

в отличие от мужчин мезоморфного и андроморфного соматотипов обладают достоверно ($p < 0,05$) большими значениями параметра среднего диаметра печеночных вен ($15,2 \pm 0,5$ мм). Мужчины андроморфного соматотипа характеризуются наименьшими значениями этого показателя ($11,5 \pm 0,7$ мм), лица же мезоморфного занимают промежуточное положение по тому же показателю ($13,2 \pm 0,2$ мм). При этом значение показателей органометрии (КВР, ККР, толщина левой доли) достоверно не разнятся.

В результате анализа полученных результатов выявлено отсутствие статистически значимых отличий по показателям органометрии печени мужчин, как в норме, так и при циррозе. При этом органометрические показатели печени мужчин в норме не имеют возраст-

ных особенностей, в то время как найденные в группе мужчин с клинически доказанным циррозом печени некоторые изменения данных параметров, скорее всего, обусловлены длительностью течения патологического процесса в печени (по данным анамнеза заболевания: 5-10 лет у мужчин второго зрелого периода жизни, 20-25 лет у мужчин пожилого возраста).

При анализе ультрасонографических показателей сосудов порто-кавального русла печени мужчин в норме выявлены соматотипические особенности с силу наличия статистически значимых отличий. При этом при развитии ХДЗП данные отличия нивелируются по показателям значений диаметра воротной вены, при сохранении статистически значимых отличий значений параметров среднего диаметра печеночных вен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Ультразвуковая доплеровская оценка функционального резерва печени. // Хирургия. — 1992. — №1. — С. 18-22.
2. Гузушвили Г.Г. Ретроградное кровообращение печени и портальная гипертензия. — М.: Медицина, 1972. — 196 с.
3. Зубарев А.В., Гажонова В.Е., Кислякова М.В. Контрастная эхография // Мед. визуализация. — 1998. — №1. — С. 3-26.
4. Зубарев А.В. Неинвазивная (или малоинвазивная) ультразвуковая ангиография. // Кремлевская медицина (клинический вестник). — 1998. — №4. — С. 68-72.
5. Радченко В.Г., Ермолов С.Ю., Мехтиева О.А. Клиническое значение методов полигепатографии и ритмокардиографии в оценке состояния гемодинамики у больных хроническими гепатитами // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии. — 2002. — №4. — С. 97-102.
6. Митков В.В., Миткова М.Д., Федотов В.А. Оценка портального кровотока при циррозе печени. // Ультразвуковая диагностика. — 2000. — №4. — С. 10-17.
7. Нестайко О.В., Яровой А.В., Беков А.Д. Сонографическая симптоматика портальной гипертензии. // Медицинская радиология. — 1991. — Т.36, №2. — С. 4-6.
8. Птакович Ф.А. Изучение состояния внутривенной гемодинамики при диффузных поражениях печени методом реографии. — Омск, 1968. — 20 с.
9. Тухбатулин М.Г., Джорджия Р.К., Баширова Д.К. Комплексная эхография в прогнозировании течения портальной гипертензии. // Эхография. — 2001. — Т.2, №1. — С. 14-20.
10. Arda K., Ofelli M., Calikoglu U. Hepatic vein Doppler waveform changes in early stage (Child-Pugh A) chronic parenchymal liver disease. // J Clin Ultrasound. — 1997. — №25. — P. 15-19.
11. Aube Ch., Oberti F., Korali N., Ultrasonographic diagnosis of hepatic fibrosis or cirrhosis. // J Hepatol. — 1999. — №30 — P. 472-478.

Информация об авторах: 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, КрасГМУ.

Тел. 2-20-14-10; e-mail: chegevara-84@mail.ru.

Русских Андрей Николаевич — к.м.н., ассистент, Самотёсов Павел Афанасьевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой,

заслуженный работник высшей школы Российской Федерации,

Горбунов Николай Станиславович — д.м.н., профессор, Николаева Нона Николаевна — к.м.н., профессор,

Медведев Федор Викторович — клинический ординатор,

Шабоха Анна Дмитриевна — студентка 5 курса педиатрического факультета.

