



Cranio-maxillofacial

Implant Directions®

Vol.16 № 1

Январь 2022 г.

Русское издание



ПРОЩАЙ, ОСТЕОИНТЕГРАЦИЯ!

ЗАЯВЛЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ФОНДА ИМПЛАНТОЛОГОВ
(INTERNATIONAL IMPLANT FOUNDATION), МЮНХЕН, ГЕРМАНИЯ

Abhishare Reddy N., Ahmed N., Ahteskam M., Alejnikov I., Antonov A., Anosh R., Asenjo M., Boborovskij S., Bakanova O., Balan R., Bhat A., Corcodel M., Cuervo A., Deikun D., Dhaval V., Diaz P., Díez Díez F., Fodor C., Fabritius T., Fazekas N., Fedoseev N., Fedoseev V., Fedotov A., Frankun Dr., Hoffer L., Garcia R., Mohamed G., Gaur V., Genchev G., Ghate M., Golisheva V., Gombkoto G., Gonzalez D., Gsadiyelli S., Gubaidulin N., Huber G., Ibrahimov I., Ihde S., Ihde A., Iovan C., Jovanovic T., Jung L., Kalinina O., Kasmal A., Karathelcers R., Kanatsdande J., Kelemen P., Kolentzova V., Kolhe R., Kotwal T., Kozakov B., Ksnisacor P., Kumal R S., Kumar M., Krasnova S., Krishna L., Lanesi P., Lell I., Magadov R., Malchev L., Mahajan M., Maisara I., Maheshwari N., Mahoorkar S., Makarchuk I., Maier A., Manjarrz LC., Martinez Silva J., Martinez Nieto I., Memon Z., Mhalte R., Milane A., Modi R., Mohd Fahim A., Namdakov N., Navreen G., Novikov S., Paibat A., Paneriya P., Pantelic M., Pascu C., Patil A., Patel H., Patel MA., Peñaranda S., Perumal M., Prasad SA., Rahmaan F., Rajan S., Rajendiran S., Ramazanov R., Ramazanov S., Ranjit Dr., Rathad R., Reddy N., Reddi L., Reddy S., Rivera Navarro A., Romero A., Rostov A., Rubiano O., Savchenko O., Sadigade A., Santiago Lopez R., Sayed S., Sergeev G., Serrano Gomez J., Sethuraman E., Sipic O., Sreenivas P., Schmojlov A., Solano A., Suboth C., Tanasa D., Todevski K., Torres D., Trofymchuk H., Tudose B., Umarji S., Vares Y., Vares J., Vargas M., Viveros P., Wage L., Vamshidar B., Varsada R., Zahariev N., Zacharov V., Zubaro F.

ISSN 1864-1199 / e-ISSN 1864-1237



Редакционная коллегия

Главный редактор

Dr. Łukas Pałka
regmed.klinika@gmail.com

Dr. Vivek Gaur
drvivekgaur@yahoo.co.in

Координирующий редактор

Joanna Dołbaczuk
j.dolbaczuk@gmail.com

Редколлегия (в алфавитном порядке)

Dr. Muhammad Alobayat, Palestine
Dr. Pablo Diaz, Ecuador
Dr. Anita Doshi, India
Dr. Marcos Daniel Gonzales, Colombia
Dr. Georg Huber, Germany
Prof. Dr. Vitomir S. Konstantinovic, Serbia
Dr. Alexander Lazarov, Bulgaria
Dr. Igor Lell, Germany
Dr. Valeri Lysenko, Ukraine
Dr. Werner Mander, Spain
Dr. Juri Mitrushenkov, Russia
Dr. Mahendra Perumal, India
Dr. Andrii Shmojlov, Russia
Prof. Dr. Jan Vares, Ukraine

Сообщения о фактических данных и критические оценки

Отдел исследований и фактических данных
Международного фонда имплантологов (IF Research & Evidence Dept.)

Годовая подписка

Euro2.800 евро

Авторские права

Copyright ©2006 - 2022
by International Implant Foundation
DE- 80802 Munich / Germany
www.implantfoundation.org

Контактные данные

publishing@implantfoundation.org

CMF.Impl.dir.

