

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аритмии сердца. Механизмы, диагностика, лечение / под ред. В. Дж. Мандела. – М.: Медицина, 1996.
- 2 Германов А.В., Германова О.А., Германов В.А., Борзенкова Г.А. Классификация экстрасистолической аритмии в зависимости от функционального значения // Вестник Медицинского института Реавиз. – 2018. – № 5. – С. 69–75.
- 3 Германов А.В., Германова О.А., Терешина О.В. и др. Тромбоэмболические осложнения некардиогенного характера при фибрилляции предсердий // Аспирантский вестник Поволжья. – 2018. – № 5–6. – С. 93–99.
- 4 Германова О.А., Германов А.В., Германов В.А., Колесников И.С. Прогнозирование тромбоэмболических осложнений при экстрасистолии // Вестник Медицинского института Реавиз. – 2018. – № 5. – С. 65–69.
- 5 Германова О.А., Германов А.В., Германов В.А. и др. Анатомо-функциональный анализ роли экстрасистолии как фактора риска развития атеросклероза // Морфологические ведомости. – 2018. – Том 26. – № 4. – С. 11–14.
- 6 Германова О.А., Германов А.В., Германов В.А. и др. Экстрасистолия: гемодинамические аспекты и биомеханика магистральных артерий // Аспирантский вестник Поволжья. – 2018. – № 5–6. – С. 85–92.
- 7 Лайтхилл Дж. Волны в жидкостях; пер. с англ. – М.: Мир, 1981. – С. 162–180.
- 8 Качковский М.А. Кардиология: справочник. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2012.
- 9 Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. – М.: Медицина, 1984.

Рукопись получена: 23 июля 2019 г.

Принята к публикации: 5 августа 2019 г.

УДК 616.314

СИНУС-ЛИФТИНГ И МАТЕРИАЛ «ЛитАр»

© 2019 И.Н. Лепилин, С.Д. Литвинов

Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Медицинский университет «Реавиз», Самара

Во время имплантации в боковых отделах верхней челюсти рекомендуется проводить синус-лифтинг при недостаточной высоте костной ткани. В статье рассматривается результат после применения материала «ЛитАр» на альгинатной основе при синус-лифтинге.

Ключевые слова: синус-лифтинг, костная пластика, материал «ЛитАр».

Пародонтит и кариес зубов являются основными причинами потери зубов. Общее количество беззубых пациентов во всем мире колеблется от 7 до 69 %, в зависимости от страны [1]. Полное или частичное отсутствие зубов часто связано с дефицитом питательных веществ, орофациальной болью и плохим психосоциальным статусом. За последние 40 лет протезирование с использованием зубных имплантатов стало одним из наиболее используемых методов для восполнения одного или нескольких зубов. Такое лечение было охарактеризовано как очень успешное для восстановления полного, частичного или единичного отсутствия зубов [2–5]. Реабилитация с помощью имплантатов показала улучшение жевательной функции и качества жизни по сравнению со съёмными протезами [6, 7]. Тем не менее, размещение имплантатов в задней части верхней челюсти часто невозможно из-за атрофии альвеолярного отростка, плохого качества кости и пневматизации верхнечелюстной пазухи. Следовательно, вертикальное увеличение альвеолярного отростка часто необходимо до или в

сочетании с установкой имплантатов. Существуют различные хирургические подходы для достижения необходимой вертикальной высоты альвеолярного отростка: увеличение дна верхнечелюстной пазухи техникой бокового окна, остеотомный синус-лифтинг и синус-лифтинг без использования костного материала [8–10]. Тем не менее, выбор метода лечения для реабилитации атрофичного заднего верхнечелюстного гребня с имплантатами находится в зависимости от вертикальной высоты остаточного альвеолярного отростка, местной внутрисинусной анатомии и количества отсутствующих зубов [10].

