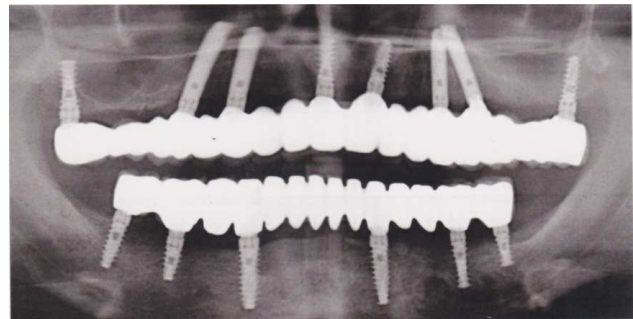


Рис. 1. Опорой несъемных мостовидных протезов служили двухэтапные винтовые цилиндрические имплантаты

II группу составили 25 пациентов у которых двухэтапные винтовые имплантаты установленные во фронтальном отделе челюсти, сочетались с пластиночными имплантатами в дистальных отделах челюсти (рис. 2).

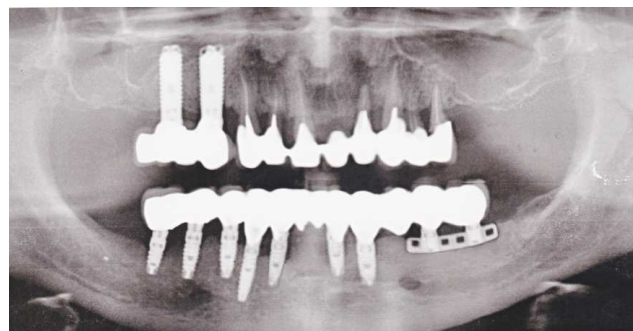


Рис. 2. Двухэтапные винтовые имплантаты установленные во фронтальном отделе челюсти, сочетались с пластиночными имплантатами в дистальных отделах челюсти.

III группу составили 21 пациент у которых пластиночные имплантаты установленные в дистальных отделах челюстей, сочетались с винтовыми имплантатами, установленные по одноэтапной методике во фронтальном отделе челю-

сти (рис. 3).

IV групу составило 16 пациентов у которых двухэтапные винтовые имплантаты в сочетании с винтовыми имплантатами установленные по одноэтапной методике служили опорами несъемных мостовидных протезов (рис. 4).

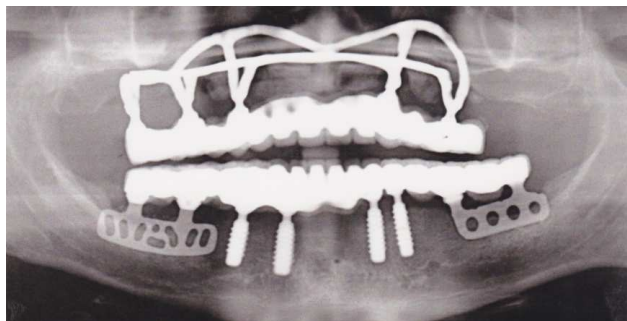


Рис. 3. Пластиночные имплантаты установленные в дистальных отделах челюстей, сочетались с винтовыми имплантатами, установленные по одноэтапной методике во фронтальном отделе челюсти.

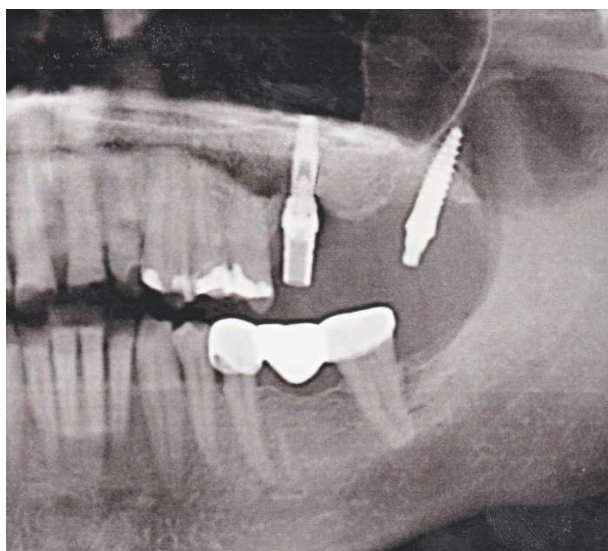


Рис. 4. Двухэтапные винтовые имплантаты в сочетании с винтовыми имплантатами установленные по одноэтапной методике служили опорами несъемных мостовидных протезов.

