Таблица 2
Биохимические показатели в норме и при циррозе печени

Показатели	Группа клинического сравнения (n=20)	Группа больных с циррозом печени (n=98)
альбумины	45,0 ± 4,9	30,3 ± 6,4 ($p < 0,05$)
гамма-глобулины	24,1 ± 3,7	60,0 ± 5,8 ($p < 0,05$)
АЛТ	20,1 ± 4,8	75,8 ± 56,6 ($p < 0,05$)
АСТ	18,6 ± 5,1	140,0 ± 92,5 ($p < 0,05$)
щелочная фосфатаза	100,1 ± 7,5	200,0 ± 3,2 ($p < 0,05$)
ГГТП	100,0 ± 1,8	200,2 ± 4,2 ($p < 0,05$)
билирубин	18,4 ± 1,3	33,2 ± 2,1 ($p < 0,05$)

Определение уровня альбуминов в сыворотке крови — основного белка, синтезируемого печенью, является важным показателем функциональной активности печени. По результатам исследования было выявлено снижение уровня альбуминов, и повышение концентрации гамма-глобулинов, что указывает на снижение синтетической активности печени и развитие цирротического процесса.

Полученные данные свидетельствуют о диагностическом значении комплексного применения лапароскопии в сочетании с контактной термометрией печени, что позволяет не только визуально оценить поверхность печени, но и на ранней стадии прогрессирования заболевания, при отсутствии морфологических изменений поверхности печени, выявить снижение температуры печени, что указывает на цирротический процесс. Лапароскопия, усиленная возможностями биопсии, позволяет получить необходимое количество ткани печени для детальной оценки морфологического субстрата болезни. Окончательный диагноз цирроза печени может считаться полноценным, если имеется подтверждение данными лапароскопии с термометрией и биопсий печени, с обязательным проведением биохимического анализа крови. Комплексное применение инструментальных и лабораторных методов позволяет с высокой точностью выставить диагноз цирроз печени еще на ранней стадии его прогрессирования, что дает возможность врачу определиться с верной тактикой лечения, замедлить прогрессирование заболевания и тем самым, продлить жизнь больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Калинин А.В.* Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / под ред. А.В. Калинина и А.И. Казанцева. — М.: Миклош, 2007 — 602 с.
2. *Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Преснов К.С.* Сочетанные эндовидиохирургические вмешательства в абдоминальной хирургии // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 2. — С. 78.
3. *Пришвин А.П., Майстренко Н.Л., Сингаевский С.Б. и др.* Тактические аспекты при выявлении сочетанной хирургической патологи на этапе диагностической лапароскопии // Эндоскопическая хирургия: матер. IX Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. — М., 2006. — С. 106-107.
4. *Рахманова А.Г., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н. и др.* Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени. — СПб.: СпецЛит, 2006. — 98 с.

Адрес для переписки: г. Чита, ул. Горького, 39а,
Ханина Юлия Сергеевна — к.м.н. ассистент кафедры факультетской хирургии ЧГМА, тел 26-05-78;
Коновалова О.Г. — ассистент кафедры факультетской хирургии ЧГМА

© КОТЕНКО М.В., ПУШКАРЬ С.С., ХРУШКОВ И.Н., ШАКЕНОВ С.Е., КОЗЛОВ Е.А. — 2009

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИМПЛАНТАЦИИ У 38 ПАЦИЕНТОВ

М.В. Котенко[1], С.С. Пушкарь[2], И.Н. Хрушков[3], С.Е. Шакенов[4], Е.А. Козлов[5]
([1]Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии — д.м.н., проф. В.К. Поленичкин;
[2]Стоматологическая клиника «ООО «Водолей»», Челябинская обл., с. Еманжелинка;
[3]МУП «Медико-Санитарная Часть № 2», Красноярский край, г. Норильск;
[4]Стоматологическая клиника «Simon Dent», Республика Казахстан, г. Павлодар;
[5]МЛПУ «Стоматологическая поликлиника», Иркутская область, г. Усолье-Сибирское)