ISSN 1864-1199
e-ISSN 1864-1237

Отказ от ответственности

Риск

Были предприняты все усилия для обеспечения точности информации, содержащейся в данной публикации. Однако издатель и/или распространитель и/или редакторы и/или авторы не могут нести ответственность за ошибки или любые последствия, возникающие в результате использования информации, содержащейся в данной публикации. Заявления или мнения, содержащиеся в редакторских материалах и статьях данного издания, принадлежат исключительно их авторам, а не издателю, и/или распространителю, и/или Международному фонду имплантологов.

Издания, процедуры и методы лечения, описанные в данной работе, являются опасными и поэтому должны использоваться только сертифицированными и обученными медицинскими специалистами в условиях, специально предназначенных для таких процедур. Ни один предлагаемый тест или процедура не должны проводиться, если, по профессиональному суждению специалиста, их риск не оправдан. Каждый, кто использует изделия, процедуры и методы лечения, показанные или описанные в данной публикации, делает это на свой страх и риск. В связи с быстрым развитием медицинской науки Международный фонд имплантологов рекомендует проводить независимую проверку диагноза, терапии, лекарств, дозировок и методов работы до начала каких-либо действий.

Несмотря на то, что все рекламные материалы, которые могут быть вставлены в данную работу, должны соответствовать этическим (медицинским) стандартам, включение их в данное издание не является гарантией или подтверждением со стороны издательства качества или ценности такого продукта или заявлений, сделанных о нем его производителем.

Правовые ограничения

Это издание выпущено издательством IF Publishing, Мюнхен, Германия. Все права защищены издательством IF Publishing. Данная публикация, включая все ее части, защищена авторским правом. Любое ее использование, применение или коммерциализация вне узких рамок, установленных законодательством об авторском праве и изложенными ниже ограничениями на использование, без согласия издателя является незаконным и подлежит судебному преследованию. Это относится, в частности, к фототипированию, копированию, сканированию или дублированию любого рода, переводу, подготовке микрофильмов, электронной обработке данных и хранению, например, размещению данной публикации в сети Интранет или Интернет.

Некоторые изделия, наименования, инструменты, методы лечения, логотипы, образцы и т. д., упоминаемые в данной публикации, также защищены патентами и товарными знаками или другими законами о защите интеллектуальной собственности" (например, аббревиатуры Международного фонда имплантологов" „IF", „IF" и логотип IF являются зарегистрированными товарными знаками), даже если в тексте не всегда содержится конкретное указание на этот факт. Поэтому употребление наименования, инструмента и т. д. без указания на то, что они защищены авторским правом, не должно рассматриваться как заявление издателя о том, что они являются общественным достоянием.

Подписка учреждений позволяет воспроизводить перечень содержания или составлять списки статей, включая аннотации, для внутреннего распространения в соответствующих учреждениях. Разрешение издателя требуется для всех других производных работ, включая компиляции и переводы. Разрешение издателя требуется также для хранения или использования в электронном виде любых материалов, содержащихся в этом журнале, включая любую статью или часть статьи. По всем вопросам обращаться к издателю по указанному адресу.



Прощай, остеointеграция!

Заявление Международного фонда имплантологов
(International Implant Foundation), Мюнхен, Германия

Авторы

Abhishare Reddy N (IN), Ahmed N (IN),
Ahteskam M (IN), Alejnikov I (RU), Antonov
A (BG), Anosh R (IN), Asenjo M (Dom Rep),
Boborovskij S (RU), Bakanova O (RU), Ba-
lan R (DE), Bhat A (IN), Corcodel M (RO),
Cuervo A (COL), Deikun D (RU), Dhaval V
(IN), Diaz P (GUA), Diez Diez F (ES), Fodor C
(RO), Fabritius T (DE), Fazekas N (HU), Fedo-
seev N (RU), Fedoseev V (RU), Fedotov A
(RU), Frankun Dr (IN), Hoffer L (HU), Garcia
R (MEX), Mohamed G (BG), Gaur V (IN),
Genchev G (BG), Ghate M (IN), Golisheva V
(RU), Gombkoto G (HU), Gonzalez D (COL),
Gsadiyelli S (IN), Gubaidulin N (RU), Huber
G (DE), Ibrahimov I (RU), Ihde S (DE), Ihde
A (BY), Iovan C (RO), Jovanovic T (SRB),
Jung L (DE), Kalinina O (RU), Kasmal A (IN),
Karathelcers R (IN), Kanatsdande J (IN),

