

**Э. С. Темкин, Л. Г. Дорожкина, А. А. Терновой**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра терапевтической стоматологии;  
Стоматологическая клиника «Премьер»

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА**

УДК 616.314-089.843

Одним из главных факторов комфортности пациента со значительной атрофии челюсти, является рациональная ортопедическая конструкция, позволяющая пережевывать пищу не причиняя значительного дискомфорта пациенту, что добиться с помощью съемных протезов на челюстях со значительной атрофией практически невозможно. Мы показали вариант восстановления жевательной эффективности с помощью несъемной ортопедической конструкции на базальных имплантатах с немедленной нагрузкой.

*Ключевые слова:* значительная атрофия челюсти, базальная имплантация, немедленная нагрузка.

**E. S. Temkin, L. G. Dorozhkina, A. A. Ternovoy**

## **RESTORATION OF MASTICATORY FUNCTION IN PATIENTS WITH ATROPHY OF BONE TISSUE OF THE ALVEOLAR PROCESS**

One of the factors contributing to discomfort experienced by certain patients with pronounced jaw bone atrophy is an irrational orthopedic design which does not allow them to chew food. The article demonstrates the functional advantage of immediate loading basal implants in restoring the masticatory function.

*Key words:* pronounced jaw atrophy, immediate loading basal implants.

Для сохранения функции жевательной мускулатуры необходимо беспрепятственное, сбалансированное и физиологически правильное взаимодействие между зубами обеих зубных дуг и ВНЧС [1]. Все компоненты этой системы постоянно подвергаются ремоделированию, а зубы, хотя их наклон с течением времени изменяется, сохраняют свое положение и функцию. Это можно сравнить с кораблем, стоящим на якоре, который, качаясь на волнах, все таки остается на месте [1].

Старение, болезни зубов и всего организма приводят к стиранию твердых тканей зубов и уменьшению этой стабилизирующей силы что чревато серьезными отдаленными последствиями, ведь изменения зубов ведут к изменениям в периодонтальных тканях, альвеолярной кости, ВНЧС, мышцах и их иннервации [2, 4].

Даже потеря одного зуба может привести к серьезным отдаленным последствиям для всей жевательной системы [3, 6].

При нарушении взаимной опоры зубов в пределах зубного ряда и/или на противоположной дуге, последующее искривление либо смещение соседних зубов способно нарушить сбалансированное физиологическое взаимодействие зубных рядов и ВНЧС [5].

Для лиц пожилого возраста возникает большая трудность с современным протезированием в виде постановки имплантатов из-за значительной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней челюсти [1–3].

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Восстановить одинаковую двустороннюю жевательную функцию при значительной атрофии костной ткани альвеолярного отростка, надежно определить и фиксировать правильный прикус и тем самым обеспечить пациентам качественное жевание. Сохранять стабильность имплантатов и поддерживать сбалансированный латеральный тип жевания на протяжении многих лет.

### **МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

При работе на имплантатах с немедленной нагрузкой чрезмерные жевательные усилия могут привести к их дестабилизации. Поэтому мы должны уменьшить нежелательную или чрезмерную нагрузку на только что поставленные имплантаты, без нарушения жевательной функции у пациента. Для этого подходит жевательная концепция, которая используется для полных съемных протезов, так как она значительно помогает уменьшить чрезмерную нагрузку с помощью базальных имплантатов «SiSoMM».

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Пациентка Н., обратилась с жалобами на эстетическую неудовлетворенность, невозможность ношения полного съемного протеза на нижней челюсти, связанного со значительной атрофией альвеолярного отростка, невозможность нормального пережевывания пищи, желание иметь несъемную ортопедическую конструкцию (рис. 1).

Проведение классической имплантации осложнялось значительной вертикальной атрофией нижней челюсти, расстояние до нижнечелюстного канала составляло от 1 до 2 мм на протяжении всей челюсти. Было принято решение проведения базальной имплантации в области 3.6, 4.6, 4.2 и крестальной имплантации в области 3.3 и постановка трех временных имплантатов

в области 4.3, 3.2, 3.4. Применялись имплантаты фирмы SisoMM, материал имплантатов – РЕЕК (полиэфирэфиркетон), позволяющий провести имплантацию без костной пластики и с немедленным восстановлением жевательной эффективности, используя жевательную концепцию для полных съемных протезов (рис. 2).

