

## ОБЗОР ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Эгамов Шероз Анваржонович**

Ассистент Университета Zarmed, г.Самарканд, Узбекистан

**Илхомжонова Севара Тулкиновна**

Студентка стоматологического факультета Самаркандского Государственного

Медицинского Университета, г.Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15131919>

**Аннотация:** Дентальная имплантация активно внедряется в повседневную практику челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. Несмотря на ее высокие результаты, достигнутые за последние десятилетия, существует ряд нерешенных вопросов, связанных с отторжением имплантатов. Количество таких осложнений по данным разных авторов варьируется от 3 до 10%.

**Ключевые слова:** дентальная имплантация, прогнозирование, клинические и лабораторные результаты, ротовая жидкость.

На современном этапе метод дентальной имплантации занял достойное место среди других стоматологических вмешательств и играет одну из ведущих ролей в системе комплексной реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов [1; 2; 3]. Возрожденный в середине XX века, он благодаря своему научному потенциалу и интегративному потенциалу переживает бурное развитие. Совершенствование имплантатов и методик их постановки осуществляется в различных направлениях с целью повышения их качества и устранения недостатков, выявленных в ходе клинической эксплуатации [1; 4; 5]. В этом процессе задействованы современные достижения научно-технического прогресса в металлургии, химии, физике, материаловедении, биологии и токсикологии [2; 3; 6; 7].

Перечисленные выше факты убеждают в том, что дентальная имплантация продолжает активно внедряться в повседневную практику челюстно-лицевых хирургов и стоматологов — хирургов, что подчеркивает актуальность представленной публикации.

**Цель работы** — на основе анализа и синтеза данных отечественной и зарубежной специальной литературы дать теоретическое обоснование проведения исследований по разработке системы прогнозирования результата дентальной имплантации.

В настоящее время наблюдается определенный прогресс во внедрении комбинированных и продуктивных методик для оптимизации установки имплантатов и достижения не только адекватных функциональных, но и косметических результатов [3; 4; 8; 9; 10]. Подавляющее число специальных источников информации посвящено хирургической технологии постановки имплантатов [1; 5; 9], характеристике костной ткани и требованиям, предъявляемым к альвеолярному отростку, челюстной кости при проведении указанных операций, содержат, в основном, данные лучевых методик исследования, результаты патоморфологических, реже — биохимических характеристик процессов остеоинтеграции [4; 6; 7; 10]. Долгосрочный успех имплантации зависит как от медицинских (точный отбор

пациентов, обеспечение стабильной первичной фиксации имплантата), так и от факторов эффективности (оптимальный материал, технология производства, реактивность поверхности имплантата, его макроструктура) [9]. Известно, что при оптимальной остеоинтеграции дентальный имплантат должен: обладать клинической стабильностью, функционировать не менее 5 лет, не повреждать прилегающие к нему ткани; не вызывать у пациента негативных симптомов и ощущений, удовлетворять пациента как в функциональном, так и в эстетическом аспектах. Подробный анализ специальной литературы указывает на то, что неудачи при использовании метода, к сожалению, весьма распространены и встречаются чаще, чем принято о них говорить, а тем более учитывать их при оценке результатов лечения [2; 7].

В большинстве основных руководств и монографий [1; 5; 6] в разделах абсолютных противопоказаний к проведению дентальной имплантации указаны такие состояния как: патология иммунной системы и дисфункция лейкоцитов; заболевания, требующие периодического применения стероидов; заболевания костной системы; нарушения в свертывающей системе крови; новообразования, требующие химиотерапии; неконтролируемые эндокринные заболевания и сахарный диабет; расстройства центральной и периферической нервной системы; специфические инфекционные заболевания.

В то же время в перечень относительных противопоказаний входят неудовлетворительная гигиена полости рта; очаги хронической одонтогенной инфекции; местные воспалительные процессы; неправильный прикус; заболевания височно-нижнечелюстного сустава; бруксизм; заболевания слизистой оболочки полости рта, особенно факультативные и облигатные предраки.

В социальном плане имплантация противопоказана пациентам, неосторожно относящимся к своему здоровью, а также лицам, злоупотребляющим кофе, который нарушает соотношение кальция и фосфора в крови и их усвоение костной тканью [30].

По данным М.Д. Перовой (2001), через 3 года положительный результат внутрикостной дентальной имплантации составляет не менее 92%, прирост убыли костных структур за 3 года не превышает 0,3 мм [8]. Однако следует подчеркнуть, что ни в отечественных, ни в зарубежных источниках и анналах специальной литературы отсутствуют данные о едином стандарте оценки и прогнозирования результатов дентальной имплантации.

Несмотря на то, что мировая практика дентальной имплантации за последние 60 лет развития доказала свою состоятельность, часть челюстно-лицевых хирургов относится к этому методу реабилитации стоматологических больных с большим сомнением.

Известно, что изменения, развивающиеся вследствие первичного и вторичного остеопороза, обусловленного эндокринной патологией, происходят во всех отделах скелета, в том числе и в костной ткани челюстей [8, 9]. Нарушение костного ремоделирования влияет на интенсивность поражения тканей пародонта при генерализованном пародонтите [4, 5, 6, 9], способствует возникновению и прогрессированию кариозного процесса [10].

