

Н.М. Саджади

**ВОПРОС О ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИИ
АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ (ЧАСТЕЙ) ЧЕЛЮСТЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук., доц. Д.А. Гричанюк

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

*Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», г. Минск, Беларусь*

МОДКБ, Минская обл., Минский р/н, п. Лесной

N.M. Sajadi

**QUESTION ABOUT PREVENTION AND TREATMENT OF ATROPHY OF
ALVEOLAR PROCESSES (PARTS) OF THE JAWS**

Tutor: PhD, associate professor D.A. Grichanyuk

Department of Maxillofacial Surgery

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

MODKB, Minsk region, Minsk district, Lesnoy village

Резюме. В настоящее время у многих пациентов разных возрастных групп отмечается частичная и полная потеря зубов на одной или обеих челюстях, что значительно снижает их качество жизни. Длительно существующие дефекты зубных рядов приводят к выраженной атрофии костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти.

Ключевые слова: атрофия челюсти, съемного протеза, челюстно-лицевой области, сэндвич-пластика, расщепление альвеолярного гребня.

Resume. Currently, many patients of different age groups experience partial or complete loss of teeth on one or both jaws, which significantly reduces their quality of life. Long-term defects in the dentition lead to severe atrophy of the bone tissue of the alveolar process of the upper jaw and the alveolar part of the lower jaw.

Keywords: atrophy of the jaw, removable denture, maxillofacial area, sandwich plastic, splitting of the alveolar ridge.

Актуальность. Атрофия челюсти распространенное заболевание, характеризующееся выраженной резорбцией кости и приводящее к серьезным последствиям, таким как: нестабильность полного съемного протеза, результирующая жевательная неэффективность, боль вследствие компрессии подбородочных нервов, нарушения эстетики, фонетики и психики. Причинами могут быть: длительно существующий воспалительно-дистрофический процесс в тканях пародонта, травматические повреждения, гнойно-воспалительный процесс, травматичное удаление зубов, длительное использование съемного протеза и т.д.

Атрофия костной ткани альвеолярного отростка/части челюсти создает значительные трудности для проведения успешной реабилитации пациентов с использованием дентальных имплантатов в качестве опоры ортопедических конструкций. Недостаточность костной ткани невозможно компенсировать даже применением самых современных ортопедических конструкций [1, 2, 8].

Р. М. Бедретдинов (2016) установил, что в 64% случаев основной причиной атрофии альвеолярной кости является длительное отсутствие зубов, а также:

травматическое удаление - 17%, травмы челюсти - 11%, неудачная костная пластика - 8% [2]. По данным Лосева В. Ф. (2009) около 60 % первичных пациентов, обратившихся за стоматологической помощью имеют атрофию костной ткани и нуждаются в предварительной костной реконструкции с целью проведения дентальной имплантации [7].

При выраженной атрофии костной ткани АОВЧ и/или АЧНЧ установка имплантатов без хирургической подготовки, как правило, практически невозможна. В таких клинических ситуациях требуется проведение костной пластики перед имплантацией. В зависимости от вида и степени атрофии костной ткани, протяженности и характеристик дефектов зубных рядов, количества имплантатов, планируемых для установки, типа будущей ортопедической конструкции, наличия вредных привычек и сопутствующих заболеваний у пациента - используются различные методы восстановления АОВЧ и АЧНЧ и виды костнопластических материалов.

Цель: анализ применения различных методов хирургического лечения пациентов с выраженной атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти, особенно при необходимости использования имплантатов или съемного протеза.

Задачи:

1. Выяснить основные причины атрофии альвеолярных отростков(частей) челюстей
2. Определить характеристика хирургических методов лечения пациентов с диагнозом атрофии альвеолярных отростков челюстей.

Материалы и методы. Для диагностики атрофии костной ткани челюсти применяют как основные, так и дополнительные методы исследования. Чтобы правильно провести лечение, необходимо определить степень атрофии и ее точную локализацию на каждом участке челюсти с помощью современных методов диагностики. Используются следующие способы распознавания патологии: Наружный и внутриротовой осмотр. Визуально оценивается внешний вид лица, клиническая ситуация в полости рта, количество отсутствующих зубов. Рентгенография. Для определения вида и выраженности атрофии после удаления единичного зуба используется прицельный снимок. МРТ и КТ челюстей. Являются наиболее точными и детальными исследованиями с высокой степенью информативности. На томограммах визуализируются все структуры полости рта, что дает возможность специалистам правильно оценить степень выраженности атрофии в каждом отделе челюсти, грамотно провести оперативное вмешательство и зубопротезирование.

Увеличение объема костной ткани челюсти является одной из самых сложных задач в стоматологии. В клинической практике сейчас широко применяют трансплантацию разных костно-пластических материалов для увеличения объема или устранения деформации альвеолярного отростка. Эти операции можно подразделить на горизонтальные, вертикальные и комбинированные. В каждой клинической ситуации стоматолог-хирург индивидуально подбирает методику и вид материала.

