

Количество имплантатов для несъемных мостовидных и условно-съемных конструкций при частичной адентии зависит от вида адентии и возможности использования оставшихся зубов.

При полной адентии для фиксации съемных протезов можно установить 4 имплантата. Для расчета количества имплантатов в данной клинической ситуации можно руководствоваться следующими правилами.

1. При уплощении фронтальной части дуги альвеолярного отростка следует устанавливать два винтовых или цилиндрических имплантата с высотой внутрикостной части более 10 мм, расстояние между которыми должно составлять приблизительно 20 мм, с последующим изготовлением балочной конструкции.

2. При выраженном радиусе переднего отдела дуги альвеолярного отростка лучше установить 3–4 винтовых или цилиндрических имплантата с высотой внутрикостной части более 10 мм и изготовить условно съемный протез.

Для несъемного протезирования при полной адентии устанавливали от 6 до 8 имплантатов, с учетом анатомо-топографических условий в полости рта.

Таким образом, при зубной имплантации основополагающим направлением является правильный выбор ортопедической конструкции с учетом первичной стабильности имплантата, и анатомо-топографических условий в полости рта. Ранние функциональные нагрузки при зубной имплантации являются предметом высокого профессионализма всех специалистов (хирург, ортопед и зубной техник), именно они могут решить; нагружать имплантат, или же отсрочить; достижение эстетического и функционального оптимума.

Список литературы

1. Алимский А.В., Курбанов Р.Р. Оценка мотивации населения к ортопедическому лечению на основе метода деятельной имплантации // *Маэстро стоматологии*. – 2012. – № 2. – С. 20–22.
2. Мещеряков Д.Г. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности стоматологической помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 52 с.

АКТИВНОСТЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗ НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ВЫЗВАННОГО ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ И ПАРАЦЕТАМОЛОМ

¹Воронина Ю.К., ¹Терещенков А.О., ¹Юрина Е.Г.,
¹Шарапов В.И., ²Русских Г.С., ^{1,2}Потеряева О.Н.

¹Новосибирский государственный
медицинский университет;
²НИИ биохимии СО РАМН, Новосибирск,
e-mail: Olga_Poteryaeva@mail.ru

Воздействие четыреххлористого углерода (CCl₄) и парацетамола остаются достаточно распространенными в мире причинами поражений

печени. В работе изучали и сравнивали активность матриксных металлопротеаз (ММП-2,7) в сыворотке крови крыс в условиях экспериментального повреждения печени, вызываемого внутрижелудочным введением четыреххлористого углерода (CCl₄) и парацетамола. Исследовали активность ММП на фоне карсила и сухого экстракта березы повислой (*Betula pubescens*). Активность ММП-2,7 в образцах сыворотки крови измеряли по методу Nagase et al. [1994].

В контрольной группе активность ММП составила $190,4 \pm 11,35$ мкмоль МСА/л/ч. Введение CCl₄ и парацетамола вызывало у крыс развитие токсического гепатита, которое сопровождалось повышением активности ММП ($252,0 \pm 11,84$ и $259,7 \pm 14,46$ мкмоль МСА/л/ч, соответственно; $P < 0,001$). Введение карсила на фоне парацетамола и CCl₄ снижало активность ММП до контрольного уровня ($180,9 \pm 7,22$ мкмоль МСА/л/ч, $P < 0,001$ и $202,8 \pm 19,23$ мкмоль МСА/л/ч, $P < 0,05$, соответственно). Введение сухого экстракта березы приводило к достоверному снижению активности ММП (CCl₄ – $200,3 \pm 12,25$ и парацетамол – $171,0 \pm 2,77$ мкмоль МСА/л/ч, $P < 0,001$).

Таким образом, при токсическом повреждении печени, вызванном CCl₄ или парацетамолом, у крыс в сыворотке крови увеличивалась активность ММП. Карсил и сухой экстракт березы снижали активность ферментов, причем при экспериментальном гепатите, вызванном парацетамолом более эффективно.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Вязова А.В.

ФГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный
технический рыбохозяйственный университет»,
Владивосток, e-mail: medway@mail.ru

В настоящее время в системе здравоохранения эффективное ведение хронического больного сталкивается с большим числом трудностей. Хронические заболевания требуют комплексного подхода в течение длительного периода времени с участием широкого круга медицинских работников, доступностью к необходимым методам лечения и мониторинга, расширением возможностей больного. Ведение хронических заболеваний связаны со сложностью подбора медикаментозной терапии. На рынке появляются всё новые, более мощные лекарственные средства, прошедшие клинические исследования далеко не всегда именно на тех группах больных, кому они предназначаются, т.к. характеристики таких групп больных, особенно возраст, не позволили бы им стать участниками исследований по эффективности данных препаратов. Еще одна проблема – многим больным хроническими заболеваниями назначается ле-