

УДК 616.314-089.843

РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБНОГО РЯДА У ПАЦИЕНТОВ СО ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ АТРОФИЕЙ БОКОВЫХ СЕГМЕНТОВ

Р.С. Алымбаев, Т.К. Абдышев

Проанализировано использование индивидуальных субпериостальных имплантов, точно посаженных в кость в качестве дополнительной опоры при концевых дефектах зубного ряда у пациентов со значительной атрофией боковых сегментов. Отмечена высокая степень фиксации, обеспеченная дополнительными фиксаторами и положением внутрикостных фиксирующих элементов в опору протеза, помимо зуба, либо винтовыми имплантатами.

Ключевые слова: субпериостальный имплантат; концевые дефекты; комбинированный имплантат.

THE RESTORATION OF THE DENTITION IN PATIENTS WITH SIGNIFICANT ATROPHY OF THE LATERAL SEGMENT

R.S. Alymbaev, T.K. Abdyshev

Use individual the subperiosteal implants, just planted in the bone as additional support in free-end saddles of dentition in patients with significant atrophy of the lateral segments is analysed. The high degree of fixation, provided by additional fixing members and intraosseous position in the denture support of the prosthesis or screw implants is noted.

Keywords: subperiosteal implant; free-end saddles; combined implant.

На сегодняшний день количество пациентов с вторичной частичной и полной адентией и выраженной атрофией альвеолярных отростков достигает 69–70 % от числа больных, обратившихся за стоматологической помощью. О проблемах внутрикостной имплантации при выраженной атрофии альвеолярных отростков свидетельствует значительное число предложений по созданию новых имплантационных конструкций для реставрации полости рта [1–3].

Анализ публикаций по дентальной имплантации позволяет выделить в имплантологии две концепции. Сторонники единого подхода строго следуют протоколу разборной винтовой имплантации, используя в основном один вид имплантатов и разнообразные методики костной пластики для реконструкции альвеолярного отростка. Сторонники “мультимодальной” концепции используют разные виды имплантатов, адаптированных к недостаточному объему костной ткани альвеолярного отростка [2, 4, 5].

О возможности применения комбинированной имплантации у пациентов со значительной атрофией боковых сегментов альвеолярного отростка верхней челюсти известно из публикаций В.В. Раздор-

ского. Использование внутрикостных и субпериостальных дополнительных фиксаторов позволяет при атрофии костной ткани без дополнительных травматичных вмешательств обеспечить первичную стабилизацию имплантата, способного нести жевательную нагрузку. Однако значительный контур погруженных лент, необходимость дополнительной фиксации конструкции в кости винтами, существенно ограничивают применение имплантата у пациента с дистрофией слизистой оболочки и альвеолярного отростка. Более перспективно в этих случаях применять комбинированные методы фиксации субпериостальных имплантатов [6–8].

Цель исследования – изучить эффективность применения индивидуально субпериостальных и внутрикостных имплантатов в качестве промежуточной опоры съемного и несъемного протезов у больных с редукцией боковых сегментов верхней и нижней челюстей

Материалы и методы. Наши клинические наблюдения относительно 117 пациентов с дефектами зубного ряда верхней 82 (70 %) и 35 (29,9 %) нижней челюстей с вертикальной и горизонтальной редукцией костной ткани, с применением субпериостальных имплантатов с использованием комбини-

рованных методов фиксации. От предложенной нами костнопластической реставрации альвеолярного отростка с последующей имплантацией внутрикостных конструкций, пациенты отказались.

Перед операцией выполнено стандартное обследование пациентов, которое включало осмотр, пальпацию альвеолярных отростков, исследование окклюзионных взаимодействий. В 13 (11,1 %) случаях дополнительно использовали компьютерно-спиральную томографию. Оценивались высота, ширина, профиль и угол наклона альвеолярного отростка, плотность костной ткани в месте предполагаемой имплантации, состояние верхнечелюстной пазухи.