Остеотомная методика трансcrestального синус-лифтинга впервые была выполнена Татумом в 1986 году [11]. В 1994 Саммерс описал модификацию этой методики, используя набор конических остеотомов с увеличивающимся диаметром для усиления фиксации имплантатов в мягкой кости и надлома кортикальной пластинки для верхнечелюстной пазухи. Шнейдеровская мембрана и дно верхнечелюстной пазухи поднимаются с помощью остеотомов и специальных гладилек крестальным доступом для создания пространства под костный материал и/или кровяной сгусток, без препарирования бокового окна к синусу верхней челюсти. Установка имплантатов производится непосредственно в момент операции для поддержки смещенного дна верхнечелюстного синуса и мембраны Шнайдера. Остеотомный синус-лифтинг чаще используется при установке одиночного имплантата, однако такая техника применима и для множественной имплантации. Результаты лечения были описаны в обзорах, систематических обзорах и мета-анализах [11–17]. Остеотомная методика синус-лифтинга с непосредственной имплантацией считается менее инвазивной и быстро выполнимой операцией, по сравнению с методикой, выполняемой через латеральное окно. Данная методика выполняется совместно с использованием костного материала для восстановления утраченного объема верхней челюсти.

Идеальный материал должен обладать стимулирующими свойствами, а также иметь в своем составе стволовые клетки организма, для образования необходимой ткани [19].

В клинической практике при проведении синус-лифтинга используют различные материалы, такие как BioOss, Gen-Os, КоллапАн.

Аутогенная кость широко используется при данной операции и является золотым стандартом в трансплантации, но у нее есть некоторые ограничения, такие как дополнительная травма в месте забора костного трансплантата, увеличение болезненности в послеоперационном периоде и медленная скорость резорбции аутогенной кости [20, 21]. Материал, имеющий преимущества в этих позициях, является материал «ЛитАр», который имеет две биополимерные основы: коллагеновую и альгинатную. Учитывая, что материал на альгинатной основе уже успешно применяется для восполнения дефектов, было принято решение использовать данный материал при операции синус-лифтинга [22].

Материал «ЛитАр» на альгинатной основе обладает высокой степенью структурной интегрированности. Кристаллы гидроксиапатита имеют нанометрические размеры – это обеспечивает инициацию стволовых клеток в области лифтинга, что дает регенерацию ткани на генетическом уровне. Также эти особенности гарантируют преимущественный клинический эффект, по сравнению с другими материалами: если регенерация обычных резорбируемых материалов длится месяцы или годы, то для материала «ЛитАр» она исчисляется неделями. В первые 10–15 дней имплантированный материал в дефектном участке биотрансформируется в соединительную ткань, которая затем оссифицируется, т.е. превращается в костную, в соответствии с нормальным анатомическим строением кости [23–26].

Были выполнены операции установки имплантатов MIS C1 совместно с остеотомным синус-лифтингом 5 пациентам.

У пациента М. с диагнозом: частичное отсутствие зубов на верхней челюсти в первом сегменте (1 класс по Кеннеди) определялась атрофия альвеолярного отростка по причине вторичной адентии. Высота альвеолярного отростка равна 5,0 мм в области отсутствующего зуба 1.6 и 4,4 мм в области отсутствующего зуба 1.7 до верхнечелюстного синуса (рис. 1, 2). Было принято совместное решение выполнить остеотомный синус-лифтинг совместно с имплантацией. Был проведен синус-лифтинг с материалом «ЛитАр» на альгинатной основе, установлено 2 имплантата MIS C1.



Рис. 1. Исходная клиническая ситуация пациента. Высота костной ткани в области отсутствующего зуба 1.6 равна 5 мм

Хирургическая манипуляция при остеотомной методике синус-лифтинга с непосредственной имплантацией с материалом «ЛитАр» проводилась под местной анестезией. Внутри ротовой разрез проходил по вершине альвеолярного гребня совместно с вертикальными разрезами. Отслаивался слизисто-надкостничный лоскут, и позиция имплантатов отмечалась точечным дефектом на кости с помощью маленького шаровидного бора. Ложе имплантата формировалось с помощью специальных фрез, с увеличивающимся диаметром. Апикальная граница ложа имплантата находилась на расстоянии 1–2 мм от дна верхнечелюстной пазухи. Подлом и поднятие дна верхнечелюстной пазухи производилось с помощью молотка при

легком постукивании, а мембрана Шнайдера с дном верхнечелюстной пазухи осторожно поднималась с помощью остеотома и тупых гладилок для синус-лифтинга. Прежде чем материал «ЛитАр» добавлялся в операционную область, целостность мембраны контролировалась маневром Вальсальвы. Материал вносился с помощью специальных гладилок в полость под мембраной Шнейдера. Имплантат устанавливался в альвеолярную кость, а кончик имплантата располагался в области верхнечелюстного синуса.