По мнению некоторых авторов, адекватный контакт между поверхностью имплантата и окружающей костной тканью может быть достигнут даже при остеопорозе [9, 10]. Однако сам факт обеспечения остеоинтегративного контакта при указанном состоянии не является гарантией эффективного функционирования имплантата [8], поскольку даже физиологическая нагрузка на кость с таким типом архитектоники часто вызывает «срыв» процессов ее жизнедеятельности и функционирования, наступает патологическая перестройка и резорбция [9; 10].

Регионарный остеопороз челюстей наблюдается у женщин в возрасте 40–50 лет, то есть в возрасте, соответствующем началу менопаузы, когда чаще констатируется третий тип кости, характеризующийся тем, что препарирование последней во время операции осуществляется с меньшим усилием. Этот тип архитектоники определяется почти у 60% женщин указанного возраста [1; 4; 7].

При возрастном «выключении» функции яичников у 60–80% женщин могут быть различные клинические проявления эстроген-дефицитного состояния, так называемые функциональные расстройства, одним из которых является менопаузальный остеопороз. В структуре остеопороза он составляет 85% [7]. Многочисленные эпидемиологические исследования, проводимые за рубежом, показывают различную распространенность остеопороза не только в разных странах, но и в регионах отдельно взятого государства [6; 7; 9]. По экспертному мнению, ВОЗ, заболеваемость остеопорозом занимает третье место в мире после сердечно-сосудистой патологии и диабета [8; 10]. Это заболевание относится к группе гетерогенных, характеризующихся прогрессирующей потерей костной ткани, начинающейся после естественной или хирургической менопаузы. Эти явления в организме влекут за собой особенности подхода ко всем медицинским манипуляциям, в том числе и к дентальной имплантации [4; 6; 9]. Актуальной проблемой в достижении долгосрочного и стабильного результата реабилитации стоматологических больных с использованием имплантатов является отсутствие знаний и опыта в планировании лечения и наблюдении за пациентами, его перенесшими. Источниками осложнений любого оперативного вмешательства могут быть как особенности организма пациента, его поведение, так и специфика и технологии проведения лечебных манипуляций. При этом речь почти всегда идет не столько о закономерных связях между явлениями, сколько о степени риска развития того или иного вида осложнений. Однако до настоящего времени в источниках специальной литературы отсутствуют сведения о существовании или разработке системы прогнозирования результатов дентальной имплантации, учитывающей все факторы в совокупности.

### **Заключение**

Представленный материал, включающий анализ результатов экспериментальных и клинических лабораторных исследований при подготовке, проведении дентальной имплантации, в процессе наблюдения за пациентами в послеоперационный период и при функционировании имплантатов, представляет собой теоретическую основу для разработки единой системы прогнозирования результата дентальной имплантации,

что будет способствовать снижению количества осложнений и повышению качества оказания стоматологической помощи пациентам.

### **Foydalanilgan adabiyotlar/Используемая литература/References:**

1. Абдуллаев Ф.М. Метод дистракционного винта (СВД) костной ткани при внутрикостной имплантации // Новое в стоматологии. – 2003.– № 6.– С. 92–94.
2. Чанг Й.М. и др. Исход дентальной имплантации после первичной имплантации в двухствольную малоберцовую остеосептокожную свободную лоскутную предварительно сконструированную нижнюю челюсть // Пласт Реконструкшн Сургути. – 2011. – Т. 128, – № 6.– С. 1220–28.
3. Эввар, Л. Аллергия на дентальные металлы. Титан: новый аллерген // Rev Med Brux. – 2010. – Т. 31, – № 1.– С. 44–49.
4. Фелисати Г. и др. Подъем верхнечелюстной пазухи в сочетании с трансназальным эндоскопическим лечением рино-синусных патологий: предварительные результаты 10 последовательно леченных пациентов // Acta Otorhinolaryngol Ital. – 2010. – Vol. 30, – P. 289–93.
5. Huang Y.M. et al. Конечно-элементный анализ влияния шейки дентального имплантата на первичную стабильность и остеоинтеграцию в нижней челюсти из кости типа IV // Biomed Mater Eng.– 2013. – Vol. 23.– P. 1459–67.
6. Malanchuk VA Немедленная дентальная имплантация/Kiev TSSTR1 Kyiv, – 2008. – 157 p.
7. Norowski P.A. et al. Хитозановые покрытия доставляют антимикробные вещества из титановых имплантатов: предварительное исследование // Implant Dent. – 2011. – Том 20, – № 1.– С. 56–67.
8. Stockhausen R. et al. Воспринимаемый прогноз эндодонтического лечения и имплантационной терапии среди стоматологов // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2011. – Том 111, – № 2. – С. 42–47.
9. Tjmstra N. et al. Результаты лечения двух соседних имплантационных коронок с различными конструкциями имплантационных платформ в эстетической зоне: рандомизированное клиническое исследование в течение 1 года // J Clin Periodontol. – 2011. – Том 38, – № 1.– С. 74–85.
10. Zucchelli G. et al. Новый хирургическо-протезный подход к покрытию расхождения мягких тканей вокруг одного имплантата // Clin Oral Implants Res. – 2013.– Т. 24, – № 9. – С. 957–62.