

---

**ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОСТАДИЙНЫХ ИМПЛАНТАТОВ  
ГАРБАЧЧО ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ,  
ПОДВЕРЖЕННЫХ ПАРОДОНТАЛЬНЫМ БОЛЕЗНЯМ.  
РЕЗУЛЬТАТЫ 5-ЛЕТНИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

***Т. Гротовски***

One stage Garbaccio implant in rehabilitation of patients  
affected by periodontal. 5 years follow-up study

Tomasz A.Grotowski

*Implantodontie. Revue trimestrielle d'implantologie orale. — 1995. — № 19*

Сегодня хорошо известно, каким образом различные факторы, включая потерю зубов и последствия этого, отражающиеся на жевательном аппарате, особенно резорбция костной ткани на нижней челюсти, ведет в конце концов к серьезным нарушениям функции жевания.

Теоретически наш выбор типа зубных протезов (т.е. фиксированного или съемного) зависит от числа имеющихся зубов и их распределения. Очень часто решение удалить зубы (с подвижностью I или II) определяет тип протеза, заставляя пациента носить съемный протез, который по прошествии времени может их не устроить. Более того, очевидно, что существует тесная зависимость между самой функцией полости рта (которая во многом зависит от функционирования зубного протеза) и жевательными и

пищеварительными функциями. Указанные выше проблемы становятся особенно серьезными у пожилых пациентов, у которых произошла полная потеря естественных зубов, и в данном случае особую роль играет профилактика.

В течение многих лет стоматологи сталкиваются с проблемой сохранения зубов, подверженных заболеваниям пародонта, выражающимся в атрофии костной ткани и потере зубов (часто осложненными окклюзионными травмами). При этом проводится специальное лечение либо установка шины с целью обеспечения некоторой устойчивости. Сегодня стоматолог сталкивается с целым комплексом проблем, и ему приходится разрабатывать адекватный план, т.е. план мультидисциплинарного характера, включающий не только хирурги-

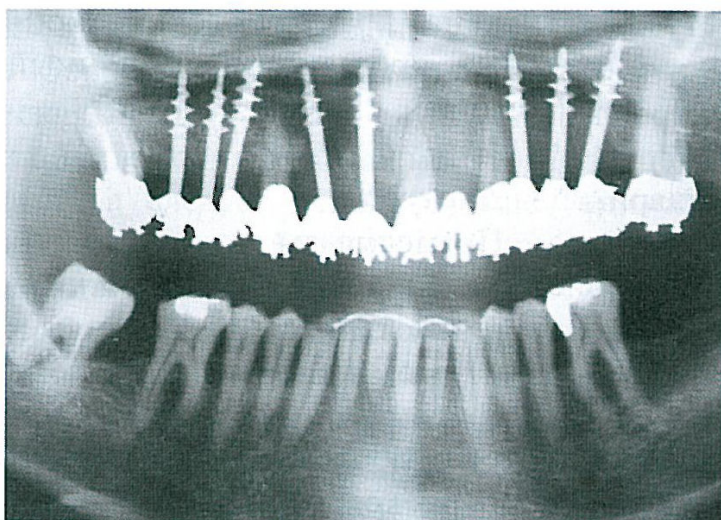


Рис. 3. Рентгенограмма после лечения и протезирования.

ми хорошо исследованных и апробированных имплантатов, которые имеются в распоряжении имплантологов и позволяют достичь удовлетворительных результатов с терапевтической точки зрения, не привязывая их, однако, к жесткой теоретической схеме, т.е. к одному типу имплантата. В течение многих лет я применял на практике принцип имплантатной реабилитации с использованием бикортикальных винтов, изобретенных д-ром Д. Гарбаччо в 1972 г.