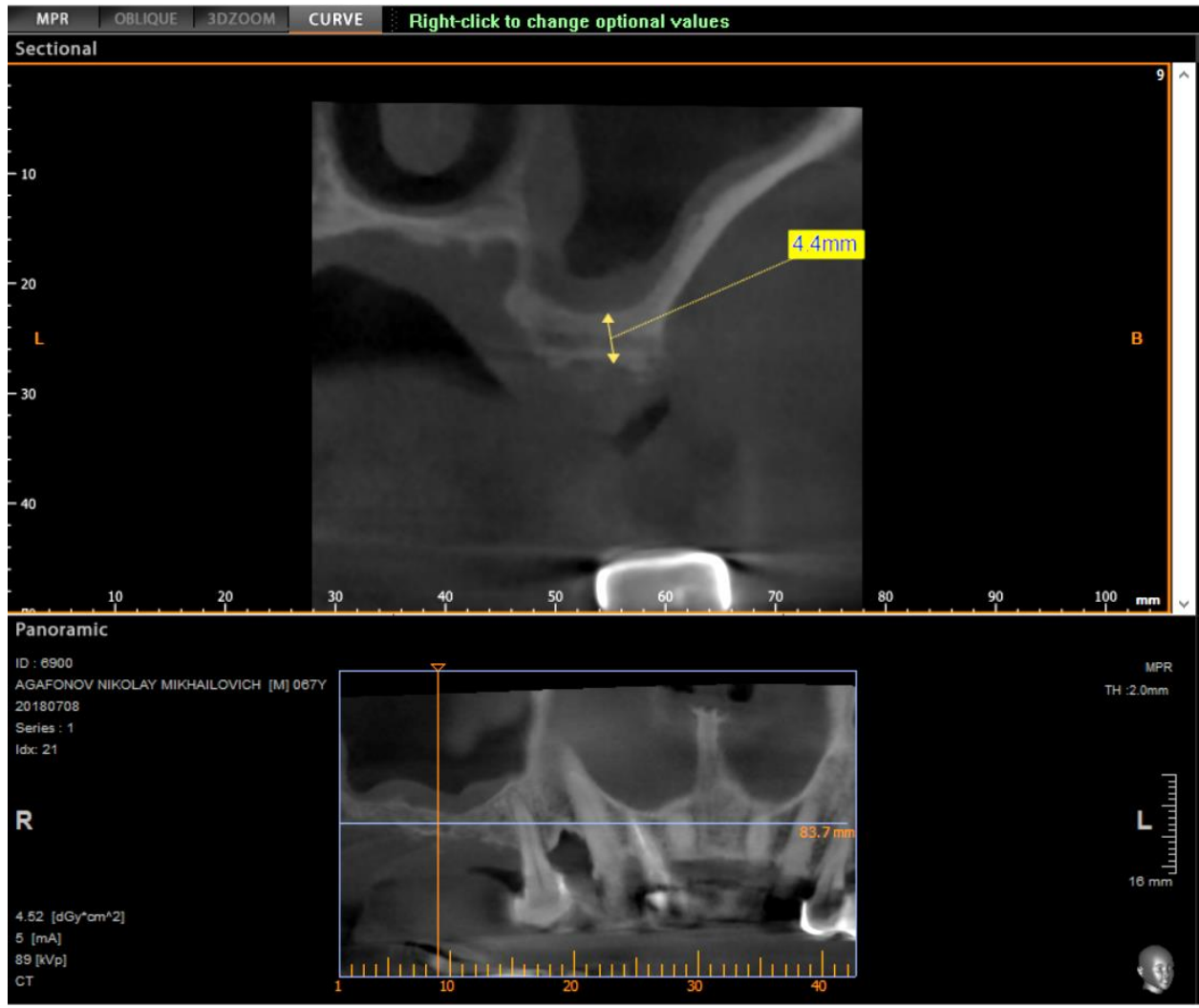


Рис. 2. Исходная клиническая ситуация пациента. Высота костной ткани в области отсутствующего зуба 1.7 равна 4,4 мм

