

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиров А.А. Восстановительные операции при сочетанных ожоговых стриктурах пищевода и желудка // Хирургия. — 2001. — №5. — С. 18-24.
2. Джафаров Ч.М., Джафаров Э.Ч. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога // Вестник хирургии. — 2007. — №5. — С. 36-38.
3. Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков А.Н. и др. Пластика пищевода толстой кишкой у больных ожоговыми стриктурами пищевода // Хирургия. — 2003. — №7. — С. 50-54.
4. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А., Балалыкин В.А. Болезни искусственного пищевода.
5. Шипулин П.П., Мартынюк В.А., Байдан В.В., Сажуенко В.В. Сравнительная оценка различных способов эзофагогастропластики // Хирургия. — 2005. — №12. — С. 36-39.
6. Bassiouny I.E., Al-Ramadan S.A., Al-Nady A. Long-term functional results of transhiatal oesophagectomy and colonic interposition for caustic stricture // Eur. J. Pediatr. Surg. — 2002. — №12 (4). — P. 243-247.
7. Cheng B.C., Xia J., Liu X.P., et al. Observation on the long-term complications after esophageal replacement with colon. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. — 2007. — Vol. 45(2). — P. 118-20.
8. Chirica M., de Chaisemartin C., Munoz-Bongrand N., et al. Colonic interposition for esophageal replacement after caustic ingestion. // J. Chir (Paris). — 2009. — P. 27.
9. De Delva P.E., Morse C.R., Austen W.G. Jr., et al. Surgical management of failed colon interposition. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2008. — Vol. 34(2). — P. 432-7.
10. DeMeester T.R., Johansson K.E., et al. Indications, surgical technique, and long-term functional results of colon interposition or bypass. // Ann. Surg. — 1988. — Vol. 208(4). — P. 460-74.
11. Gupta N.M., Gupta R. Transhiatal esophageal resection for corrosive injury. // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 239(3). — P. 359-63.
12. Farran-Teixidy L., Miry-Martín M., Biondo S., et al. Second time esophageal reconstruction surgery: coloplasty and gastropasty. // Cir. Esp. — 2008. — Vol. 83(5). — P. 242-246.
13. Maish M.S., De Meester S.R. Indications and technique of colon and jejunal interpositions for esophageal disease. // Surg. Clin. North. Am. — 2005. — Vol. 85(3). — P. 505-514.
14. Matsuki A., Kanda T., Kosugi S., et al. Gastric tube interposition for corrosive esophagitis associated with pyloric stenosis. // Surg Today. — 2009. — Vol. 39(3). — P. 261-264.
15. Noguchi T., Uchida Y., Hashimoto T., et al. Reconstruction of the cervical esophagus by interposition of the transverse colon. // Nippon Geka Gakkai Zasshi. — 2001. — Vol. 102(9). — P. 647-52.

Информация об авторах: 630124, г.Новосибирск, ул. Гусинобродское шоссе д.17, кв. 56.

Тел.: 8 (383) 315-98-38 e-mail: evgenyidrob@inbox.ru

Дробязгин Евгений Александрович — к.м.н., ассистент.

© ТРИФОНОВА М.А. — 2010

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ С НЕБАКТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ

М.А. Трифонова

(Новосибирский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. М.О. Маринкин, кафедра общей гигиены, гигиены детей и подростков, социологии медицины, зав. — д.м.н., д.соц.н., проф. А.В. Фидиркин)

Резюме. В статье приведены результаты исследования связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) с помощью опросника SF-36 у пациентов с антифосфолипидным синдромом и небактериальным тромботическим эндокардитом. Показано влияние заболевания на все компоненты здоровья, а также значение исследования КЖ для индивидуального мониторинга и комплексной оценки состояния здоровья пациента.

Ключевые слова: качество жизни, связанное со здоровьем; антифосфолипидный синдром; небактериальный тромботический эндокардит.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE INVESTIGATION SIGNIFICANCE IN PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND NONBACTERIAL THROMBOTIC ENDOCARDITIS

М.А. Trifonova

(Novosibirsk State Medical University)

Summary. The results of the investigation of health-related quality of life (HRQoL) using SF-36 questionnaire in patients with antiphospholipid syndrome and nonbacterial thrombotic endocarditis are presented in the article. The influence of the disease on all the elements of health is demonstrated as well as importance of HRQoL investigation for individual monitoring and integrated health status assessment.

