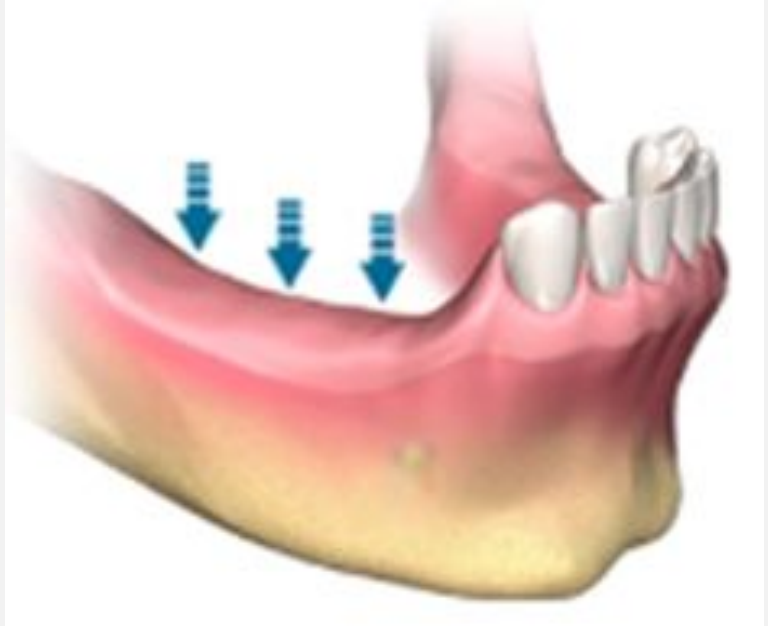
ПРИЧИНЫ УБЫЛИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ. ПРОБЛЕМА ВЫБОРА – ИМПЛАНТАТ ИЛИ МОСТОВИДНЫЙ ПРОТЕЗ, АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ

Выполнил: ст.гр 15ВЛС5

Акопова Тамара Васильевна

АТРОФИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ

- Атрофия костной ткани челюсти – это прогрессирующий патологический процесс, который характеризуется убылью ткани челюстных костей. Характеризуется уменьшением размера альвеолярного гребня и челюсти в целом, увеличением объема верхнечелюстных пазух. Внешне атрофия проявляется уменьшением нижней трети лица, сопровождается физиологическими, морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями. Диагностируется с помощью клинического осмотра, рентгенографии, КТ, МРТ челюстей. Лечение заключается в восстановлении объема кости хирургическими методами.
- Атрофия челюсти – хронический необратимый процесс резорбции костной ткани. Патологический процесс поражает людей любого возраста после утраты зубов (в 95% случаев - после хирургического удаления). Чаще встречается у лиц старше 50 лет. Скорость убыли кости сугубо индивидуальна и неодинакова в разных отделах челюсти. На протяжении года после экстракции зуба происходит уменьшение объема кости на 25%. При недостаточном объеме кости невозможно провести восстановление утраченных зубов путем протезирования и установки имплантов. Человек сталкивается с недостаточной фиксацией и стабилизацией протезов, эстетическим дефектом.

