

15. Matsuno, H. Cementless cup supporter for protrusio acetabuli in patients with rheumatoid arthritis / H. Matsuno, T. Yasuda [et al.] // International Orthopaedics (SICOT). — 2000. — Vol. 24(1). — P. 15—18.
16. Pitto, R.P. Die Primarstabilität zweier Pfainendachschalen und einer Pfannenschutzschale / R.P. Pitto, R. Schmidt // Biomed. Tech. Berl. — 1998. — № 43 (7—8). — S. 210—215.
17. Rosson, J. The use of reinforcement rings to reconstruct deficient acetabula / J. Rosson, J. Schatzker // J. Bone Jt. Surg. — 1992. — Vol. 74-B (5). — P. 716—720.
18. Schatzker, J. Acetabular revision. The role of rings and cages / J. Schatzker, M.K. Wong // Clin. Orthop. — 1999. — Vol. 369. — P. 187—197.
19. Schneider, R. Die Armierung der Pfanne bei der Totalendoprothese der Hüfte / R. Schneider // Unfallheilkunde. — 1980. — № 83. — S. 482.
20. Sotelo-Garza, A. The results of Chamley arthroplasty of the hip performed for protrusio acetabuli / A. Sotelo-Garza, J. Chamley // Orthop. — 1978. — P. 132.
21. Taunton, D.D. Treatment of complications in primary cementless total hip arthroplasty / D.D. Taunton, W.J. Culpepper, C.A. Engh // Clin. Orthop. — 1997. — Vol. 344. — P. 150—161.

© Т.Н.Модина, Е.В.Мамаева, М.В.Болбат, 2009
 УДК 616.314.17-002-085.33+615.837.3-78

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ НА ПАРОДОНТЕ

**Тамара Николаевна Модина, Елена Владимировна Мамаева,
 Марина Вадимовна Болбат**

*Институт усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Пирогова,
 кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, Москва
 ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
 кафедра стоматологии детского возраста*

Реферат. Лечение пациентов с воспалительно-деструктивными процессами на пародонте должно проводиться с учетом трех основных составляющих: снятие активного воспалительного процесса, с применением общей антибиотикотерапии и миниинвазивной терапии ультразвуковым аппаратом «Vector»; устранение вторичной деформации; шинирование зубов. Ультразвуковая система «Vector» способствует достижению выраженного противовоспалительного эффекта, обладает антибактериальным, противовирусным, фунгицидным и антиэкссудативным действием.
Ключевые слова: пародонт, комплексное лечение, профессиональная гигиена, ультразвук.

APPLICATION OF UP-TO-DATE METHODS FOR THE DEVELOPMENT OF REMISSION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY- DESTRUCTIVE PROCESSES IN THE PERIODONTIUM

T.N. Modina, E.V. Mamayeva, M.V. Bolbat

*Institute of Postgraduate Doctor's Training of National Medico-Surgery Centre
 named after Pirogov, Department of Maxillofacial Surgery and Stomatology, Moscow
 Kazan State Medical University, Childrens Stomatology Department*

Abstract. Treatment of patients with inflammatory destructive processes in periodontium should include three main components: relieving active inflammatory processes by means of general antibiotic therapy and minimally invasive therapy with an ultrasound system «Vector»; eliminating secondary deformation and splinting teeth. «Vector» ultrasound system has got antibacterial, antiviral, antifungal and antiexudative properties and exerts an apparent anti-inflammatory effect on destructive processes in the periodontium.

Key words: periodontium, combination treatment; professional hygiene; ultrasound.

Воспалительно-инфекционные процессы пародонта вызваны активной инвазией агрессивной микрофлоры и нарушением реакции иммунного ответа на бактериальную инфекцию в полости рта, что часто при отсутствии своевременной диагностики и лечения сопровождается дислокацией и веерообразным расхождением зубов, приводящей, в конечном итоге, к вторичной деформации прикуса. Такое состояние зубочелюстной системы способствует созданию травматической ситуации и появлению супраконтактов, что усиливает процессы деструкции в костной ткани альвеолярного отростка и приводит к потере зубов [1].

Поэтому лечение таких пациентов должно проводиться с учетом трех основных составляющих: снятие

активного воспалительного процесса, устранение вторичной деформации и нормализации окклюзии, шинирование зубов.

