

клинической эффективности различных методов лечения больных генерализованным пародонтитом средней тяжести // Новый день в медицине: Науч.-реферативный, культурно-просветительский журн. – 2017. – №1 (17). – С. 100-103.

24. Широнова Х.Х. Пародонт тўқимасида ортиқча тана вазн таъсирида юзага келадиган ўзгаришлар ва уларнинг асоратларини олдини олиш йўллари ўрганиш алгоритми. – 2020.

25. Широнова Х.Х., Хабибова Н.Н. Тана вазнининг ортиши пародонт тўқимаси касалликлари ривожланишига таъсир қилувчи омил сифатида // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2. – Б. 463-465.

26. Ядгарова Г.С., Норова М.Б. Гормональный статус слюны и липидного спектра крови у больных пародонтитом с отягощенным ожирением // Актуальные проблемы стоматологии. – Бухара, 2012. – С. 151.

27. Dubrovskaya M.V. et al. Risk factors of development of inflammatory diseases of parodontium in pregnant women // Саратовский науч.-мед. журн. – 2013. – Т. 9, №3.

**Резюме:** Проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций по вопросу заболевания пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии. Рассмотрены распространенность заболеваний пародонта у беременных женщин, полиэтиологичность их возникновения, сложный механизм развития, особенности лечения и профилактики. Беременность, представляющая собой физиологический процесс, предьявляет

повышенные требования ко всем видам обмена в организме, что приводит к изменению различных органов и систем, в том числе и полости рта. Единственный путь решения этой проблемы – детальное изучение соматического и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, на основе которого возможно создание обоснованного комплекса индивидуальных профилактических мероприятий и совершенствование терапии выявленных нарушений в тканях пародонта беременных с железодефицитной анемией.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, пародонт, беременность, патогенез, профилактика.

**Summary:** The analysis of domestic and foreign scientific publications on the issue of periodontal disease in pregnant women against the background of iron deficiency anemia. The prevalence of periodontal diseases in pregnant women, the polyetiology of their occurrence, the complex mechanism of development, the characteristics of treatment and prevention are considered. Pregnancy, being a physiological process, has increased requirements for all types of metabolism in the body, which leads to changes in various organs and systems, including the oral cavity. The only way to solve this problem is a detailed study of the somatic and dental anamnesis, changes in all body systems, on the basis of which it is possible to create a well-founded complex of individual preventive measures and improve the therapy of the revealed disorders in the periodontal tissues of pregnant women with iron deficiency anemia.

**Key words:** iron deficiency anemia, periodontium, pregnancy, pathogenesis, prevention.

УДК: 616.5-002-056.43-053.5-036.32

## ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ



Кўзиев Ш.Х., Хасанов Ш.М., Маликов С.О.,  
Саъдуллаева Ш.Л., Жалолов Р.А.

*Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.*

Широкое внедрение в клиническую практику зубного протезирования на имплантатах потребовало от клиницистов решения проблемы увеличения редуцированной альвеолярной части челюсти до размеров, необходимых для установки внутрикостных имплантатов необходимой длины и диаметра [1]. Наличие узких альвеолярных

дуг, снижение высоты и ширины альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти, связанное с атрофией костной ткани, что является следствием удаления зубов, ношения зубных протезов, а также общих заболеваний и возрастом пациентов, и в челюсти ведет к смещению ее и снижению нижней

трети лица. Кроме того, нарушается функция жевательных и мимических мышц [2].

Недостаток объема костной ткани в дистальных отделах верхней челюсти диагностируется более чем в 20 % случаев и препятствует проведению стандартных методик дентальной имплантации [3]. Решение проблемы фиксации протезов осложняется степенью атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей, а также состоянием мягких тканей указанной области. В своем исследовании И.А. Галяпин (2010) указывает, что равномерная атрофия встречается у 7,3% больных, а неравномерная — у 92,7% пациентов, что так же подтверждает в своих работах И.Ю. Лебедеко [4]. Во избежание такого рода проблем рекомендуется делать более детальное обследование. Комплексное обследование пациентов, включающее в себя, прицельное изучение особенностей структуры альвеолярного отростка верхней челюсти, с помощью компьютерной томографии перед проведением операции дентальной имплантации, способствует, снижению риска осложнений, возникающих как во время операции, так и в послеоперационном периоде. К примеру, при установке искусственных опор зубных протезов при частичной адентии требуется проведение дополнительной предоперационной подготовки в 26,7% случаев, а при полной адентии в 80% случаев и выше [5].

