

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Ширынбек И., Пулатова Б. Ж.

Южно-Казахстанская медицинская Академия.

wonderland8540@gmail.com

Введение. Несмотря на значительные успехи современной стоматологии, адентия является серьезной медицинской и социальной проблемой, требующей своевременного и рационального лечения, целью которого является восстановление анатомической целостности зубных рядов, функций жевания и речи.

Наиболее современным методом ортопедического лечения при частичной или полной потери зубов, позволяющим достичь принципиально нового уровня качества жизни и полноценной реабилитации, является протезирование с использованием дентальных имплантатов. Несъемные протезы с опорой на имплантаты обладают лучшими функциональными возможностями, более долговечны, эстетичны и практически всегда удовлетворяют пациентов. Клинически установлено, что у 35% пациентов дентальная имплантация невозможна без предварительной реконструктивной операции, направленной на восстановление объема костной ткани в области альвеолярного отростка верхней челюсти. 15% пациентов этой группы требуется восстановление ширины альвеолярного отростка путем винирной пластики или с помощью межкортикальной остеотомии.

Цель исследования: оптимизация комплексного хирургического лечения пациентов с частичным или полным отсутствием зубов при выраженной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти для повышения эффективности реабилитации с использованием дентальных имплантатов.

Материалы и методы исследования. За период 2018 - 2022 гг. в исследовании приняли участие 79 пациентов в возрасте от 21 года до 58 лет, которые имели частичную или полную потерю зубов с выраженной атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти (АОВЧ) / альвеолярного отростка нижней челюсти (АЧНЧ). Данные пациенты обратились с целью восстановления утраченных зубов методом дентальной имплантации. Оценка плотности костной ткани в интересующих зонах челюсти до и через 6-8 месяцев после реконструктивной операции, а также в области внеротового или внутриротового донорского участка, проводилась нами во время процедуры МСКТ. Плотность кости определяли при помощи инструмента панели компьютера «измерение плотности кости между двумя точками». Для этого курсором проводили секущую в интересующем нас окне мультиплоскостной реконструкции. Затем на появляющейся гистограмме определяли значение

рентгенологической плотности в конкретных точках костной ткани. Способность кости поглощать рентгеновское излучение оценивалась согласно компьютерно-томографической денситометрии в единицах Хаунсфилда и интерпретировалась в биологические типы костной ткани.

Результаты и их обсуждение. Данные анализа показали наличие статистически значимых различий по полу исходной плотности костной ткани АОВЧ / АЧНЧ до операции в обеих подгруппах. Значения плотности кости у женщин были меньше, чем у мужчин. Также отмечена меньшая плотность кости АОВЧ по сравнению с АЧНЧ. Усредненная плотность костной ткани в 1 подгруппе была незначительно выше по сравнению со 2 подгруппой. Реконструкция АОВЧ проведена разработанным нами методом винирной пластики аутотрансплантатом Г-образной формы. Выполнили все этапы операции по протоколу. Выявлено, что полученный прирост костной ткани сразу после операции больше по высоте в 1 подгруппе при проведении операции СППКБ, по ширине имеется прирост только во 2 подгруппе при использовании метода СПРКБ.

Анализ усредненных показателей параметров костной ткани через 6 месяцев после операции СП перед дентальной имплантацией показал, что в обеих подгруппах имеет место минимальное уменьшение параметров, которое статистически не значимо.

Учитывая наличие статистически значимых различий исходной плотности костной ткани АЧНЧ у мужчин и женщин до операции СП в 1 и 2 подгруппах, мы провели сравнение данного параметра в динамике до и через 6 месяцев после операции с учетом гендерного признака. В результате во всех случаях получены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Оценка уровня резорбции костной ткани в пришеечной области установленных имплантатов проведена нами через 1 год и 3 года после протезирования на основании рентгенологических и клинических данных. Через 1 год после протезирования показатель резорбции в пришеечной области установленных имплантатов составил $0,51 \pm 0,14$ мм, через 3 года после протезирования - $0,73 \pm 0,11$ мм.

Заключение:

1. Оценка качества вновь образованной костной ткани в области реконструкции АОВЧ / АЧНЧ через 6-8 месяцев после операции, основанная на результатах компьютерной томографии, свидетельствует о том, что образовавшаяся костная ткань является зрелой костью достаточной плотности, способной выдержать окклюзионную нагрузку, оказываемую на дентальный имплантат, интегрированный в зону костной пластики.

Внедрение методов устранения атрофии АОВЧ / АЧНЧ в клиническую практику расширяет показания к дентальной имплантации у пациентов с частичной или полной потерей зубов при недостаточном количестве костной ткани и после проведенного лечения способствует значительному улучшению качества