

the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. // Clin. Infect. Dis. — 2000. — Vol. 30. — P. 633-638.

6. Miyakis S., Lockshin M.D., Atsumi T., et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). // J. Thromb. Haemost. — 2006. — Vol. 4. — P. 295-306.

7. Ware J. E. Jr, Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.

8. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1993.

Информация об авторах: 630089 Россия, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, д. 243, кв. 115.

Трифорова Мария Александровна — аспирант.

Тел. 8-913-375-67-55, 8 (383) 2677749. E-mail: maria_trif@mail.ru

© РАЗДОРСКИЙ В.В., КОТЕНКО М.В., МАКАРЬЕВСКИЙ И.Г. — 2010

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ

В.В. Раздорский¹, М.В. Котенко¹, И.Г. Макарьевский²

(¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско;

²Стоматологическая клиника «Жемчуг», г.Санкт-Петербург, гл. врач — к.м.н. И.Г. Макарьевский)

Резюме. В лечении 206 пациентов с тотальной адентией обеих челюстей (22), верхней челюсти (95), односторонними и двусторонними дефектами верхнего (57), нижнего (23) и обоих зубных рядов (9) в условиях выраженной атрофии беззубых сегментов альвеолярных отростков использован метод субпериостальной экспресс-имплантации. Моделирование субпериостальных имплантатов выполняли с учетом патологии зубочелюстно-лицевой системы. Хорошие функциональные и эстетические результаты лечения в сроки 3-5 лет получены в 97,1% случаях.

Ключевые слова: адентия, субпериостальная имплантация, моделирование.

CHARACTERISTICS OF IMPLANTATION IN PATIENTS WITH ALVEOLAR RIDGE HIGH-DEGREE ATROPHY

V. Razdorsky¹, M. Kotenko¹, I. Mackaryevsky²

(¹Novokuznetsk State Institute of Continuing Medical Education; ²Dental clinic "Zhemchug", St. Petersburg)

Summary. In treatment of 206 patients with following conditions: total adentia of both jaws (22), upper jaw adentia (95), unilateral and bilateral defects of upper (57), lower (23) and both dentitions (9) in alveolar ridges toothless segment apparent atrophy conditions subperiosteal express-implantation method was used. Subperiosteal implants positioning was performed considering dentoalveolar-facial system pathology. Good functional and aesthetic results were reached during 3-5 years in 97.1% cases.

Key words: adentia, subperiosteal implantation, positioning.

У пациентов с критическим уменьшением объема кости альвеолярного отростка использование внутрикостных имплантатов в качестве опоры несъемного протеза без предварительной костной пластики невозможно. Кроме того, эффективность костнопластических методов при высоких степенях атрофии (высота кости под верхнечелюстным синусом 2-3 мм) становится сомнительной [2, 4, 6, 8].

Практический опыт несъемного протезирования с опорой на субпериостальные имплантаты свидетельствует о перспективности этого метода лечения пациентов с частичной и тотальной адентией [1, 3, 5, 8]. Однако известно, что кость не приспособлена к восприятию сил сжатия, атрофия альвеолярного отростка может усилиться в результате жевательного давления, направленного преимущественно на альвеолярный отросток. Рациональное распределение опорных элементов имплантата, особенности моделирования субпериостальных конструкций в зависимости от анатомо-топографических условий верхней челюсти, состояния костной ткани слизистой, окклюзионных нарушений в литературе практически не отражены [1, 5, 7, 8].

Цель исследования: изучить особенности моделирования субпериостальных имплантатов и эффективность имплантации у пациентов с вторичной адентией челюстей.

Материалы и методы

С 2006 по 2009 гг. в амбулаторных условиях стоматологической клиники ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава с использованием метода субпериостальной экспресс-имплантации пролечено 206 пациентов с тотальной и частичной вторичной адентией.

