УДК 616.314-089.843

**Д.М. Король, Г.П. Рузін***

# АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЕНДООСАЛЬНИМИ ТА СУБПЕРІОСТАЛЬНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ

Вищий державний навчальний заклад України
“Українська медична стоматологічна академія”,
*Харківський національний медичний університет

Часткова або повна втрата зубів донині залишається однією з гострих проблем сучасної стоматології. Потреба у відновленні втрачених зубів [2] складає 75,1% обстежених, при цьому часткові дефекти мали місце в 90,68% випадків, повна адентія - в 9,32%.

На сьогодні відомі дві методики стоматологічної імплантації, що витримали випробування часом і довели свою спроможність забезпечити довготривалий результат реабілітації. Це так звані ендоосальна (внутрішньокісткова) та субперіостальна (підокісна) імплантації.

Навіть за наявності великої кількості публікацій, присвячених проблемам ендоосальної імплантації, залишаються питання щодо розмежування показань і протипоказань до ендоосальної та субперіостальної імплантації. Саме невідповідні місцеві умови та ризик виникнення післяопераційних ускладнень змушують звертати увагу вітчизняних та закордонних учених на підокісний варіант стоматологічної імплантації [1, 3, 4].

Залежно від методу надання стоматологічної допомоги пацієнти розподілені на дві дослідні групи: 1 група – 84 особи з установленими внутрішньокістковими імплантатами; 2 група – 41 особа з установленими

підокісними імплантатами. Загальна кількість пацієнтів дослідних груп становила 125 осіб.

Пацієнтам цих двох груп у різні терміни було проведено ендоосальну чи субперіостальну імплантацію з подальшим протезуванням. Загальний термін контролю за результатами лікування складає 7 років. Ускладнення, які трапилися в період від дня імплантації до дати оголошення отриманих результатів були умовно розподілені на до- та післяпротетичні.

Ми враховували ускладнення, що зрештою не змінили попереднього плану лікування, наслідки яких було ліквідовано, і це забезпечило подальше користування результатами реабілітації. При цьому не розглядали ускладнення запального характеру як можливі наслідки зниження реактивності та інших впливів, що не знаходяться в центрі уваги нашого дослідження. Розподіл ускладнень було узагальнено в підсумковій таблиці 1.

Загальна кількість до- та післяпротетичних ускладнень, що пов`язані з проведенням внутрішньокісткової та підокісної імплантацій, становила 78 (100%) випадків. Розподіл ускладнень між першою та другою дослідними групами становив 46 (58,97%) проти 32 (41,03%) випадків відповідно.

Серед випадків ускладнень під час операції переважають ті, що відбулися при встановленні внутрішньокісткових імплантатів. Їх кількість становила 23 (29,49%) проти 5 (6,41%) випадків у третій дослідній групі. 15 випадків (19,23%) допротетичних ускладнень у другій дослідній групі становили випадки відлому кісткового фрагмента, що змушувало змінювати місце імплантації та застосовувати прийоми кісткової пластики. Відсутність препарування кістки пояснює повну відсутність аналогічних ускладнень у третій дослідній групі.

Попри, здавалось би, більший обсяг хірургічного втручання співвідношення кількості гострих кровотеч розподілилося не на користь

ендоосальної методики: 4 (5,13%) випадки в першій дослідній групі проти 1 (1,28%) випаду в другій.

*Таблиця 1*

**Зведена таблиця ускладнень при ендоосальній та субперіостальній імплантаціях**

| Ускладнення | Ендоосальна імплантація | | Субперіостальна імплантація | |
|---|---|---|---|---|
| | абс. | % | абс. | % |
| **1. Допротетичні ускладнення** | | | | |
| Кровотеча, що потребувала додаткової невідкладної допомоги | 3 | 3,85 | 1 | 1,28 |
| Поломка інструментарію під час операції | 1 | 1,28 | - | |
| Відлам кісткового фрагмента | 15 | 19,23 | - | |
| Екскурсія імплантата чи недостатньо щільна первинна фіксація під час операції | 4 | 5,13 | 4 | 5,13 |
| **Всього по п.1** | **23** | **29,49** | **5** | **6,41** |
| **2. Післяпротетичні ускладнення** | | | | |
| Механічна поломка протеза | - | | - | |
| Скол облицювання протеза | 2 | 2,56 | - | |
| Оголення металевих елементів імплантата | 18 | 23,08 | 20 | 25,64 |
| Розцементування протеза на імплантаті чи інших опорах | 3 | 3,85 | 5 | 6,41 |
| Злам опори імплантата | - | | - | |
| Злам природної опори (зуба) | - | | 2 | 2,56 |
| **Всього по п.2** | **23** | **29,49** | **27** | **36,62** |

Однакова кількість випадків екскурсії імплантатів чи недостатньо щільна первинна фіксація під час операції (в обох дослідних групах по 4 випадки (5,13%) мають різну природу. В першій дослідній групі, на нашу думку, мало місце неадекватне розширення імплантаційного ложа в умовах негативної архітектоніки кістки. У другій дослідній групі таке ускладнення пояснюється можливими огріхами на всіх етапах субперіостальної імплантації (від зняття прямого хірургічного відтиску до посадки імплантата на кісткове ложе). У випадку екскурсії внутрішньокісткового імплантата ми обирали варіант заміни внутрішньокісткового елемента більшого діаметра. Мікроекскурсія субперіостального імплантата, що пов'язана з неповною відповідністю до кісткового рельєфу, частково виправляється обережним вигинанням окремих елементів.