© КОТЕНКО М.В. — 2011

УДК 616.314-089.843-036.8-085.16

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДЛЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ИМПЛАНТАТОВ

Мария Викторовна Котенко

(Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова, ректор — д.м.н., проф. М.Д. Дидур, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Яременко)

Резюме. У 138 пациентов после удаления зуба (зубов) был использован метод немедленной имплантации с применением двух- и одноэтапных винтовых конструкций у 45 (32,6%) больных контрольной группы и в 93 (67,4%) случаях устанавливали цилиндрические и пластинчатые имплантаты с эффектом памяти формы, адаптированные для установки в лунку и через лунку удаленного зуба фронтальной и жевательной группы. Использование одноэтапных винтовых имплантатов, самофиксирующихся цилиндрических и пластинчатых позволяет сократить сроки протезирования от 1 до 30 дней, снизить атрофию альвеолярного отростка в области лунки удаленного зуба. У 97,8% пациентов основной группы и у 86,6% контрольной группы сохраняется долговременный хороший функциональный результат протезирования.

Ключевые слова: немедленная имплантация, протезирование на имплантатах

EFFICIENCY OF THE IMMEDIATE IMPLANTATION WITH VARIOUS TYPES OF IMPLANTS

M.V. Kotenko

(St. Petersburg Pavlov State Medical University)

Summary. The method of the immediate implantation was used in 138 patients after a tooth (teeth) extraction, with one-phase and two-phase spiral constructions placed in 45 (32,6%) sick people of the control group and with cylindrical and laminar implants with shape-memory effect placed in 93 (67,4%) cases adapted for placement into the socket and through the socket of an extracted tooth of the frontal and masticatory group. Application of one-phase spiral implants, the self-

locking cylindrical and laminar ones allows to reduce time of the prosthetics from 1 to 30 days, to bring down the atrophy of an alveolar process in the range of an extracted tooth. The good long-term functional result of the prosthetics remains in 97,8% of patients of the main group and in 86,6% of cases of the control group.

Key words: the immediate implantation, prosthetics on implants.

Выполнение немедленной имплантации в лунки удаленных зубов и протезирование в кратчайшие сроки после имплантации является гарантией сохранения стабильного состояния жевательно-речевого аппарата [8, 12]. Помимо эстетического, функционального, психологического результатов немедленной имплантации и протезирования снижается атрофия альвеолярного отростка [9, 10]. По современным канонам стоматологии зубной ряд после удаления зуба (зубов) должен быть восстановлен в кратчайшие сроки и наиболее функциональным способом [7, 13]. Реконструкция дефектов зубного ряда верхней и нижней челюстей с использованием немедленной имплантации является перспективным, но относительно новым направлением в стоматологии. Недостаточно изучены технические особенности выполнения операции немедленной имплантации, отсутствует единое мнение относительно сроков протезирования [3, 10, 11]. В единичных публикациях отмечается положительный потенциал применения при немедленной имплантации цилиндрических и пластинчатых самофиксирующихся устройств с эффектом памяти формы [2, 4, 5]. Недостаточный охват костью цилиндрических и пластинчатых имплантатов с памятью формы в лунке зуба, конусовидной формы абатменты способствуют образованию промежутков между имплантатом и тканями, что усиливают дистрофию десны и костной ткани в области имплантатов.

Цель исследования: проанализировать результаты немедленной имплантации с использованием дентальных конструкций с эффектом памяти формы, адаптированных для установки в лунку удаленного зуба (зубов).

Материалы и методы

Проведен анализ эффективности немедленной имплантации у 138 пациентов, лечившихся в период с 2004 по 2010 годы. В 93 (67,4%) случаях были использованы одноэтапные имплантаты с эффектом памяти формы: цилиндрические (n=64) и пластинчатые (n=29), адаптированные для установки в лунку удаленного зуба (основная группа). У 45 (32,6%) больных контрольной группы применяли двухэтапные (n=16) и одноэтапные (n=29) винтовые имплантаты.

