

Денисова Ю.Л., Миронович Я.И.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОСТНОЗАМЕЩАЮЩЕГО МАТЕРИАЛА

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Одной из главных проблем, имеющихся в современной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, является атрофия костной ткани. В современной стоматологии использование внутрикостных дентальных имплантатов является наиболее актуальным методом для последующего протезирования. После удаления зуба происходит атрофия костной ткани, которая делает невозможным проведение дентальной имплантации с последующим

протезированием пациента несъемными ортопедическими конструкциями. Значительная потеря костной и мягких тканей приводит к условиям, когда установка дентального имплантата в правильном ортопедическом положении невозможна. После удаления зубов возникает атрофия костной ткани. Максимальная резорбция костной ткани происходит в первые 6 месяцев после удаления зуба и составляет до 50% от первоначального объема костной ткани. Резорбция костной ткани после экстракции зуба более выражена со стороны вестибулярной кортикальной пластинки, когда наблюдается резорбция по высоте и ширине.

Возможность сохранить максимальное количество костной ткани даст возможность выполнять операцию дентальной имплантации, а также проводить функциональную и эстетическую реабилитацию пациента в кратчайшие сроки.

Целью данного исследования было сравнить различные методики хирургического лечения постэкстракционных костных дефектов с использованием костнозамещающего материала.

Материал и методы. 62 пациентам от 22 до 55 лет была в плановом порядке выполнена операция атравматичной экстракции зуба по диагнозу хронический апикальный периодонтит. Всем пациентам до удаления и через 6 месяцев после удаления проводилась КЛКТ. В исследование не включались пациенты с общесоматической патологией отсутствием добровольного согласия пациента участвовать в исследовании. В зависимости от варианта хирургического лечения все пациенты были разделены на 3 клинические группы и контрольную группу.

В первой группе заполнение постэкстракционного дефекта проводили коллагеновой губкой (15 пациента); Во второй группе в лунку помещали коллагеновую губку и сближали края лунки швами (14 пациентов); В третьей группе заполнение постэкстракционного дефекта проводили костнопластическим материалом Bio-Oss («Geistlich Pharma AG», Швейцария) (13 пациентов); В контрольной группе лунки не ушивали, заживление постэкстракционного дефекта происходило под кровяным сгустком естественным путем (15 пациентов).

Результаты исследования были обработаны с помощью компьютерных программ Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2016. Различия считали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$ ($p = 0,02$).

Клиническая оценка. В послеоперационном периоде на 7 день оценивали состояние пациентов, наличие у них болевого синдрома, местного отека, кровоточивости.

Лучевая диагностика. Было изучено 114 конусно-лучевых компьютерных томографий. Каждому пациенту сделано по 2 компьютерные томографии: до удаления и спустя 6 месяцев после оперативного вмешательства. Изучение полученных снимков осуществлялось в программном обеспечении In vivo Dental Anatomage ver. 6.0 и Planmeca Romexis Viewer ver.6.0. С помощью инструмента “Линейка” в динамике была изучена ширина (расстояние между крайними вестибулярной и оральной точками среза, мм) и высота (расстояние между альвеолярным гребнем и дном верхнечелюстного синуса) альвеолярного гребня, мм.

Результаты и их обсуждение. При оценке клинического состояния пациентов на 7 день после операции было отмечено, что в контрольной группе у пациентов отмечали болевой синдром и незначительный отек местно, кровоточивость чаще, чем в остальных группах. В 1-й и 2-й группе данные проявления были менее выраженными. В 3-й группе болевой синдром отмечался только у 2 пациентов, а кровоточивость и отек мягких тканей отсутствовали.

При анализе КЛКТ до удаления и через 5 месяцев после операции отмечали изменения вертикальных размеров альвеолярного гребня. В контрольной группе произошло увеличение только на 1,77 мм; в 1-й группе – на 2,91 мм; во 2-й группе – на 2,78 мм; в 3-й группе отмечалось наибольшее увеличение объема костного гребня – на 5,06 мм, что на 3,29 мм больше, чем в контрольной группе. ($p = 0,03$).

При измерении ширины альвеолярного гребня через 5 месяцев были получены следующие значения: в первой группе после операции удаления зуба ширина альвеолярного отростка – $8,28 \pm 1,10$ мм, что составило 68% от первоначальной ширины. Во второй группе ширина альвеолярного отростка составила $8,46 \pm 1,27$ мм (70%). В третьей группе ширина альвеолярного отростка составила $11,42 \pm 1,18$ мм (94%). У пациентов группы контроля ширина – $7,26 \pm 1,28$ мм, 59% от первоначальной ширины. Изменение ширины и высоты альвеолярной кости постэкстракционного дефекта в 3-й группе было статистически значимо относительно контроля ($p=0,025$).

Заключение

1. Ушивание лунки после удаления зуба и использование костнозамещающего материала способствует более эффективному заживлению, снижает выраженность болевого синдрома и кровоточивости после удаления.

2. Внесение костнозамещающего материала в лунку удаленного зуба дает возможность сократить убыль альвеолярной кости по ширине на 35 % в сравнении с контрольной группой и обеспечить увеличение высоты альвеолярной кости на 3,29 мм больше, чем в контрольной группе.

3. Заполнение постэкстракционного дефекта костнозамещающим материалом дает возможность создать наиболее благоприятные условия для проведения будущей дентальной имплантации в кратчайшие сроки.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»
Министерство здравоохранения Белгородской области
Стоматологическая ассоциация России
БРОО «Стоматологическая ассоциация»

СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Сборник трудов
XV Международной научно-практической конференции,
посвященной 30-летию компании «ВладМиВа»



Белгород 2022