Key words: health-related quality of life; antiphospholipid syndrome; nonbacterial thrombotic endocarditis.

Антифосфолипидный синдром (АФС) представляет собой клинко-лабораторный симптомокомплекс, при котором возможно развитие тромбозов с поражением сосудов любого типа, калибра и локализации, разнообразных форм акушерской патологии [1], а также ряда псевдосиндромов, среди которых — псевдоинфекционный или небактериальный тромботический (НБТЭ) эндокардит [4].

Значение исследования связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) показано практически для всех областей медицины [2], однако при АФС и его субтипе, сопровождающимся НБТЭ, КЖ остается неизученным.

Цель работы: Изучить состояние связанного со здоровьем КЖ у больных АФС с НБТЭ и продемонстрировать значение исследования КЖ.

Материалы и методы

В исследование включены 56 больных АФС (диагностические критерии ISTH [6]): 28 больных с НБТЭ (26 женщин, 2 мужчин; средний возраст $\pm$ SD 44 ± 13 л., средняя длительность заболевания $\pm$ SD $11 \pm 9,5$ л.) и 28 больных без НБТЭ (контрольная группа, сопоставимая с основной по полу, возрасту и длительности заболева-

ния). НБТЭ определялся как наличие экзогенных масс в области клапанного эндокарда по данным чрезпищеводной эхокардиографии (ЭхоКГ) при отсутствии набора критериев, позволяющих диагностировать инфекционный эндокардит (ИЭ) [5].

В качестве инструмента оценки КЖ использовалась русскоязычная версия опросника MOS SF-36 [2], разработанного на основе исследования Medical Outcomes Study (MOS) в США (J.E. Ware, 1992) [8]. Опросник состоит из 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), жизненная активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психическое здоровье (ПЗ). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллов, и более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Шкалы объединяются в два показателя: «физический компонент здоровья» (ФКЗ), включающий шкалы ФФ, РФФ, Б, ОЗ, и «психологический компонент здоровья» (ПКЗ), включающий шкалы ПЗ, РЭФ, СФ, Ж. Для подсчета значений общих показателей ФКЗ и ПКЗ, использовались алгоритмы, разработанные J.E. Ware и соавт. (1994) [7].

Для непрерывных (количественных) показателей оценивались средние (М), стандартные отклонения (SD), стандартные ошибки средних (m), медиана (Me), минимальные (Min) и максимальные (Max) значения. При сравнительном анализе средних величин двух групп применялся критерий Стьюдента; статистическая значимость определялась как $p < 0,05$. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистической обработки данных SPSS, версия 11.5.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования КЖ у больных АФС с НБТЭ (табл. 1) продемонстрировали статистически значимое снижение показателей КЖ практически по всем шкалам (за исключением шкалы РЭФ) в сравнении с сопоставимой по возрасту выборкой жителей г. Новосибирска [3].

Средние значения показателей КЖ для 8 шкал опросника колебались от 17,9 (шкала РФФ) до 50,2 баллов (шкала ФФ). Минимальные значения (0 баллов) были зафиксированы по 4 шкалам (РФФ, Б, Ж, РЭФ), максимальные (100 баллов) — по 2-м из них (РФФ, РЭФ). Наибольший разброс значений внутри шкалы отмечался в шкалах ФФ, РФФ, РЭФ и ПЗ, что подтверждается высокими значениями стандартных отклонений в этих шкалах. Полученная вариабельность значений, по-видимому, указывает на различный вклад заболевания в жизнь каждого пациента. Эти различия могут быть связаны, во-первых, с гетерогенностью и особенностями течения АФС в каждом конкретном случае, во-вторых, с влиянием личностных характеристик самого пациента. Последние могут оказывать положительное или отрицательное влияние на адаптацию к болезни.

