

6. Ehmer U., Tabanci J. // Fortschr. Kieferorthop.— 1990.— Bd. 51, N 4.— S. 208—212.
7. Farmand M. // Fortschr. Kieferorthop.— 1988.— Bd. 49, N 1.— S. 56—61.
8. Hürzel H. C. // Fortschr. Kieferorthop.— 1972.— Bd. 33, N 2.— S. 213—220.

Некоторые аспекты работы отделения стоматологической имплантологии

Е. А. Вайнштейн, Л. П. Мальчикова, В. В. Ребров,
М. Е. Шимова, Л. В. Матвеев
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Негативное отношение стоматологов к оральной внутрикостной имплантации сменилось в настоящее время возрастающим интересом и желанием большого количества врачей заниматься устранением дефектов зубных рядов (ЗР) с применением имплантатов. Подобное наблюдалось в 60—70-е годы нашего столетия, когда неоправданно широкое развитие в стране получила трансплантация зубов. Высокий процент послеоперационных осложнений, связанных с недостаточной теоретической и практической подготовкой стоматологов-хирургов, привел к полной дискредитации метода.

Стоматологическая имплантология имеет два аспекта. Первый (общий) относится к трансплантологии, когда необходимо решить проблемы депрессии и коррекции иммунитета для уменьшения опасности отторжения имплантатов. Второй аспект (частный) — совокупность вопросов, которые могут быть разрешены совместными усилиями хирурга и ортопеда-стоматолога. В течение 2,5 лет мы занимались решением некоторых из них. Освоение имплантации мы начали с организации специализированного отделения, в котором наряду с врачами-стоматологами и зубным техником работает врач-лаборант, умеющий проводить клинические, биохимические и иммунологические анализы. В настоящее время закончено лечение более 200 пациентов с дефектами ЗР различной этиологии и локализации. Имплантацию проводили спустя 9—12 мес. после удаления зубов. Показаниями к операции служили: отсутствие одного зуба во фронтальном отделе ВЧ, включенные дефекты 3 и более

зубов, концевые дефекты ЗР, беззубые челюсти. Противопоказания делили на общие и местные. К общим относили: туберкулез, ревматизм, сахарный диабет, болезни кровеносных органов, заболевания центральной и периферической нервной системы, онкологические заболевания, заболевания костной системы с поражением ее регенеративной способности; к местным — бруксизм, заболевания ВНЧС, стоматиты, пародонтит, предраковые заболевания СО [3].

Перед операцией по диагностическим моделям, рентгенограммам, результатам пальпации и зондирования слизисто-надкостничного слоя определяли место введения имплантата. Если ширина АО была не меньше 5—7 мм, а высота его до нижней стенки верхнечелюстной пазухи или верхней стенки нижнечелюстного канала — больше внутрикостной части имплантата, приступали к операции. С самого начала внедряли в практику различные по форме и размерам разновидности эндооссальных имплантатов, так как применение даже наиболее современных конструкций типа «Bonelit», «IMZ» и «Брэн-марк» вынуждает подбирать «больного под имплантат», а не наоборот. Первые попытки замещения концевых дефектов ЗР НЧ были связаны с применением якорных имплантатов [4]. В последующем для замещения концевых дефектов мы использовали стандартный набор инструментов и пластиночных имплантатов [5].

Операция создания ложа под имплантат при помощи боров оказалась травматичной, длительной по времени и не позволяла сформировать его в строгом соответствии с конфигурацией и размерами имплантата. Мы разработали дисковую пилу, при помощи которой в течение нескольких минут удавалось создать необходимое ложе с учетом натяга (для ВЧ — 0,15—0,17 мм; НЧ — 0,1—0,13 мм), а время проведения всей операции сократить до 15—20 мин. Вскоре был выявлен еще один недостаток стандартных пластиночных имплантатов. Жесткая фиксация на фосфат-цемент мостовидного протеза с опорой на зуб пациента и имплантат приводила к потере имплантата при необходимости снятия протеза для лечения опорного зуба или окружающей его СО. В этой связи внекостную часть имплантата снабдили резьбой и конусом для укрепления протеза, что позволило использовать имплантат для повторного ортопедического лечения. Для замещения дефекта ЗР при отсутствии од-

ного зуба во фронтальном отделе ВЧ успешно применяли резбовые цилиндрические имплантаты из монокристаллического сапфира с проведением одноэтапной методики [1].

