

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Введение..... | 4 |
| Цель трансплантации..... | 4 |
| Показания для аутотрансплантации костных блоков из внутриротовых источников | 5 |
| Противопоказания к операции | 6 |
| Альтернативные методы восстановления объема костной ткани..... | 7 |
| Анатомия областей забора трансплантата | 7 |
| Обзор аппаратов и инструментов | 10 |
| Заключение | 20 |
| Приложения..... | 21 |
| Тестовые задания к учебному пособию | 25 |
| Ответы к тестовым заданиям..... | 26 |
| Список рекомендуемой литературы | 27 |

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы активно развивается стоматологическая помощь по восстановлению зубного ряда с опорой на имплантаты. Разнообразие систем имплантатов, используемых в нашей стране, стремительно растёт с каждым годом. Сегодня остеоинтеграция имплантатов не вызывает сомнения. Созданы дентальные имплантаты различного диаметра, длины, с разнообразной модифицированной поверхностью, всевозможными типами соединения имплантат-абатмент, дизайном пришеечной части, степенью агрессивности резьбы и другими индивидуальными особенностями, присущими имплантационным системам. Созданы короткие (от 6 мм) и тонкие (от 3 мм) разборные имплантаты. Но при всём многообразии имплантатов остаётся проблема создания условий для последующей имплантации, а также сохранения высоты тканей вдоль имплантата. В наши дни операции по увеличению объема костной ткани для последующей имплантации всё более широко используются в практике стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов. Предыдущее методическое пособие* освещало причины утраты и проблемы сохранения объема костной ткани альвеолярной кости стоматологических пациентов, перечень способов и методов восстановления утраченной костной ткани, давался обзор различных инструментов для данных операций.

Данное пособие позволит читателю более подробно познакомиться с методами забора аутокостного трансплантата в виде блоков из подбородочного отдела, области наружной кривой линии и ветви нижней челюсти с целью восстановления альвеолярной кости.

ЦЕЛЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Пересадка ауто трансплантата – это хирургическое вмешательство, направленное на получение объема костной ткани, достаточного для предполагаемой имплантации. Учитывая то, что рекомендованное расстояние от апикальной части имплантата до анатомического образования должно быть от 1,5 мм, а костной ткани, окружающей имплантат вдоль его тела, желательно иметь не менее 1,5 мм, размеры воспринимающей костной ткани даже в случае использования корот-

* Шаронов И.В., Васильев А.В. Общие принципы сохранения и восстановления объема альвеолярной кости для последующей дентальной имплантации. – СПб.: Человек, 2012.

кого или сверхтонкого имплантата должны быть от 7,5 мм по высоте (для 6 мм имплантата) и 6 мм по толщине (для имплантата диаметром 3 мм) (рис. 1).



Рис. 1

Кроме вышесказанного, существуют ситуации, когда объема костной ткани для установки имплантата достаточно, но его корональная часть и направление не позволяют создать протезную конструкцию с хорошей эстетикой ввиду неправильного позиционирования имплантата относительно желаемого расположения искусственной коронки (рис. 2).



Рис. 2

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНЫХ БЛОКОВ ИЗ ВНУТРИРОТОВЫХ ИСТОЧНИКОВ

Показанием для ауто трансплантации костных блоков является отсутствие возможности установки имплантатов соответствующих размеров в правильном положении, связанное с утратой значительного объема костной ткани, когда менее травматичные методы не могут быть использованы. Причины утраты костной ткани могут быть следующие: так, кортикальная пластинка, обращенная к преддверию (альвеолярные возвышения или наружные кортикальные пластины альвеол), подвергается быстрой резорбции в вертикальном направлении после экстракции зубов или при травматичном

удалении зуба. Также убыль костной ткани может быть связана с поражением пародонта или с ранее проводимым эндодонтическим лечением. Возможна утрата костной ткани в результате нанесенной травмы или ранее проводимого хирургического лечения (удаление образования). Иногда встречаются дефекты, появившиеся после неудачного лечения с использованием имплантатов.

Для проведения аутоотрансплантации костной ткани донорские участки должны иметь необходимый запас костной ткани, и анатомические образования, расположенные вблизи, не должны быть повреждены. Врач стоматолог-хирург в своей практике может рассчитывать только на внутриротовые источники аутоотрансплантатов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

Общие:

- сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда и период в 6 месяцев после него, ИБС с частыми приступами стенокардии, гипертоническая болезнь в стадии криза);
- острые заболевания внутренних органов (гломерулонефрит, панкреатит, гепатит);
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения);
- инфекционные заболевания (грипп, корь, скарлатина, дифтерия, ветряная оспа, дизентерия);
- поражения нервной системы (инсульты, менингиты, энцефалиты);
- болезни крови (гемофилия, лейкозы, тромбоцитопения);
- беременность;
- декомпенсированный сахарный диабет;
- прием бисфосфонатов.

Местные:

- очаги хронической инфекции;
- недостаток костной ткани в донорской зоне;
- близость анатомических образований (сосуды, нервы, корни фронтальной группы, рубцовые деформации слизистой оболочки в области предполагаемой костной пластики);
- ограничение открывания рта;

- различные заболевания слизистой оболочки полости рта (афтозный и герпетический стоматит, герпангина, гингивит и др.);
- расположение зуба в участке забора трансплантата;
- болезни аллергического генеза (аллергический хейлит, медикаментозный стоматит, синдром Лайелла);
- специфическая инфекция полости рта (туберкулез, актиномикоз челюстно-лицевой области, сифилитический шанкр);
- облучение или лучевая болезнь.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОБЪЕМА КОСТНОЙ ТКАНИ

Использование внеротовых источников для аутоотрансплантации, аллогенных трансплантатов, ксеногенных трансплантатов, аллопластических или синтетических трансплантатов, дистракционный метод, метод накладок с заполнением промежутков измельченным трансплантатом, «гаражная» техника, использование измельченного трансплантата в совокупности с каркасом из титановой сетки одновременно с установкой имплантата или без него. Пересадка трансплантатов в виде цилиндров разной высоты и диаметра, пересадка трансплантата в виде кольца с одновременной установкой имплантата. При достаточной высоте и ширине альвеолярной части или альвеолярного отростка более 4 мм возможны методики расщепления или раздвижения альвеолярной кости. В некоторых случаях вместо увеличения объема костной ткани может использоваться метод транспозиции (латерализации) нижнелуночкового нерва для создания места с целью установки имплантатов в правильном положении.

К внутриротовым источникам забора трансплантатов в виде блока относятся:

- дистальные отделы нижней челюсти: наружная косая линия, ветвь нижней челюсти;
- подбородочная область (симфиз) (см. приложение 3).

АНАТОМИЯ ОБЛАСТЕЙ ЗАБОРА ТРАНСПЛАНТАТА

Знание анатомии области забора трансплантата позволит врачу минимизировать возможные осложнения во время хирургического