

летворительного гигиенического состояния и увеличенной концентрации летучих серных соединений в выдыхаемом воздухе. Среди обследованных лиц определен равномерный рост отличий с увеличением уровня летучих серных соединений в выдыхаемом воздухе от 154,31% в 1 группе до 283,76% в 4 группе, что говорит о тесной взаимосвязи исследуемых показателей.

Ашуров F.F., Чумабоев Ч.Б.

Шиддатнокии ҳолати галитозии ковокии даҳон байни беморони мубтало ба касалиҳои илтиҳобии пародонт

Калимаҳои калидӣ: галитоз, озостомия, юстоматодисомия, бемории пародонт, галиметр, индекси беҳдошти, индекси забон.

Маводҳои ба даст оварда нисбати тадқиқоти ҳолати галитозии ковокии даҳон байни 78 бемор дар бораи баҳамвобастагии ҳолати гайриқаноатбахшии беҳдошти ковокии даҳон ва зиёдгардии гилзати пайвастаҳои сулфури сабук дар ҳавои нафаси бароварда шаҳодат медиҳанд. Байни муоинашудагон дигаргуниҳои баробар зиёд гаштани сатхи

гилзати пайвастаҳои сулфури сабук дар ҳавои нафаси бароварда аз миқдори 154,31% дар гуруҳи 1 то ҳадди 283,76% дар гуруҳи 4 муайян карда шуд, ки ин аз алоқамандии зич байни нишондодҳои омукташуда шаҳодат медиҳад.

Ashurov G.G., Dzhumaboev D.B.

Intensity of halitosis condition of oral cavity in patients with periodontal inflammatory diseases

Key words: hilitosis, ozostomiya, stomatodisotiya, hygiene index, index language.

Got results on study halitosis condition of oral cavity beside 78 patients are indicative of intercoupling the unsatisfactory hygienic condition and increased concentrations flying chamois join in exhaled air. Amongst examined persons is determined even growing difference with increase level flying chamois of the join in exhaled air from 154.31% in 1 group before 283.76% in 4 groups that speaks the under investigation factors of close-fitting intercoupling.

Джонибекова Р.Н.

ТАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННЫМИ АТРОФИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК

Ключевые слова: дентальный имплантат, атрофия челюстей, мелкогранулированный никелид титана.

Актуальность

Современная дентальная имплантология достигла фундаментальной степени научного обоснования, широкого внедрения в практику здравоохранения и высокого уровня клинической эффективности [2, 4, 5, 9, 10, 12].

Зубные протезы, опирающиеся на имплантаты [14], называют "золотым стандартом" лечения больных с отсутствием зубов. По мнению авторов, при любой степени атрофии челюстных костей возможна та или иная врачебная стратегия, позволяющая осуществить установку дентальных имплантатов.

Один из многих авторов [3] указывает, что основными подходами для решения пробле-

мы с выраженной атрофией костной ткани челюстей являются: дополнительные оперативные вмешательства, создающие адекватные анатомические условия, для установки дентальных имплантатов использование методик направленной регенерации кости, использование имплантатов и методик, специально предназначенных для недостаточной высоты костных структур.

Называя недостатки применения материалов и технологий на увеличение объема костной ткани челюстей, в первую очередь указывают на длительность лечебного процесса [13]. В этой связи многие специалисты высказываются за имплантологическую концепцию, которая сводится к упрощению ле-

чения, уменьшению его травматичности и длительности [1, 8].

Так, некоторые решения проблемы с установкой дентальных имплантатов у этой категории больных видят в применении хирургических методов обхождения анатомических препятствий [7]. С точки зрения анатомии, предпосылкой данной технологии служит то, что в области третьего моляра нижнечелюстной канал располагается ближе к язычной поверхности челюсти и латеральнее от него находится участок кости шириной 5-8 мм. На уровне второго премоляра *p.alveolarisinferior* приближается к вестибулярной стенке челюсти и с его медиальной стороны ширина костной ткани может составлять 4-5 мм.

При сильной атрофии альвеолярных отростков верхней челюсти и ее выраженной пневматизации установка дентальных имплантатов может осуществляться в области бугров, далее - обходя верхне-челюстной синус - во фронтальных ее отделах.

