

- in a setting of ischemia, partial resection and reperfusion of the porcine liver // *Dig. Surg.* – 1999. – Vol. 16, N 3. – P. 222-228.
44. Martinez J. The intestines, their role in the critical patient and the concept of bacterial translocation // *Rev. Med. Chil.* – 1993. – Vol. 121, N 7. – P. 800-810.
45. Naaber P., Smidt I., Tamme K. et al. Translocation of indigenous microflora in an experimental model of sepsis // *J. med. Microbiol.* – 2000. – Vol. 49, N 5. – P. 431-439.
46. Nadler E.P., Ford H.R. Regulation of bacterial translocation by nitric oxide // *Pediatr. Surg. Int.* – 2000. – Vol. 16, N 3. – P. 165-168.
47. Pugin J., Chevrolet J.C. The intestine-liver-lung axis in septic syndrome // *Schweiz. med. Wschr.* – 1991. – Vol. 121, N 42. – P. 1538-1544.
48. Sakamoto K., Hirose H., Ezaki T. et al. Translocation of *Salmonella typhimurium* in rats; effect of enteral and parenteral nutrition // *Europ. J. Surg.* - 2000. - Vol. 166, N 10. – P. 814-817.
49. Stack A.M., Saladino R.A., Thompson C. et al. Failure of prophylactic and therapeutic use of a murine anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody in *Escherichia coli* sepsis in the rabbit // *Crit. Care Med.* - 1995. - Vol. 23, N 9. - P. 1512 - 1518.
50. Wells C.L., Maddaus M.A., Simmons R.L. Proposed mechanisms for the translocation of intestinal bacteria // *Rev. infect. Dis.* - 1988. - Vol. 10, N 5. - P. 958-979.
51. Wells C.L., van de Westerlo E.M., Jechorek R.P., Erlandsen S.L. Intracellular survival of enteric bacteria in cultured human enterocytes // *Shock.* – 1996. – Vol. 6, N 1. – P. 27-34.
52. Zarkin B.A., Lillemo K.D., Cameron J.L. et al. The triad of *Streptococcus bovis* bacteremia, colonic pathology, and liver disease // *Ann. Surg.* – 1990. – Vol. 211, N 6. – P. 786-791.
53. Zhi-Yong S., Dong Y.L., Wang X.H. Bacterial translocation and multiple system organ failure in bowel ischemia and reperfusion // *J. Trauma.* – 1992. – Vol. 32, N 2. – P. 148-153.

Резюме

ФЕНОМЕН БАКТЕРИАЛЬНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ – ЕГО РОЛЬ В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПИЕЛОНЕФРИТА
Капшитар Ю.Г.

В обзоре литературы рассмотрен и проанализирован доступный к изучению материал по проблеме бактериальной транс-локации как явления и непосредственно ее роли в патогенезе внекишечных инфекций, в том числе пиелонефрита (острого, хронического, гестационного). Подчеркнута необходимость дальнейшего изучения этого феномена, который является не только патогенетической цепью ряда заболеваний, но и в определенных условиях выступает естественным защитным механизмом, который надо учитывать и использовать в клинической практике.

Ключевые слова: бактериальная транслокация, пиелонефрит, дисбиоз.

PHENOMENON OF BACTERIAL TRANSLOCATION- ITS ROLE DURING ETHIO- PATHOGENESIS OF PYELONEPHRITIS
Kapshytar U.G.

Extensive available literature of the material about the problem of bacterial translocation was observed and analyzed as common phenomenon and it's role in extraenteric infection pathogenesis and pyelonephritis (acute, chronic, gestational) in particular. There payed attention on the necessity of further study of this phenomenon as it is not only pathogenetic chain of various diseases, but as natural defensive mechanism that have to be taken into account and used in clinical practice.

Key words: bacterial translocation, pyelonephritis, dysbiosis.

УДК 616-089.843+616.71-018.44

АНАЛІЗ МІСЦЕВИХ УМОВ ДО СУБПЕРІОСТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Д.М. Король

ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м.Полтава

Сучасна стоматологія має в своєму арсеналі багато способів ортопедичної реабілітації пацієнтів з повною і частковою адентією. Обрати серед них найоптимальніший – мета досить складна навіть для досвідченого спеціаліста. Широке впровадження у повсякденну практику стоматологічної імплантації, розробка сучасних матеріалів для виготовлення протезів, вдосконалення методик діагностики, лабораторної та клінічної робіт, підвищення запитів що до косметичності конструкції - все це змушує лікарів більш ретельно аналізувати умови для майбутнього протезування, вчасно, ще на етапі

планування виявляти можливі перешкоди та шукати найбільш ефективні способи їх запобігання. За даними літературних джерел загальна потреба населення України у протезуванні є досить великою [1, 2].