Из 93 больных основной группы лишь в 21 (22,6%) случаях единичные дефекты зубного ряда образовались после удаления корня (корней) зуба. У 22 (23,7%) удаление корня зуба увеличивало число отсутствующих зубов до трех. В области отсутствующих зубов степень атрофии альвеолярного отростка соответствует I классу по Fallschussel и III класса по D. Atwood [3, 13]. У 19 (20,4%) больных в течении 5-7 лет отсутствовало более 5 зубов, имел место хронический пародонтит, в связи с подвижностью требовалось удаление от 1 до 3 зубов, вертикальный и горизонтальный размеры беззубых участков альвеолярного отростка не менее 18,0 мм и 10,0 мм. У 23 (24,7%) пациентов отсутствовало более 5 зубов, имела место атрофия альвеолярного отростка II-IV классов по Fallschussel, IV-V классов по D. Atwood. В 8 (8,6%) случаях после удаления более 5 подвижных зубов оставалось 4-5 зубов для включения в протез.

Планирование лечения с использованием метода немедленной имплантации выполняли в соответствии с традиционными требованиями [1, 7, 11].

Показаниями к удалению зубов и немедленной имплантации служили значительное разрушение коронки зуба у 72 (77,4%) пациентов основной группы и 38 (84,4%) больных контрольной группы, подвижность зуба (зубов) II-III степени у пациентов с хроническим

пародонтитом, в основной группе в 21 (22,6%) случае и в контрольной группе у 7 (15,0%) больных.

Важным условием при выполнении экстирпации зуба перед одномоментной имплантацией в лунку является максимально атравматичная процедура удаления зуба. Подвижные зубы удалялись с использованием универсальных щипцов с узкими щечками ротационными движениями. При удалении корней зубов с полностью разрушенной коронкой бором расширялась периодонтальная щель по периметру, корни вывихивались элеватором. В затруднительных случаях с целью сохранения межальвеолярных перегородок и стенок лунки экстирпация зуба выполнялась с использованием системы Easy X-TRAC.

Таблица 1

Результаты протезирования обследованных больных через 12 мес. после немедленной имплантации в лунку удаленного зуба

Сроки протезирования больных*	Результаты лечения					
	хорошие		удовлетворительные		неудовлетворительные	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная группа						
В день операции	5	5,4				
1-2 нед.	15	16,1	1	6,3		
3-4 нед.	40	43			1	2,4
5-6 нед.	31	33,3				
Итого*	91	97,8	1	1,1	1	1,1
Контрольная группа						
В день операции	1	2,2				
1-2 нед.	3	6,7				
3-4 нед.	22	88,8	2	8,0	1	4,0
Более 3 мес.	13	28,9	1	6,25	2	12,5
Итого*	39	86,6	3	6,7	3	6,7

Примечание: * — значимость отличия результатов в основной и контрольной группах при $p < 0,05$.

У 28 (30,1%) пациентов основной группы в лунку удаленного зуба (зубов) фронтальной группы устанавливали цилиндрические имплантаты, абатменты которых выполнены в виде неправильного усеченного конуса, язычная сторона абатмента от верхушки к уступу у основания абатмента плавно срезана. Установка цилиндрических имплантатов диаметром 3,5-4,0 мм в лунку фронтального зуба допускалась при толщине язычной и вестибулярной стенок лунки не менее 3,0 мм у пациентов с отсутствием местных воспалительных явлений, кисты корня зуба. У 5 (5,4 %) больных с горизонтальным размером альвеолярного отростка не более 6,0-7,0 мм в области удаленного фронтального зуба для установки в лунку зуба использовали пластинчатые двухкорневые имплантаты толщиной 2,0 мм и линейным размером 5 мм.

Цилиндрические конструкции с эффектом памяти формы использованы при немедленной имплантации в лунку удаленного зуба жевательной группы у 36 (38,7%) пациентов, имеющих горизонтальный размер альвеолярного отростка в области дефекта не менее 10,0 мм. Абатменты имплантатов выполнены в виде трехгранной фигуры со сглаженными углами, расширяющимися от верхушки к уступу в основании (рис.1).

