



Зубная имплантация с применением визуального трехмерного анализа верхней челюсти

**Гусейнли Руфат Акиф оглы, докторант кафедры ортопедической стоматологии
Азербайджанский Медицинский Университет (г. Баку)**

В последние четыре десятилетия дентальная имплантология получила новое развитие и определила свое место в стоматологической практике. Применение зубных имплантатов в качестве искусственной опоры позволило расширить показания к использованию несъемного зубного протезирования и открыло новые возможности в повышении эффективности ортопедических конструкций.

Несмотря на достигнутые успехи в зубной имплантологии, при неблагоприятных анатомо-топографических условиях челюстей правильная установка дентальных имплантатов представляет определенные трудности. Поэтому для правильного выбора тактики и предупреждения ошибок и осложнений в диагностике, лечении необходимы знания анатомии и топографической анатомии челюстно-лицевой области. Особую роль эти знания приобретают при восстановлении альвеолярных отростков челюстей с целью проведения дентальной имплантации путем реконструктивных восстановительных операций. Для проведения успешной имплантации и создания оптимальной функции и эстетики жевательного аппарата важно учитывать возрастные и индивидуальные особенности зубочелюстной системы.

Лицевой скелет, в частности, альвеолярные отростки челюстей в течение всей жизни человека претерпевают процесс постоянного и непрерывного развития и перестройки, лежащий в основе анатомо-физиологических, функциональных и метаболических особенностей. Для имплантации зубов неблагоприятными анатомическими условиями являются дефекты альвеолярных отростков, обусловленные уменьшением расстояния от гребня альвеолярного отростка до верхнечелюстной пазухи на верхней челюсти и до нижнечелюстного канала на нижней челюсти. Это нередко возникает после удаления зубов и горизонтальной резорбции альвеолярных отростков, а также при выраженной атрофии беззубых отделов челюстей.

Одним из основополагающих факторов, обеспечивающих высокий эффект применения имплантатов, является правильное определение показаний к данному способу лечения. От того, насколько обоснованно выбрана имплантация как средство устранения имеющегося дефекта зубного ряда, изначально зависит успех лечения. Основываясь на литературные источники последних лет и на результаты собственных клинических исследований, пришли к выводу, что при планировании операции синус-лифтинга и внутрикостной имплантации для лечения вторичной адентии, предпочтительно метод компьютерной томографии как первичный рентгенологический метод. Так как, только тогда можно точно определить ширину альвеолярных отростков верхней челюсти, структуру и плотность кости, состояние перегородок в полостях, и в зависимости от структуры и состояния костной ткани точно определить место имплантации. Компьютерная томография обладает

рядом преимуществ перед обычным рентгенологическим исследованием, прежде всего высокой чувствительностью, что позволяет дифференцировать отдельные органы и ткани друг от друга по плотности в пределах 1-2%, тогда как на обычных рентгенограммах этот показатель 10-20%. Также она позволяет получить изображение органов и патологических очагов только в плоскости исследуемого среза, что дает четкое изображение без наложения выше- и нижележащих образований и дает возможность получить точную информацию о размерах и плотности отдельных органов тканей и патологических образований, что позволяет делать важные выводы относительно характера поражения.

Потеря зубов в боковых участках верхней челюсти вызывает пневматизацию и рассасывание кости в последующем. При атрофии же альвеолярной кости в боковых участках верхней челюсти имплантация практически невозможно. Только благодаря пластике дна верхнечелюстной пазухи, позволяющие воссоздать нормальные анатомические условия, стало возможным устранение дефектов зубного ряда с использованием имплантатов у пациентов с сильной атрофией дистальных участков верхней челюсти. Цель этой операции – формирование достаточной высоты и объема альвеолярной кости при подсадке остеопластических материалов, и создание нормальных анатомических условий для проведения имплантации.

В нашей практике используем метод пьезохирургии, который радикально упрощает операцию синус-лифтинга. Операции выполнялись с использованием хирургического устройства – «VarioSurg 3» фирмы NSK. Создание окна на наружной стенке гайморовой пазухи методом пьезохирургии происходит за счет пьезоэлектрической кавитации и избирательной резки. При этом кость поддается резке очень быстро, без повреждения мягких тканей. Поднятие дна гайморовой пазухи выполнялось с использованием специальных пьезоэлектрических насадок для синус-лифтинга под постоянным охлаждением физиологическим раствором.

С целью заполнения костных пространств, образованных в результате вмешательства при синус-лифтинге использовались различные материалы для костной пластики. Положительные результаты были получены при использовании аутокости в сочетании с ксенопластическими биоматериалами «Bio-Oss» и «Bio-Gide» фирмы «Geistlich». При этом применялась аутогенная костная ткань, взятая непосредственно из зоны вмешательства. Получение аутогенной костной ткани методом пьезо-хирургии атравматично. Таким образом, всё шире и смелее в амбулаторной практике применяются реконструктивно-восстановительные операции на челюстях, растет количество устанавливаемых дентальных имплантатов, расширяются показания к дентальной имплантации.