

4. Лукиных, Л.М. Кандидоз / Л.М. Лукиных // ОБОЗрение. – 2011. – №1(72). – С. 10–13.

5. Реброва, Р.Н. Грибы рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии / Р.Н. Реброва. – М.: Медицина, 1989. – 128 с.

6. Шумский, А.В. Кандидоз полости рта: монография / А.В. Шумский, В.А. Железняк. – Самара, 2008. – 199 с.

7. Effects of fluconazole in the prophylaxis of oropharyngeal candidiasis in patients undergoing radiotherapy for head and neck tumour: results from a double-blind placebo-controlled trial / R. Corvo [et al.] // Eur. J. Cancer Care (Engl.). – 2008. – Vol. 17, №3. – P. 270–277.

УДК 616.216.1-002-07-08-084

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА

Ю.М.ХАРИТОНОВ, И.С.ФРОЛОВ, Д.Ю.ХАРИТОНОВ

Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, ул. Студенческая, 10, г. Воронеж, 394036

Аннотация: анализ полученных клинические данные, результаты рентгенологических исследований, а также данные при проведении диагностической пункции, позволили выявить у больных два варианта осложнений в течении одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита: внутрисинуальный, когда воспалительный процесс разыгрывается в пределах синуса и экстрасинуальный с формированием гнойных очагов в виде абсцессов и флегмон. Одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит характеризуются отчетливо выраженными местными проявлениями заболевания на фоне общего инфекционного синдрома. Особенности местных проявлений заболевания в основном определяется характером, локализацией и распространенностью воспалительного процесса, а общие симптомы находятся в зависимости от формы гнойной инфекции (местной или общей).

Ключевые слова: одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит, осложнения интрасинуальные и экстрасинуальные.

CLINIC PICTURE AND DIAGNOSIS OF ODONTOGENIC PERFORATED MAXILLARY SINUSITIS

J.M. HARITONOV, I.S. FROLOV, D.J. HARITONOV

Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy

Abstract: the analysis of the clinical data, the results of X-rays for diagnostic puncture allows to reveal in the patients two options of complications during perforated odontogenic maxillary sinusitis: the 1st – intrasinual – when the inflammatory process is observed within the sinus; the 2nd - extrasinual - the formation of purulent lesions in the form of abscesses and phlegmon. Odontogenic maxillary sinusitis is characterized by ruptured well-defined local manifestations of the disease on the background of an infectious syndrome. Features of local manifestations of the disease are mainly determined by the nature, location and extent of the inflammatory process, and general symptoms are dependent on the form of purulent infection (local or general).

Key words: odontogeny perforativny maxillary sinusitis, intrasinual and extrasinual complications.

Вопросы диагностики и лечения воспалительных заболеваний верхнечелюстного синуса остаются актуальными в современной стоматологии и оториноларингологии [1,2,4].

Статистические исследования показывают, что заболеваемость одонтогенным перфоративным синуситом ежегодно увеличивается на 1,5-2% и не имеет тенденции к снижению. Это относится и к одонтогенным формам заболевания [5,8].

Вопросам диагностики и лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, особенно перфоративных форм, посвящено множество работ отечественных и зарубежных авторов [3,4,9-12].

Актуальность изучения проблемы клиники и диагностики одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита обусловлена тем обстоятельством, что заболевание нередко протекает в осложненной форме, характеризующейся определенными вариантами течения. Осложнения встречаются с формированием околочелюстных абсцессов и флегмон, генерализации инфекции в виде сепсиса и вторичных внутричерепных процессов, одновременным поражением нескольких придаточных пазух носа, развитием хронического остеомиелита стенок пазухи и альвеолярного отростка верхней челюсти [6,7].

Недостаточно изученными продолжают оста-

ваться вопросы статистики, классификации осложненных вариантов течения синусита, детализации клинических проявлений заболевания, состояния системной гомеостатической реакции, разработки программ лечения с учетом вариантов течения осложненной формы заболевания.