Резюме. Выполнена реимплантация у 38 пациентов с дефектами зубного ряда верхней и нижней челюсти. Проанализированы ошибки, допущенные на хирургическом и ортопедическом этапах лечения, пути их исправления.
Реимплантация выполнена с применением самофиксирующихся дентальных устройств, остеопластических материалов. В 97,2% случаях получены хорошие результаты лечения.
Ключевые слова: реимплантация, особенности протезирования, дентальные имплантаты с эффектом памяти формы.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF EARLY AND LATE COMPLICATIONS OF IMPLANTATION IN 38 PATIENTS

M.V. Kotenko[1], S.S. Pushkar[2], I.N. Hrushkov[3], S.E. Shakenov[4], E.A. Kozlov[5]
([1]State Institute of Physicians' Training, Novokuznetsk;
[2]Dental Clinic of limited society «Vodoley», Chelyabinsk Region, Emanzhelinka village;
[3]Medical-Sanitary Department N 2, Norilsk;
[4]Dental Clinic «Simon Dent», Kazakhstan Republic, Pavlodar;
[5]Dental Polyclinic, Usolye-Sibirskoye)

Summary. Re-implantation has been executed in 38 patients with defects of dental rows of upper and/or lower jaws. Errors, committed in the surgical and orthopedic stages of treatment, have been analyzed, and the ways of their correction. Re-implantation has been executed with the application of self-fixating dental devices and osteoplastic materials. Good results of treatment were obtained in 97,2%.
Key words: re-implantation, features of prosthetics, dental implants with the effect of the memory of shape.

С 2004 по 2008 гг. с жалобами на неудовлетворительные результаты лечения к нам обратились 38 пациентов. У 6 (15,8%) больных поводом для обращения послужила миграция имплантатов через 4 недели — 2 месяца после их установки. В 32 (84,2%) случаях подвижность протезно-имплантатной системы, боли при пережевывании пищи появились в сроки 9 месяцев — 2 года после протезирования.

У 6 (15,8%) пациентов причиной миграции конструкций в ближайшие сроки после имплантации являлись ошибки в технике хирургического вмешательства. Формирование имплантного ложа выполнялось с высокой скоростью вращения режущего инструмента без адекватного охлаждения, что привело к ожогу кости и асептическому некрозу. В результате несоответствия размеров имплантного ложа с размерами конструкции отсутствовала первичная стабилизация дентальной конструкции с последующим развитием периимплантита.

Имплантное ложе адаптировалось под избранный дентальный имплантат, предпочтительно якорный. Щелевидные пространства между имплантатом и костью заполнялись остеопластическим материалом, костная рана укрывалась биомембраной (рис. 1).

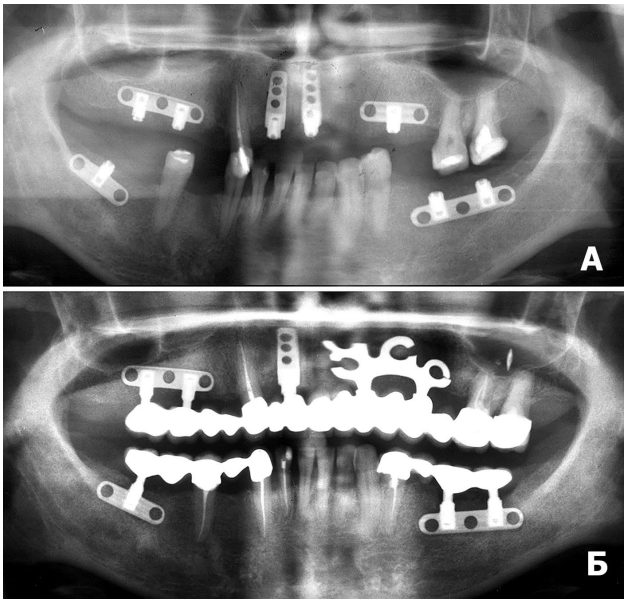

Рис. 1. Пациентка Б., 44 года: **А** — рентгенологический контроль перед протезированием. Дезинтеграция двухэтапных пластинчатых имплантатов, установленных в области 2.1, 2.4, 2.5 зубов; **Б** — результат протезирования через 3 года после повторной операции имплантации.

