



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нури Нассир Ахмад
Хасанов Шухрат Махмудович
Ташкентский государственный
стоматологический институт

ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ АТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-2-20>

АБСТРАКТ

При недостаточной высоте и ширине костной ткани на уровне альвеолярного отростка верхней челюсти проведены операции 27 пациентам. Выполнено 19 операций, то есть установлено 88 имплантатов. При проведении операций по традиционной методике Шнайдера возникли в 3 случаях (15,0%), у одной пациентки операцию, ввиду обширной перфорации слизистой оболочки, выполнить не удалось. Осложнения в виде отторжения имплантатов нами выявлены у 6 (22,2%) пациентов. Всем больным установка имплантатов завершена рациональным протезированием не только мостовидными, но и бугельными конструкциями протезов.

Ключевые слова: имплантация, атрофия, костная ткань, верхняя челюсть, альвеолярный отросток

Noori Nassir Ahmad
Xasanov Shuxrat Maxmudovich
Tashkent state dental institute

OPTIMIZATION OF DENTAL IMPLANTATION DURING ATROPHIC PROCESSES OF THE ALVEOLAR PROCESS OF THE APPEARANCE

ABSTRACT

With an insufficient height and width of the bone tissue at the level of the alveolar process of the upper jaw, operations were performed on 27 patients. 19 operations were performed, that is, 88 implants were installed. When performing operations according to the traditional Schneider method, they occurred in 3 cases (15.0%), in one patient the operation, due to extensive perforation of the mucous membrane, failed. Complications in the form of implant rejection were found in 6 (22.2%) patients. For all patients, the installation of implants is completed by rational prosthetics not only with bridges, but also with clasp structures of prostheses.

Key words: implantation, atrophy, bone tissue, upper jaw, alveolar bone

Нури Нассир Ахмад
Хасанов Шухрат Махмудович
Тошкент давлат стоматология институти

ТЕПА ЖАҒ АЛВЕОЛЯР ЎСИМТАСИНИНГ АТРОФИК ЖАРАЁНИДА ДЕНТАЛ ИМПЛАТАЦИЯНИНГ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

АБСТРАКТ

Тепа жағнинг алвеоляр ўсимтасининг тўқималарининг баландлиги ва кенглиги етарли бўлмаган ҳолда, 27 бемордан, 19та операция ўтказилди, яъни 88та имплант ўрнатилди. Анъанавий Шнайдер усули бўйича операцияларни бажаришда улар 3 ҳолатда (15%) содир бўлган, 1та беморда шиллик каватининг кенг перфорация туфайли операция муваффақиятсиз тугаган. Имплатацияни рад этиш кўринишидаги асоратлар 6та (22,2%) беморда топилди. Барча беморлар учун имплантларни ўрнатиш нафакат кўприклар билан, балки протезларнинг қисқич тузилмалари билан ҳам рационал протезлаш билан яқунланди.

Калит сўзлари: имплтация, атрофия, суяк туқимаси, юқори жағ, алвеоляр ўсимтаси

Введение. По данным литературы, в настоящее время продолжает отмечаться неуклонный рост числа пациентов с частичной или полной потерей зубов не только среди пожилых людей за счет увеличения продолжительности жизни, но и среди лиц трудоспособного возраста [1,3,5]. Наиболее современным методом ортопедического лечения при частичной или полной потери зубов, позволяющим достичь принципиально нового уровня качества жизни и полноценной реабилитации, является протезирование с использованием дентальных имплантатов. Основной проблемой имплантации в области верхней челюсти является недостаточная высота и ширина костной ткани [4, 5]. Это возникает при пневматическом строении или вследствие возрастной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти. Физиологическая резорбция возникает в результате низкой плотности кости альвеолярного отростка верхней челюсти и часто представлена тонким кортикальным и пористым губчатым слоем. Изменение формы альвеолярного гребня при потере зубов наблюдается в 91% случаев [5, 6]. В течение первого года после удаления зуба происходит уменьшение 25% костного объема [4]. А. Ashman (2013) пришел к выводу, что в последующие 3 года объем альвеолярной кости снижается на 40 - 60% [1,3,2]. Далее этот атрофический процесс продолжается, и убыль кости составляет до 0,5% от ее объема в год [5, 6]. Особенно резорбция костной ткани выражена при осложненном заживлении лунки [8].

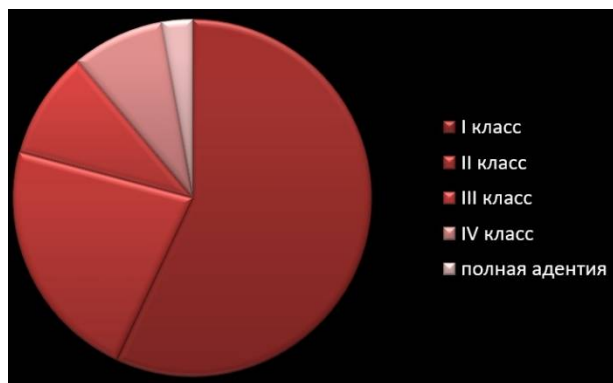
При атрофии альвеолярной кости создание нормальной архитектоники и оптимальное

Таблица 1.