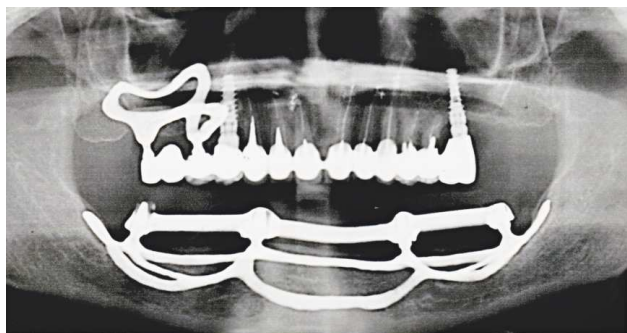


Рис. 5. Субпериостальные имплантаты сочетались с двухэтапными винтовыми в качестве опоры несъемных мостовидных протезов.

V группа 11 человек, у которых субпериостальные имплантаты сочетались с двухэтапными винтовыми в качестве опоры несъемных мостовидных протезов (рис. 5).

VI группу составили 9 пациентов у которых субпериостальные имплантаты сочетались с пластиночными при создании опоры под несъемную ортопедическую конструкцию (рис. 6).

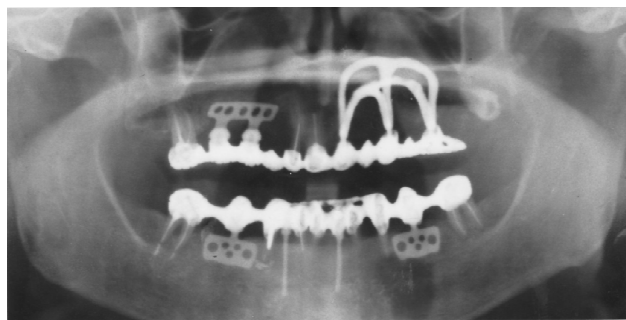


Рис. 6. Субпериостальные имплантаты сочетались с пластиночными при создании опоры под несъемную ортопедическую конструкцию

Надо отметить, что у всех пациентов (V и VI групп) субпериостальный имплантат был установлен ранее и служил дистальной опорой мостовидного протеза при одностороннем или двухстороннем дистально-неограниченном дефекте зубного ряда, а двухэтапные винтовые и пластиночные имплантаты были установлены позже по факту потери зубов на челюсти в силу различных причин.

Анализ результатов и их обсуждение

Результаты обследований заносились в таблицу.

Количество пациентов в I-й группе, которым необходимо было снимать мостовидный протез в связи с нарушением остеоинтеграции в области одного или нескольких имплантатов составило 6 человек, или 8,3 % от общего количества пациентов в группе (минимальный срок службы ортопедической конструкции до снятия составил 7 лет, максимальный 12 лет).

У пациентов II группы мостовидный протез необходимо было удалять у 2-х пациентов, что составило 8 % от общего количества пациентов в группе. Срок службы протезов составил 8 и 9 лет. В 3 группе ортопедическую конструкцию необходимо было снимать у двух пациентов, что составило 9,5 % от общего количества пациентов в группе (срок службы ее составил 8 и 10 лет).

В IV группе нуждался в снятии 1 мостовидный протез или 6,3 % от общего количества па-

циентов в группе (срок службы ортопедической конструкции на момент снятия составил 7 лет).

У пациентов V группы процент осложнений составил 9 % от общего количества в группе. У

одного пациента мостовидный протез нуждался в снятии (срок службы его с момента установки двухэтапных цилиндрических имплантатов составило 7 лет).

Таблица

Анализ результатов и их обсуждение

№ группы	I	II	III	IV	V	VI
К-во пациентов	72	25	21	16	11	9
Осложнения, связанные с нарушениями остеоинтеграции при снятии ортопедической конструкции (к-во пациентов)	6	2	2	1	1	1
Сроки службы несъемной ортопедической конструкции до снятия	7	8	8	7	7	7
	7					
	8	9	10			
	8					
	11					
	10					
% осложнений	8,5	8	9,5	6,3	9,1	11,1

В VI группе нуждался в снятии один протез спустя 6 лет после установки пластиночных имплантатов, что составило 11,1 % от общего количества пациентов в группе.

