

цистами. **Ключевые слова:** верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией, ортогнатическое лечение, средняя зона лица, эстетические и морфофункциональные показатели.

Purpose: To analyze the scientific literature on preoperative errors in the surgical treatment of upper retro-micrognathia, as well as to evaluate our own clinical experience. **Material and methods:** An analysis of the available scientific literature, published in the last 30 years, devoted to preoperative errors and associated various complications of surgical treatment of patients with upper micrognathia, was carried out. The results of the treatment of 152 patients (99 women, 53 men aged 17 to 58 years) treated in the clinic of maxillofacial surgery in the last 30 years with

a diagnosis of upper micrognathia in combination with lower macrognathia are also presented. **Results:** After osteotomy of the upper jaw with enlargement of the nasal cavity according to the developed method, they were traced from 6 months to 27 years in all cases, the preservation of the achieved aesthetic and functional results of the midface zone, including nasal breathing, was noted. **Conclusions:** The proposed method of orthognathic treatment of upper micrognathia can be successfully used by clinicians.

Key words: upper micrognathia in combination with lower macrognathia, orthognathic treatment, middle zone of the face, aesthetic and morphofunctional indicators.

УДК: 616.314-089.74] -071.3-036

ПЛАНИРОВАНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ



²Нуритдинов У., ¹Ризаева С.М., ¹Рахманова О.А., ¹Ризаева О.Н.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Клиника «NAFISNURDENT»

В последнее десятилетие частичная и полная вторичная адентия становится одной из самых распространенных патологий зубочелюстной системы не только у пожилых и старых пациентов, но и у лиц молодого возраста. В связи с олее высоким уровнем жизни сегодня протезирование частично-съёмными и съёмными протезами не всегда удовлетворяет наших пациентов. Именно с этой позиции более перспективным является протезирование с опорой на дентальные имплантаты.

Основная масса пациентов обращаются за ортопедической помощью не сразу после потери зубов, а в том случае, когда на мостовидные протезы не осталось достаточно опор или после долгого привыкания к частично-съёмным с плохой или неполной адаптацией. В данных клинических ситуациях мы сталкиваемся со значительной атрофией альвеолярных отростков, а также со сложными анатомо-топографическими условиями, что приводит к проблематичному планированию и реализации операции по установлению дентальных имплантатов [1,2,4].

Сравнительно недавно появились данные о немедленной имплантации, немедленной функциональной нагрузке имплантатов у пациентов с полной адентией. Немедленная имплантация – это совмещение двух этапов в один: экстракция зуба и установление имплантатов. Данная методика предусматривает профилактику резорбции альве-

олярной кости. В данном случае большая вероятность расположения имплантатов в максимально близком к положению удаленного зуба и направлении, наиболее физиологичное для восприятия жевательной нагрузки на костную ткань [3,5].

Немедленная имплантация помогает стоматологам обойти негативное психологическое состояние после удаления зубов, особенно тогда, когда они последние в полости рта. Ещё один положительный момент: пациент имеет возможность фактически сразу начать пользоваться зубными конструкциями, а не через какой-то промежуток времени после удаления зубов и классической установки имплантатов. Благодаря этому уменьшается количество посещений стоматолога и снижаются финансовые затраты на лечение.

Нередко после атрофии альвеолярного отростка положение для установки имплантатов становится очень проблематичным из-за тонкого альвеолярного гребня или близко расположенных анатомических образований, а именно нижнего альвеолярного нерва. Нарушение функции нерва может возникнуть при непосредственной перфорации канала и травме во время формирования имплантационного ложа, а также из-за компрессии нерва послеоперационным отеком или дентальным имплантатом. Эти осложнения проявляются в виде отсутствия или продолжительного изменения чувствительности тканей в зоне иннервации, развития

болевого синдрома различной интенсивности, а также сопровождается эмоционально-стрессовыми нарушениями и значительно ухудшает качество жизни пациента.

Только тщательное планирование хирургического вмешательства с проведением компьютерной томографии и изготовлением хирургических шаблонов может обеспечить отсутствие осложнений во время хирургического вмешательства в случае установки на боковом участке дентальных имплантатов в обход нижнечелюстного нерва.

Высокий процент осложнений во время проведения дентальной имплантации на нижней челюсти со сложными анатомо-топографическими условиями с целью изготовления несъемных ортопедических конструкций указывает на недостаточную изученность данной проблемы, а результаты проведенных исследований не имеют единой оценки.

Мы приводим клинический случай установки имплантатов в обход нижнечелюстного канала.

Пациентка С., 1960 г. р., обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти с целью установки несъемной ортопедической конструкции с опорой на имплантатах. В анамне-

зе пациентка длительное пользование частичным съемным протезом.

На противоположной челюсти – металлокерамические несъемные мостовидные протезы с опорой на 16, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 и 27 зубы.

С целью определения возможности изготовления несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальных имплантатах была проведена компьютерная томография (рис. 1, 2).

Проведенное исследование засвидетельствовало у пациентки наличие костной ткани 1-го типа по классификации Lekholm и Zarb.

На боковых участках, на которых планируется установка имплантатов, альвеолярный гребень шириной 12,79 мм и высотой 13,05 мм. Расстояние от кортикальной пластинки до нижнечелюстного канала – всего 4,80 мм.

После принятия решения об отказе от съемного протезирования было решено установить имплантаты для изготовления несъемного протеза. Но нашей конечной целью была установка именно данного имплантата в области проекции 37 зуба, учитывая топографию нижнечелюстного канала по КТ.