Метод экспресс-имплантации позволил исключить потерю коррекции субпериостального имплантата с костью, нередкого негативного явления при изготовлении имплантата по стереолитографической модели челюсти и классическом выполнении субпериостальной имплантации в два этапа, создать дополнительные ретенционные пункты в кости для фиксации имплантата, выполнить пазы под надкостные элементы субпериостального имплантата с целью их погружения в кортикальную кость [5, 8]. Для изготовления субпериостальных имплантатов у 166 (80,6%) больных использовали сплав «Реманиум-2000», в 40 (19,4%) случаях — титан.

При моделировании субпериостальных имплантатов у пациентов с уплощенным альвеолярным отростком увеличивали площадь альвеолярного и небного крыльев имплантата с заведением в клыковую ямку и на небный отросток. Создавали перфорационные отверстия для врастания рубцовой ткани между слизистой оболочкой и костью. Использовались максимально большое число ретенционных пунктов, в том числе искусственно созданных (рис. 1).

При моделировании субпериостальных конструкций учитывали, помимо высоты альвеолярного отростка, состояние кортикальной кости. Для перераспределения жевательных нагрузок на ослабленную кость увеличивали количество опорных головок (2 опорные головки на 3-4 единицы отсутствующих зубов). При необходимости латерализации головок увеличивали количество перекидных лент — на 1 опорную головку до 4 перекидных лент. При толщине кортикальной пластинки более 2 мм на всем протяжении альвеолярного отростка в зоне дефекта устанавливали одну опорную головку на две единицы утраченных зубов.

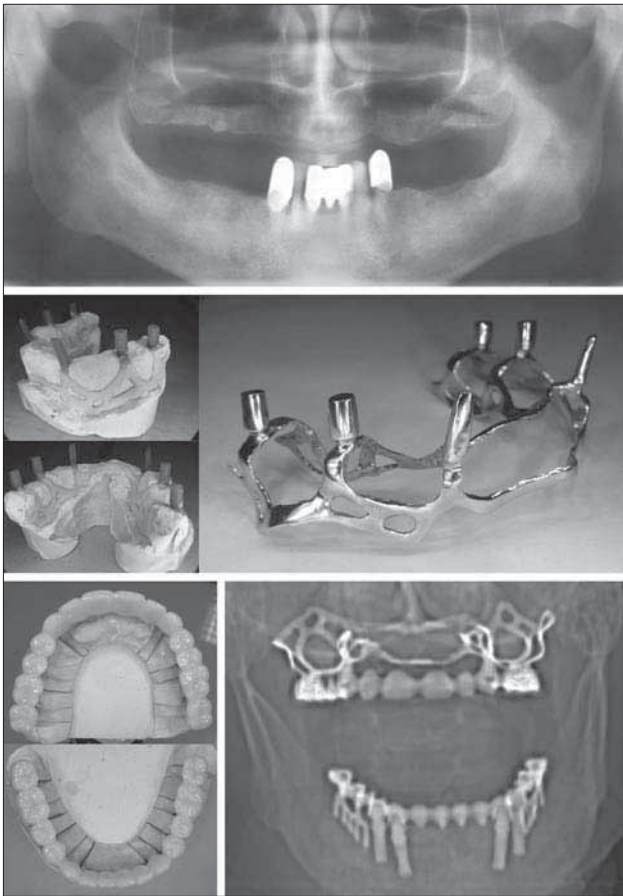


Рис. 1. Этапы лечения пациента К., 50 лет, с применением метода субпериостальной экспресс-имплантации: а — ортопантомограмма до лечения; б — восковые аналоги имплантата и готовая конструкция перед имплантацией; в — виды протезов на модели; г — томограмма челюстей через 4 года после имплантации.