Ранжирование шкал по средним значениям в убывающей последовательности выглядит следующим образом: ФФ, СФ, ПЗ, Б, ОЗ, Ж, РЭФ, РФФ. Таким образом, наиболее скомпроментированными шкалами были шкалы ролевого функционирования, что отражает ограничение возможностей разнообразной деятельности в связи с последствиями заболевания. В свою очередь, это влечет необходимость значительно редуцировать или прекратить активность, направленную на обучение, работу и социальные взаимоотношения.

Статистически значимых различий по средним значениям показателей КЖ между основной и контрольной группой выявлено не было, что, по-видимому, может служить основанием для экстраполирования результатов исследования на всех больных АФС независимо от наличия НБТЭ.

Клиническое наблюдение больной Г., 45 лет. Схема

течения заболевания представлена на рис. 1. Больная Г. в январе 2008 г. поступила в кардиологическое отделение клиники с подозрением на инфекционный эндокардит (ИЭ). При ЭхоКГ обнаруживались вегетации различной степени давности на створках аортального клапана (АК) с минимальной аортальной регургитацией. В связи с отсутствием достоверных критериев ИЭ (отрицательная гемокультура, отсутствие признаков недостаточности кровообращения, анемии и др.) был диагностирован НБТЭ.

Из анамнеза было известно, что в августе 2007 г. больная перенесла флеботромбоз левой голени, в октябре — ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА) и мелкоочаговый задне-боковой инфаркт миокарда левого желудочка. В то же время по данным ЭхоКГ были выявлены подвижные вегетации АК, что послужило основанием для констатации эмболического характера инсульта и инфаркта.

При осмотре обращали внимание признаки синдрома Рейно верхних и нижних конечностей, множественные подногтевые геморрагии, сетчатое ливедо конечностей, шумов не выслушивались.

Какие-либо конвенциональные факторы риска тромбозов (курение, прием оральных контрацептивов, гиперхолестеринемия, ожирение и др.) выявлены не были. Оказалось, что при исследовании системы гемостаза в 2007 г. дважды обнаруживался волчаночный антикоагулянт (ВА) в пограничных титрах. При повторном исследовании в 2008 г. отмечалось повышение титров ВА, признаки активации сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза и внутрисосудистого свертывания крови.

В ноябре 2008 г. больная была консультирована ревматологом. Учитывая наличие «больших» (флеботромбоз, НБТЭ с системными эмболиями) и «малых» (сетчатое ливедо, признаки синдрома Рейно, подногтевые геморрагии) клинических признаков, повторного обнаружения антифосфолипидных антител (ВА) и отсутствия какого-либо ассоциированного аутоиммунного заболевания, был установлен диагноз первичного АФС и начата терапия непрямыми антикоагулянтами (варфарин). Однако на фоне приема варфарина отмечалась резистентность: при увеличении дозы до 10 мг/сут. МНО не превышало 1,1 (целевое МНО 2,0-3,0). Причиной резистентности оказался генетический полиморфизм цитохрома P450, ответственного за метаболизм варфарина. Кроме того, была выявлена гомозиготная мутация гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR). Лечебная тактика была изменена с рекомендациями постоянного приема АСК 150 мг/сут. и проведения ежемесячных курсов низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

При контроле ЭхоКГ в январе 2009 г. сохранялись вегетации АК, при исследовании системы гемостаза — ВА, хотя уменьшились признаки внутрисосудистого свертывания.

В феврале 2009 г. больная перенесла транзиторную

Таблица 1
Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у больных АФС с НБТЭ

Показатели качества жизни	М	SD	m	Me	Min	Max
ФФ	50,2	23,7	4,6	52,5	10	95
РФФ	17,9	29,5	5,7	0	0	100
Б	41,7	16,7	3,1	41	0	84
ОЗ	41,5	16,4	3,1	40	10	82
Ж	38,4	20,6	3,9	37,5	0	70
СФ	49,6	16,5	3,2	50	12,5	75
РЭФ	32,1	27,9	5,4	33,3	0	100
ПЗ	47,5	22,1	4,2	48	8	85
ФКЗ	34,5	8,1	1,6	33,3	19,3	49,4
ПКЗ	38,1	5,2	0,99	38,3	18,8	50,9

Таблица 2

Показатели качества жизни по опроснику SF-36 у больной Г.

