

неинвазивно и надежно определить сроки начала этапа протезирования.

Всем пациентам использованы внутрикостные дентальные двухэтапные имплантаты нового поколения со специальным покрытием (ионы кальция - Ca²⁺) по нанотехнологии.

Выводы

По полученным нами результатам, у больных сахарным диабетом сформулирована следующая тактика направленной костной регенерации в дистальной части верхней челюсти методом закрытого синус-лифтинга, учитывая объём, качества костной ткани, формы и конструкции имплантатов, а также конструкции протезирования. Таким образом, по классификации атрофии альвеолярного отростка в области верхнечелюстной пазухи по Хом-Лей Ванг, при классе В и С, учитывая степень атрофии и дефекта костной ткани дистальной части верхней челюсти, при выраженной атрофии костной ткани в пределах 5 мм от дна верхнечелюстной пазухи до края альвеолярного гребня и расстояние от вершины АГ до ЦЭС рядом стоящих зубов менее 3 мм, мы проводили закрытый синус-лифтинг с помощью конденсирующего типа остеотомов с одномоментной установкой имплантатов размером до 10 мм. Нет необходимости в использовании барьерных мембран.

При толщине костной ткани в пределах 3-4 мм, операцию закрытого синус-лифтинга можно проводить одновременно с имплантацией, с достижением первичной стабилизации. Дополнительная костная пластика альвеолярного гребня проведена по показанию. При толщине костной ткани менее 3 мм, по результатам наших исследований, возможно проводить менее травматичный закрытый синус-лифтинг, но нет возможности качественной стабилизации имплантата. Следовательно, операцию имплантации рекомендуем проводить отдельным этапом по истечению 4-5 месяцев.

Список литературы

1. Каспаров А.В. Экспериментально- клиническое обоснование выбора и использования пьезохирургии в дентальной имплантации. Дисс. на соиск. уч. степ. к.м.н., М., 2008
2. Yamada J, Park H. Internal Sinus Manipulation (ISM) procedure: a Technical Report. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, volume 9, Number 3, 2007.
3. Lee S, Lee G. Minimally invasive sinus grafting with autogenous bone, *Implant Tribune*, Feb 2008. Vol 3 Issue 2.
4. Petrie C et al. Increasing implant diameter resulted in 3.5-fold reduction in crestal strain. *Clin Oral Impl Res*. 16 2005; 486-494
5. Degidi M, Piatelli A, Iezzi G, Carinci F. Wide-Diameter Implant: Analysis of Clinical Outcome of 304 Fixtures. *J Periodontol* 2007;78:52-58
6. Gruber R.M., Kramer F.J., Marten H.A., Schliephake H. Ultrasonic surgery -an alternative way in orthognathic surgery of the mandible a pilot study. *Int J Oral MaxillofacSurg* 2015;34: 590-593.
7. Beziat J.L., Bera J.C., LavandierB., Gleizal A. The ultrasonic osteotomy as a new technique in craniomaxillofacial surgery. *Int J Oral MaxillofacSurg* 2007; 36: 493-500.
8. S.N. Nayab, F.H. Jones, I. Olsen, *Biomaterials* 26 (2005) 4717-4727.
9. J.W. Park, K.B. Park, J.Y. Suh, *Biomaterials* 28 (2007) 3306-3313.
10. S.N. Nayab, F.H. Jones, I. Olsen, *J. Biomed. Mater. Res. A* 69 (2004) 651-657.
11. J.W. Park, I.S. Jang, J.Y. Suh, *J. Biomed. Mater. Res. B Appl. Biomater.* 84 (2008) 400-407.
12. H. Abuhusseion, G. Pagni, ARebaudi, H.L. Wang, *Clin. OralImplantsRes.* 21 (2009) 129-136.

ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И ЧАСТОТА ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ



Ш.Ю. Абдуллаев,
Ф.Х. Исломхужаева

Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан

Annotation

In this work, modern ideas about dental implantation are covered. A retrospective analysis of 5678 outpatient questionnaires of patients who applied for dental care to the polyclinic of surgical stomatology at the Tashkent State Dental Institute for the period 2012-2016 was conducted. The results of the study show that with age, not only the absolute number of missing teeth increases, but also the size of the emerging defects.