Некоторые авторы указывают на то, что есть специальные виды дентальных имплантатов, целенаправленно предназначенных для резко выраженной атрофии челюстных костей [3, 7, 14]. К ним относятся дисковые, трансмандибулярные, цельнорамочные и суперкостальные имплантаты.

Для решения проблем по проведению дентальной имплантации у больных с выраженными атрофиями челюстей нами за основу взяты исследования, суть которых заключается в обходе анатомических препятствий и выявлению безопасных зон их установок [6, 11].

Многолетний опыт работы с указанным контингентом позволяет при этом особо выделить используемые нами пористо-проницаемые дентальные имплантаты, выпускаемые НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (МИЦ г. Томск).

Благодаря биоактивным и высокоинтеграционным качествам, указанные имплантаты хорошо зарекомендовали и показали свое превосходство в плане эффективного использования у больных с выраженными костными атрофиями челюстей.

Цель работы

Совершенствование методов дентальной имплантации у больных с выраженными костными атрофиями челюстей.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением в период с 2009 по 2012 г. находилось 84 пациента с различными степенями костной атрофии челюстей. У абсолютного количества обратившихся указанное обстоятельство связывается с ран-

ним удалением зубов по причине возникновения их подвижности и длительного ношения съемных протезов. Из общего количества пациентов мужчины составили 36, женщины - 48. Возраст варьировал от 21 до 70 лет. Всем обратившимся обследование проводили по традиционной схеме, которая включала: лабораторное исследование всех параметров крови, содержание сахара, биохимические показатели и др. Для детализации костных структур, кроме ОПГ, проводили компьютерно-томографическое исследование.

По показателям степени костной атрофии по классификации Келлера пациенты были распределены на 4 группы:

I степень атрофии выявлена у 22;

II степень атрофии выявлена у 26;

III степень атрофии выявлена у 31, причем в этой группе было отмечено превалирование II а и III б классов;

IV степень атрофии выявлена у 5.

В тоже время дефекты зубных рядов у обследуемых нами пациентов по классификации Кеннеди были обозначены следующим образом:

I класс - у 34; II класс - у 15; III класс - у 13; IV класс - у 10; полная адентия - у 12.

Жалобы пациентов при этом заключались не только в отсутствии нескольких групп зубов, а даже в отсутствии фиксации имеющихся съемных протезов.

Как было упомянуто выше, при выраженных атрофиях костных структур нами была принята тактика обхода анатомических препятствий на нижней челюсти *p. mandibularisinferior*, на верхней челюсти - верхне-челюстной синус. Применение такой тактики было обусловлено нежеланием пациентов к проведению предимплантационных вмешательств, предусматривающих наращивание костных структур. Немаловажное значение при этом имели место и экономические затраты.

Установка дентальных имплантатов осуществлялась с обязательным применением тромбоплазменной массы. Одновременное наращивание имеющейся убыли кости проводилось с применением указанной массы в комбинации с мелкогранулированным никелидом титана (Патент № 175 от 16.04.2008).

Результаты исследования и их обсуждение

Наши наблюдения показывают, что данная масса обладает не только аугментирующим свойством, но и стабилизирующим, заключающимся в приостановке дальнейшей резорбции костных структур. При установке дентальных имплантатов нами отдано предпочтение цилиндрическим пористо-проницаемым дентальным имплантатам из никели-

да титана диаметром 2,5-3,0 мм, длиной 10,0-11,0 мм, а при выраженных атрофиях костных структур, особенно в сагиттальной плоскости, - минипластиночным. В целом 84 пациентам было установлено 430 дентальных имплантатов, из них 378 цилиндрических пористо-проницаемых, 52 - пластиночных дентальных имплантата. Всем оперируемым больным с целью профилактики послеоперационных осложнений были назначены антибиотики, десенсибилизирующие, обезболивающие средства. Швы, как правило, снимали на 10 - 12 день.

Для иллюстрации приводим выписку из амбулаторной карты № 135. Пациентка М., 1955 года рождения, обратилась во взрослый центр челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского Центра Республики Таджикистан с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти, невозможность ношения съемного протеза. При клиническом осмотре отмечена выраженная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти, альвеолярный гребень находился на уровне слизистой дна полости рта. На ортопантомографии обнаружена выраженная убыль костной ткани. Согласно классификации Келлера, установлен диагноз: "Полная адентия нижней челюсти, вторая и третья степени атрофии".

