



ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БУГОРНО-КРЫЛОВИДНОГО ШВА ДЛЯ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ОДНОЭТАПНЫХ ИМПЛАНТАТОВ «IMPLIFE»



В. И. Лунгу,
канд. мед. наук



П. Д. Рожко,
канд. мед. наук



С. В. Лунгу,
врач-стоматолог

Резюме

Обоснована целесообразность установки длинных имплантатов «Implife» в бугорно-крыловидный шов при атрофии высоты альвеолярного отростка верхней челюсти без применения методик аугментации.

Ключевые слова: бугорно-крыловидный шов, длинные имплантаты, атрофия челюсти.

Key words: long dental implants, lack of bone height.

Введение

На скорость атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти влияют давность удаления зубов, сроки пользования съемными протезами и состояние опорных зубов под мостовидными протезами (рис. 1, 2, 3). Распространенным и общепринятым вариантом лечения в такой ситуации традиционно является проведение операции синус-лифтинга (рис. 4). При высоких степенях атрофии (высота кости под верхнечелюстным синусом — 2–3 мм) у 12,8–35,6% пациентов результаты костнопластического восстановления альвеолярного отростка верхней челюсти отрицательные. Большинство пациентов негативно относятся к таким оперативным вмешательствам из-за высокого риска возможных осложнений, стоимости манипуляции и страха перед операцией. Имплантация в ранние сроки после экстракции зубов (7–30 дней) или немедленно после удаления зуба позволяет приостановить процесс резорбции и стабилизировать объем костной ткани. Однако подавляющее большинство больных обращаются за помощью при III–IV стадиях парадонтита, когда кость уже резорбирована (рис. 5). Применение методик аугментации кости приводит к значительному увеличению продолжительности лечения и не отвечает требованиям такого пациента. Отсюда — отказ от несъемного протезирования и согласие на съемный протез. Без должного внимания имплантологами оставлен бугор верхней челюсти, где даже при выраженной атрофии и утрате всех зубов остается участок нерезорбированной костной ткани (рис. 6). Бугорно-крыловидный шов соединяет верхнюю челюсть с крыловидными отростками основной кости (рис. 7). Прикрепление жевательных мышц поддерживает функциональную активность и сохраняет форму данной области (рис. 8). Установка имплантатов в этой области позволяет достичь надежной первичной стабильности за счет фиксации в плотной кортикальной кости (рис. 9). Минимизировать степень операционной травмы можно, если не отслаивать слизисто-

надкостничный лоскут и не проводить синус-лифтинг. Вместо полного отслаивания лоскута достаточно пользоваться мукотомом в зоне прикрепленной десны (рис. 10). Альтернативой открытому синус-лифтингу можно считать установку бугорно-крыловидных имплантатов в обход гайморовой пазухи (рис. 11а, 11б, 11в). Для успешного лечения пациентов при выраженной атрофии челюстей применяются длинные имплантаты с внедрением через бугор верхней челюсти в соединении с крыловидной костью.

Цель данной работы — изучение особенности применения имплантатов в бугорно-крыловидном шве непосредственно после удаления зубов при атрофии дистальных отделов верхней челюсти без операции синус-лифтинга.

Материалы и методы исследования. Исследуемая группа состоит из 33 пациентов, которым было предложено и проведено лечение дефектов зубных рядов верхней челюсти несъемными протезами с опорой на одноэтапные имплантаты системы «Implife» Solo и Solo Plus (Украина) в зоне атрофии костной ткани без применения синус-лифтинга. Операции выполнялись в амбулаторных условиях КУ ОКСП, стоматологических клиниках «ВАЛЕОДЕНТ», «КИАДент» г. Одессы. Возраст пациентов составлял 57–89 лет, в среднем — 73 года. При наличии прикрепленной десны в участке бугра верхней челюсти устанавливался одноэтапный имплантат 12–18 мм в костный шов, который соединяет бугор верхней челюсти и крыловидные отростки клиновидной кости (рис. 6, 7). Операции выполнялись под местной анестезией согласно правилам выполнения хирургического протокола одноэтапной имплантации. Ориентиры шва определялись по клиническим параметрам после осмотра и пальпации. Выбирая место установки имплантата, необходимо провести две условные линии: линия «А» — условная линия, проведенная от *gamulus lamina pterygoidea interna os sphenoidale* до основания скулоальвеолярного гребня (определяется пальпаторно); линия «В» — условный перпендикуляр, проведенный от проекции большого небного отверстия до пересечения с линией «А». Эта точка — место введения имплантата. Засверливание и введение имплантата должно выполняться строго вверх и кзади от бугра верхней челюсти. Использование безлоскутной методики не нарушало трофику тканей, процессы регенерации заканчивались в короткие

