

АНАЛИЗ ИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ.

Васильев А.М., Стрельников Е.В., Колядов Н.Ф., Базанова Е.М., Кудряшова Е.А

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава РФ

Данный клинический анализ интеграции дентальных имплантатов предоставлен на основании наблюдений сотрудников кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, ведущих прием пациентов на базе стоматологической поликлиники ТГМУ. В силу современных законов маркетинга в приведенной статье не будут приводиться наименования фирм производителей дентальных имплантатов.

Ключевые слова: дентальная имплантация, хирургическая стоматология, интеграция дентальных имплантатов, статистика, отторжение дентального имплантата, осложнения дентальной имплантации.

ANALYSIS OF THE INTEGRATION OF DENTAL IMPLANTS.

Vasiliev A.M., Strelnikov E.V., Kolyadov N.F., Bazanova E.M., Kudryashova E.A.

Tver State Medical University

This clinical analysis of the integration of dental implants is provided based on the observations of the staff of the Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, who receive patients at the dental clinic of the TSMU. Due to modern marketing laws, the above article will not include the names of dental implant manufacturers.

Key words: dental implantation, surgical dentistry, integration of dental implants, statistics, dental implant rejection, complications of dental implantation.

Цель исследования: Анализ интеграции имплантатов в разные сроки установленных с 2013 по 2021 годы.

Материалы и методы: Работа является исключительно аналитической, все хирургические манипуляции выполнены сотрудниками кафедры в соответствии с современными требованиями и согласно протоколам установки дентальных имплантатов заявленными производителями. В период с 2013 по 2021 годы сотрудниками кафедры было установлено 1602 дентальных имплантатов (около 200 имплантатов в год) у пациентов с разными клиническими условиями и разным уровнем здоровья. В исследование включена медицинская документация 703 пациентов, проходивших лечение в период с 2013 по 2021 год, на базе стоматологической поликлинике ТГМУ. Дезинтеграция имплантатов произошла в 26 клинических случаях (около 3 имплантатов в год).

Анализируя все клинические случаи, пациенты распределены в группы: по уровню здоровья и сложности клинической ситуации.

На одного пациента приходится от 1 до 4 имплантатов, установленных по показаниям для возмещения дефектов зубных рядов на верхней и нижней челюсти [6].

Под уровнем здоровья понимается онкологическая патология, в том числе выявленная в период интеграции имплантатов, приобретенные заболевания в период интеграции имплантатов сахарный диабет, болезни щитовидной железы (под периодом интеграции имплантатов имеется в виду срок от 4 до 6 месяцев с момента установки имплантатов), беременность.

Под сложностью клинической ситуации принимается дефицит объема костной ткани в области отсутствующих зубов, увеличение пневматизации гайморовых пазух, приобретенные нарушения прикуса, вызванные зубо-альвеолярным перемещением.

Уровень здоровья условно разделен на 5 групп где:

- 1 группа – относительно здоровые пациенты;
- 2 группа – пациенты, имеющие сопутствующую хроническую патологию;
- 3 группа – пациенты с приобретенной патологией в период интеграции имплантатов;
- 4 группа – пациенты с установленной онкологической патологией, а также проходящие химиотерапию;
- 5 группа – беременные пациентки или забеременевшие в период интеграции имплантатов.

Уровень сложности клинических ситуаций условно подразделяется на 4 группы:

- 1 группа – пациенты с достаточным для имплантации объемом костной ткани на верхней и нижней челюстях (10мм. и более);
- 2 группа – пациенты имеющие дефекты гребней альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей в вестибулярно - оральном направлении (по ширине менее 4мм);
- 3 группа – пациенты с дефектами гребня альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей, при которых расстояние до дна верхнечелюстной пазухи, или нижнечелюстного канала составляет 7мм. и менее;
- 4 группа - пациенты с сочетанными дефектами гребней альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей, как по ширине, так и в длину.

Результаты исследования: Проводя анализ полученных данных выявлены следующие результаты, представленные в виде таблиц.

Уровень здоровья		
Группа №	Кол-во пациентов	Кол-во дезинтегрированных имплантатов
1	145	1
2	265	7
3	204	6
4	69	11
5	20	1
Итого	703	26

Таблица 1.

Интерпретируя данные полученные из таблицы 1 можно сделать вывод о том, что наибольшее количество отторжений имплантатов наблюдается в группе 4 несмотря на небольшое количество пациентов. Следует отметить, что из числа имплантатов, установленных пациентам в группе 4 интеграция произошла в более чем 70% случаев. Несмотря на некоторые клинические сложности при установке имплантатов пациентам в группе 4, выявлены случаи успешной повторной установки имплантатов. Следует учесть факт установки нескольких имплантатов одному пациенту с разным исходом интеграции.

В данном исследовании не учитывался ряд факторов, связанных со сроками интеграции, соблюдением пациентами послеоперационного периода, характер и сроки повторных

вмешательств, что может говорить о обширности темы и необходимости дальнейших исследований [1,5].

Уровень сложности клинической ситуации		
Группа №	Кол-во пациентов	Кол-во дезинтегрированных имплантатов
1	20	0
2	289	9
3	352	13
4	42	4
Итого	703	26

Таблица 2.

Исходя из таблицы 2 наибольшее число отторжений приходится на пациентов группы 3 где из-за недостатка объема костной ткани по высоте, интраоперационно или предоперационно (за 6 - 8 месяцев) приходилось восполнять объем утраченных тканей путем направленной костной регенерации или синус лифтинга. Поскольку в настоящем исследовании не учитывался конкретный объём восполняемой костной ткани и вид дефекта до оперативного вмешательства, требуется дополнительные исследования по этой теме.

Заключение.

Аналитические данные приведенные в этом исследовании позволяют сделать вывод о том, что большее количество отторжений имплантатов приходится на группы пациентов имеющих онкологическую патологию и дефекты костной ткани, а именно нехватку анатомической костной ткани где преобладает каркасный (т.е. искусственный) объём костной ткани. Не смотря на ряд дополнительных факторов, влияющих на приживаемость имплантатов, и не учтенный в данной работе, а именно инфекционные факторы (гигиена полости рта) [1,2,3]; послеоперационное поведение пациентов (выполнение рекомендаций и назначений врача) [1,2,3]; характер костного метаболизма и анатомическое строение костной ткани (тип кости по К. Мишу)[4]; учет отдаленных результатов и повторной установки имплантатов, данная работа рекомендуется к изучению и использованию в повседневной рутинной практике врачей стоматологов – хирургов при работе с пациентами нуждающимися в дентальной имплантации на этапе сбора анамнеза и проведения диагностики.

В работе отражены статистические данные собранные сотрудниками кафедры Хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в период с 2013 по 2021 год, ведущими прием на базе стоматологической поликлинике ТГМУ.

Список использованной литературы:

1. Справочник по дентальной имплантологии / Клаудио Качачи, Йорг Нейгебауэр, Андреас Шлегел, Франк Сэйдел — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 208 с.
2. Майкл С. Б. Дентальная имплантология: хирургические аспекты / М.: МЕДпресс-информ, 2015. — 488 с.
3. Бениашвили Р.М. Десневая и костная пластика в дентальной имплантологии / Издательство ГЭОТАР медиа, 2017. – 240 с.
4. Карл Е. М. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты / М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 616с.
5. Стрельников Е.В. Использование, биохимических маркеров остеокластогенеза в дентальной имплантологии / Стрельников Е.В., Слюсарь Н.Н., Богатов В.В. // Верхневолжский медицинский журнал. - 2018. - Т. 17. № 3. - С. 8-11.