

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАМБИАЛЬНОГО СЛОЯ ПЕРИОСТА НЁБА ПРИ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ

Чумаченко А.В.

*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина*

Введение. Технология аугментации альвеолярного отростка предполагает решение нескольких принципиальных вопросов: 1) использование материалов, естественных или максимально приближенных к естественным; 2) формирование реципиентной зоны с высоким репаративным потенциалом, особенно при больших дефектах альвеолярных отростков; 3) адаптация покровных тканей к вновь смоделированным параметрам альвеолярного отростка.

В этой связи использование части камбиального слоя нёбного периоста может быть перспективным по следующим позициям: 1) толщина данного слоя значительно превышает таковую у периоста с вестибулярной и щёчной сторон на верхней челюсти и в нём большее число клеточного материала и сосудов разного калибра и направленности (собственные морфологические исследования); 2) реографические показатели указывают на более интенсивный кровоток периоста нёба (собственные реографические исследования).

Целью исследования явилось изучение возможности использования расщеплённого камбиального слоя нёбного периоста при аугментации альвеолярного отростка.

Объекты и методы. Протокол оперативного вмешательства у 8 пациентов предполагал разрез по вершине альвеолярного отростка длиной до 3 см (у 4 человек в области отсутствующих премоляров и у 4 - в области отсутствующих моляров) с небольшими продолжениями разрезов в нёбную и щёчную стороны. При отслаивании и мобилизации щёчного периоста формировалась реципиентная ниша для покровного материала с противоположной стороны. В отделенном от кости нёбном периосте камбиальный слой разделялся по толщине в направлении от основания лоскута нёба до линии разреза (проведенного вначале на вершине альвеолярного отростка). Сохранялась достаточная площадь контакта мобилизованного камбиального слоя с остальной частью нёбного лоскута. Мобилизованная часть камбиального слоя переворачивалась для покрытия смоделированного альвеолярного отростка и захождения краем в реципиентную нишу со щёчной стороны. При этом без напряжения тканей можно было прибавить до 5-7 мм высоты альвеолярного отростка. Защита раны осуществлялась с помощью

мягких виниловых пластин толщиной 0,2 мм, фиксированных на присутствующих, на верхней челюсти зубах. При необходимости в зазор между виниловыми пластинами (роль контейнера) и раневой поверхностью можно было вносить лекарственные препараты.

Результаты. У всех пациентов завершение раневого процесса прошло без осложнений. При этом у 5 лиц в первые 2–4 дня отмечалось незначительное посинение нёбного лоскута, что, вероятно, связанное с нарушением кровообращения. Швы были сняты на 8–9 день. Признаки эпителизации раны были отмечены уже на 5-6 день.

Заключение. Положительный клинический эффект использования периостальных компонентов для улучшения репаративной остеорегенерации альвеолярной кости позволяет считать это направление перспективным и побуждает продолжать научно-практические изыскания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Шаблинская О.Е., Пархамович С.Н.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Протезирование на имплантатах становится всё более востребованным. Устранение дефектов зубного ряда с применением дентальных имплантатов - ответственный и сложный метод протезирования, требующий взвешенного подхода и точной диагностики. Любая неточность или ошибка могут привести к неудовлетворительному результату лечения [1].

Факторами, влияющими на процесс остеоинтеграции, являются свойства самого имплантата (биосовместимость, форма, качество поверхности), точная хирургическая техника и состояние костного ложа. Плотность используемой кости в области имплантации является определяющим фактором планирования лечения, так как именно она обеспечивает устойчивость имплантата на время заживления, от неё зависит распределение и передача нагрузки от протеза на зону контакта «кость-имплантат» после заживления [2].

За период с начала применения имплантации исследователи отмечали высокий процент несостоятельности при низком качестве кости и более редкие неудачи при наличии кости более высокого качества. Adell и соавт. сообщили о том, что успех лечения в передних отделах нижней челюсти на 10% превосходил таковой в передних