I степень атрофии	4 (14,8%)
II степень атрофии	7 (25,9%)
III степень атрофии	11 (40,7%)
IV степень атрофии	5 (18,5%)

Жалобы пациентов при этом заключались не только в отсутствии нескольких групп зубов, а даже в отсутствии фиксации имеющихся съемных протезов.

Диаграмма 1.



Как было упомянуто выше, при выраженных атрофиях костных структур нами была принята тактика обхода анатомических препятствий на верхней челюсти — верхнечелюстной синус. Применение такой тактики было обусловлено нежеланием пациентов к проведению предимплантационных вмешательств, предусматривающих наращивание костных структур. Немаловажное значение при этом имели место и экономические затраты.

позиционирование имплантатов невозможно без дополнительной хирургической подготовки. Однако реконструкция альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти перед проведением дентальной имплантации представляет собой непростую задачу для хирурга [3, 7, 8].

Для решения проблем по проведению дентальной имплантации у больных с выраженными атрофиями челюстей нами за основу взяты исследования, суть которых заключается в обходе анатомических препятствий и выявлению безопасных зон их установок [6,8].

Целью нашего исследования явилось улучшение исходов дентальной имплантации при атрофических процессах верхней челюсти.

Материал и методы. При лечении 27 пациентов выполнено 19 операций. Всего было 14 женщин (52%) и 13 мужчин (48%). Возраст колебался от 18 до 72 лет и в среднем составил 40,3 года, причём у 12 пациентов (44,4%) возраст превышал 55 лет. Лица старше 60 лет составили 6,6%. Перед проведением имплантации пациент осматривался, анализировались данные конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) и составлялся комплексный план обследования и лечения. Томография позволяла определять плотность кости и мягких тканей и проводить денситометрию. Плотность тканей оценивали в цифрах (НУ, КТ-число), и в виде графиков.

По показателям степени костной атрофии по классификации Келлера пациенты были распределены на 4 группы (таб.1.):

В тоже время дефекты зубных рядов у обследуемых нами пациентов по классификации Кеннеди были обозначены следующим образом (диаграмма1):

Установка дентальных имплантатов осуществлялась с обязательным применением тромбоплазменной массы. Одновременное наращивание имеющейся убыли кости проводилось с применением указанной массы в комбинации с мелкогранулированным никелидом титана.

Результаты исследования и их обсуждение. Наши наблюдения показывают, что данная масса обладает не только аугментирующим свойством, но и стабилизирующим, заключающимся в приостановке дальнейшей резорбции костных структур. При установке дентальных имплантатов нами отдано предпочтение цилиндрическим пористо-проницаемым дентальным имплантатам из НТ диаметром 2,5-3,0 мм, длиной 10,0-11,0 мм, а при выраженных атрофиях костных структур, особенно в сагитальной плоскости, — минипластинчатым. В целом 19 пациентам было установлено 88 дентальных имплантатов, из них 37 цилиндрических пористо-проницаемых, 51 — пластинчатых дентальных имплантата. Всем оперируемым больным с целью профилактики послеоперационных осложнений были назначены антибиотики, десенсибилизирующие, обезболивающие средства. Швы, как правило, снимали на 10 — 12 день.

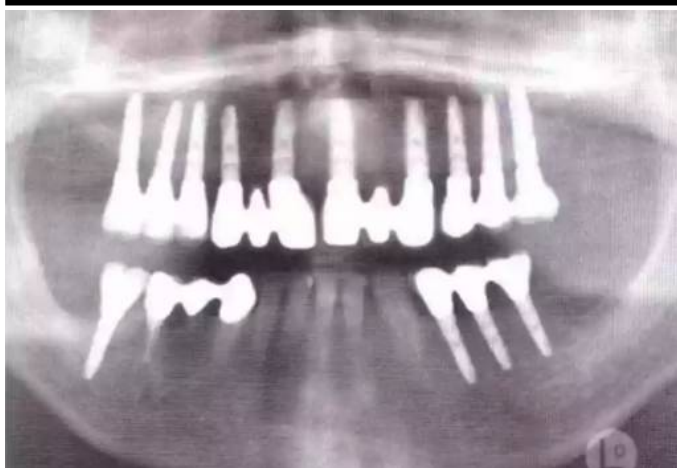


Рис.1. Больная М., 55 лет. Диагноз: Полная адентия верхней челюсти; третья степень по классификации Келлера. Состояние после успешной регенерации костной ткани и последующего изготовления мостовидных протезов с опорой на имплантаты.

