

УДК 616.716.1-073.7:617.528

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АТРОФИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Р.С. Алымбаев, К.К. Коомбаев, А.Р. Шайымбетова

Проведены клинико-рентгенологические исследования атрофии верхней челюсти. Получены сравнительные размеры высоты челюстной кости на беззубых участках верхней челюсти по результатам собственных клинических исследований.

Ключевые слова: реконструкция альвеолярной кости; атрофия.

CLINICAL AND X-RAY EXAMINATION OF MAXILLARY ATROPHY

R.S. Alymbaev, K.K. Koombaev, A.R. Shaiymbetova

The paper considers clinical and radiographic study of maxillary atrophy. The comparative height dimensions of the jawbone in the edentulous areas of the maxilla on the results of its own clinical trials are received.

Keywords: reconstruction of alveolar bone; atrophy.

Одной из основных проблем хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии является восстановление костных структур, утраченных в результате атрофий, травм, операций и т. д. Восстановление или сохранение анатомической целостности и функции костей верхней и нижней челюстей является основной целью хирургического замещения костных дефектов.

Реконструкция альвеолярной кости при проведении стоматологического и имплантологического лечения представляет собой непростую задачу для хирурга. Времена, когда недостаточный объем кости являлся противопоказанием к установке имплантатов, уже прошли [1].

В настоящее время имплантация у пациентов с достаточным объемом костной ткани характеризуется предсказуемыми результатами и высокой приживаемостью имплантационных материалов.

Однако при недостаточном количестве или низкой плотности кости у пациентов с полной или частичной адентией наблюдается высокий уровень несостоятельности имплантатов, особенно в боковых отделах верхней челюсти. А.С. Иванов (1976), изучая анатомо-топографические особенности альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей установил, что изменение толщины альвеолярного отростка верхней челюсти в области верхушек корней коренных зубов не зависит от пола и возраста. Так, на уровне верхушек корней премоляров справа и слева наименьшее среднее значение (X) составляет $9,5 \pm 0,2$ мм у мужчин и $11,5 \pm 0,5$ мм –

у женщин. На уровне корней первых моляров толщина альвеолярного отростка имеет наибольшее среднее значение $13,2 \pm 0,7$ мм у мужчин и $14,8 \pm 0,8$ мм – у женщин. На уровне третьего моляра толщина альвеолярного отростка в среднем меньше, чем у первого моляра на 2–4 мм [2].

Расстояние между верхушками щечных корней коренных зубов и дном верхнечелюстной пазухи больше слева, особенно на уровне первого премоляра; в среднем оно равно 7,4 мм и колеблется от 1,2 до 9,7 мм. Затем расстояние между верхушками корней зубов и дном верхнечелюстной пазухи постепенно уменьшается и на уровне второго премоляра составляет в среднем 4,6 мм (изменяясь от 0,3 до 11,0 мм). На уровне медиального щечного корня первого моляра это расстояние равно 4,5 мм, у дистального корня – 3,8 мм (колеблется от 0 до 11,3 мм); на уровне щечных корней второго моляра – соответственно 4,2 и 3,6 мм. С правой стороны на верхней челюсти расстояние между верхушками щечных корней зубов и дном верхнечелюстной пазухи меньше. Верхушка небного корня первого правого моляра расположена ниже дна верхнечелюстной пазухи на 2,0 мм (колеблется от 0,1 до 3,0 мм); верхушка второго моляра – на 3,6 мм (колеблется от 0,1 до 5,4 мм); верхушка небного корня первого премоляра – на 3,3 мм (колеблется от 0,1 до 11,5 мм) [2].

Вне сомнения, недостаточная высота и ширина кости являются веским противопоказанием для внутрикостных, корневидных имплантатов. Это все чаще встречающееся обстоятельство, которое

ранее рассматривалось как обычная, возрастная атрофия челюстных костей, сегодня считается, как нам известно, следствием удаления зубов. Экстракция всегда влечет за собой уменьшение оставшегося челюстного отростка. Статистически выявлено, что эта атрофия за короткий промежуток времени от 2 до 3 лет ведет к потерям кости от 40 до 60 % и прогрессирует со скоростью от 0,25 до 0,5 % в год [3, 4].

Цель исследования – клинично-рентгенологическое обоснование дефектов и атрофии челюстных костей.