У 24 (25,8%) пациентов при немедленной имплантации через лунку удаленного двух или трехкорневого зуба были задействованы пластинчатые с эффектом

памяти формы, в т.ч. в 22 случаях адаптированные для установки в лунку удаленного многокорневого зуба (патент на изобретение 2397732) [6].

При подготовке ложа под дентальный имплантат лунку зуба углубляли на 2 мм, сглаживались острые края стенок лунки. Правильность формирования имплантационного ложа контролировали соответствующим аналогом, добиваясь максимального контакта внутрикостной части имплантата с костью. Щелевидные пространства между дентальной пластинчатой конструкцией и костью заполняли остеопластическим материалом «Коллапан» (Интермедпатит, Россия). Костная рана укрывалась резорбируемой мембраной «Пародонкол» (Полистом, Россия).

В лечении 29 (64,4%) из 45 больных контрольной группы был использован метод одноэтапной имплантации. Одноэтапные винтовые конструкции (Альфа-Био, Израиль) были установлены в лунки однокорневых зубов в 4 (13,8 %) случаях и у 25 (86,2 %) пациентов использованы при немедленной имплантации в лунку многокорневых зубов. Имплантацию верхней (n=9) и нижней (n=16) челюстей выполняли у пациентов с хорошо сохранившимися стенками, межальвеолярными перегородками лунки зуба (не менее 3,0 мм) при I-II фенотипе архитектоники костной ткани альвеолярного отростка.

Двухэтапные цилиндрические имплантаты использованы в лечении 16 (35,6%) больных с дефектами зуба (зубов) жевательной группы верхней челюсти (n=7) и нижней челюсти (n=9). В зависимости от толщины стенок (не менее 2,5 мм) для имплантации избирали медиальную или латеральную лунки, а после удаления моляра имплантаты устанавливали в обе лунки. После операции имплантации в костную рану укладывали остеокондуктивный биологически резорбируемый бета-трикальций фосфат «Easy-graft» (DC Dental, Швейцария) для уменьшения атрофии альвеолярного отростка, костную рану укрывали рассасывающейся биомембраной «Пародонкол» (Полистом, Россия) и ушивали слизисто-надкостничный лоскут.

Пациенты основной группы в возрасте 18-41 лет в связи с косметическими дефектами после удаления зубов фронтальных сегментов верхней челюсти (n=3) и нижней челюсти (n=2) настаивали на немедленном протезировании. У двух пациентов с единичными дефектами резцового сегмента верхнего зубного ряда и у одного нижнего зубного ряда временные коронки были изготовлены из соответствующих коронок гарнитура и припасованы на абатменты цилиндрических имплантатов сразу после операции имплантации. В двух случаях временные протезы были изготовлены из термопластмассы **Bre.dentan** (Bredent®, Германия) перед операцией по диагностической модели. После завершения имплантации протезы припасованы на абатменты двух цилиндрических конструкций установленных в лунки нижних резцов и в одном случае на абатмент пластинчатого имплантата установленного в лунку 2.2 зуба. Пациентов предупреждали о необходимости исключения из рациона твердой пищи для снижения функциональной нагрузки на временные протезы.

Временные протезы, установленные в день операции у 5 пациентов основной группы, через 3 недели (на момент снятия оттиска и определения степени стабильности имплантата) удаляли, затем припасовывали вновь, а через 7-10 дней устанавливали металлокерамические коронки (рис. 1).

При контрольном осмотре через 5 дней после операции у 21 больных основной группы отек слизистой в области вмешательства отсутствовал, имплантаты устойчивы во всех направлениях, болезненности при



Рис. 1. Этапы выполнения немедленной имплантации у пациента Т., 21 год: а — после удаления 2.1 зуба. Имплантат имеет наклон шейки 7°. б — положение головки имплантата соответствует зубной дуге; в, г — фото рентгенограммы и результат протезирования металлокерамической коронкой через 2 недели после операции.