Все выше изложенное обуславливает необходимость дальнейшего углубленного изучения данной проблемы.

Материалы и методы исследования. В период с 2011 по 2012 год включительно в отделении челюстно-лицевой хирургии Курской областной клинической больницы на обследовании и лечении находились 1352 больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области одонтогенной природы. У 89 (6,6%) из них был диагностирован *одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит* (ОПВЧС), который в большинстве случаев протекал с развитием общих осложнений.

Всего было обследовано 53 больных с осложненными вариантами одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита. Осложненная форма проявлялась тремя вариантами течения заболевания: явлениями обострения с интрасинуальными и экстраинуальными проявлениями (абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области); развитием хронического ограниченного, распространенного или диффузного остеомиелита верхней челюсти; одновременным вовлечением в воспалительный процесс других придаточных пазух носа.

Распределение больных в соответствии с возрастом и полом показало, что из обследованных больных большинство – 41 человек (77,4%) были в молодом и зрелом возрасте от 18 до 60 лет. Больных пожилого возраста было 12 человек (22,6%). Преобладали лица мужского пола, трудоспособного возраста.

Анализ клинических проявлений ОПВЧС с осложненным течением позволил выделить три основные группы больных.

В первую группу вошли 25 больных (47,2%) с обострением хронического воспалительного процесса в верхнечелюстном синусе. У 13 из них (24,5%) этот процесс не выходил за пределы костных стенок пазухи (интрасинуальные); у 11 человек (20,8%) манифестация процесса привела к формированию гнойных очагов в околоверхнечелюстных мягких тканях, а у 1 (1,9%) – развитию сепсиса (экстрасинуальные).

Вторую группу составили 17 больных (32,1%) с хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом, осложненным хроническим ограниченным остеомиелитом (в области одного-трех зубов) – 14 человек (26,4%) и диффузным (вовлечение в процесс альвеолярного отростка и костных стенок синуса) – 3 больных (5,7%) остеомиелитом верхней челюсти.

Третья группа – 11 человек (20,8%) была представлена больными с сочетанным поражением двух и более околоносовых синусов.

Все больные с воспалительными заболеваниями придаточных пазух носа были обследованы по специально разработанному алгоритму.

Диагноз синусита устанавливался при наличии клинических симптомов заболевания у больного в течение более 1,5 месяцев с учетом того, что для завершения цикла острого гнойного воспаления, включая регенерацию, требуется в среднем один месяц.

Общепринятое клиническое обследование включало в себя анализ жалоб, данных анамнеза, общего статуса, местных изменений, рутинных показателей гомеостаза (частота пульса, величина артериального давления, показателей клеточного состава крови).

Наряду с этим проводились целенаправленные исследования состояния обменных процессов и иммунитета. Использовались общепринятые стандартизированные методики биохимических и иммунологических исследований. Результаты исследования использовались для объективации тяжести заболевания, оценки степени интоксикации, состояния метаболических реакций и иммунологической реактивности организма.

Всем больным с ОПВЧС производилось рентгенологическое исследование околоносовых пазух в различных проекциях (прямая, боковая, полуаксиальная).

Для выявления одонтогенной причины воспалительного процесса, состояния костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти производилась контактная внутриротовая рентгенография или ортопантомография челюстей.

С целью уточнения распространения патологического процесса на соседние синусы, выявления внутриносовых нарушений использовали компьютерную томографию придаточных пазух носа в коронарной и аксиальной проекциях на аппарате «СТ-Маш 640» фирмы «General Electrics» (США).