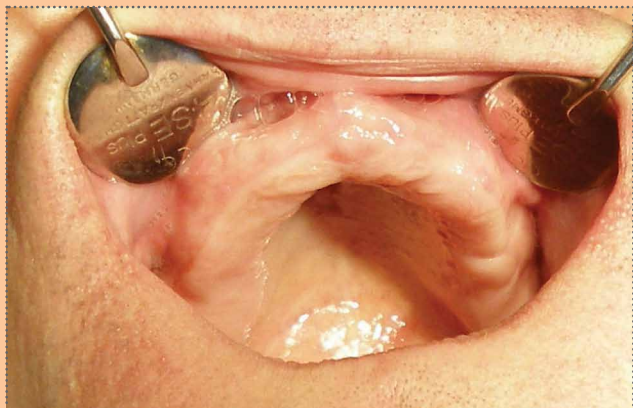


Рис. 1. Верхняя челюсть после ношения съемного протеза



Рис. 2. Ортопантомограмма 6-го Ш. с атрофией челюсти после 15 лет пользования съемным протезом



Рис. 3. Металлокерамический протез 6-го Ю. через 7 лет эксплуатации



Рис. 4. Ортопантомограмма 6-го Б. после 2-стороннего синус-лифтинга

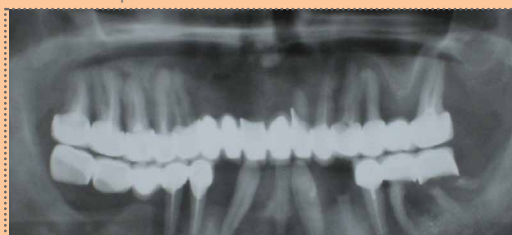


Рис. 5. Ортопантомограмма 6-го Ю., пародонтит 4-й степени



Рис. 6. Нерезорбированный участок челюсти в области бугра



Рис. 7. Соединение бугра с крыльями основной кости



Рис. 8. – РА039032- Дистальный отдел верхней челюсти после утраты зубов



Рис. 9. Фиксация имплантата в плотной кортикальной кости

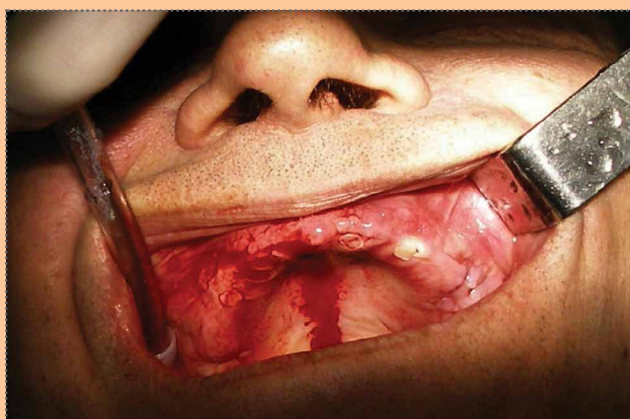


Рис. 10. Использование мукотома не нарушает питания кости

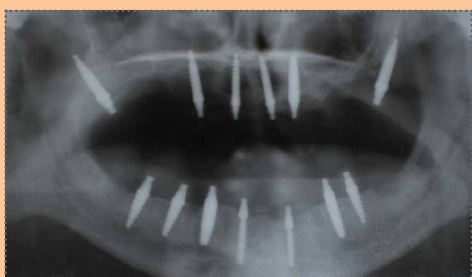


Рис. 11а. Ортопантомограмма б-го Ф. после установки имплантатов в обход гайморовой пазухи

сроки. Временные протезы изготавливались и припасовывались в течение 1–3 недель после снятия оттиска.

Результаты исследования и их обсуждение

Процесс ремоделирования кости после удаления зубов приводит к атрофии альвеолярного гребня. В результате этого в боковых отделах верхней челюсти наблюдаются участки тонкой по высоте альвеолярной кости (рис. 12а, 12б). Считается относительным противопоказанием установка имплантатов в лунки удаленных парадонтитных зубов. Однако парадонтит I–IV степени проявляется хронической формой заболевания, обострения крайне редки благодаря «хорошему» дренажу лунок подвижных зубов. На наш взгляд, не следует занимать выжидательную тактику после удаления таких зубов, если пациент согласен на имплантацию. Костная ткань способна к саморегенерации без дополнительных стимулов, но при условии удаления источника раздражения — инфицированного корня зуба.

Применение синус-лифтинга оправдано с позиций создания искусственного объема кости в боковом отделе верхней челюсти. Но при этом методика синус-лифтинга с позиций стоимости, инвазивности, риска инфицирования трансплантата, длительности лечения оценивается пациентами отрицательно. Методика установки имплантатов без синус-лифтинга безопаснее и эффективнее по сравнению с трехэтапным протоколом имплантации (комбинация синус-лифтинга и двухэтапной имплантации).

