

REFERENCES

1. *Forbis R., Helwig E. B.* // Arch Dermatol. — 1961. — № 83. — P. 606—617.
2. *Kizawa K., Toyoda M., Ito M., et al.* // Br. J Dermatol. — 2005. — № 152 (2). — P. 314—320.
3. *Moehlenbeck F. W.* // Arch Dermatol. — 1973. — № 108. — P. 532—534.
4. *Trül A., Serap Öztürkcan, M. Turhan S., et al.* // Pilomatricoma. — 2005. — № 133. — P. 1—2.
5. *Cribier B., Worret W. I., Braun-Falco M., et al.* // J. Cutan Pathol. — 2006. — № 33 (1). — P. 1—9.
6. *Green E., Sanusi D., Fowler M.* // J. Am. Acad Dermatol. — 1987. — № 17. — P. 264—270.
7. *Veliath A. J.* // Acta Radiologica Oncol. — 1984. — № 23. — P. 429—431.
8. *Celia G. Julian, Bowers P. W.* // J. Am. Acad Dermatol. — 1998. — № 39. — P. 191—195.
9. *Geh J. L., Moss A. L.* // Br. J. Plast Surg. — 1999. — № 52 (2). — P. 143—145.
10. *Kaddu S., Soyer H. P., Hodl S., Kerl H.* // Am. J. Dermatopathol. — 1996. — № 18 (4). — P. 333—338.
11. *Mathen L. C., Olver J. M., Cree I. A.* // Br J Ophthalmol. — 2000. — № 84 (10). — P. 1203—1204.
12. *Haskell H. D., Haynes H. A., McKee P. H., et al.* // J. Cutan Pathol. — 2005. — № 32 (3). — P. 245—250.
13. *Cheng W. T., Liu M. T., Liu H. N., et al.* // Microsc Res Tech. — 2005. — № 68 (2). — P. 75—79.
14. *Hwang J. Y., Lee S. W., Lee S. M.* // J. Ultrasound Med. — 2005. — № 24 (10). — P. 1397—1402.
15. *Bayle P., Bazex J., Lamant L., et al.* // J. Eur. Acad. Dermatol Venereol. — 2004. — № 18 (5). — P. 607—610.
16. *Harper P.* // Arch Dermatol. — 1972. — № 106 (1). — P. 41—44.
17. *Pujol R. M., Casanova J. M., Egado R., et al.* // Pediatr Dermatol. — 1995. — № 12 (4). — P. 331—335.
18. *Sano Y., Mihara M., Miyamoto T., et al.* // Acta. Derm. Venereol. — 1990. — № 70 (3). — P. 256—259.
19. *Lemos L. B., Brauchle R. W.* // Ann Diagn Pathol. — 2004. — № 8 (3). — P. 130—136.
20. *Viero R. M., Tani E., Skoog L.* // Cytopathology. — 1999. — № 10. — P. 263—269.
21. *Solanki P., Ramzy J., Durr N., et al.* // Arch Pathol Lab Med. — 1987. — № 111. — P. 294—297.
22. *Behke N., Schulte K., Ruzicka T., Magahed M.* // Dermatology. — 1998. — № 197 (4). — P. 391—393.
23. *Kumar N. & Verma K.* // Cytopathol. 1996. — № 7. — P. 125—131.
24. *Woyke S., Olszewski W., Eichelkraut A.* // ActaCytologica. — 1982. — № 26. — P. 189—194.
25. *Wong M. P., Yuen S. T., Collins R. J.* // DiagnCytopathol. — 1994. — № 10. — P. 365—370.

УДК 616.314-089-073.75

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНАЛИЗА ОРТОПАНТОМОГРАММ И ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ

А. П. Кибкало, С. Б. Фищев, И. Ю. Пчелин, В. В. Бармин, Исхак Назир Ахмед

*Кафедра ортопедической стоматологии ВолГМУ,
кафедра стоматологии детского возраста ВолГМУ*

Авторы предлагают построение протетической плоскости при концевых дефектах зубных рядов с помощью боковой телерентгенографии и ортопантомографии, получаемой без разобщения прикуса. На основании этого можно решать вопрос о выборе метода реконструкций альвеолярного отростка челюсти для имплантации и степени деформации зубного ряда.