В случаях потери жевательной группы зубов на верхней челюсти хирурги-стоматологи сталкиваются с серьезной проблемой - недостаточным количеством и качеством кости. В последние годы большое распространение получили методы оптимизации высоты альвеолярного отростка с использованием операций по коррекции дна верхнечелюстного синуса – синус-лифтинг [6]. Выбор одномоментной или отсроченной установки имплантатов, а так же возможности непосредственной нагрузки (временного протезирования) в большей степени зависит от высоты оставшейся кости [7].

Одним из вариантов решения этой проблемы является операция поднятия дна верхнечелюстного синуса - так называемый синус-лифтинг с одномоментной или отсроченной установкой имплантатов [8]. Техника синус-лифтинга описана в 70-х годах прошлого столетия Hilt Tatum в США. Он приподнял слизистую пазухи, чтобы создать адекватный объем костной ткани под имплантаты, путем остеотомии боковой стенки верхнечелюстной пазухи [9].

Синус-лифтинг подразумевает частичное или полное перемещение боковой стенки и создание нового уровня дна верхнечелюстной пазухи [10]. Под «открытым» синус-лифтингом представляют костно-реконструктивную методику, включающую остеотомию латеральной стенки верхнечелюстного

синуса и тотальное наращивание высоты кости за счет отслоения мембраны Шнейдера, поднятием ее кверху, и заполнением полученного пространства биоматериалом [11].

Показанием к операции синус-лифтинг являются: недостаточный объем кости в дистальных участках верхней челюсти для восстановления полноценного зубного ряда [12]. Под «открытым» синус-лифтингом представляют костно-реконструктивную методику, включающую остеотомию латеральной стенки верхнечелюстного синуса и тотальное наращивание высоты кости за счет отслоения мембраны Шнейдера, поднятием ее кверху, и заполнением полученного пространства биоматериалом [13].

При наличии синусита введение под слизистую оболочку остеотропных препаратов и инородных тел, какими являются дентальные имплантаты, возможно развитие осложнений инфекционно-воспалительного характера, частота которых может достигать 20%. Поэтому перед операцией очень важно выявить наличие у пациента тех патологических процессов и состояний, которые являются факторами риска, а в послеоперационном периоде выявить раньше признаки развития инфекционно-воспалительного процесса для своевременного принятия мер по купированию его, рентгенография придаточных пазух носа, обычно используемая с этой целью, не всегда оказывается достаточно информативной. Поэтому мы сочли целесообразным провести исследование по оценке эффективности комплексного использования данных рентгенологического и 3D КТ для оценки локализации, распространенности и характера поражения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса [14].

Причиной затруднений при проведении синус-лифтинга в такой клинической ситуации чаще всего являются рубцовые изменения слизистой дна верхнечелюстной пазухи, изменение микрофлоры внутри синуса, воспалительные явления, являющиеся высоким фактором риска перфорации слизистой дна околоносовой пазухи, воспалительных послеоперационных осложнений [15]. А так же при одонтогенных кистях проведения синус-лифтинга затрудняется и в вызывают много проблем при планировке имплантации и синус-лифтинга. Таких случаях нам помогают дополнительные методы исследования [16].

Конусно-лучевая и мультиспиральная компьютерная томография помогает на дооперационном этапе синус-лифтинга объективно оценить состояние верхнечелюстной пазухи [17].

В научных работах М.А. Чибисовой с соавт., Д.В. Галецкого с соавт., С.А. Карпищенко с соавт. систематизация при томографическом исследовании рентгенологической семиотики изменений верхнечелюстной пазухи,

обусловленных апикальным периодонтитом, резорбцией костной ткани при хроническом генерализованном пародонтите, а также ороантральным соустьем, сформированным после удаления зубов, ошибками эндодонтического лечения и проталкиванием пломбировочного материала за пределы корня, имеет высокую клиническую значимость при планировании синус-лифтинга и дентальной имплантации [18]. Компьютерное томографическое исследование также позволяет оценить костную структуру альвеолярного отростка верхней челюсти, что важно при планировании объема костной пластики. Высокая клинко-рентгенологическая значимость компьютерной томографии привела к созданию коллективом авторов под руководством Козицкой С.И. современных стандартов ее применения в ортопедической стоматологии при протезировании на имплантатах. Однако, научные сведения о ретроспективном сопоставлении травматических, ятрогенных, воспалительных изменений верхнечелюстной пазухи и особенностей течения интра- и послеоперационного периода при проведении синус-лифтинга малочисленны и противоречивы [19]. В работе Р.В. Садыгова с соавт предлагается в отдаленном периоде через 6 месяцев после вмешательств на верхнечелюстной пазухе и формирования зрелой рубцовой ткани использовать микрохирургический метод расщепления рубцово-измененных тканей в области дна верхнечелюстной пазухи и перфорационного окна при проведении синус-лифтинга и формировании ложа для костнопластического материала. Автор в своем исследовании строил прогноз эффективности синус-лифтинга на основе обобщения результатов клинического, томографического и ультразвукового исследования.