Поздние осложнения после имплантации конструкций в 12 (37,5%) случаях являлись следствием погрешностей в тактике хирургического этапа лечения, обусловленные неадекватным клинической ситуации выбором системы дентальных конструкций, их количества, размера и позиционирования, усугубленные грубыми ошибками протезирования, в т.ч. термическим воздействием на кость, ее лизисом из-за близкого контакта элементов металлического протеза и имплантатов. Показанием к удалению протеза и имплантата послужил периимплантит, развившийся в результате перегрузки конструкции, дестабилизация протеза.

У 20 (62,5%) больных превалирующей причиной отрицательного результата реконструкции зубного ряда являлось пренебрежение к моделированию жевательной поверхности протеза. Появление вывихивающего момента привело к дезинтеграции имплантата.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни.

Больная Ф., 48 лет, обратилась к нам 08.08.07 с жалобами на подвижность мостовидных протезов верхней челюсти справа и нижней челюсти слева и справа, перелом 23, 25 зубов. 05.04.06 г. была выполнена имплантация пластинчатых дентальных конструкций, а через 2 месяца — протезирование мостовидными металлическими протезами с опорой на имплантаты и соседние с дефектами зубы. Результаты осмотра: все три протеза подвижны, кривая Шпее протеза верхней челюсти справа резко выражена, кривая Шпее нижней челюсти справа и слева без соответствующего изгиба. Перекрытие нижних резцов верхними на 1/3, суперконтакты на 13 зубе с разобщением моляров, расхождение альвеолярных дуг 8-10 мм. Межальвеолярная высота слева резко увеличена в связи с атрофией альвеолярного отростка нижней челюсти. Коронки 23, 25 зубов разрушены и восстановлению не подлежат, коронка 22 зуба требует реконструкции.

Результаты рентгенологического контроля: перелом коронки 13 зуба на уровне шейки, II фенотип архитектоники альвеолярного отростка справа, IV — слева на верхней челюсти. Седловидная деформация гребня альвеолярного отростка нижней челюсти слева с оголением плеч имплантата, дезинтеграция имплантата справа. На верхней челюсти слева высота альвеолярного отростка 5-2 мм (рис. 2).

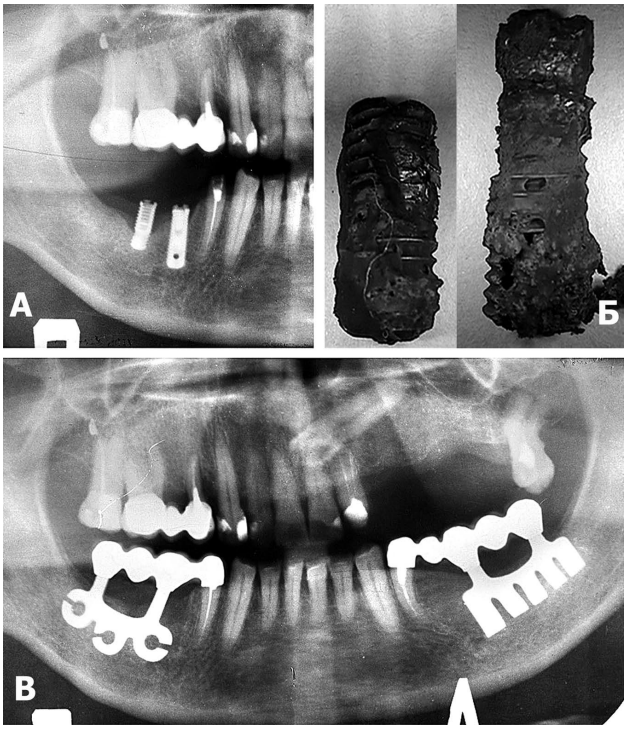

Рис. 2. Пациент Б., 40 лет: **А** — в области винтовых имплантатов, установленных 2 месяца назад, дезинтеграция имплантатов; **Б** — вид удаленных имплантатов; **В** — контрольная рентгенограмма через 14 месяцев, протезирование верхней челюсти съемной конструкцией.

