

Эркинбеков И.Б.

**КАПТАМА ТИШТЕРДИ ИМПЛАНТТАР МЕНЕН БЕКЕМДӨӨДӨГҮ
НЕГИЗДЕРДИН КӨП КЫРДУУЛУГУ**

Эркинбеков И.Б.

**МНОГОГРАННОСТЬ ОСНОВ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ
ПРИ ФИКСАЦИИ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ**

I.B. Erkinbekov

**VERSATILITY BASIS FOR THE USE OF IMPLANTS WITH FIXATION
OF REMOVABLE DENTURES**

УДК: 616.314-089.23:616-089.819.843

Имплантация ооз көңдөйүндөгү сезгенүүлөргө каршы туруусу, белгилүү кыйынчылыктар менен коштолот жана өзгөчөлөнөт.

Негизги сөздөр: кызматы, катуу сөөк катмары, өзгөрүү, бекитүү жабдуулары.

Имплантации имеют свои особенности, связанные с сопротивляемостью организма к инфекциям ротовой полости и известными трудностями.

Ключевые слова: функции, компактный слой кости, ремоделирование, фиксирующие конструкции.

Implantation, have their own characteristics associated with resistance to infections of the oral cavity and well-known difficulties.

Key words: function, compact layer of bone remodeling, fixing construction.

Введение. Одной из актуальных проблем в ортопедической стоматологии является сохранение и восстановление как функциональных, так и эстетических параметров зубочелюстной системы, с обеспечением максимального комфорта для пациентов [1,6,8,9,10,12].

В этом аспекте в качестве одного из наиболее перспективных направлений развития стоматологии рассматривается дентальная имплантация [2,4,5,6,8, 0,14].

При планировании лечения с использованием имплантатов необходим индивидуальный подход к решению ситуационной задачи, изучив соматическое состояние пациентов вместе со специалистами медицинского профиля. Однако помимо этого нельзя забывать и о микрофлоре ротовой полости эндотоксины, которых обладают антигенной активностью и сенсибилизируют организм. Поэтому при проведении лечения с применением имплантатов большое значение придается хроническим одонтогенным очагам воспаления, где происходит накопление токсинов [2,3,4,7,10,14]

Использование имплантатов для крепления протезов, замещающих отсутствующие корни зубов, вполне оправдано с целью предотвращения деструкции костной ткани, профилактики убыли объема кости. В процессе функционирования имплантата происходит восстановление объема кости и увеличе-

ние трабекул с последующим возрастанием ее плотности. Идея сохранения корней зубов и использования их как опоры для полных съемных протезов существует более ста лет. Протезы создавались, чтобы замедлить или предотвратить атрофию альвеолярного отростка, неизбежную после удаления зубов. Это и сегодня является основным критерием предпочтения такого вида конструкций [2,4,5,6,8,10,11,13,14].

В своих работах Суров О.Н. (1993), отметил, что «Импластуркции» зубных дефектов требуют тщательного согласования всех звеньев на каждом этапе лечения. Однако жевательная система может длительно функционировать, лишь имея необходимый запас прочности. Проблема состоит в том, чтобы создать искусственную жевательную систему, адекватно адаптирующуюся в соответствии с изменяющейся ситуацией в организме [10].

Цель исследования. Повышение эффективности протезирования при множественной потере зубов с применением различных конструкций дентальных имплантатов.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целями и задачами работы проведено обследование и ортопедическое лечение 58 пациентов пожилого возраста с множественной потерей зубов (из них: 24 мужчин и 34 женщин в возрасте от 41 до 74 лет).

Анализ дефектов зубных рядов нами проведен согласно рекомендации М.З. Миргазизова (2003). Обследование проводили по общепринятой методике, все данные заносились в историю болезни и специально разработанную анкету. Из дополнительных методов применяли изучение диагностических моделей, ортопантомографию и прицельную рентгенографию челюстей. При выявлении у больного общесоматических заболеваний направляли их на консультацию, обследование и лечение к соответствующим специалистам.

В процессе обследования основное внимание было уделено на количество больных пользующихся и не пользующихся зубными протезами, а также на качество, имеющихся зубопротезные конструкции.

При осмотре пациентов с частичной вторичной адентией обращали внимание на состояние тканей пародонта, т.к. воспалительные заболевания пародонта (гингивит, пародонтит) являются ведущей причиной

потери зубов. В связи с этим мы определяли нуждаемость пациентов в стоматологической помощи по показателям индекса SPITN [3], который выявляется соответственно кодам лечебных мероприятий и критериями оценки в баллах.