Эндоскопические исследования полости носа и верхнечелюстной пазухи на этапе подготовки к синус-лифтингу имеют не меньшее значение, чем рентгенологические методы исследования. На обязательном присутствии эндоскопического исследования полости носа и околоносовых пазух перед синус-лифтингом и дентальной имплантацией настаивают в своих работах Даминов Р.О., Харламов А.А., Шулаков А.А. с соавт. Применение функционального метода исследования сопровождалось формированием рекомендаций по укорачиванию сроков проведения синус-лифтинга после эндоскопических вмешательств на гайморовой пазухе вплоть до проведения одномоментных операций.

Эндоскопическая риносинусхирургия (ЭРСХ) - широко применяемый метод лечения заболеваний носа и околоносовых пазух не только в зарубежных странах, но и в России [20]. ЭРСХ дает возможность atraumatically и щадяще

вскрывать все пораженные околоносовые пазухи, удалять из них измененную слизистую оболочку, одновременно восстанавливая условия для адекватного дренажа и аэрации. Выздоровление пациента зависит как от качества выполненного оперативного вмешательства, так и от ведения послеоперационного периода. Поэтому основной задачей после операции является восстановление слизистой оболочки и ее функций. До недавнего времени контролировалась в основном дыхательная функция. Мы поставили перед собой задачу проследить восстановление других функций слизистой оболочки носа после эндоскопических операций на околоносовых пазухах.

При обнаружении кист в верхнечелюстной пазухе у пациента с недостаточностью костной ткани в области жевательных зубов перед проведением операции синус-лифтинг, пациенту необходимо провести операцию цистэктомии под наблюдением ЛОР-врача. При этом пациент перенесет две продолжительные операции, тогда как имеет смысл рассмотреть вопрос об одновременном проведении этих двух операций. Операция цистэктомии чаще проводится под общей анестезией эндоназальным путем ЛОР-врачом. Нами предложено проводить синус-лифтинг и цистэктомию одновременно под местной анестезией. Операцию цистэктомии и синус лифтинг будем проводить из полости рта через переднюю стенку гайморовой пазухи. В связи с этим, уменьшается время и этапность операции. Мы считаем разработку предлагаемого нами метода являющейся актуальной в челюстно-лицевой хирургии.

#### Литература

1. Суров О Н, 2013, Сухарев М Ф, 2016, Жусев А И, Ремов А 1 0, 2012, Параскевич В Л, 2012. Ешиев А.М.1, Алиев А.М. Комплексное лечение периимплантитов с применением синего света и иммуномодулятора тималина // Современные проблемы науки и образования. Москва 2017. - №2. - С.69-71.
2. Темерханов Ф. Т., Анастасов А. Н. 2012, Кулаков А А, Федоровская Л. Н., Амхадова М. А. 2012, Параскевич В. Л. 2011. Стоматология. - Москва, 2019. - №1. - С.11 -14.
3. Иванов С.Ю., 2011; Иванов С.Ю., 2011; Каспаров А.В., 2012; Ломакин М.В., 2011; Дроздов В.В., 2011; Гончаров И.Ю., 2013; Робустова Т.Г., 2015; Самсонов. В.Е., 2011. Жилонов А. А., Файзуллаева Ф. Р. Совершенствование планирования и проведения дентальной имплантации при атрофии альвеолярного отростка челюсти // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2013. - N3. - С. 33-38
4. Кулаков А.А., 2013; Лосев Ф.Ф., 2011; Лосев.В.Ф., 2011; Latum Н., 2013; Pikos М.А. 2011; Жусев А.И., 2012. Гильмиярова Ф.Н., Щербаков



