

9. Anon, J. Computer-assisted endoscopy sinus surgery / J. Anon, M. Rontal, S. Zinreich // Operative techniques otolaryngol. Head neck surg.– 1995.– V. 6.– P. 163–170.

10. Jreysinger, W. Imaguguided endoscopy ENT surgery / W. Jreysinger, A. Gunkel, N. Thumtart // Tur. Arch. Otorhinolar.– 1997.– V. 254.– P. 343–346.

11. Mortimoris, Wormald P. The Groote Schuur Hospital classification of orbital complications of sinusitis / Mortimoris, Wormald P. // I.Laringol.– 1997.– № 8.– P. 719–723.

12. Setliff, R. Minimally invasive sinus surgery. The rationale and the technique / R. Setliff // Otolaryngology Clinics of North America.– 1996.– V. 29.– № 1.– P. 115–129.

УДК: 616.716.1-089.844

BONDBONE™ ПРИ АУГМЕНТАЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ГРЕБНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

М.В. ЛОВЧИКОВА, И.Ю. ПЕТРОВ, В.В. ХАЧИКЯН

ГБОУ ВПО ВГМА имени Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, 394036

Аннотация: в статье представлены результаты исследования по применению остеопластического материала BondBone™ при аугментации альвеолярных гребней челюстей. В исследовании участвовало семь пациентов с различными степенями атрофии костной ткани альвеолярных гребней челюстей. В результате лечения были выявлены остеокондуктивные свойства остеопластического препарата, влияющие на образование качественной костной ткани.

Ключевые слова: аугментация, остеопластический материал, сульфат кальция.

BONDBONETM IN ALVEOLAR RIDGE AUGMENTATION

M. V. LOVCHIKOVA, I.Y. PETROV, V.V. KHACHIKYAN

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: the article presents the results of the study of the use of osteoplastic bone grafting material BondBone™ for ridge augmentation. In study took part 7 patients with different degrees of alveolar atrophy. The osteoconductive properties of osteoplastic material for bone regeneration are revealed as results of treatment.

Key words: augmentation, grafting material, calcium sulfate.

Современный способ восполнения утраченных зубов методом дентальной имплантации оправдал свое применение в стоматологии. До настоящего времени еще не существует более совершенного способа восполнения дефектов зубных рядов. Одним из основных преимуществ последнего является формирование оптимальной жевательной нагрузки на каждый зуб [3]. С другой стороны, мостовидные протезы так же могут замещать дефекты зубных рядов. Но в большинстве случаев количество и качество опорных зубов бывает недостаточным для грамотного изготовления мостовидных протезов. А при наличии концевых дефектов или полной беззубой челюсти становится возможным только применение съемных ортопедических конструкций. Подобная перспектива не всегда удовлетворяет пациентов. Указанные проблемы позволяет решить дентальная имплантация. В ряде случаев имплантация не возможна без дополнительных вмешательств. Причиной тому служит атрофия альвеолярных отростков челюстей. Атрофия костной ткани возникает из-за местных и общих факторов. Для восполнения утраченной кост-

ной ткани существует ряд методик, объединенных под общим названием «аугментация». Аугментация возможна с применением только искусственных костнозамещающих препаратов, использованием только аутокости или сочетанное использование. Искусственные костнопластические препараты выпускаются в виде порошка, гранул, костных блоков [2]. Препарат нового поколения «BondBone™» обладает свойством самоотверждения и адгезии к поверхности кости. Это преимущество перед другими костнопластическими препаратами позволяет создать более фиксированную жесткую конструкцию и также сократить сроки образования новой костной ткани.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на семи пациентах в возрасте от 35 до 64 лет. Одномоментная постановка имплантатов осложнилась значительной атрофией костной ткани в области альвеолярных отростков верхней челюсти. Противопоказаний к выполнению операции выявлено не было, все обследованные соматически здоровые. Кроме того все леченные получили полную информацию об этапах операции, ее необходи-

мости, сроках заживления. В ходе беседы было получено информированное согласие на операцию [1].

