

Целью данного исследования явилась оценка остеоинтеграции имплантатов Dentis в проведении операции открытого синус-лифтинга при недостаточной высоте костной ткани верхнечелюстных пазух.

Задачей нашего исследования явилось сравнение эффективности применения имплантатов Dentis с традиционными имплантатами, при операции синус лифтинга.

Для улучшения качества данной операции использовалось множество модификаций имплантатов, в связи с этим фирмой Dentis был разработан имплантат, при применении которого достигается высокое качество остеоинтеграции. Лучший контакт кости и имплантата может достигаться за счет увеличенной топографии. Данный имплантат позволяет достигать уникальной микроструктуры сильно увеличенной твердостью и другими полезными свойствами.

Нами было установлено 55 имплантатов фирмы Dentis 24 пациентам.

Контролем служила группа 26 пациентов, которым было установлено 51 имплантат с машинной обработкой поверхности европейского производства (Германия). Перед установкой имплантатов нами была проведена операция открытого синус-лифтинга в обеих группах.

Проведение первого и второго хирургического этапов выполняли в соответствии с результатами обследования. В процессе осмотра и обследовании полости рта определяли форму и размеры альвеолярных отростков верхней челюсти, состояние зубов, характер кровоснабжения слизистой оболочки, высоту прикуса, включаемых в будущую ортопедическую конструкцию. Оценивалось состояние костной ткани, включающей в себя ширину альвеолярного гребня и его толщину с использованием ортопантомографии.

В процессе проведения операции открытого синус-лифтинга могут возникнуть определенные сложности, связанные с подсадкой костной ткани в дно гайморовой пазухи и незамедлительной остеоинтеграцией после установки имплантата. Толщина костной ткани вокруг имплантата должна составлять не менее 1,5 мм во всех направлениях, шейка имплантата должна располагаться на 3 мм ниже ожидаемого уровня щечного края десны. Оценивалась высота, ширина, профиль и угол наклона альвеолярного отростка, состояние верхнечелюстной пазухи и плотность костной ткани в месте предполагаемой имплантации.

Отдаленные результаты оценивались по истечении 6 месяцев. Во 2 группе при использовании имплантатов с машинной обработкой поверхности, успех данной операции составил 91 %.

В основной группе показатель приживаемости составил 98 %. Отторжение имплантата произошло по причине неудовлетворительной гигиены полости рта, несоблюдение рекомендаций

в постоперационном периоде и отягощенного анамнеза (наличие соматических заболеваний).

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что метод открытого синус-лифтинга с использованием имплантатов Dentis, при высокой степени атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти, является весьма перспективным. Поверхность имплантатов Dentis продемонстрировала высокую частоту с достаточной шероховатостью для хорошей остеоинтеграции. Причина по которой импланты Dentis продемонстрировали лучшие результаты, чем традиционные имплантаты, может заключаться в роли, которую играет диаметр пор, следовательно, важно обращать внимание на расстояние между порами и на место соприкосновения пор с костью.

Проведенное нами исследование позволило сделать вывод, что использование имплантатов Dentis, демонстрирует повышение клинической эффективности имплантации при операции открытого синус-лифтинга. Так же мы считаем целесообразным применять имплантаты Dentis, в случаях где требуется сокращение сроков остеоинтеграции имплантата.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВЕНОЗНОМ ПРОИСХОЖДЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ. ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Петренко В.М.

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

Множество гипотез возникновения лимфатического русла в эмбриогенезе сводят к двум диаметрально противоположным точкам зрения:

1) выросты передних кардинальных вен отделяются и сливаются в яремные лимфатические мешки (ЛМ), из них вырастают грудные протоки, лимфатический эндотелий развивается из венозного (Sabin F., 1902, 1908, 1909);

2) часть эмбриональных вен исчезает (куда?), на их месте появляются (откуда?) мезенхимные щели и сливаются в первичные лимфатические коллекторы, их эндотелий образуется из мезенхимных клеток (Kampmeier O., 1931, 1969) – ? : мезенхима в эти сроки уже преобразуется в соединительную ткань с очень рыхлой сетью тонких ретикулярных волокон.

Сегодня обычно не вспоминают работу O. Kampmeier (1912): из прекардинальной вены вырастает венозная сеть, ее часть образует мешковидные структуры, которые теряют связь с прекардинальной веной. Эти «венолимфатические сосуды» окружены мезенхимой, где появляется множество вакуолей. Они разрастаются и сливаются. Затем появляются настоящие лимфатические сосуды (ЛС) с остатками стенок венолимфатических сосудов в полости. G. Huntington a. C. McClure первоначально (1906–1907) полагали, что яремные ЛМ

