

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ИМПЛАНТАТОВ CSM APOLONIA (ЮЖНАЯ КОРЕЯ) – МЕТОД ВЫБОРА ПРАКТИКУЮЩЕГО ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА



■ Д.П. Шевченко,

Профессор кафедры стоматологии Института последипломного образования, Доктор медицинских наук, Челюстно-лицевой хирург, хирург-стоматолог высшей категории. Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

■ Б.А. Огмрцян,

■ Д.А. Беглюк

Дентальная имплантация на сегодняшний день является одним из наиболее высокотехнологичным методом стоматологической реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов вплоть до полной адентии [6], что обусловлено высокой распространенностью и интенсивностью заболеваний зубов и тканей пародонта [7].

Успех зубной имплантации зависит от многих факторов, и в настоящее время четко определены показания и противопоказания к проведению операции. Противопоказания ограничиваются как общесоматическими заболеваниями пациента, так и неблагоприятными анатомическими условиями в области планируемой установки имплантатов. Достаточная высота и ширина альвеолярной кости является важнейшим фактором оптимального восстановления жевательной функции и эстетики при протезировании с использованием зубных имплантатов [1, 2].

Уменьшение высоты альвеолярного отростка в дистальных отделах верхней челюсти, возникающее у пациентов с адентией является следствием атрофии и усугубляется наличием верхнечелюстных пазух. При реабилитации пациентов в подобных случаях, благодаря совершенствованию имеющихся и разрабатываемых хирургических методов с использованием различных костнопластических материалов становится возможным более широкое применение остеointегрируемых имплантатов [3, 4].

Недостаточная для установки интратрикостных имплантатов высота костной ткани в различных отделах верхней и нижней челюсти также является насущной проблемой дентальной имплантологии [9]. Выбор методики костной пластики и трансплантата на верхней челюсти во многом определяется несколькими условиями, основными из которых являются характер, локализация и размеры дефекта, состояние окружающих тканей и воспринимающего ложа.

Наибольшее распространение из этих подходов получил синуслифтинг, имеющий разновидности и представляющий собой пластику верхнечелюстной пазухи, поднятие ее слизистой оболочки и формирование нового дна за счет внутреннего смещения остеомированного костного фрагмента переднебоковой стенки. Известны также некоторые разновидности синуслифтинга – менее инвазивные методики поднятия дна синуса, например, трансальвеолярная остеотомия и синуспак – заполнение вновь созданного объема синуса одним



Рис.1 Хирургический набор системы дентальных имплантатов CSM Apolonia (Южная Корея)

из существующих костнопластических материалов или их комбинацией [8]. Операции по их применению возможны в амбулаторных условиях. Для создания условий направленной тканевой регенерации (НТР) используются различные мембраны, препятствующие врастанию эпителия и соединительной ткани в зону растущей кости [10]. При недостаточной толщине альвеолярного гребня на нижней челюсти наиболее эффективными на сегодняшний день являются операции расщепления альвеолярного гребня с одновременной установкой имплантатов. Актуальным на сегодняшний день является и выбор системы дентальных имплантатов в сочетании с вышеперечисленными костнопластическими операциями с одновременной установкой имплантата, позволяющими сократить сроки стоматологической реабилитации пациентов с частичной адентией.

Целью данного исследования являлась оценка клинической эффективности системы дентальных имплантатов CSM Apolonia, как метода хирургического лечения больных с частичной адентией для выбора и внедрения в клиническую практику.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 56 пациентов – 25 мужчин и 31 женщина в возрасте от 21 до 68 лет с частичной адентией, различной выраженной степенью атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей и расположением дна верхнечелюстного синуса. Обследование включало сбор анамнеза, тщательное изучение стоматологического статуса,



Рис.2 Костнопластический материал KeraOs

в случае наличия общесоматической патологии – обследование у соответствующего специалиста и рентгенологическое исследование: ортопантомография, компьютерная томография верхней челюсти в динамике (до операции, через 2 мес., через 4 мес., через 12 мес.). Применяли имплантаты системы CSM Apolonia (Южная Корея) (рис. 1).

Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 27 пациентов – 12 мужчин и 15 женщин с частичной адентией верхней и нижней челюстей без признаков атрофии. В данной группе проводили оперативные вмешательства, состоящие из одного этапа – дентальной имплантации. Операции проводились под местной анестезией в амбулаторных условиях. Через 2 месяца после установки имплантатов проводили протезирование металлокерамическими протезами.

Во вторую группу вошли 29 пациентов – 13 мужчин и 16 женщин с частичной адентией верхней и нижней челюстей, различной выраженной степенью атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей и расположением дна верхнечелюстного синуса. В данной группе проводили операции открытого синуслифтинга с одновременной установкой имплантатов, в качестве трансплантата применяли костнопластический материал KeraOs (фирмы Keramat, Испания), основу которого составляет бетатрикальцийфосфат (рис. 2). Данный костнопластический материал смешивали со стерильным физиологическим раствором, наполняли им костный шприц и вводили под отслоенную и поднятую слизистую оболочку верхнечелюстного синуса. Далее проводили установку дентальных имплантатов и ушивали рану нерассасывающим шовным материалом. Операция проводилась под местной анестезией в амбулаторных условиях.



