

COMPARISON OF MARGINAL BONE TISSUE RESORPTION DURING SINGLE-STAGE AND TWO-STAGE IMPLANTATIONS

Adilov A. A.

Samarkand State Medical University

Khasanov I. I.

Samarkand State Medical University

Khazratov A. A.

Samarkand State Medical University

Annotation

A dental implant is one of the best options for restoring aesthetics and function. The high success rate of these treatments is due to some considerations such as case selection, choice of implant system and surgical techniques. One-stage or two-stage surgical approaches are routine surgical treatments for dental implants. The minimum rate of bone loss around implants is the most important criterion for evaluating the success of implantation, which can be affected by various surgical methods.

СРАВНЕНИИ РЕЗОРБЦИИ МАРГИНАЛЬНОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОДНОЭТАПНОЙ И ДВУХЭТАПНОЙ ИМПЛАНТАЦИЯХ

Акмал Азизович Адиллов

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан.

Научный руководитель: Хасанов И.И.,

PhD Хазратов А.И.

Аннотация: Зубной имплантат является одним из лучших вариантов для восстановления эстетики и функции. Высокий уровень успеха этих методов лечения связан с некоторыми соображениями, такими как выбор случая, выбор системы имплантатов и хирургических методов.

Ключевые слова: одноэтапная имплантация, двухэтапная имплантация, имплант.

Одноэтапные или двухэтапные хирургические подходы являются рутинными хирургическими методами лечения дентальной имплантации. Минимальная скорость потери костной массы вокруг имплантатов является наиболее важным критерием

оценки успеха имплантации, на который могут повлиять различные хирургические методы.

Цель: Это исследование было проведено для сравнения потери костного гребня на мезиальной и дистальной поверхности имплантатов, установленных с помощью одноэтапного или двухэтапного хирургического доступа.

Материалы и методы исследования: В настоящем рандомизированном клиническом исследовании система имплантатов 68шт. Osstem Implant была разделена на две неравные группы для использования у 58 пациентов. 44шт. были установлены одноэтапным и 24шт. двухэтапным хирургическим доступом. Базовую параллельную периапикальную рентгенографию выполняли сразу после операции. Через шесть месяцев после функциональной нагрузки было получено еще одно рентгенографическое изображение с использованием той же техники и аппарата. Потеря маргинальной кости рассчитывалась с использованием программного обеспечения Adobe Photoshop CS5. Данные были подвергнуты статистическому анализу с помощью программного обеспечения SPSS. значения p менее 0,05 считались значимыми.

Результаты: Средняя потеря кости на мезиальной и дистальной поверхностях имплантатов, установленных при одноэтапной операции и двухэтапной операции, составила $0,72 \pm 0,05$ и $0,821 \pm 0,05$ мм соответственно. Между верхней (0,860 мм) и нижней челюстью (0,729 мм) заметных изменений маргинальной кости не наблюдалось. Кроме того, значение p было $> 0,05$ во всех образцах, что указывает на отсутствие существенной разницы в потере костной ткани альвеолярного отростка.

Вывод: Соответственно, одноэтапная хирургическая техника может обеспечить лучшую эстетику и функциональность зубных имплантатов. Нет существенной разницы между двумя подходами в отношении потери маргинальной кости.

Литература:

1. Эспозито М., Хирш Дж. М., Лекхольм У., Томсен П. Биологические факторы, способствующие отказу остеоинтегрированных оральных имплантатов. (Я). Критерии успеха и эпидемиология. Eur J Oral Sci. 1998 год; 106: 527–551.
2. Эспозито М., Култхард П., Томсен П., Уортингтон Х.В. Вмешательства по замещению отсутствующих зубов: различные виды зубных имплантатов. Кокрановская система базы данных, ред. 2005 г.; 1: CD003815.
3. Albrektsson T, Brånemark PI, Hansson HA, Lindström J. Титановые имплантаты с остеоинтеграцией. Требования к обеспечению долговременной прямой фиксации кости к имплантату у человека. Акта Ортоп Сканд. 1981 год; 52: 155–170.