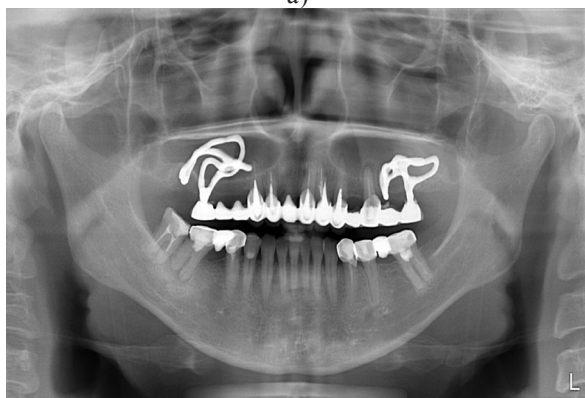
Применение комбинированных имплантатов исключали при отсутствии анатомических условий, обеспечивающих стабилизацию имплантата (III–IV типы челюстей по Оксману), расстройстве височно-нижнечелюстного сустава 2–3 степени тяжести, толщине кортикальной кости менее 10 мм, толщине слизистой оболочки от 2,5–4 мм, расхождении альвеолярных дуг от 5–7 мм и увеличении межальвеолярной высоты более 15 мм от индивидуальной нормы. Конструкции имеют высокую степень стабильности, обеспеченную методом комбинированной фиксации внутрикостных и субпериостальных фиксирующих элементов, 1, 2, 4 опорные головки и бугра верхней челюсти. Фиксирующие перекидные ленты располагают в костных пазах, выполненных в кортикальной кости на глубину от 3–7 мм. Небная лента занимает медиальное положение, вестибулярная – дистальное по линии контрфорсов, что предотвращает дестабилизацию имплантата. Небная лента короче вестибулярной, что связано с анатомическими особенностями атрофированного альвеолярного отростка. В зависимости от величины дефекта избирались имплантаты с одной или двумя опорными головками, длиной 25–35 мм. После анестезии выполняли разрез по гребню альвеолярного отростка с огибанием бугра верхней челюсти, альвеолярный отросток скелетировали. Под скобу имплантата формировали ложе соответствующих размеров. С помощью аналога имплантата адаптировали положение опорных лент в кортикальной кости, погружаемой в глубину 3–7 мм с пазами на уровне их проекции. После формирования ложа его опорные ленты фиксировались по рельефу кости. Винтовую часть адаптировали в ранее подготовленное ложе по опорным лентам, где сформированные отверстия фиксировали кортикальными винтами длиной от 4–8 мм, диаметром 1,8. Субпериостальные имплантаты использованы у 109 (93,16 %) пациентов с односторонними дефектами верхнего зубного ряда, в т. ч. в 5 случаях имплантаты устанавливали через лунку одномоментно с удалением зуба с применением остеопластического материала

(изограф), у 19 (15,1 %) пациентов с односторонними дефектами верхней челюсти и в 11 (8,7 %) случаях при односторонних дефектах нижнего ряда. После операции внутримышечно вводили линкомицин в течение 3 суток по 2,0 грамма дважды в сутки. Швы снимали через 10 суток. У 101 (86,3 %) пациента временные протезы устанавливали через 2–3 недели после операции, у 7 (5,9 %) – после имплантации через лунку свежее удаленного зуба через 3 месяца. У 27 (23,1 %) пациентов с односторонними и двусторонними дефектами боковых сегментов зубов верхней челюсти и концевыми и включенными дефектами нижнего зубного ряда значительных окклюзионных нарушений не было. При имплантации специальная коррекция окклюзии не требовалась, формировали ортогнатический прикус с клыковым ведением, высота, скаты жевательных бугров, положение фиссурной линии сформированы в соотношении 1:1. Протезы изготавливали с опорой на субпериостальный имплантат, два соседних с дефектом зуба либо полноразмерный винтовой имплантат. У 60 (51,2 %) пациентов в связи с дивергенцией альвеолярных дуг прикус требовал коррекцию межокклюзионных отношений до операции с реализацией на хирургических и ортопедических этапах имплантации. Позиционирование опорных головок имплантата осуществлялось на верхней челюсти с вестибулярно-щечным наклоном, на нижней – с язычным в допустимых пределах (не более 3°). Небные бугры протеза верхней челюсти выравнивали, щечные скаты удлиняли со смещением фиссурной линии вестибулярно по принципу 3:5. Наружные бугры верхних зубов исключали из контакта. Фиссурную линию протезов нижней челюсти смещали в язычном направлении по принципу 5:3. Высоту коронок соотносили с измененной межальвеолярной высотой и, как правило, увеличивали окклюзионную поверхность зубов, формировали с линейными точечными контактами. Постановку зубов верхней и нижней челюстей приводили в окклюзионное равновесие в артикуляторе. В зависимости от степени расхождения радиуса альвеолярных дуг формировался прямой или ортогнатический прикус с соответствующим разобщением на 3–4 зубах или 4–5 мм при формировании прямого прикуса и моделированием жевательной поверхности с учетом распределения вертикальных жевательных нагрузок по оси имплантата [2, 8]. Восстановление зубного ряда нижней челюсти выполнялось как залог успеха лечения частичной и полной вторичной адентии челюстей с применением внутрикостных и субпериостальных имплантатов в качестве опоры протеза. Пациенту с генерализованным и локализованным пародонтитом через 10 месяцев после имплантации потребовалось удаление зуба, включенного