образуются из мезенхимы. Позднее они (1908, 1914) изменили свое мнение: именно и только яремные ЛМ формируются из капиллярной сети кардинальных вен, т.е. имеют венозное происхождение. Это нашло подтверждение при изучении куриных эмбрионов (Mierzejewski L., 1909; Miller A., 1912). По мнению S. Putte (1975), первичные венозные сети превращаются в ЛМ, они изначально представлены лимфатическими сплетениями у эмбрионов человека. E. Clark (1912) так же описывала строение яремных ЛМ у куриных эмбрионов. Согласно F. Lewis (1906), ЛС у эмбрионов кролика формируются путем более длительной серии изоляций, чем просто ответвления вен по F. Sabin, частью из вен, частью из лимфатических щелей с эндотелиальной выстилкой, которые выпячиваются из вен, а затем сливаются. Но F. Lewis не объяснил механику образования лимфатических щелей: расширяющиеся вены с эндотелиальными стенками, в т.ч. очень мелкие (\rightarrow капиллярные сети), огибают артерии с адвентициальной оболочкой (Петренко В.М., 1987, 1995).

ИНГИБИТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА PAI-1 В ОПУХОЛЕВОЙ И ПЕРИФОКАЛЬНОЙ ТКАНЯХ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Преждецкий Ю.В., Франциянц Е.М.,
Комарова Е.Ф., Позднякова В.В., Шарай Е.А.

*Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт, Ростов-на-Дону,
e-mail: katitako@gmail.com*

В системе активации плазминогена роль ингибиторов, в частности, PAI-1 может сводиться не только к подавлению метастазирования и инвазии (через торможение активации плазминогена и всего следующего протеолитического каскада), но и к распространению опухолевого процесса (защита опухолевых клеток от протеолиза). Метаболическое состояние окружающих опухоль тканей может свидетельствовать о распространенности процесса малигнизации за ее пределы.

В связи с вышесказанным целью исследования явилось изучение содержания и активности ингибитора активатора плазминогена PAI-1 в ткани опухоли и перифокальной зоны при различных вариантах базальноклеточного рака кожи и его рецидивах.

Материалы и методы. В 10% цитозольных фракциях ткани опухоли и ее перифокальной зоны при базальноклеточном раке кожи (БКР) солидного ($n = 10$), язвенно-инфильтративного ($n = 8$) и поверхностного вариантов ($n = 6$), а также в ткани рецидивов ($n = 20$) определяли содержание и активность ингибитора активатора плазминогена PAI-1 методом ИФА. В качестве контроля использовали здоровую кожу, полученную при оперативном лечении пациентов без онкопатологии ($n = 10$).

Результаты исследования. Ткань опухоли при солидном варианте характеризуется повышением содержания ингибитора PAI-1 в 10,3 раза, при язвенно-инфильтративном – в 10,5 раз, при поверхностном – в 6,3 раза. В ткани рецидивной опухоли уровень ингибитора повышен в 8,9 раза.

Активность PAI-1 в опухолевой ткани остается на уровне контрольных значений. Естественно, коэффициент соотношения содержания и активности ингибитора активатора плазминогена в опухолевой ткани увеличен в случае солидного, язвенно-инфильтративного, поверхностного и рецидивного БКР в 8,9; 8,4; 6,3 и 8 раз соответственно.

Интересные результаты получены в ткани перифокальных зон базалиом. Содержание и активность PAI-1 в ткани перифокальной зоны солидной и рецидивной формы БКР остается на уровне контрольных значений. При язвенно-инфильтративном и поверхностном уровне ингибитора повышен в среднем в 1,7 раз, а его активность снижена в 2,2 и 1,7 раза соответственно. Естественно, коэффициент соотношения содержания и активности ингибитора в ткани перифокальных зон повышен только в случае язвенно-инфильтративного и поверхностного варианта БКР в 3,8 и 3 раза соответственно.

Таким образом, выявлено значительное увеличение уровня ингибитора активатора плазминогена PAI-1 в опухолевой ткани независимо от варианта базальноклеточного рака кожи, в том числе и в ткани рецидивной опухоли, при неизменной его активности. В ткани перифокальных зон повышение уровня и снижение активности PAI-1 отмечено только в случае язвенно-инфильтративного и поверхностного вариантов БКР.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА УМЕРШИХ ОТ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ И ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ (ЧАСТЬ I)

Резник А.Г.

*ГКУЗ «Волгоградское областное бюро
судебно-медицинской экспертизы», Волжский,
e-mail alexsudmed@bk.ru*

В Российской Федерации в 2011 году умерло 1 925 700 человек. От внешних причин погибли 199 358 (10,4%) человек, из них от случайных отравлений алкоголем 16 288 (8,2%). Заболевания системы кровообращения явились причиной смерти 1 076 458 (55,9%) людей, в том числе от ишемической болезни сердца скончалось 568 182 (52,8%) мужчин и женщин [3]. По мнению авторов В.К. Беликова, М.Д. Мазуренко (1992) острое отравление этанолом (ОЭ) может наступить исключительно у людей молодого возраста, а старше 40 лет смерть наступает вследствие обострения хронических