нагрузке на имплантат не было. На контрольной визиограмме внутрикостные части имплантатов погружены за пределы кортикальной пластинки гребня альвеолярного отростка не менее 1-1,5 мм, структура окружающей кости не изменена. Имелись реальные условия для выполнения протезирования. В 12 случаях протезирование металло-керамическими протезами с опорой на дентальные конструкции завершено через 7-10 дней после операции немедленной имплантации. У 4 больных после немедленной имплантации в лунку удаленного жевательного зуба верхней челюсти (вторые премоляры, первые моляры) протезирование было выполнено через 2 недели после операции, в протез включали соседний с дефектом зуб.

У 22 больных с отсутствием 2-3 зубов после операции имплантации протезы с опорой на цилиндрические конструкции (n=20) и пластинчатый имплантат (n=2) были установлены через 4 недели. В 19 случаях в опору протеза помимо цилиндрических имплантатов (n=12) или пластинчатых (n=7), установленных для замещения отсутствующих 2-3 зубов, включали соседний с дефектом зуб (зубы).

Временные протезы из термопластмассы были установлены через 4 недели после операции имплантации у 31 пациента с множественными дефектами зубного ряда. У 8 больных с практически полным отсутствием зубов (оставшиеся 3-4 зубов опоры протеза не включались) в качестве опоры протеза задействованы цилиндрические имплантаты. У 23 пациентов в опору протеза были включены соседние с дефектом зубы цилиндрические (n=5) и пластинчатые (n=18). Реконструкция зубного ряда завершена через 1,5-2 месяца у 13 больных и в 18 случаях через 2-2,5 месяца.

У 16 пациентов контрольной группы протезирование с опорой на двухэтапные винтовые имплантаты (n=7), имплантаты и зубы (n=9) выполнено через 7 месяцев на верхней челюсти и у 10 больных с дефектами нижнего зубного ряда через 4 месяца после имплантации.

Лишь у одного больного после установки одноэтапного имплантата в лунку второго резца верхней челюсти выполнено протезирование коронкой из гарнитура. У трех пациентов с единичными включенными дефектами протезирование металлокерамической коронкой с опорой на одноэтапный имплантат завершено через 10-12 дней после операции (рис. 2). В 25 случаях реконструкция зубного ряда была завершена через 3-4 недели после операции. Протезы с опорой на одноэтапные винтовые имплантаты установлены у 10 больных и в 15

