

річного віку дефекти зубних рядів діагностовано у 91,75% обстежених, а у 60 річних і старше 94,6% пацієнтів мали дефекти зубних рядів.

Двосторонні кінцеві дефекти зубних рядів (I клас за Кеннеді) на верхній щелепі мали 5,23% пацієнтів і 6,8% - на нижній щелепі. Односторонні кінцеві дефекти зубних рядів (II клас за Кеннеді) виявлено у 11,5% пацієнтів на верхній щелепі і у 14,2% - на нижній щелепі. Найбільше було пацієнтів з одностороннім включеним дефектом у бічному відділі зубного ряду (III клас за Кеннеді): 46,83% осіб з дефектом на верхній щелепі і 40,9% осіб з дефектом на нижній щелепі. Кількість пацієнтів з включеними дефектами зубних рядів переднього відділу (IV клас за Кеннеді) як на верхній так і на нижній щелепі було приблизно однакова, відповідно 0,9% осіб і 0,8% осіб.

Таким чином, з віком збільшується кількість пацієнтів які потребують заміщення дефектів зубних рядів, особливо з одностороннім включеним дефектом зубного ряду у бічній ділянці, що часто є причиною вторинних деформацій зубних рядів і вимагає тривалої реабілітації таких пацієнтів.

Міщенко О.М., Рябокони Є.М.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АДЕНТИЄЮ В УМОВАХ ДЕФІЦИТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В БІЧНИХ ВІДДІЛАХ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

Запорізький Державний Медичний Університет

Харківський Національний Медичний Університет

Актуальність: Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є протезування хворих зі значною або нерівномірною атрофією кісткової тканини альвеолярного гребеня після часткової або повної втрати зубів. З впровадженням в клінічну практику методу спрямованої регенерації кісткової тканини шляхом імплантації біокомпозиційних матеріалів в ділянку атрофії кісткової тканини, вдається отримати найбільш високі результати реабілітації таких хворих.

Мета роботи: Вивчення клінічного досвіду аугментації синтетичного матеріалу на основі гідроксилапатиту та трикальційфосфату в ділянку верхньощелепного синуса.

Матеріали і методи дослідження: З метою створення умов для прискорення процесів остеогенезу було запропоновано багато остеопластичних матеріалів органічного та неорганічного походження. Однак на практиці використання аутоканин пов'язане з певними труднощами, пов'язаними з ризиком інфікування їх під час забору, недостатнім обсягом матеріалу для подальшого заповнення дефекту, нанесенням хворому додаткової травми. В даний час в якості альтернативи використанню аутокістки застосовуються синтетичні біокомпозиційних матеріали імпортного та вітчизняного виробництва, що володіють остеокондуктивними і остеоіндуктивними властивостями.

Проведено аналіз клінічних результатів синусліфтингу із застосуванням наноструктурованої кераміки на основі гідроксилапатиту та трикальційфосфату. Оцінювали якісну характеристику кістки за результатами комп'ютерної томографії та вимірювання показників торки при препаруванні кістки.

Результати: Нами накопичено досить багатий досвід проведення операції синусліфтинг із застосуванням наноструктурованої пористої кераміки на основі ГАП і ТКФ з розвиненою градієнтною структурою поверхні. При швидкому розчиненні фази ТКФ, зберігається каркас з ГАП, при цьому збільшується його пористість, що призводить до збільшення площі контакту з кістковими клітинами. Цей процес поліпшує протікання регенерації кісткової тканини. Характерним для даного матеріалу є відсутність реакцій з боку слизової гайморової пазухи і слизистонадкістничного клаптя, а так само висока щільність новоствореної кісткової тканини в порівнянні з кісткою реципієнтної зони.

У той же час при проведенні імплантації в терміни від 6 до 8 місяців з моменту проведення синусліфтинг часто доводиться стикатися з недостатньо організованим регенерату безпосередньо в центрі аугментата. Ймовірно, це обумовлено великим обсягом введеного в пазуху матеріалу (2-3 см.куб.). При наявності інтенсивно кровотока фіксованого регенерату в центрі його щільнісні характеристики не завжди задовільняли вимогам первинної фіксації імплантату, а торк при препаруванні був нижче 32 Н / см.

Як вирішення цієї проблеми ми використовували імплантат Zircon Prior Ferox з двухзахідної макрорізбою в основній і чотирьохзахідної мікрорізбою в пришийковій частини при збереженому кроку різби. Конденсаційний ефект такої конструкції імплантату дозволяв проводити його інсталяцію на зусиллі 35-40 Н., що забезпечувало необхідний клінічний результат.

Висновки:

Застосування для аугментації в ділянці верхньощелепного синуса матеріалів на основі гідроксилапатиту та трикальційфосфату забезпечує отримання щільного організованого регенерату із збереженням заданого обсягу за відсутності реакцій з боку слизової гайморової пазухи. При наявності 3-4 типу кістки в реципієнтній зоні доцільно застосування імплантата запропонованої конструкції типу Zircon Prior Ferox.

Міщенко О.М., Чертов С.О., Возний О.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПІВ З'ЄДНАННЯ ІМПЛАНТАТУ З АБАТМЕНТОМ.

Запорізький Державний Медичний Університет

Актуальність: За останні десятиліття запропоновано велику кількість систем дентальних імплантатів. В основному імплантати представлені двоетапними системами, що має на увазі під собою кілька елементів в конструкції, а саме: імплантат, абатмент, фіксуючий гвинт (всі три елементи в сукупності