

Литература

1. Копёнкин, С.С. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений в ортопедической хирургии: новые возможности / С.С. Копёнкин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2010. – №1. – С. 35-39.
2. Копенкин, С.С. Проблемы профилактики венозных тромбозомболических осложнений при эндопротезировании крупных суставов / С.С. Копенкин, А.В. Скороглядов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2009. – №3. – С. 69-74.
3. Сикилинда, В.Д. Анестезиологическое пособие при операциях эндопротезирования крупных суставов / В.Д. Сикилинда, А.В. Алабут, Н.В. Балакшей // Сб. научн. тр. Человек и его здоровье. – С-Петербург, 2006. – С. 46.
4. Lassen, M. Emergence of new oral antithrombotics: a critical appraisal of their clinical potential / M. Lassen, V. Laux // Vasc. Health Risk. Manag. – 2008. – Vol. 4, №6. – P. 1373-1386.
5. RE-MOBILIZE Writing Committee, Ginsberg J., Davidson B. et al. Oral thrombin inhibitor dabigatran etexilate vs North American enoxaparin regimen for prevention of venous thromboembolism after knee arthroplasty surgery / J. Arthroplasty. – 2009. – Vol. 24, №1. – P. 1-9.

ТАКТИКА АКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ А.В. АЛАБУТ

Проведен анализ лечения 104 больных, которым выполнялось эндопротезирование коленного сустава, и 121 больного, которому замещали тазобедренный сустав. С целью активного выявления патологии сосудистого русла всем больным в предоперационном периоде выполняли триплексное исследование вен и ультразвуковое исследование артерий нижних конечностей, выполняли оперативные вмешательства, направленные на восстановление проходимости сосудов и снижение риска тромбообразования после эндопротезирования. Больные получали весь спектр специфических и неспецифических методов профилактики в периоперационном периоде. После эндопротезирования на 7-10 сутки и через 2,5-3 месяца всем больным повторно выполняли триплексное исследование вен нижних конечностей, при выявлении флотирующих тромбов по экстренным показаниям выполняли кликации вен. Активная диагностика тромбозов позволила избежать летальных исходов от тромбоэмболии легочной артерии.

Ключевые слова: тромбоз, антикоагулянты

ACTIVE PREVENTION OF THE THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN LARGE JOINTS ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT ALABUT A.V.

Analysis of 104 cases of knee replacement and 121 cases of total hip replacement was performed. Triplex investigation of veins and ultrasound examination of lower extremities arteries was made. Surgical revascularization and measures for the prevention of thromboembolism after endoprosthesis replacement were used if necessary. Wide range of the specific and nonspecific prophylaxis methods was applied during the perioperative period. Triplex re-examination of lower extremities veins was performed in 7-10 days and 2,5-3 months after the endoprosthetic operation. Urgent vein pty operations were performed in the cases of the floating thrombosis detection. Effective and active diagnostics allowed preventing lethal outcomes caused by pulmonary artery thromboembolism.

Key words: thrombosis, anticoagulants

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.735.8.003.67:342.47

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВКЛЮЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

С.В. Сирак, А.А. Слетов, К.С. Гандылян, М.В. Дагуева
Ставропольская государственная медицинская академия

Сирак Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)917869; (8652)350551; e-mail: sergejsirak@yandex.ru.

Слетов Александр Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СтГМА, тел.: (8652)465986; (8652)355536; e-mail: ddt111@yandex.ru.

Гандылян Кристина Семеновна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СтГМА, тел.: (8652)457312; (8652)355536; e-mail: 12stom@yandex.ru.

Дагуева Мадина Витальевна, ассистент кафедры стоматологии ИПДО СтГМА, тел.: (8652)912098, (8652)742201; e-mail: FPO5@mail.ru.

В последнее десятилетие дентальная имплантация заняла прочное место в ряду основных стоматологических специальностей. Как свидетельствуют данные литературы, метод дентальной имплантации стал одним из ведущих в ортопедической стоматологии при восполнении дефектов зубных рядов, что в значительной мере помогает решить проблему реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями, сопровождающимися разрушением зубных и околозубных тканей [1, 3, 5, 6].