Устранение воспаления и нормализация окклюзионных контактов являются важными условиями в распределении нагрузки на зубы и ткани пародонта и в восстановлении структуры костной ткани альвеолярного отростка. На первом этапе лечения всем пациентам проводится профессиональная гигиена, санация зубов. В последние годы успешно применяется метод миниинвазивной терапии ультразвуковой системой «Vector» (рис. 1). Этот безоперационный метод, по сути, — альтернатива кюретажу, является для пациентов менее травматичной процедурой. При квалифицированном использовании



Рис. 1

системы «Vector» значительно снижается риск инфекции и ускоряется процесс заживления тканей [4].

В основе работы аппарата лежит применение ультразвука. В механизме действия ультразвука заложены три основных свойства: механическое (чередование фаз сжатия и разрежения), тепловое (повышение температуры) и физико-химическое (усиление процессов диффузии и проницаемости), которые могут использоваться как в совокупности, так и отдельно. Скорость распространения ультразвука очень высокая: в крови она составляет — 1520 м/с, а в костной ткани — 3350 м/с. Для сравнения: скорость современного реактивного самолета всего лишь 222—250 м/с (800—900 км/час). В отличие от других ультразвуковых аппаратов, применяемых в стоматологии, где во время работы происходят боковые колебания, в системе «Vector» осуществляются возвратно-поступательные колебательные движения кольца, к которому присоединяется рабочая насадка, что является атравматичным по отношению к твердым тканям зуба и пародонту [2, 3].

Работа с «Vector»-системой проводится только после этапа профессиональной гигиены. Однако данную систему можно использовать и на начальном этапе, имея в своем арсенале скайлер. С помощью специальных насадок ультразвуковым аппаратом «Vector» проводится удаление поддесневых зубных отложений, бактерий, биопленки, грануляционной ткани с корневых поверхностей зубов, пародонтальных карманов, а также фуркаций без повреждений твердых и мягких тканей пародонта, что способствует стимулированию репаративных процессов в тканях пародонта. Одновременно все поверхности зуба полируются специальными суспензиями Vector Fluid Polish, содержащими частицы гидроксиапатита. Обработка маргинальной десны в области всех зубов верхней и нижней челюстей ультразвуковой системой «Vector», как правило, проводится в одно посещение. При работе на одной челюсти следующее посещение пациента должно быть не позже, чем через 15—20 ч, что позволяет уменьшить риск реинфицирования пародонтальных карманов.

Хотелось бы отметить, что длительное совместное проживание супругов, один из которых страдает пародонтитом, способствует контагиозности инфекции. А при наличии предрасположенности к данному заболеванию и других факторов риска у второго супруга, и у него не

исключена возможность развития пародонтита. Как показывают клинические наблюдения, «семейный пародонтит» — явление не редкое. Поэтому для получения эффективных результатов профессиональную гигиену и при необходимости обработку маргинальной десны ультразвуковой системой «Vector» настоятельно рекомендуем проводить супругам одновременно, что также позволит избежать реинфекции тканей пародонта.

Многолетний клинический опыт работы показывает, что положительная динамика отмечается уже через 3—5 сут. Нужно отметить, что у отдельных пациентов в течение суток после первого сеанса наблюдалось резкое повышение температуры до 39°C, поэтому при быстропрогрессирующем пародонтите и обострениях хронических патологических процессов на пародонте одновременно рекомендуется проводить общую антибиотикотерапию, так как применение только миниин-вазивной терапии бывает недостаточно для санации пародонтальных тканей.

Часто пародонтологи (особенно зарубежные специалисты) выделяют два типа пародонтальных карманов: «мокрые» — на этапе обострения и «сухие» — вне обострения. При этом считают, что для снятия обострения в тканях пародонта достаточно устранить воспаление и остановить процесс гноетечения и/или экссудации. Однако клинические наблюдения показывают, что «сухой» пародонтальный карман является потенциальной зоной активного воспаления и способен спровоцировать очередное обострение.