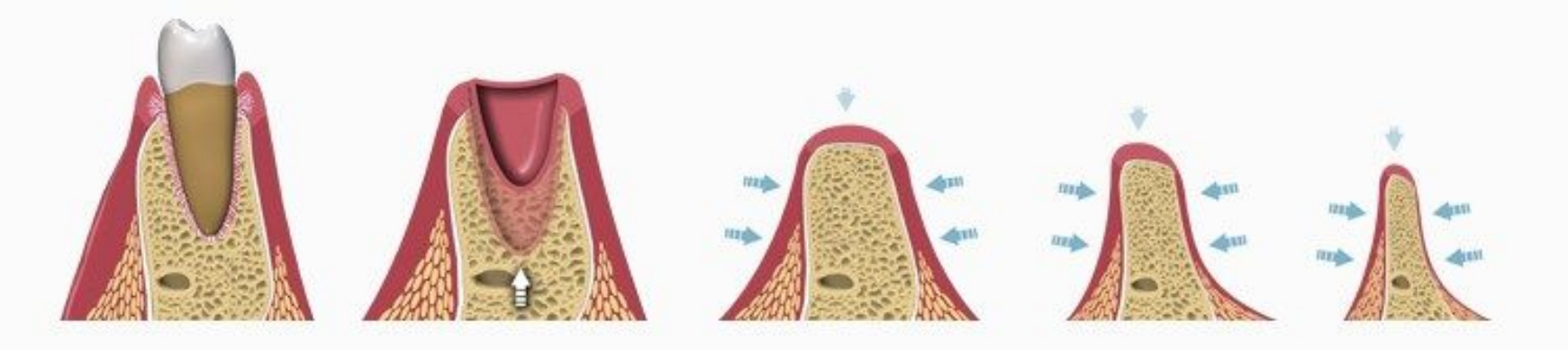


ПРИЧИНЫ

- Хронические стоматологические заболевания. Хронический периодонтит, периостит, пародонтоз, остеомиелит, околокорневые кисты и гранулемы сопровождаются воспалительными процессами в тканях челюстей и провоцируют резорбцию альвеолярного отростка. Переломы, ушибы, механические повреждения зубов и альвеолярного отростка нарушают процессы остеогенеза.
- Врожденные анатомические аномалии. Недоразвитие челюстей является составляющей некоторых врожденных пороков челюстно-лицевой области: расщелины губы, альвеолярного отростка и неба, дизостозов, синдрома Робена. Некоторые лица склонны к атрофии из-за генетической предрасположенности.
- Онкологические заболевания. Причиной костной резорбции могут служить различные опухоли челюстей: рак, одонтогенная саркома, остеома, хондрома, фиброма, гемангиома, амелобластома, одонтома, миксома, амелобластическая фиброма, цементома. Удаление новообразований приводит к возникновению дефекта кости, что также вызывает атрофические изменения.
- Заболевания организма. У лиц старше 40-50 лет наблюдается остеопороз – нарушение метаболизма в костной ткани. Заболевание сопровождается прогрессирующей потерей микроэлементов, преобладанием процессов резорбции, нарушением структуры костей, снижением их плотности и массы. Основную роль в развитии патологии играют нарушения обмена кальция, фосфора, витамина D, а также недостаток фтора, магния, брома, кремния и витаминов. Также пусковыми факторами атрофии могут являться заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной, нервной систем.

ПАТОГЕНЕЗ

- При снижении или отсутствии функциональной нагрузки на челюсть, связанной с удалением зуба, в кости запускаются атрофические процессы. Во время пережевывания пищи давление через корни зубов передается на челюсть, что способствует поддержанию ее работоспособности и нормальной структуры. Кость образуется и рассасывается в зависимости от нагрузки. При ее отсутствии снижается активность остеобластов, и процесс резорбции преобладает над процессом остеогенеза. Первые признаки атрофии появляются уже через 3 недели после утраты зуба, в этой области наблюдается снижение плотности трабекулярной сети кости. В первый год отсутствия функциональной нагрузки происходят необратимые изменения тканей.



КЛАССИФИКАЦИЯ

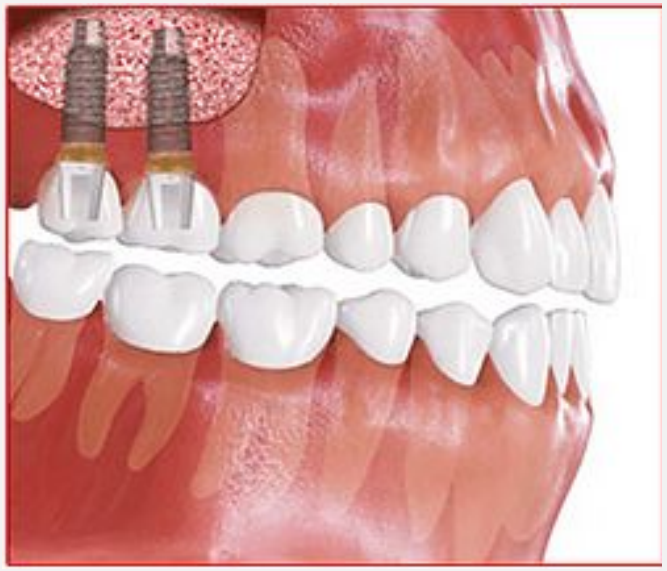
- В стоматологии различают горизонтальную резорбцию (возникает по ширине альвеолярного отростка) и вертикальную (возникает при снижении высоты гребня). Процесс убыли кости может носить равномерный характер распределения по челюсти либо неравномерный. Неравномерная атрофия челюстей бывает нескольких видов:
- 1 тип – незначительная степень. Альвеолярный отросток челюсти хорошо выражен, атрофические процессы минимальны. Хирургические вмешательства не показаны. Необходимо протезирование для профилактики прогрессирования костной резорбции.
- 2 тип – средняя степень. Без подготовки челюсти установка имплантатов невозможна. Ортопедические протезы плохо фиксируются в полости рта. Показана предварительная остеопластика и наращивание объемов кости.
- 3 тип – грубая атрофия. Альвеолярный отросток значительно атрофирован. Ортопедическое лечение невозможно без наращивания объема костной ткани. Для восстановления зубов и функции полости рта необходимо проведение остеозамещающих операций.