Kelemen P (HU), Kolentzova V (BG), Kolhe
R (IN), Kotwal T (IN), Kozakov B (RU), Ksni-
sacor P (IN), Kumal R S (IN), Kumar M (IN),
Krasnova S (RU), Krishna L (IN), Lanesi P (IN),
Lell I (DE), Magadov R (RU), Malchev L (BG),
Mahajan M (IN), Maisara I (RU), Maheshwari
N (IN), Mahoorkar S (IN), Makarchuk I (UA),
Maier A (DE), Manjarrz LC (COL), Martinez
Silva J (ED), Martinez Nieto I (ES), Memon
Z (IN), Mhalte R (IN), Milane A (IN), Modi R
(IN), Mohd Fahim A (IN), Namdakov N (RU),
Navreen G (IN), Novikov S (RU), Paibat A
(IN), Paneriya P (IN), Pantelic M (SRB), Pascu
C (RO), Patil A (IN), Patel H (IN), Patel MA
(IN), Peñaranda S (COL), Perumal M (IN),
Prasad SA (IN), Rahmaan F (IN), Rajan S
(IN), Rajendiran S (IN), Ramazanov R (UA),
Ramazanov S (UA), Ranjit Dr (IN), Rathad R
(IN), Reddy N (IN), Reddi L (IN), Reddy S (IN),

Rivera Navarro A (MEX), Romero A (COL), Rostov A (RU), Rubiano O (COL), Savchenko O (RU), Sadigade A (RU), Santiago Lopez R (MEX), Sayed S (IN), Sergeev G (RU), Serrano Gomez J (MEX), Sethuraman E (IN), Sipic O (SRB), Sreenivas P (IN), Schmojlov A (RU), Solano A (COL), Suboth C (IN), Tanasa D (RO), Todevski K (MK), Torres D (Col), Trofymchuk H (UA), Tudose B (RO), Umarji S (IN), Vares Y (UA), Vares J (UA), Vargas M (COL), Viveros P (COL), Wage L (IN), Vamshidar B (IN), Varsada R (UA), Zahariev N (BG), Zacharov V (RU), Zubaro F (IN)

Адрес для корреспонденции

International Implant Foundation
Leopoldstr. 116
DE-80802 Munich/Germany
contact@implantfoundation.org

Данные для цитирования статьи

Abhishare Reddy N., et al
Stellungnahme der Internationalen
Implantatstiftung (International Im-
plant Foundation), Munich
CMF Impl Dir 2022, 16: 3 - 14

Аннотация

Авторы (на основе собственного опыта и с учетом научной литературы) констатируют, что метод

“остеоинтеграции” (так называемая эксфолиативная имплантология), который долгое время считался профессиональным стандартом стоматологической имплантологии, в настоящее время устарел и всегда был полон недостатков. Данный метод не оправдывает ожиданий пациентов и вызывает серьезные проблемы по мере нахождения зубного имплантата в полости рта.

Технология Strategic Implant® позволила преодолеть основные проблемы, связанные с традиционной дентальной имплантологией и методом “остеоинтеграции”.

Традиционная дентальная имплантология и метод остеоинтеграции сегодня уже не являются действующим профессиональным стандартом.

Ключевые слова

Остеоинтеграция, остеофиксация, периимплантит, эксфолиативная имплантология, профессиональный медицинский стандарт, дентальная имплантология

В течение десятилетий дентальная имплантология в Германии руководствовалась термином “остеоинтеграция”. Нам говорят, что этот термин был внедрен в обиход “командой специалистов по остеоинтеграции” под руководством П. И. Бранемарка (Brane-mark), профессора Т. Альбректссона (Albrektsson) и других специалистов. Данная концепция предполагает мирное сосуществование живой кости и титанового объекта, с которым кость пребывает в контакте или соседствует. Затем индустрия переняла наблюдение Бранемарка, и в результате уже в 1990-е годы на его основе появилась так называемая дентальная имплантология. Однако деятельность индустрии по продвижению термина “остеоинтеграция” и большая часть того, что было сделано в то время, никогда не имела никакой научной взаимосвязи с работой “команды специалистов по остеоинтеграции”, а стоматологов ввели в заблуждение бездоказательными заявлениями и оглушили маркетингом.