Расхождение радиуса альвеолярных дуг компенсировали латерализацией положения опорных головок, при этом утолщали до 1-1,5 мм перекидные ленты, и увеличивали площадь небного и вестибулярного опорных крыльев имплантата с утолщением до 1,5 мм вестибулярного крыла. В этом случае при изготовлении протеза сглаживали вестибулярные углы коронки. Незначительное расхождение верхней и нижней альвеолярных дуг компенсировали наклоном опорных головок в щечную сторону с утолщением вестибулярного крыла. Параллельность положения головок проверяли в параллелографе.

Для восстановления межальвеолярной высоты увеличивали площадь опоры крыльев, утолщали перекидные ленты до 1,5 мм, увеличивали количество опорных головок.

При толщине слизистой более 3 мм в области локального изъяна альвеолярного отростка удлиняли щечную часть опорной головки с минимизацией площади имплантно-десневого прикрепления. В этом случае предусматривали увеличение количества перекидных лент.

При моделировании субпериостального имплантата нижней челюсти с целью обеспечения его стабилизации площадь вестибулярного опорного крыла с перфорационными отверстиями увеличивали с заведением к углу нижней челюсти, орально нижний контур имплантата доводили до уровня прикрепления мышц дна полости рта.

У 22 (10,7%) больных с тотальной адентией обеих челюстей в 8 (36,4%) случаях (у пациентов со значительной атрофией преимущественно блоковых отделов верхней и нижней челюстей) первым этапом выполнена субпериостальная экспресс-имплантация, у 14 больных уста-

новлены внутрикостные конструкции. В первую очередь выполняли операцию на нижней челюсти.

После заживления операционной раны, снятия швов и спадения отека (через 14-20 дней) выполняли субпериостальную экспресс-имплантацию на верхней челюсти. Протезирование временными мостовидными протезами из термопластмассы было завершено через 5 недель после окончания имплантации. Постоянные металлокерамические протезы устанавливали через 7-8 месяцев.

У 95 (46,1%) пациентов с тотальной адентией верхней челюсти и частичной нижней, также в первую очередь выполняли имплантацию внутрикостных денальных конструкций, а через 7-10 дней субпериостальную экспресс-имплантацию на верхней челюсти. У 89 (43,2%) больных с односторонними и двусторонними концевыми дефектами верхней челюсти (57), нижней челюсти (23) и обоих зубных рядов (9). С целью усиления стабильности протезно-имплантатной системы в опору протеза включали соседние с дефектом зубы, либо полноразмерный внутрикостный имплантат. Протезирование временными протезами завершали через 4-5 недель после операции имплантации.

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде у всех 206 пациентов осложнений не было. В сроки 3-5 года после протезирования осмотрено 139 (67,5%) из 206 оперированных с применением субпериостальных имплантатов.

У 1 (0,7%) пациента с двухсторонними дефектами зубного ряда верхней челюсти в связи с недооценкой состояния тканей пародонта фронтальных зубов, не включенных в протез, потребовалось их удаление