Ключевые слова: ортопантомограмма, боковая телерентгенография, имплантация.

ASELECT METHOD OF THE DENTAL ALVEOLAR PROCESSES RECONSTRUCTION FOR IMPLANTATION BY USING ORTHOPANTOMOGRAPHY AND TELERENTGENOGRAPHY

A. P. Kibkalo, S. B. Phischev, I. Y. Pchelin, V. V. Barmin, Ishaq Nazer

The writers decide to design the protetic surfaces in the ending dental arch defects by helping of the lateral telerentgenography and orthopantomography and getting it with contact bite. Principally the main solution for this problem it may be by selecting procedures of the dental alveolar processes reconstruction for implantation and the level of the dental arch deformations.

Key words: orthopantomography, lateral telerentgenography, dental implantation.

Одним из альтернативных методов лечения частичного отсутствия зубов, способствующих полной, в том числе социальной и психологической реабилитации пациентов, является протезирование несъемными конструкциями с использованием имплантатов. Одна-

ко полноценная реабилитация больных в сложных клинических ситуациях возможна при тщательном планировании лечения, предполагающем наличие показаний и адекватных условий для проведения имплантации. Если наличие показаний и противопоказаний не опре-

деляются врачебными возможностями, то создание условий для операций — прерогатива врачебной тактики.

Условия для имплантации в первую очередь зависят от сохранности костной ткани над нижнечелюстным каналом и в области верхнечелюстных пазух. Проблема восстановления качества и объема недостающей костной ткани альвеолярных отростков челюстей успешно решается с помощью современных методов челюстно-лицевой хирургии двумя методами. Первый состоит в наращивании объема и высоты костной ткани в области дна верхнечелюстных пазух (синус-лифтинг), а второй — со стороны вершины альвеолярных отростков верхней или нижней челюсти. Увеличение высоты и объема кости в области атрофированного отростка достигается так называемой «направленной регенерацией», состоящей в восполнении дефекта кости остеоиндуктивными или остеокондуктивными биологическими или биологически активными материалами при помощи барьерных мембран. В качестве биологических материалов используется коллаген, костная стружка или костные ауто трансплантаты, берущиеся из различных донорских мест (подбородка, наружной кривой линии ветви нижней челюсти, гребня подвздошной кости, малоберцовой кости, а иногда от затылочного бугра черепа). Биологически активными служат материалы на основе гидроксиапатита, биосовместимое стекло, биокерамика и др.

Вопрос о выборе метода реконструкции альвеолярного отростка челюстей одним из вышеназванных способов является актуальным и решается конечной целью — созданием условий не только для внутрикостной части имплантата, но и для соблюдения правильного биомеханического соотношения внутри- и внекостной части будущего единого комплекса: «имплантат — абатмент — коронка». Это соотношение должно быть 1 к 1, а в лучшем случае — 1,5 к 1, то есть в пользу внутрикостной (опорной) части имплантата. Решение этого вопроса и определило задачу нашего исследования. Материалом исследования послужили 220 ортопантограмм (ОПТГ) и 50 боковых телерентгенограмм (ТРГ) пациентов с различными дефектами зубных рядов. Их расшифровка и анализ легли в основу методики исследования.

Анализируя клинические случаи и ортопантограммы при различных дефектах зубных рядов, мы выделили 3 клинических варианта. При первом варианте окклюзионная поверхность зубного ряда противоположной дефекту челюсти сохранялась в пределах нормы и соответствовала среднестатистической проекции относительно других контрольных плоскостей (франкфуртской, камперовской). В этих случаях не требовалось выравнивание окклюзионной плоскости перед имплантацией и последующим протезированием. Во втором варианте окклюзионная поверхность противоположного зубного ряда была деформированной по вертикали и требовала на подготовительном этапе ее выравнивания путем экструзии зубов или их сошлифовыванием. Степень сошлифовывания определялась на боковых телерентгенограммах или ортопантограммах (рис. 1).