Здесь необходимо отметить, что примерно с 1956 года (т. е. за десятилетия до того, как г-н Бранемарк открыл уникальные свойства кости, наблюдаемые рядом с титановыми объектами) дентальная имплантология уже существовала в значительных

масштабах. Примерно с 1956 г. имплантологи работали с изделиями из титана и сплавов титана, а также с другими металлическими изделиями, причем, как правило, в рамках протоколов немедленной нагрузки. Так называемые “периоды заживления” были внедрены в дентальную имплантологию лишь после публикации наблюдений П. И. Бранемарка.

После того, как на сцену вышла индустрия по производству имплантатов, каждая компания начала пытаться “изменить ситуацию” с помощью своих чудодейственных поверхностей имплантатов. Увеличение площади поверхности с помощью пескоструйной обработки, а позже в сочетании с технологиями травления или анодирования стало Святым Граалем (а позже и могилой) традиционной дентальной имплантологии. Стало популярным такое понятие, как “период заживления”, а маркетинг сосредоточился на “многокомпонентном винтовом имплантате”, который в конечном счете имеет как минимум вдвое большую цену, чем однокомпонентные имплантаты. Итак, имплантаты стали дорогими, период заживления стал необходимым условием, и вскоре термин “периимпланти” распространился

среди имплантологов (которых вполне устраивает данная ситуация, позволяющая им зарабатывать), в то время как сам “периимплантит” распространился среди населения. Пока использовались только полированные имплантаты (т. е. до того, как Бранемарк опубликовал свои наблюдения), никакой периимплантит не был известен, его не было.

С середины 1990-х годов дентальные имплантаты стали благодаря массивированной медийной кампании преимущественно многокомпонентными. Они автоматически обеспечивали большой диаметр имплантата, а их эндооссальные поверхности стали шероховатыми. Поскольку такие имплантаты часто не соответствуют размеру кости, была изобретена “аугментация кости”, которая одновременно стала вполне допустимой процедурой. Все это в унисон проповедовали университеты и крупные производители.

В области дентальной имплантологии осталось незамеченным то обстоятельство, что в травматологии и ортопедической хирургии шероховатые поверхности имплантатов никогда не использовались и не считались

преимуществом, хотя они могли бы использоваться в этих сферах с гораздо меньшим риском, так как травматологические имплантаты устанавливаются в стерильных отделах тела. Таким образом, преимущества, о которых заявляют производители “шероховатых поверхностей имплантатов”, никогда не признавались таковыми в травматологии. Это должно заставить нас задуматься.

За эти шероховатые поверхности имплантатов полости рта пациентам пришлось заплатить высокую цену. Не только сами имплантаты стали дороже по причине связанного с ними маркетинга, но также стали очевидными долгосрочные отрицательные результаты. С начала столетия по всему миру проводятся крупные конгрессы, посвященные теме “периимплантита”. На этих конгрессах рассматривается вопрос о том, как легко избегаемая проблема может стать “передовым достижением”, и как убедить пациентов принять ее как должное и отдать дань уважения этому Святому Граалю, потратив на это много денег и пожертвовав здоровьем своей полости рта. При этом Альбректссон и его сотрудники уже в 2020 году отказались от своей теории касательно причин и протекания процесса

остеоинтеграции; тем не менее, этот факт не получил широкой огласки¹.

Крупные производители (как, собственно, и многие практикующие имплантологи) отказались сделать вывод из следующего логического факта (самоочевидной информации): большой диаметр имплантатов в сочетании с шероховатыми поверхностями является причиной проблемы. Научные результаты, доказывающие этот факт, были сметены огромным количеством бесполезной и избыточной (и в значительной степени фальсифицированной) научной литературы.

Нигде в других областях медицины человеческое тело не подвергается изменениям, осуществляемым хирургическим путем, с целью адаптировать его к какому-либо медицинскому изделию. Всегда выбирается то изделие, которое подходит для конкретного пациента.

¹ Профессор Т. Альбректссон написал в электронном письме профессору С. Иде 30.12.2021: "...Конечно, мы изменили свое мнение и совершенно этого не скрываем. Сейчас меня нет в офисе, но прочитайте, например, стр. 495 в нашей статье, опубликованной в Int J oral Maxillofac Implants 2020, где мы четко указываем, что наше мнение (мнение "изначального состава команды специалистов по остеоинтеграции") было ошибочным. В своих лекциях я также ясно заявлял о наших предыдущих ошибках, связанных с тем, что мы рассматривали остеоинтеграцию как некую не вызывающую осложнений реакцию...".