Применяются следующие методы лечения: Расщепление альвеолярного гребня. Сэндвич-пластика. Дистракционный остеогенез. Трансплантация костных блоков. Синус-лифтинг.

Результаты и их обсуждение. Одной из самых частых операций в хирургической стоматологии является удаление зубов, что приводит к возникновению дефектов зубных рядов, которые требуют ортопедического лечения. В то же время, естественная атрофия альвеолярного отростка, возникающая на месте удаленного зуба, Резорбция кости в области моляров больше, чем в области премоляров или фронтальном участке, длительное отсутствие зубов или удаление более трех зубов часто приводит к дефициту костной ткани.

Предотвратить атрофию альвеолярного отростка челюсти после удаления зуба путем заполнения лунки деминерализованным аллотрансплантатом, использование остеопластических материалов и барьерных мембран не ускоряет регенерацию костной ткани, но может позволить сохранить высоту и ширину альвеолярного отростка. По данным разных авторов процент неудовлетворительного результата хирургического лечения составляет от 23% до 40% [8]. Наиболее часто встречаются следующие осложнения: расхождение краев раны; инфицирование костного аутоотрансплантата; обнажение костного аутоотрансплантата; частичная или полная утрата костного блока; нарушение чувствительности мягких тканей и иннервации зубов; перелом винта; недостаточная костная регенерация; резорбция костного блока; прорастание мягких тканей в зону реконструкции.

Выводы: при выборе трансплантационного препарата необходимо обращать внимание на возраст и состояние здоровья пациента, объем и локализацию пространства, которое нужно заполнить.

Операция синус-лифтинг достаточно часто применяется в практике дентальной имплантации. Основным показанием к синус-лифтингу является значительное уменьшение ширины боковых отделов альвеолярных отростков верхней челюсти при высоте менее 10 мм и ширине менее 4 мм.

При наличии комбинированных (горизонтальных и вертикальных) дефектов АОВЧ или АЧНЧ для восстановления, требуемого для последующей имплантации объема костной ткани, проводится пластика по типу «винирной техники».

При использовании аутокости, для забора костных блоков применялись внутриротовые (области ветви нижней челюсти и подбородочного симфиза) и внеротовые донорские зоны (гребень подвздошной кости, латеральный край лопатки и кости свода черепа).

«сэндвич»-остеотомия с интерпозицией костных трансплантатов из гребешка подвздошной кости. Это вмешательство используется редко из-за технической сложности и значительного объема.

При горизонтальной атрофии чаще всего проводится аугментация методом расщепления с использованием различных видов остеопластических материалов (аутогенных, аллогенных, ксеногенных).

Показаниями для проведения метода дистракционного остеогенеза является выраженная атрофия альвеолярной части нижней челюсти 10 мм и более. Активация

дистракционного аппарата должна осуществляться с шагом 1мм в сутки и проведением стабилизации через 10-12 мм. Ретенционный период до снятия дистракционного аппарата должен составлять не менее 3 месяцев. Установка дентальных имплантатов осуществляется одновременно со снятием дистракционного аппарата, через 3-4 месяца после проведения дистракции.

Литература

1. Амхадова, М. А. Хирургическая тактика при использовании метода имплантации у пациентов с дефектами зубных рядов и значительной атрофии челюстей: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Амхадова Малкан Абдрашидовна. – М., 2005. – 207с.
2. Бедретдинов, Р. М. Клинико-морфологическая оценка различных костнопластических операций перед дентальной имплантацией (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.14 / Бедретдинов Ринат Мансурович. – М., 2016. – 26с.
3. Бондаренко, О. В. Комплексная оценка дентальной имплантации в области аугментации после травматического удаления зубов: дис. ...канд. мед. наук: 14.01.14 / Бондаренко Олег Владимирович. – М., 2010. – 150с.
4. Гончаров, И. Ю. Особенности архитектоники подбородочного отдела нижней челюсти и применение методов лучевой диагностики для их объективизации / И.Ю. Гончаров, М. В. Ломакин, М. В. Козлова, Ю. И. Гончаров // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2013. – №1 (27). С.14-22.
5. Долгалева, А. А. Восстановление сложных по форме дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти / А. А. Долгалева, Е. М. Бойко // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2014. – № 2(30). – С. 52-56.
6. Ломакин, М. В. Направленная костная регенерация при реконструкции альвеолярного костного объема в области дентальной имплантации / М. В. Ломакин, А. С. Филатова, И. И. Солощанский // Российская стоматология. – 2011. – № 4(5). – С. 15-18.
7. Лосев, В. Ф. Костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием направленной тканевой регенерации и операции поднятия дна гайморовой пазухи / В.Ф. Лосев// Стоматология. – 2009 – №1. – С. 54-59.
8. Эйзенбраун, О. В. Применение туннельной техники костной пластики у пациентов с атрофией костной ткани челюстей: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Эйзенбраун Ольга Владимировна. – М., 2018. – 257с.