

УДК 616.314-089.843

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМНОЙ КОНСТРУКЦИИ И УПРОЩЕННЫЙ ВАРИАНТ ПОГРУЖНОГО СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ДЛЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Р.С. Алымбаев, Т.Т. Сельпиев

Рассматривается опыт применения одноэтапного субкортикального имплантата на примере собственной клинической практики в комплексной реабилитации пациентов с атрофией дистальных сегментов нижней челюсти.

Ключевые слова: виды протезирования; одноэтапный субкортикальный имплантат; атрофия дистальных сегментов нижней челюсти.

EXPERIENCE OF USING VOLUMETRIC DESIGN AND A SIMPLIFIED VERSION OF THE SUBMERSIBLE SUBPERIOSTEAL IMPLANT IN THE MANDIBLE

R.S. Alymbaev, T.T. Selpiev

This article regards the experience of one-stage subcortical implant example of his own clinical practice in complex rehabilitation of patients with atrophy of the distal segments of the mandible.

Keywords: types of prosthesis ; one-stage subcortical implant; atrophy of distal segments of the mandible.

Полное и частичное отсутствие зубов является одной из распространенных форм патологии зубочелюстной системы. К ним относятся односторонние, двусторонние дистально неограниченные дефекты, дефекты большой протяженности и полные дефекты зубных рядов, которые недостаточно благоприятны для традиционных видов протезирования и не удовлетворяют требованиям пациента [1–5].

Решение данной проблемы возможно применением внутрикостных имплантатов [4–8]. Однако их применение ограничено в связи с наличием фоновых заболеваний, а также вследствие местных причин (близость гайморовой пазухи, носовой полости, сосудисто-нервного пучка нижней челюсти и др.) поэтому широкое применение внутрикостной имплантации не всегда приводит к гарантированному успеху, особенно в тех случаях, когда имеется выраженная атрофия костной ткани.

Значительную практическую ценность для решения вышеуказанных проблем представляют субкортикальные имплантаты (СКИ). Лечение показано при выраженной атрофии альвеолярного отростка, при конечном дефекте зубного ряда и на беззубых челюстях, особенно тогда, когда невозможно изготовить устойчивые протезы или выполнить эндооссальную имплантацию [3].

В первую очередь теряются коренные зубы нижней челюсти. Выпадает функция размалывания пищевого комка, нарушается пищеварение, а в старости плохо фиксируется съемный протез, поэтому большое значение имеет сохранение нижнего зубного ряда. Для профилактики таких осложнений при сильной атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти и разработан субкортикальный имплантат [9, 10].

Цель исследования – разработка путей усовершенствования лечения пациентов с атрофией концевых дефектов с использованием субкортикальных имплантатов.

Имплантат Сурова (ИС) это объемная конструкция и упрощенный вариант утопленного субпериостального имплантата (рисунок 1). ИС изготавливается из титана марки ВТ-1.0 в заводских условиях для правой и левой сторон. Наиболее широко применяются первый и второй варианты имплантата [2].

Показания субкортикальной имплантации для нижней челюсти:

- значительная атрофия альвеолярного отростка;
- тонкий слизисто-надкостничный лоскут;
- высокое положение нижнечелюстного канала;
- большая протезная высота;
- гипертонус языка и подъязычных тканей;



Рисунок 1– Субкортикальный имплантат



Рисунок 2 – Установка и планирование имплантата по О.Н. Сурову

- больной отказывается от повторной операции;
- больной хочет иметь несъемный протез;
- непосредственно после удаления коренного зуба, эндооссального имплантата;
- при узком и тонком альвеолярном отростке;
- после поломки имплантата.

Преимущества:

- широкие показания;
- простая установка субкортикального имплантата;
- одноэтапная операция;
- хорошая устойчивость сразу после установки имплантата;
- непосредственное начало протезирования;
- дешевая конструкция.

Хирургические особенности установки субкортикального имплантата на нижнюю че-

люсть. Разрез мягких тканей делаем по линии на которой предполагаем установить головку имплантата (рисунок 2). После отслоения слизисто-надкостничного лоскута тела нижней челюсти с аналогом имплантата определяем место подготовки ложа. Сперва делаем длинную часть ложа, далее поперечную и параллельную короткую, каждый этап сверяя с аналогом имплантата. Бор для подготовки ложа твердосплавный цилиндрический № 1 диаметром 0,9–1,0 мм. ИС вводим в ложе, используя имплантатовод для эндооссальной имплантации или, если имеется, двойной. После установки ИС проверяем соответствие головки имплантата по зубной дуге и антагонистам, при необходимости подгибаем (рисунок 3).

Учитывая геометрию поверхности делаем очаговое перфорирование кортикального слоя с до-

