

## Верхнечелюстной постимплантационных синдром: клинические наблюдения

А.А. Асмолова

Одесский национальный  
медицинский университет

Концептуальный объективный анализа массива литературных и собственных данных (162 больных) по проблеме отдалённых осложнений после микротравм лицевого скелета при дентальной имплантации (ДИ) способствовал идентификации взаимосвязанных и взаимообусловленных патологических процессов в костной ткани и органах лицевого скелета, головы и шеи в рамках верхнечелюстного постимплантационного синдрома (ВПС) [1, 3-5].

**Цель статьи** – описать диагностику и лечение ВПС на примерах репрезентативных клинических наблюдений.

**Клиническое наблюдение 1.** Больная Ю., 1974 г. (40 лет), поступила с предварительным диагнозом одонтогенный правосторонний гайморит.

**Anamnes morbi.** В 2008 г. в связи с вторичной адентией верхней челюсти (рис. 1) была выполнена ДИ.

**Жалобы:** слезотечение, заложенность носа справа, периодические слизистые выделения из носа, гиперэстезия в области половины верхней

губы справа и слизистой оболочки альвеолярного отростка справа. Слизистая оболочка полости носа справа отечна с цианотичным оттенком, плохо сокращается после анемизации, отделяемое – слизистое, обильное. Слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти справа слегка гиперемирована и отечна, при чистке зубов кровоточит. Пластиночный имплант двухголовый в области 6 и 7 зубов справа, винтовые импланты в области 2 и 2 зубов справа и слева. Перкуссия в области 6 и 7 имплантов справа слабо болезненна. В полости рта круговой мост из металлокерамики. Отмечается легкая его подвижность (рис. 2). Горизонтальная резорбция костной ткани в область имплантов 2 и 2, и 6 и 7 – не более 2 мм.

Постпроцессинг компьютерно-томографических изображений: остеопоротическая гиподенсность костных тканей верхней челюсти, качество кости по классификации Misch D3, рутинная семиотика гайморита и дакриоцистита на фоне аномальной анатомии верхнечелюстной пазухи. Толщина костной пластинки



Рис. 1. Ортопантомограмма.



Рис. 2. Ортопантомограмма. 2017.

между наконечником импланта и дном верхнечелюстной пазухи – менее 0,5 мм. Термографическое исследование: патологическая гипертермия в проекции имплантов; инертный тип термореактивности организма на охлаждение. Маркеры костного метаболизма свидетельствуют о достоверной костной резорбции (по отношению к норме): уровень ионизированного кальция снижен на 12,2 %, кальцитонина – на 41,4 %, тартратрезистентной кислотой фосфатазы повышен – на 65,0 %, остеокальцина снижен на 11 %.

**Диагноз:** по совокупности симптомов – ВПС.

**Лечение (назначено после консультации оториноларинголога):** регулярный массаж слезного мешка; капли глазные витабакт – введение в слезный мешок и носослезный канал; синупрет форте внутрь по 1 драже 3 раза в день, курс лечения – от 7 до 14 суток; а так же симптоматическое медикаментозное лечение + даларгин (для упрочнения костных тканей верхней челюсти [2]) внутривенно, разовая доза – 1 мг на 5-10 мл изотонического раствора натрия хлорида, ежедневно в течение 10 дней; цефуртил, 0,5 г 2 раза в день, 5 дней. Рекомендации и наставления по гигиеническим и функциональным мероприятиям.

Контрольный осмотр через 2 недели: жалоб не предъявляет. Слезотечение, заложенность носа и слизистые выделения из носа практически прекратились, гиперэстезия отсутствует. Контрольный осмотр через 4 недели (рис. 3): слизистая оболочка полости рта

бледно-розовая, без особенностей. Маркеры костного метаболизма в пределах нормы. Термографическое исследование лицевой области: нормальная термотопография, инертный тип термореактивности.