Ситуація ускладнюється тим, що чітко простежується тенденція до «молодшання» адентії, а це змушує шукати варіанти лікування, які б поєднували високі лікувально-відновлювальні характеристики протезів з досягненням профілактичних цілей, а саме: збереження природних зубів, що залишилися. За таких умов, безперечно, на перший план виходить стоматологічна імплантація у ендоосальному та субперіостальному варіантах. Можливості внутрішньо кісткової імплантації досить широкі, але досить часто вимагають довгого терміну вичікування та додаткових хірургічних втручань [4]. Мета цих втручань – покращення місцевих анатомічних умов для імплантації шляхом кісткової пластики у різних її варіантах. Але, якщо проблема збільшення кісткового об'єму на сьогодні практично вирішена, поліпшення якості кісткової тканини – завдання досить складне та проблематичне.

У цьому контексті доцільним є ретельне вивчення можливостей субперіостальної імплантації, яка спроможна значно скоротити загальний термін реабілітації. У той же час, завдяки специфіці конструкції, успішність субперіостальної імплантації значно в меншій мірі залежить як від кількості так і від архітекtonіки кістки.

Метою роботи було вивчення потреби населення міста Полтава у протезуванні і статистичних передумов до можливих ендоосальної та субперіостальної імплантацій.

Матеріал та методи дослідження. Відбір дослідного контингенту відбувся шляхом випадкової вибірки пацієнтів, що були направлені лікувально-діагностичними закладами м. Полтави для ортопантомографічного дослідження у термін з 2006 – 2007 роки. У дослідженні не були враховані вік та стать пацієнтів. Загальна чисельність дослідної групи становила 200 осіб. Всі рентгенологічні дослідження були зроблені одним ортопантомографом за однакових умов [3]. Програма досліджень складалася з наступних елементів:

1. Визначення кількісної та відсоткової долі пацієнтів з кінцевими та включеними дефектами зубних рядів від загальної кількості пацієнтів на верхній та нижній щелепах;
2. Визначення кількісної та відсоткової долі пацієнтів, з вираженою атрофією альвеолярних відростків в ділянці адентії (висота кісткової тканини на рентгенограмі менш ніж 6 мм) у кожній з підгруп;
3. Визначення стану сусідніх зубів, що обмежують дефекти: А) загальна кількість дефектів зубних рядів; Б) включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з обох боків; В) включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з одного боку; Г) включені дефекти, що обмежені скомпрометованими зубами з обох боків; Д) кінцеві дефекти, що оточені інтактними зубами; Е) кінцеві дефекти, що оточені скомпрометованими зубами;
4. Наявність ознак остеопору чи архітекtonіки кістки 4 типу за Зарбом та Лекхольмом у ділянці адентії у кожній з підгруп;
5. Наявність інших кісткових дефектів чи коренів, що підлягають видаленню у ділянці адентії у кожній з підгруп;
6. Порівняння одержаних результатів на верхніх та нижніх щелепах.

Результати дослідження, які представлені у таблиці 1, показали, що у 56 випадках відсутні дефекти зубних рядів і це становить 28,0%, а дефекти зубних рядів на обох щелепах зустрічались у 66 випадках, що становить 33,0%. Кількість пацієнтів з дефектами зубних рядів складала 144 особи, що становило 72,0%, із них 66 осіб, які мали дефекти зубних рядів на обох щелепах, що складає 45,83%. З повною адентією на верхній і нижній щелепах було 5 осіб, що складає 3,47% від пацієнтів, які мали дефекти зубних рядів. Слід зазначити, що цей відсоток не є об'єктивним через незначну потребу пацієнтів з повною адентією у додатковому рентгенологічному обстеженні. Дефектів зубних рядів на обох щелепах зустрічались у 325 випадків, з них 144 (44,31%) кінцеві дефекти і 181(55,69%) включені дефекти. Включені дефекти верхньої щелепи, кількість яких складає 93 були розподілені на 3 групи:

1. включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з обох боків - 19 (20,43%);
2. включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з одного боку - 31 (33,33%);
3. включені дефекти, що обмежені скомпрометованими зубами з обох боків - 43 (46,24%).

Таблиця 1

Результати дослідження ортопантограм верхньої і нижньої щелеп

Критерії оцінки	Дефекти зубних рядів							
	верхня щелепа				нижня щелепа			
	кінцеві		включені		кінцеві		включені	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість досліджень	58	29,0	93	46,5	86	43,0	88	44,0
Атрофія альвеолярних відростків в ділянці адентії (висота кісткової тканини на рентгенограмі менш Е 6 мм)	40	20,0	21	10,5				
Включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з обох боків			19	9,5			28	14,0
Включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з одного боку			31	15,5			28	14,0
Включені дефекти, що обмежені скомпрометованими зубами з обох боків			43	21,5			32	16,0
Кінцеві дефекти, що оточені інтактними зубами	15	7,5			25	12,5		
Кінцеві дефекти, що оточені скомпрометованими зубами	43	21,5			61	30,5		
Наявність ознак остеопорозу чи архітектоніки кістки 4 типу за Зарбом та Лекхольмом у ділянці адентії	9	4,5			21	10,5	19	9,5
Наявність інших кісткових дефектів чи коренів, що підлягають видаленню	2	1,0	2	1,0	6	3,0	7	3,5

Аналогічний розподіл включених дефектів нижньої щелепи, кількість яких дорівнювала 88 випадків і отримані такі результати:

1. включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з обох боків - 28 (31,82%);
2. включені дефекти, що обмежені інтактними зубами з одного боку - 28 (31,82%);
3. включені дефекти, що обмежені скомпрометованими зубами з обох боків - 32 (36,36%).