- М.В., Головина Е.С. Особенности диагностики дентальных периимплантитов при минимальной тиреоидной недостаточности // *Стоматология*, Москва 2008.-N 5.-С.50-55.
5. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности дентальной имплантации при низкой плотности кости// *Стоматология*. Москва — 2012. — Т. 90. №5.С. 31.
6. Никитин А.А. с соавт., 2011; Лосев Ф.Ф., 2013; Иванов С.Ю. с соавт., 2011; Робустова Т.Г., 2013 Ушаков А.А.,2012; Харламов А.А.,2011 и др. Журавлев А.Н., Тарасенко С.В., Евстифеева О.В., Хурхуров Б.Р., Пахомова А.В. Влияние лазерного излучения на местный иммунитет полости рта // *Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова.* – Рязань, 2016. - С.18-19.
7. Арутюнов С.Д. с соавт., 2011-2012, Ушаков Р.В. с соавт.,2012. Жусев А.И., Ремов А.Ю. Ошибки и успех в дентальной имплантации // *Институт стоматологии*, Минск 2002.-N 1.-С.22-23
8. Доймер М 2011, Самсонов В Е 2011, Параскевич В Л 2011, Кулаков А А , Абдуллаев Ф М 2012. Иванов С.Ю. Основы дентальной имплантологии. Санкт-петербург — СПб.: СпецЛит, 2011 — 63 с.
9. Tatum H. , 2011 Жартыбаев Р.Н., Шукпаров А.Б. Современные подходы к дентальной имплантации больным сахарным диабетом 2-го типа. // *Терапевтический вестник*. Москва2010. - Специальный выпуск №1С.105 – 106.
10. Болонкин И.В., 2011; Wheeler S.L., 2016; Путь В.А., 2011; Hirsch J.M., 2011; Wood R.M., 2012; Маркус Шлее, 2012 Жадько С.И., Герасименко Ф. И., Колбасин П.Н. Микробиологические показатели ротовой полости после установки эндоссальных имплантатов у ортопедических пациентов с хронической никотиновой интоксикацией // *Стоматолог - практик.* – Минск 2014.- № 2.-С. 24-25.
11. Колесова Т.В., Колесов О.Ю., Михальченко Д.В., Денисенко Л.Н. Анализ осложнении ортопедического лечения зубными протезами, крепящимися на имплантатах // *Фундаментальные исследования.* - 2018. - N 5-2. - С. 296-299. Россия.
12. Wallace S.S., 2013; Vassos D.M., 2012; Дробыщев А.Ю.,2012Гударьян А. А. Роль аэробной и анаэробной микрофлоры в развитии дентального мукозита и дентального периимплантита // *Вісник проблем біології і медицини*. Киев – 2014.- № 2.- том 1. – с.132-135.
13. Леоненко П.В., Закиев В.И., Михальченко Д.В. Усовершенствование поверхности дентальных имплантатов для применения у пациентов с метаболическими остеопатиями на фоне генерализованного пародонтита // *Фундаментальные исследования.* Беларуссия Минск - 2013. - No 9-6. - С. 1029-1033.
14. Кулаков А.А. Мониторируемая седация как метод снижения операционных и послеоперационных рисков у больных с соматической патологией при дентальной имплантации / А.А. Кулаков, С.В. Кузнецов, М.С. Маркина // *Стоматология.* - Москва, 2019. - №1. - С. 38-41.
15. Даминов Р.О., 2011; Харламов А.А., 2011. Гараев З.И., Джавадов Р. А., Насибов Х. Б. Снижение риска развития осложнений дентальной имплантации/ З. И. Гараев, // *Современная стоматология*. Москва -2014. – №2. – С. 74-76.
16. Кулаков А.А., Каспаров А.С., Трофимова О.Б., Серегин С.С., Верзилов Е.В. Влияние на микробиоценоз раны разных методов проведения 2-го этапа имплантации // *Стоматология*, Москва 2014.-N 4.-С.33-36.
17. Ванцян А. В. Комплексная иммунопрофилактика осложнений при дентальной имплантации с использованием ультразвука: Дис. канд. мед. наук.- Москва, 2008. – 141 с.
18. Лебеденко И.Ю., Чумаченко Е. Н., Лосев Ф. Ф., Каламкаргов А. Э. Анализ изменений в костной ткани при ортопедическом лечении пациентов с дефектами IV класса по Кеннеди на нижней челюсти с использованием дентальных внутрикостных имплантатов // *Российский стоматологический журнал.* - Москва, 2019. - №5. - С. 4-7.
19. Кулаков А.А., Аушев Ж.А. Динамика морфологических изменений в области дентальных имплантатов при немедленной функциональной нагрузке//*Стоматология.*- Москва М., 2017.- №3.- С. 39-41.
20. Калашникова О.Ю., Хышов В.Б., Шарапов Г.Н. Биохимические маркеры прогнозирования осложнений стоматологической имплантации // *Медицинский бизнес*, 2002.-N 4.-С.22-23
- Резюме:** При обнаружении кист в верхнечелюстной пазухе у пациента с недостаточностью костной ткани в области жевательных зубов перед проведением операции синус-лифтинг, пациенту необходимо провести операцию цистоэктомии под наблюдением ЛОР-врача. При этом пациент перенесет две продолжительные операции, тогда как имеет смысл рассмотреть вопрос об одновременном проведении этих двух операций. Операция цистоэктомии чаще проводится под общей анестезией эндоназальным путем ЛОР-врачом. Нами предложено проводить синус- лифтинг и цистэктомию одновременно под местной анестезией.
- Ключевые слова:** синус-лифтинг ,цистоэктомии, эндоназальным, качество жизни.
- Summary:** If cysts are found in the maxillary sinus in a patient with bone insufficiency in the area of

