

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАКОРТИКАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ АДЕНТИЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ

Куцевляк В.И., Старикова С.Л.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина*

Введение. Довольно часто у пациентов наблюдается отсутствие необходимого объёма костной ткани для установки винтовых имплантатов. Это может быть связано с долгим отсутствием зубов, влиянием инфекций, травм, и т. д. В таких ситуациях пациенту, как правило, рекомендуют восстановление объёма костной ткани путем «подсадки» собственного или искусственного костного материала [1, 2, 4]. Однако очень многим индивидуумам костная аугментация или невозможна, или противопоказана. Некоторых пациентов часто не устраивает необходимость проведения нескольких хирургических процедур и длительное (больше года) ожидание до окончательного протезирования.

Основные этапы, через которые проходят пациенты с данной патологией это: удаление зубов (при необходимости); удаление грануляционной ткани, кист и нежизнеспособной костной ткани; через 2-3 месяца - наращивание костной ткани с возможными осложнениями. Затем следует шестимесячный период ожидания; установка винтовых имплантатов; через 6 месяцев установка мостовидного протеза или других ортопедических конструкций. Длительно проводится коррекционное лечение мягких тканей, что увеличивает риск осложнений [5]. Несмотря на все попытки и публикуемые заявления, клиническая эффективность в такой ситуации становится непредсказуемой. Установка винтовых имплантатов создаёт парадоксальную ситуацию для большинства пациентов: в течение многих месяцев они должны делать то, чего они так пытались избежать – носить съёмные протезы. И во многих наблюдениях ситуация бывает даже хуже: зачастую пациенты просто не могут даже носить съёмные протезы, особенно после процедуры наращивания костной ткани и установки имплантата [3, 4].

Цель работы – разработка новой методики лечения пациентов с атрофией адентичных областей путем установки интракортикальных имплантатов.

Объекты и методы. Было обследовано 6 пациентов в возрасте 30-60 лет, которым проводились клинические и дополнительные методы обследования. По данным компьютерной томографии изготавливались стереолитографические модели челюстей, затем, после предварительной

подготовки ложа, на модели изготавливался интракорткальный имплантат. Оперативные вмешательства выполняли под местной анестезией с использованием шаблонов для позиционирования интракорткального имплантата. Рану зашивали.

Результаты. Методика и особенности установки интракорткальных имплантатов заключается в следующем. Лечение интракорткальными имплантатами может проводиться практически у всех пациентов, независимо от степени истончения костной ткани челюсти, а также наличия оставшихся зубов. Хирургическое лечение подразумевает одноэтапную методику установки данных имплантатов. Ложе для имплантата подготавливается хирургически в пределах кортикального слоя. Далее следует формирование сетчатого пластиночного элемента имплантата. Методика предусматривает наличие у имплантата дополнительных элементов фиксации, расположение головок конструкции на одинаковом расстоянии по гребню альвеолярного отростка, наличие ортопедического уступа вокруг шейки имплантата, улучшающего гигиенический уход за протезом и имплантатом. Меньшее число хирургических вмешательств и других процедур уменьшает общую стоимость лечения.

Эффективность клинического применения интракорткального имплантата подтверждает следующим клиническим наблюдением.

Пациент Т., 59 лет, на протяжении двух лет пользовался бюгельным протезом. Пациент стремился избавиться от неудобного съемного протеза и просил рассмотреть возможности изготовления несъемного протеза на имплантатах. Диагноз: дефект зубного ряда верхней челюсти II класса, I подкласса по Кеннеди. После предварительного рентгенологического обследования установлена прогрессирующая атрофия костного ложа (толщина кости в области первых моляров 1-2 мм). Пациент отказался от предимплантологических вмешательств и согласился на установку индивидуального интракорткального имплантата слева и справа. После проведения дополнительных диагностических обследований изготовлен интракорткальный имплантат с двумя головками. Имплантацию проводили под местной анестезией, временный протез установили через 2 недели после оперативного вмешательства, а окончательный протез на имплантатах - через 30 суток.

Заключение. Основываясь на результатах клинического применения интракорткальных имплантатов, считаем, что данный метод может быть использован при лечении дефектов зубных рядов с резкой атрофией адентичных областей. Незначительная травматизация надкостницы, кортикального слоя и окружающих мягких тканей при

проведении операций позволяет рекомендовать данный метод при резкой атрофии альвеолярных отростков челюстей как наиболее простой и безопасный для пациента по сравнению с традиционной двухэтапной имплантацией.

Литература.

1. Король, Д.М. Возможности и перспективы субпериостальной имплантации в повседневной клинической практике / Д.М. Король, И.В. Павлиш, Э.В. Стрюк // Украинський стоматологічний альманах. - 2005. - № 1. - С. 57–62.
2. Кортеше, Д. Повернення до підокісних імплантаційних технік з використанням найновіших досягнень технології. Шестирічний досвід застосування підокісно-внутрішньоокісних титанових імплантатів із структурою медових стільників / Д. Кортеше // Імплантологія, пародонтологія, остеологія. - 2007. - № 4(8). - С. 25–40.
3. Кулаков, А.А. Хирургическая реабилитация пациентов со значительной атрофией верхней челюсти с применением субпериостальных имплантатов / А.А. Кулаков, М.А. Ахмадова, Т.К. Хамраев // 2 Всерос. конгр. по дентальной имплантологии: материалы докл. - Самара: «Самарабланкиздат», 2002. - С. 70-73.
4. Макарьевский, И.Г. Субпериостальный имплантат как альтернатива синус-лифтингу и альвеолопластике / И.Г. Макарьевский, В.И. Добрин // Клиническая имплантология. - 2003. - № 1-2. - С. 13–19.
5. Параскевич, В.Л. Дентальная имплантология: основы теории и практики / В.Л. Параскевич. - [2-е изд.]. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 400 с.