

математического моделирования при совершенствовании ортопедического лечения концевых дефектов зубных рядов // Стоматология. – 1982. – №2. – С. 51-53.

10. Пирметов А.М., Бекметов М.В. Повышение жевательной эффективности гибких и акриловых частичных съемных зубных протезов // Пробл. стоматол. – 2010. – №3-4. – С. 40-42.

11. Пирметов А.М., Бекметов М.В. Сравнительная клинко-микробиологическая оценка съемных пластиночных протезов на основе акриловой пластмассы и полиуретановой композиции // Бюл. Ассоц. врачей Узбекистана. – 2010. – №1. – С. 77-79.

Резюме

Олиб куиладиган кайишкок (эластик) протезлар тиш каторларнинг кисман нуксонлари куп холларида таерланса макул булади ва улар эстетик, гигиеник ва функционал жихатлари билан акрил протезлардан устун туради.

Summary

The flexible (elastic) removable prostheses produced within partial blemish of teeth rows in their esthetic, hygienic and functional qualities are more efficient than acrylic removable prostheses.

Хирургическая стоматология

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ БОКОВОГО ОТДЕЛА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Ш.Ш. Кудратов, Д.М. Дусмухамедов
Ташкентская медицинская академия

При адентии бокового отдела верхней челюсти происходит изменение формы не только верхней челюсти, но и верхнечелюстной пазухи, что необходимо учитывать при планировании дентальной имплантации.

48 patients with atrophy of the alveolar bone in the lateral sides of the maxilla at the age of 21 years do 54 were examined. Study the timing of loss of teeth, height and width of the alveolar bone revealed that the atrophy of the alveolar process depend on the statute of limitations adentia, changes shape of maxillary sinus and leads to increase the maxillary sinus. These changes must be considered in dental implantation.

Реабилитация пациентов, страдающих полным или частичным отсутствием зубов, – актуальная проблема оральной хирургии. Одним из современных хирургических методов устранения адентии является применение дентальных имплантатов различных модификаций (Жусев А. И., 1999; Лосев

Ф.Ф. 2000; Параскевич В.Л., 2002; Albrektsson T., Eriksson A.R., 1986; Nevins M., Langer B., 1993). Исследования показали, что при длительном отсутствии зубов и снижении функциональной нагрузки объем и плотность костной ткани в дистальной части альвеолярного отростка (АО) верхней челюсти снижаются и становятся недостаточными для установки дентальных имплантатов (Leckholm U., Zarb G.A., 1985). В последние годы применяется методика наращивания костной ткани с поднятием дна верхнечелюстной пазухи (ВЧП) – синуслифтинг [12]. Анатомические и функциональные особенности верхнечелюстных пазух, сопутствующая патология и неблагоприятные факторы приводят к развитию осложнений, снижающих эффективность лечения (Quiney R.E., Brimble M., Hodge M., 1990; Regev E., Smith R.A., Perrot D.H., Pogrel M.A., 1995; Lida S. et al., 2000).

Цель исследования: изучение причин, способствующих развитию

атрофии альвеолярного отростка бокового отдела верхней челюсти с учетом анатомо-топографического состояния верхнечелюстной пазухи.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 48 больных с адентией с атрофией альвеолярного отростка

бокового отдела верхней челюсти, находившихся в поликлинике хирургической стоматологии 3-й клиники ТМА в 2009-2011 гг. Возраст пациентов – от 21 года до 54 лет. Мужчин было 40, женщин – 18. Распределение пациентов по возрасту и полу показано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу, абс. (%)

Пол	Возраст больных, лет				Всего
	21-30	31-40	41-50	старше 50	
Мужчины	6 (12,5)	6 (12,5)	12 (25)	6 (12,5)	30 (62,5)
Женщины	-	6 (12,5)	9 (18,5)	3 (6,5)	18 (37,5)
Всего	6 (12,5)	12 (25)	21 (43,5)	9 (19)	48 (100)

В исследование включались пациенты с отсутствием зубов в дистальных отделах верхней челюсти без патологических изменений верхнечелюстных пазух. Критериями исключения были острые заболевания полости носа и верхнечелюстного синуса, сахарный диабет I и II типов, ранее перенесенная радикальная гайморотомия.

При исследовании альвеолярного отростка были изучены его следующие параметры: ширина, высота, тип строения костной ткани. В зависимости от степени атрофии АО пациенты были разделены на три группы (Wang, 2004): 1-я 12 больных с атрофией АО I степени, 2-я – 18 больных с атрофией АО II степени, 3-я – 18 больных с атрофией АО III степени.

Степень пневматизации верхнечелюстной пазухи оценивалась по классификации Ю.А. Климовца (1955):

гиперпневматизированными считались пазухи, если их дно располагалось ниже дна полости носа; гипопневматизированными — если их дно находилось выше дна полости носа; у пазух с умеренной степенью пневматизации дно располагалось на одном уровне с дном полости носа [3,4].

