

кой сохраняется нами во влажной салфетке и используется в дальнейшем в качестве трансплантата для закрытия ороантрального соустья, по методу предложенному В.В. Скоробогатый (2005).

Трансплантат укладываем слизистой оболочкой в сторону верхнечелюстной пазухи, предварительно подготовив ложе альвеолярного гребня, проведя кюретаж лунки, уложив туда гемостатическую губку, отслоив края слизистой оболочки альвеолярного гребня. При этом трансплантат перекрывает края перфорации, чтобы он не проваливался в полость пазухи. После чего укладываем сверху трансплантата сформированный в начале операции слизисто-надкостничный трапецевидный лоскут. При этом следует позаботиться, чтобы хорошо сместить его на поверхность дефекта десны и тщательно подшить к слизистой оболочке у небного края дефекта так, чтобы линия швов была за пределами лунки. Для улучшения подвижности трапецевидного слизисто-надкостничного лоскута мы делаем дополнительный разрез у его основания по Васмунду и поперечное надсечение надкостницы. Это позволяет уложить слизисто-надкостничный лоскут без натяжения, полностью закрыв наружную поверхность костного трансплантата надкостницей.

Используя указанный комбинированный способ закрытия ороантральной перфорации для лечения больных с одонтогенным верхнечелюстным синуситом, нам во всех случаях удалось достичь положительного результата лечения.

**ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ИМПЛАНТАТОВ CSMA POLONIA
С ЛАЗЕРНОЙ ОБРАБОТКОЙ
ПОВЕРХНОСТИ ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОЙ
ИМПЛАНТАЦИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКОЙ**

Маланьин И.В., Колесникова М.Г.,
Калиновская Е.А.

*Кубанская научная школа стоматологии, Краснодар,
e-mail: malanin-dent@mail.ru*

Одной из актуальных проблем в дентальной имплантологии является немедленная имплантация с одномоментной функциональной нагрузкой для достижения оптимального эстетического результата. Немедленная имплантация позволяет выполнить хирургические манипуляции в одно посещение, сохранить весь объем костной ткани, что обеспечивает лучшее заживление и сокращает срок ожидания до функциональной нагрузки на имплантат до минимума.

Всвязи с тем, что на сегодняшний день, данная процедура является востребованной, было решено провести клиническое исследование с целью выявить целесообразность применения имплантатов с лазерной обработкой поверхности. Одним из аспектов применения одно-

моментной нагрузки на имплантат является его первичная стабилизация в костной ткани. Другим составляющим применением данного метода можно выделить совершенствование внутрикостной поверхности титанового имплантата с микро- и макропористостью, обеспечивающим контактную остеонтеграцию.

Задачей данного исследования является изучение различных типов внутрикостных титановых имплантатов при немедленной имплантации с одномоментной функциональной нагрузкой. Одномоментная нагрузка обеспечивает преимущество наличия зубов при уходе от врача. Для пациентов приоритетнее немедленная нагрузка, для обеспечения психологического и функционального комфорта.

При операции имплантации с одномоментной нагрузкой мы взяли типичные представители различных типов имплантатов: имплантатов с машинной обработкой (Германия) и с лазерной обработкой фирмы CSMApolonia.

В ходе проведенного предварительного исследования пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе при операциях использовались имплантаты фирмы CSMApolonia с лазерной обработкой (20 имплантатов), в контрольной группе – имплантаты с механической обработкой (20 имплантатов). В обеих группах сразу после установки имплантата была произведена немедленная функциональная нагрузка.

Признаки, по которым определялось восстановление связи между костью и имплантатом, включают в себя: тесный контакт с костной тканью без признаков воспаления; неподвижность имплантата; отсутствие на рентгеновском снимке признаков разряжения костной ткани или интервала между имплантатом и костью; все соседние ткани в нормальном состоянии.

Проведение первого и второго хирургического этапов выполняли в соответствии с результатами обследования. Результаты анализировали с использованием данных ортопантомографии. Оценивалась так же толщина альвеолярных отростков челюстей, характер кровоснабжения слизистой оболочки, состояние зубов, включаемых в будущую ортопедическую конструкцию.

Отдаленные результаты оценивались по истечении 3 месяцев. У пациентов основной группы, которым была произведена немедленная имплантация с одномоментной функциональной нагрузкой с использованием имплантатов с механической обработкой положительная динамика составила 90 %.

В основной группе, где использовались имплантаты фирмы CSMApolonia с лазерной обработкой, успех составил 100%. У пациентов, которым данную манипуляцию осуществляли с помощью имплантатов фирмы CSM, через три месяца изменений не обнаружено, мягкие ткани спокойны.