08.06.07 в процессе удаления металлических протезов и имплантатов обнаружено отсутствие термоизолирующих колпачков. Пациентке назначены антибиотики. 25.06.07 в ходе единой операции в лунки удаленных зубов установлены цилиндрические имплантаты с памятью формы, в боковом отделе верхней челюсти слева установлен субпериостальный имплантат. 04.07.07 выполнена имплантация асимметричного якорного имплантата в альвеолярный отросток верхней челюсти и четырехкорневого в боковом отделе нижней челюсти справа с двумя опорными головками. Слева в связи со сниженной плотностью кости установлен симметричный якорный имплантат с памятью формы с двумя опорными головками. Использован остеопластический материал (коллапан L) и F.R.P. (фибриновый гель с высоким содержанием тромбоцитов), костная рана укрыта биомембраной. Протезирование выполнено через 2 месяца после операции металлокерамическими проте-

зами: на верхней челюсти — дуговым двухсекционным, на нижней — с опорой на имплантаты и два соседних с дефектом зуба.

При моделировании протеза учитывалась необходимость в термоизолирующем слое (1 мм) между головкой и металлическим каркасом. Трансверзальные и сагиттальные окклюзионные кривые восстановлены адекватно. Жевательная поверхность сформирована по методу 5:3, нижняя фиссурная линия смещена язычнее, верхняя — вестибулярно для восстановления равновесия альвеолярных дуг, исключены сплошные многоточечные контакты, ведение клыковое.

Осмотрена 01.07.08: слизистая оболочка розового цвета без воспалительных явлений, в т.ч. в области плеч субпериостального имплантата. Пришлифовки не потребовалось, жалоб не предъявляет, функциональными и эстетическими качествами протезов пациентка довольна. В результате рентгенологического исследования явлений дезинтеграции в области имплантатов, зубов не выявлено (рис. 2).

Для замещения дефектов зубного ряда в боковых отделах верхней челюсти справа и концевых дефектов нижней челюсти нами выбраны многокорневые самофиксирующиеся якорные имплантаты со значительной площадью контакта с костью, двумя опорными головками. Субпериостальный имплантат избран в связи с критической атрофией альвеолярного отростка, расхождением альвеолярных дуг более 10 мм, увеличенным межальвеолярным расстоянием. Смещение вестибулярно по перекидной ленте опорной головки и ее наклон под углом 5-7° компенсировали значительное расхождение альвеолярных дуг. Накостные опорные элементы конструкции обеспечивали стабилизацию имплантата. Протез верхней челюсти с опорой на имплантаты и зубы, полное восстановление зубного ряда нижней челюсти, исключение травматической окклюзии позволили обеспечить устойчивость протезно-имплантатной системы к жевательным нагрузкам.

Особое внимание мы придавали необходимости полноценного восстановления жевательной функции. После реимплантации удаляли подвижные зубы, замещали дефекты зубного ряда с использованием внутрикостных имплантатов. Лишь у одного (2,6%) пациента для замещения включенного дефекта бокового отдела верхней челюсти использовали съемное протезирование (рис. 3).

Послеоперационных осложнений у пациентов не было. Швы снимались после заживления раны через 7-10 дней.

У 7 (18,4%) пациентов через 2 месяца после реимплантации изготовлены постоянные металлокерамические протезы. Вначале припасовка протезов осуществлялась на временный цемент. Через 1-2 недели после устранения всех неудобств протезы устанавливались постоянно.

В 31 (81,6%) случаях у пациентов с генерализованным пародонтитом, обширными дефектами зубного ряда верхней и нижней челюсти при замещении костного дефекта после удаления несостоятельных имплантатов первоначально протезирование выполнялось мостовидными временными протезами из термопластмассы «Био Икс С» в сроки 3-7 месяцев после операции.