Современное состояние имплантологии характеризуется различным уровнем решения клинических

задач по восстановлению утраченных зубов с помощью имплантатов. Дискуссионным остается вопрос о сроках начала протезирования после непосредственной имплантации [2, 4].

Традиционно дентальная имплантация проводится лишь через 3-6 месяцев после удаления зуба [2, 3, 5]. Вместе с тем возможность немедленной постановки имплантата в альвеолу после удаления зуба является актуальным и экономически оправданным способом совершенствования стоматологической помощи. Отдельные экспериментальные данные по непосредственной имплантации и положительные клинические результаты указывают на возможность широкого применения этого метода [1, 2, 3, 5]. Известен ряд способов непосредственного восстановления включенных дефектов зубных рядов при удалении зубов по различным показаниям, включающих элементы костной пластики ауто- и аллогенной костью или препаратами на основе гидроксиапатита кальция [1, 2, 4, 5]. Недостатком указанных способов является низкая адаптация и стабильность устанавливаемых имплантатов в альвеоле удаленного зуба, а также слабая остеоинтеграция имплантата в кости. Чаще всего взаимодействие имплантата и кости при данных способах непосредственной имплантации происходит при помощи фиброзной ткани – по типу фиброинтеграции или фиброостеоинтеграции, хотя наиболее устойчивой считается остеоинтеграция (П.У. Бранемарк) [6].

Таким образом, вопросы обеспечения первичной стабилизации дентального имплантата и использования новых биосовместимых остеопластических материалов остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: повышение эффективности непосредственной дентальной имплантации за счет использования системы Sapien Root Remover System для удаления корней зубов и пористого титана «Natix» для первичной стабильности имплантатов, устанавливаемых в лунку удаленного зуба.

Материал и методы. Непосредственная имплантация была проведена у 34 больных. Всего поставлено 47 имплантатов системы «ENDURE». При планировании непосредственной имплантации клиническое обследование пациентов дополнялось данными рентгенографического исследования (прицельные и обзорные рентгенограммы), по плану предоперационной подготовки всем пациентам санирована полость рта.

В ходе работы использовали систему Sapien Root Remover System для удаления корней зубов, ультразвуковой аппарат «Явь-5» – для создания депо лекарственных средств в ране и стимулирования регенераторных процессов, 0,05% раствор мирамистина, гранулы пористого титана «Natix» (ф. Tigran Technologies, Швеция, www.tigran.se) с размером гранул 0,7-1,0 мм и пористостью 80%.

Общая характеристика используемых материалов и средств для достижения поставленной цели.

Система Sapien Root Remover System позволяет удалять зубы и корни любой группы зубов (моляры, премоляры, резцы) без повреждения костных стенок альвеолы и круговой связки зуба.

Обработка раны ультразвуком от аппарата «Явь-5» через 0,05% раствор мирамистина приводит к обеззараживанию раны и стимуляции иммунокомпетентных систем регенерации.

Внесение в лунку удаленного зуба гранул пористого титана способствует остеогенезу и регенерации костной ткани. Гранулы «Natix» – частицы титана неправильной формы – изготавливаются из технически чистого титана со степенью чистоты I. Гранулы абсолютно биосовместимы с губчатой костной тканью че-

ловека, сразу обеспечивают механическую стабильность, создают опорную суперструктуру для роста новой костной ткани.

Способ непосредственной дентальной имплантации осуществляли следующим образом.