Для микробиологической диагностики и идентификации возбудителей заболевания проводилась традиционная пункция верхнечелюстного синуса иглой Куликовского. Забор материала для исследования видового состава микрофлоры и определения ее чувствительности к антибиотикам и антисептикам проводили путем аспирации в стерильный шприц содержимого синуса. В тех случаях, когда содержимое густой консистенции не поступало в шприц, либо отсутствовало, в просвет пазухи вводили стерильный физиологический раствор, затем часть его забирали и сливали в пробирку. Определение микрофлоры проводилось у всех больных общепринятыми микробиологическими методами (приказ МЗ СССР № 535, 1986). Для определения чувствительности бактерий к антибактериальным и антисептическим препаратам применяли метод диффузии в агар с использованием бумажных дисков.

Для определения проходимости естественного выводного отверстия верхнечелюстного синуса использовали наиболее доступную, несмотря на субъективность, методику Н.В. Мишенькина. Функция

естественного соустья оценивалась по усилию давления на поршень шприца при нагнетании в пазуху промывной жидкости. Объем верхнечелюстной пазухи измерялся тем количеством жидкости, которое вмещалось в синус до появления ее в носу, о чем сигнализировал больной.

Эндоскопическое обследование больных проводилось оториноларингологами с использованием эндоскопического комплекса фирмы «Karl Storz» ригидных эндоскопов с углом зрения 0° и 30° путем введения последних в широкий оро-антральный свищ или сообщение при перфоративных синуситах, либо посредством трепано-пункции лицевой стенки верхнечелюстной пазухи при отсутствии сообщения.

Всем больным в дооперационном периоде проводились цитологические исследования промывных вод или гистологическое изучение биопсийного материала, взятого во время эндоскопического обследования.

Предметом специального наблюдения была оценка состояния жизненно-важных органов и систем организма.

Все исследования проводились в клинической, биохимической, иммунологической, экспресс-диагностической, бактериологической лабораториях на базе Курской областной клинической больницы по стандартным методикам. Экспресс-оценка состояния гомеостаза проводилась по адаптированной к экстренной челюстно-лицевой хирургии шкале Apache II.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления заболевания определялись особенностью локализации и распространенности гнойного процесса. У 13 больных они носили интрасинуальный характер с развитием локального гнойного процесса, у 12 – экстрасинуальный, с формированием абсцессов и флегмон мягких тканей, окружающих верхнюю челюсть (11 человек) и развитием сепсиса и вторичных внутричерепных воспалительных процессов у одного человека.

У 7 больных с интрасинуальными гнойными осложнениями в клинической картине преобладали жалобы на четко локализованные боли в проекции синуса на стороне заболевания, преимущественно распирающего характера, гноетечение из носа, ограничение носового дыхания, снижение обоняния и головную боль.

Из анамнеза у пяти больных выяснилось, что в течение последних лет они неоднократно обращались по поводу гайморита к оториноларингологам, и им проводилось консервативное лечение. Два больных ранее перенесли радикальное вмешательство на верхнечелюстную пазуху без санации одонтогенного очага инфекции. Остальные шесть больных ранее никогда не лечились по поводу синусита, несмотря на длительно существующие признаки этого заболевания.

У всех больных основанием для госпитализации служило прогрессирование симптомов синусита и

проявлений синдрома эндогенной интоксикации на фоне неэффективности консервативного лечения.

Объективно при поступлении в стационар у этих больных определялась незначительная асимметрия лица, за счет отека щечной области, боли при пальпации лицевой стенки синуса и за бугром верхней челюсти, гиперемия и отек слизистой носа, гной под средней носовой раковиной при передней риноскопии. Общее состояние расценивалось как удовлетворительное, температура тела обычно не превышала 37-37,5°С. Отчетливо отмечалось снижение температуры тела и интенсивность боли уже после лечебно-диагностической пункции.

У 28 больных (52,8%) обострение хронического процесса в синусе привело к развитию экстрасинуальных локализованных и разлитых гнойно-воспалительных процессов в околоверхнечелюстных мягких тканях и орбите (табл.).