Показатели качества жизни	1	2	3	M	SD	m
	XII-08	III-09	VI-09			
ФФ	30	25	50	35	13,23	7,64
РФФ	0	0	25	8,33	14,43	8,33
Б	62	64	74	66,67	6,43	3,71
ОЗ	40	35	50	41,67	7,64	4,41
Ж	55	35	55	48,33	11,55	6,67
СФ	62,5	62,5	62,5	62,5	0	0
РЭФ	33,3	33,3	0	22,2	19,23	11,1
ПЗ	56	28	36	40	14,42	8,33
ФКЗ	30,75	31,62	47,21	36,53	9,27	5,35
ПКЗ	44,64	35,29	31,25	37,06	6,87	3,96

ишемическую атаку в правой СМА, а в марте — ишемический инсульт в бассейне левой СМА. Терапия была дополнена клопидогрелем и гепароидами (сулодексид). Однако на фоне лечения развился кожный геморрагический синдром — распространенные экхимозы, петехии, в связи с чем клопидогрель в апреле 2009 г. был отменен.

При осмотре в июне 2009 г. отмечалась легкая моторная афазия, сетчатое ливедо конечностей; подногтевые геморрагии, экхимозы, петехии отсутствовали. При исследовании системы гемостаза ВА не выявлен, нормаагрегация тромбоцитов, признаки незначительного внутрисосудистого свертывания.

Исследование КЖ по опроснику SF-36 проводилось в трех точках: 1 — в декабре 2008 г., когда был установлен диагноз АФС и начата патогенетическая терапия варфарином; 2 — в марте 2009 г. после рецидивирования тромбозомболических эпизодов, последовавших за отменой варфарина, когда лабораторно отмечалась персистенция ВА, при ЭхоКГ сохранялись признаки НБТЭ; 3 — в июне 2009 г., когда отмечалось стабильное состояние больной с некоторой положительной динамикой при исследовании системы гемостаза (отсутствие ВА, уменьшение признаков внутрисосудистого свертывания), после очередного изменения схемы лечения (отмена клопидогреля).

Результаты исследования КЖ представлены в табл. 2. Минимальные средние значения регистрировались по шкалам РФФ и РЭФ, максимальные — по шкалам СФ и Ж. Наибольший разброс показателей (по стандартному отклонению) отмечался по шкале РЭФ. При диагностике АФС (в 1-ой точке) пациентка хуже всего характеризовала свои возможности осуществления повседневной деятельности, связанные с ухудшением физического и эмоционального состояния (шкалы РФФ и РЭФ), однако показатели, описывающие жизненную активность (Ж), поддержание социальных контактов (СФ) и психическое благополучие (ПЗ), оставались достаточно высокими, в особенности, по сравнению со 2-й и 3-й точками. Отрицательной клинико-лабораторной динамике и неэффективности проводимой терапии (2-я точка) соответствовало 62,5% самых низких значений КЖ за весь период наблюдения, которые приходились на этот временной интервал, при этом показатели по шкалам ОЗ, Ж и ПЗ снизились более чем на 10 б. по сравнению с предшествующим измерением. Среднее значение $\pm$ т всех показателей в 3-ей точке (44,1 $\pm$ 8,2 баллов) было выше на 1,8 баллов и 8,7 баллов, чем в 1-ой (42,3 $\pm$ 7,5 баллов) и

Проявления заболевания	VIII-07	X-07	I-08	XII-08	II-09	III-09	VI-09
Флеботромбоз	▲						
Инфаркт миокарда		●					
НБТЭ		■	■	■	■	■	■
ИИ		★				★	
ТИА					★		
Синдром Рейно							
Сетчатое ливедо							
ПГ		●		●	●		
ВА	▲	▲	▲	▲	▲		
Лечение							
Варфарин				■			
АСК					■	■	■
Клопидогрел						■	
Эноксипарин			■	■	■		
Сулодексид						■	■
Точки измерения КЖ				+		+	+

Рис. 1. Схема течения болезни больной Г.

