

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ГПК С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Стопа А.А., Шевченко Д.П.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, кафедра стоматологии ИПО, г. Красноярск

Необходимость восстановления целостности костных структур является важной задачей при лечении различных патологических процессов в челюстных костях. Это дефекты травматической и воспалительной природы, изъяны, возникающие в результате удаления кист, опухолей, устранения врожденных и приобретенных деформаций челюстей. В зависимости от характера дефекта, его локализации используются различные кости скелета. Чаще при устранении дефекта челюсти с нарушением её непрерывности трансплантат заготавливается из ребра (цельный или расщепленный), гребешка подвздошной кости, малой берцовой или плюсневых костей. Выбор трансплантата во многом определяется несколькими условиями, основными из которых являются характер, локализация и размеры дефекта, состояние окружающих тканей и воспринимающего ложа. Сложность анатомо-топографических взаимоотношений твердых и мягких тканей челюстно-лицевой области, особенность рельефа костных структур, частое наличие сообщения костной раны с полостью рта и опасность инфицирования пластического материала, проблемы его фиксации при устранении протяженного дефекта челюсти, функционально-косметические требования делают проблему костной и хрящевой пластики достаточно сложной. В настоящее время для фиксации трансплантатов предпочтение отдается титановым винтам различной длины диаметром 1.5 – 2мм, которые обеспечивают прочное и жесткое соединение фрагментов кости и пересаженного трансплантата. Этапы и характер регенерации зависят от вида трансплантационного материала. Так, при аутопластике можно говорить об истинном приживлении трансплантата, при аллопластике — о его рассасывании и замещении новообразованной костью, стимуляцию роста которой вызывают белковые компоненты аллокастной ткани. Для иллюстрации результатов лечения по данной методике приводим следующий клинический пример. Больная К., 52 года. Поступила в ДКБ на ст. Красноярск с диагнозом: Полная адентия верхней челюсти, частичная адентия нижней челюсти. Атрофия альвеолярных отростков челюстей. Пациентка неоднократно протезировалась съёмными зубными протезами в стоматологической поликлинике. Желаемого результата достигнуто не было. Совместно со стоматологом-ортопедом был разработан план ортопедического лечения несъёмными конструкциями зубных протезов с опорой на внутрикостные имплантаты с предварительной хирургической подготовкой – операцией костной пластики альвеолярных отростков челюстей с двусторонним синуслифтингом аутооттрансплататом гребешка подвздошной кости. В дальнейшем была проведена операция костной пластики альвеолярных отростков челюстей с двусторонним синуслифтингом аутооттрансплататом гребешка подвздошной кости.

Через 5 месяцев было произведено рентгенологическое обследование данной пациентки, в ходе которого выявлено приживление аутооттрансплантатов. Был произведен 2 этап - операция имплантации 21 винтового дентального имплантата системы «Implasa». Через 4 месяца было произведено контрольное рентгенологическое обследование данной пациентки, в ходе которого выявлена остеоинтеграция установленных имплантатов и больная была направлена на протезирование несъёмными металлокерамическими конструкциями зубных протезов, что и было произведено. Всего было прооперировано 48 больных с применением аутооттрансплантации костной ткани гребешка подвздошной кости для восстановления альвеолярных отростков челюстей с последующей имплантацией и протезированием. Анализируя результаты операций данных больных, последующее протезирование можно отметить, что сроки госпитализации составляли в среднем 5-7 дней, потеря трудоспособности была минимальная. В последующем периоде с помощью протезирования происходила полная нормализация функция зубочелюстной системы и возвращение больных к нормальному качеству жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 1. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.

16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.