К сожалению, даже при неоднократном применении системы «Vector» не всегда возможно добиться полного устранения пародонтального кармана и плотного прилегания маргинальной десны к зубу. Поэтому таким пациентам необходимо дальнейшее хирургическое лечение с использованием остеопластических материалов. Такой объем работы позволяет устранить зубные отложения и некротический цемент, иссечь грануляции, добиться плотного прилегания маргинальной десны, способствуя остановке активного воспалительного процесса в костной ткани. Это является главным условием для проведения ортодонтического этапа работы, поскольку перемещение зубов в костной структуре альвеолярного отростка должно проводиться в санированных тканях пародонта. В противном случае, отсутствие данных подготовительных мероприятий могут способствовать



Состояние до операции



Этап лоскутной операции

Имплантация церасорба

Вестибулопластика



Состояние через 6 мес

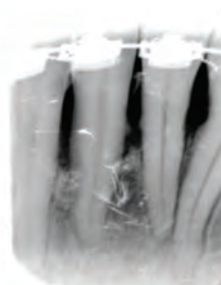


Состояние через 1 год



Состояние через 2 года

Данные денситометрии



После имплантации

Через 6 мес

Через 1 год

Через 2 года

Рис. 2

активной резорбции и превалировать над процессом моделирования и ремоделирования костных структур, что в конечном итоге приведет не к сохранению, а к потере зубов.

Сочетание ортодонтического лечения и работы с «Vector»-системой у пациентов с генерализованным пародонитом также дает положительные результаты. Поэтому не стоит форсировать события по проведению радикальных хирургических методов пародонтальной хирургии, поскольку устранение дислокации зубов и

создание условий для вертикальной нагрузки на зубы способствует их внедрению в ткани пародонта и сопровождается приростом костной ткани. Обработка пародонтальных карманов ультразвуковым аппаратом «Vector» на этапах ортодонтического лечения, как правило, проводится каждые три месяца в течение года. Следует также учитывать, что активное перемещение зубов за счет работы ортодонтических аппаратов и неудовлетворительная гигиена полости рта самих пациентов в отдельных случаях может вызывать обострение.



Состояние до операции



Этапы лоскутной операции

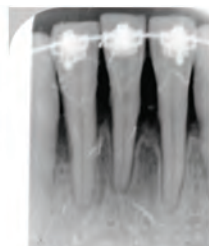
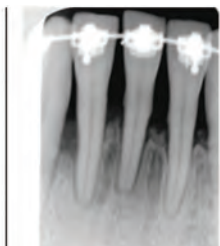
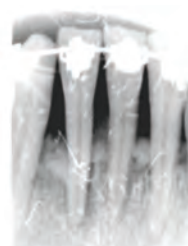
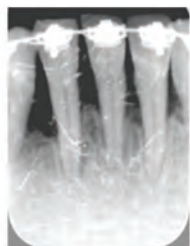


Состояние через 1 год



Состояние через 3 года

Данные денситометрии



До лечения

После имплантации

Через 3 мес

Через 6 мес

Через 1 год

Рис. 3

Поэтому врачу необходимо акцентировать внимание на скорости перемещения зубов, не прибегая к агрессивной технике, и на постоянной мотивации пациентов по вопросам личной гигиены.

Процедура проведения профессиональной гигиены и обработка системой «Vector» после завершения ортодонтического лечения является необходимым условием для проведения дальнейшего комплекса лечебных мероприятий: шинирования зубов, ортопедического лечения, хирургических вмешательств на пародонте, имплантации, поддерживающей терапии в период реабилитации.

Проведение мероприятий по восстановлению окклюзии, зубного ряда и шинирования зубов является заключительным этапом активного комплексного лечения, который позволяет создать для каждого пациента стойкую ремиссию патологического процесса, при условии постоянного диспансерного наблюдения. Постоянный патронаж таких пациентов позволяет проводить постоянно профилактические мероприятия, включая вопросы личной и профессиональной гигиены, коррекции протезов, лечения зубов, что позволяет предотвратить обострение процесса.

Клинические примеры комплексного лечения пациентов с воспалительно-деструктивными процессами на пародонте

Пример 1. Пациентка С., 39 лет. Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Обратилась с жалобами на подвижность зубов нижней челюсти II степени, гноетечение, неприятный запах изо рта.