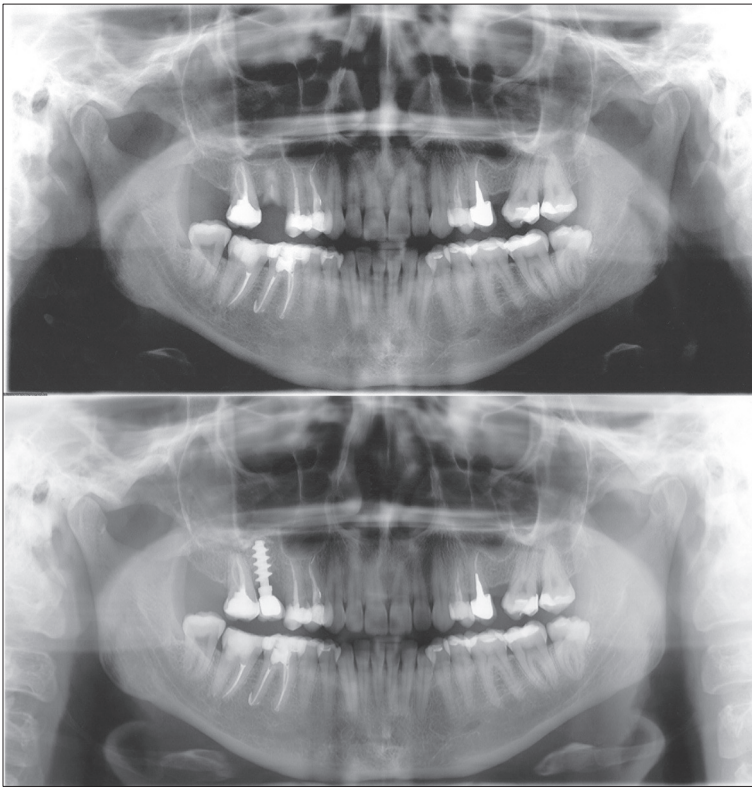


Рис. 2. Ортопантограмма пациентки Г., 48 лет. Отсутствует 5 зубов: 1.6, 1.5, 3.6, 3.5, 3.4. а — до лечения; б — через 5 месяцев после имплантации. Для установки в лунку удаленных зубов использованы двухэтапные винтовые дентальные конструкции. В лунку удаленного зуба установлено 2 имплантата.

случаях в протез включали соседние с дефектом зубы.

В течение 12 месяцев после протезирования каждые 3 месяца проводили контрольный осмотр пациентов с целью контроля качества гигиенического ухода за протезами, функциональной состоятельностью протезно-имплантатной системы.

Оценку ближайших и отдаленных результатов протезирования выполняли в соответствии с рекомендациями М.Ф. Букаева [1]. Достоверность полученных результатов в сравниваемых группах определяли с применением критерия χ^2 и теста Ильяка ($p=0,005$).

Результаты и обсуждение

В основной группе через 12 месяцев после протезирования (срок окончания гарантии протеза в соответствии с договором оказания услуг) 91 (97,8%) пациентов жалоб не предъявляли, пережевывание пищи (функциональная жевательная проба по С.Е. Гельману) не нарушено. В одном случае (протез из термопластмассы с опорой на пластинчатый имплантат и зубы, установленный через 4 недели после операции) выявлены суперконтакты на щечных бугорках протеза верхней челюсти. Потребовалась шлифовка с изменениями угла наклона и снижением высоты бугорка (результат протезирования удовлетворительный). У одного пациента, в связи с периимплантитом, имплантат был удален через 2 месяца после раннего протезирования (10 дней с момента операции) металло-керамической коронкой с опорой на цилиндрическую конструкцию, установленную в лунку второго премоляра верхней челюсти (табл. 1).

В контрольной группе у 2 (12,5%) из 16 больных через 8 месяцев после протезирования с опорой на двухэтапные винтовые имплантаты наблюдалась атрофия слизистой и резорбция кости с оголением тела имплантата (результат лечения неудовлетворительный). У одного пациента через 11 месяцев произошло развинчивание винтов, фиксирующих абатменты, из-за первоначально недостаточной фиксации головки. В 13 (81,3%) случаях

результаты протезирования оценены как хорошие.

После одноэтапной имплантации у 29 пациентов результаты протезирования в 26 (89,7%) случаях признаны хорошими. В связи с атрофией мягких тканей в области металло-керамической коронки фронтального зуба и нарушением её контакта со слизистой 2 (6,9%) пациента предъявляли жалобы на низкую эстетику протеза. У одного больного через 9 месяцев после протезирования появилась подвижность протезно-имплантационной системы в результате резорбции кости в области имплантата.

Эффективность протезирования после немедленной имплантации у пациентов основной и контрольной групп достаточно высокая. Однако ближайшие результаты немедленной имплантации с применением двухэтапных конструкций менее предсказуемы. В связи с развитием периимплантита у 2 (12,5%) больных конструкции были удалены. Применение одноэтапных конструкций для немедленной имплантации существенно сокращает сроки лечения. Периимплантиты выявлены у 3 (10,3%) из 29 пациентов контрольной группы, а в основной группе лишь у 1 (1,1%) из 93 больного. При сравнительном анализе результатов лечения в контрольной и основной группах разница достоверна ($\chi^2=5,048$, $p=0,025$).

