

П.В. Іщенко, А.В. Борисенко

Застосування субперіостальної імплантації в сучасній стоматології

Актуальність протезування незнімними конструкціями-зостається доволі високою. Дуже часто пацієнти, в яких втрачена більша частина зубів, перенесли вже чимале хірургічне втручання. У багатьох не стало зубів через дистрофічний або запальний процес у кістці (пародонтоз, пародонтит). Тобто кістка вже «спровокована» і знаходиться у стадії стабілізації.

Так, є ендосальні конструкції імплантів. Але для відновлення цілісності й функціональності зубного ряду існує потреба в їх великій кількості. При цьому треба «непокоїти» слизову та кістку. Та не завжди об'єм кістки дозволяє це зробити. Треба вдатись до додаткової операції для збільшення об'єму кістки.

Ми пропонуємо в даному випадку субперіостальну імплантацію. Так, саме субперіостальну імплантацію. По-перше, це індивідуальний підхід, по-друге – не «комерційний» і головне – не треба «турбувати» кістку.

Ми розробили сучасні субперіостальні конструкції імплантів з титану марок ВТ-1, ВТ-2, ВТ-6 у залежності від навантаження на опори та «провокування» інтерфейса (протезного ложа). Ми враховуємо силу жування в залежності від статі, звичок жування, отриманих у процесі життя, й таке інше.

Конструкції запатентували та отримали дев'ять патентів України. Дані конструкції мають строк спостереження від одного до дванадцяти років при відсутності невдач.

Малося 2 % випадки переімплантації 100 пацієнтів, набраних для дослідження даної проблеми, з подальшим

позитивним результатом і позитивною ортопедичною реабілітацією за допомогою незнімних конструкцій.

Переваги протезування за допомогою субперіостальних імплантів досліджувала у групі порівняння із внутрішньокістковими імплантатами за показниками: ІГ, РМА, дослідження мікрофлори порожнини рота, показники денситометрії, коефіцієнт деструкції площі кістки, лазерна доплерівська флоуметрія «спровокованої» ділянки.

Оперативне втручання проводилось у два етапи.

Перший етап – отримання кісткового ложа для моделювання імплантату.

Другий етап – це установка виготовленого (змодельованого та відлитого) субперіостального імплантату.

Система 3D-моделювання не застосовувалась, тому що в деяких випадках складно оперативно «розкритись» у визначених ділянках, де були рубцеві зміни від попереднього оперативного втручання. Як наслідок, були складності з установкою каркасу імплантату на ложе.

Після установлення, на опори імплантату встановили оклюзійні фрагменти у вигляді ковпачків, виготовлених з моделювальної пластмаси. Це дає пацієнту можливість відразу відчувати антогонуючий ряд (дотик) і при цьому не виготовляти тимчасовий протез у повному обсязі. А для субтотальної конструкції імплантату це ще й майбутня висота протеза, що дуже важливо для нормального функціонування СНЩ суглоба.

Остаточний вибір конструкції та протезування проводились після оглядової рентгенограми або 3D-дослідження через 2,5–3 місяці.

П.В. Іщенко – канд. мед. наук, доцент. Україна.

А.В. Борисенко – д-р мед. наук., професор. Україна.

НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ • НОВИНИ

ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АДГЕЗИВ, ЗАЩИЩАЮЩИЙ ЭМАЛЬ ОТ КАРИЕСА ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ БРЕКЕТОВ

Исследователи из Лондонского университета королевы Марии разработали ортодонтический адгезив для фиксации брекетов, имеющий защитное действие против кариеса. Как правило, после установки брекетов на соседних участках эмали образуются белые пятна, свидетельствующие о начале кариозного процесса. Согласно мета-анализу 2015 года, в 70 % случаев у пациентов с брекетами появляется кариес в форме мелового пятна.

Медленное разрушение эмали происходит вокруг фиксатора брекета, где часто накапливается бактериальный налет. Брекеты сложно полностью очищать от налета и остатков пищи, потому что они состоят из множества металлических деталей и проволоки. В результате лечения у пациента будет выровнен зубной ряд, но с большой вероятностью на эмали появится кариозная пигментация, что, разумеется, не придает человеку уверенности. Чтобы избавиться от белых пятен требуется месяцы, а иногда годы.

Новый биоактивный ортодонтический адгезив отличается от обычного стоматологического тем, что постепенно выпускает молекулы фтора, кальция и фосфора, насыщая эмаль фторapatитом. Фторapatит способствует реминерализации соседних участков зуба, а также подавляет скопление налета вокруг брекетов. Тем самым существенно снижается риск образования меловых пятен на эмали.

www.dentalexpert.com.ua