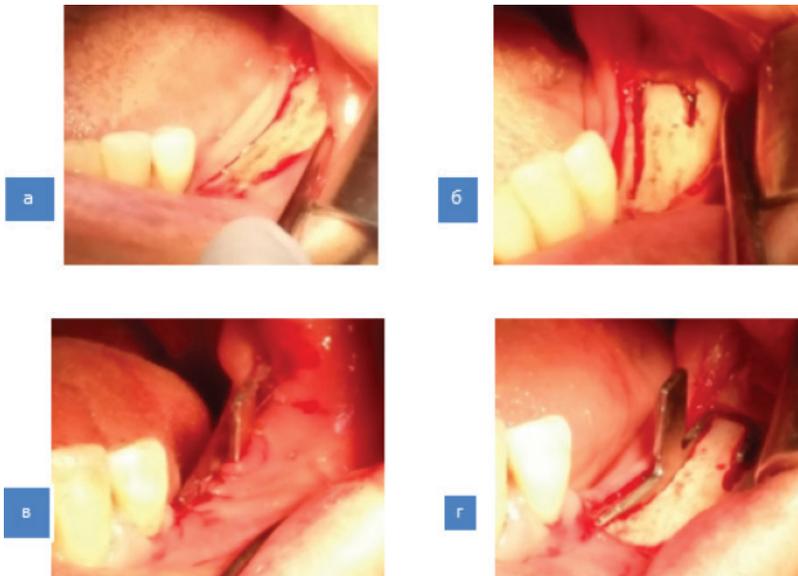


Рисунок 3 – Установка субкортикального имплантата на нижнюю челюсть: а – скелетизирование альвеолярного гребня; б – формирование костного ложа под субкортикальным имплантатом; в – адаптированный СКИ; г – укладываемые мягкие ткани

бавлением остеокompозита “BIOS” и двухслойных коллагеновых мембран. Мягкие ткани аккуратно подгоняем к шейке имплантата и ушиваем шелком, используя простые швы.

Особенности протезирования на ИС. Оттиск снимаем через 15 минут после установки имплантата. Надев коффердам на головку имплантата, покрываем им всю линию разреза. В оттиск вставляется металлический аналог головки имплантата и отливается модель. По общепринятым требованиям моделируем мостовидный протез. Металл протеза, способ его покрытия зависят от качества опорной кости, антагонистов и финансовых возможностей пациента. Через две недели снимаем швы и устанавливаем протез. Перед цементованием очень удобно сделать коффердам из кончиков пальцев хирургической перчатки. Коронка на головке имплантата заполняется цементом с помощью зонда до половины (рисунок 4).



Рисунок 4 – Снят оттиск с аналогом СКИ по О.Н. Сурову

Протез устанавливается на место медленно, чтобы струя цемента не попала в карман. Важно внимательно и аккуратно проверить и удалить остатки цемента вокруг шейки имплантата. Если

размеры головки имплантата не соответствуют задачам протезирования можно аналог головки имплантата укоротить или подправить с медиальной-дистальной сторон. Изменения зарисовать на цоколе модели. Перед припасовкой протеза поправки повторяем во рту.

Пациентам рекомендуется три месяца не жевать твердой пищи на оперированной стороне. Всем пациентам подробно объясняем как чистить зубы, протезы и особенно шейку имплантата. Для этого используется межзубные щетки маленького размера. После имплантации рекомендуется применять зубные пасты без фтора. Ионы фтора разрушают оксидную пленку титановых имплантатов. Хорошие результаты пациенты отмечают от использования зубной пасты “Парадонтас Оригинал”. Использование электрической зубной щетки сокращает время чистки и улучшает качество.

Больным с парадонтозом рекомендуются гидропроцедуры аппаратом “Water pic” (рисунок 5).



Рисунок 5 – Отлитый каркас СКИ по О.Н. Сурову

Клинический пример. Прикус ортогнатический. Включенный дефект зубного ряда на верхней челюсти и концевые дефекты на нижней челюсти.



а) до операции



б) после установки СКИ

Рисунок 6 – Панорамный снимок

На верхней челюсти отсутствуют 11-й, 12-й, 13-й, 14-й, 15-й, 16-й, 21-й, 22-й зубы, на нижней – 35-й, 36-й, 37-й, 46-й, 47-й зубы. Адаптированы на верхней челюсти полноразмерные одноэтапные винтовые имплантаты с последующей фиксацией на металлокерамические коронки. На нижней челюсти слева проведено адаптивное погружное субкортикальное имплантата с последующей фиксацией на металлокерамические коронки. Отмечено 4 года функции субкортикального имплантата (рисунок 6).

Литература

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков и др. М.: Медпресс-информ, 2009. 512 с.
2. Букаев М.Ф. Субкортикальный имплантат О.Н. Сухова (Памяти Олега Николаевича Сухова) / М.Ф. Букаев // Стоматолог-практик. 2013. № 4. С. 38–39.
3. Вовк В. Субкортикальная имплантация при атрофии альвеолярного отростка челюстей / В. Вовк // Клиническая имплантология и стоматология. 2001. № 3–4. С. 49–51.
4. Вовк В. Оссеоконструкционные параллели в дентальной имплантологии / В. Вовк // Клиническая имплантология и стоматология. 2002. № 1–2. С. 30–34.
5. Макарьевский И. Первый опыт клинического применения субкортикальных имплантатов О. Сухова / И. Макарьевский // Клиническая имплантология и стоматология. 2002. № 1–2. С. 28–30.
6. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология / В.Л. Параскевич. Минск: Юнипресс. 2002. 359 с.
7. Surov O. Subcortical implantation. Del XXV meeting internazionale impianti e dentari del G.I.S.I. Bologna, 1995. P. 10–11.
8. Сузов О. Ближайшие и отдаленные результаты и особенности применения субкортикальной имплантации и последующего протезирования / О. Сузов // V Петербургский Линков – Бюркель симпозиум. СПб., 1997.
9. Сузов О. Субкортикальная имплантация / О. Сузов // Новое в стоматологии. 1991. № 3. С. 24–25.
10. Сузов О. Имплантат Сухова – альтернатива субпериостальной имплантации / О. Сузов // Клиническая имплантология и стоматология. 1999. № 2–3. С. 45–47.