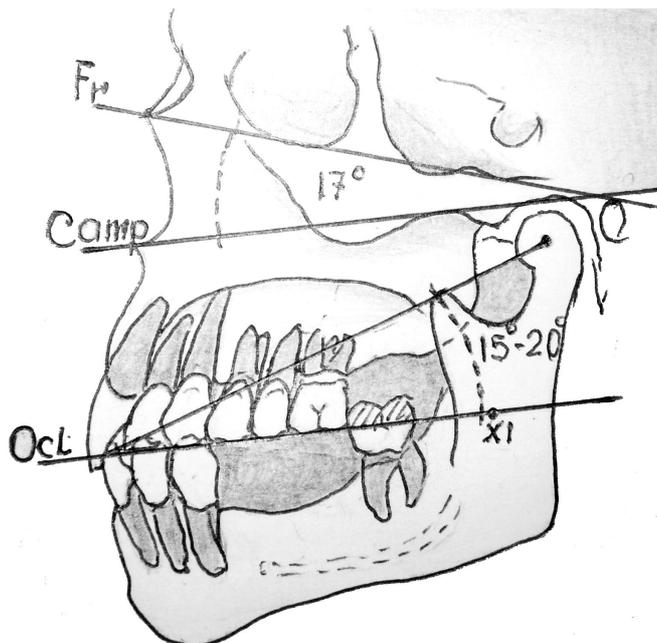


Рис. 1. Схема боковой ТРГ и выстояние 37-го зуба относительно окклюзионной плоскости

Третью группу, по данным ОПТГ, составили пациенты со встречными концевыми дефектами зубных рядов (1 класс по Кеннеди), при которых отсутствовали дистальные ориентиры для построения протетической и в последующем окклюзионной плоскости.

В клинических условиях эта плоскость определяется с помощью прикусных валиков, ориентированных на камперовскую горизонталь. Однако эта плоскость, по данным литературы [2, 4], параллельна окклюзионной только в 50—60 % случаев, что значительно увеличивает вероятность возникновения последующих артикуляционных проблем. Поэтому для более точного построения протетической плоскости мы использовали на боковых ТРГ точку Xi (внутреннее отверстие нижнечелюстного канала). Линия, соединяющая эту точку с межрезцовой, считается параллельной окклюзионной. В затруднительных случаях нахождение точки Xi мы использовали франкфуртскую горизонталь и из межрезцовой точки проводили линию, образующую с этой горизонталью угол, равный 15—20 градусам (в среднем 17), что соответствовало проекции искомой протетической плоскости [5].

Предварительное построение этой плоскости было необходимо для правильного разделения межальвеолярной высоты перед планированием имплантации. Расстояние от вершины альвеолярного отростка до проекции протетической плоскости позволяло определить внекостную высоту протетической конструкции на имплантате «абатмент + коронка». С этой целью мы использовали анализ ортопантограмм как основной объективный вид рентгенологического исследования при любых видах патологии зубочелюстного комплекса. При отработке методики получения ОПТГ первоначально мы использовали качественный череп, предварительно промаркировав его свинцовыми дробинками диаметром 3 мм, закрепленными

ми с помощью пластилина в основных измерительных точках: Or, Go, Gn, Sna и др. (рис. 2)



Рис. 2 Череп с нанесенными маркерами

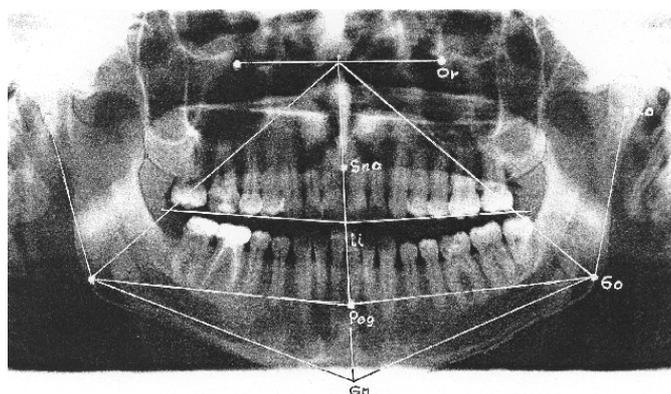


Рис. 3 ОПТГ с маркерами, линиями и углами

Изменяя положение черепа, режим съёмки и другие параметры, мы достигли минимального искажения используемых маркеров и расстояние между ними по вертикали и горизонтали под контролем сравнительной оценки на черепе и ОПТГ (рис. 3).