При лабораторном исследовании патологии не выявлено. Под местным обезболиванием пациентке были установлены пористо-проницаемые дентальные имплантаты диаметром 3 и длиной 10 мм, согласно предлагаемой нами методике(рис.1).



Рис.1. Пациентка М 1955 г.р. Диагноз: Полная адентия нижней челюсти; вторая и третья степени по классификации Келлера. Установка после дентальных цилиндрических имплантатов.

Спустя 3 месяца, пациентке были предложены этапы протезирования с опорой на ДИ. С этой целью были установлены формирователи десны (рис.2).



Рис. 2. Та же пациентка после установки формирователей десны



Рис.3. Та же пациентка после установки абатментов.

Протезирование завершено изготовлением и фиксацией металлокерамической конструкции мостовидных протезов (рис. 4).



Рис.4. Та же пациентка после протезирования

Осложнения в виде отторжения имплантатов нами выявлены у 8 (2%) пациентов. Всем больным установка имплантатов завершена рациональным протезированием не только мостовидными, но и бюгельными конструкциями протезов.

Выводы

Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что применяемая нами тактика обхода анатомических препятствий и одновременное использование мелкогранулированного никелида титана в комбинации с тромбоплазменной массой позволяют не только наращивать, но и стабилизировать процесс резорбции костных структур, а также эффективно выполнять дентальную имплантацию.

Экономические предпосылки позволяют рекомендовать его в качестве метода выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В.М., Кулаков А.А., Амхадова М.А. Медицинская реабилитация больных со значительной атрофией челюстей. // Стоматология. 2003. № 1. С. 47 - 49

2. Кулаков А.А., Лосева Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация: Основные принципы, современные достижения. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 154с.

3. Кулаков А.А. Хирургическая тактика и особенности операций имплантации при малом объеме костной ткани челюстей: Пособие для врачей. М.: ГЭОТАР - МЕД, 2003. 16с.

4. Миргазизов М.З. Сверхэластичные имплантаты и конструкции из сплавов с памятью формы в стоматологии. Томск. 2007.

5. Олесова В.Н. Комплексные методы формирования протезного ложа с использованием имплантатов в клинике ортопедической стоматологии: Автореф. дис... д-ра мед.наук. Омск, 1993. 45с.

6. Параскевич В.Л. Эндоссальная имплантация при атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти. //Новое в стоматологии. 1992. № 3. С. 21- 23.

7. Lihkow L.I. Zahh-Impahta - te Machen ihr Lebeh Wieder Lebeyswert . Dentatex Gmbx, 2000. 227 p.

8. Worthington P., Rubensten O.E. Problems associated with the atrophis mandibule.// DentClin. NorthAm. 1998. Vol. 42, № 1.P.129-160.

Джонибекова Р.Н.

Тактика проведения дентальной имплантации у больных с выраженными атрофиями челюстей

Ключевые слова: дентальный имплантат, атрофия челюстей, мелкогранулированный никелид титана.

В статье приводится технология и тактика проведения дентальной имплантации у пациентов с выраженными атрофиями челюстей. Предлагается при дефиците костных структур аугментация и установка дентальных имплантатов с применением мелкогранулированного биосовместимого никелида титана в комбинации с тромбоцитарной массой (фактор роста).

Чонибекова Р.Н.

Усули гузаронидани имплантатсияи денталӣ дар беморони чоғҳояшон зиёд харобшуда

Калимаҳои калидӣ: имплантати дентали, атрофияи чоғҳо, гранулаҳои никелид титани.

Дар мақола усул ва тарзи имплантатсияи денталӣ дар мавриди харобшавии зиёди чоғҳо нишон дода шудааст. Ҳангоми камшавии ҳаҷми устухони чоғҳо имплантатсияи денталӣ бо истифодабарии гранулаҳои хурди никелид-титанӣ, ки мутобиқи организм мебошад, бо яқҷоягии массаи тромбоцитарӣ гузаронидан ба маврид аст.

Jonibekova R. N.

The carriage tactic of dental implantation, for sick's who pronounced atrophic chops

Key words: Dental implant, atrophic chops, small-grained nickel titan.

Technology happens to In article and tactics of the undertaking dental to implantations with expressed atrophy of the jaws. It Is Offered at deficit of the bone structures augmentation and installation dental implant conducts with using small granulated biocompatible nickel titanium in combinations with platelet concentrate (the factor of the growing).