

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.

Гусев О.Ф. Шишканов А.В.

Московский Государственный Медико-стоматологический Университет, кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Москва.

Правильная установка и оптимальное расположение имплантатов в челюстной кости создают условия для успеха остеоинтеграции. Высокая долгосрочная эффективность стабильного соединения кости с имплантатом зависит от соблюдения адекватного периода функционального заживления. Однако, в отдельных случаях остеоинтеграция может не произойти. Основными причинами этого являются:

1. Избыточное нагревание кости во время формирования ложа для имплантата.
2. Чрезмерное препарирование мягкой губчатой кости.
3. Преждевременная нагрузка на имплантат.
4. Инфицирование и факторы, ухудшающие заживление, например табакокурение.

Иногда потеря имплантата может произойти после проведения второго хирургического этапа имплантации. Дело в том, что во время раскрытия имплантата может быть выявлена его подвижность и отсутствие стабильности. Причём воспалительные явления могут быть невыраженными.

Потеря имплантатов в более позднем периоде обычно бывает связана с перегрузкой, вызванной недостаточной длиной и диаметром имплантата, а так же неадекватной ортопедической конструкцией. Серьезной причиной отрицательного результата имплантации является плохая гигиена полости рта. Основным проявлением всех этих причин и факторов является воспалительный процесс, который развивается вокруг имплантата и называется периимплантитом. В нашем исследовании (32 пациента) мы проанализировали возможные осложнения при внутрикостной дентальной имплантации в зависимости от временного фактора:

- * Осложнения, возникающие непосредственно во время оперативного вмешательства;
- * Осложнения в ранние сроки после установки имплантата;
- * Осложнения в отдалённые сроки после установки имплантата и окончания протезирования.

Перелом фиссурного бора во время формирования ложа для пластинчатого имплантата в нашей практике встречался в трёх случаях на этапе освоения методики имплантации. Мы считаем, что это было связано с несовершенством хирургической техники. Удаление сломанного бора из ложа имплантата не представляло особой сложности. Повреждение слизистой оболочки полости рта возникало в семи случаях. В такой ситуации мы накладывали дополнительные швы. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи во время формирования ложа имплантата в нашей практике встречалась четыре раза, но ни разу не привела к потере имплантата и повреждению слизистой оболочки синуса. В таких случаях имплантат всё равно устанавливался, обеспечивалась первичная стабильность, слизистая оболочка над ним ушивалась. Назначалась антибактериальная терапия с профилактической целью и сосудосуживающие капли в нос. Причиной перфорации дна синуса могло послужить искажение ортопантограммы, обеспечивающей точное масштабное определение размеров зоны предполагаемой имплантации, а так же технические погрешности в работе. Формирование слишком широкого ложа имплантата, которое приводит к нарушению первичной стабильности имплантата в нашей практике встречалось в трёх случаях. Один имплантат был удалён в раннем послеоперационном периоде в связи с его подвижностью и воспалением окружающих тканей. Данные осложнения связаны с неточным формированием костного ложа. Решением данной проблемы может быть использование имплантатов большего диаметра и длины, чем планировалось, конечно с учётом прилежащих анатомических образований. Возможно использование остеопластических материалов в участках недостающей костной ткани. Перегрев ткани в процессе создания ложа имплантата во время операции привёл в одном случае к потере имплантата. Причинами этого могут явиться: недостаточное охлаждение режущего инструмента; чрезмерное давление на него во время операции; недостаточно острый инструмент. Прогноз на этапе оперативного вмешательства определяется уровнем квалификации специалиста и его технической оснащённостью.

Следующим этапом имплантологического лечения является послеоперационный дофункциональный период. Течение данного периода определяется реакцией организма на оперативное вмешательство, травматичностью проведённой операции, степенью соблюдения правил асептики. Осложнениями на этом этапе могут быть: гематомы, воспалительные процессы, расхождение швов. В нашей практике выраженные гематомы встречались в трёх случаях в связи с большим объёмом оперативного вмешательства. Расхождение швов наблюдалось в трёх случаях в связи с недостаточной мобилизацией лоскута и адаптацией краёв раны. Раневая поверхность велась под маевой повязкой («Солкосерил-денталь») и заживление происходило вторичным натяжением.

После ортопедического этапа лечения очень важным является процесс взаимодействия протез-имплантат-костная ткань. В этот период могут возникать такие осложнения как мукозиты и периимплантиты. Причиной этих осложнений является недостаточная гигиена полости рта, ошибки при протезировании, концентрация напряжений в отдельных участках контакта имплантата и костной ткани, позднее обращение пациентов к врачу в случаях расцементирования протеза. В нашем наблюдении был один случай удаления имплантата через два года после протезирования в результате периимплантита. Причиной данного осложнения явилась неудовлетворительная гигиена полости рта и неправильное распределение жевательной нагрузки.

За три года наблюдений из 92 установленных имплантатов было удалено три. Анализ причин возникающих осложнений при денальной имплантации может позволить избежать ошибок на разных этапах имплантологического лечения.