Аннотация

В данной работе освещены современные представления о дентальной имплантации. Проведен ретроспективный анализ 5678 амбулаторных анкет пациентов, обращающихся за стоматологической помощью в поликлинику хирургической стоматологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, за период 2012 – 2016 года. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что с возрастом увеличивается не только абсолютное количество отсутствующих зубов, но и размеры возникающих дефектов.

Развитие современной стоматологии базируется на совершенствовании её материально-технической базы и внедрении в повседневную практику новых методов лечения и протезирования зубов (Копейкин

В.Н., Миргазизов М.З., 2002; Лебеденко И.Ю., 2002; Сирак С.В., 2003). Важное место в этом процессе занимает проблема расширения использования дентальной имплантации. Дентальная имплантация — это метод вживления искусственного корня (имплантата) в область отсутствующего зуба на верхнюю или нижнюю челюсть (Олесова В. Н., 1984; 2000; Суоров О. Н., 1993, Робустова Т. Г., 2003). Потеря зубов нарушает не только процесс жевания, речи, но и, немаловажный факт – психологическое состояние человека. Все это снижает качество жизни. Частичная потеря зубов составляет наибольший процент патологии зубочелюстной системы. (Павленко О.В., 2005; Косенко К.Н., 2004; Кулаков А.А., 2007; Геворкян А.А., 2007). Выходом из таких ситуаций, с эффективным восстановлением функции жевания, эстетический вид и психоэмоциональной полноценности у пациентов, может быть использование различных вариантов дентальной имплантации. (Жданов Е.В., 2007; Сысолятин П.Г., 2007; Kazor С.Е., 2004; Misch С.Е. 2008). Однако, до настоящего времени частота практического применения данной методики сильно отстаёт от потребности населения, что играет отрицательную роль в качестве оказания стоматологической помощи. Эпидемиологические показатели вторичного отсутствия зубов характеризовались неуклонным ростом в возрастном аспекте. (Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., 2002; Лебеденко И.Ю., 2002; Сирак С.В., 2003; Варламов П.Г., 2001; Борисова Е.Н., 2002; Гадаев М.С., 2003; Алимский А.В. с соавт., 2004; Маргвелашвили В.В., 1991; Лабунец В.А., 1998; Онгоев П.А., 2000; Курбанов О.Р., 1991, 2002; Карцев А.А., 2006).

Однако в отношении медико-социологической картины дентальной имплантации выяснилось низкое использование этого метода устранения отсутствия зубов (Никитин А. А., 2002, 2004; Иванов С. Ю. и др., 2000; Робустова Т. Г. 2003; Barone Aetal., 2005, 2008).

Целью нашего исследования явилось изучение потребности в дентальной имплантации по материалам поликлиники хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 5678 амбулаторных анкет пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в поликлинику хирургической стоматологии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, за период 2012 – 2016 года.

Данные по материалам исследования среди взрослого населения, обратившихся в ПХС представлены следующим образом:

1. средний возраст – 44,1 года;
2. распространенность частичная вторичной адентии – 92,8%;

3. количество удаленных зубов – $6,0 \pm 0,71$;
4. использование зубных протезов – 57,1%;
5. нуждаются в ортопедической помощи – 42,9%;
6. опыт имплантологического лечения – 0,34%

По взаимоотношению имплантата с мягкими и твердыми тканями различают:

1. Подслизистая (submucosus) дентальная имплантация. Обычно предполагает наличие магнитов, расположенных под слизистой оболочкой. Применяется для предотвращения снятия съемных протезов, т.е. улучшения фиксации и стабилизации.

2. Внутрислизистая (intramucosal) дентальная имплантация. Используется для улучшения крепления съемного протеза при атрофии альвеолярного отростка на верхней челюсти, особенно при дефектах развития нёба. Для этого обычно используются металлические имплантаты в виде кнопок, на которые и крепится съемный протез.