Материал и методы исследования. В период с 2012 по 2014 г. в клинику обратились 82 пациента с различными дефектами частичной и полной потери зубов, у которых были абсолютные показания к изготовлению съемных и несъемных ортопедических конструкций. В объем обследования включались: сбор анамнеза, общий осмотр, обследование полости рта, инструментальное обследование пораженных зубов и беззубых отделов альвеолярных отростков, изучение диагностических моделей челюстей, рентгенологические методы обследования. По предварительным результатам обследования выявлено 24 пациента с частичной вторичной адентией, сопровождающейся атрофией челюстных костей.

Нами изучены дистальные сегменты верхней челюсти, а именно: высота от дна гайморовой пазухи до вершины альвеолярной кости в области 14–17 и 24–27 отсутствующих зубов у 24 пациентов на ортопантомограммах пациентов (рисунок 1). Среднее значение высоты альвеолярной кости вышеуказанных зубов можно посмотреть на графике (рисунок 2). Из графика видно, что наибольшая атрофия приходится на 16-й, 17-й и 26-й, 27-й зубы, где средние значения высоты кости составили 4,92–5,98 и 5,17–6,15 мм, соответственно. Наибольший уровень высоты альвеолярной кости имеется в области 14-го и 24-го зубов, среднее значение их высоты составило 11,25 и 11,58 мм.

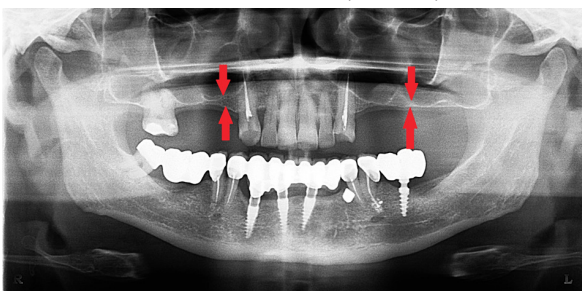


Рисунок 1 – Определение высоты дистальных отделов верхней челюсти от дна гайморовой пазухи до высоты альвеолярной кости на панорамном снимке

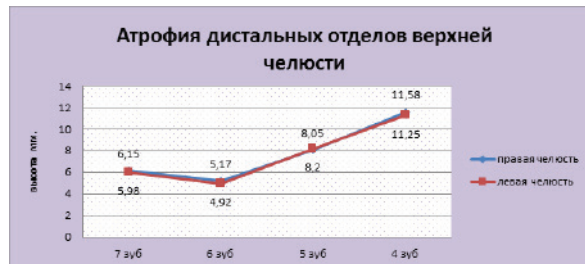


Рисунок 2 – Изменение высоты альвеолярной кости на верхней челюсти дистальных сегментов

Результаты и их обсуждение. Таким образом, из графика видно, что в первую очередь идет атрофия дистальных отделов верхней челюстей, начиная с 16-го, 26-го зубов и заканчивая 14-м, 24-м зубами. В порядке убывания это выглядит следующим образом: 16-й, 17-й, 15-й, 14-й зубы на правом сегменте и 26-й, 27-й, 25-й, 24-й зубы на левом сегменте. Из вышеперечисленного можно сделать следующие клинические выводы. Это:

- плохое эндодонтическое лечение;
- сопровождение воспалительных и одонтогенных процессов, кисты, гранулемы в челюстно-лицевой области;
- травматичная экстракция зубов;
- несвоевременное протезирование, длительное ношение съемных протезов, что приводит к сужению и атрофии (редуцированию) альвеолярных отростков, а также ошибки ортопедического лечения;
- сопутствующие хронические заболевания (сахарный диабет, сосудистые, онкологические заболевания и т. д.).

Литература

1. Алымбаев Р.С. Применение внутрикостных имплантатов в амбулаторных условиях: учебное пособие / Р.С. Алымбаев, Т.Т. Сельпиев, П.Т. Жолуева и др. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2013. С. 109.
2. Иванов А.С. Основы дентальной имплантологии: учебное пособие / А.С. Иванов. 2-е изд., стереот. СПб.: СпецЛит, 2013. 63 с.
3. Нуриддинов Р.М. Влияние наночастиц серебра и меди на костную ткань альвеолярного отростка после удаления зуба и одномоментной имплантации / Р.М. Нуриддинов, М.Д. Сманалиев, Р.С. Алымбаев // Матеріали V Українського міжнародного конгресу “Стоматологічна імплантація. Остеоінтеграція”. Київ, 2012. С. 128–131.
4. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики: науч.-практ. пособие // В.Л. Параскевич. Минск: ООО “Юнипресс”, 2002. 368 с.: ил.