Таблица

Количественная характеристика местных осложнений у больных с обострением хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита

Нозологическая характеристика осложнений	Количество больных	
	абсолютное	%
1. Острый остеомиелит верхней челюсти с формированием субпериостального абсцесса	17	60,7
2. Абсцесс нижнего века	1	3,6
3. Абсцесс подглазничной области	2	7,1
4. Флегмона щечной области	2	7,1
5. Флегмона щечной области, крыло-небной, подвисочной ямки	1	3,6
6. Флегмона орбиты	1	3,6
7. Флегмона скуловой области	3	10,7
8. Флегмона скуловой и височной области	1	3,6
Итого:	28	100

Как видно из представленной таблицы, наиболее часто обострение ХОВЧС осложнялось развитием острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти – 17 человек (60,7%). У двух 2 больных (7,1%) наблюдались абсцесс подглазничной и флегмона щечной областей. Флегмона орбиты диагностирована у одного больного (3,6%).

У двух больных (7,1%) обострение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита сопровождалось формированием разлитых флегмон мягких тканей лица, распространяющихся на два и более клетчаточных пространства.

Клинические проявления экстрасинуальных обострений хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита были неоднозначными. Жалобы местного характера были четко связаны с топографо-анатомической локализацией гнойного очага. Наряду с классическими признаками воспалительного процесса: боль, отечность и гиперемия в области воспалительного инфильтрата, больные предъявляли жалобы и на функциональные расстройства различной степени выраженности (ограничение откры-

вания рта, боли при движении нижней челюсти, болезненность при глотании).

Так, при развитии абсцесса или флегмоны щековой, подглазничной области преимущественно предъявлялись жалобы на изменение контуров лица за счет отека и инфильтрации тканей, боли в этой области. Больных с контактным одонтогенным остеомиелитом верхней челюсти и формированием субпериостального абсцесса в основном беспокоили интенсивные боли в проекции верхней челюсти, иррадиирующие в область глаза, виска, боли при накусывании в зубах верхней челюсти. Жалобы больных с флегмонами крылонебной, подвисочной ямки, околоушно-жевательной области акцентировались на ограничении открывания рта, резкой боли при движениях нижней челюсти, иногда болезненности при глотании. При орбитальных осложнениях (флегмона орбиты) клиническая картина была довольно типичной. Основными были жалобы на самопроизвольные пульсирующие боли в области глазного яблока, отек век, изменение остроты зрения, вплоть до утраты зрения на один глаз, головные боли, преимущественно в лобной области.

Необходимо отметить, что жалобы, характерные для синусита (заложенность носа, насморк), как бы отступали на второй план и больные не всегда фиксировали на них свое внимание.

Жалобы общего характера были выражены достаточно отчетливо, проявлялись они стойкой головной болью, слабостью, снижением аппетита, повышенной психо-эмоциональной возбудимостью, неустойчивостью настроения, чувством жара. Больные с фоновой патологией, кроме того, предъявляли жалобы, обусловленные сопутствующим заболеванием.

Общая продолжительность заболевания у подавляющего большинства больных превышала один год. У 16 больных (57,1%) это было первое обострение; у 8 (28,6%) – второе; у 4 (14,3%) – третье. Предшествующие обострения носили интрасинуальный характер и были купированы проведением консервативной терапии. Последующее обострение было выражено наиболее значительно и потребовало госпитализации больных.

Из анамнеза удалось установить, что 9 человек (32,1%) до госпитализации за врачебной помощью не обращались, не лечились или самостоятельно принимали в основном анальгетики, сульфаниламидные препараты, но без эффекта. В специализированный стационар они были доставлены машиной «скорой помощи».

Семь человек (25%) лечились у ЛОР-специалистов, которые неоднократно проводили пункцию и промывание синуса, назначали антибиотики, противовоспалительные препараты, сосудосуживающие капли эндоназально. Продолжительность лечения у врачей-оториноларингологов не превышала трех-пяти суток. Отсутствие эффекта от

лечения и прогрессирование местных воспалительных явлений заставляло врачей направлять больных в стационар, где дежурными врачами (ЛОР-специалистом и челюстно-лицевым хирургом) и решался вопрос о госпитализации больных в отделение челюстно-лицевой хирургии.

