



Профилактика резорбции костной ткани в периимплантатной зоне путем применения соединительно-тканного трансплантата на питающей ножке

Хазратов Алишер

Бекбутаев Фазлиддин

Одилов Баходир

Мустафаев Азиз

Самаркандский государственный
медицинский университет

Аннотация: В настоящее время при лечении больных пациентов с адентией используют дентальные имплантаты в качестве опор для ортопедических конструкций, замещающих собой отсутствующие зубы. Для успешной интеграции имплантатов и длительного их функционирования необходимо наличие достаточного количества костной ткани и мягких тканей в периимплантатной зоне. Таким образом недостаточный объем мягких тканей, по высоте и ширине, вокруг имплантатов создают неблагоприятные условия для длительного функционирования имплантатов, а также приводит к неудовлетворительным эстетическим результатам.

Вмешательства, направленные на увеличение объема мягких тканей, могут быть проведены перед установкой имплантатов, одновременно с имплантацией, в ходе второго хирургического этапа имплантации.

Наибольший интерес и сложность представляют сочетанные методики, а именно одномоментная имплантация, совмещенная с увеличением объема мягких



тканей над уровнем имплантата посредством работы с соединительно-тканными трансплантатами. Такие методики сокращают продолжительность и стоимость лечения, а также характеризуются меньшим дискомфортом для пациента.

Ключевые слова: Дентальная имплантация, вестибулопластика, переимплантатная буферная зона, соединительнотканый аутоотрансплантат, слизистая оболочка, профилактика, резорбция костной ткани.

Цель исследования. Создать необходимый уровень мягких тканей в периимплантатной зоне при одномоментной имплантации в боковом отделе верхней челюсти.

Материалы и методы. Пациентка Б., обратилась в стоматологическую клинику жалобами на затрудненное пережевывание пищи, связанное с расфиксацией мостовидной конструкции на верхней челюсти справа.

После удаления ортопедической конструкции было выявлено, что зуб 1.7 имеет показания к удалению (кариес корня, трещина в мезио-дистальной плоскости), зуб 1.6 отсутствует. Опорный зуб 1.5 в хорошем состоянии.

После изучения данных компьютерной томографии в позиции зуба 1.7 были выявлены противопоказания для установки обычного дентального имплантата непосредственно после удаления зуба. Не представлялось возможности достигнуть достаточной первичной стабилизации имплантата по следующим причинам:

1. Дно альвеолярной лунки прилегает непосредственно к верхнечелюстному синусу и достигнуть стабилизации имплантата за счет периапикальных тканей невозможно.
2. Установка имплантата в межкорневую перегородку невозможна. Высота перегородки 6 мм, толщина не превышает 2,5 мм.



3. Застабилизировать имплантат за счет стенок альвеолярной лунки, используя обычные имплантационные системы невозможно. Минимальный диаметр альвеолярной лунки 6 мм.

Таким образом в случае использования обычных имплантационных систем пришлось бы использовать методику отсроченной дентальной имплантации, что увеличивает сроки лечения (3 месяца) и количество оперативных вмешательств. В области адентии запланировали установить дентальный имплантат 0 5,5x10.

В позиции зуба 1.7 непосредственная дентальная имплантация с использованием специального дентального имплантата с широким профилем резьбы 0 7x10. Достаточную первичную стабилизацию запланировали достигнуть за счет апроксимальных стенок.

Для устранения дефицита мягких тканей после удаления зуба и увеличения объема десны (формирование тканевого барьера) запланировали использовать соединительно-тканый аутооттрансплантат с области неба на питающей ножке.

После завершения процесса остеоинтеграции установка формирователей десны.

Ортопедическая реабилитация с использованием индивидуализированных титановых абатментов.

В ходе хирургического вмешательства мы выделили несколько этапов:

1. Атравматичное удаление зуба 1.7
2. Формирование ложа под имплантат в позиции 1.6
3. Установка дентального имплантата в позицию зуба 1.6
4. Установка дентального имплантата в позицию зуба 1.7



За счет апроксимальных стенок была достигнута стабильность дентального имплантата в 15 Н/см.

5. Далее был осуществлен забор небного трансплантата на питающей ножке, после чего он был ротирован с перекрытием мягкотканного дефекта в области 1.7.

6. Спустя 10 дней сняли швы.

В постоперационном периоде назначали локальную гипотермию. Пациент получал комплексную противовоспалительную терапию, проводилась инсталляция полости рта 0,05 % раствором хлоргексидина биглюконата, обработка раны адгезивной мазью «Солклсерил-дента», прием мягкой и жидкой пищи в течение 10 дней. После эпителизации на десятые сутки после операции швы сняли. Через три месяца были установлены формирователи десны на дентальные имплантаты. Еще через месяц зафиксирована ортопедическая конструкция.

Результат. Послеоперационный период у данной пациентки протекал без осложнений. Через три месяца перед установкой формирователей десны была выявлена толщина слизистой оболочки над дентальными имплантатами 4 мм. При последующем клиническом наблюдении и рентгенологическом обследовании пациентки Б. отмечалось отсутствие признаков воспалительных явлений в области дентальных имплантатов, отсутствие их подвижности и подвижности ортопедических коронок, а также отсутствие клинических и рентгенологических признаков прогрессирующей резорбции костной ткани в области шейки имплантата. Исходя из этого, результаты лечения оценивались как положительные. Пациентка удовлетворена функциональными и эстетическими результатами лечения.