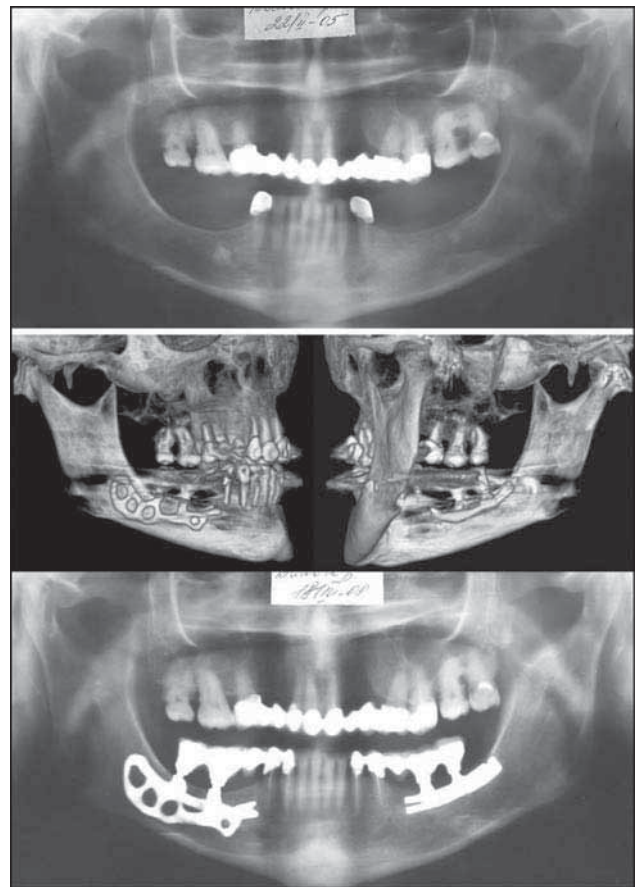


Рис. 2. Фото рентгенограмм пациента В., 47 лет: до лечения, концевые дефекты нижнего зубного ряда, выраженная атрофия альвеолярного отростка справа; б — через три года после имплантации, справа установлен субпериостальный имплантат, слева — внутрикостный О.Н.Сурова.

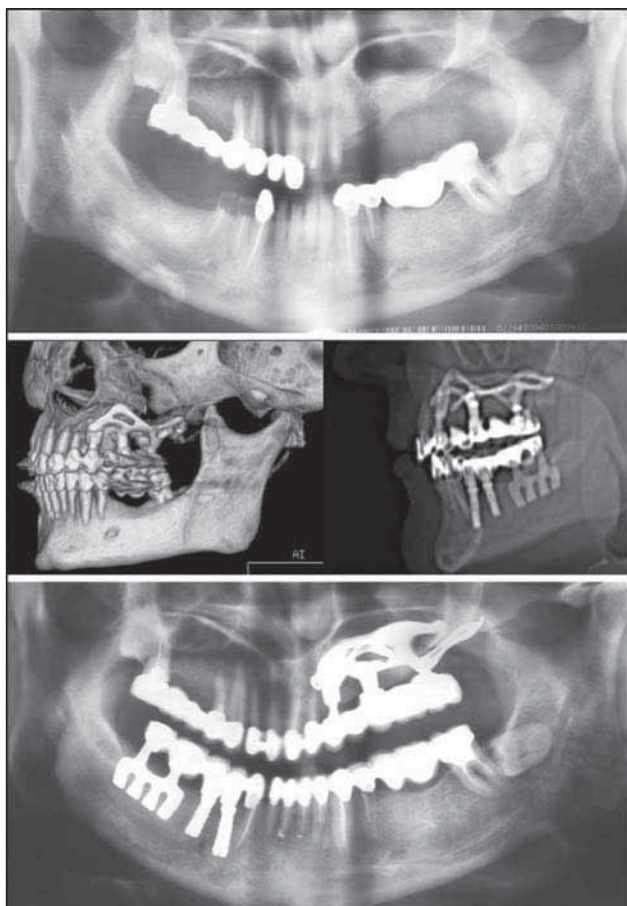


Рис. 3. Фото рентгенограмм пациентки Е., 47 лет: а — ортопантомограмма до лечения, дефекты боковых сегментов верхней челюсти слева со значительной атрофией альвеолярного отростка и нижней челюсти справа; б — контрольная томография после имплантации; в — ортопантомограмма через 5 лет после лечения.

вследствие подвижности II степени. В лунки 5 удаленных зубов установлены четырехкорневые имплантаты с памятью формы, выполнено протезирование с опорой на дентальные конструкции. Результат признан неудовлетворительным. 3 (2,2%) пациентов с установленными тотальными имплантатами были недовольны необходимостью ограничивать температурный режим пищи. Результат реабилитации признан удовлетвори-

тельным. У 135 (97,1%) пациентов, таким образом, метод имплантации с применением субпериостальных имплантатов в качестве опор несъемного протеза по материальным затратам, срокам лечения, программности результатов реабилитации пациентов с высокой степенью атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти (высота в подсинусной области менее 3-5 мм) является весьма перспективным.