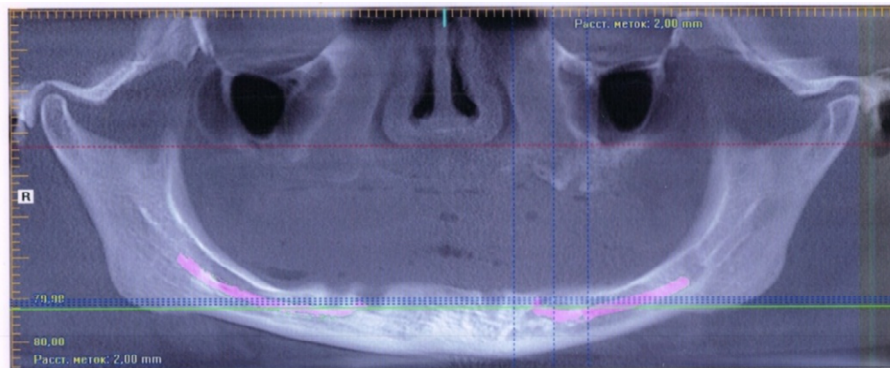


Рис. 1. ОПГ до операции. Розовым цветом визуализируется проекция нижнечелюстного канала

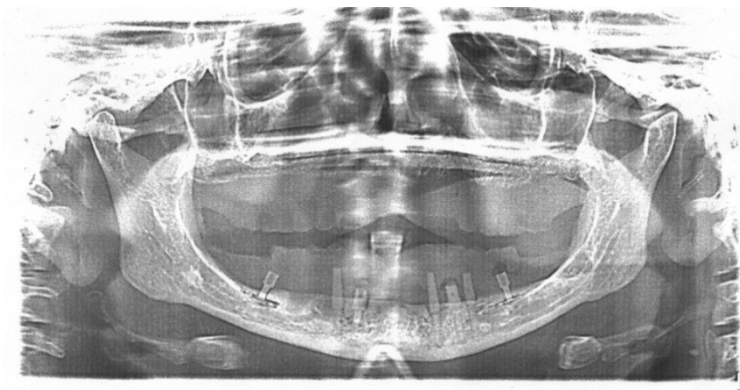


Рис. 2. ОПГ сразу после операции. На ней визуализируются имплантаты в области: 3.6, 3.4, 3.3, 3.2, 4.2, 4.3, 4.6

На верхней челюсти был изготовлен полный съемный протез, на нижней челюсти изготовлен несъемный протез в областях от 3.6 до 4.6 из метилакрилата, с опорой на временные имплантаты. Протезы были припасованы

и зафиксированы на следующий день после операции (рис. 3, 4).

На ортопедических конструкциях удалось достигнуть двустороннюю сбалансированную окклюзию (рис. 5).



Рис. 3. Фото на следующий день после операции. Базальные имплантаты в области 3.6, 4.2, крестальный в области 3.3, временные имплантаты в области 3.4, 3.2, 4.3, материал РЕЕК (полиэфирэфиркетон)



Рис. 4. Фото на следующий день после операции зафиксированы ортопедические конструкции: на верхней челюсти полный съемный протез, на нижней челюсти несъемный мостовидный протез с опорой на временные импланты, материал – полиметакрилат



Рис. 5. Состояние полости рта и окружающих тканей после операции через 7 дней

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возможность проведения имплантации при значительной атрофии альвеолярного отростка и без проведения костной пластики позволяет восстанавливать жевательную эффективность пациентов. Происходит быстрая реабилитация, пациенты обретают уверенность и вновь чувствуют себя здоровыми.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Идэ С., Идэ А.* Руководство по восстановлению жевательной функции // The International Implant Foundation. – Мюнхен, Германия, 2015.
2. *Радлански Р., Вескер К.* Лицо. Атлас клинической анатомии // Квинтесенция. – Москва, Барселона,

Берлин, Варшава, Лондон, Милан, Мумбай, Париж, Пекин, Прага, Сан-Паулу, Сеул, Стамбул, Токио, Чикаго. – 2014.

3. *Cook S. D., Rust-Dawicki A. M.* Preliminary evaluation of titanium-coated PEEK dental implants // J. Oral. Implantol. – 1995. – Vol. 21. – P.176–81.

4. *Ding X, Liao S. H.* Effect of diameter and length on stress distribution of the alveolar crest around immediate loading implants // Clin. Implant. Dent. Relat. Res. – 2009. – Vol. 11 (4). – P. 279–287.

5. *Donsimoni J. M.* Utilisation du Peek pour traiter une fente palatinehandicapante devenue sans solution après la perte des dents // Congress procedures SFSCMF. – 2011.

6. *Meningaud J. P., Donsimoni J. M.* L'après titane, le peek? After titanium, peek? // Stomax. – 2012. – Vol. 5.