

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ 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). 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 10 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, внутриротовая прицельная рентгенография зубов в динамике (до операции, через 6 мес., через 12 мес.)

Нами было проведено сравнение открытого синуслифтинга (1 группа), предусматривающего трепанацию костной части переднебоковой стенки верхнечелюстного синуса, отслойку слизистой оболочки с перемещением ее вверх и введением в образовавшееся пространство аутогенной костной ткани. И второго метода (2 группа), разработанного нами, включающего в себя комбинацию открытого и закрытого синуслифтинга.

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 классического синуслифтинга с имплантацией по данным клинкорентгенологического 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

3. 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.

4. Из двух примененных нами методик операции синуслифтинга наибольшую эффективность показала метолика, разработанная нами.