После 3 лет клинических исследований этот имплантат был впервые представлен в 1975 г. на

Международном конгрессе по имплантологии GISI в Болонье. Этот имплантат использует кортикальную кость, имеющую различную структуру и степень минерализации, таким образом создавая лучшую и более сильную поддержку, чем ее губчатая часть, позволяя

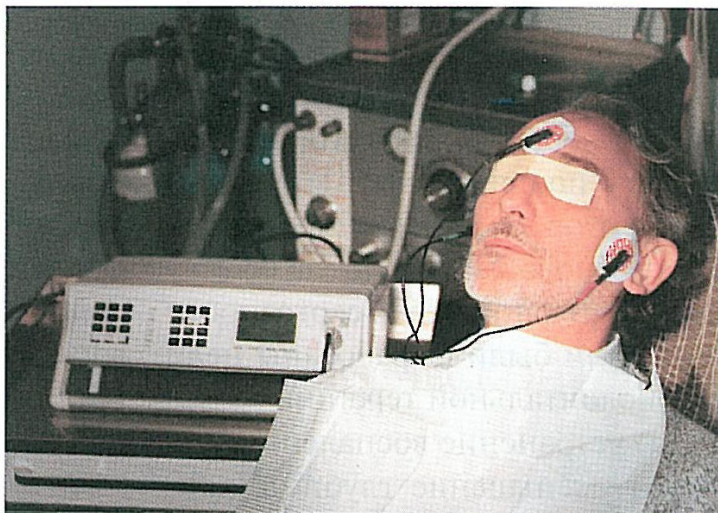


Рис.4. Нормализация тонуса жевательных мышц при помощи аппарата MIO-TENS.

проводить моментальное введение и достигать значительной степени остеоинтеграции. Этот аспект отличает данный имплантат от огромного количества двухстадийных имплантатов нового поколения, когда установка имплантата растягивается на несколько месяцев, необходимых для остеоинтеграции и восстановления кости.

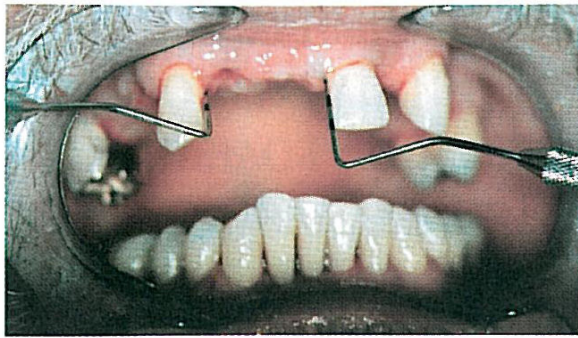


Рис.1. До лечения. Кровоточивость зубодесневых карманов при зондировании.

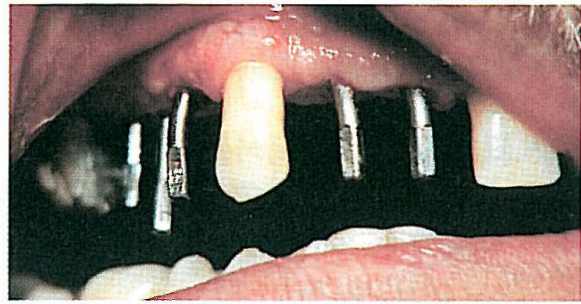


Рис.2. После установки винтовых бикортикальных имплантатов конструкции доктора Д. Гарбаччо.

ческое лечение, но и окклюзионно-пародонтальную терапию (в широком смысле слова, в основном с мотивацией и сотрудничеством с пациентом), а также консервативное лечение.

Единственный способ улучшить здоровье пациента — это установка современных зубных протезов. Как я уже отмечал ранее, полная функциональная и физиологическая реабилитация жевательного аппарата может быть осуществлена только с помощью фиксированных протезов, таким образом, необходима альтернативная терапия, т.е., основанная на имплантатных протезах, с наличием натуральных тканей.

Применение имплантатов в стоматологии открывает новые возможности для пациентов, у которых наблюдаются запущенные формы болезней пародонта. Имплантаты помогают успешно заменить утраченные зубы, причем имплантология будущего бу-

дет использовать смешанные протезы, выполненные путем соединения искусственных и натуральных материалов. Из докладов многих исследовательских центров очевиден большой и длительный успех имплантатов по Бранемарку, которые обеспечивают здоровое состояние и комфорт в полости рта пациентов.

