

тися декількома шляхами. Провідним механізмом в утворенні істинних дентиклів (по типу третинного дентину) є підвищена здатність клітин пульпи диференціюватися в одонтобласти під впливом подразнюючих факторів ендogenous походження (порушення процесів метаболізму різного генезу). Такі дентиклі частіше за все мали пошарову будову з безладно розміщеними колагеновими волокнами. Високоорганізовані дентиклі відзначалися наявністю дентинних каналців.

В результаті виконаних нами досліджень, поряд з дентиклями, які реєструвалися в 51,2 % випадків, петрифікати зустрічалися в 44,5 %. Вони відрізнялися від дентиклів базофільним фарбуванням, однорідністю, аморфністю структури. Петрифікати локалізувалися, за звичай, в ділянках склерозу або в тканинах пульпи з явищами некрозу. В механізмі розвитку склерозу пульпи значну роль відіграє погіршення трофіки пульпи зуба внаслідок склеротичних, дистрофічних (гіаліноз) змін стінок судин пульпи зуба.

Наукова новизна проведених досліджень полягає в тому, що у видалених з пульпи кальцифікатів (6,7 %) нами були виявлені такі кісткові балочки, які часто виступають під маркою дентикля. Факт формування подібних кальцифікованих відкладень в пульпі зуба можна пояснити шляхом диференціювання клітин пульпи не тільки в одонтобласти, але і в остеобласти з наступним утворенням кістковоподібної структури. Безсумнівно, що механізм появи в пульпі кістковоподібних утворень потребує подальшого поглибленого вивчення і уточнення.



УДК 616.314-089.843

*О. Н. Сенников, к. мед. н., В. И. Карый к. мед. н., А. А. Прийма к. мед. н.,  
В. Б. Новицкий к. мед. н., А. М. Сенникова, У. Р. Яричев*

Государственное учреждение "Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины"

### **СПОСОБ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ**

Существует способ двухэтапной дентальной имплантации. Вначале, используя костный ауто-трансплантат и метод направленной тканевой регенерации, создают необходимый объем альвеолярного отростка, затем вводят дентальные имплантаты (Ф. Ф. Лосев, Дмитриев В.М., Жарков А.В. // Российский вестник дентальной имплантологии. 2003. № 1. С.14-18). Первая операция включала проведение основного и послабляющих разрезов, отслойку слизисто-надкостничного лоскута, выпиление костного блока, соответствующего размерам дефекта, сверление каналов для титановых шурупов, фиксирующих трансплантат, обработку и фиксацию трансплантата с заполнением имеющихся пустот измельченной костью из еще одного костного блока, ушивание раны. Через 6 месяцев раскрывают рану, удаляют титановые шурупы и устанавливают имплантаты, рану вновь ушивают, еще через 3 месяца раскрывают имплантаты и устанавливают формирователи десны для последующего протезирования. Недостатками известного способа является то, что лечение продолжительное (9-18 мес. и более), так как вначале восстанавливается объем костной ткани альвеолярного отростка, затем проводится операция имплантации и только после этого приступают к протезированию; наносится дополнительная хирургическая травма, поскольку необходимо взять ауто-трансплантат из области нижней челюсти, где остается дефект, и в последующем удалить мембрану и фиксирующие винты.

Известен способ дентальной имплантации (Болонкин В.П., Меленберг Т.В., Болонкин И.В., Рыбаков П.А., Волова Л.Т. Способ дентальной имплантации. Патент 2269969 С1 (RU), опубл. 20.02.2004. Бюл. № 5), включающий проведение основного и послабляющих разрезов, отслойку слизисто-надкостничного лоскута, установку имплантата, ушивание раны с последующим протезированием. После проведения установки имплантата его запаковывают костным аллотрансплантатом, смешанным с богатой тромбоцитами плазмой аутокрови, закрывают аллотрансплантат пленкой из обедненной тромбоцитами плазмы аутокрови, ушивают рану и покрывают ее обедненной тромбоцитами плазмой аутокрови, через 3-6 месяцев устанавливают надкорневую часть имплантата. Недостатками прототипа является то, что костный трансплантат в виде опилок в послеоперационном периоде

смещается и не воссоздает высоту альвеолярного отростка. Поэтому имплантат на всю свою длину должен погружаться в кость, что при незначительной высоте альвеолярного отростка выполнить невозможно. Кроме того, в послеоперационном периоде часто возникают воспалительные осложнения. Пленка из обедненной тромбоцитами плазмы аутокрови не обладает необходимыми механическими и биологическими свойствами и сохраняется недолго, поэтому не может служить препятствием для проникновения инфекции.

Предлагаемый способ. После проведения анестезии, разрез слизистой и надкостницы производится по гребню альвеолярного отростка и далее продолжается углообразно в области, ограничивающие дефект зубного ряда. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивается в язычном и щечном направлении на расстояние 1- 2 мм. Затем в костной части гребня производится вертикальная остеотомия в проекции области ограничивающих дефект зубного ряда, отступя от зуба на 1,5 мм, направленная вестибулярно вплоть до надкостницы. Глубина остеотомии определяется величиной, на которую лоскут сможет быть смещен. Далее производится линия остеотомии по альвеолярному гребню, соединяющая ранее созданные вертикальные костные каналы. Глубина остеотомического разреза должна быть не менее 6 мм. Далее костный фрагмент вместе со слизистой и надкостницей надламывают и отделяют таким образом, что костная пластинка остается на слизисто-надкостничном лоскуте. Затем остеотомию продолжают, уменьшая величину ширины костных пластин до 3-4 мм. Последовательно отделяя фрагменты кости, формируют полнослойный слизисто-надкостнично-костный лоскут, постоянно проверяя величину его смещения в необходимом направлении, а также контролируя толщину костной ткани в материнской зоне. Далее формируют костное ложе для имплантата. Устанавливают в него имплантат, вместо заглушки устанавливается формирователь десны, подобранный таким образом, чтобы при перекрытии его слизисто-надкостничным лоскутом он удерживал лоскут в проекции сосочков соседних зубов. При необходимости надкостницу рассекают для лучшей мобилизации лоскута. Область дефекта костной ткани и непокрытую костью часть имплантата, а также формирователь, покрывают костнопластическим материалом оставляя свободной лишь торцовую часть гингивоформера. Слизисто-надкостнично-костным лоскутом перекрывают рану таким образом, чтобы одна из костных пластин располагалась на торце гингивоформера. Рану ушивают.

По предлагаемой методике было прооперировано 9 человек. В послеоперационный период и на этапе дальнейшего протезирования способ показал высокую эффективность.



УДК 616.314.17-008.1-08:615.322

*А. М. Сенникова, С. А. Шнайдер, д. мед. н.*

Одесский национальный медицинский университет

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ДАННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ**

Несмотря на явные успехи, достигнутые в настоящее время при эндодонтическом лечении зубов, рентгенологически выявляемые изменения периапикальных тканей могут быть по-разному интерпретированы в зависимости от выбранного метода исследования.

Основной задачей данной работы было изучение и возможно уточнения диагноза у лиц с различными формами хронического периодонтита.

Рентгенологическую оценку изменения периапикальных тканей зубов проводили по данным изучения прицельных денальных снимков, данным ортопантомограмм, и результатам проведения конусно-лучевой компьютерной томографии. Под нашим наблюдением находилось 63 пациента с различными формами хронического периодонтита. Из них, по данным прицельных денальных снимков, хронический фиброзный периодонтит диагностировался у 37 человек, хронический гранулематозный периодонтит у 17 человек, а хронический гранулирующий у 9 человек.