chewing teeth, before performing sinus-lifting surgery, the patient should undergo a cystectomy operation under the supervision of an ENT doctor. In this case, the patient will undergo two long-term operations, while it makes sense to consider performing these two operations simultaneously. Cystectomy surgery

is more often performed under general anesthesia by an endonasal ENT doctor. We propose to carry out a sinus lift and a cystectomy at the same time under local anesthesia.

**Key words:** sinus lifting ,cystectomy, endonasal, quality of life.

УДК: 616.31: 616.716.1-089.843

## ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE” В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА



Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Диего Лопс, Мукимова Х.О., Тургунов М.А.  
Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается 80 млн людей, у которых отсутствуют зубы и которые не пользуются зубными протезами [1]. Одной из центральных проблем современной стоматологии является дальнейшее развитие и совершенствование средств и методов лечения пациентов, страдающих частичным или полным отсутствием зубов. Современным и эффективным методом реабилитации таких стоматологических больных является комплексное лечение с применением имплантатов. Потребность в ортопедическом лечении на их основе очень высока [2,4] и составляет более 95%. В России проведены исследования с целью определения нужд населения в ортопедическом лечении с использованием внутрикостных дентальных имплантатов [3]. Пациенты, которым необходимо такое лечение, составляют 5-10% от нуждающихся в стоматологическом протезировании. По данным на 2001 г., провести такое лечение по медицинским и экономическим соображениям могут только 1,5-3% пациентов.

Решение этой важной медицинской и социальной проблемы невозможно без детального углубленного изучения морфологии костной ткани зубочелюстной области при патологических изменениях, а также её реакции на оперативное вмешательство [5]. В связи с этим появилось большое количество работ, посвященных исследованиям аутокости и костезамещающих препаратов, применяемых при различных формах данной патологии [6]. Особый интерес вызывает использование комбинации аутокости и костезамещающих препаратов, а также стимуляторов остеосинтеза, так как в этом

случае предполагается достичь максимальной эффективности при восполнении дефекта костной ткани. Ускорение и усиление регенерационных процессов в костной ткани существенно облегчит работу врача-стоматолога, так как снизит риск отторжения имплантата и позволит пациенту получить конечный результат раньше, чем при стандартной методике.

Влияние операционных манипуляций [7] и собственно предимплантационной подготовки остаются не полностью раскрытыми и недостаточно исследованными. Противоречивая информация о влиянии факторов физической нагрузки при установке имплантатов, особенно их влияние на состояние костной ткани в последующем, требует более глубокого изучения. Представляется, что сопоставление морфофункциональных изменений, возникающих в костной ткани при имплантации с различной нагрузкой на костное ложе имплантата (различную степень его разрушения), а также при использовании комбинации аутокости и костезамещающих препаратов с изолирующими мембранами, позволит установить оптимальный вариант их комплексного использования [7].

Перечисленные выше анатомические последствия адентии создают для большого множества проблем, устранить которые традиционными методами ортопедической стоматологии не удается [8]. Решение проблемы фиксации протезов осложняется степенью атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей, а также состоянием мягких тканей указанной области. В своем исследовании И.А. Галяпин (2010) указывает, что равномерная атрофия встречается у 7,3% больных, а неравномерная – у 92,7% пациентов, что в своих