В сроки 2-5 лет осмотрены 28 (62,2%) пациентов контрольной группы и 48 (51,6%) основной группы явившихся по приглашению. В течение 3-5 лет после протезирования у осммотренных пациентов результаты протезирования оставались стабильными: в контрольной группе по данным комплексной оценки состояние протезно-имплантационной системы в 92,9 % случаев признано хорошим. В основной группе хорошие результаты протезирования сохранялись у 95,7 % пациентов ($\chi^2=0,001$, $p=0,978$, разница не значима).

Из 10 больных после двухэтапной имплантации у одного пациента (3 года после протезирования) выявлено развинчивание фиксирующего абатмент винта, явления компенсированного периимплантита. Со слов пациента подвижность протеза наблюдалась в течение двух месяцев. Несостоятельный протез удален, проведена санация карманов, противовоспалительное лечение. Явления периимплантита были купированы, подвижность имплантата отсутствовала и пациенту было выполнено повторное протезирование с включением в опору протеза имплантата и соседнего зуба. В 9 (90,0%) случаях протезно-имплантационная система была стабильной.

Эффективность одноэтапной имплантации в контрольной группе была выше. Из 18 осммотренных больных 17 (94,5%) пациентов жалоб не предъявляли и лишь в одном случае выявлен скол керамики на коронке протеза (имплантат установлен в лунку резца).

У 46 (95,7%) пациентов основной группы результаты протезирования признаны хорошими. У 2 (4,2%) больных с хроническим генерализованным пародонтитом через 3 и 5 лет после протезирования были удалены зубы, включенные в протез и выполнена немедленная имплантация. На момент осмотра протезно-имплантационная система стабильна, функция жевания не нарушена.

В основной группе по комплексной оценке в 95,7% случаев признаны хорошими, в контрольной группе у 92,9% больных ($\chi^2=0,001$, $p=0,978$, разница не значима).

Таким образом, при немедленной имплантации наиболее эффективны одноэтапные дентальные конструкции. Применение самофиксирующихся одноэтапных конструкций с эффектом памяти для имплантации в лунку удаленного зуба сокращает сроки лечения па-

циентов с частичной потерей зубов от 1 до 4 недель. У пациентов с единичным дефектом фронтального сегмента зубного ряда немедленное протезирование монокоронкой может выполняться в день операции. Использование имплантатов с эффектом памяти формы

адаптированных для немедленной имплантации в лунки фронтальных и жевательных зубов повышает надежность протезно-имплантационной системы и позволяет в 95,7% случаях получить хорошие отдаленные результаты протезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Букаев М.Ф. Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезирования мостовидными протезами // Новое в стоматологии. — 2006 г. — № 3. — С. 42.
2. Волостнов Л.Г., Коняхин А.Ф., Макарьевский И.Г. Разработка и экспериментальное изучение внутрикостных имплантатов с памятью формы для верхней и нижней челюсти // Клиническая имплантология и стоматология. — 2003. — № 1-2. — С. 20-25.
3. Кулаков А.А. Особенности проведения непосредственной имплантации с применением имплантатов различных конструкций // Новое в стоматологии — 2002 — № 5. — С.85-87.
4. Макарьевский И.Г. Внутрикостные имплантаты с памятью формы в лечении частичной адентии верхней челюсти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 18 с.
5. Макарьевский И.Г. Теоретические и практические аспекты применения одноэтапной схемы имплантации конструкций с термомеханической памятью для замещения дефектов зубного ряда верхней челюсти // Новое в стоматологии. — 2005. — №2. — С. 60-63.
6. Мейснер Л. Л., Лотков А. И., Раздорский В. В., Котенко М. В., Никонова И. В., Макарьевский И. Г. Дентальный внутрикостный имплантат и материал с эффектом памяти формы для его изготовления // Патент России № 2397732. 2010. Оpubл. Бюл. №24.
7. Параскевич В.Л. Немедленная имплантация в лунки удаленных зубов (обобщение 10-летнего клинического опыта 2325 операций). // Стоматологический журнал. — 2006. — № 2. — С. 108-119.
8. Патарая Г. Концепция одноэтапной имплантации с немедленной функциональной нагрузкой // Dental Market-2008. — №1. — С. 57.
9. Рабухина Н.А. Динамическое рентгенографическое наблюдение за процессами костеобразования при непосредственной установке имплантата в лунку удаленного зуба (рентгеноэкспериментальное исследование) // Стоматология. — 2007. — №2. — С. 35-38.
10. Робустова Т.Г., Ушаков А.И., Федоров И.В. Немедленная имплантация при удалении зубов // Клиническая стоматология. — 2001. — № 1. — С. 42-47.
11. Суров О.Н. Конструирование протезно-имплантатной жевательной системы // новое в стоматологии. — 1998. — № 3. — С. 29-34.
12. Glauser R., Hildebrand. Достоинства и недостатки метода немедленной имплантации // Новое в стоматологии. — 2008. — №3. — С. 96-101
13. Weiss Ch.M., Weiss A. Principles and practice of Implant Dentistry — St. Louis: Mosby, 2001. — 447 p.