В результате такого предварительного изучения мы добились максимального приближения к рекомендациям фирмы-производителя ортопантомографов и в последующих исследованиях придерживались избранного режима получения ОПТГ.

Для фиксации головы при получении ОПТГ кроме других точек фиксации используется межрезцовый фиксатор, который вызывает разобщение прикуса. Н.А. Рабухина утверждает, что ОПТГ с разобщенным прикусом необходимо только для диагностики кариозных полостей. В остальных случаях челюсти должны смыкаться в привычной окклюзии [1, 3].

Проведенные нами сравнительные исследования на ОПТГ с сомкнутыми в центральной окклюзии зубными рядами и с их разобщены межрезцовым фиксатором

у одних и тех же исследуемых показали увеличение межзубного и межальвеолярного пространств и изменение положения суставных головок, особенно у лиц с глубоким прикусом. Это объясняется вертикальным разобщением зубных рядов не только толщиной межрезцового фиксатора, но и степенью глубины резцового перекрытия (рис. 3, 4, 5).

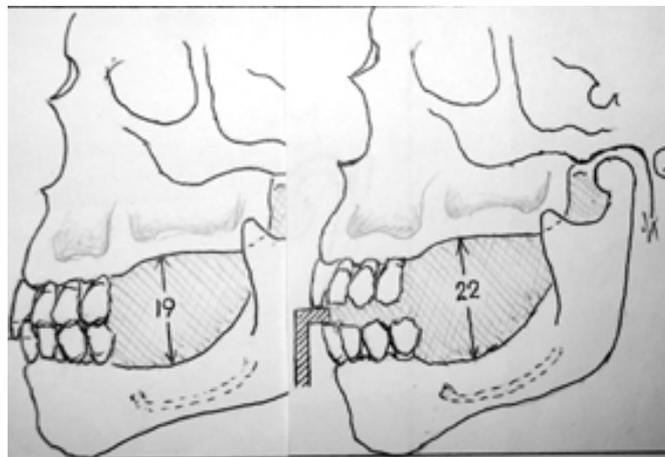


Рис. 4. Изменение межальвеолярного пространства в Ц.О. и при разобщении



Рис. 5. Разобщение зубных рядов резцовым фиксатором

Это обстоятельство особенно важно при определении межальвеолярного расстояния на беззубых фрагментах челюстей в случаях планирования имплантации, где необходима истинная объективная информация об этом расстоянии, определяющем высоту абатмента и толщину протетической конструкции. В тех случаях, когда расстояние от вершины альвеолярного гребня до антагониста или протетической плоскости превышает толщину кости в области внутренней части имплантата, такое соотношение с точки зрения биомеханики будет не в пользу благоприятного прогноза. Для достижения соотношения 1,5 к 1 перед имплантацией потребуется проведение синус-лифтинга (на верхней челюсти) или наращивание альвеолярной части кости (рис. 6).