Таким чином, можна впевнено стверджувати про те, що частіше за все зуби, які розташовані поряд, вже є скомпрометованими попереднім лікуванням і так чи інакше потребують стоматологічного втручання. Вивчення стану зубів, що обмежують кінцеві дефекти верхньої щелепи (58 випадків), дало такі результати: кінцеві дефекти, що оточені інтактним зубами – 15 (25,86%); кінцеві дефекти, оточені скомпрометованими зубами – 43 (74,14%). Загальна кількість кінцевих дефектів нижньої щелепи становила 86 – 100%, з яких: кінцеві дефекти, оточені інтактним зубами – 25 (29,07%); кінцеві дефекти, оточені скомпрометованими зубами – 61 (70,93%).

Аналізуючи одержані результати, на жаль, ми змушені констатувати те, що кількість дефектів, обмежених інтактними зубами складає лише 87 (26,77%), решта ж випадків змушує проводити повторне лікування, повторне протезування чи включення скомпрометованих зубів у нову ортопедичну конструкцію. Інтактність сусідніх з дефектом опор може бути добрим обґрунтуванням до імплантаційного лікування. Натомість скомпрометовані опори дозволяють в разі необхідності додатково шинувати внутрішньо кісткові чи субперіостальні імплантати. Кількість подібних ситуацій складає 73,23%. Наявність кісткових дефектів чи коренів, потребує хірургічної підготовки і значно збільшує загальний термін імплантаційного лікування. На верхній щелепі таких випадків було зареєстровано – 4, на нижній щелепі – 13. Загалом – 17 випадів, що дорівнює 5,23%.

Підсумок

Статистичне дослідження продемонструвало абсолютну перевагу, з точки зору анатомічних ризиків, дефектів зубного ряду верхньої щелепи незалежно на їх локалізацію. Всі дефекти з тотальною атрофією альвеолярного відростка (61 випадок) були зареєстровані на верхній щелепі. Топографія гайморових синусів обумовила переважання вказаних дефектів у бічних ділянках (40 випадків, що становить 65,57%), при цьому кількість дефектів фронтальної ділянки становить 21 випадок, а це становить 34,43%.

Нами було виявлено, що ознаки остеопорозу чи архітектоніки 4 типу за Зарбом не мають принципової кореляції з топографією і розподіляються майже рівномірно як на верхній так і на нижній щелепах між включеними та кінцевими дефектами. Загальна кількість таких дефектів становить 58 випадків, що дорівнює 17,85% від загальної кількості всіх дефектів. На верхній щелепі загальна кількість дефектів з ознаками остеопорозу чи 4 типу архітектоніки за Зарбом становила 18 випадків (9 включених та 9 кінцевих), на нижній щелепі загальна кількість подібних дефектів становила - 40 (19 включених та 21 кінцевий).

Наявність подібних морфологічних ознак може бути відносним протипоказанням до внутрішньо кісткової імплантації та приводом для більш детального вивчення можливостей субперіостальної імплантації.

Література

1. Лабунец В. А. Основы научного планирования и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе её развития / В. А. Лабунец – Одесса : Институт стоматологии Академии медицинских наук Украины, 2006. – 428 с.
2. Лабунец В. А. Потребность в несъемных зубных протезах и обеспеченность ими городского населения Украины / В. А. Лабунец // Вісник стоматології.- 1999.- № 2.- С. 43-45.
3. Лapidус Ф.И. Рентгенодиагностика заболеваний лицевого черепа / Фаня Ильинична Лapidус. – К.: Здоров'я. – 1967. – 136 с.
4. Мушеев И.У. Практическая дентальная имплантология / Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З. – М. – 2000. – 206 с.

Реферати

АНАЛИЗ МЕСТНЫХ УСЛОВИЙ К СУБПЕРИОСТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Король Д.М.

Автором статьи, на основании результатов собственных статистических исследований 200 ортопантограмм были проанализированы анатомо – топографические особенности верхней и нижней челюстей с дефектами зубных рядов, и сделаны выводы, касающиеся возможности проведения и потенциальных рисков эндооссальной и субперіостальной имплантации.

Ключевые слова: ортопантограмма, дефекты зубных рядов, эндооссальная имплантация, субперіостальная имплантация.

ANALYSIS OF LOCAL TERMS TO SUBPERIOSTEAL IMPLANTATION

Korol' D.M.

Anatomic-topographic peculiarities of maxillary and mandibular denture defects were analyzed by the author on the basis of his own statistic research of 200 orthopantomograms. Potential risks of endosseous and subperiosteal implantation in the analyzed cases were evaluated.

Key words: orthopantomography, denture defects, endosseous implantation, subperiosteal implantation.