4. Карлссон Л., Рёстлунд Т., Альбректссон Б., Альбректссон Т., Бранемарк П.И. Остеоинтеграция титановых имплантатов. Акта Ортоп Сканд. 1986 год; 57: 285–289.
5. Франчи М., Орсини Э., Трире А., Куаранта М., Мартини Д., Пиккари Г.Г. и др. Остеогенез и морфология периимплантатной кости, обращенной к дентальным имплантатам. Научный мировой журнал. 2004 г.; 4: 1083–1095.
6. Ланг Н.П., Пун Л., Лау К.Ю., Ли К.И., Вонг М.С. Систематический обзор показателей выживаемости и успешности имплантатов, установленных сразу в свежие лунки после удаления, по крайней мере, через 1 год. Clin Oral Implants Res. 2012 г.; 23 Приложение 5: 39–66.
7. Roos J, Sennerby L, Lekholm U, Jemt T, Gröndahl K, Albrektsson T. Качественный и количественный метод оценки успеха имплантатов: 5-летний ретроспективный анализ имплантата Brånemark. Оральные челюстно-лицевые имплантаты Int J. 1997 год; 12: 504–514.
8. Марко Ф., Милена Ф., Джанлука Г., Виттория О. Периимплантатный остеогенез в норме и остеопороз. Микрон. 2005 г.; 36: 630–644.
9. Дэвис Дж.Э. Понимание периимплантного эндоссального заживления. Дж. Дент, образование. 2003 г.; 67: 932–949.
10. Берглунд Т., Перссон Л., Клинге Б. Систематический обзор частоты биологических и технических осложнений в имплантологии, о котором сообщалось в проспективных лонгитудинальных исследованиях продолжительностью не менее 5 лет. Дж. Клин Пародонтол. 2002 г.; 29 Приложение 3: 197–212.
11. Glauser R, Zembic A, Hämmerle CH. Систематический обзор маргинальных мягких тканей на имплантатах, подвергнутых немедленной нагрузке или немедленной реставрации. Clin Oral Implants Res. 2006 г.; 17 Приложение 2: 82–92.
12. Каруссис И.К., Коцовилис С., Фурмузис И. Всесторонний и критический обзор прогноза имплантации зубов у пациентов с частичной адентией с нарушением пародонта. Clin Oral Implants Res. 2007 г.; 18: 669–679.
13. Rocuzzo M., De Angelis N., Bonino L., Aglietta M. Десятилетние результаты трехэтапного проспективного когортного исследования имплантатов у пациентов с заболеваниями пародонта. Часть 1: потеря имплантата и рентгенологическая потеря кости. Clin Oral Implants Res. 2010 г.; 21: 490–496.
14. Энгквист Б., Астранд П., Анзен Б., Дальгрэн С., Энгквист Э., Фельдманн Х. и др. Упрощенные методы имплантации при полной адентии нижней челюсти. Контролируемое проспективное исследование. Часть I: одноэтапная хирургия против двухэтапной. Clin Implant Dent Relat Res. 2002 г.; 4: 93–103.
15. Ким Д.М., Бадовинац Р.Л., Лоренц Р.Л., Фиореллини Дж.П., Вебер Х.П. 10-летнее проспективное клинико-рентгенологическое исследование одноэтапных дентальных имплантатов. Clin Oral Implants Res. 2008 г.; 19: 254–258.

16. Cecchinato D, Olsson C, Lindhe J. Погружное или непогруженное заживление внутрикостных имплантатов для реабилитации пациентов с частичным отсутствием зубов. Дж. Клин Пародонтол. 2004 г.; 31: 299–308.
17. Чеккинато Д., Бенгази Ф., Блази Г., Боттичелли Д., Кардарелли И., Гуалини Ф. Изменения на уровне кости при установке имплантатов в задние сегменты зубного ряда: результат погруженного/непогруженного заживления. Многоцентровое рандомизированное контролируемое клиническое исследование продолжительностью 5 лет. Clin Oral Implants Res. 2008 г.; 19: 429–431
18. Zechner W, Kneissel M, Kim S, Ulm C, Watzek G, Plenk H Jr. Гистоморфометрическое и клиническое сравнение погруженных и непогруженных имплантатов, подвергнутых экспериментальному периимплантиту у собак. Clin Oral Implants Res. 2004 г.; 15: 23–33.
19. Шротт А., Ригги-Хейнигер М., Маруо К., Галлуччи Г.О. Протоколы нагрузки на имплантаты для пациентов с частичной адентией и расширенной адентией — систематический обзор и метаанализ. Оральные челюстно-лицевые имплантаты Int J. 2014; 29 Приложение: 239–255.
20. Сиадат Х., Панджнуш М., Алихаси М., Алихосейни М., Бассир С.Х., Рокн А.Р. Влияет ли выбор стадии имплантации на потерю костной ткани? J Oral Maxillofac Surg. 2012 г.; 70: 307–313.