

работы. После операции образовывались нежные, почти незаметные рубцы. Применение лазера у больных с эпюлидами челюстей позволило сохранить зубы и избежать рецидива опухоли.

Заключение

Таким образом, удаление доброкачественных новообразований полости рта проводилось легко, бескровно, с незначительным послеопераци-

онным отеком, не осложненным послеоперационным периодом, с минимальным рубцеванием. Все перечисленное выше дает возможность расширить показания к оперативным вмешательствам в амбулаторно-поликлинических условиях, а отсутствие необходимости освобождения от работы в большинстве случаев отражает материально-экономическую выгоду.

УДК 616.314-089.28-06

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Фурса Д.Н., Забелин А.С.

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

LONG-TERM RESULTS AND POSSIBLE COMPLICATIONS IN APPLICATION OF SUBPERIOSTEAL IMPLANTS IN PATIENTS WITH TERMINAL DENTITION DEFECTS

Fursa D.N., Zabelin A.S.

The Smolensk State Medical Academy

В статье представлены отдалённые результаты лечения 120 пациентов с концевыми дефектами зубных рядов с использованием субпериостальных имплантатов при выраженной атрофии костной ткани альвеолярного отростка челюстей. Описаны и проанализированы возможные осложнения в ранний и отдаленный периоды, а также методы их лечения.

Ключевые слова: субпериостальные имплантаты, концевые дефекты зубных рядов, осложнения.

The article presents the results of application of subperiosteal implants of 120 patients with terminal dentition defects and with significant atrophy of the jaw bone. Also it contains the description analysis of early and further complications that arise when treating patients with application of subperiosteal implants.

Key words: subperiosteal implants, terminal dentition defects, complications.

Дентальная имплантация в последнее десятилетие стала одним из основных видов реабилитации пациентов, нуждающихся в ортопедической стоматологической помощи [1, 2, 3, 6]. Однако даже строжайшее соблюдение существующей системы показаний и противопоказаний к проведению операции дентальной имплантации, а также безукоризненное выполнение хирургической техники постановки имплантатов не дает возможности преодолеть осложнения, число которых, по данным различных авторов, варьирует в пределах от 6 до 23% [4, 5]. Наибольшее число осложнений связано с субпериостальными имплантатами, что объясняется не столько их конструктивными недостатками, сколько тем, что их используют при неблагоприятных анатомических условиях (значительная атрофия костной ткани альвеолярных отростков

челюстей), когда применение внутрикостных имплантатов не представляется возможным [7, 8]. Среди всей номенклатуры дентальных имплантатов, субпериостальные имплантаты наиболее сложны – как по конструкции, так и по технологии их установки [6].

Цель исследования – анализ осложнений при субпериостальной имплантации, выявление их причин и определение тактики хирургического лечения.

Материал и методы исследования

Материалом для анализа послужили наблюдения за 120 пациентами в возрасте от 39 до 63 лет, которым было установлено 156 частичных субпериостальных имплантатов. В подавляющем большинстве случаев (114 пациентов) субпериостальные имплантаты применялись при концевых дефектах зубных рядов (95% от общего числа). Конструкция и форма имплантатов

зависели от степени атрофии костной ткани челюстей, протяженности и локализации дефектов зубных рядов. После операции все пациенты находились под диспансерным наблюдением.

На этапах наблюдения клиническое состояние тканей в области имплантата оценивали, исходя из жалоб и результатов осмотра полости рта, обращая внимание на окраску слизистой оболочки, состояние швов, наличие отделяемого из раны. В различные сроки после операции проводили также контрольное рентгенологическое обследование, на основании полученных данных определяли причины осложнений и классифицировали их согласно этапам лечения. В обследовании пациентов участвовали как хирурги, так и ортопеды, так как следовало оценить не только состояние тканей в зоне имплантата, но и состояние протезов.

Длительность наблюдений за пациентами составляла от 3 до 7 лет. Осложнения по срокам подразделили на ранние – возникающие во время хирургического этапа лечения и в течение первого года после установки субпериостального имплантата, отдаленные – развившиеся в сроки от 1 года до 5 лет, и поздние – проявившиеся спустя 5 лет после имплантации.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов использования субпериостальных имплантатов установлено, что наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде являются: образование гематом и кровоизлияния в окружающие мягкие ткани (4,16% наблюдений), расхождение краев раны (3,33% наблюдений), частичное оголение элементов субпериостального имплантата (2,5% наблюдений). К ранним осложнениям субпериостальной имплантации мы относим и 2 случая (1,66% наблюдений), когда проведение второго этапа операции было отложено из-за неудовлетворительной первичной фиксации имплантата. Наличие подвижности или баланса имплантата недопустимо и, как правило, обусловлено погрешностями во время выполнения лабораторного этапа. В таких случаях проводилось дополнительное препарирование поверхности альвеолярного отростка для улучшения условий фиксации имплантата и повторное снятие отиска.

Расхождение краев раны в послеоперационном периоде возникает при их натяжении в результате увеличения объема тканей, укрытых слизистойнадкостничными лоскутами. Это обусловлено тем, что на вестибулярной и оральной поверхностях альвеолярного отростка располагается каркас имплантата, а через гребень проходят соединяющие каркас перекидные элементы. Кроме того, на гребне располагаются опорные площадки для головок имплантата, которые возвышаются над слизистой оболочкой по гребню альвеолярного отростка. Расхождение краев раны с частичным оголением каркаса мы наблюдали и через

10–25 дней, т. е. уже после снятия швов. При натяжении краев раны простое повторное наложение швов неэффективно. Решение указанной проблемы возможно только путем местной пластики дефекта с использованием лоскута слизистой оболочки на ножке с вестибулярной стороны. Однако такие операции эффективны только в ближайшем послеоперационном периоде, когда четко видно плотное прилегание каркаса имплантата к поверхности альвеолярного отростка.