Слизисто-надкостничный лоскут укладывался и ушивался наглухо. Постоянная ортопедическая конструкция изготавливалась через 3–6 месяцев после выполнения хирургической операции, когда новообразованная кость покрывала установленный имплантат.

Клиническая картина оценивалась по компьютерной томографии на аппарате Vatech RaX-i3D, с помощью программного обеспечения Picasso Viewer через 4 месяца.

Отмечалось равномерное образование костной ткани в области верхушек имплантата через 4 месяца (рис. 3). Проведено протезирование на остеоинтегрированных имплантатах (рис. 4, 5).

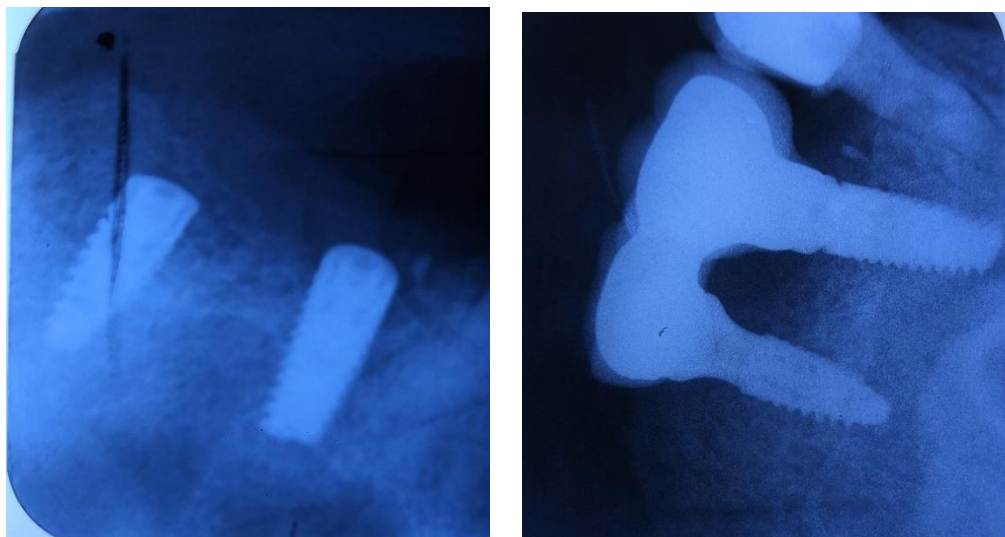


Рис. 3. Рентгенологическая картина в области имплантатов через 4 месяца



Рис. 4. Клиническая картина в полости рта через 4 месяца



Рис. 5. Клиническая картина в полости рта через 4 месяца с установленными коронками. Абатменты фиксированы с усилием 30 Н/см

Полученные результаты показывают, что материал «ЛитАр» на альгинатной основе можно применять:

- для восполнения объема костной ткани при синус-лифтинге;
- для стимуляции заживления и образования костной ткани за счет стимуляции ангиогенеза.

В полости рта имплантаты имеют стабильное положение в челюстной кости. Выполнено успешное протезирование на интегрированных имплантатах с помощью металлокерамических коронок.

Полученные результаты показывают, что материал «ЛитАр» на альгинатной основе можно применять для остеотомного синус-лифтинга, с одномоментной имплантацией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems – towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention // Bull World Health Organ. 2005 Sep; 83(9):686-93.