У 12 больных (42,9%) лечение до госпитализации проводилось хирургами-стоматологами, оно существенно отличалось от лечения у врачей-оториноларингологов. Больным проводилась хирургическая санация полости рта в виде удаления «причинных зубов», проведение классической горизонтальной периостотомии на фоне медикаментозной терапии (анальгетики, антибиотики, гипосенсибилизирующие препараты и др.). У всех больных лечение также оказалось неэффективным.

В направляющем диагнозе у пяти больных были указаны следующие осложнения: у четырех больных был поставлен диагноз «обострение хронического гайморита», и только у одного больного диагноз включал наличие обострения хронического одонтогенного синусита с конкретизацией (далеко не полной) экстрасинусальных осложнений.

Общее состояние при поступлении, у 19 больных (67,7%), было расценено как средней тяжести, и только у 9 (32,1%) – как удовлетворительное.

У всех больных был установлен умеренно выраженный гипердинамический режим кровообращения (частота пульса в пределах 80-90 ударов в минуту, артериальное давление имело тенденцию к повышению, а частота дыхательных движений не превышала границы физиологической нормы).

У трех больных изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем были более значительными в связи с наличием фоновых заболеваний (гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия, ревматизм, хронический бронхит и др.). Наличие фоновой патологии у 14 больных с обострением хронического одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита существенно не отражалось на общем состоянии. Все больные были контактны, полностью ориентированы в окружающей среде.

Местные проявления заболевания полностью зависели от локализации и распространенности воспалительного процесса.

При осмотре выявлялся воспалительный инфильтрат и перифокальный отек в тех или иных анатомических зонах. Слабо были выражены эти признаки при формировании гнойного очага в крылонебной, подвисочной ямках, но симптом «песочных часов» отчетливо наблюдался во всех случаях локализации воспалительного процесса в данном клетчаточном пространстве. Кроме того, четко определялись ограничение открывания рта (тризм II-III степени), боли при пальпации за бугром верхней челюсти.

У больных с развившимся остеомиелитом верхней челюсти и формированием субпериостального

абсцесса выявлялись: гиперемия, муфтообразный отек слизистой альвеолярного отростка, гладкость и резкая боль при пальпации переходной складки. Зубы верхней челюсти, соседние с причинным, были болезненны при перкуссии. У 7 больных лунки ранее удаленного зуба были частично заполнены распадающимся кровяным сгустком или зияли, а края их были покрыты грязно-серым налетом, при зондировании лунки у четырех больных определялось сообщение с верхнечелюстной пазухой. Стойкий оро-антральный свищ имелся у трех больных.

При развитии внутриглазных гнойных процессов осмотр выявлял отек и гиперемию век, птоз, хемоз конъюнктивы, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, вплоть до полной неподвижности, боли при пальпации век.

У всех больных при риноскопическом обследовании определялась гиперемия и отек слизистой носа, особенно средней и нижней носовых раковин, иногда гной в среднем носовом ходе. При диагностической пункции в 100% случаев получен гной, причем у 5 (17,9%) больных выявлялся полный блок естественного выводного отверстия верхнечелюстного синуса.

При рентгенологическом обследовании больных на обзорной рентгенограмме и компьютерной томограмме придаточных пазух носа у 24 больных (85,7%) определялось гомогенное интенсивное затемнение заинтересованного синуса (рис.), и только у 4 (14,3%) – горизонтальный уровень жидкости. На внутриротовой контактной рентгенограмме в проекции жевательной группы зубов или ортопантограмме четко выявлялся причинный одонтогенный очаг инфекции (ретенированный, дистопированный, периодонтитный зуб или разражение костной ткани в области лунки удаленного зуба, радикулярная киста, кистогранулема).