Коды SPITN

- 0 – нет признаков заболевания;
- 1 – кровоточивость десны после зондирования;
- 2 – наличие патологического кармана;
- 3 – патологический карман глубиной 4-5 мм;
- 4 – патологический карман глубиной 6 и более мм.

Критерии оценки: 0 баллов – лечение не требуется.

1 балл – обучение индивидуальной гигиене полости рта и контроль гигиеническим состоянием;

2-3 балла профессиональная гигиена полости рта и обучение ИГПР;

4 балла – необходимо комплексное лечение заболеваний пародонта.

Основное внимание также уделяли гигиене полости рта и определяли гигиенический индекс по Федорову - Володкиной, а также качественные и количественные значения этого показателя.

Большая часть всех обследованных пациентов при подготовке к ортопедическому лечению, нуждались в удалении зубных отложений, обучение правильной чистке зубов и соблюдению гигиены полости рта, с индивидуальным подбором материалов и средств гигиены. Кроме этого, пациентам с заболеваниями пародонта проводилось комплексное лечение заболеваний пародонта, включающее терапевтические, хирургические манипуляции. Все обследованные пациенты были распределены по возрасту и полу (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов в зависимости от возраста и пола (в%).

Пациенты	Возраст (лет)								Всего	
	41-50		51-60		61-70		71-74		Абс	%
Мужчины	8	33.33	10	41.67	3	12.5	3	11.25	24	100
Женщины	10	29.41	14	41.18	6	17.65	4	11.76	34	100
Всего	18	31.03	24	41.38	9	15.4	7	12.07	58	100

После проведенного обследования пациенты были разделены на две основные группы в зависимости от способа фиксации протеза.

В первую группу включены 32 пациента, которым были изготовлены съемные протезы с кламмерной фиксацией, из них 14 съемных протезов на верхнюю челюсть и 18 на нижнюю челюсть.

Во вторую группу вошли 26 пациентов, которым были изготовлены съемные протезы с фиксацией при

помощи имплантатов: «Вита Планта», «Megagen» и «субпериостальных». При этом имплантаты подбирались только по клиническим показаниям.

Результаты исследования.

Распространенность дефектов у обследованных пациентов показывают, что в возрастных группах 41-74 лет среди мужчин показатель множественной потери зубов составило 47,9%, полное отсутствие зубов 66% у женщин множественная потеря зубов составила 37,15%, а полное отсутствие зубов 81,4% (табл. 2).

Таблица 2 - Распространенность дефектов у обследованных по полу и возрасту (в%).

Пол	Аден-тия	41 -50		51 - 60		61 70		71 -74		Всего	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Муж-чины	Час-тичная	6	75	5	50	1	33.3	1	33.3	13	47,9
	Пол-ная	2	25	5	50	2	66.7	2	66	11	51,9
Жен-щины	Час-тичная	6	60	2	14.3	-	-	-	-	8	37,2
	Пол-ная	4	40	12	85.7	6	100	4	100	26	81,4

Анализ дефектов зубных рядов по М.З. Миргазизову показал, что наиболее часто выявились дефекты I класса, а именно 2 и 4 подклассы, которые составили в среднем 14,28%. Из II класса чаще всего выявлялся 2 подкласс – 9,52%. По III классу чаще всего выявлялся 3 подкласс и по IV классу – 2 подкласс, что составили 9,40%, 9,52% соответственно.

Интересным являлось то, что I, II, III классы дефектов в основном выявлялись на нижней челюсти и колебались в пределах от 4,76 до 9,52%. Четвертый класс дефектов выявлялся в основном на верхней челюсти в среднем составлял 4,76%.

При проведении обследования мы также обратили внимание на количество больных пользующихся и не пользующихся зубными протезами, а также на качество имеющихся конструкции (табл. 3).

Таблица 3 - Количество пациентов, пользующихся и не пользующихся протезами и их качество.

Пол	Всего	Частичные съемные		Полные съемные		Нет	
Мужчины	21	12	57.14	5	23.81	4	19.05
Женщины	37	21	56.76	11	29.73	5	13.56
Всего	58	33	56.90	16	27.58	9	15.57

Нами установлено, что число пользующихся частичными съемными протезами составило 56,9%, полными съемными протезами 27,58% и 15,57% вообще не пользовались протезами. Из 49 больных пользующихся съемными протезами негодными оказались у 69,38% (33) и годные у 30,62% (16) пациентов. У обследованных больных не было выявлено использование таких конструкции протезов, как бюгельные, мостовидные и другие виды.

При протезировании к неблагоприятным условиям для фиксации протеза мы отнесли клинические ситуации, при которых невозможно создать три или

четырёх точечную фиксацию протеза и кламмерную линию, проходящую через базис протеза.