Ход операции. Под местной анестезией выкроен слизисто-надкостничный лоскут. Остеотомами (диаметром 1 мм) сформировано «окно» на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти в сопровождении с обильной ирригации стерильным физиологическим раствором. В одном случае был удален зуб с перфорацией корня. Элеватором для синус-лифтинга отслоена слизистая оболочка дна гайморовой пазухи. Подготовлен костнопластический материал «BondBone™»: для этого необходимое количество костного препарата выдавлено в стерильный лоток, туда же добавлена смесь физиологического раствора и линкомицина (30% – 1 ml), все тщательно смешано, придавлено стерильной марлевой салфеткой для удаления излишней влаги, внесено в полость дефекта и сформировано по ее контурам. В лунку удаленного зуба уложен остеопластический материал. Лоскут мобилизован, рана ушита узловыми швами викрилом. После операции даны рекомендации.

Результаты и их обсуждение. У всех семи пациентов произошло увеличение объема костной ткани в вертикальной плоскости, что создало оптимальные условия для адекватной остеоинтеграции имплантатов. Через 6 месяцев было установлено 5 имплантатов. Постановка абатментов на них была произведена через 5-6 месяцев после имплантации. Четыре пациента находятся на стадии костной регенерации.

Сульфат кальция используется в медицинских целях более 110 лет. Дрисман впервые его применил для облитерации костных полостей при туберкулезе в 1893 году. Сульфат кальция исключительно биосовместимый, обладает свойством остеокондуктивности, а также обеспечивает богатый приток ионов кальция, которые стимулируют активность остеобластов. Материал подвергается полной резорбции, по сравнению с другими остеопластическими материалами, и способствует образованию морфологически зрелой костной ткани. Уникальная пористая структура материала способствует инфильтрации факторов роста через его микропоры, ангиогенезу, проникновению и пролиферации клеток через его макропоры [4].

Костнопластический материал нового поколения

на основе сульфата кальция создает возможность для оптимальной костной регенерации. Материал может быть использован совместно с другими остеопластическими препаратами, легок в обращении и предотвращает миграцию частиц, что позволяет получить предсказуемый результат [4]. В большинстве случаев BondBone™ не нужно покрывать мембраной, когда он используется сам по себе как композитный имплантат для различных дефектов. При самостоятельном использовании он идеален для полного восстановления в случае небольших дефектов (до 10 мм), если есть опора на кость хотя бы с трех сторон. Он также может использоваться в качестве мембраны на другие материалы для увеличения объема костной ткани.

Выводы. В результате исследования подтвердилась способность образования новой костной ткани при помощи костнопластического материала «BondBone™» на 3-8 мм. За счет остеокондуктивных свойств материала, наличия микропористости сокращается срок костной регенерации. В результате вновь образованная кость отвечает высоким требованиям к качеству кости, необходимому для постановки и остеоинтеграции имплантатов.

Литература

1. Бертон-Лангер, Лорен Лангер. Увеличение высоты гребня с помощью направленной костной регенерации, аллогенной деминерализованной или аутологичной костной ткани и мини-винов с последующей имплантацией. Анализ восьми клинических случаев с периодом наблюдения от 4 до 13 лет // *Периодический журнал Ай Кью*. – 2011. – выпуск 21. – С. 26–34.
2. Гури, А.Н. Сравнительная оценка влияния различных остеопластических материалов на основе фосфатов кальция на заживление костных дефектов: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21./ А.Н. Гури. – М., 2009. – 105 с.
3. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики: Научно-практическое пособие / В.Л. Параскевич. – МН.: ООО "Юнипресс", 2002. – 368 с.
4. ZivMazor Rohrer. BondBone™ a Biphasic Calcium Sulfate: A preliminary study in socket therapy/ ZivMazor, D. Michael // *Mis*. – July 2010. – News No.24.

УДК 616.379-008.64

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

В.В. УСКОВ*, В.И. ЗОЛОЕДОВ**, В.М. УСКОВ**

*Воронежский государственный технический университет, просп. Московский, 14, Воронеж, 394036

**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, 394000

Аннотация: больные артериальной гипертензией на фоне сахарного диабета 2 типа имеют выраженные