В ходе выполнения работы использованы клиничко-стоматоскопические, лабораторные, рентгенологические, микробиологические методы исследования, проводилась консультация ЛОР-специалиста и ортопедо-стоматолога.

Полученные результаты показали, что в 81,25% случаев причиной удаления зубов были осложнения кариеса, в 18,75% – заболевания пародонта (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от причины и срока давности удаления зубов

Причина удаления зуба	Давность удаления зубов, лет										Всего
	до 1		до 2		до 5		до 10		10 и более		
	1 зуб	2 и более	1 зуб	2 и более	1 зуб	2 и более	1 зуб	2 и более	1 зуб	2 и более	

Обострения хронического периодонтита	3 (6,2)	-	-	-	6 (12,)	-	3 (6,2)	3 (6,2)	3 (6,2)	3 (6,25)	21 (43,75)
Одонтогенные абсцессы и флегмоны ЧЛО	-	-	3 (6,25)	-	3 (6,25)	3 (6,25)	3 (6,25)	3 (6,25)	3 (6,25)	-	18 (37,5)
Пародонтит	-	-	-	-	3 (6,25)	-	3 (6,25)	3 (6,25)	-	-	9 (18,75)
Итого	3 (6,25)	-	3 (6,25)	-	12 (25)	3 (6,25)	9 (18,75)	9 (18,75)	6 (12,5)	3 (6,25)	48 (100)

При анализе степени пневматизации верхнечелюстной пазухи получены следующие результаты (Климовец Ю.А., 1955). Наиболее часто встречались гиперпневматизированные пазухи – в 75% случаев, умеренно пневматизированные отмечались в 10,4%, гипопневматизированные – в 14,6%. Наши наблюдения позволяют предположить, что степень

пневматизации верхнечелюстных пазух имеет прямую зависимость от давности и количества удаленных зубов. Так, если у пациентов 1-й и 2-й групп (30,9%) наблюдалась умеренная или гипопневматизация, то у больных 3-й группы, у которых давность удаления составляла 10 лет и более, наблюдалась гиперпневматизация (69,1%) (табл. 3).

Таблица 3
Зависимость пневматизации верхнечелюстной пазухи от степени атрофии альвеолярного отростка, $M \pm m$

Степень атрофии	ВЧП	
	гипопневматизированная, мм	гиперпневматизированная, мм
I	4,2±0,39	4,8±0,51
II	1,8±0,19	9,2±0,67
III	-	11,6±0,93
Среднее	3,02±0,43	9,5±0,87

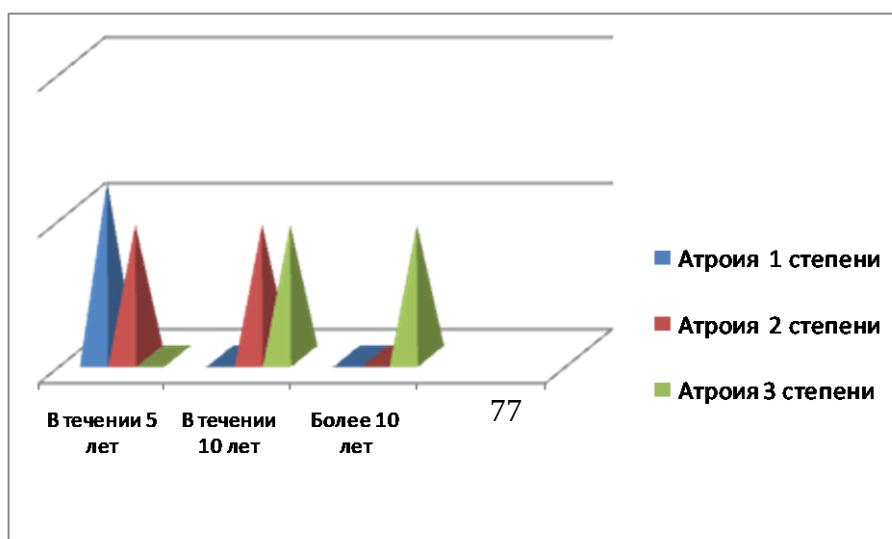
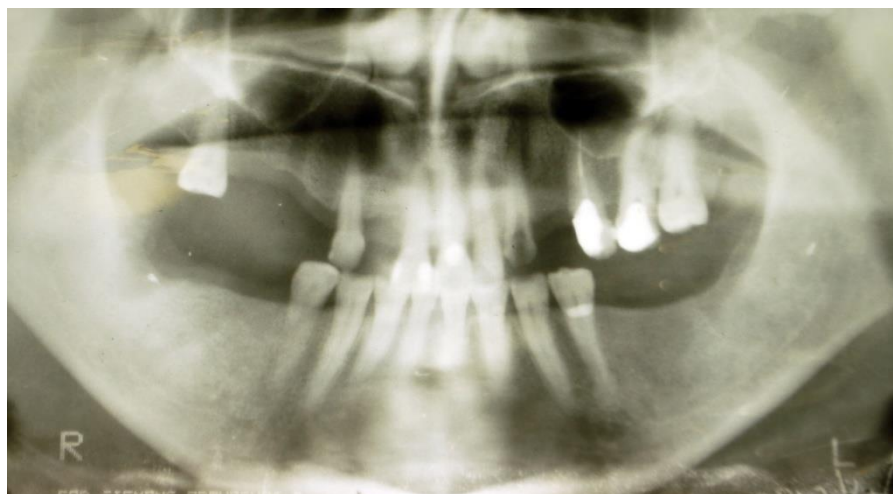