Как известно, что одной из причин воспалительного процесса в тканях пародонта являются микрофлора зубной бляшки, которая способствует развитию воспалительного процесса в тканях пародонта и влияет на течение и скорость деструкции костной ткани альвеолярного отростка челюстей.

В связи с этим основная часть нуждалась в комплексном терапевтическом и хирургическом лечении. Воспалительные заболевания пародонта в основном средней и тяжелой степени наблюдались у 21 пациента. Так, генерализованная форма пародонтита тяжелой степени выявлена в 47,62 % случаев, средней степени тяжести в 33,3%; очаговая форма средней и тяжелой степени наблюдалась у 4,76% и 14,28% соответственно (табл. 4).

Таблица 4 - Патология пародонта у пациентов с частичной вторичной адентией.

Форма	Пародонтит		Степень тяжести			
			Средняя		Тяжелая	
	абс	%	абс	%	абс	%
Генерализованный пародонтит	17	80,95	7	33,33	10	47,62
Очаговый пародонтит	4	19,05	1	4,76	3	14,28
Всего	21	100	8	30,09	13	61,90

Нуждаемость пациентов в стоматологической помощи также подтверждено данными индекса SPITN, и в подавляющем большинстве больные, с вторичной частичной адентией нуждаются в сложных лечебных мероприятиях соответствующим кодам 3 и 4. Данные этого индекса прямо пропорционально коррелируют с индексом гингивита РМА, свидетельствующем о наличии воспалительных процессов в тканях пародонта (табл.5).

Таблица 5 - Патология пародонта средней и тяжелой степени с частичной вторичной адентией по данным SPITN.

Коды	1	2	3	4
Абс.	21	21	21	21
%	100	100	100	100

Качественные показатели гигиены полости, определяемое гигиеническим индексом (ГИ) по Федорову – Володкиной по 5-балльной свидетельствует о том, что у 47,6% пациентов показатели были равны 5 баллам, у 28,57% - 4 баллам, и у 23,81 % - 3 баллам. Количественные данные этого показателя были разные 3 балла у 15 обследованных (71,43%), 2 балла у 6 пациентов (28,57%), что показывает на плохую гигиену полости рта, неудовлетворительная гигиена полости рта наблюдалась у 23,81% пациентов, у которых показатели были больше 3 баллов. Качественные и количественные показатели гигиены полости рта представлены в таблице 6.

Таблица 6 - Гигиенический индекс по Федорову - Володкиной

Качественные показатели (баллы)					Количественные показатели		
1	2	3	4	5	1	2	3
-	-	5	6	10	-	6	15
-	-	23,81%	28,57%	47,61%	-	28,57%	71,43%

В первой группе 32 пациентам были изготовлены частичные съемные протезы с кламмерной фиксацией. Было изготовлено 14 съемных протезов на верхнюю челюсть и 18 на нижнюю челюсть.

Пациентам второй группы съемные протезы фиксировались при помощи имплантатов «Вита-плант», «MegaGen». Использование имплантатов для лучшей фиксации съемных протезов, позволяет сконструировать соответственно расчетам и достичь желаемого результата протезирования. Поэтому для лучшей фиксации создавались четырех точечные опоры, на которые изготавливались съемные протезы с эластичной прокладкой. Пациенты были протезированы съемными протезами, данным способом: из них 22 на нижнюю челюсть и 4 на верхнюю челюсть.

В отличие от пациентов 1 группы, пациенты второй группы после протезирования находились длительное время под наблюдением врача. В связи с тем, что имплантаты остеointегрируются в течение 5-6 месяцев. Для ускорения сроков заживления слизистой полости рта вокруг имплантата необходимо соблюдать гигиену полости рта. Программа гигиены полости рта оговаривается индивидуально с каждым пациентом в зависимости от ситуации.

Раз в квартал проходили совместный осмотр у хирурга-стоматолога, пародонтолога и ортопеда. Пациенты были обследованы через месяц и через 6-24 месяца после наложения протезов. Отдаленные результаты показали, что пациенты жалоб не предъявляли, состояние полости рта удовлетворительное.

В первой группе пациентов, которым были изготовлены частичные съемные протезы с кламмерной фиксацией через месяц после правильной коррекции протезов и привыкания к ним жалоб не предъявляли. Состояние полости рта было удовлетворительное, признаков воспаления или нарушения целостности слизистой оболочки не наблюдалось. Гигиенический индекс сразу после лечения составлял 2,1+0,07; через 3 месяца - 3,0+0,09 баллов, что свидетельствует о том, что впоследствии пациентами не соблюдается гигиена полости рта.