Проводили рентгенологическое исследование, включая панорамные снимки. После инфильтрационного или проводникового обезболивания раствором Ultracaini 4% – 1,8 мл с адреналином 1:100000 с помощью системы «Sapien Root Remover System» удаляли «причинный» зуб. Проводили кюретаж лунки зуба, удаляя патологически измененные ткани. Операционную рану обрабатывали 0,05% раствором мирамистина, низкочастотным ультразвуком в режиме 20,5-23,5 кГц с импульсом 0,3-0,6-0,9 Вт/см² и частотой повторения 50-60 Гц. После этого по стандартному протоколу устанавливали винтовой титановый имплантат системы «ENDURE». Имплантат устанавливали на 2-3 мм ниже десневого края альвеолы лунки удаленного зуба, свободное пространство между имплантатом и костными стенками альвеолы заполняли без уплотнения гранулами титана «Natix». Устанавливали опорную часть имплантата, после этого слизистые края лунки ушивали. Снимали силиконовый оттиск, изготавливали и устанавливали временную искусственную коронку. Назначали гигиеническую обработку полости рта 0,05% раствором мирамистина в течение 3-5 дней. Больным рекомендовали прием антибактериальных, противовоспалительных и десенсибилизирующих препаратов. После операции применяли локальную гипотермию (лед) и накладывали давящую повязку. Перевязки проводили ежедневно в течение 7 дней.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты исследования, данный способ непосредственной имплантации является оптимальным по срокам проведения, поскольку при его выполнении предотвращаются вторичные патологические изменения зубочелюстной системы. Разработанная методика не сопряжена с операционной травмой окружающих костной и мягкой тканей, не требует специальной подготовки альвеолы зуба, может применяться у всех групп зубов, включая моляры (в таком случае для обеспечения первичной стабильности имплантат устанавливается в межкорневую перегородку). Применение непосредственной имплантации по данной методике способствует формированию вокруг имплантата новообразованной плотной кости с высокой концентрацией минеральных компонентов, что способствует остеоинтеграции имплантата и кости. Размер используемых гранул препарата и его пористость являются оптимальными и для распознавания остеообластами и, соответственно, роста новообразованной кости; использование гранул размером менее 1 мм в диаметре приводит к их резорбции макрофагами, что сопровождается воспалительной реакцией и не способствует полноценному остеогенезу.

Послеоперационный период практически у всех пациентов протекал без осложнений. Через 3 месяца (на нижней челюсти) и через 6 месяцев (на верхней челюсти), после полной остеоинтеграции установленного имплантата с костью, приступали к изготовлению и установке постоянной коронки.

В качестве примера приводим клинические наблюдения.

Пример №1. Больная Г., 32 лет, амбулаторная карта №1423. Обратилась с жалобой на отсутствие коронковой части зуба верхней челюсти слева. Со слов больной, 21-й зуб ранее был лечен, пломбировался, но постепенно разрушился. От удаления корня и протезирования мостовидным протезом с obtachиванием соседних зубов больная отказалась.

Объективно: коронковая часть 21 зуба отсутствует.
 Диагноз: включенный дефект зубного ряда верхней челюсти слева, отсутствующая коронковая часть 21 зуба.

Лечение. Под обезболиванием раствором Ultracaini 4% – 1,8 мл с адреналином 1:100000 с помощью системы «Sapian Root Remover System» удален корень 21 зуба. С помощью фрезы и остеотомов разного диаметра расширено и сформировано ложе для имплантата. Установлен 1 имплантат «ENDURE». Свободное пространство между имплантатом и костными стенками альвеолы заполнено без уплотнения гранулами пористого титана «Natix» с размером гранул 0,7-1,0 мм и пористостью 80% (рис. 1). Рана ушита. Сразу после операции изготовлена и установлена временная искусственная коронка. На контрольной рентгенограмме, выполненной через 5 месяцев после операции, отмечается полная остеоинтеграция имплантата с костной тканью (рис. 2). Плотность костной ткани в зоне имплантации составила в среднем от 950 до 1350 единиц по шкале Хаунсфилда, что соответствует типу кости D2-D3. Атрофия костной ткани в области установленных имплантатов отсутствует. Состояние мягких тканей в области имплантата удовлетворительное.

Пример №2. Больная В., 38 лет, амбулаторная карта №1459. Обратилась с жалобами на разрушенный 46-й зуб нижней челюсти справа, от несъемного протезирования категорически отказалась. На рентгенограмме – разрушенная коронковая часть 46 зуба, в корневых каналах – остатки пломбирочного мате-

риала, резорбция корней зуба в области бифуркации. Диагноз: хронический периодонтит 46 зуба.