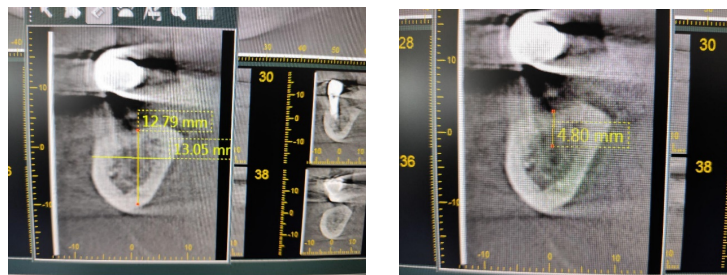


Рис. 1, 2. Компьютерная томография бокового участка нижней челюсти до лечения.

После установки имплантатов проводилась компьютерная томография с целью подтвержде



Рис. 3, 4. КТ после установки имплантата диаметром 4 мм и длиной 10 мм в области 37 зуба.

Эффективность проведенного лечения определяли по клиническим и рентгенологическим критериям (Albrektsson и coll).

Послеоперационный период протекал без осложнений, состояние слизистой оболочки вокруг имплантатов удовлетворительное. Каких-либо жалоб пациентка не предъявляла.

Клинически у пациентки определяли неподвижность имплантатов, отсутствие негативных проявлений при перкуссии, отсутствие болевого

и инфекционного синдрома вокруг имплантатов, явлений парестезии.

Таким образом, учитывая топографию нижнечелюстного канала на основе КТ мы смогли установить имплантат в обход нерва и дать шанс пациентке для установки несъемной ортопедической конструкции.

Литература

1. Грачева О.В., Панин О.М., Московец О.Н. Дифференциальный подход в лечении осложнения

дентальной имплантации, связанного с нарушением функции нижнего альвеолярного нерва // Клини. стоматол. – 2009. – №4 (52). – С. 24-26.

2. Маланчук В.А., Маммадов Э.А. Непосредственная дентальная имплантация: Науч.-учеб. изд. для студентов и врачей. – Киев, 2008. – 154 с.

3. Ренуар Ф., Бо Р. Факторы риска в стоматологической имплантологии. – М., 2004. – 182 с.

4. Albrektsson T. A new approach to demonstrate cellular activity in bone formation adjacent to implants // J. Biomed. Mater. Res. – 2000. – Vol. 51. – P. 280-291.

5. Hegedus F., Diecidue R. Trigeminal nerve injuries after mandibular implant placement – practical knowledge for clinicians // Int. J. Oral Maxillofac. Impl. – 2006. – Vol. 21, №1. – P. 111-116.

РЕЗЮМЕ. Тщательное изучение анатомических особенностей строения челюстей при дентальной имплантации является важной составляющей при планировании лечения и достижения хорошего результата. Авторы описывают клинический случай с низкой высотой альвеолярного гребня. Пациентке был установлен имплантат в обход нижнечелюстного канала. Успешная имплантация

в данном случае является результатом правильного планирования.

Ключевые слова: строение челюстей, дентальная имплантация, высота альвеолярного гребня.

РЕЗЮМЕСИ. Tish implantatsiyasi paytida jag'lar tuzilishining anatomik xususiyatlarini sinchkovlik bilan o'rganish davolashni rejalashtirish va yaxshi natijaga erishishda muhim tarkibiy qism hisoblanadi. Mualliflar alveolyar tizmaning balandligi past bo'lgan klinik holatni tasvirlaydilar. Bemorga mandibular kanalni chetlab o'tib implantatsiya qilingan. Ushbu holatda muvaffaqiyatli implantatsiya qilish to'g'ri rejalashtirish natijasidir.

Kalit so'zlar: jag'larning tuzilishi, tish implantatsiyasi, alveolyar tizmaning balandligi.

SUMMARY. A thorough study of the topography of the anatomical features of the jaw structure during dental implantation is an important component for planning and a successful result. This article discusses a clinical case with a low alveolar ridge height. The authors demonstrate implant placement by passing the mandibular canal. Successful implantation in this case is the result of proper planning.

Key words: structure of the jaws, dental implantation, height of the alveolar ridge.

УДК: 614.25:616.31:618

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ГЕПАТИТЫ)



Рахматуллаева О.У., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболевания внутренних органов, в частности печени, отрицательно влияют на состояние органов полости рта [2,7]. Поражения слизистой оболочки и воспалительные заболевания периапикальных тканей полости рта (в частности осложнения, возникающие после удаления зубов), в свою очередь, усугубляет течение основного заболевания и диктуют необходимость проведения лечебных и профилактических мероприятий [4,5].

Исследование полости рта при заболеваниях печени представляет интерес для врачей [7], поскольку болезненные процессы, развивающиеся в печени, в основном провоцируют органические и функциональные нарушения в слизистой оболочке полости рта и пародонте [10].

Следует отметить, что заболеваемость вирусными гепатитами в крупных городах нашей Республики в последнее время резко возросла. Что касается заболеваемости вирусным гепатитом В, то в

Узбекистане сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация с устойчивой тенденцией к росту этого заболевания, особенно в последние годы. При этом следует отметить, что среди заболевших 80% составляют подростки и молодые люди [8]. С вирусным гепатитом В в настоящее время связано большинство смертельных исходов. Данная инфекция занимает 2-е место среди причин смерти людей от инфекционных заболеваний. В результате хронических заболеваний печени, развиваются циррозы и первичный рак печени [6,9].

Стоматологическая помощь больным даже с установленным диагнозом гепатита оказывается в основном по обращаемости, обусловленной острой болью. Крайне мало разработок по стоматологической тактике ведения больных гепатитом. В странах с высоким уровнем стоматологической службы не накоплен опыт по этой проблеме. Широкое распространение вирусных гепатитов,