После проведения профессиональной гигиены, применения системы «Vector», изготовления имедиат протезов, санации полости рта и временного шинирования фронтальной группы зубов гласспаном было осуществлено хирургическое лечение — вестибулопластика по Эдлану и лоскутные операции в технике Рамфьорд в области верхней и нижней челюсти с одновременной имплантацией церасорба в области пародонтальных костных карманов. В дальнейшем проведено ортодонтическое лечение, шинирующее протезирование несъемными (металлокерамическими мостовидными протезами и коронками) и съемными конструкциями (бюгельными протезами).

Оценка оптической плотности кости по данным визиографа показала увеличение значений во все сроки лечения в области исследуемых участков — в зоне костного дефекта (90, 145, 145, 149, 194 усл. ед.), по линии демаркации (110, 168, 162,

133, 162 усл. ед.) и в области апекса (206, 206, 185, 220, 210 усл. ед.) (рис. 2).

Пример 2. Пациентка М., 36 лет. Диагноз — хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Обратилась с жалобами на гноетечение в области фронтальной группы зубов нижней челюсти, неприятный запах изо рта.

После проведения профессиональной гигиены, применения системы «Vector» и санации полости рта было проведено хирургическое лечение — лоскутная операция в технике Рамфьорд в области верхней и нижней челюсти с одновременной имплантацией церасорба + PRP + PRP. На этапах лечения проводилось ортодонтическое лечение и шинирование зубов гласспаном.

Оценка оптической плотности кости по данным визиографа показала увеличение значений во все сроки лечения в области исследуемых участков — в зоне костного дефекта (60, 110, 109, 98, 108 усл. ед.), по линии демаркации (81, 99, 110, 111, 153 усл. ед.) и в области апекса (157, 147, 152, 158, 158 усл. ед.) (рис. 3).

Таким образом, в оценке развития заболевания, разработки индивидуального плана комплекса лечебных мероприятий и прогноза полученных результатов лечения необходимо сопоставление клинических и рентгенологических показателей, которые позволяют наиболее информативно определять не только наличие обострения воспалительного процесса, скорость и степень потери костной ткани, но и качество профилактических мероприятий при постоянном мониторинге пациентов. При этом ультразвуковая система «Vector» является одним из важных этапов комплексного лечения — способствует достижению выраженного противовоспалительного эффекта, обладает антибактериальным, противовирусным, фунгицидным, антиэкссудативным действием.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вольф, Г.Ф.* Пародонтология / Г.Ф. Вольф, Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 548 с.
2. *Модина, Т.Н.* Минимально инвазивная терапия системой «Vector» и ее роль в комплексном лечении заболеваний пародонта / Т.Н. Модина, А.В. Шумский, В.Ю. Раевская // DentalMarket. — 2008. — № 4. — С.75—77.
3. *Орехова, Л.Ю.* Основы профессиональной гигиены полости рта: метод. рекомендации / Л.Ю. Орехова, Е.Д. Кучумова, И.Н. Антонова. — СПб., 2004. — С.40—53.
4. *Шумский, А.В.* Современные ультразвуковые технологии в лечении заболеваний пародонта / А.В. Шумский // Пародонтология. — 2008. — № 4(49). — С.30—34.

© М.В. Потапова, О.Р. Соколова, Р.З. Садыков, 2009

УДК 616.126.42-007.43

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?

**Марина Вадимовна Потапова, Ольга Раифовна Соколова,
Руслан Замирович Садыков**

Медико-санитарная часть МВД по РТ, Казань

Реферат. Проплап митрального клапана (ПМК) весьма распространенная патология. Частота ПМК увеличивается с возрастом. Чаще всего он выявляется в возрасте 7—15 лет. Частота ПМК во взрослой популяции — 5—38%. У взрослых пациентов синдром ПМК чаще встречается у женщин (66—75%), причем пик приходится на 35—40 лет. Основным методом диагностики пролабирования митрального клапана служит эхокардиографическое исследование. Небольшое прогибание створок митрального клапана и даже некоторую степень регургитации можно считать АНАТОМИЧЕСКОЙ НОРМОЙ. Однако в последнее время доказано, что это далеко не такое безобидное заболевание.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, соединительнотканная дисплазия, миксоматозная дегенерация, регургитация, внезапная смерть.