Во второй группе пациентов, у которых съемные протезы фиксировались при помощи имплантатов, также жалоб не наблюдалось. За исключением 2 пациентов, у которых после фиксации имплантатов через 3 дня наблюдалась незначительная гиперемия. Явления воспаления прошли после антисептической обработки и применения противовоспалительных препаратов. В целом во второй группе пациенты соблюдали гигиену полости рта, и гигиенический индекс сразу после лечения составлял 1,8+ 0,05; через 3 месяца 2,4+0,06 баллов. При сравнении показателей

гигиенического индекса в первой и второй группе пациентов, этот индекс был лучше во второй группе, по-видимому, это связано с тем, что из-за наличия имплантатов больные очень серьезно отнеслись к соблюдению правил гигиены полости рта.

Анализ результатов субъективной оценки результатов лечения показал, что в группе пациентов, в лечении которых применялись съемные протезы фиксированные при помощи имплантатов было больше полностью удовлетворенных лечением пациентов (3,1 раза), меньше частично удовлетворенных (в 1,8 раза) и неудовлетворенных (в 2,3 раза) по сравнению с группой пациентов, в лечении которых использовались частичные съемные протезы с кламмерной фиксацией.

Таким образом, полученные нами данные позволяют говорить о положительных результатах протезирования съемными протезами фиксированных при помощи имплантатов, приводит к улучшению качества оказания стоматологической помощи, повышению удовлетворенности больных проведенным лечением и положительно влияет на общее состояние пациентов.

Выводы:

1. Выявлены преимущества применения протезов с фиксацией на имплантатах, перед съемными протезами изготовленных традиционным методом при множественной потере зубов с неблагоприятными условиями протезного ложа.

2. Установлена эффективность применения внутрикостных имплантатов в качестве дополнительных фиксирующих элементов для съемных протезов.

3. При применении матрицы компрессионная сила действует, как уплотняющая границу разделения кости и имплантата, способствуя поддержанию конструкционной целостности «кость-имплантат» и перераспределению давления без разрушения структуры кортикальной кости.

4. Использование имплантатов для крепления протезов, замещающих отсутствующие корни зубов, вполне оправдано с целью предотвращения деструкции костной ткани, профилактики убыли объема кости.

5. Ортопедическое лечение с изготовлением съемных протезов фиксированных при помощи имплантатов, приводит к улучшению качества оказания

стоматологической помощи, повышению удовлетворенности больных проведенным лечением и положительно влияет на общее состояние пациентов.

Литература:

1. Амираев У.А., Амираев Р.У. Протезирование беззубых челюстей: Учебное пособие. - Изд. 2-ое, перераб. и доп. - Б: Кут Бер, 2012. - 240 с.
2. Бадалян В.А. Малоинвазивные технологии дентальной имплантации: патогенетическое обоснование и оценка клинической, экономической и эргономической эффективности внедрения в стоматологическую практику: Дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Бадалян В.А. - Москва, 2014. - 264 с.
3. Куттубаев К.Б. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - Б., 2011. - 148 с.
4. Марк Бер. Устранение осложнений имплантологического лечения: - М., 2007. - 355 с.
5. Миргазизов М.З. Уровни решения клинических задач с использованием дентальных имплантатов и новая классификация отсутствия зубов [Текст] / М.З. Миргазизов, А.И. Матвеева // Российский вестник дентальной имплантации. - 2003, - № 2. - С. 4-7.
6. Миш К. Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные имплантаты. - М.: РИД Элсивер, 2010. - С. 25-32.
7. Щелковский, В.Н. Хирургическая санация очагов хронической инфекции в лечении и профилактике инфекционного эндокардита. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06 / Щелковский В.Н.; С-Пб., 1999.
8. Дробышев А.Ю., Анастасов Г. Основы ортогнатической хирургии. - М., 2007. - 55 с.
9. Дуйшалиев К.Д. Влияние съемных пластинчатых протезов на ткани протезного ложа беззубой верхней челюсти. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук: -14.00.06 / Дуйшалиев К.Д. - Калинин, 1970.
10. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. - М: МИА, 2011. - С. 68-84.
11. Суров О.Н. Зубное протезирование на имплантатах. - М.: Медицина, 1993. - С. 5.
12. Танрыкулиев П.Т. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. - Ашхабад. - Магарыф., 1988. - С. 147-168.
13. Яременко А.И., Штеренберг Д.Г., Щербаков Д.А. Варианты атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по данным дентальной компьютерной томографии // Институт стоматологии. - 2012. - Т. 1. - №54. - С. 106-107.
14. Dr.Kwang-Bum Park (Concept, Principle & Clinical Cases) -Narae Publishing Inc. Seoul, Korea 2015. -358 p.

Рецензент: д.м.н., профессор Куттубаева К.Б.