

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Умаров А. М., Алымбаев Р. С.

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И. К. Ахунбаева
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*

Резюме: в статье приведены основные технические моменты операции субпериостальной имплантации.

Ключевые слова: субпериостальная имплантация, атрофия, альвеолярный отросток, субпериостальный имплантат (СПИ).

THE SURGICAL REPORT OF OPERATION OF SUBPERIOSTEAL IMPLANTATION

Umarov A.M., Alimbaev R.S.

The resume: In article the basic technical moments of operation of subperiosteal implantation are resulted.

Keywords: subperiosteal implantation, atrophy, alveolar process, subperiosteal implant.

СУБПЕРИОСТАЛДЫК ИМПЛАНТАЦИЯСЫ ОПЕРАЦИЯСЫНЫН ТЕХНИК ПРОТОКОЛУ

Умаров А. М., Алымбаев Р. С.

Корутунду: бул макалада субпериосталдык имплантация методунун техникалык протоколу баяндалат.

Негизги сөздөр: субпериосталдык денталдык имплантанттар, атрофия, субпериосталдык имплантат (СПИ).

Введение. Основные трудности при восстановлении функциональных и эстетических параметров зубочелюстной системы с помощью имплантации возникают при дефиците костной ткани и атрофии альвеолярного отростка челюстей. Субпериостальная имплантация, по сути, является единственным методом выбора в таких клинических ситуациях [4,2]. Операция субпериостальной имплантации значительно сокращает сроки начала протезирования и снижает себестоимость лечения по сравнению с видами оперативных вмешательств, которые направлены на увеличение объема костной ткани челюстей для непосредственной или отсроченной эндооссальной имплантации [1,3].

Идею конструкции СПИ впервые предложил в начале 40-х годов прошлого столетия шведский стоматолог Н. Dahl. В дальнейшем накопленный клинический опыт показал неоспоримые достоинства субпериостальной имплантации. Вместе с тем, на сегодняшний день имеет место непонимание медицинской и технической сути метода субпериостальной имплантации, показаний и противопоказаний к использованию СПИ, а также особенностей конструкции и техники из-

готовления.

В статье мы указали лишь основные моменты проведения классической субпериостальной имплантации. Вопросы, касающиеся предоперационной подготовки, разновидностей операции субпериостальной имплантации в статью не включены.

Проведение субпериостальной имплантации требует высокого мастерства хирурга-стоматолога, зубного техника и тщательной предоперационной подготовки.

Классическая методика субпериостальной имплантации предусматривает двухэтапную операцию.

1 этап – это снятие слепка с поверхности челюстной кости. Премедикацию и обезболивание проводят по общепринятой схеме. Далее рассекается слизистая оболочка и надкостница до кости по гребню альвеолярного отростка в области концевой дефекта зубного ряда. После скелетирования альвеолярного гребня осуществляется визуальная оценка рельефа и структуры костной ткани в данной зоне, выявляются ишемизированные области, дефекты слизистой оболочки, уровень прикрепленной десны, участки алвео-

лярного отростка с истонченной кортикальной костью, области выхода сосудов и нервов. Определяется положение перекидных лент имплантата и головок. В соответствии с анатомо-топографическими условиями проецируется положение фиксирующих на костных крыльях имплантата, перфорационных отверстий. В области локализации перекидных лент на гребне альвеолярного отростка выполняются и пропилены глубиной 2 – 5 мм. Используя специальный шприц, вводим силиконовую массу по кругу под лоскутом и выдавливаем оттискной материал (рис. 1). Шприц улучшает адаптацию силиконовой массы к неровностям рельефа челюсти. Для снятия оттиска мы применяли специальную ложку (рис. 2) из перфорированной лабиальной пластинки, изготовленной из нержавеющей стали толщиной 0,5 мм.

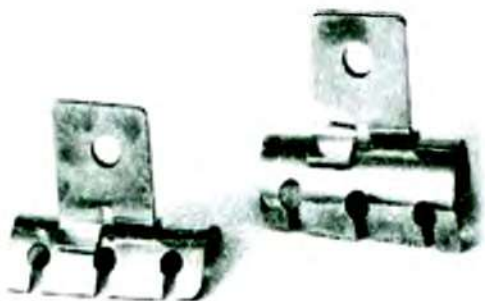


Рис. 1. Введенный силиконовой массы с помощью специального шприца

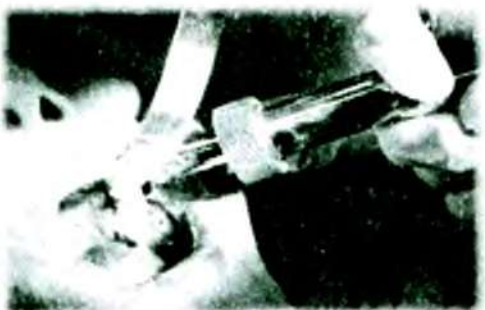


Рис. 2. Оттискная ложка из перфорированной лабиальной пластинки



Рис. 3. Снятие оттиска с помощью оттискной ложки



Рис. 4. Оттискный материал из поверхности кости

Лабораторный этап Оттиск промывается, отливается гипсовая модель. Карандашом зарисовывается конструкция имплантата, затем для изготовления восковой композиции берется аналог головки имплантата и устанавливается на гипсовую модель, определяется параллельность взаимоотношения опорных зубов и аналога. При этом имеется возможность выбора длины шейки и головки аналога. Применение аналогов значительно сокращает сроки лабораторного этапа изготовления СПИ. При этом мы также можем определять толщину и ширину лент, определить на модели способы и место фиксации а также степень выраженности кортикальной костной ткани (Рис 5)



