

ной имплантации (см. таблицу).

Установленные диагностические критерии позволяют объективно оценить степень неврологических расстройств при повреждении нерва. Неинвазивный метод электрофизиологической диагностики, простой в исполнении, но в то же время информативный, способствует повышению эффективности диагностики невропатий травматического генеза.

Лечение постимплантационной невропатии зависит от степени травмы нерва и качества жизни пациента.

Заключение

Анализ клинических наблюдений посредством сравнительного изучения неврологических расстройств, результатов лучевого обследования и данных электрофизиологических тестов показал наличие практически прямой зависимости степени снижения порога электровозбудимости от тяжести травмы нерва. Так, в случаях наименьшего снижения порога электровозбудимости наблюдались минимальные проходящие повреждения нервных структур нижней челюсти. Максимальные показатели теста соответствовали третьей, тяжелой степени травмы нерва при полном его пересечении или раздавливании имплантатом.

Таким образом, в клинической практике достоверно представлена градация степеней снижения чувствительности кожи лица при повреждении нижнего альвеолярного нерва. Эквивалентом характера травмы могут служить результаты клинито-рентгенологических и электрофизиологических исследований. Практическая значимость результатов исследования свидетельствует о реальной возможности нейромониторинга, т. е. контрольных исследований электровозбудимости кожи лица в период всего восстановительного лечения поврежденного нерва.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Камалян А.В. *Критерии экспертной оценки ошибок и осложнений при стоматологической имплантации (медико-правовые аспекты)*: Дис. ... канд. мед. наук. М.: 2007.
2. Андреищев А.Р. *Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (Патогенез, клиника, лечение)*: Дис. ... канд. мед. наук. СПб.: 2005.
3. Brodin P. Neurotoxic and analgesic effects of root canal cements and pulp-

- protecting dental materials. *Endod. Dent. Traumatol.* 1988; 4: 1–11.
4. Cohenca N. Mental nerve chipostesia associated with a non-vital tooth. *Endod. Dent. Traumatol.* 1999; 2: 203–9.
5. Нечаева Н.К., Елифанов С.А. *Нейромониторинг в диагностике и лечении травматических невропатий ветвей тройничного нерва* / Под ред. А.М. Гранова, В.Н. Балина. СПб.: ООО «Издательство ФО-ЛИАНТ»; 2013.
6. Хегедус Фредерик, Роберт Дицидью. Повреждения тройничного нерва при установке имплантатов в области нижней челюсти. Клинические аспекты. *Период Ай Кью*, выпуск 9, 2007: 19–27.
7. Gumru O.Z., Yalcin S. Surgical treatment of paresthesia following over-extension of root canal filling material: A case report. *J. Nihon Univ. Sch. Dent.* 1991; 33: 49–53.
8. Haas D.A., Lennon D. A 21 year retrospective study of reports of paresthesia following local anesthetic administration. *J. Can. Dent. Assoc.* 1995; 61: 319–20, 323–6, 329–30.
9. Ващухин Н.П. *Местное обезболивание. Ошибки и осложнения*. Витебск; 2002.
10. Григорьянц Л.А., Бадалян В.А., Томазов М.В., Рабинович С.А., Московец О.Н., Демина Н.А., Антонова Н.А. Врачебная тактика при болевом синдроме, связанном с выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал. *Квинтэссенция*. 2002; 2 (1–2): 15–8.
9. Карлов В.А. *Неврология лица*. М.: Медицина; 1991.
10. Карлов В.А., Савицкая О.Н., Вишнякова М.А. *Невралгия тройничного нерва*. М.: Медицина; 1980.
11. Ogrady J.F. Mental paresthesia: An ominous symptom. Case reports. *Aust. Dent. J.* 1996; 41: 370–2.
12. Сирак С.В. *Клинико-анатомическое обоснование лечения и профилактики травм нижнечелюстного нерва, вызванных выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал*: Дис. ... д-ра мед. наук. М.: 2006.
13. Годи Ж.-Ф. *Атлас по анатомии для имплантологов*; пер. с франц. М.: МЕДпресс-информ; 2009.
14. Жусев А.И., Ремов А.Ю. Ошибки и успех в дентальной имплантации. *Институт стоматологии*. 2002; 1: 22–3.
15. Иванов С.Ю., Ломакин М.В., Панин А.М., Литвиненко А.Н. Латерализация нижнечелюстного нерва с непосредственной дентальной имплантацией. *Российский вестник дентальной имплантологии*. 2005; 1: 23–35.
16. Day R.H. Diagnosis and treatment of trigeminal nerve injuries. *J. Calif. Dent. Assoc.* 1994; 22 (6): 48–51.
17. Сирак С.В., Нечаева Н.К. Способ определения степени повреждения нижнего альвеолярного нерва при дентальной имплантации. Патент РФ № 2407453.
18. Гречко В.Е., Пузин М.Н., Степанченко А.В. *Одонтогенные поражения системы тройничного нерва*. М.: 1988.
19. Гречко В.Е. *Неотложная помощь в нейростоматологии*. М.: Медицина; 1981.
20. Blau J.N., Harris M., Kennett S. Trigeminal sensory neuropathy. *N. Engl. J. Med.* 1969; 281: 873–6.