- 2 Berglundh T, Persson L, Klinge, BA. A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years // J Clin Periodontol. 2002; 29(suppl3):197-12, discussion 232-3.
- 3 Pjetursson BE, Thoma D, Jung R, Zwahlen M, Zembic A. A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years // Clin Oral Implants Res. 2012 Oct; 23(suppl6):22-38.
- 4 Jung RE, Zembic A, Pjetursson BE, Zwahlen M, Thoma DS. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years // Clin Oral Implants Res. 2012 Oct; 23(suppl6):2-21.
- 5 Buser D, Sennerby L, De Bruyn H. Modern implant dentistry based on osseointegration: 50 years of progress, current trends and open questions // Periodontol 2000. 2017 Feb;73(1):7-21.
- 6 Emami E, Heydecke G, Rompré PH, de Grandmont P, Feine JS. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials // Clin Oral Implants Res. 2009 Jun;20(6):533-44.
- 7 Boven GC, Raghoobar GM, Vissink A, Meijer HJ. Improving masticatory performance, bite force, nutritional state and patient's satisfaction with implant overdentures: a systematic review of the literature // J Oral Rehabil. 2015 Mar;42(3):220-33
- 8 Carreño Carreño J, Aguilar-Salvatierra A, Gómez-Moreno G, García Carreño EM, Menéndez López-Mateos ML, Perrotti V, Piattelli A, Calvo-Guirado JL, Menéndez-Núñez M. Update of Surgical Techniques for Maxillary Sinus Augmentation: A Systematic Literature Review // Implant Dent. 2016 Dec;25(6):839-844.
- 9 Danesh-Sani SA, Loomer PM, Wallace SS. A comprehensive clinical review of maxillary sinus floor elevation: anatomy, techniques, biomaterials and complications // Br J Oral Maxillofac Surg. 2016 Sep;54(7):724-30.
- 10 Lundgren S, Cricchio G, Hallman M, Jungner M, Rasmusson L, Sennerby L. Sinus floor elevation procedures to enable implant placement and integration: techniques, biological aspects and clinical outcomes // Periodontol 2000. 2017 Feb;73(1):103-20.
- 11 Tatum H Jr. Maxillary and sinus implant reconstruction // Dent Clin North Am. 1986 Apr; 30(2):207-29.
- 12 Călin C, Petre A, Drafta S. Osteotome-mediated sinus floor elevation: a systematic review and meta-analysis // Int J Oral Maxillofac Implants. 2014 May-Jun; 29(3):558-76.
- 13 Del Fabbro M, Corbella S, Weinstein T, Ceresoli V, Taschieri S. Implant survival rates after osteotome-mediated maxillary sinus augmentation: a systematic review // Clin Implant Dent Relat Res. 2012 May;14 Suppl 1:e159-68.
- 14 Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M. Long-term outcomes for the treatment of atrophic posterior maxilla: a systematic review of literature // Clin Implant Dent Relat Res. 2015 Feb;17(1):120-32.
- 15 Pjetursson BE, Lang NP. Sinus floor elevation utilizing the transalveolar approach // Periodontol 2000. 2014 Oct;66(1):59-71.
- 16 Pjetursson BE, Rast C, Brägger U, Schmidlin K, Zwahlen M, Lang NP. Maxillary sinus floor elevation using the (transalveolar) osteotome technique with or without grafting material. Part I: Implant survival and patients' perception // Clin Oral Implants Res. 2009 Jul;20(7):667-76.
- 17 Shi JY, Gu YX, Zhuang LF, Lai HC. Survival of Implants Using the Osteotome Technique With or Without Grafting in the Posterior Maxilla: A Systematic Review // Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 Sep-Oct;31(5):1077-88.
- 18 Pjetursson BE, Ignjatovic D, Matulienė G, Brägger U, Schmidlin K, Lang NP. Maxillary sinus floor elevation using the osteome technique with or without grafting material. Part II – Radiographic tissue remodeling // Clin Oral Implants Res. 2009 Jul;20(7):677-83.
- 19 Lambert F, Léonard A, Drion P, Sourice S, Layrolle P, Rompen E. Influence of space-filling materials in subantral bone augmentation: blood clot vs. autogenous bone chips vs. bovine hydroxyapatite // Clin Oral Implants Res. 2011;22:538–545.
- 20 Misch CE. Maxillary sinus augmentation for endosteal implants: organized alternative treatment plans // Int J Oral Implantol. 1987;4:49–58.
- 21 Erbe EM, Marx JG, Clineff TD, Bellincampi LD. Potential of an ultraporous β -tricalcium phosphate synthetic cancellous bone void filler and bone marrow aspirate composite graft // Eur Spine J. 2001; 10(Suppl 2):S141–S146.
- 22 Литвинов С.Д., Лепилин И.Н. Применение материала «ЛитАр» на альгинатной основе для консервации лунки зуба // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2017. – № 6 (30). – С. 158–165.
- 23 Литвинов С.Д., Рахимов Р.И. Фиксация зачатка зуба материалом ЛитАр // Стоматология. – 2005. – № 2. – С. 62–65.