Операция. Под проводниковым и инфльтрационным обезболиванием раствором Ultracaini 4% с адреналином 1:100000 с помощью системы «Sapian Root Remover System» удален корень 46 зуба, проведен тщательный кюретаж лунки. Установлен 1 винтовой имплантат «ENDURE» в область межкорневой перегородки 46 зуба, свободное пространство между имплантатом и костными стенками альвеолы заполнено пористым титаном «Natix» (рис. 3). Непосредственно после операции изготовлена и установлена временная, а через 3 месяца – постоянная коронка на имплантат. На рентгенограмме, выполненной через 2 месяца после операции, атрофии костной ткани в области имплантата не определяется (рис. 4).

Во всех случаях использования предлагаемого способа отмечалось интимное прилегание новообразованной кости к имплантату, что характеризует динамику остеоинтеграционного процесса как позитивную. Трабекулярный рисунок в области установленных имплантатов, по данным обзорных рентгенограмм, был полностью идентичен нативной кости. Осложнение в виде периимлантита наблюдалось у 1 больного (2,9%), эффективность лечения составила 97,1%.

Заклучение. Метод непосредственной дентальной имплантации для замещения включенного дефекта зубного ряда с использованием системы «Sapian Root Remover System» и пористого титана «Natix» может успешно применяться в стоматологической практике.

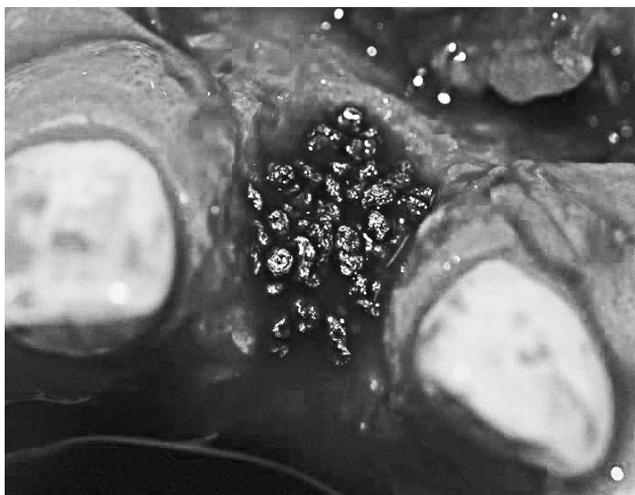


Рис. 1. Лунка 21 зуба заполнена гранулами пористого титана «Natix».



Рис. 3. Свободное пространство между имплантатом и костными стенками альвеолы 46 зуба заполнены пористым титаном «Natix».

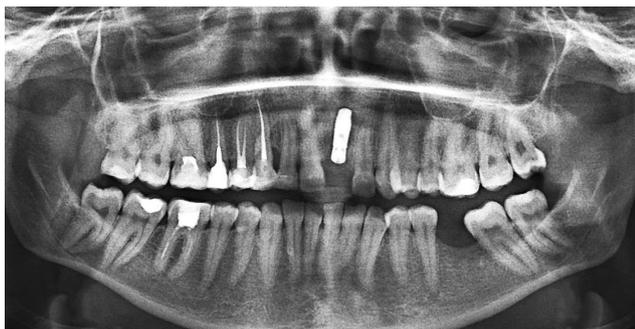


Рис. 2. Ортопантомограмма больной Г. через 5 месяцев после операции.



Рис. 4. Ортопантомограмма больной В. через 2 месяца после операции.