Обнажение элементов субпериостального имплантата мы также наблюдали спустя 1 год и более после операции (1,66% наблюдений). Причиной прорезывания каркасом имплантата надкостницы и слизистой оболочки в эти сроки является резорбция костной ткани альвеолярного отростка из-за значительного объема препарирования во время проведения первого этапа имплантации, а также в результате продолжающейся атрофии альвеолярного отростка. Так как при этом уменьшаются высота и объем альвеолярного отростка, то каркас имплантата уже не прилегает к поверхности кости и вследствие натяжения прорезает и надкостницу, и слизистую оболочку. Разрыв тканей быстро эпителизируется, и фрагмент каркаса возвышается над слизистой в виде дуги. В этом случае закрытие оголенной части имплантата методом местной пластики будет неэффективным. При отсутствии болей и явлений воспаления в зоне оголившейся части имплантата в большинстве случаев не требуется никаких вмешательств, при этом обязательным условием является тщательная гигиена полости рта, включая удаление налета на оголенной части имплантата. Если же оголение части субпериостального имплантата сопровождается болями, воспалением мягких тканей или вызывает косметический дефект, то тактика лечения заключается в проведении медикаментозной терапии и активной хирургической санации очагов воспаления; при частичном оголении части субпериостального имплантата производится ее отсечение, если это не нарушает фиксации имплантата. С целью профилактики подобного рода осложнений необходимо всегда минимизировать объем препарирования альвеолярного отростка и располагать каркас имплантата только на плотной кортикальной кости, менее склонной к резорбции.

Характерным осложнением, развивающимся в отдаленном периоде в сроки от 1 года до 5 лет после операции, помимо частичного оголения каркаса субпериостального имплантата, является возникновение поднадкостничных абсцессов (4,16% наблюдений). Это обусловлено недостаточным промывным пространством на протезной конструкции и ухудшением гигиены в данном участке. При этом у двух пациентов в результате воспалительного процесса наблюдалось частичное обнажение перекидных лент имплантата в области головки, однако только в одном случае нам пришлось отсечь фрагмент опорной ленты. В осталь-

ных случаях частичное обнажение элементов субпериостального имплантата не влияли на его функциональные качества, однако такие пациенты нуждаются в дополнительной мотивации к тщательному гигиеническому уходу.

Осложнения, возникающие в срок от 5 до 7 лет после операции, были аналогичны осложнениям в отдаленном периоде, однако суммарная частота их возникновения пропорционально увеличивалась.

Для успешного лечения осложнений важна их своевременная диагностика, и в этом отношении

велика роль диспансерного наблюдения, позволяющего выявить осложнения на самой ранней стадии, часто до появления клинических симптомов. Для профилактики осложнений при операциях имплантации с применением субпериостальных имплантатов весьма значимы тщательное, всестороннее обследование пациентов, правильный выбор конструкции имплантата и прежде всего опыт и профессионализм как хирурга-имплантолога, так и стоматолога-ортопеда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амхадова М.А. Применение субпериостальных имплантатов для реабилитации пациентов со значительной атрофией костной ткани челюстей //Стоматология. – 2004. – № 3. – С. 72-74.
2. Амхадова М.А. Использование компьютерной томографии на этапах планирования субпериостальной имплантации //Российский стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 31-32.
3. Бессонов В.И., Российский П.В. Субпериостальная имплантация: лечение, возможные осложнения, отдаленные результаты //Клиническая имплантология и стоматология. – 2001. – № 1/2. – С. 41-43.
4. Иванов А.Г., Матвеева А.И. Биомеханические основы распределения жевательных нагрузок в системах естественные зубы – имплантаты //Российский стоматологический журнал. – 2000. – № 2. – С. 41-44.
5. Петрунин П.В. Клинико-функциональное обоснование выбора протезной конструкции с опорой на субпериостальные имплантаты: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 26 с.
6. Безруков В.М., Кулаков А.А. Субпериостальная имплантация – как метод хирургической реабилитации пациентов со значительной атрофией челюстей //Российский вестник дентальной имплантологии. – 2003. – № 1. – С. 60-64.
7. Федорова Н.С., Скворцов О.В. Применение поднадкостничных имплантатов при протезировании концевых дефектов зубных рядов //Стоматология-2004: Материалы Российского научного форума. – М., 2004. – С. 171-173.
8. Gard A.K. (et al.) Dental implants and the geriatric patients //Implant. Dent. – 1997. – Vol. 6. – P. 168-173.

УДК 616.31-031.81

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Химич И.В., Подольский В.В., Есикова Т.С.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

APPLICATION OF MODERN LOCAL ANESTHETICS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN OUT-PATIENT PRACTICE

Khimich I.V., Podolskiy V.V., Esikova T.S.

The Volgograd State Medical University

По статистике, среди пациентов амбулаторного стоматологического приема не менее 30% страдают различными соматическими заболеваниями в компенсированной форме. Наиболее часто (29%) отмечаются сердечно-сосудистые заболевания. Частота осложнений местной анестезии у этих па-

циентов достоверно выше – 4,5% (у практически здоровых – 3,5%). Учитывая вышесказанное, следует тщательно планировать предстоящее стоматологическое вмешательство для каждого пациента, уделяя существенное внимание выбору местного анестетика.