Загальна кількість післяпротетичних ускладнень становила 50 випадків, серед яких 23 (29,49%) трапилися в першій, а 27 (36,62%) - у другій дослідних групах.

Посилену увагу привертає велика кількість випадків оголення металевої поверхні опор: 18 (23,08%) - у першій та 20 (25,64%) - у другій дослідних групах. Але літературні дані щодо подібного ускладнення свідчать про досить різне трактування можливих наслідків [5, 6]. У той час як оголення внутрішньокісткової частини імплантата – це серйозний фактор, що демонструє порушення стану біомеханічної рівноваги та потребує негайної корекції, оголення окремих металевих фрагментів підокісних стрічок і балок не викликає тривоги, хоча і не є бажаним.

Причиною подібного «прорізання металевих стрічок» ми вважаємо розміщення достатньо масивних елементів (біля 1 мм завтовшки) в ділянках атрофованих ясен із невираженим фенотипом. Подібне ускладнення безумовно потребує постійного контролю, але досить

тривалий термін не впливатиме на якість та ефективність користування імпластрукцією.

Майже однакова кількість розцементувань протезів у обох дослідних групах - 3 (3,85%) та 5 (6,41%) відповідно свідчить швидше про недоліки цементування, ніж про власне недоліки імплантаційної методики.

Два випадки (2,56%) механічного руйнування природних опор (девіталізованих зубів) у пацієнтів другої дослідної групи, що були пов`язані спільною ортопедичною конструкцією із субперіостальним імплантатом, на нашу думку, можна пояснити комплексом причин, серед головних із яких можна назвати недостатньо щільну первинну фіксацію субперіостального імплантата, що спровокувала мікролюфт конструкції, недооцінку біомеханічних параметрів та недостатню механічну міцність відпрепарованих зубів.

**Висновок.** Підсумовуючи та аналізуючи отримані дані, ми можемо з упевненістю стверджувати, що погляди на субперіостальну імплантацію як на «ризиковану» процедуру не є правомірними. Порівняння випадків ускладнень у першій та другій дослідних групах демонструє їх розподіл, зважаючи на особливості етапів самої процедури ендоосальної чи субперіостальної імплантації.

Більшість ускладнень, зареєстрованих у групі пацієнтів із підокісними імплантатами, не є критичними чи такими, що знижують якість та ефективність реабілітації.

**Література**

1. Использование несъемных протезов на имплантатах для протезной реабилитации пациентов с ослабленным пародонтом: 3–летнее перспективное клиническое исследование / S –W. Yi, I. Ericsson, C. – K. Kim [et al.] // Новое в стоматологии. – 2002. - № 2 (102). – С.91 – 96.

2. Лабунец В.А. Основы научного планирования и организации ортопедической помощи на современном этапе развития / В.А. Лабунец. – Одесса, 2006. – С. 86.

3. Макарьевский И.Г. Первый опыт клинического применения субкортикальных имплантатов О.Н.Сурова / И.Г. Макарьевский // Клиническая имплантология и стоматология. – 2002. - №1-2. – С.28-29.

4. Макарьевский И.Г. Стабилизация мостовидных протезов при импластрукции двухсторонних концевых дефектов зубного ряда (клинические наблюдения) / И.Г. Макарьевский // Клиническая имплантология и стоматология. – 2002.- № 1 – 2 (19 – 20).– С. 36 – 38.

5. Матвеева А.И. Применение периотест-метода для клинической оценки эффективности дентальной имплантации / А.И. Матвеева, Р.Ш. Гветадзе, В.Э. Логинов // Стоматология .- 1999.- №3. – С.28-29.

6. Мелуццо Д. Поломка имплантатов / Д. Мелуццо // Новое в стоматологии. – 1997. - №6 (56). – С.101–102.

Стаття надійшла
7.04.2009 р.

**Резюме**

Авторами проведен анализ до- и послепротетических осложнений, которые наблюдались у пациентов опытных групп. Всего обследовано 125 пациентов, которые пользовались зубными протезами с фиксацией на эндооссальные или субпериостальные имплантаты.

Установлено, что взгляды на субпериостальную имплантацию как на «рискованную» процедуру не являются правомерными. Сравнение случаев осложнений в опытных группах демонстрирует их распределение, исходя из особенностей этапов самой процедуры эндооссальной или субпериостальной имплантации.

Большинство осложнений, зарегистрированных в группе пациентов с поднадкостничными имплантатами, не являются критическими или такими, которые снижают качество и эффективность реабилитации.

**Ключевые слова:** субпериостальные имплантаты, эндооссальные имплантаты, осложнения.

**Summary**

The analysis of pre- and post prosthetic complications at the patients of experimental group has been conducted by the authors. 125 patients using dentures fixed on intraosteal or subperiosteal implants have been examined. It is revealed that subperiosteal implantation procedure is not riskier than intraosteal one. The comparison of the complication cases demonstrates that their distribution is closely connected with the peculiarities of the stages of the procedure of both intraosteal and subperiosteal implantation. The most of complications fixed at the patients with subperiosteal implants are not breaking. Likewise they do not lower the quality and efficiency of patients' rehabilitation.

**Key words:** subperiosteal implants, intraosteal implants, complications.