

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОДИНОЧНЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ ДЕФЕКТОВ**

**Луцкая И. К., Шевела Т. Л., Глыбовская Т. А., Зиновенко О. Г.**

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кафедра терапевтической стоматологии»;*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
кафедра хирургической стоматологии, г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Несмотря на значительные успехи современной стоматологии, реабилитация пациентов с частичной вторичной адентией на современном этапе продолжает оставаться весьма актуальной проблемой. В течение последних десятилетий данную проблему успешно решает метод дентальной имплантации, который позволяет избежать препарирования соседних зубов, способствует равномерному распределению окклюзионной нагрузки и обеспечивает лучший косметический эффект [2, 3]. При этом наряду со значительной популярностью дентальной имплантации и доступностью ее применения в амбулаторных условиях, отмечается тенденция необоснованно упрощенного подхода к данному методу реабилитации.

Вместе с тем, по данным ряда исследователей, при успешной дентальной имплантации 10-летнее функционирование имплантата состав-

ляет приблизительно от 88 до 93%. Автор указывает, что наилучшая «выживаемость» имплантатов констатируется в первые 5 лет (95,4%). Затем, она снижается, и к 10 годам составляет 87,7% [4]. Единичные имплантаты удерживаются в кости челюстей лучше, чем множественные. При этом ряд авторов указывает на то, что наибольший процент утраты имплантатов отмечается именно в ранние сроки – в течение первых 6 месяцев после операции дентальной имплантации (в период, когда протезирование еще не производится), а средние и поздние отторжения составляют приблизительно половину всех потерь имплантатов [1]. В тоже время существует мнение о том, что дифференциальный выбор методики имплантации, при условии соблюдения принципов атравматичной техники вмешательства и применения качественных, соответствующих современным биотехническим стандартам имплантатов, сокращает число осложнений до 1%.

**Цель исследования** – повысить эффективность лечения одиночных включенных дефектов зубных рядов с использованием костных имплантатов.

**Объекты и методы.** Обследовали 71 пациента с одиночными включенными дефектами зубных рядов, нуждающиеся в ранней имплантации и поздней установки имплантатов. Прооперировано 35 пациентов (группа 1) по методике одномоментной имплантации при наличии одиночных дефектов. В группу 2 (36 человек) были включены ранее прооперированные пациенты по методике отсроченной дентальной имплантации.

**Результаты.** Применение метода одномоментной имплантации позволяет сохранить объем кости в зоне удаленных зубов. При немедленной имплантации сохраняется 60–90% объема костной ткани альвеолярного отростка. В то время как без имплантации, после удаления зуба, вследствие резорбции и атрофии костной ткани через 6–12 месяцев высота альвеолярного отростка снижается на 3–7 мм и остается примерно 40–50% от прежнего объема. Снизить частоту развития воспалительных явлений в послеоперационном периоде. Минимизировать число операций и их травматичность. Сократить сроки лечения на 4–6 месяцев. Дифференцированный подход к каждой конкретной клинической ситуации показал, преимущества немедленной (одномоментной) дентальной имплантации при одиночном дефекте зубного ряда.

**Заключение.** Дифференцированный подход к выбору методики дентальной имплантации показал преимущества одномоментной имплантации при одиночном дефекте зубного ряда, а также что:

– метод непосредственной двухэтапной установки имплантата показан в тех ситуациях, когда сохранен уровень десны, нет атрофии альвеолярного края, слизистая не истончена. Отсутствуют клинические признаки

патологического процесса в апикальной области. Наиболее перспективен метод для области премоляров, преимущественно на нижней челюсти;

– метод отсроченной двухэтапной имплантации показан в тех ситуациях, когда после удаления зуба прошло не менее 3–6 месяцев, отсутствуют любые признаки воспалительного процесса, на рентгенограмме полностью восстановлена структура кости, не определяется очагов резорбции. Важный фактор – требование эстетики;

– метод отсроченной одноэтапной установки имплантата показан в тех ситуациях, когда максимально краткие сроки изготовления протеза, а не эстетика являются основным требованием пациента;

– метод непосредственной одноэтапной установки имплантата показан сразу после удаления зуба, не имеющего клинических признаков воспаления в окружающих тканях, без рентгенологических изменений костных структур в области верхушки корня и при желании пациента провести все вмешательства в одно посещение.

#### **Литература.**

- 1 Кулаков, А.А. Реакция тканевых элементов кости на имплантацию синтетических биорезорбируемых материалов на основе молочной и гликолевой кислот / А. А. Кулаков, А.С. Григорян // *Стоматология*. – 2014. – № 4. – С.4–7.
- 2 Миргазизов, М. З. Критерии эффективности в дентальной имплантации / М. З. Миргазизов, А. М. Миргазизов // *Рос. стом. журн.* – 2000. – № 2. – С. 4–7.
- 3 Миш, К. Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты / К. Е. Миш. – М.: Рид Элсивер, 2010. – 616 с.
- 4 Branemark, P. Osseointegration and its experimental background / P. Branemark // *J. Pros. Dent.* – 1993. – Vol. 50. – P. 399–412.