Примечание: НБТЭ — небактериальный тромботический эндокардит, ИИ — ишемический инсульт, ТИА — транзиторная ишемическая атака, ПГ — подногтевые геморрагии, ВА — волчаночный антикоагулянт, АСК — ацетилсалициловая кислота.

2-ой (35,4 $\pm$ 7,3 баллов) точках, соответственно.

В оценке своего состояния здоровья больной Г. за период наблюдения отмечалась тенденция к повышению показателей, относящихся к физическому аспекту здоровья и снижению показателей его психосоциального компонента (табл. 2). При этом наблюдались своеобразные «ножницы»: в начале наблюдения в большей степени страдали показатели ФКЗ, чем ПКЗ (1-я точка), далее объективно зафиксированному ухудшению состояния больной (повторные эпизоды системных эмболий, персистенция ВА и отсутствие регресса клапанных изменений) (2-я точка) соответствовало снижение ПКЗ и сохранение низких значений ФКЗ, а при стабилизации состояния больной (3-я точка) среднее значение ПКЗ оказалось ниже, чем ФКЗ.

Особенностями оценки больной Г. состояния своего здоровья были минимальная выраженность болевого синдрома (шкала Б) и сохранение стабильного уровня социального функционирования (общения).

В целом динамика ФКЗ коррелировала с изменениями в течении заболевания, а такие факторы, как сложность подбора безопасной и эффективной терапии, необходимость повторных госпитализаций, выполнения врачебных назначений, осознание тяжести своего заболевания, по-видимому, оказали влияние на прогрессивное ухудшение показателей психического аспекта здоровья.

Таким образом, АФС с НБТЭ оказывает влияние на все компоненты здоровья: физический, психический и социальный. Наибольшее влияние прослеживается в отношении ролевой (повседневной) активности.

На примере больной Г. показано, что использование опросника SF-36 у больных АФС с НБТЭ позволяет регистрировать и количественно оценить изменения КЖ на протяжении наблюдения, а также выделить показатели, играющие наибольшее значение в обусловленные лечением изменения КЖ. Исследование КЖ может служить важным компонентом комплексной оценки состояния здоровья пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биденко М.А., Калягин А.Н., Новохатько О.И. Антифосфолипидный синдром как причина возникновения инсульта. // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2007. — Т. 73. №6. — С. 87-90.
2. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — 2-е изд. — М., 2007. — с.

3. Симонова Г.И., Богатырев С.Н., Горбунова О.Г., Щербакова Л.В. Качество жизни населения Сибири (популяционное исследование). // Бюлл. СО РАМН. — Т. 122, № 8. — С. 52-55.
4. Hughes syndrome: Antiphospholipid syndrome / Ed M. A. Khamashta. — London: Springer-Verlag, 2006. — p.
5. Li J. S., Sexton D. J., Mick N., et al. Proposed modifications to

the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. // Clin. Infect. Dis. — 2000. — Vol. 30. — P. 633-638.

6. Miyakis S., Lockshin M.D., Atsumi T., et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). // J. Thromb. Haemost. — 2006. — Vol. 4. — P. 295-306.

7. Ware J. E. Jr, Kosinski M., Keller S. D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.

8. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1993.

Информация об авторах: 630089 Россия, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, д. 243, кв. 115.

Трифорова Мария Александровна — аспирант.

Тел. 8-913-375-67-55, 8 (383) 2677749. E-mail: maria_trif@mail.ru

© РАЗДОРСКИЙ В.В., КОТЕНКО М.В., МАКАРЬЕВСКИЙ И.Г. — 2010

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ

В.В. Раздорский¹, М.В. Котенко¹, И.Г. Макарьевский²

(¹Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско;

²Стоматологическая клиника «Жемчуг», г.Санкт-Петербург, гл. врач — к.м.н. И.Г. Макарьевский)

Резюме. В лечении 206 пациентов с тотальной адентией обеих челюстей (22), верхней челюсти (95), односторонними и двусторонними дефектами верхнего (57), нижнего (23) и обоих зубных рядов (9) в условиях выраженной атрофии беззубых сегментов альвеолярных отростков использован метод субпериостальной экспресс-имплантации. Моделирование субпериостальных имплантатов выполняли с учетом патологии зубочелюстно-лицевой системы. Хорошие функциональные и эстетические результаты лечения в сроки 3-5 лет получены в 97,1% случаях.