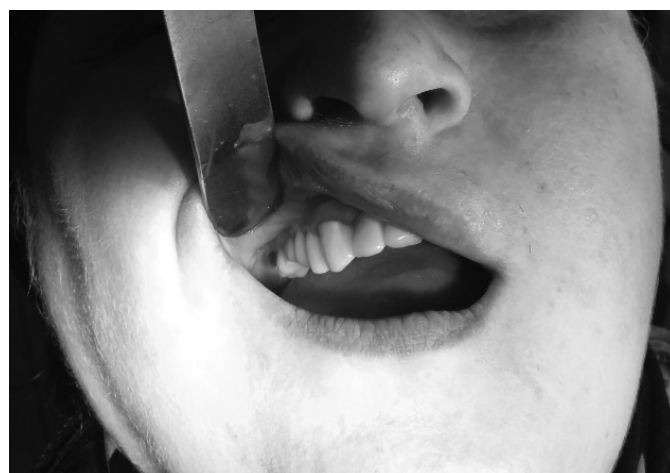
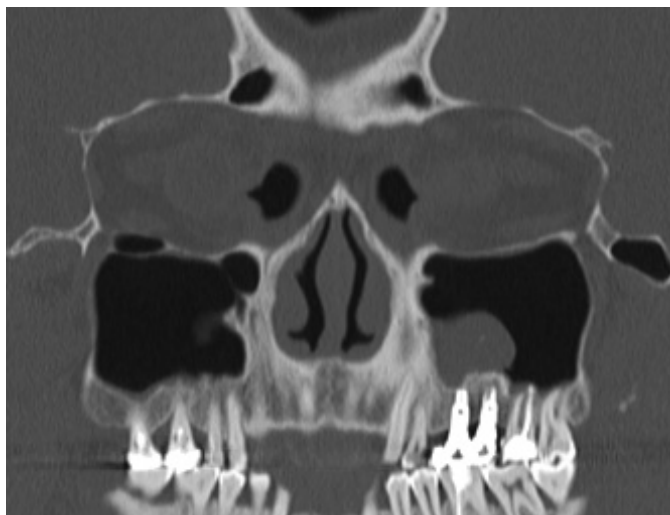


Рис. 3. Вид больной после лечения.

**Наблюдение 2.** Больной А., 1971 г. (44 года). Диагноз при поступлении: обострение хронического гайморита слева, воспаление тканей орбиты слева. Киста гайморовой пазухи слева.

**Anamnes morbi.** ДИ на верхней челюсти в проекции 4 и 5 зубов слева 4 года назад. Жалобы на одностороннюю заложенность носа слева, боль при наклоне головы слева, слезотечение, отёчность верхнего и нижнего века слева (рис. 4, 5), и гипостезию слизистой оболочки альвеолярного отростка слева, дно обеих пазух ниже дна полости носа на 7 мм, киста левой пазухи.



**Рис. 4.** Киста гайморовой пазухи. Импланты в проекции 4 и 5 зубов слева.



**Рис. 5.** Воспаление тканей орбиты.

**Status localis.** Субфебрильная температура тела до  $+37,5^{\circ}\text{C}$ . Винтовые импланты в области 4 и 5 зубов слева. Слизистая оболочка полости

носа отечна с цианотичным оттенком, плохо сокращается после анемизации. Отделяемое из полости носа слева – слизистое, обильное. Перкуссия в проекции 4 и 5 зубов слева болезненна. Слизистая оболочка полости рта с вестибулярной стороны в проекции имплантов гиперемирована отечна, при пальпации слабо болезненна. Определяется снижение чувствительности слизистой оболочки альвеолярного отростка слева и в щечной области слева. Зондовая проба на кровоточивость – образование изолированного пятна.

Качество кости верхней челюсти по классификации Misch – D3. Дисбаланс ферментного звена антиоксидантной защиты ротовой жидкости: снижение активности супероксиддисмутазы на 24 %, увеличение активности каталазы на 50,1 %. Вторичная иммунная недостаточность по показателям локального иммунитета и неспецифической резистентности: содержание sIgA – снижена на 38 %, активность лизоцима – снижена на 16,8 %.

**Диагноз:** по совокупности симптомов – ВПС.

**Лечение (назначено после консультации оториноларинголога и офтальмолога):** хирургическое (пункции гайморовой пазухи), симптоматическое медикаментозное лечение + мебифон (для упрочнения костных тканей верхней челюсти) внутривенно капельно в дозе 300 мг (1 ампула) в 180 мл изотонического (0,9 %) раствора натрия хлорида 1 раз в сутки на протяжении 40 мин в течение 3 дней (курсовая доза – 900 мг); вобензим по 3 раза в день по 8 таблеток в течение 14 суток; цефотил, 1,0 г 2 раза в день, 5 дней. Рекомендации и наставления о гигиенических и функциональных мероприятиях.

Контрольный осмотр через 2 недели: жалоб не предъявляет, назначения выполнены. Слезотечение, заложенность носа и слизистые выделения из носа практически прекратились, гипостезия исчезла. Кровоточивость дёсен – отсутствует. Контрольный осмотр через 4 недели: слизистая оболочка полости рта – бледно-розовая. Активности супероксиддисмутазы, лизоцима и каталазы, содержание sIgA – в пределах нормы.

## Выводы

Для лечения ВПС целесообразно использовать препараты с широким спектром фармакологического действия: мебифон, даларгин, вобэнзим.

При достижении устойчивой ремиссии сохраняются факторы риска: качество кости по классификации Misch D3, толщина костной пластинки между наконечником импланта и дном верхнечелюстной пазухи – менее 0,5 мм, патологический тип терморективности.