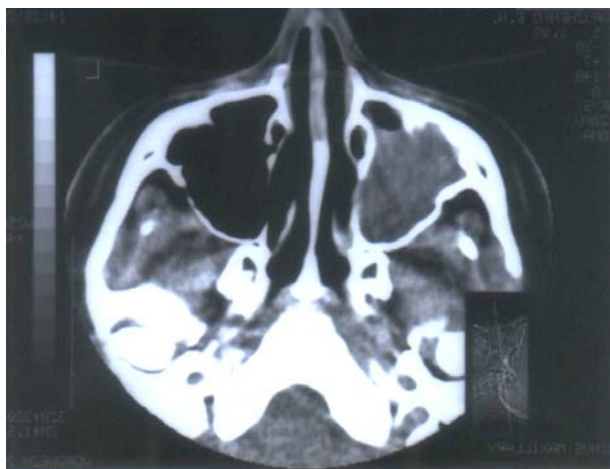


Рис. Больной Г. Диагноз: обострение ОПВЧС. На КТГ придаточных пазух носа в аксиальной проекции определяется гомогенное интенсивное затемнение правого верхнечелюстного синуса

Анализ полученных клинических данных (жа-

лобы, анамнез заболевания, местные изменения), результатов рентгенологических исследований (гомогенное интенсивное затемнение просвета пазухи, уровень жидкости), гнойного содержимого при диагностической пункции позволил выявить у больных два варианта течения ОВЧС: внутрисинуальный, когда воспалительный процесс разыгрывается в пределах синуса (13 больных), и экстрасинуальный с формированием гнойных очагов в виде абсцессов и флегмон (28 больных).

Выводы:

1. Одонтогенный перфоративный верхнечелюстной синусит характеризуется отчетливо выраженными местными проявлениями заболевания на фоне общего инфекционного синдрома.

2. Особенности местных проявлений заболевания в основном определяются характером, локализацией и распространенностью воспалительного процесса, а общие симптомы находятся в зависимости от формы гнойной инфекции (местной или общей).

3. При развитии сепсиса всегда превалируют проявления общего инфекционного синдрома.

Литература

1. Балин, В.Н. Компьютерная томография в распознавании заболеваний верхнечелюстных пазух / В.Н. Балин, С.В. Кузнецов, А.К. Иорданишвили // Здоровоохранение Беларуси.– 1994.– № 3.– С. 46–48.
2. Богатов, А.И. Новые методы диагностики, лечения и реабилитации больных с перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух: Автореф. дис...канд. мед. наук / А.И. Богатов.– Самара, 1991.– 22 с.
3. Воробьев, Ю.И. Методы лучевой диагностики в стоматологии / Ю.И. Воробьев // Проблемы нейростоматологии и стоматологии.– 1998.– № 2.– С. 61–64.
4. Запрудина, М.В. Диагностика и лечение одонтогенных гайморитов с оро-антральным сообщением: Автореф. дис... канд. мед. наук / М.В. Запрудина.– Пермь, 1998.– 18 с.
5. Кравченко, Д.В. Некоторые результаты обследования и лечения больных с риносинусогенными орбитальными осложнениями / Д.В. Кравченко, А.В. Кравченко, В.И. Подалюк // Вестник оториноларингологии.– 1999.– № 6.– С. 20–23.
6. Лучихин, Л.А. Пре- и постсептальные орбитальные риносинусогенные осложнения / Л.А. Лучихин // Вестник оториноларингологии.– 2000.– № 2.– С. 23–27.
7. Рабухина, Н.А. Стандартизация исследований в челюстно-лицевой рентгенологии. Часть II / Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев // Новое в стоматологии.– 1993.– № 1.– С. 22–27.
8. Шаргородский, А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи / А.Г. Шаргородский.– М., 2001.– 352 с.

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-