По результатам данного исследования можно сделать выводы, что немедленная имплантация с одномоментной функциональной нагрузкой при использовании имплантатов CSMApolonia демонстрирует повышение клинической эффективности имплантации при данной операции, а так же сокращение сроков остеоинтеграции.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы: лазерная обработка поверхности имплантата позволяет добиться повышения показателей остеоинтеграции, что позволяет рекомендовать данный тип имплантатов для немедленной имплантации с одномоментной функциональной нагрузкой.

О МЕХАНИЗМЕ МАЛЬРОТАЦИИ КИШКИ

Петренко В.М.

Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Ряд врожденных нарушений развития кишечника возникает в результате остановки его поворота (Максименков А.Н. и др., 1972). Механизм нарушения поворота кишечной трубки не описан в литературе. Я изучал развитие кишечника у человека и белой крысы. У человека репонирование физиологической пупочной грыжи протекает достаточно быстро, обычно у плодов 9-9,5 нед. в связи с уменьшением печени относительно емкости брюшной полости, последним втягивается в нее илеоцекальный угол. У крысы этот процесс начинается на 18-е сут утробной жизни (~ плоды человека 10-й нед.), у плода 17,5 сут илеоцекальный угол оказывается в брюшной полости. И только на 20-21-е сут в нее втягиваются последние петли тонкой кишки. Эта стадия развития плодов крысы примерно соответствует плодам человека 4-5-го мес., у которых ободочная кишка (ОбК) занимает фронтальное положение в брюшной полости и окружает петли тонкой кишки в виде незамкнутой петли (ободка), как у взрослого человека. Петли тощей кишки расположены преимущественно слева от средней линии и выше, а подвздошной кишки – справа и ниже, слепая кишка – в правой подвздошной ямке или тотчас над ней. Такого состояния кишечник крысы не достигает и после ее рождения. У крысы ОбК напоминает растянутую спираль, внедренную в петли тонкой кишки. Петли ее тощей кишки находятся преимущественно справа от средней линии и дорсально, петли подвздошной кишки – слева и вентрально, илеоцекальный угол – по средней линии или слева от нее, (косо)сагиттально. Слепая кишка не образует червеобразный отросток, имеет форму конуса, круто изогнутого над (краниальнее) илеоцекальным углом чаще вправо, расположена чаще поперечно на вентральной поверхности петель тонкой кишки. Но, если исключить две крупные правые петли ОбК крысы, то ее ОбК имеет углообразную форму, занимает

сагиттальное положение в брюшной полости, а корень общей брыжейки тонкой кишки и ОбК проходит над каудальной частью двенадцатиперстной кишки. У человека такое состояние органов после рождения определяется как поздняя остановка поворота кишечника или мальротация I. Главной причиной этого может служить избыточное влияние печени: у человека она находится в верхней 1/3, у крысы – в краниальной 1/2 брюшной полости, у эмбрионов охватывает внутренние органы брюшной полости, у крысы в большей степени за счет дорсальных отделов. Такая печень ограничивает боковые смещения ОбК, пролонгирует вправление физиологической пупочной грыжи в брюшную полость у плодов крысы.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ В БАССЕЙНЕ ЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Лимфатические узлы (ЛУ), расположенные в бассейне чревной артерии крысы, описаны в литературе очень ограничено и противоречиво. И.М. Иосифов (1944) не нашел ЛУ у ворот печени, около селезенки и поджелудочной железы (ПЖ), а ЛУ желудка он обнаруживал постоянно, в количестве 1-2 на каждой стороне органа. Они имеют овальную форму, расположены между концом пищевода и выходом из желудка. Я.А. Рахимов (1968) о ЛУ желудка и селезенки не пишет. Он выявил 1 ЛУ печени округлой формы по ходу воротной вены, справа от нее только у 3 из 27 изученных белых крыс. Ch. Martin (1932) отмечал воротные ЛУ печени как непостоянные. А.Д. Ноздрачев и Е.Л. Поляков (2001) описали:

1) 1 маленький селезеночный ЛУ (на схеме – округлой формы), находится около места слияния 4 воротных вен селезенки в селезеночную вену;

2) каудальный желудочный ЛУ (один или парный), прилежит к желудочно-сальниковой вене (на схеме – овальные);

3) воротные ЛУ печени – 2 (на схеме – овальной формы), по 1 с каждой стороны от воротной вены.

Я препарировал 20 белых крыс 1-2 мес. обоего пола, фиксированных в 10% растворе формалина. На каудальной стороне желудочно-селезеночной артерии я находил 1 небольшой ЛУ овальной формы, а по ходу печеночной артерии – 2 ЛУ такой формы и размеров, они лежали около воротной вены печени, по разному по ее периметру у разных крыс. Иногда печеночный ЛУ был непарным, крупным, бобовидным, сопоставимым с илеоцекальным ЛУ. По ходу селезеночной артерии и вены, около краниального края тела ПЖ я обнаружил 2 группы ЛУ: