

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ С УЧЕТОМ ВИДА АДЕНТИИ

¹Ашуев Ж.А., ³Ильдаров Р.Т.,
²Калининская А.А.

¹ЦНИС;

²ФГУ «Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения» Росздрава, Москва, e-mail:
Akalinskaya@yandex.ru;

³ООО «Комфорт-Дент», Москва

В статье представлен выбор формы и конструкции имплантата в стоматологии, а также способы зубного протезирования, с использованием имплантации.

Довольно эффективно в восстановлении стоматологических функций используется имплантация. Вместе с тем, обеспечение эффективности комплекса имплантационных мероприятий в полости рта немыслимо без серии подготовительных этапов, включающий правильный выбор ортопедических конструкций [1, 2].

Несмотря на многообразие вариантов дефектов зубных рядов, первостепенное значение при выборе имплантатов, методики их применения и способа протезирования имеют 4 вида дефектов: одиночные, включенные двух и более зубов, концевые и полная адентия.

Как показал клинический опыт, имплантаты могут использоваться для замещения различных дефектов зубных рядов. При этом не только форма, конструкция имплантата и методика его установки, а также его размеры определяются в зависимости от вида адентии.

Выбор формы, и конструкции имплантата

Имплантат со всех сторон должна окружать кость толщиной более 1 мм. В противном случае окружающая имплантат костная ткань теряет способность к адекватному остеогенезу, может происходить нарушение биодинамического равновесия имплантата. Это положение можно объяснить таким образом: после препарирования костного ложа может образоваться зона некроза глубиной 0,5 мм. С другой стороны, при отслойке слизисто-надкостничных лоскутов и повреждении питающих кость сосудов следует также ожидать образования зоны некроза с внешней стороны альвеолярного отростка. В случае если толщина кости между ложем имплантата и ее наружным краем будет менее 1 мм, возникает угроза образования сплошной зоны некроза и отсутствия слоя жизнеспособной костной ткани, на основе которой будет происходить остеогенез.

Для установки имплантата необходима не только определенная толщина, но и высота кости. Существует общепризнанное правило: анатомические образования, такие как нижнечелюстные каналы, верхнечелюстные пазухи. Кроме того, имплантаты и соседние с ними зубы, а также имплантаты между собой должен

разделять слой кости толщиной не менее 1,5 мм. В основе лежат данные о ширине зоны некроза после атрауматичного препарирования кости. При замещении одиночных, включенных и концевых дефектах зубных рядов мы использовали различные имплантационные системы («Биомал-имплант», «Лико», «Astra-Tech»).

Основная имплантационная система которую мы использовали при ранней реабилитации пациентов была – система «Биомал-имплант» – 475 имплантатов. Две другие системы использовались для двухэтапной методики – контрольная группа.

При установке имплантатов системы «Биомал-имплант» мы достигали хорошей первичной стабилизации, что очень важно при ранних функциональных нагрузках. Прежде чем приступить к операции внутрикостной имплантации снимали слепок (альгинатный, силиконовый), чтобы изготовить в лабораторных условиях временную ортопедическую конструкцию из пластмассы. В дальнейшем по центру пластмассовой коронки делали сквозные отверстия, чтобы безошибочно выбрать размер и направление имплантата. После завершения хирургической процедуры инсталляции имплантата, проводили перебазировку временной ортопедической конструкции с помощью самоотверждающей пластмассы – Structur-2 SC (Германия). Пришеечную часть на пластмассовой коронке моделировали согласно контурам десны соседних зубов, чтобы достичь эстетического результата. В дальнейшем после снятия шовного материала обращали внимание на наличие или же отсутствие воспалительного процесса. Если слизистая оболочка в области имплантата была бледно-розового цвета без признаков воспаления. Снимали слепок, чтобы изготовить окончательную ортопедическую конструкцию из металлокерамики. В том случае, когда были не уверены в биодинамическом равновесии имплантата временную конструкцию оставляли на 2–3 мес.

При всех дефектах зубных рядов техника проведения операции внутрикостной имплантации с ранними функциональными нагрузками, была аналогичной. А количество имплантатов выбирали, с учетом количества отсутствующих корней зубов. Все зависит от способа протезирования и анатомических условий.

Способ протезирования

Конструкции протезов которые используют при зубной имплантации можно разделить на: несъемные мостовидные протезы (металлокерамика); условно-съемные (фиксация при помощи винтов); балочные конструкции для фиксации полных съемных зубных протезов на замках.

При протезировании на имплантатах с помощью мостовидных несъемных конструкций включали в протез сохранившиеся опорные зубы.

Условно-съемное протезирование осуществляется в том случае когда опорой зубного протеза служат разборные, винтовые или цилиндрические имплантаты.

Количество имплантатов для несъемных мостовидных и условно-съемных конструкций при частичной адентии зависит от вида адентии и возможности использования оставшихся зубов.

При полной адентии для фиксации съемных протезов можно установить 4 имплантата. Для расчета количества имплантатов в данной клинической ситуации можно руководствоваться следующими правилами.

1. При уплощении фронтальной части дуги альвеолярного отростка следует устанавливать два винтовых или цилиндрических имплантата с высотой внутрикостной части более 10 мм, расстояние между которыми должно составлять приблизительно 20 мм, с последующим изготовлением балочной конструкции.

2. При выраженном радиусе переднего отдела дуги альвеолярного отростка лучше установить 3–4 винтовых или цилиндрических имплантата с высотой внутрикостной части более 10 мм и изготовить условно съемный протез.

Для несъемного протезирования при полной адентии устанавливали от 6 до 8 имплантатов, с учетом анатомо-топографических условий в полости рта.

Таким образом, при зубной имплантации основополагающим направлением является правильный выбор ортопедической конструкции с учетом первичной стабильности имплантата, и анатомо-топографических условий в полости рта. Ранние функциональные нагрузки при зубной имплантации являются предметом высокого профессионализма всех специалистов (хирург, ортопед и зубной техник), именно они могут решить; нагружать имплантат, или же отсрочить; достижение эстетического и функционального оптимума.

Список литературы

1. Алимский А.В., Курбанов Р.Р. Оценка мотивации населения к ортопедическому лечению на основе метода деятельной имплантации // *Маэстро стоматологии*. – 2012. – № 2. – С. 20–22.

2. Мещеряков Д.Г. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 52 с.

АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗ НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ВЫЗВАННОГО ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ И ПАРАЦЕТАМОЛОМ

¹Воронина Ю.К., ¹Терещенков А.О., ¹Юрина Е.Г.,
¹Шарапов В.И., ²Русских Г.С., ^{1,2}Потеряева О.Н.

¹Новосибирский государственный
медицинский университет;
²НИИ биохимии СО РАМН, Новосибирск,
e-mail: Olga_Poteryaeva@mail.ru

Воздействие четыреххлористого углерода (CCl₄) и парацетамола остаются достаточно распространенными в мире причинами поражений

печени. В работе изучали и сравнивали активность матриксных металлопротеаз (ММП-2,7) в сыворотке крови крыс в условиях экспериментального повреждения печени, вызываемого внутрижелудочным введением четыреххлористого углерода (CCl₄) и парацетамола. Исследовали активность ММП на фоне карсила и сухого экстракта березы повислой (*Betula pubescens*). Активность ММП-2,7 в образцах сыворотки крови измеряли по методу Nagase et al. [1994].

В контрольной группе активность ММП составила $190,4 \pm 11,35$ мкмоль МСА/л/ч. Введение CCl₄ и парацетамола вызывало у крыс развитие токсического гепатита, которое сопровождалось повышением активности ММП ($252,0 \pm 11,84$ и $259,7 \pm 14,46$ мкмоль МСА/л/ч, соответственно; $P < 0,001$). Введение карсила на фоне парацетамола и CCl₄ снижало активность ММП до контрольного уровня ($180,9 \pm 7,22$ мкмоль МСА/л/ч, $P < 0,001$ и $202,8 \pm 19,23$ мкмоль МСА/л/ч, $P < 0,05$, соответственно). Введение сухого экстракта березы приводило к достоверному снижению активности ММП (CCl₄ – $200,3 \pm 12,25$ и парацетамол – $171,0 \pm 2,77$ мкмоль МСА/л/ч, $P < 0,001$).

Таким образом, при токсическом повреждении печени, вызванном CCl₄ или парацетамолом, у крыс в сыворотке крови увеличивалась активность ММП. Карсил и сухой экстракт березы снижали активность ферментов, причем при экспериментальном гепатите, вызванном парацетамолом более эффективно.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Вязова А.В.

ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный
технический рыбохозяйственный университет»,
Владивосток, e-mail: medway@mail.ru

В настоящее время в системе здравоохранения эффективное ведение хронического больного сталкивается с большим числом трудностей. Хронические заболевания требуют комплексного подхода в течение длительного периода времени с участием широкого круга медицинских работников, доступностью к необходимым методам лечения и мониторинга, расширением возможностей больного. Ведение хронических заболеваний связаны со сложностью подбора медикаментозной терапии. На рынке появляются всё новые, более мощные лекарственные средства, прошедшие клинические исследования далеко не всегда именно на тех группах больных, кому они предназначаются, т.к. характеристики таких групп больных, особенно возраст, не позволили бы им стать участниками исследований по эффективности данных препаратов. Еще одна проблема – многим больным хроническими заболеваниями назначается ле-