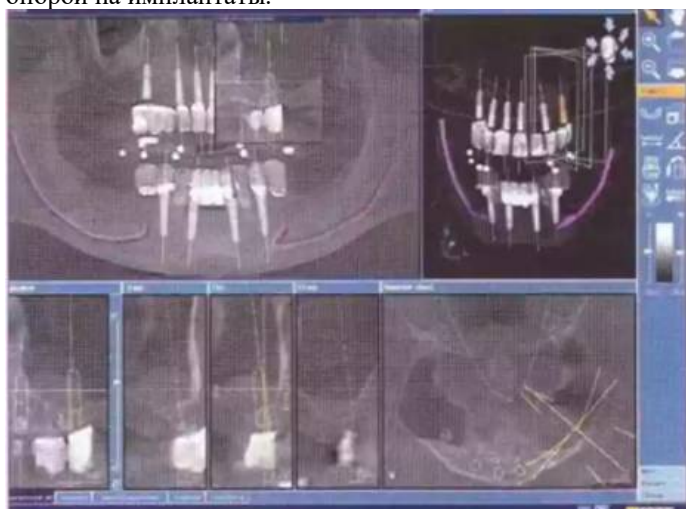


Рис.2. Больная К., 48 лет. Планирование имплантации в области верхней и нижней челюстей с изготовлением балочных конструкций зубных протезов. Затемнение дна левой верхнечелюстной пазухи может указывать на мукоцеле.



Рис.3(а,б,в). Больная Дж., 52 года. Имплантаты установлены в соответствии с планом протезирования.



Рис.4. Больная Дж., 52 года. Клиническое состояние через 7 месяцев после операции

Осложнения в виде отторжения имплантатов нами выявлены у 6 (22,2%) пациентов. Всем больным установка имплантатов завершена рациональным протезированием не только мостовидными, но и бюгельными конструкциями протезов.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что применяемая нами тактика обхода анатомических препятствий и одновременное использование МГНТ в комбинации с ТМ позволяют не только наращивать, но и стабилизировать процесс резорбции костных структур, а также эффективно выполнять дентальную имплантацию. Экономические предпосылки позволяют рекомендовать его в качестве метода выбора.

Литература

1. Безруков В.М., Кулаков А.А., Амхадова М.А. Медицинская реабилитация больных со значительной атрофией челюстей. // Стоматология. 2003. № 1. С. 47 — 49

2. Ashman, A. Ridge Preservation: Important Buzzwords In Dentistry / A. Ashman // General Dentistry. - 2000. - Vol. 48 (3). - P. 304-312.
3. Кулаков А.А., Лосева Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация: Основные принципы, современные достижения. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 154с.
4. Кулаков А.А. Хирургическая тактика и особенности операций имплантации при малом объеме костной ткани челюстей: Пособие для врачей. М.: ГЭОТАР — МЕД, 2003. 16с.
5. Миргазизов М.З. Сверхэластичные имплантаты и конструкции из сплавов с памятью формы в стоматологии. Томск. 2007.
6. Олесова В.Н. Комплексные методы формирования протезного ложа с использованием имплантатов в клинике ортопедической стоматологии: Автореф. дис... д-ра мед.наук. Омск, 1993. 45с.
7. Параскевич В.Л. Эндоссальная имплантация при атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти. //Новое в стоматологии. 1992. № 3. С. 21- 23.
8. Ashman, A. Ridge Preservation: Important Buzzwords In Dentistry / A. Ashman // General Dentistry. - 2013. - Vol. 48 (3). - P. 304-312.
9. Lihkow L.I. Zahh-Impahta — te Machen ihr Lebeh Wieder Lebeyswert . Dentatex Gmbx, 2000. 227 p.
10. Worthington P., Rubenstein O.E. Problems associated with the atrophis mandibule.// DentClin. NorthAm. 1998. Vol. 42, № 1.P.129-160.
11. Cheung, L.K. Dental implants in reconstructed jaws: Implant longevity and peri-implant tissue outcomes / L.K. Cheung, A.C. Leung // J. Oral Maxillofac. Surg.-2013.-Vol. 61.-P. 1263-1274.
12. Ikeda, A. A CT study of the course of growth of the maxillary sinus: Normal subjects and subjects with chronic sinusitis / A. Ikeda, M. Ikeda, A. Komatsuzaki // J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec. - 2018. - Vol. 60. - P. 147-152.
13. Jensen, O.T. Marginal bone stability using 3 different flap approaches for alveolar split expansion for dental implants: a 1-year clinical study / O.T. Jensen, D.R. Cullum, D. Baer // J. Oral Maxillofac. Surg. - 2019. - Vol. 67 (9). - P. 1921-1930.
14. Outcome analysis of implant restorations located in the anterior maxilla: A review of the recent literature / U.C. Belser, B. Schmid, F. Higginbottom, D. Buser // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. - 2004. - Vol. 19, (suppl). - P. 30-42.
15. Sohn D.S., Moon J.W., Lee W.H., Kim S.S., Kim S.W., Kim K.T., Moon Y.S. Comparison of new bone formation in the maxillary sinus with and without bone grafts: immunochemical rabbit study. Int J Oral Maxillofac Implants 2011; 26: 5: 1033-1042.