

СТАБИЛЬНОСТЬ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПОСЛЕ НКР РАЗЛИЧНЫМИ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ

Шукпаров А. Б., Шомуродов К. Э., Мирхусанова Р. С.

Южно-Казахстанская медицинская академия

Ташкентский государственный стоматологический институт

mirkhusanovars19596@mail.ru

Атрофия и дефицит костной ткани альвеолярного отростка/части челюсти создает значительные трудности для проведения успешной реабилитации пациентов с использованием дентальных имплантатов в качестве опоры ортопедических конструкций. Около 60% первичных пациентов имеют атрофию костной ткани и нуждаются в предварительной костной реконструкции с целью проведения ДИ. Согласно статистическим данным в 64% случаев основной причиной атрофии альвеолярной кости является длительное отсутствие зубов, а также: травматичное удаление – 17%, травмы челюсти – 11%, неудачная костная пластика – 8%. Восстановление альвеолярного костного объема челюстей с помощью различных методик проводится достаточно активно, однако при этом не решен ряд важнейших вопросов. Таковыми являются: высокая степень операционной травмы, обусловленная, в том числе, необходимостью в дополнительном хирургическом доступе; несостоятельность швов, обнажение каркасных материалов, уменьшение объема трансплантата, вплоть до рассасывания; развитие воспалительно-инфекционных осложнений в зоне реконструкции.

Целью исследования было изучение стабильности дентальных имплантатов и ортопедических конструкций после операции НКР на различных этапах лечения.

В 2021-2022 гг. в отделении хирургической стоматологии клиники Южно-Казахстанской медицинской академии (Шымкент, Казахстан) были обследованы и получили лечение 60 больных с частичной вторичной адентией и атрофией альвеолярного гребня. Среди исследуемых было 25 (41,7%) мужчин и 35 (58,3%) женщины. Возраст пациентов варьировал от 20 до 75 лет, средний возраст без учёта гендерного признака составил $45,16 \pm 0,68$ года.

В зависимости от тактики и остеопластических материалов, применяемых при НКР («открытым» хирургическим доступом), пациенты были разделены на 3 группы методом случайной выборки: **1 группа** – 20 пациентов – применён аутооттрансплантат из ретромолярной области нижней челюсти; **2 группа** – 18 пациентов – применён ксеноматериал Bone-D XB (MedPark, Южная Корея); **3 группа** – 22 пациента – применена смесь аутооттрансплантата (костная стружка) из ретромолярной области и ксеноматериал Bone-D XB (MedPark, Южная Корея) в соотношении 1:1. Данная группа исследуемых была разделена на 2 подгруппы в зависимости от метода формирования слизисто-надкостничного лоскута (СНЛ): **3а** – 12 пациентов – СНЛ сформирован традиционным методом: проведение трапецевидного разреза в зоне реконструкции; **3б** – 10 пациентов –

проведено предварительное расширение мягких тканей реципиентной зоны путём внедрения экспандера мягких тканей гидрогелевого типа (TissueMax, Osstem, Южная Корея).

Всего было установлено 158 дентальных имплантатов TS III SA® (Osstem, Южная Корея). Аппаратом «Osstell ISQ» определяли стабильность дентальных имплантатов на этапе их установки (первичная стабильность), при фиксации формирователя десны (вторичная стабильность), на этапах ортопедического лечения – при снятии оттисков, фиксации конструкций.

Более высокие показатели первичной стабильности имплантатов наблюдались у пациентов группы 3б – 70 ± 15 усл.ед. Предел колебаний имел следующие значения: минимальное значение 55 условных единиц, а максимальное значение – 85 усл.ед. Наименьшие показатели были определены у исследуемых 1й группы – 60 ± 6 усл.ед. У пациентов 2й и 3а группы показатели были практически идентичными – 68 ± 15 усл.ед. и 65 ± 12 усл.ед. соответственно.

Показатели стабильности имплантатов у данных пациентов (традиционная НКР с аутотрансплантатом) увеличивались и приближались к показателям 3б группы (НКР с предварительным расширением мягких тканей) только спустя 3 месяца после дентальной имплантации (на этапах протезирования) – 76 ± 8 усл.ед. Предел колебаний варьировал от минимального значения – 68 усл.ед. до максимального значения – 84 усл.ед.

К концу этапа ортопедического лечения (фиксации ортопедической конструкции) показатели стабильности дентальных имплантатов во всех группах увеличились: в группе 1 – до 78 ± 8 усл.ед., в группе 2 – до 82 ± 6 усл.ед., в группе 3а – до 80 ± 6 усл.ед., в группе 3б – до 88 ± 5 усл.ед. Наибольшие значения были получены у пациентов 3б группы.

Таким образом, показатели стабильности дентальных имплантатов были существенно выше у 3б группы при изучении первичной стабильности, что говорит о более высоких показателях первичной остеоинтеграции. Пациентам с традиционной НКР с применением аутотрансплантата необходимо более длительное время (более 4-х месяцев) для остеоинтеграции имплантатов, что подтверждается показаниями данного метода исследования.