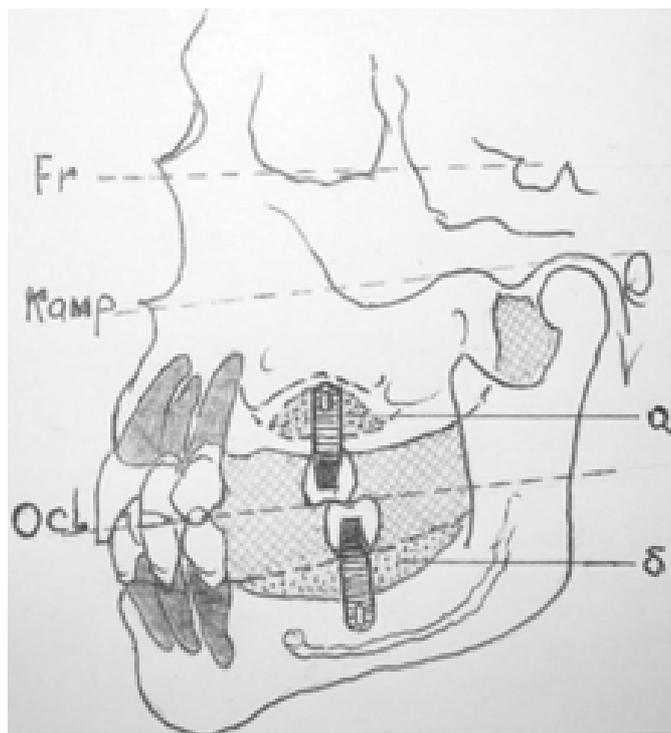


Рис. 6. Схема соотношения элементов «имплантат — абатмент — коронка», протетической плоскости и условий для имплантации: а) синус-лифтинг; б) уровень требуемой пластики

Таким образом, анализ телерентгенограмм и ортопантомограмм, полученных без разобщения зубных рядов межрезцовым фиксатором и определение истинного межальвеолярного расстояния в области беззубых фрагментов челюстей позволяют нам рекомендовать эту методику для широкого применения в случаях планирования не только имплантации, но и при лечении различных форм деформации зубных рядов и ориентации протетической или окклюзионной плоскостей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев А. П. Диагностические возможности панорамной зонографии челюстно-лицевой области: автореф. дисс... д-ра мед. наук. — М., 1998. — 32 с.
2. Кибкало А. П., Дмитриенко Д. С., Засядкина Е. В., и др. Диагностические возможности компьютерной ортопантомографии: метод. реком. — Волгоград, 2006. — 21 с.
3. Кулаков А. А., Рабухина Н. А., Аржанцев А. П., // *Стоматология*.— 2006. — № 1. — С. 34—40.
4. Рабухина Н. А., Жибицкая Э. И., Аржанцев А. П. Ортопантомография в стоматологии: метод. реком. — М. — 1989. — С. 17.
5. Трезубов В. Н., Курочкин Ю. К. Способ рентгеноцефалометрического анализа челюстно-лицевой области при деформации зубных рядов: метод. реком. / Калинин, 1985.— 15 с.

УДК616.18-089-005.6

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРЫХ ИЛЕОКАВАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ

А. А. Полянцев, П. В. Мозговой, А. М. Линченко, Д. В. Круглова, В. В. Репина

Кафедра общей хирургии с курсом урологии ВолГМУ

В работе представлен опыт хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) пациентов с венозными тромбозами за период с 2004 по 2007 гг. в клинике общей хирургии им. А. А. Полянцева. Продемонстрировано, что при невозможности полностью ликвидировать тромбофилическое состояние при эмболоопасных илеокавальных флеботромбозах методом выбора для профилактики ТЭЛА является пликация нижней полой вены.

Ключевые слова: венозный тромбоз, илеокаваальный венозный сегмент, пликация нижней полой вены.

PROPHYLAXIS OF PULMONARY ARTERIAL THROMBOEMBOLY IN ACUTE ILEO-CAVAL VEIN THROMBOSIS

A. A Polyantsev, P. V. Mozgovoy, A. M. Linchenko, D. V. Kruglova, V. V. Repina

Volgograd State Medical University, Department of General Surgery with the course of Urology

The paper presents our experience of pulmonary arterial thromboemboly surgical prophylaxis in patients with vein thrombosis treated during the period 2004—2007 in the clinic of General Surgery with the course of Urology named after A.A. Polyantsev. If thrombophylic condition in the threatening embolic ileo-caval phlebothrombosis cannot be eliminated, the method of choice in pulmonary arterial thrombosis prophylaxis is plication of the inferior cava vein.

Key words: venous thrombosis, iliac-cava venous segment, plication of the inferior cava vein.

Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью острых венозных тромбозов (ОВТ) среди населения. Эпидемиологические исследова-

ния показывают, что частота ОВТ составляет 160 случаев на 100 тыс. населения, при этом частота фатальных тромбозов легочной артерии (ТЭЛА)