Рис. 5. Аналог головки для лабораторного изготовления СПИ и планирование СПИ на гипсовой модели

Контур модели переводится в восковую структуру и затем отливается литевая конструкция СПИ и одновременно фиксирующие элементы в муфельной печи. После получения каркаса СПИ, он обрабатывается его мелкой фракцией в пескоструйном аппарате. Фрезами аккуратно убираются острые края имплантата, формируется отверстие для фиксации. Отверстие для фиксации можно формировать по перекидной или краевой ленте с неба и вестибулярной поверхности. После окончательной обработки (аппаратом химической полировки), определяется посадочный

диаметр фиксирующих элементов. Затем в специальном электролитном составе полируются каркас СПИ и элементы для фиксации. Заключительным этапом лабораторного этапа является стерилизация и пассивация.

2 этап – это подготовка челюстной кости к имплантации и собственно внедрение СПИ, который состоит из: опорной головки, перекидной ленты, опорной ленты, оральной и вестибулярной лент и имеет отверстия для фиксирующих элементов (рис. 6).

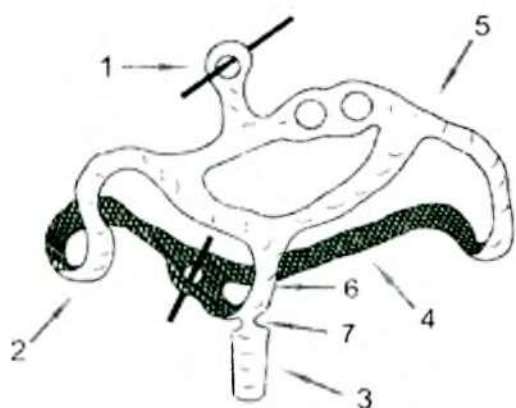


Рис. 6. Конструкция субпериостального имплантата: 1- отверстие для фиксирующего элемента, 2 – перекидная лента, 3 – головка СПИ, 4, 5 - оральная и вестибулярная ленты, 6 – опорная лента, 7 – шейка СПИ

Второй этап операции требует особого внимания к прилеганию каркаса СПИ к костной ткани альвеолярного отростка, соответственно направления и высоты головок имплантата, окклюзионным взаимоотношениям.

Специальным иглодержателем СПИ прикладывается на место его установки. Для установки СПИ на верхней челюсти рекомендуем применять специальный инструмент – импланто-удерживатель, на нижней челюсти – специальный фиксатор имплантата.



Рис. Импланто-удерживатель. В момент использования на верхней челюсти



Рис. Фиксатор имплантата. В момент использования на нижней челюсти

С помощью данных инструментов легко добиться прочной фиксации СПИ при ограниченном открывании рта и отрицательных углах тела челюсти. Фиксация СПИ играет большую роль в обеспечении стабильности самого имплантата и опирающегося на него зубного протеза. Мы рекомендуем анатомо-топографический и механический способы фиксации.



Рис. Установка имплантата и фиксация с помощью универсального имплантатовода



Рис. СПИ зафиксированный микро-винтом

После проверки фиксации имплантата на кости слизисто-надкостничные лоскуты укладываются на место, внимательно следя за тем, чтобы вся конструкция была надежно перекрыта слизисто-надкостничными лоскутами. Рана слизистой ушивается резорбируемым шовным материалом. Пациентам в послеоперационном периоде рекомендуется гипотермия по стандартной схеме на область операции в течение 6-8 часов (экспозиция 20 минут, через каждый час), медикаментозная терапия, включающая анальгетики, антигистаминные препараты, витамины, тщательная гигиена полости рта с использованием ополаскивателей и отваров трав. Швы можно снимать через 8-10 дней. К постоянному протезированию приступают после стабилизации имплантата.

Проведение субпериостальной имплантации требует высокого мастерства хирурга-стоматолога, зубной техника и тщательной предоперационной подготовки.

Литература

1. Кулаков А.А., Амхадова М.А., Хамраев Т.К. Хирургическая реабилитация пациентов со значительной атрофией верхней челюсти с применением субпериостальных имплантатов // Труды II Всероссийского конгресса по дентальной имплантологии. – Самара. – 2002. – С.70–72.
2. Лессовая И.Г., Российский П.В. Новые подходы получения оттисков с челюстной кости на хирургическом этапе субпериостальной имплантации у больных при полной адентии // Современная стоматология – 2009. – №2. – С.92–96.
3. Раздорский В.В., Котенко М.В., Макарьевский И.Г. Субпериостальная экспресс-имплантация в лечении пациентов с адентией челюстей // Клиническая стоматология. – 2010. – №1. – С.72–73.
4. Суров О.Н., Линков Л. Ренессанс субпериостальной имплантации // Новое в стоматологии. – 2009. – №1. – С.3–5.