в металлокерамический протез. В лунку удаленного 1, 3 зуба установлен винтовой имплантат. Были изготовлены временные пластмассовые протезы. Результат лечения оценен как отрицательный.



а)



б)

Рисунок 1 – Ортопантограмма больного 36 лет: а) до операции; б) после операции.

Субпериостальный имплантат фиксирован на 16-м, 26-м зубах. На одноопорные головки фиксированы металлокерамические протезы. Результат имплантации – 6 лет

Эффективность лечения в сроки 3–8 лет: осмотрено 98 (83,7 %) пациентов, в случаях проекции перекидных лент наблюдалось умеренное воспаление слизистой, капилляры расширены. Этим пациентам рекомендованы солкосерил для наружного применения, курс витаминотерапии, кетонал 150 мг и амоциклав-300 в течение 2 недель. Оклюзионных нарушений, признаков дезинтеграции протезно-имплантатной системы не было. Результат лечения оценен как удовлетворительный. У 2 (1,1 %) пациентов в проекции проксимальной небной перекидной ленты дефект слизистой составил 3 мм с оголением части перекидной ленты без признаков воспаления. Выполнена пластика мягких тканей. Местно назначено противовоспалительное лечение, заживление первичным натяжением. Имплантно-протезная система стабильна. Результат лечения признан неудовлетворительным.

В 96,8 % случаях пациенты отмечают, что ограничений для характера принимаемой пищи нет. Не нарушены окклюзионные взаимоотношения, достигнутые в процессе имплантации. Мягкие ткани от поверхности реставрации к тканям слизистой оболочки в удовлетворительном состоянии. У этих пациентов результаты лечения признаны благоприятным. Таким образом, альтернативой костнопластическому методу лечения дефектов зубного ряда боковых отделов верхней челюсти у пациентов с вертикальным и горизонтальным дефицитом кости является установка субпериостальных имплантатов. Протезно-имплантатная система с опорой на субпериостальные имплантаты эффективна у пациентов с расхождением радиуса альвеолярных дуг от 5–7 мм, увеличением межальвеолярной высоты – не более 10 мм, дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава – не более 10 баллов. При протезировании в опору включали, помимо субпериостального имплантата, соседние с дефектом зубы, либо с полноразмерными винтовыми имплантатами (рисунок 1).

Литература

1. Альфаро Ф.З. Костная пластика в стоматологической имплантологии. Описание методик и их клиническое применение / Ф.З. Альфаро. М.: Азбука, 2006. 235 с.
2. Раздорский В.В. Поднадкостничная имплантация на верхней челюсти / В.В. Раздорский // Новое в стоматологии. 2008. № 4. С. 88–90 (Р6).
3. Суров О.Н. Современная практика субпериостальной имплантации / О.Н. Суров // Новое в стоматологии. М., 2009. № 4. С. 2–22
4. Павличенко К.А. Одномomentная имплантация в сочетании с процедурой синус-лифтинга и применением костных материалов С Dental market / К.А. Павличенко, Ф.Р. Кики. 2003. № 2. С. 14–15.
5. Суров О.Н. Ренессанс субпериостальной имплантации / О.Н. Суров, Л.И. Линков // Новое в стоматологии. 2009. № 1. С. 1–3.
6. Раздорский В.В. Субпериостальная экспресс-имплантация в лечении пациентов с адентией челюстей / В.В. Раздорский, М.В. Котенко, И.Г. Макарьевский // Клиническая стоматология. 2010. № 1. С. 72–73. Р(10).
7. Amkhadova M.A. Use of subperiosteal implants for rehabilitation of patients with marked atrophy of bone tissue of the jaws // Stomatologia. 2004. Vol. 83. № 3. P. 72–74. (*a2).
8. Aras E., Sonmez M., Zora M. The use of prefabricated titanium tissue abutments for the construction of a maxillary subperiosteal implant // J Oral implantol. 2005. Vol. 31. № 5. P. 255–258. (*a3).