

ПРИМЕНЕНИЕ ПЬЕЗОХИРУРГИИ И ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

Введение

Применение пьезоинструментов в костной хирургии является перспективным и уже хорошо зарекомендовавшим себя методом [1, 2]. Эффективность, безопасность и точность являются ее основными достоинствами. Многочисленные научные данные свидетельствуют об удобстве использования этой методики в сложных клинических случаях [3–5].

Критическая атрофия альвеолярных отростков челюстей встречается очень часто в практике врача-стоматолога. По данным литературы, частота костной недостаточности у обратившихся за имплантологической помощью составляет не менее 30% [6–8]. Реконструкция кости в стоматологии представляет собой сложную задачу, а операции по увеличению объема костной ткани альвеолярных отростков челюстей далеко не всегда приводят к ожидаемым результатам, даже при их идеальном техническом исполнении [7–9]. К тому же эти операции являются травматичными и дорогими, они увеличивают время хирургического лечения и сроки протезирования. Поэтому установка имплантатов без предварительной костной пластики является более предпочтительной [10–14].

В таких случаях помогает применение методик щадящего препарирования, остеотомии, расщепления альвеолярного гребня. При этом необходимо в полной мере использовать костный ресурс по высоте и ширине, то есть длина и диаметр имплантатов должны быть максимально возможными. Очень распространенной ошибкой является недооценка объема кости, использование чрезмерно коротких или тонких имплантатов.

Материалы и методы

Как альтернативу операции аугментации (пересадки костного блока и направленной костной регенерации) при критически малой ширине альвеолярного отростка можно рассматривать продольное расщепление на нижней челюсти и вертикально-горизонтальную остеотомию на верхней (пластика местными костными тканями).

Расщепление узкого альвеолярного гребня пьезохирургическими инструментами и установка одноэтапных монолитных имплантатов является быстрой и простой альтернативой трехэтапной методике с предварительной костной пластикой (рис. 1, 2). Приведу клинический пример.

Клинический случай

Пациентка К. О., 1957 г.р., астенического телосложения, обратилась с жалобами на отсутствие зубов, затруднения в пережевывании пищи и эстетический дефект.

Из анамнеза: зубы удалены более 15 лет назад, отмечает травматичность операции. При осмотре выявлено отсутствие 3.4, 3.5, 3.6 зубов.

Диагноз: частичная вторичная адентия (2 класс по Kennedy), ортогнатический прикус, глубокое речевое перекрытие, 3 тип кости по Lekholm/ Zarb, C тип атрофии по Misch/Judy, тонкий фенотип десны.

План лечения: установить без операции костной пластики два монолитных одноэтапных имплантата с опорной целью, для дальнейшей фиксации несъемного металлокерамического мостовидного протеза (рис. 3).

Хирургический протокол: под инфильтрационной анестезией (Ubistesin forte 3.4 ml) произведен разрез слизистой по вершине альвеолярного гребня в области от 3.8 до 3.3 (внутрибороздково) зуба, скелетирован альвеолярный отросток, определяется его экстремальная атрофия. Тонкий альвеолярный гребень расщеплен продольно по вершине с помощью пьезохирургии (VarioSurg), пилотным сверлом сформирован направляющий костный ход. Под контролем позиции центра, наклона и глубины погружения произведена машинная установка (Surgic XT Plus) двух одноэтапных монолитных имплантатов (Q-Implant). Проверена межжюкклизонная высота. Слизисто-надкостничные лоскуты мобилизованы, рана ушита без натяжения с небольшим избытком ткани с вестибулярной стороны (Surgicryl). Имплантаты установлены в оптимальном положении для дальнейшего протезирования.

Назначения: холод местно, антибактериальная терапия (Азитромицин 500 мг 1 раз в день 3 дня), НПВС при болях (Нимесил). Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 6 сутки после операции (рис. 4, 5).

Ортопедический протокол: Через 20 недель после операции бескровно установлены силиконовые формирователи десны (Silicon Caps). Через 2 дня техникой «закрытой ложки» и пластиковых трансферных колпачков (MultiCap+) снят двухслойный одномоментный силиконовый оттиск с помощью стандартной слепочной ложки.

Заключение

Проведенное лечение полностью удовлетворило пациентку в физиологическом и эстетическом ожиданиях, позволило восстановить утраченные зубы в малые сроки и обойтись при этом без сложной, травматичной и непредсказуемой процедуры костной пластики. Функция жевания восстановлена.

При контрольном осмотре через год пациентка отмечает комфорт при жевании, отсутствие жалоб, полную личностную и социальную удовлетворенность. Установленные конструкции неподвижны, значительной атрофии при клиническом осмотре не наблюдается. Правильно распределенная жевательная нагрузка позволяет прогнозировать положительный долгосрочный результат (рис. 6, 7).

Выводы

1. Пьезохирургическая методика расщепления альвеолярного гребня является простым и безопасным методом имплантологической хирургии.

2. Применение методики расщепления альвеолярного гребня и установка монолитных имплантатов в случаях сильной атрофии альвеолярного отростка челюстей является альтернативой общепринятой трехэтапной методике (остеопластика + двухэтапная имплантация). Это позволяет значительно сокращать время лечения и с успехом избегать костной пластики, являющейся травматичной, долгой, дорогой и непредсказуемой процедурой.



Доктор Павел Полупан — врач-стоматолог, челюстно-лицевой хирург, аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии МОНКИ им. М. Ф. Владимирского. Ведет частную практику в Москве и является международным тренером, лектором и автором ряда статей.

Член различных стоматологических ассоциаций (European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery, Московской областной ассоциации стоматологов и челюстно-лицевых хирургов, Российско-Болгарского стоматологического общества).

Связаться с автором можно по электронной почте: p-polupan@mail.ru.

Статья опубликована в журнале *Dental Magazine* № 6 (138)/2015.

Статья публикуется на правах рекламы.

Список литературы находится в редакции.



Рис. 1, 2. Пример расщепления альвеолярного гребня и пьезохирургический аппарат VarioSurg, NSK, Япония



Рис. 3. Критическая горизонтальная атрофия (по ширине) альвеолярного отростка



Рис. 4. Продольное пьезохирургическое расщепление



Рис. 5. Установленные имплантаты, после наложения швов

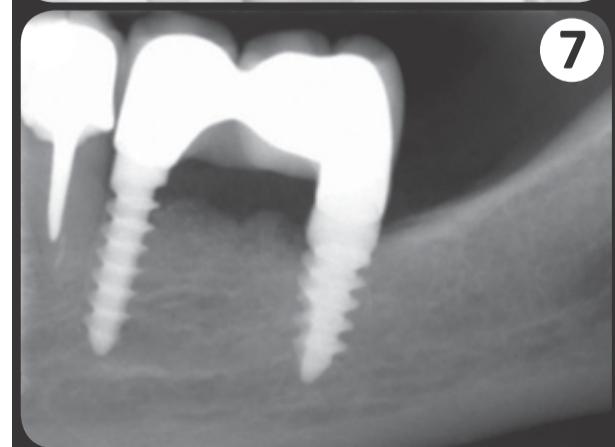


Рис. 6, 7. Окончательный результат лечения, контрольная R-грамма через 1 год