Значительные трудности мы встретили при необходимости лечения полной адентии. Невозможность использования передовых зарубежных технологий из-за финансовой несостоятельности медицинских учреждений, отсутствия отечественных имплантатов и инструментов для проведения операций по двухэтапной методике заставила нас совместно с КПЦ «Прецизион» заняться их разработкой и изготовлением.

Практика применения собственных внутрикостных цилиндрических резбовых имплантатов, изготовленных из титана марки ВТ1-О, показала невозможность их дальнейшего использования из-за высокого процента (до 50 %) отторжения последних.

В связи с этим был начат поиск керамики в качестве основы для последующего плазменного напыления гидроксилатапата, который, как и трикальцийфосфат, является биоактивным материалом и соединяется с костью по типу периодонтальных связок [2]. Применяли керамику из диоксида циркония и поликристаллического корунда. Токсикологическое и гистологическое исследования керамики свидетельствуют об абсолютной безвредности ее и возможности взаимодействовать с костью по типу анкилоза.

Предварительные результаты применения в клинике керамических внутрикостных имплантатов, изготовленных при нашем участии ТОО «Цирко» и ИЧП «Силитех», обнадеживают. Второй этап исследования (напыление гидроксилатапата) планируется на 1994 г.

Таким образом, в настоящее время возможно с удовлетворительными результатами лечение только включенных и концевых дефектов ЗР при помощи пластинчатых имплантатов из титана и резбовых сапфировых. Все остальные методики требуют дальнейшего совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинов Л. А. Сапфировые стоматологические имплантаты.— Харьков, 1989.— 16 с.
2. Миргазизов М. З., Поленичкин В. К., Гюнтер В. Э.,

Итин В. И. Применение сплавов с эффектом памяти формы в стоматологии.— М., 1991.— С. 94—112.

3. Нидердельман Х. // Новое в стоматологии.— 1993.— № 2.— С. 36—43.

4. Branemark P.-I. // J. Prosth. Dent.— 1983.— Vol. 50.— P. 399—410.

Роль протезного налета в возникновении явлений воспаления слизистой оболочки протезного ложа и непереносимости акриловых протезов

С. Е. Жолудев, С. И. Козицына
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Во время пользования акриловыми протезами в микропоры, имеющиеся на поверхности, попадает слюна. Проникая в материал протеза, ротовая жидкость приводит к растрескиванию полимера и образованию крупных пор, если при изготовлении на базисах имелись дефекты. Наличие шероховатости на поверхности протезов и пористость могут способствовать проникновению микроорганизмов в базис и образованию на поверхности налета. Исследованиями доказано проникновение микроорганизмов на глубину до 1 см.

По мере привыкания к протезам пациенты начинают небрежно относиться к соблюдению гигиенических правил, поэтому при длительных сроках пользования происходит увеличение общего микробного числа. Во время приема пищи под базис протеза попадают ее остатки, и при недостаточной чистке протезов на ней начинает образовываться мягкий налет, который является хорошей питательной средой для микроорганизмов. Исследования, проведенные с использованием электронной микроскопии, показали, что налет на протезах имеет такой же состав, что и зубной налет. Особенно много налета скапливается в труднодоступных для чистки участках протезов. Повышенная температура под базисом протеза, влажная среда, остатки пищи создают все условия для увеличения количества гриба *Candida alb.* и продуктов его метаболизма. Смещение равновесия и увеличение количества патогенного гриба может быть следствием применения пациентами различных