

Увеличение ширины альвеолярного отростка (альвеолярной части) методом расщепления.

А.И.Жусев

Увеличение ширины альвеолярного отростка (альвеолярной части) методом расщепления.

Дентальная имплантация стала повседневной стоматологической дисциплиной, и все труднее найти клиники, где она не предлагалась бы, как один из вариантов лечения адентий. Вместе с тем, большую проблему для имплантологов представляют случаи дефицита костной ткани или ограниченные её объемы в местах предполагаемой имплантации.

Одним из наиболее частых ограничений при планировании операций дентальной имплантации является малая толщина альвеолярного отростка (альвеолярной части), при сохранившейся высоте. Часто эта толщина не превышает 2-4 мм, что фактически исключает, без предварительных костно-пластических операций, установку даже мини имплантатов.

Кроме того, в связи со значительной активизацией и успешностью работы ортодонтосв эта проблема только увеличилась. Сейчас ортодонты без особых проблем могут репозилировать зубы в правильное положение в зубном ряду освободив место для установки дентальных имплантатов, но при этом, как правило кость на этом фрагменте вытягивается теряя ширину.



Рис.1 При ортодонтическом раздвижении зубов, на освободившемся месте кость вытягиваясь, очень часто истончается.

Традиционно для решения этой проблемы использовали методику «костных блоков» перенесенных из донорских участков и зафиксированных путем наложения на кортикальную кость в месте дефицита. В отличие от этого методика увеличения ширины альвеолярного отростка (части) методом расщепления позволяет избежать забора аутокости и при этом используемый материал

помещается в глубину губчатого слоя кости, что в значительной мере улучшает перестройку и замещение материала костью.

Рассмотрим пошагово, на клиническом примере особенности данной методики.



Рис.2 Вид на альвеолярную часть нижней челюсти сразу, после откидывания слизисто-надкостничных лоскутов.



Рис.3 Проводится вертикальная остеотомия при помощи тонких фрез Линдемана или аппарата Piezosurgery. Длина томируемого сегмента определяется количеством и размером имплантатов, которые в последствие предполагается установить. Глубина распила должна быть больше длины имплантата не менее чем на 2-3 мм.



Рис.4 В переднем отделе делаем дополнительный вертикальный пропил, полностью соединяющийся с продольным пропилом. Затем в продольный пропил легкими поступательными движениями вводится специальное долото. При его отсутствии можно воспользоваться прямым элеватором, но при этом продвижение инструмента вглубь кости должно быть более осторожным, во избежание отлома костного фрагмента.



Рис.5 При расщеплении на нижней челюсти, в силу её высокой минерализованности, кортикальный слой может растрескиваться по горизонтали или вертикали. В этом случае необходимо перейти к инструменту с более широкой рабочей частью и осторожно продвинув в кость глубже линии растрескивания осторожно продолжать разведение фрагментов на необходимую величину. Растрескавшиеся фрагменты ни в коем случае не надо доламывать и удалять! Если они все-таки отломились их можно попробовать закрепить при помощи микровинтов для остеосинтеза или измельчив использовать в качестве дополнения к остеопластическому материалу.



Рис.6 Все образовавшееся пространство восполняется остеопластическим материалом «Коллапан - Л». Очень важным фактором является поддержание кровоточивости в ране! Для обеспечения этого можно назначить пациенту за 30-40 минут до операции 500 мг растворимого аспирина.



Рис.7 Рана герметично ушита и дополнительно покрыта мазью «Солкосерил-Дентал». Надо рекомендовать пациенту начиная с дня операции наносить эту мазь на область швов 3-4 раза в день в течении 5-7 дней.



Рис.8 Через пол года после проведенной операции. Великолепно сформированная кость, отличной кондиции.



Рис.9 В области проведенного расщепления установлено три имплантата «Конмет» диаметром 4.0 мм.



Рис 10 Законченная, ортопедическая конструкция.

На верхней челюсти операция проводится таким же образом, но в силу большей пластичности кости в этой области, операция проходит значительно легче.



Рис 11 Уменьшение ширины альвеолярного отростка после ортодонтического лечения.



Рис.12 При расщеплении кости в области, ограниченной с обеих сторон живыми зубами, необходимо отступить от них на 1-2 мм внутрь.



Рис.13. Приподнятие томированного фрагмента. Слегка вращая долото то в одну, то в другую сторону плавно вводим его в глубину кости. Скорость продвижения вглубь надо соизмерять с податливостью косного фрагмента.



Рис.14 Вид приподнятой вестибулярной стенки.



Рис.15 Остеопластический материал всегда нужно укладывать в несколько большем объеме, чем тот, который вы желаете получить, т.к. в процессе перестройки кости и остеопластического материала общий объем всегда уменьшается.

Подводя итог вышесказанному, хочется отметить относительную простоту данной методики и ее высокую эффективность, а так же дать некоторые рекомендации общего характера. Т.к. операции подобного плана относятся к «условно чистым» операциям необходимо проводить антибиотикопрофилактику. Хорошие результаты дает следующая схема: за 30- 40 минут до операции пациент принимает 2 таблетки Амоксиклава по 625 мг (обильно их запивая) и 1 таблетку на ночь. Затем в течении еще двух дней по 1 таблетке два раза в день. Кроме того назначаются антигистаминные препараты например супрастин по 1-2 таблетки в день на такой же срок. Общие рекомендации сводятся к ограничению соленой и раздражающей пищи на 3-4 дня, ротовым ванночкам с хлоргексидином (удерживается в полости рта 30-40 секунд после каждого приема пищи в течении 3-5 дней). Кроме того необходимо посоветовать оберегать этот участок от давлений и травм, спать несколько дней на противоположной стороне, а так же воздержаться от посещений бань, саун, бассейнов на 7-10 дней.