Нет сомнений, что система имплантатов по Бранемарку была глубоко изучена и апробирована на практике. По моему мнению, возможность применения имплантата должна определяться не только степенью его исследования, но и возможностью его применения для данного пациента. Значение имплантата в первую очередь связано с конкретным случаем и зависит от таких факторов, как количество и качество альвеолярной кости.

На сегодняшний день результаты современных исследований представлены различными вида-

### *Клинический случай*

Пациент — мужчина 50 лет. В течение более чем 15 лет носил частично съемный зубной протез, который много раз реставрировали в связи с потерей очередного зуба. Невозможность использования старого протеза заставило пациента принять решение о хирургическом вмешательстве. Клиническое и рентгенологическое обследование показало наличие кровоточащих зубодесневых и костных карманов как на верхней, так и на нижней челюсти. Более того, наблюдалась подвижность II степени элементов 32, 31, 41, 42 и отложение зубного камня. После обсуждения с пациентом серьезности ситуации были выработаны цели периодонтальной терапии:

- а) устранение воспаления,
- б) уменьшение глубины карманов,
- в) шинирование зубов.

Для достижения этих целей были выбраны следующие процедуры: 1) шинирование чрезмерно подвижных зубов 32, 35, 45, 42 с помощью композита и металлической лигатуры; 2) процедуры, включающие периодонтальную хирургию; 3) введение 8 бикортикальных винтов с моментальными временными фиксированными протезами с 17 до 27; 4) окончательные фиксированные протезы с 17 до 27; 5) поддерживающие процедуры: повторная

гигиена, рентгеновский контроль, протезно-окклюзионный контроль.

### *Дискуссия*

Несмотря на многочисленные медико-научные достижения, имеющиеся в распоряжении стоматологов, проблема профилактики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта, с риском адентии, либо пожилых (уже беззубых) пациентов продолжает оставаться насущной. Обращаясь к статистическим исследованиям, у 40% пациентов в США старше 65 лет выявлена адентия. Стоимость профилактики заболеваний пародонта намного меньше, чем восстановление в таких случаях. При составлении плана лечения стоматолог всегда должен помнить о том, что современная стоматология требует широкой оценки проблемы и имеет мультидисциплинарный характер. Решение удалить даже уже практически потерянный зуб не должно приниматься во время первого визита пациента.

### *Выводы*

Не подлежит сомнению, что с изобретением имплантатов настала новая эра в стоматологии. Место традиционных протезов, которые часто не удовлетворяли пациентов, может быть занято альтернативным лечением, упро-

щенным с помощью имплантологии. Современная имплантологическая методика не должна ограничиваться одним типом имплантатов, а следует использовать различные типы, более всего подходящие к конкретным случаям. На базе имеющихся у пациента зубов и имплантатов возможно, как было показано ранее, провести полную протезную реабилитацию жевательного аппарата при заболеваниях периодонта. В заключении хотелось бы выделить следующее:

1. Длительность успеха зависит от поддерживающей терапии,

под которой я подразумеваю: гигиену, рентгеновский и окклюзионный контроль.

2. Необходимо уделять больше внимания окклюзионным проблемам.

3. Аккумуляция зубного налета означает, что окклюзионная травма и патология уже сформировались!

4. Остеоинтеграция никогда не бывает стабильной.

5. Остеоинтеграцию необходимо поддерживать для достижения длительного успеха как имплантата, протеза, пациента, так и имплантолога.

## II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Минск, 24—25 сентября 1998 г.

Учредители конференции: *имеют честь пригласить Вас принять участие в работе 2-й Международной научно-практической конференции, посвященной проблемам дентальной имплантации и протетической хирургии.*

ООО «Проекция»,  
ООО «Оптимед»,  
ООО «Белдент»,  
кафедра хирургической  
стоматологии БелГИУВ

Конференция состоится  
24—25 сентября 1998 г. в конференц-зале Белорусского ГИУВ  
по адресу: г. Минск, ул. П.Бровки, 3.

**Телефон/факс (017) 263-56-76.**

Участие в работе конференции просим Вас  
подтвердить до 1 сентября 1998 г.

Доклады для публикации  
принимаются до 1 июля 1998 г.

Директор ООО «Проекция»,  
председатель оргкомитета *Л.Л.Максименко*