Рис. 1. Зависимость атрофии альвеолярного отростка от объема и давности дефекта зубного ряда.

г. Д-



Атрофия АО III степени.

Рис. 2.
Больной М., 44
з: частичная
вторичная
адентия
верхней
челюсти 654!



Рис. 3. Больной Г., 52 г. Диагноз: частичная вторичная адентия верхней челюсти !45678. Атрофия АО III степени.

Результаты наших исследований показывают, что у 12 (25%) пациентов имела место атрофия альвеолярного отростка I степени, у 18 (37,5%) – II степень и у 18 (37,5%) – III степени (рис. 1).

Как видно, выраженность атрофии АО прямо пропорциональна количеству удаленных зубов и давности процесса. Следует отметить, что III степень атрофии альвеолярного отростка после удаления зубов была у пациентов старше

50 лет (9, 18,7%). С потерей зубов верхнечелюстная пазуха и альвеолярный отросток верхней челюсти сближаются друг с другом. Если для пазухи характерна высокая степень пневматизации, то в конечном результате между ними может остаться только тонкая пластинка кости (рис. 2).

В наших исследованиях симметричными оказались пазухи только в 27,3% случаев, у 72,7% пациентов форма верхнечелюстной пазухи справа и слева не была одинаковой. Причем установлено, что форма верхнечелюстной пазухи изменяется преимущественно на стороне потери зубов (рис. 3). Следовательно, развитие перестройки костных структур верхней челюсти, в том числе и верхнечелюстной пазухи, вследствие адентии бокового отдела верхней челюсти является длительным процессом.

Таким образом, атрофия альвеолярного отростка – процесс необратимый, поэтому ее следует считать тяжелым поражением сформированной зубочелюстной системы, так как при этом развиваются своеобразные патологические состояния верхней челюсти.

Выводы:

1. При адентии за счет гиперпневматизации происходит изменение формы не только верхней челюсти, но и верхнечелюстной пазухи.
2. Степень гиперпневматизации гайморовой пазухи связано с давностью удаления зубов, что необходимо учитывать при составлении плана лечения с использованием имплантатов.

Литература

1. Ренуар Ф., Рагерт Б. Факторы риска в стоматологической имплантологии. – М.: Азбука, 2004.
2. Робустова Т. Г.. Имплантация зубов (хирургические аспекты). – М.: Медицина, 2003. – 560 с.
3. Сидельников А. И. Планирование операции имплантации с учетом антропометрических параметров лица: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 18 с.
4. Artzi Z., Carmeli G., Kozlovsky A. A distinguishable observation between survival and success rate outcome of hydroxyapatite-coated implants in 5-10 years in function // Clin. Oral. Implants Res. – 2006. – Vol. 17. – P. 85-93.

НАРАЩИВАНИЕ ВЫСОТЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИИ СИНУС-ЛИФТИНГА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Р.М. Нуритдинов, М.Д. Сманалиев, И.М. Юлдашев, А.А. Калбаев
Кыргызская Республика

При длительной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти в дистальных отделах использование эндоссальных остеointегрированных имплантатов весьма затруднительно [2,5-7]. После удаления зубов в боковом отделе верхней челюсти резорбция кости часто происходит путем пневматизации верхнечелюстной пазухи. Установить имплантаты в этой области можно только при комбинации операции синус-лифтинг и подсадки костной ткани. Как правило, эта операция может выполняться в один или два этапа. При имплантации в

области верхнечелюстной пазух в случае недостатка костной ткани применяются техники открытого и закрытого синус-лифтинга [5,6,10,12,14]. Хотя операция по поднятию дна верхнечелюстной пазухи известна еще с 60-х годов прошлого столетия, при её выполнении с одновременной установкой дентальных имплантатов остается целый ряд нерешенных вопросов [7,8]. Успешную установку имплантатов в костный массив, полученный при синус-лифтинге, проводил ещё Линков в конце 50-х начале 60-х годов прошлого столетия. В