Однако в традиционной дентальной имплантологии, как мы сейчас покажем, другая ситуация.

Человеческое сердце никогда не подвергается увеличению, чтобы в него можно было установить изначально слишком большой искусственный сердечный клапан. Сердечные клапаны подбираются в соответствии с анатомическими особенностями пациента, однако с дентальными имплантатами такого не происходит. Гротескная ситуация!

В дентальной имплантологии подобные процедуры, словно заимствованные из сказки про золушку, вошли в моду: вместо того, чтобы сразу же устанавливать имплантаты, подходящие к челюстной кости, были изобретены "процедуры костной аугментации". И вместо того, чтобы сразу использовать для крепления имплантатов хорошо подходящие участки кости с высокой минерализацией, имплантологи начали наращивать участки, которые, как известно, склонны к резорбции. К ним относится, например, гайморова пазуха. Имплантаты Bonedit® (**допотопный бренд имплантатов**, продававшихся в 1990-х годах) в большинстве случаев не подходили к кости, но все предпочитали этого не замечать.

Невероятно. Пациенты страдали, но у них не было права голоса в этой игре.

Аугментация кости никогда не может являться частью протокола немедленной нагрузки, поскольку аугментированная область не может быть сразу же использована в работе, а также по той причине, что место аугментации может подвергнуться инфицированию через неизбежным образом возникающее пространство между имплантатом и полостью рта. В рамках немедленной нагрузки кость чаще удаляется, чем наращивается, причем это делается по эстетическим соображениям. Сосочки, созданные зубными техниками, гораздо более привлекательны и долговечны, чем сосочки, созданные оперативным путем обычными имплантологами. Сосочки, созданные оперативным путем, – это, по сути, лишь кончики (собственно говоря, нежелательных) карманов вокруг имплантата. В беззубой челюсти нет нормальных сосочков.

Граница между дентальной имплантологией и черепно-лицевой реабилитацией сегодня размыта. Все публикации, перечисленные в конце данной статьи, бескомпромиссно показывают, насколько бесполезны и ошибочны многие правила, предположения и опасения

традиционной имплантологии. Наращивание кости, осуществляемое только для того, чтобы можно было установить двухфазный имплантат, сегодня, безусловно, является неправильным лечением. Представление о том, что (только) сложные шероховатые поверхности имплантатов (рекламируемые крупными производителями имплантатов) делают возможной раннюю или немедленную нагрузку, является глубоко внедрившимся в мозг суеверием. Нелегко будет стереть эти заблуждения из сознания “традиционных” имплантологов.

Не во всех частях света ситуация была одинаковой: в отдаленных уголках Германии и во Франции бесстрашная группа ясно мыслящих имплантологов уже более 30 лет назад отказалась следовать мейнстриму. Эти специалисты сперва изобрели технологию латеральных базальных имплантатов (например, Diskimplant® & BOI®), а затем технологию Strategic Implant®. Эти два типа имплантатов не похожи друг на друга, но у них общие характеристики: базальная имплантология использует исключительно полированные тела имплантатов, тонкие и полированные диаметры проникновения в слизистую, исключительно кортикальную фиксацию (остеофиксацию) и протоколы

немедленной нагрузки. Необходимость в “остеоинтеграции” и периоде заживления отпадает, если для фиксации используются высокоминерализованные участки кости. Концепция формирования профиля и осуществления костной аугментации определенно оказывается неактуальной. Специалисты, отказывающиеся от наращивания кости, очень быстро приходят к выводу, что немедленная нагрузка является простой и безопасной процедурой.