## Литература

1. Асмолова А. А. Элементы методологии диагностики, лечения и профилактики верхнечелюстного постимплантационного синдрома / А. А. Асмолова // *Інновації в стоматології*. – 2017. – № 3-4. – С. 25-29.

2. Колотилов Н. Н. Нейропептиды / Н. Н. Колотилов. – Афины-Москва-Берлин: МАМТН, 2000. – 150 с.

3. Пионтовская М. Б. Верхнечелюстной постимплантационный синдром: введение в проблему / М. Б. Пионтовская, А. А. Асмолова // *Рос. вестник дентальной имплантологии*. – 2013. – № 2. – С. 66-70.

4. Asmolova A. A. Dental implants can generate maxillary postimplantation syndrome / A. A. Asmolova // *Arta Medica*. – 2015. – №1(54). – P. 28-30.

5. Asmolova A. A. Maxillary postimplantation syndrome: body thermoreactivity for cooling and intima-media complex thickness / A. A. Asmolova // *Лучевая диагностика, лучевая терапия*. – 2017. – № 1. – С. 29-32.

### ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

*А.А. Асмолова*

Описаны диагностика и лечение 2 больных верхнечелюстным постимплантационным синдромом. Для лечения использованы препараты

с широким спектром фармакологического действия: мебифон, даларгин, вобэнзим. При достижении устойчивой ремиссии сохраняются факторы риска: качество кости по классификации Misch D3, толщина костной пластинки между наконечником импланта и дном верхнечелюстной пазухи – менее 0,5 мм, патологический тип терморективности.

### ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ: КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

*А.О. Асмолова*

Описано діагностику і лікування 2 хворих з верхньощелепним постимплантационным синдромом. Для лікування використані препарати з широким спектром фармакологічної дії: мебіфон, даларгін, вобензим. При досягненні стійкої ремісії зберігаються фактори ризику: якість кістки за класифікацією Misch D3, товщина кісткової пластинки між наконечником імпланта і дном верхньощелепної пазухи - менше 0,5 мм, патологічний тип терморективности.

### MAXILLARY POSTIMPLANTATION SYNDROME: CLINICAL OBSERVATIONS

*A.A. Asmolova*

Diagnostics and treatment of 2 patients with maxillary postimplantation syndrome are described. The following drugs with wide range of pharmacological effects were applied for treatment: mebifon, dalargin, wobenzyme. At achievement of the stable remission, risk factors remain: bone quality according to the Misch D3 classification, bone plate thickness between the implant tip and the bottom of the maxillary sinus – less than 0.5 mm, pathological type of thermoreactivity.

**Кузнецов А.А. Оптимизация компьютерной томографии травмы челюстно-лицевой области с использованием постпроцессорной обработки: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.01.13 / Кузнецов Алексей Александрович; [Московский государственный медико-стоматологический университет]. – Москва, 2015. - 115 с.**

Объем исследований – 152 пациента (93 мужчины, 59 женщин).

Разработанный диагностический алгоритм комплексного лучевого обследования с множественной травмой лицевого скелета включает многосрезовую компьютерную томографию (МСКТ) с обязательной постпроцессорной обработкой, позволяя стандартизировать и автоматизировать постпроцессинг данных КТ.

Выполнение мультипланарных реформаций и объемного рендеринга в анализе МСКТ челюстно-лицевой области повышает диагностическую эффективность исследования, позволяет улучшить качество диагностики и оптимизировать тактику хирургического лечения.

Разработанный программный модуль для анализа МСКТ челюстно-лицевой области (ЧЛО) на мультимодальных рабочих станциях позволяет в полуавтоматическом режиме производить сегментацию соприкасающихся костных структур, что объективизирует объем хирургического вмешательства.

Диагностическая эффективность МСКТ с постпроцессингом выше традиционного рентгенологического исследования, ортопантомографии (ОПТГ), МСКТ при множественных повреждениях лицевого скелета. Так, чувствительность МСКТ с постпроцессингом в среднем выше, чем при цифровой рентгенографии на 15 %, при ОПТГ – 23 %, МСКТ – 4 %. Специфичность МСКТ с МПР выше, чем при рентгенографии на 32 %, ОПТГ – 26 %, МСКТ – 10 %.

При множественных повреждениях лицевого скелета ведущее место (из цифровых технологий визуализации на базе мультимодальных станций) занимает МСКТ с постобработкой.

МСКТ ЧЛО необходимо проводить по протоколу сканирования для изотропической МСКТ всем пациентам с множественными повреждениями, а при изолированной травме костей носа или нижней челюсти целесообразно ограничиться рентгенографией и ОПТГ.

3D постпроцессинг должен проводиться для улучшения оценки пространственных взаимоотношений анатомических структур, наглядного представления КТ-данных, использования клинических приложений для диагностики заболеваний, планирования хирургического лечения, документирования результатов исследования.

**Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет»**