ДИАГНОСТИКА

- Наружный и внутриротовой осмотр. Визуально оценивается внешний вид лица, клиническая ситуация в полости рта, количество отсутствующих зубов. Путем осмотра и пальпации определяется форма и структура альвеолярных отростков, устанавливается вид резорбции, делаются выводы о степени нарушения функций.
- Рентгенография. Для определения вида и выраженности атрофии после удаления единичного зуба используется прицельный снимок. На ортопантомографии визуализируется верхняя и нижняя челюсти, состояние зубов и корней, височно-нижнечелюстных суставов. Наблюдается увеличение пневматизации верхнечелюстной пазухи – увеличение ее объема. Вследствие резорбции наблюдается уменьшение расстояния до нижнечелюстного канала и нерва на 7-8 мм. По цефалограмме в боковой проекции отслеживают степень резорбции с вестибулярной, окклюзионной и язычной стороны альвеолярного отростка.
- МРТ и КТ челюстей. Являются наиболее точными и детальными исследованиями с высокой степенью информативности. На томограммах визуализируются все структуры полости рта, что дает возможность специалистам правильно оценить степень выраженности атрофии в каждом отделе челюсти, грамотно провести оперативное вмешательство и зубопротезирование.

ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ

- установка мостовидной конструкции;
- установка съемного протеза;
- имплантация.
- Первые два метода не восстанавливают нагрузку на кость в месте удаленных зубов. Нагрузка ложится на здоровые зубы, фиксирующие протез, в случае съемного моста — на десны. В результате атрофия продолжает развиваться. Часто она сводит на нет результаты протезирования — десна «проседает» вслед за костной тканью, под протезом появляется щель. Это не только неэстетично, но и опасно — в образовавшемся пространстве скапливаются остатки пищи, на которых активно размножаются микроорганизмы, провоцирующие воспаление. Имплантация зубов, в отличие от других методик протезирования, позволяет сформировать нагрузку непосредственно на костную ткань в районе удаленного зуба. Таким образом, костная ткань продолжает работать в нормальном режиме, а значит, в ней сохраняются все необходимые обменные процессы. Это предупреждает истончение костной ткани челюсти.



ВАРИАНТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ АТРОФИИ

- Восстановление костной ткани челюсти с последующей имплантацией с отложенной нагрузкой.
- Это классическая методика, проверенная временем. Сначала проводится операция по увеличению объема костной ткани. Существуют разные методики: синус-лифтинг, расщепление альвеолярного отростка, подсадка костного трансплантата или искусственной ткани. Какая из них будет оптимальна в данном конкретном случае, может решить только лечащий врач. После операции потребуется от нескольких месяцев до полугода на восстановление костных структур, после чего в челюсть вживляются имплантаты, пока без коронок — и снова требуется около полугода для их приживления. Только после этого на титановое основание имплантатов устанавливаются коронки и челюсть, наконец, получает нагрузку. Имплантация с немедленной нагрузкой
- Это относительно новая методика стала возможной благодаря специальным имплантатам, которые фиксируются не в альвеолярной части челюсти, а глубже, в базальной ее части, которая состоит в основном из компактного вещества. Имплантаты подбирают исходя из индивидуальных особенностей челюсти пациента. Они требуют минимального времени для заживления — протез устанавливают уже на 3–5-й день после фиксации самого имплантата. Благодаря тому, что кость сразу же получает нагрузку, в ней сохраняется кровообращение, нормальный обмен веществ, что ускоряет регенерацию.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Оптимизация хирургического лечения при выраженной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти перед дентальной имплантацией: Диссертация/ Ямуркова Н.Ф. - 2015.
- 2. Профилактика атрофии альвеолярного отростка челюсти после удаления зуба: Автореферат диссертации/ Корляков Д.В. - 2007.
- 3. Эндоскопический синуслифтинг при атрофии и дефектах костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти: Автореферат диссертации/ Кекух Е.О. - 2013.
- 4. Дентальная имплантация при недостаточном объеме костной ткани альвеолярной части нижней челюсти: Автореферат диссертации/ Литвиненко А.Н. - 2005.