

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ СИНУСЛИФТИНГА ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Котова К.С., Шевченко Д.П., Коробейников С.Ю.

Красноярская государственная медицинская академия, кафедра стоматологии общей практики с курсом ПО, г. Красноярск

Использование внутрикостных имплантатов все больше применяется в широкой стоматологической практике для лечения больных с дефектами зубных рядов различной локализации (Кулаков А.А. 2000; Федоровская Л.Н. 2000). Недостаточная для установки внутрикостных имплантатов высота костной ткани в боковых отделах верхней челюсти является насущной проблемой дентальной имплантологии, для решения которой используются несколько хирургических подходов (Параскевич В.Л. 2002). Известны также некоторые разновидности синуслифтинга - менее инвазивные методики поднятия дна синуса, например, трансальвеолярная остеотомия и синуспак (антропластика)- заполнение вновь созданного объема синуса одним из существующих костнопластических материалов или их комбинацией (Лосев Ф.Ф. 2000, Ломакин М.В. 1997)

Наибольшее распространение из этих подходов получил синуслифтинг, имеющий разновидности и представляющий собой пластику верхнечелюстной пазухи, поднятие ее слизистой оболочки и формирование нового дна за счет внутреннего смещения остеотомированного костного фрагмента переднебоковой стенки (Ломакин М.В., 1997).

Целью данного исследования явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с дефектами зубных рядов путем сравнения, выбора и внедрения в клиническую практику наиболее рациональных методов синуслифтинга при дентальной имплантации.

Материал и методы исследования

Было обследовано 12 пациентов с выраженной редукцией боковых отделов альвеолярного отростка верхней челюсти и низким расположением дна верхнечелюстного синуса, что исключало возможность несъемного протезирования с опорой на естественные зубы без препарирования здоровых зубов. Обследование включало сбор анамнеза, тщательное изучение стоматологического статуса, в случае наличия обще соматической патологии - обследование у соответствующего специалиста и рентгенологическое исследование: ортопантомография, внутривидеовизионная рентгенография зубов в динамике (до операции, через 6 мес., через 12 мес.)

Нами было проведено сравнение закрытого синуслифтинга (1 группа), и второго метода (2 группа), разработанного нами.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений, раны заживали первичным натяжением. На 7-10 сутки швы были сняты.

В 1 группе через 6 месяцев после операции закрытого синуслифтинга с имплантацией по данным клинорентгенологического обследования наблюдали в основном полную остеоинтеграцию, проявляющуюся отсутствием признаков резорбции костной ткани на границе с имплантатом. Во 2 группе наблюдали наличие полной остеоинтеграции имплантатов и образование костного регенерата после пластики. Рентгенологические данные показали равномерное распределение частиц костного минерала Bio-Oss и соединение их костными мостиками.

Через 12 месяцев в обеих группах отмечалось отсутствие признаков воспаления околоимплантных тканей, отсутствие подвижности имплантатов, а также отсутствие признаков прогрессирующей резорбции кости в области шеек имплантатов. Со стороны верхнечелюстного синуса изменений не было выявлено. Причем у пациентов 2 группы 12-ому месяцу наблюдалось созревание соединительных костных мостиков между частицами костного минерала Bio-Oss.

Выводы

1. На участках трансплантации во всех случаях наблюдался более плотный минеральный матрикс, состоящий из костного минерала Bio-Oss и кости) у пациентов 2 группы за счет увеличения общего количества минеральной составляющей, по сравнению с пациентами 1 группы.

2. Из двух примененных нами методик операции синуслифтинга наибольшую эффективность показала методика, разработанная нами.