

Миронович Я. И.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Денисова Ю. Л.

Кафедра периодонтологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Проблема потери альвеолярной кости после операции удаления зуба является актуальной проблемой современной периодонтологии. Даже при отсутствии осложнений операции удаления зуба в течение первых 6 месяцев наблюдается значительная резорбция костной ткани. В настоящее время наиболее эффективным методом устранения дефекта зубного ряда является протезирование на дентальных имплантатах. Для успешной операции дентальной имплантации и благоприятного прогноза необходим достаточный объём костной ткани по высоте и ширине альвеолярной кости для последующей дентальной имплантации.

Цель: повышение эффективности хирургического лечения постэкстракционных костных дефектов.

Материалы и методы. 46 пациентам в плановом порядке была выполнена операция экстракции зуба по диагнозу хронический апикальный периодонтит. Возраст пациентов находился в пределах от 22 до 55 лет. Всем пациентам до удаления и через 4 месяца после удаления проводилась КЛКТ. В зависимости от варианта хирургического лечения все пациенты были разделены на 3 клинические группы и контрольную группу. В контрольной группе лунки не ушивали, заживление постэкстракционного дефекта происходило под кровяным сгустком естественным путем (9 пациентов). В первой группе заполнение постэкстракционного дефекта проводили коллагеновой губкой (13 пациента). Во второй группе в лунку помещали коллагеновую губку и сближали края лунки швами (16 пациентов). В третьей группе заполнение постэкстракционного дефекта проводили костнопластическим материалом Bio-Oss («Geistlich Pharma AG», Швейцария) (8 пациентов). В постоперационном периоде на 7 день оценивали состояние пациентов. На КЛКТ проводили измерения ширины альвеолярного гребня в области удалённого зуба, высоту вестибулярной стенки альвеолярной кости.

Результаты и их обсуждение. При оценке клинического состояния пациентов на 7 день после операции было отмечено, что болевой синдром, повышение температуры, отек мягких тканей отсутствовали во 2-й и 3-й группах. В 1-й и контрольной группе у пациентов отмечали болевой синдром и незначительный отёк местно.

При сравнении КЛКТ до удаления и через 4 месяца после операции, где измеряли ширину альвеолярного гребня и высоту вестибулярной стенки альвеолярной кости были получены следующие значения: в первой группе после операции удаления зуба ширина альвеолярного отростка: $9,18 \pm 1,02$ мм, что составило 79% от первоначальной ширины. Во второй группе ширина альвеолярного отростка составила $9,30 \pm 1,27$ мм (81%). В третьей группе ширина альвеолярного отростка составила $10,26 \pm 1,18$ мм (88%). У пациентов группы контроля ширина альвеолярного отростка составила $8,14 \pm 1,45$ мм, что составило 71% от первоначальной ширины. Уменьшение ширины и высоты альвеолярной кости постэкстракционного дефекта в 1-й группе было статистически значимо относительно контроля.

Выводы. Использование костнопластического материала после удаления зуба способствует более эффективному заживлению, уменьшению резорбции и сохранению высоты и ширины альвеолярной кости, создает лучшие условия для проведения дентальной имплантации.