



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНОСИТАМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

PhD. И.И. Хасанов

*Самаркандский Государственный медицинский университет
Кафедра хирургии полости рта и дентальной имплантологии*

Актуальность. Несмотря на внедрение дентальной имплантации в стоматологическую практику увеличивается количество осложнений на различных этапах стоматологической реабилитации пациентов с применением дентальных имплантатов. Постепенно возрастает число случаев неудовлетворения пациентов качеством лечения, повышается число конфликтов и судебных исков (Робустова Т.Г. 2003; Гветадзе Р.Ш. 2006; Misch С.Е. 1999).

Стоматологическое имплантологическое лечение является важным компонентом реабилитации пациентов с частичным и полным отсутствием зубов. Методики имплантации и подходы к протезированию непрерывно совершенствуются.

В настоящее время получили распространение методы оптимизации высоты отростка с использованием операций по коррекции дна синуса - синуслифтинг (Ушаков А.А., 2010; Харламов А.А., 2011 и др.).

Цель исследования. провести анализ осложнений применения синус-лифтинга у пациентов с синуситами.

Материал и методы. Нами обследованы 36 больных, которые проходили имплантологическое лечение по поводу адентии боковой группы зубов на верхней челюсти в период 2021-2023 гг. на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии СамМИ. Возраст пациентов – от 44 до 59 лет, без тяжелых соматических патологий: мужчин – 17 (47%), женщин – 19 (53%). I группа (группа наблюдения) – 32 пациента с адентией и изменениями в верхнечелюстной пазухе, II группа (группа сравнения) – 24 пациента с адентией, не сопровождающейся патологическими изменениями в верхнечелюстной пазухе.

Результаты исследования. В процессе исследования у 3-х пациентов, которым проводилась только дентальная имплантация, была отмечена несостоятельность швов, – это было единственным осложнением в раннем послеоперационном периоде.

Через три месяца, пациентам, перенесшим дентальную имплантацию без синус-лифтинга, установлены формирователи десны. Установка формирователей сопровождалась детальным анализом состояния мягких тканей, в частности – оценивалось количество кератинизированной и прикрепленной десны. Был рентгенологически оценен уровень костной ткани относительно пришеечной области имплантата, – за допустимый уровень принята резорбция костной ткани до первого витка резьбы. Стабильность имплантата оценена путем нагрузки в 35 Н на обратный торк. Спустя две недели, пациенты направлены на дальнейшее протезирование.

Всем пациентам, которым проводилось лечение синусита, впоследствии было необходимо поднятие дна верхнечелюстного синуса с одномоментной или отсроченной имплантацией. Нарастивание кости не было обусловлено проведением санационной операции на пазухе, но ход синус-лифтинга зависел от метода предварительной гайморотомии.

Через 6 месяцев после операции, согласно стандартному протоколу протезирования на дентальных имплантатах, всем пациентам, которым был проведен синус-лифтинг с одномоментной дентальной имплантацией, установили формирователи десны. При рентгенологическом исследовании, у одного пациента выявлено частичное обнажение имплантата в просвет ВЧП, однако без реактивных изменений слизистой оболочки пазухи вокруг, в остальных случаях патологии не выявлено, все пациенты направлены на дальнейшее протезирование.

Заключение. Дентальная имплантация возможна при верхнечелюстных синуситах без одонтогенных очагов инфекции, иные формы синуситов требуют предварительной санации. Наибольшая эффективность имплантологического лечения была отмечена у пациентов после хирургической санации верхнечелюстного синуса и составила 100%; у пациентов с интактной пазухой – 96,4%.