Рис.3 Ортопантомограмма больного А. до операции. 1 группа



Рис.4 Ортопантомограмма больного А. через 2 мес после операции дентальной имплантации. 1 группа



Рис.5 Ортопантомограмма больной С. до операции. 2 группа



Рис.6 Ортопантомограмма больной С. через 4 мес после операции расщепления альвеолярного гребня на нижней челюсти одновременной установкой имплантатов имплантации. 2 группа



Рис.7 Ортопантомограмма больного К. до операции. 2 группа



Рис.8 Ортопантомограмма больного К. через 4 мес после операции синуслифтинга с одновременной установкой имплантатов. 2 группа

У больных второй группы с наличием атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти проводили операции расщепления альвеолярного гребня с одновременной установкой имплантатов.

Во второй группе протезирование металлокерамическими протезами проводили через 4 месяца после установки имплантатов. Операции проводились под местной анестезией в амбулаторных условиях. Применяли имплантаты системы CSM Arolonia.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений, раны заживали первичным натяжением. На 7 сутки после операции снимали швы.

В 1 группе, по данным клинкорентгенологического обследования, по сравнению с дооперационным периодом (рис. 3), через 2 месяца после операции дентальной имплантации наблюдали полную остеоинтеграцию, проявляющуюся отсутствием признаков резорбции костной ткани на границе с имплантатом (рис.4).

Во 2 группе, по сравнению с дооперационным периодом (рис. 5), после операций расщепления альвеолярного гребня на нижней челюсти с одновременной установкой имплантатов через 4 месяца, наблюдали наличие полной остеоинтеграции имплантатов и образование костного регенерата после пластики (рис. 6). После операций синуслифтинга, по сравнению с дооперационным периодом (рис. 7), через 4 месяца наблюдали в основном полное приживление аутоотрансплантата, проявляющееся отсутствием признаков резорбции костной ткани, исчезновение границы между трансплантатом и костной тканью, соответствие рисунка замещения костной ткани и собственно кости пациента (рис. 8). Рентгенологические данные показали равномерное распределение частиц костного минерала KeraOs и соединение их костными мостиками.

Через 12 месяцев в обеих группах отмечалось отсутствие признаков воспаления околоимплантных тканей, отсутствие подвижности имплантатов, а также отсутствие признаков прогрессирующей резорбции кости в области шеек имплантатов. Во второй группе со стороны верхнечелюстного синуса изменений не было выявлено. Причем, у пациентов 2 группы к 12-ому месяцу наблюдалось созревание соединительных костных мостиков между частицами костного материала KeraOs.

ВЫВОДЫ

1. Проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность системы дентальных имплантатов CSM Arolonia при хирургическом лечении больных с частичной адентией, в том числе с наличием атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей и низким расположением дна верхнечелюстного синуса.
2. Полученные в ходе исследования результаты позволяют рекомендовать широкое внедрение в клиническую практику системы

дентальных имплантатов CSM Arolonia, применять данную систему при операциях синуслифтинга, расщеплении альвеолярного гребня на нижней челюсти с одновременной установкой имплантатов.

3. Применение системы дентальных имплантатов CSM Arolonia расширяет возможности дентальной имплантации при атрофии альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей, значительно сокращают сроки стоматологической реабилитации больных с частичной адентией и является методом выбора практикующего хирурга-стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альфаро Ф.Э.. Костная пластика в стоматологической имплантологии. Москва: Издательский дом «Азбука». 2006. – 236 с.
2. Базилян Э.А., Смбалян Б.С. Восстановление костной ткани методом пересадки костных блоков (часть 2)//Клиническая стоматология. – 2009. – №1. С.40-41.
3. Бер М..Устранение осложнений имплантологического лечения.. Москва: Издательский дом «Азбука». 2007. – 356 с.
4. Болонкин И.В.Костная пластика аутоотрансплантатами при дентальной имплантации//Клиническая стоматология.-2010.– №3.– С.35-36.
5. Бондаренко И.В., Ерохин А.И., Бондаренко О.В. Оценка качества жизни пациентов на этапах предимплантологической аугментации и дентальной имплантации//Институт стоматологии.– 2010.– №2(47).– С. 42-43.
6. Гришкин О.Ю. Опыт применения дентальных имплантатов EUROTEKHNIKA//Дентальная имплантология и хирургия.-2013.– №2(11).– С.40-41.
7. Зицманн Н., Шерер П. Стоматологическая реабилитация с помощью дентальных имплантатов. Москва: Издательский дом «Азбука». 2006. – 136 с.
8. Лянг М. Синус-лифт. От закрытого синус-лифта до синус-имплант-стабилизатора. Львов: ГалДент. 2008. – 100 с.
9. Хабиев К.Н. Обзор методик, применяемых при недостаточной толщине альвеолярного гребня//Дентальная имплантология и хирургия.-2013.– №1(10).– С.18-22.
10. Herford A.S., Brett J.K. Medial approach for tibial bone graft: Anatomic study and clinical technique/ A.S. Herford, J.K. Brett // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2005. – Vol.4.– P. 63-64.