Объективные данные по морфологии крыловидно-бугорной области позволяет получить КТ-реконструкция панорамных срезов. Хирургический риск при вмешательствах в бугорно-небно-крыловидную область связан с проходящими здесь сосудами (нисходящая небная артерия и венозное сплетение). Общеизвестно, что перераспределение окклюзионных сил должно идти на противоположные кортикальные пластинки. Это подвигло нас к установке имплантатов в бугорно-крыловидной области. Имплантат фиксирован в обход синуса через бугор верхней челюсти в челюстно-основной шов (рис. 13а, 13б, 13в, 14а, 14б). Фиксированный в плотной кости бугорно-крыловидного шва одноэтапный имплантат может быть нагружен временным протезом через две–три недели. По сравнению с методикой трехэтапного протокола имплантации при использовании бугорно-крыловидных имплантатов в более краткие сроки пациент получает то, за чем он обращался к врачу, — новые зубы.

Анализ собственного клинического опыта и рентгенограмм челюстей позволяет утверждать:

- Абсолютных противопоказаний к применению одноэтапных имплантатов на верхней челюсти не существует.
- Плотность костной ткани в участке бугорно-крыловидного шва значительно выше, чем у альвеолярной кости.
- Применение длинных имплантатов системы «Implife» Solo и Solo Plus (Украина) в боковых участках верхней челюсти с минимальной высотой альвеолярного гребня, фиксированных в бугорно-крыловидный шов,



Рис. 11б. Защитные колпачки, формирующие десневую борозду вокруг абатмента и предупреждающие воспалительные осложнения

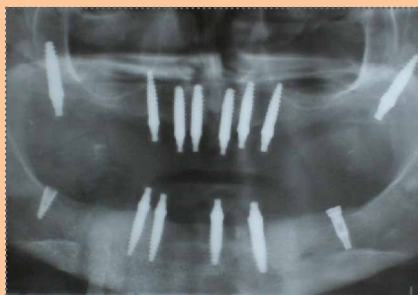


Рис. 11в. Временный протез, зафиксированный через 15 дней

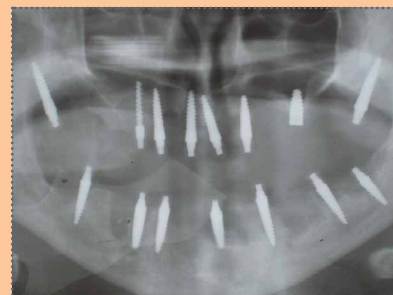


Рис. 12а. Ортопантомограмма 6-го Ю., непосредственная установка имплантатов после удаления зубов

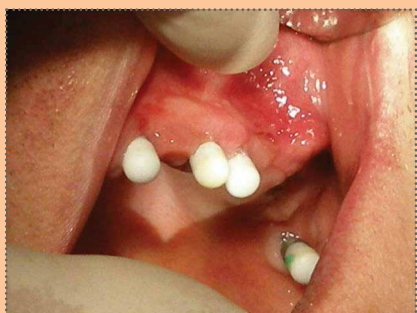


Рис. 12б. Состояние полости рта 6-го Ю. через три дня после операции



Рис. 13а. Установка имплантатов дистальнее верхнечелюстной пазухи в бугорно-крыловидный шов, исключающая инфицирование поверхности имплантата



Рис. 13б. Защитные колпачки «Имплайф», исключающие момент раздражения для языка и контаминации микрофлоры вдоль поверхности имплантата на глубину костной раны



Рис. 14а. Ортопантомограмма 6-ой Д. до операции

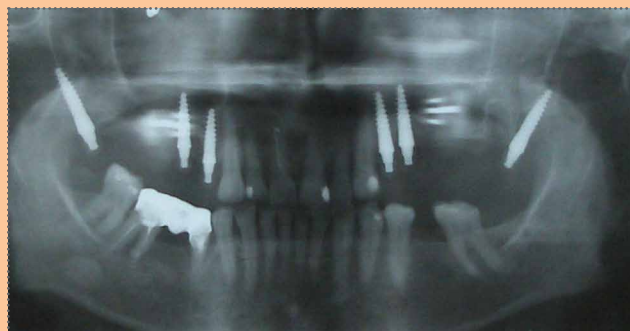


Рис. 14б. Ортопантомограмма 6-ой Д. после операции



Рис. 15. Временный протез на имплантатах 6-й Д.



Рис. 16. Постоянный протез 6-ой Д.

позволяет не только избежать дополнительных материальных затрат и дополнительной травматизации при аугментации костной ткани, но и значительно сократить сроки лечения.

- Полученные нами результаты лечения отвечают требованиям больных к несъемному протезированию на имплантатах (рис.15, 16)

- Площадь окклюзионной поверхности протеза с опорой на имплантаты в бугорно-крыловидной области больше, а значит, жевательная эффективность выше, чем при изготовлении протеза только до «ключа окклюзии».

Авторы высказывают свою признательность фирме «Implife» (Украина) за сотрудничество в клинической работе.