Процент осложнений у лиц, у которых опорой несъемного мостовидного протеза служили двухэтапные винтовые цилиндрические имплантаты (первая группа) составил 8,3 % от общего количества пациентов в этой группе, при этом среднее время функционирования ортопедических конструкций до наступления осложнений составило 8,5 года.

В группах, в которых, с целью создания опор под несъемные ортопедические конструкции использовались сочетание различных видов имплантатов (II - VI групп), средний процент осложнений составил 8,8 % от общего количества пациентов в группах. При этом средний срок службы несъемных ортопедических конструкций, нуждающихся в снятии, составило 8 лет.

Таким образом, на основании обследований можно сделать следующее заключение:

Мультимодальный подход в дентальной имплантологии, является эффективным методом создания опор под несъемные ортопедические конструкции, и не чем не уступает методике в которой используются исключительно двухэтапные винтовые цилиндрические имплантаты.

Процент осложнений в контрольной группе составил 8,3 %, а в исследуемых группах 8,8 %, при этом средний срок функционирования несъемных ортопедических конструкций, которые потеряли свою функциональную ценность в контрольной группе составило 8,5 года, а в исследуемых – 8 лет.

Выводы

Сочетание различных винтов дентальных имплантатов, для создания опор под несъемные ортопедические конструкции является эффективной методикой по восстановлению функции жевания. Процент осложнения у лиц, у которых двухэтапные винтовые имплантаты служили опорой несъемной ортопедической конструкции, составил 8,3 %, а у лиц, которым был применен мультимодальный подход для создания опор под несъемную конструкцию – 8,5 %.

Список литературы

1. **Сенников О. Н.** Клиническая оценка долговременного функционирования различных имплантатов, используемых для восстановления дефектов зубных рядов / О. Н. Сенников, В. А. Лабунец, А. М. Сеникова // Дентальные технологии. – 2005. - № 7. – С. 62.
2. **Суров О. Н.** Субкортикальная имплантация / О. Н. Суров // Новое в стоматологии. – 1993. - № 3. С. 24-25.
3. **Научные основы** разработки и применения современных дентальных имплантатов / В. Лясников, К. Бутовский, А. Лепилин [и др.] // Клиническая имплантология и стоматология. – 1998. - № 2. – С. 30-34.
4. **Семенов Е. И.** отдаленные результаты использования различных видов дентальных имплантатов при дефектах зубного ряда различной протяженности у больных генерализованным пародонтитом / Е. И. Семенов, В. А. Лабунец, О. Н. Сенников // Вісник стоматології. – 2012. - № 6 (спецвипуск). – С. 75-77.
5. **Шелест Є. П.** Пластинкові імплантати. «За» і «проти» 20-річний досвід застосування / Є. П. Шелест // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. - 2007. - № 1. – С. 28-29.

6. **Джанкарло Кортезе.** Повернення до підокісних імплантацій цих технік з використанням найновіших досягнень технології / Джанкарло Кортезе // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. - 2007. - № 4. - С. 25-40.
7. **Mc Alister M. L.** Applikation of stereolithography to subperiosteal implant manufacture / M. L. Alister // Oral implantol. - 1998. - № 24. - Рю 289-292.
8. **Вовк В. Є.** Досвід застосування імплантів фігурної форми в дистальних відділах нижньої щелепи / В. Є. Вовк, С. Б. Нурмаганов, А. Жумабеков // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. - 2009. - № 2. - С. 46-52.
9. **Клинический** опыт использования резорбируемых мембран для направленной регенерации тканей пародонта / В. А. Вигдерович, Г. В. Дробот, М. А. Талалай [и др.] // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. - 1999. - № 2. - С. 50.
10. **Жусев А. И.** Использование пластиночных имплантатов и перспективы развития метода / А. И. Жусев // проблемы стоматологии и нейростоматологии. - 1999. - № 2. - С. 51-52.
11. **Лабунец В. А.** Двенадцатилетний опыт использования различных видов имплантатов, служащих опорой для несъемных ортопедических конструкций, при их раннем нагружении / В. А. Лабунец, Е. И. Семенов, О. Н. Сенников // Вісник стоматології. - 2012. - № 1. - С. 58-62.