Выводы. Использованная методика проведения операции по одномоментной установке дентальных имплантатов в боковом отделе верхней челюсти и пластики мягких тканей соединительно-тканым трансплантатом на ножке позволяет:



1. Сократить количество оперативных вмешательств и сроки реабилитации пациентов.
2. Исключить травматизацию верхнечелюстной пазухи, избежав операцию синус-лифтинга.
3. Уменьшить риск возникновения периимплантита вследствие увеличения объема мягких тканей над уровнем дентальных имплантатов.

Список литературы:

1. Albrektsson T. The long-term efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria for success / T. Albrektsson, G. Zarb, P.Worthington et. al. // Int J Oral Maxillofac Implants. - 1986. - № 1. - P. 11-25.
2. Ericsson I. Radiographical and histological characteristics of submerged and nonsubmerged titanium implants. An experimental study in the Labrador dog /I.Ericsson, K.Nilner, B.Klinge et. al. // Clin Oral Implants Res. - 1996. -№ 7. - P. 20-26.
3. Ericsson I. Different types of inflammatory reactions in peri-implant soft tissues / I. Ericsson, L. Persson, T. Ber-glundh et. al. // J Clin Periodontal. - 1995. - № 22. - P. 255-261.
4. Garguilo A. Dimensions and relation at the dento-gingival junction in humans / A. Garguilo, F. Wenz, B. Orban // J Periodontal. - 1961. - № 32. - P. 261-267.
5. Sicher H. Changing concepts of the supporting dental structure /H. Sicher // Oral Surg Oral Med Oral Pathol 195. -№ 12. - P. 31-35.
6. Ingberg J. The «biologic width» - A concept in periodontics and restorative dentistry / J. Ingberg, L. Rose, J. Coslet // Alpha Omegan. - 1977. - № 70. - P. 62-65.



7. Цур О., Хюрцер М. Пластическая и эстетическая хирургия в пародонтологии и имплантологии. Микрохирургический подход. - М.: Азбука стоматолога, 2014. - С. 19.
8. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. - М.: Азбука стоматолога, 2004. - С. 65.
9. Berglundh T. Dimensions of the periimplant mucosa. Biological width revisited / T.Berglundh, J. Lindhe // J Clin Periodontal. - 1996. - № 23. - P. 971-973.
10. Палаччи П. Пластика мягких тканей в области имплантатов // Пародонтология и реставрационная стоматология. - 2012. - С. 161-197.
11. Фуркатов, Ш., Хайдаркулов, И., Нарзиев, И., & Аъзамкулов, А. (2024). ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ПАРОДОНТА: ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА АБУ АЛИ ИБН СИНО. SAMARALI TA'LIM VA BARQAROR INNOVATSIYALAR JURNALI, 1(6), 574-581.
12. Akmal o'g'li J. E., Umar o'g'li B. X. The Use of a Composite Synthetic Osteoplastic Substitute to Increase the Volume of the Alveolar Bone of the Jaws Before Dental Implantation //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 358-362.
13. Furkatov S. F., Khazratov A. I. THE CONSEQUENCES OF THE DILIGENCE OF THE SLAVIC EMOLLIENT FOR REPARATION PROSTHESES ASEPT PARODONTAL //Молодежный инновационный вестник. – 2023. – Т. 12. – №. S2. – С. 467-470.
14. Исматов Ф. А., Мустафоев А. А., Фуркатов Ш. Ф. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ АНТИВОСПОЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИЗЛЕЧЕНЬЕ



ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО АЛЬВЕОЛИТА //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 1. – №. 12. – С. 49-57.

15. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Furkatov Sh, F., Muxtorov, A. A., & Ziyadullaeva, M. S. (2023). Clinical and radiological characteristics of periodontic interweaves in patients with chew recession. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 11, 36-41.

16. Фуркатов Ш. Ф., Хатамова М. А. ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ НЕСЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ //АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ. – 2023. – С. 814-820.

17. Rizaev, J. A., Rustamova, D. A., Khazratov, A. I., & Furkatov, S. F. (2022). The need of patients with systemic vasculitis and coronavirus infection in the treatment of periodontal diseases. Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny), 25(4), 40-45.

18. Bekmuratov L. R. et al. Cardiovascular diseases in patients with diabetes mellitus //Ta'lim va rivojlanish tahlili onlayn ilmiy jurnali. – 2023. – Т. 3. – №. 1. – С. 193-198.

19. Akmal o'g'li J. E., Umar o'g'li B. X. Radiation Research Methods as a Criterion For Assessing the Quality of Osteoregenerative After Sinus Lift //Best Journal of Innovation in Science, Research and Development. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 920-923.

20. Исхакова, З. Ш., Исхакова, Ф. Ш., Нарзиева, Д. Б., Абдуллаев, Т. З., & Фуркатов, Ш. Ф. (2023). Использование остеогенного материала для замещения полостных дефектов челюстей. Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences, 2(15), 43-48.