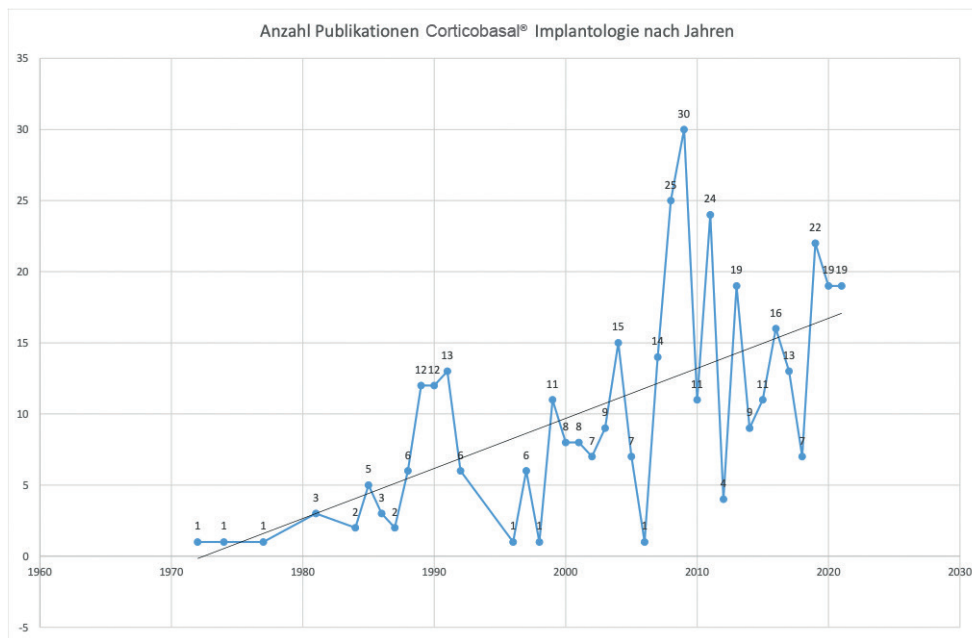
За прошедшие годы бесстрашные мыслящие специалисты из Центральной Европы подружился с имплантологами-единомышленниками по всему миру, и с тех пор эта группа подготовила более 380 международных публикаций.

Мыслящие специалисты доказали с помощью неоспоримой статистики на основании большого количества клинических случаев, что их концепция работает, что она лучше, чем мейнстримовская концепция и не содержит недостатков, которых “остеоинтеграторы” просто не замечают. Пока “традиционные имплантологи” все еще выполняют наращивание кости и навязывают своим клиентам такое понятие, как “период заживления”, мыслящие специалисты уже начали покорять рынок. Пациенты

отказываются от наращивания кости и от обязательных “периодов заживления”.

В то время как мыслящие специалисты начинают имплантологическое лечение клинического случая в понедельник и заканчивают его в среду, “традиционные имплантологи” завершают лечение своих клинических случаев лишь спустя 18 месяцев. Мыслящие специалисты никогда не проводят наращивание кости, в то время как “традиционные имплантологи” делают почти всегда.

Мыслящие специалисты демонстрируют доказанные показатели успешности более чем в 95% случаев, в то время как “традиционные имплантологи” не могут показать лучших результатов. Скорее наоборот: если посчитать те клинические случаи/имплантаты, когда лечение пациента не увенчалось успехом, потому что началось с неудачной аугментации, а также если посчитать те имплантаты, которые так и не были установлены поскольку их двухфазная конструкция просто не позволяла это сделать, то можно увидеть весь масштаб катастрофы, которую ежедневно создают “остеоинтеграторы”. Если бы мы правильно применяли принцип “намерения лечить” (каждый пациент и каждый желаемый имплантат учитываются с самого начала), то мы



Изобр.1: Обзор имеющихся публикаций по теме применения имплантатов Corticobasal® с 1970 г. Подавляющее большинство этих публикаций было написано специалистами частной практики, не связанными с университетами. В подавляющем большинстве современных университетов существует дефицит знаний и преподавания. Хотя там и работает множество “профессоров” (в основном, получающих оплату из двух источников), в немецких стоматологических университетах, например, нет никого, кто бы понимал этот метод, не говоря уже о том, чтобы его преподавать. Самый простой и надежный метод лечения в дентальной имплантологии, который де-факто уже давно дошел до обычных врачей всего мира, совершенно неизвестен в университетах. Снова гротескная ситуация.

бы также учитывали как неудачи те клинические случаи и имплантаты, которые не были установлены, потому что пациент отказался от наращивания кости (по какой-либо причине), или потому что пациент не мог оплатить это лечение. Если вести честные подсчеты, то **среднесрочный показатель успешных результатов у остеointеграторов составит примерно 30%. Минус потери из-за периимплантита. Нужно просто сложить верные цифры!**

Мыслящие специалисты, используя полированные поверхности, никогда не провоцируют развитие “периимплантита”. Это уже давно научно доказанный факт, который, к сожалению, никто не хочет должным образом воспринимать.