Литература

1. Булат, А.В. Ключевые факторы выбора внутрикостных имплантатов при частичной адентии / А.В. Булат, В.Л. Параскевич // Новое в стоматологии. - 2000. - №8, Спец. вып. - С. 67-73.
2. Зуев, Ю.А. Обоснование выбора конструкции имплантатов для замещения одиночного дефекта зубного ряда / Ю.А. Зуев // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2003. - 24 с.
3. Кулаков, А.А. Особенности проведения непосредственной имплантации с применением имплантатов различных конструкций / А.А. Кулаков, Ф.М. Абдуллаев // Новое в стоматологии. - 2002. - №5. - С. 34-36.
4. Кулаков, А.А. Непосредственная имплантация и нагрузки в дентальной имплантологии / А.А. Кулаков, Ж.А. Ашуев // Алфавит стоматологии. - 2006. - №2-3. - С. 4-6.
5. Кулаков, О.Б. Замещение одиночных дефектов зубных рядов при помощи остеоинтегрированных имплантатов. Хирургические и ортопедические аспекты / О.Б. Кулаков, С.Н. Супрунов // Институт стоматологии. - 2008. - №2. - С. 46-48.
6. Markowitz, N.R. Reconstruction of severely atrophic mandibles with cranial bone grafts and Branemark implants / N.R. Markowitz // Oral Maxillofac. Surg. - 2009. - Spec. Issue. - P. 138-142.

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВКЛЮЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ
С.В. СИРАК, А.А. СЛЕТОВ, К.С. ГАНДЫЛЯН,
М.В. ДАГУЕВА

Представлен способ достижения высокого уровня остеоинтеграции дентального имплантата за счет сохранения стенок альвеолы удаленного зуба при его удалении системой «Sapian Root Remover System», обеспечения первичной стабильности имплантата за счет пористого титана Natix, создания оптимальных условий для формирования вокруг имплантата новообразованной костной ткани в наиболее короткие сроки. Непосредственная имплантация была проведена у 34 больных. Всего поставлено 47 имплантатов системы «ENDURE». Во всех случаях использования предлагаемого способа отмечалось интимное прилегание новообразованной кости к имплантату, что характеризует динамику остеоинтеграционного процесса как позитивную. Осложнение в виде периимплантита наблюдалось у 1 больного (2,9%), эффективность лечения составила 97,1%.

Ключевые слова: имплантат, лунка, пористый титан

DIRECT DENTAL IMPLANTATION IN PATIENTS WITH INCLUDED DENTITION DEFECTS

SIRAK S.V., SLETOV A.A., GANDYLYAN K.S., DAGUEVA M.V.

A method for achieving a high level dental implant osseointegration by retaining the walls of the alveolus of the extracted tooth at its removal with the system «Sapian Root Remover System» is set forth, ensuring of primary implant stability due to the porous titanium Natix, creating optimal conditions for the formation of neoformed bone tissue around the implant in the shortest possible time. Direct implantation was performed in 34 patients. Altogether, 47 implants of «ENDURE» system were put. In all cases, the proposed method pointed out the intimate adhesion of neoformed bone to the implant, which characterizes the dynamics of osteointegration process as positive. Complication in the form of periimplantitis was observed in 1 patient (2,9%), the effectiveness of treatment was 97,1%.

Key words: implant, socket, porous titanium

© Коллектив авторов, 2011
УДК: 611.37:612.014.5

ЗАКОНОМЕРНОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ, ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Е.В. Чаплыгина¹, Е.Н. Сидорова¹, Н.П. Жукова², А.С. Губарь¹, С.И. Климова¹

¹Ростовский государственный медицинский университет

²ФГУ «Южный окружной медицинский центр федерального медико-биологического агентства» Клиническая больница №1, Ростов-на-Дону

В настоящее время отмечается значительная распространенность заболеваний пищеварительной системы у лиц юношеского и первого периода зрелого возраста [10, 12]. В связи с чем становится очевидной необходимость своевременного выявления лиц с заболеваниями органов пищеварительной системы среди молодежи.

Эффективность массовых профилактических осмотров определяется оптимальным выбором тех-

нических средств, диагностических методик, последовательностью их использования. Ультразвуковой метод – один из базовых в диагностике патологии печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, результаты УЗИ являются информационной основой для дальнейших исследований. Совершенствование методов лучевой диагностики сопряжено с углублением сведений о морфометрических характеристиках исследуемых органов в норме [2]. Для правильной