3. Поднадкостничная (subperiostalis) дентальная имплантация. Метод используется при выраженной атрофии челюстей и выраженной потере зубов. Требуется изготовления индивидуальных конструкций по слепку со структуры костной поверхности.

4. Внутрикостная дентальная имплантация – метод имплантации пластинчатых, цилиндрических, конических и других имплантатов через разрез десны и надкостницы в костную ткань челюсти.

5. Внутризубно-внутрикостная (intradentalis-intraossea) дентальная имплантация. Метод профилактики и устранения патологической подвижности зубов при периодонтите и пародонтозе, на фоне сильного разрушения коронки зуба, а также придания устойчивости зубам в удаленной верхушкой корня зуба с использованием металлических штифтов.

6. Внутрикостно-поднадкостничная (inradentalis - subperiostalis) дентальная имплантация используется для установки специальных имплантатов с головкой, шейкой, субпериостальной и эндостальной частью конструкции.

Самым популярным методом дентальной имплантации считается внутрикостная имплантация, поскольку процент приживления составляет около 97%. Если рассматривать факт сообщения имплантата с полостью рта на период приживления, выделяют методы одноэтапной (установки имплантата в одно посещение, то есть данная методика чрезвычайно эффективна и стоматологи стараются полностью заменить ей классическую двухэтапную имплантацию (Рис. 1) и двухэтапной дентальной имплантации (Рис. 2).

Между первым и вторым этапом проходит от 2 до 6 месяцев, в этот период рекомендуется не нагружать десну.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенного исследования свидетель-



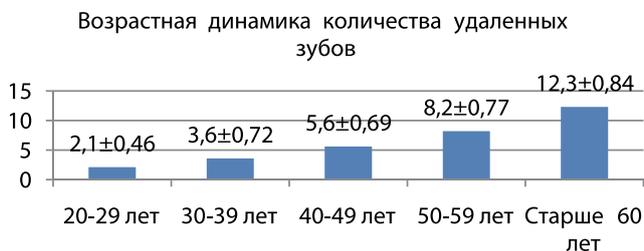
Рис. 1.



Рис. 2.

ствуют о том, что с возрастом увеличивается не только абсолютное количество отсутствующих зубов, но и размеры возникающих дефектов. В молодом возрасте разница между показателями у мужчин и женщин не имела различий; однако в возрастных группах старше 40 лет отмечено превышение показателей у мужчин, которое в 40-49 лет превышало средние показатели у женщин на 12,8%, в возрастной группе 50-59 лет – на 23,4% и у лиц старше 60 лет – на 31,7%.

Таблица 1.



Заключение

На основании вышеизложенного наблюдается устойчивые тенденции и увеличение (>29,9% в год) оперативных вмешательств по удалению зуба. Выявлен высокий уровень нуждаемости населения как в протезировании зубов (36,6%) в целом, так и в приме-

нении метода дентальной имплантации (27,9% – концевые дефекты) в частности. (Bert M., 2005; Barone A., 2008; Cohen E.F, 1995).

Список литературы

1. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., 2002; Лебеденко И.Ю., 2002; Сирак С.В., 2003.
2. Олесова В. Н., 1984; 2000; Сузов О. Н., 1993; Робустова Т. Г., 2003.
3. Павленко О.В., 2005; Косенко К.Н., 2004; Кулаков А.А., 2007; Геворкян А.А., 2007.
4. Жданов Е.В., 2007; Сысолятин П.Г., 2007; Kazor С.Е., 2004; Misch С.Е. 2008.
5. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., 2002; Лебеденко И.Ю., 2002; Сирак С.В., 2003; Варламов П.Г., 2001; Борисова Е.Н., 2002; Гадаев М.С., 2003; Алимский А.В. с соавт., 2004; Маргвелашвили В.В., 1991; Лабунец В.А., 1998; Онгоев П.А., 2000; Курбанов О.Р., 1991, 2002; Карцев А.А., 2006.
6. Никитин А. А., 2002, 2004; Иванов С. Ю. и др., 2000; Робустова Т. Г. 2003; Barone Aetal., 2005, 2008.
7. Bert M., 2005; Barone A., 2008; Cohen E.F, 1995.