

случаях. Имплантат был установлен с сохраненной толщиной альвеолярного отростка и выраженным вогнутым скуловым краем верхней челюсти (в области моляра за ямкой для захвата) или выраженной атрофией альвеолярного отростка верхней челюсти по ширине.

При протезировании верхней челюсти протокол мгновенной нагрузки использовался для поддержки скуловых имплантатов во всех исследованных случаях. На нижней челюсти, если в этом не было необходимости, производилась установка зубных протезов

Конструкции были выполнены после остеоинтеграции имплантатов (в соответствии с протокол отложенной загрузки). Сравнительная оценка выживаемости имплантатов у обследованных пациентов. Потеря зубного имплантата произошла у пациента до стадии протезирования, без использования протокола мгновенной нагрузки из-за развития воспаления, повторной имплантации и последующей потери остеоинтеграции в течение первого месяца после имплантации. Впоследствии имплантат был успешно восстановлен. Случаи обострения хронического гайморита у 2 пациентов, в результате чего возникла необходимость в эндоскопической санации гайморовой пазухи. В то же время конструкция зубного протеза и имплантаты были полностью функциональными. За отчетный период было установлено 4720 имплантатов ("NobelActive"), NobelReplace", "Коническое соединение", "Nobel Biocare"), из которых 38 имплантатов были заменены, что соответствует росту на 0,78 процента. Полученные данные не противоречат приведенным в мировой литературе. Следует отметить, что в проведенном клиническом исследовании, учитывая специфику многопрофильного стационара Stazi Onara (без онкологического отделения), стоматологическая реабилитация проводилась пациентам с приобретенной частичной деформацией челюсти.

Заключение. Метод стоматологической реабилитации пациентов с помощью зубопротезных конструкций с опорой на скуловые имплантаты в России достаточно молод, хотя и активно набирает популярность. Несмотря на то, что спустя 3 года были достигнуты довольно хорошие результаты, необходимо дальнейшее исследование данной методики.

Чуев В. В., Нарожный Т.И., Чуева А.А., Кошелева А.А., Шенко О.С.
ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ: РЕАЛИИ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. ЧАСТЬ 1

НИУ «БелГУ», г. Белгород

Исторический аспект и значение остеопластики в медицине.

С доисторических времён и по сей день костная пластика была и остаётся одним из сложнейших направлений медицины в целом и хирургии в частности, и как тогда, так и сейчас её основной проблемой является не столько собственно коррекция имеющейся костной ткани, сколько создание формы (от греч. *πλαστικός*), наращивание объёма костной ткани, необходимого для восстановления её функциональных характеристик, касающихся как гистологических, так и ортопедических процессов.

Первую подтверждённую операцию по замещению костной ткани относят ко второму тысячелетию до н.э.: в окрестностях озера Севан (Армения) был найден череп человека из народа хурритов, в котором 7 мм посттравматический костный дефект был закрыт фрагментом кости животного. Судя по состоянию останков, ксенотрансплантация прошла успешно и кость полностью интегрировалась [1].

Для реконструкции костных тканей использовались различные материалы: золотые пластины, деревянные колышки, штифты из железа и деревянные протезы. Несмотря на примитивность используемых материалов, их успешно применяли для восстановления утерянных конечностей и их применение имело долговременный позитивный клинический прогноз.

Некоторые успешно проведенные процедуры по трансплантации костей были задокументированы. Так, в 1668 году Иов ван Меекерен провел хирургическую операцию

по трансплантации кости, заменив поврежденный участок черепа солдата на фрагмент собачьего черепа. Операция была успешно проведена, но по религиозным соображениям (из-за этого пациента отлучили от церкви), он попросил убрать фрагмент собачьего черепа, что было невозможным, так как графт (пересаженный участок черепа собаки) уже полностью интегрировался в черепе человека.

В 19 веке французский хирург Луи Леопольд Олье впервые ввел термин «костный графт» (от франц. greffe osseuse), который вошёл в основу концепции остеопластики. Костный графт использовали как каркас для образования новой костной ткани в поврежденном участке. Хирург утверждал, что костные фрагменты жизнеспособны при наличии надкостницы: так, после пересадки, кость, надкостница и костный мозг отмирают, и на их месте остается каркас, который в дальнейшем подвергается реабсорбции и организм замещает содержимое новой костной тканью [2].

Остеопластика развивалась многие тысячелетия, что привело к новым подходам и решениям в области хирургии, улучшению состава остеопластических материалов, внедрения новых технологий производства, методов очистки и деминерализации костных тканей. Современные материалы позволили добиться стабильного прогноза остеокондукции, остеиндукции и остеогенеза в целом.

Современные подходы к остеопластике в стоматологии.

На сегодняшний день сформировалось несколько подходов в остеопластике, которые можно условно разделить на две группы: регенерационные (направленные на работу с клеткой) и заместительные (направленные исключительно на восстановление механической функции кости).

Среди регенерационных подходов, в числе прочего, выделяют подходы, подразумевающие применение аутогенных, аллогенных и ксеногенных материалов. Аутогенные материалы получают из донорской части собственной кости пациента, аллогенные – из донорского участка кости другого человека, а ксеногенные – из костной ткани животного происхождения.

В рамках настоящего исследования мы рассмотрим исключительно подход, основывающийся на применении ксеногенных материалов, как наименее инвазивный и при этом дающий наиболее благоприятный прогноз приживаемости. Также отметим, что в научной парадигме существует разночтение в связи с употреблением терминов «ксеногенный» и «аллогенный». В настоящем исследовании предлагаем исходить из определений данных выше.

Литература

1. Умелые руки неизвестных художников и забытых врачей // Уголок археолога. URL: https://archeolog.pp.ua/arxeologicheskie-otkrytiya/194-umelye_ruki_neizvestnyh_hudojnikov_i_zabytyh_vrachei.html?start=6 (дата обращения: 24.10.2023)
2. Jacques Caton, « Léopold Ollier (1830-1900) : père de la chirurgie orthopédique et réparatrice et de la chirurgie expérimentale » // e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, № 3, том 8. 2009. С. 38-45.

Чуев В. В., Нарожный Т.И., Чуева А.А., Кошелева А.А., Шенко О.С. ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. ЧАСТЬ 2

НИИУ «БелГУ», г. Белгород

Отечественные остеопластические материалы: проблемы и решения.

Ксеногенный аугментат применяемый в стоматологии, представляет с собой гидроксиапатит биологического происхождения и является достаточно прочной, постепенно резорбируемой матрицей (6-8 месяцев), на поверхности которой в условиях