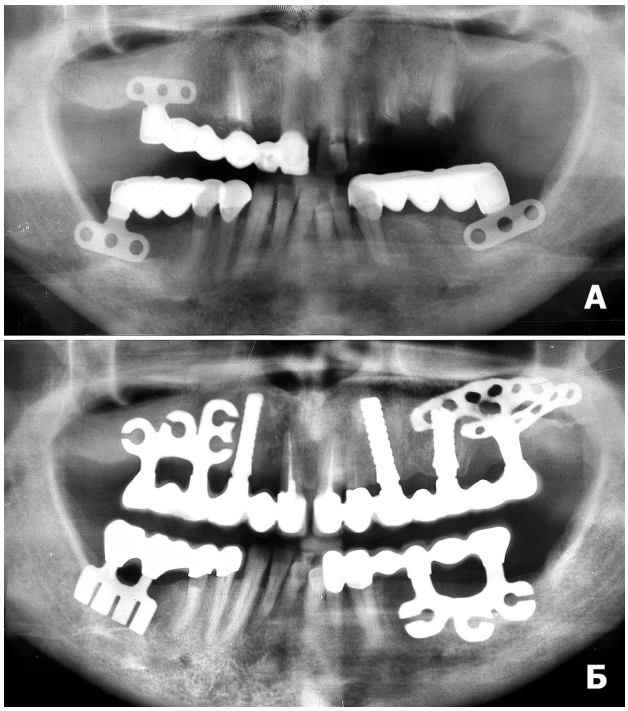

Рис. 3. Пациентка Ф., 48 лет: **А** — дезитеграция протезно-имплантатной системы, перелом коронки 1.3 зуба; **Б** — через 2 года после повторной импластрукции с использованием внутрикостных и накостного (субпериостального) имплантатов.

Убедительные данные о достаточности анкилозирования кость-имплантат (стабильное положение конструкции в кости, плотность прилежащей к имплантату кости не менее 600-700 единиц Хаунсфилда) позволили 20 (64,5%) пациентам заменить временные протезы на постоянные через 3-4 месяца и 11 (35,5%) — через 5—7 месяцев.

Пациенты осмотрены в сроки 1-3 года после завершения протезирования. В 1 (2,6%) случае у больного с генерализованным пародонтитом через 3 года появилась подвижность включенного в опору протеза 1.4 зуба, признаков дезинтеграции имплантата не было. После удаления протеза и подвижного зуба выполнена установка в лунку четырехкорневого имплантата с последующим протезированием. Результат лечения признан неудовлетворительным, у остальных 37 (97,4%) пациентов результаты реконструкции зубного ряда верхней и нижней челюстей хорошие.

Эффективность протезирования у пациентов после реимплантации достаточно высокая, однако сроки лечения увеличиваются до 7 месяцев. Требуется дополнительное лечение направленное на профилактику воспаления, стимуляцию процессов регенерации кости, необходима первичная стабилизация имплантата в кости. В случае значительного дефицита костной ткани оптимальным является использование субпериостальной конструкции.

Адрес для переписки:

Котенко Мария Викторовна — аспирант НГИУВа, 654034, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Шестакова, 14, тел./факс (3843) 37-73-84, e-mail: lotos200@mail.ru;

Пушкарь Сергей Сергеевич — врач стоматолог-имплантолог, стоматологическая клиника «ООО "Водолей"», Челябинская обл., с. Еманжелинка, ул. Заречная, 34;

Хрушков Игорь Николаевич — врач стоматолог-имплантолог, МУП «МСЧ №2», Красноярский край, г. Норильск, р-н Талнах, ул. Маслова, 7;

Шакенов Сулеймен Ермекович — главный врач, стоматолог-имплантолог, стоматологическая клиника «Simon Dent», Республика Казахстан, г. Павлодар, ул. Толстого, 100;

Козлов Евгений Александрович — врач стоматолог-имплантолог, МЛПУ «Стоматологическая поликлиника», Иркутская область, г. Усолье-Сибирское, ул. Толбухина, 15.