Ключевые слова: адентия, субпериостальная имплантация, моделирование.

CHARACTERISTICS OF IMPLANTATION IN PATIENTS WITH ALVEOLAR RIDGE HIGH-DEGREE ATROPHY

V. Razdorsky¹, M. Kotenko¹, I. Mackaryevsky²

(¹Novokuznetsk State Institute of Continuing Medical Education; ²Dental clinic "Zhemchug", St. Petersburg)

Summary. In treatment of 206 patients with following conditions: total adentia of both jaws (22), upper jaw adentia (95), unilateral and bilateral defects of upper (57), lower (23) and both dentitions (9) in alveolar ridges toothless segment apparent atrophy conditions subperiosteal express-implantation method was used. Subperiosteal implants positioning was performed considering dentoalveolar-facial system pathology. Good functional and aesthetic results were reached during 3-5 years in 97.1% cases.

Key words: adentia, subperiosteal implantation, positioning.

У пациентов с критическим уменьшением объема кости альвеолярного отростка использование внутрикостных имплантатов в качестве опоры несъемного протеза без предварительной костной пластики невозможно. Кроме того, эффективность костнопластических методов при высоких степенях атрофии (высота кости под верхнечелюстным синусом 2-3 мм) становится сомнительной [2, 4, 6, 8].

Практический опыт несъемного протезирования с опорой на субпериостальные имплантаты свидетельствует о перспективности этого метода лечения пациентов с частичной и тотальной адентией [1, 3, 5, 8]. Однако известно, что кость не приспособлена к восприятию сил сжатия, атрофия альвеолярного отростка может усилиться в результате жевательного давления, направленного преимущественно на альвеолярный отросток. Рациональное распределение опорных элементов имплантата, особенности моделирования субпериостальных конструкций в зависимости от анатомо-топографических условий верхней челюсти, состояния костной ткани слизистой, окклюзионных нарушений в литературе практически не отражены [1, 5, 7, 8].

Цель исследования: изучить особенности моделирования субпериостальных имплантатов и эффективность имплантации у пациентов с вторичной адентией челюстей.

Материалы и методы

С 2006 по 2009 гг. в амбулаторных условиях стоматологической клиники ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава с использованием метода субпериостальной экспресс-имплантации пролечено 206 пациентов с тотальной и частичной вторичной адентией.

Метод экспресс-имплантации позволил исключить потерю коррекции субпериостального имплантата с костью, нередкого негативного явления при изготовлении имплантата по стереолитографической модели челюсти и классическом выполнении субпериостальной имплантации в два этапа, создать дополнительные ретенционные пункты в кости для фиксации имплантата, выполнить пазы под надкостные элементы субпериостального имплантата с целью их погружения в кортикальную кость [5, 8]. Для изготовления субпериостальных имплантатов у 166 (80,6%) больных использовали сплав «Реманиум-2000», в 40 (19,4%) случаях — титан.

При моделировании субпериостальных имплантатов у пациентов с уплощенным альвеолярным отростком увеличивали площадь альвеолярного и небного крыльев имплантата с заведением в клыковую ямку и на небный отросток. Создавали перфорационные отверстия для врастания рубцовой ткани между слизистой оболочкой и костью. Использовались максимально большое число ретенционных пунктов, в том числе искусственно созданных (рис. 1).

При моделировании субпериостальных конструкций учитывали, помимо высоты альвеолярного отростка, состояние кортикальной кости. Для перераспределения жевательных нагрузок на ослабленную кость увеличивали количество опорных головок (2 опорные головки на 3-4 единицы отсутствующих зубов). При необходимости латерализации головок увеличивали количество перекидных лент — на 1 опорную головку до 4 перекидных лент. При толщине кортикальной пластинки более 2 мм на всем протяжении альвеолярного отростка в зоне дефекта устанавливали одну опорную головку на две единицы утраченных зубов.