Если традиционный имплантат становится непригодным к применению по причине периимплантита, то возникает гораздо худшая ситуация, чем если бы остеointеграция прошла неудачно. Таким образом, “остеointеграторы” по всему миру нанесли серьезный

2 Любезный читатель может представить себе следующую картину: пациент с переломанной рукой попадает в близлежащую больницу, где ему говорят, что, к сожалению, данный перелом руки не получится вылечить тем методом, который используется в этом учреждении, потому что у него слишком мало костной ткани, случай слишком сложный. Однако именно так “остеointеграторы” ежедневно обходятся со стоматологическими пациентами!

ущерб здоровью полости рта бесчисленного количества пациентов. Однако мыслящие специалисты могут помочь даже таким пациентам.

При этом само понятие “периимплантит” сбивание столку: на самом же деле крупные (многокомпонентные) тела имплантатов полностью или частично отторгаются челюстной костью, так как согласно физиологии живой кости (Закон Вольфа/Wolff'sches Gesetz, 1892; Теория нейтрализации растяжения/Flexural Neutralisation Theory, H. Frost 1964) они, как правило, вообще не могут там закрепиться. Периимплантит, возникающий на шероховатых поверхностях имплантата, в полной мере соответствует потребностям кости, так как он помогает устранить механическую проблему.

Таким образом, при применении традиционных, шероховатых, “эксфолиативных” имплантатов, “периимплантит” – это не редко встречающаяся индивидуальная ситуация, а стандартный случай. Если периимплантит не развился, то речь идет об исключении из правила!

Мыслящие специалисты сумели доказать, что они способны своими методами улучшить качество жизни своих пациентов Это было новое

слово в дентальной имплантологии – до этого пациенты страдали в первую очередь от методов (традиционной) имплантологии, смиряясь с зачастую плачевными результатами, лишь бы снова не идти к имплантологу.

Глядя на сегодняшнюю клиническую реальность, мы должны признать, что концепция Strategic Implant® практически преодолела все недостатки и проблемы традиционной имплантологии и концепции “остеоинтеграции”.

Наращивание костной ткани и “время заживления” сегодня больше не являются необходимыми, и поэтому их больше нельзя считать передовым опытом для стандартных клинических случаев дентальной имплантологии. **В связи с этим возникает вопрос: как долго “традиционные имплантологи” смогут продолжать игнорировать современные, радикально улучшенные возможности лечения и бороться с ветром перемен, вместо того чтобы поднять паруса и воспользоваться этими возможностями? Как долго старый метод остеоинтеграции еще будет оставаться этически приемлемым? Как они смогут оправдывать “аугментацию кости”? “Как можно оправдывать “периоды заживления”?**

Скоро большое количество пациентов поймет, что “периимплантит” возникает

лишь по причине выбора неправильных имплантатов. Что им тогда скажут “традиционные имплантологи”?

Метод “остеофиксации”, применяемый в травматологии и (общей) ортопедической хирургии с 1970-х годов, был уже давно успешно перенесен в область дентальной и челюстно-лицевой имплантологии. Технологию Strategic Implant® может применять любой лечащий врач. Данная технология не только представляет собой прекрасную альтернативу двухфазным имплантатам, но и способна избавить пациентов от необходимости **постоянно заново чинить свои стареющие зубы.** Эта технология освобождает пациентов от бремени в виде их собственных зубов; их собственные зубы подвергаются замене в течение считанных дней. Данная технология также поставила крест на кредо нашей профессии, представители которой (в хорошо понятных личных корыстных интересах) выступают за бесконечные оргии по лечению сильно разрушенных зубов. Мнения профессиональных представителей стоматологии не совпадают с мнениями пациентов, которые желают избавиться от своих проблем и давно поняли, что чем дольше они сохраняют свои собственные зубы, тем меньше пользы они от них получают.

Ни метод “остеоинтеграции”, ни метод “костной аугментации” не известны в области травматологии или ортопедической хирургии. Этим методам не место и в дентальной имплантологии, так как они не дают пациентам никаких преимуществ.

Выводы

Старая добрая “остеоинтеграция” уходит со сцены, а ее клинические показания сегодня весьма ограничены. Она действительно причинила уже достаточно вреда.

“Профессиональный стандарт” в дентальной имплантологии коренным образом изменился.