Информация об авторах: 654034, Кемеровская область, г.Новокузнецк, ул. Шестакова, 14, тел./факс: (3843) 37-73-84, e-mail: imtamed@mail.ru
Котенко Мария Викторовна — соискатель.

© КОНЬКОВА-РЕЙДМАН А.Б., ЗЛОБИН В.И. — 2011
УДК: 616.831-002-022:578.833.26]-084(470)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

Алёна Борисовна Конькова-Рейдман¹, Владимир Игоревич Злобин²

(¹Челябинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН Н.И. Долгушин, кафедра инфекционных болезней, зав. — д.м.н., проф. Л.И. Ратникова;

²Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра микробиологии, зав. — д.м.н., проф., акад. РАМН В.И. Злобин)

Резюме. На основании анализа клинических форм заболевших клещевым энцефалитом (КЭ) в течение 11 лет выявлено утяжеление клинического течения КЭ, рост очаговых форм. Среди клинических форм КЭ в Южно-Уральском регионе с 1998 по 2003 г. доминировали лихорадочная и менингеальная формы, составляющие 49,6% и 33,7% соответственно. К ним тесно примыкали очаговая, диффузная менингоэнцефалитическая и полиоэнцефаломиелитическая формы, составляющие в сумме 6,6%. Начиная с 2004 года, отмечено увеличение доли менингеальной формы до 49%, менингоэнцефалитической с 1,1 до 25,8% в 2008 году и менингоэнцефалополеомиелитической формы с 9 до 13%. Также увеличилось количество двухволновых форм с 8% в 2002 году до 23% в 2005-2006 гг. У 8,4% больных, перенесших очаговые формы, развилось хроническое течение КЭ. Показатели летальности по Челябинской области в 2005-2010 г. составляли от 2,5% до 1,0%.

Ключевые слова: Клещевой энцефалит, клиника, эпидемиология, патоморфоз

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC AL CHARACTERISTICS OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS IN THE SOUTHERN URALS

V.I. Zlobin¹, A.B. Konjkova- Reidman²

(¹Irkutsk State Medical University; ²Chelyabinsk State Medical Academy)

Summary. On the base of the analysis of clinical forms of TBE during 11 years there have been revealed the severity of clinical course of TBE, an increase in focal forms. Among the clinical forms of TBE in the South Ural region from 1998 to 2003 febrile and meningeal forms prevailed, that amounted to 49.6% and 33.7% respectively. The focal, diffuse meningoencephalitic and poliomyelencephalitic forms, amounting to 6.6%, closely joined to them. Beginning with 2004, it was noted an increase in the share of the meningeal form up to 49%, meningoencephalitic one — from 1.1% to 25.8% in 2008 and meningoencephalitic form increased since 9% to 13%. The number of two-wave forms increased from 8% in 2002 to 23% in 2005-2006. In 8.4% of patients, who had focal forms, chronic TBE developed. The lethality rates in the Chelyabinsk region in 2005-2010 years amounted to from 2.5% to 1.02%.

Key words: Tick-borne encephalitis, clinical epidemiology, pathomorphosis.