

больных с ототоксическим этиологическим фактором, положительной динамики при лечении не наблюдалось.

Выводы:

1. Сенсоневральный компонент тугоухости в раннем периоде возникает у лиц с нарушениями носового дыхания.

2. Отсутствие субъективного шума в ушах, или наличие периодического ушного шума I степени выраженности, при поражении слухового анализатора в диапазоне высоких частот, приводит к позднему выявлению заболевания, в основном в хроническом периоде.

3. Существует определенная группа людей слуховая функция, которых выше установленных физиологических норм.

УДК: 616.314-72

## **КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАНУЛ ПОРИСТОГО ТИТАНА NATiX**

**М.В. Дагуева, А.Б. Кокоев**

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, г. Владикавказ.

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии  
(зав.кафедрой – д.м.н. Дзгоева М.Г.)

ГБОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия. Кафедра стоматологии ФПДО (зав.кафедрой – д.м.н.,  
проф. Сирак С.В.)

**Резюме:** Метод дентальной имплантации стал одним из ведущих при восполнении дефектов зубных рядов в ортопедической стоматологии. Традиционно дентальная имплантация проводится лишь через 3–6 месяца после удаления зуба. Вместе с тем возможность немедленной постановки имплантата в

альвеолу зуба после его удаления является актуальным и экономически оправданным способом совершенствования стоматологической помощи.

В настоящее время недостаточно сведений об особенностях и различиях в механизмах остеоинтеграции при непосредственной дентальной имплантации. Немногочисленны и противоречивы данные о возможности применения биоматериалов для направленной регенерации при установке имплантата в лунку удаленного зуба.

В этой связи проведение клинико-экспериментальной работы по обоснованию использования в клинике ряда методов и средств, способствующих дальнейшему совершенствованию способа непосредственной дентальной имплантации.

**Целью исследования** явилось повышение эффективности стоматологической помощи пациентам с включенными дефектами зубных рядов путем усовершенствования метода непосредственной дентальной имплантации за счет использования пористого титана Natix.

#### **Материал и методы исследования.**

В течение 4 лет с 2008 по 2011 гг. под наблюдением и лечением находилось 107 больных в возрасте от 23 до 60 лет, которым была проведена операция непосредственной дентальной имплантации. Все больные были разделены на 2 группы, основную и контрольную: в основной группе использовали дентальные имплантаты ENDURE и гранулы пористого титана «Natix, в контрольной группе при установке дентальных имплантатов ENDURE пористый титан Natix не использовали. Всего в основной группе установлено 144 дентальных имплантата – 74 (51,4%) на верхней челюсти, 70 (48,6%) на нижней, и 37 имплантатов в контрольной группе – 18 (48,6%) на нижней и 19 (51,4%) – на верхней челюсти.

Проводили рентгенологическое исследование, включая панорамные снимки. После инфльтрационного или проводникового обезболивания раствором Ultracaini 4% – 1,8 мл с адреналином 1:100000 удаляли «причинный» зуб. Проводили кюретаж лунки зуба, удаляя патологически измененные ткани. Лунку удаленного зуба промывали 0,05% раствором ми-

рамистина, формировали нужную форму и глубину альвеолы удаленного зуба фрезой, затем устанавливали винтовой титановый имплантат системы «ENDURE». При одноэтапной операции имплантат устанавливали на 2-3 мм ниже десневого края альвеолы лунки удаленного зуба, свободное пространство между имплантатом и костными стенками альвеолы заполняли без уплотнения гранулами пористого титана «Natix» с размером гранул 0,7-1,0 мм и пористостью 80%. Затем выкручивали верхний винт, устанавливали опорную часть имплантата, снимали силиконовый оттиск, изготавливали и устанавливали сначала временный, затем – металлокерамический протез. При двухступенчатой операции рану поверх имплантата ушивали наглухо и приступали к следующим этапам после завершения процесса остеоинтеграции имплантата в кости. Для определения показателей кровотока в бассейнах нижней альвеолярной и верхнечелюстной артерий применяли метод ультразвукового исследования – цветное дуплексное сканирование артерий.

#### **Результаты:**

Как показали проведенные исследования, у пациентов контрольной группы после дентальной имплантации отмечено незначительное нарушение кровоснабжения на нижней челюсти в бассейне нижней альвеолярной артерии. Период восстановления кровообращения составил от 3 до 4 месяцев. В основной группе также были отмечены нарушения кровообращения, однако, период восстановления кровообращения в участках имплантации составил от 2 до 3 месяцев.

Состояние костной ткани альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти оценивали рентгенологически через 3, 6 и 12 месяцев. Оценивались два основных параметра: вертикальная резорбция и степень интеграции костной ткани с поверхностью имплантата.

Вертикальная резорбция костной ткани вокруг установленных имплантатов на нижней челюсти через 1 год после проведения имплантации составила, в основной и контроль-

ной группах в среднем, 0,6-1,9 мм, на верхней челюсти – 1,2-2,9 мм соответственно.

Таким образом, в процессе решения поставленных задач, направленных на изучение эффективности применения нерезорбируемого пористого титана Natix на этапах непосредственной дентальной имплантации было установлено следующее. В контрольной группе из 37 установленных имплантатов в настоящее время функционирует 31 (83,8%), в основной группе из 144 установленных имплантатов функционирует 143 (99,3%).

У всех пациентов, перенесших операцию непосредственной имплантации послеоперационный период протекал гладко, наблюдалась удовлетворительная интеграция имплантатов в лунку и их эффективное функционирование под зубными протезами. Выбор ортопедических конструкций определяется видом и локализацией дефектов зубных рядов, а также состоянием соседних зубов. Основополагающим моментом при планировании ортопедического лечения являлась необходимость равномерного распределения жевательного давления на опорные зубы. Включенные дефекты зубных рядов даже большой протяженности особых затруднений в планировании конструкций не представляли. Ближайшие (до 6 мес.) и отдаленные (до 3 лет) наблюдения функционирования имплантатов показали хорошие результаты. Все пациенты удовлетворены функциональными и эстетическими результатами лечения. Жалоб на боль или состояние дискомфорта в области имплантатов и протезов пациенты не предъявляли. Обследование показало, что патологические изменения тканей полости рта, подвижность протезов и имплантатов у этих пациентов отсутствуют.

Таким образом, как показали результаты проведенного исследования, основное преимущество непосредственной дентальной имплантации в сочетании с пластикой костного дефекта пористым титаном Natix заключается в возможности полноценного восстановления функционального, функционально-протетического и косметического статуса пациента в кратчайшие сроки после удаления зуба.