Таким образом, метод субпериостальной экспресс-имплантации при высоких степенях атрофии альвеолярной кости, адаптированный к нарушениям функциональной окклюзии, позволяет провести несъемное протезирование и получить хорошие результаты у 97,2% пациентов. При моделировании субпериостальных имплантатов площадь опорных крыльев и количество перфорированных отверстий, ретенционных пунктов увеличивают в зависимости от степени выраженности альвеолярного отростка за счет использования для фиксации конструкции бугров верхней челюсти, клыковых впадин, небного отростка. Количество опорных головок для протеза, число перекидных лент на одну опорную головку субпериостального имплантата определяют в соответствии с состоянием компактной кости альвеолярного отростка верхней челюсти. Вестибулярное смещение опорных головок на перекидных лентах (латерализацию) на костной конструкции и их наклон определяют в соответствии со степенью расхождения альвеолярных дуг верхней и нижней челюстей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессонов, В. И., Российский П. В. Субпериостальная имплантация: Лечение, возможные осложнения, отдаленные результаты // Клиническая имплантология и стоматология. — 2001. — № 1-2. — С. 41-43.
2. Костная пластика в стоматологической имплантологии. Описание методик и их клиническое применение / Под ред. Ф.Ф. Альфаро. — М: Азбука, 2006. — 235 с.
3. Суров О. Н. Зубное протезирование на имплантатах. — М.: Медицина, 1993. — 204 с.
4. Суров О. Ренессанс субпериостальной имплантации? // Новое в стоматологии. — 2009. — №1 (157). — С. 1-5.
5. Суров О. Современная практика субпериостальной имплантации // Новое в стоматологии. — 2009. — №4 (160). — С. 1-26.
6. Хватова В.А. Клиническая гнатология. — М.: Москва, 2005. — 295 с.
7. Ховат А.П., Джей Канн Н., Джей Барретт Н.В. Окклюзия и патология окклюзии. — М.: Азбука, 2005. — 235 с.
8. Weiss Ch. M., Weiss A. Principles and practice of implant dentistry. — St. Louis: Mosby, 2001. — 447 p.

Информация об авторах: 654034, г.Новокузнецк, ул.Шестакова, 14. Тел./факс (3843) 37-73-84,

Котенко Мария Викторовна — аспирантка. E-mail: lotos200@mail.ru;

Раздорский Владимир Викторович — к.м.н., докторант кафедры, ведущий врач стоматолог-имплантолог Стоматологической клиники «Евростоматология» г.Барнаула Алтайского края, ул.Ленина, 127а.

Тел.: (3852) 36-17-10, e-mail: eurostom@list.ru ;

Макарьевский Илья Григорьевич — к.м.н., главный врач стоматологической клиники «Жемчуг», 193024, г.Санкт-Петербург, пр.Невский, д.141. Тел./факс: (812) 717-57-59, e-mail: karatedu@rambler.ru;

© АРСЕНОВА И.А., БАУЭР А.М., ГОЛОВНЕВ В.А., ТРОФИМОВ А.С., ПОЗДНЯКОВА С.В. — 2010

ОСОБЕННОСТИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ РАНЕВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ХИТОЗАНА

И.А. Арсенова¹, А.М. Бауэр², В.А. Головнев¹, А.С. Трофимов², С.В. Позднякова¹

¹Новосибирский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.О. Маринкин, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.А. Ильин; кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. — д.м.н., проф. В.А. Шкурупий; кафедра фармакологии, зав. — д.м.н., проф. О.Р. Грек;

²Муниципальное управление здравоохранения стоматологическая поликлиника № 1 г. Новосибирска, гл. врач — Н.И. Бородина).

Резюме. Данная статья посвящена проблеме заживления раневых поверхностей после вестибулопластических операций. На основании данных клинических, морфологических исследований было установлено, что использова-