- 24 Литвинов С.Д., Буланов С.И. Коллаген-апатитовый материал при замещении дефектов костной ткани челюсти // Стоматология. – 2001. – № 3. – С. 7–12.
- 25 Литвинов С.Д., Ершов Ю.А. Биоадекватный имплантационный материал на основе коллаген-гидроксосолевого композита // Материаловедение. – 2000. – № 7. – С. 34–38.
- 26 Литвинов С.Д., Серегин А.С., Пуштова Т. Б., Оленникова М.М. Перспективы применения материала «ЛитАр» для восстановления хрящевой перегородки носа у детей // Российская оториноларингология. – 2006. – № 3 (22). – С. 66–70.

Рукопись получена: 25 июня 2019 г.

Принята к публикации: 8 июля 2019 г.

УДК 616-002.5

ИНВАЛИДНОСТЬ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ПЕРИОД УЛУЧШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

© 2019 О.А. Домницкий¹, А.В. Калинин¹, О.С. Козлова², Е.А. Амосова¹

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

²Частное учреждение образовательная организация высшего образования

«Медицинский университет «Реавиз», Самара

В настоящее время отмечается не только стабилизация показателей, но даже снижение основных показателей по заболеваемости и смертности от туберкулеза. Одним из показателей, отражающим ситуацию по туберкулезу, является инвалидность по туберкулезу. Цель работы – провести анализ показателей по инвалидности, связанной с туберкулезом в период улучшения и стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Материалы и методы. Использованы данные медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) за 2015–2017 гг., проведен анализ по освидетельствованным на инвалидность впервые и повторно. Изучались данные по взрослому населению, оценивались показатели в динамике по годам. Результаты. По результатам анализа отмечено, что в структуре инвалидности по группам в 2015–2017 гг. преобладают инвалиды второй группы, более 50 % инвалидность у лиц до 45 лет, лиц старше 55 лет менее 5 %. Отмечено увеличение инвалидности по ВИЧ, особенно у лиц молодого возраста. На фоне напряженной ситуации по ВИЧ-инфекции, роста коморбидности ее с туберкулезом, отмечается рост инвалидности по ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом за три года в 10 раз. В условиях положительной динамики эпидемиологической ситуации для уменьшения бремени инвалидности по туберкулезу необходима стратификация причин выхода на инвалидность для разработки научно-обоснованных мероприятий по повышению эффективности лечения и снижению инвалидности по туберкулезу.

Ключевые слова: туберкулез, МСЭК, медико-социальная экспертиза, освидетельствование, инвалидность, ВИЧ-инфекция.

Заболеваемость туберкулезом является важным показателем, отражающим эпидемиологическую ситуацию в мире и России [1]. В настоящее время отмечается не только стабилизация показателей, но даже снижение основных показателей по заболеваемости и смертности [2]. При снижении в последние годы показателей заболеваемости туберкулезом среди населения, отмечается увеличение больных с сочетанными формами туберкулеза и ВИЧ-инфекции среди впервые выявленных больных туберкулезом [3–10]. Важной медико-социальной проблемой является инвалидность при туберкулезе для многих регионов РФ