Прощай, остеоинтеграция!



Делайте все, что в ваших силах, пока не научитесь делать лучше. Затем, когда научитесь делать лучше, делайте лучше.

Майя Энджелоу

Литература

Ihde S, Sipic O. Esthetic indication for dental implant treatment and immediate loading (3). Case report and considerations regarding the aspect of the patient's right to self-determination in medical decision-making. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:213-6.

Ihde S, Sipic O. Dental implant treatment and immediate functional loading (1). Case report and considerations: Extended treatment options using the Strategic Implant® and indications and objectives for comprehensive dental implant treatment. *Ann Maxillofac Surg* 2019;9:465-9.

Ihde S, Palka L. Anchorage possibilities in case of a unilateral maxillary defect using the concept of Strategic Implant®. *Natl J Maxillofac Surg* 2018;9:235-9.

Gaur V, Doshi AG, Gandhi S. Immediate prosthetic rehabilitation of marginal mandibulectomy post radiation case by single-piece implant - A case report. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:501-6.

Gaur V, et al., Mandibular reconstruction using single piece zygomatic implant in conjunction with a reinforcing Fibular Graft Union: A case report, *Int J Surg Case Rep* (2020)

Ahmad A.G. , M. Osman, F. Awadalkreem, Full-mouth rehabilitation of a patient with cleidocranial dysplasia using immediately loaded basal implant-supported fixed prostheses: a case report, *Int. J. Surg. Case Rep.* 65 (2019) 344–348

Singh M., R. Batra, D. Das, S. Verma, A novel approach for restoration of hemisected mandibular first molar with immediately loaded single piece BCS implant: a case report, *J. Oral Biol. Craniofac. Res.* 7 (2017) 141–146

Awadalkreem F, Khalifa N., Ahmad A.G., Suliman A.M., Osman M. Prosthetic rehabilitation of maxillary and mandibular gunshot defects with fixed basal implant-supported prostheses: A 5-year follow-up case report *International Journal of Surgery Case Reports* 68 (2020) 27–31

Konstantinovic V.S., Laazic V.M., Ihde S. Nasal Epithesis Retained by Basal (Disk) Implants *J Craniofac Surg* 2010;21: 33-36

Awadalkreem F, Ahmad AG, Ihde S, Osman M. Effects of corticobasal implant protrusion inside the nasal and maxillary sinus. *Ann Maxillofac Surg* 2020;10:114-21

Lazarov A. A prospective cohort study of maxillary sinus complications in relation to treatments with Strategic Implant® penetrating into the sinus. *Ann Maxillofac Surg* 2020 Jul-Dec;10(2):365-369.

Lazarov A. A prospective cohort study of maxillary sinus complications in relation to treatments with Strategic Implant® penetrating into the sinus. *Ann Maxillofac Surg* 2019 Jan-Jun;9(1):78-88

Pałka ŁR, Lazarov A. Immediately loaded bicortical implants inserted in fresh extraction and healed sites in patients with and without a history of periodontal disease. *Ann Maxillofac Surg* 2019;9:371-8.

Dobrinin O., Lazarov A, Konstantinovic V.K., et al. Immediate-functional loading concept with one-piece implants (BECES/BECES N /KOS/ BOI) in the mandible and maxilla- a multi-center retrospective clinical study. *J. Evolution Med. Dent. Sci.* 2019;8(05):306-315, DOI: 10.14260/jemds/2019/67

Gosai H., Anchilla Sonal, Kiran Patel, Utsav Bhatt, Phillip Chaudhari, Nisha Grag. Versatility of Basal Cortical Screw Implants with Immediate Functional Loading *J. Maxillofac. Oral. Surg.* 2021, <https://doi.org/10.1007/s12663-021-01638-6>

Lazarov AB. The impact of diabetes, smoking, and periodontitis on patients' oral health related quality of life after treatment with corticobasal implants - An evaluative study. *Ann Maxillofac Surg* 2021;11:253-60.

Awadalkreem F, Khalifa N, Satti A, Suleiman AM. The influence of immediately loaded basal implant treatment on patient satisfaction. *Int J Dent* 2020;2020:6590202.

Sipic O., Ihde S. Dental implants in extraction sockets and periodontally involved bone areas: The Technology of the Strategic Implant® radically changes treatment possibilities *CMF Impl Dir* 2021; 15: 190 - 201