Поступила 21.05.14
Received 21 05.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 615.472.03:617.52-002.36

Харнас П.С., Медведев Ю.А., Гапонов М.Е.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКИХ РЕТРАКТОРОВ И ПОВЯЗОК CAVI-CARE ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва, Россия, 119435, г. Москва

Приведены результаты лечения 20 больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области. В раннем послеоперационном периоде с целью адекватного дренирования использовали эластические ретракторы из никелида титана с памятью формы. После удаления ретрактора в рану помещали пенистую двухкомпонентную повязку cavi-care фирмы "Smith & Nephew". Установлено, что применение ретракторов и пенистых повязок создает хорошие условия для оттока гнойного отделяемого из раны, способствует ее быстрому очищению от некротических масс, уменьшению отека и появлению грануляций. Описана методика применения ретрактора и повязки, даны рекомендации по оптимальному использованию.

Ключевые слова: одонтогенная флегмона; гнойная рана; ретрактор из никелида титана с памятью формы; повязка cavi-care.

Для корреспонденции: Харнас Петр Сергеевич, 89164986221@mail.ru

For correspondence: Kharnas Petr Sergeevich, 89164986221@mail.ru

Kharnas P.S., Medvedev Y.A., Gaponov M.E.

THE USING OF ELASTIC RETRACTORS AND BANDAGES CAVI-CARE IN TREATMENT OF PATIENS WITH PHLEGMONS OF MAXILLOFACIAL AREA

There are the results of treatment patients with purulent-inflammatory diseases of maxillofacial area in the article. During the observation the comparative analysis of the main group patients (with the using of nickelic titanium shape-memory retractors and bandages cavi-care) and control group (traditional methods) was done. Data were obtained on a substantial reduction in terms of cleaning and healing of purulent wounds in the main group patients.

Key words: purulent-inflammatory diseases; maxillofacial area; nickelic titanium shape-memory retractor; bandages cavi-care.

Введение

Как свидетельствует статистический анализ заболеваемости за последние 5 лет, проведенный по данным нашей клиники, проблема лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с годами не потеряла своей актуальности. При этом отмечается рост частоты агрессивно протекающих воспалительных процессов с поражением нескольких клетчаточных пространств. Многочисленные исследования в данной области существенно не улучшили результаты лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области [1].

Основной трудностью, по мнению многих авторов, при лечении больных с флегмонами указанной локализации является обеспечение дренирования раны [2–4]. Неадекватное дренирование может приводить либо к распространению гнойного процесса в соседние клетчаточные пространства, либо к хроническому остеомиелиту челюсти в последующем.

В течение последних десятилетий в медицине получили широкое применение конструкции из никелида титана с памятью формы. В Томском университете проф. Гюнтером разработаны ретракторы, обеспечивающие оптимальное раскрытие раневого канала и создающие благоприятные условия для оттока экссудата и промывания гнойной полости [5, 6].

При лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области огромное значение имеет послеоперационное ведение гнойной раны [7, 8], которое включает дренирование, промывание раневого канала. В последнее время в нашей клинике широко используется перевязочный материал, предоставляемый английской фирмой «Smith & Nephew». Этой фирмой создан довольно широкий ассортимент перевязочного материала для лечения гнойной раны.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области на основе применения сверхэластичных ретракторов из никелида титана с памятью формы и нового перевязочного материала фирмы «Smith & Nephew».

Материал и методы

В настоящей работе проанализированы результаты лечения 20 больных с флегмонами челюстно-лицевой области, находившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии университетской клинической больницы (УКБ) № 2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Среди пациентов было 12 (60%) мужчин и 8 (40%) женщин в возрасте 20–46 лет. Причиной возникновения гнойно-воспалительных заболеваний являлись очаги хронической одонтогенной инфекции.

Для исследования отбирали пациентов с поражением одного и более клетчаточных пространств, находившихся в отделении челюстно-лицевой хирургии УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Все пациенты были разделены на 2 клинические группы: основную (пациенты, при лечении

которых применяли ретракторы из никелида титана с памятью формы и перевязочные материалы компании «Smith & Nephew») и группу сравнения, которую составили пациенты, при лечении которых применяли традиционные средства (полихлорвиниловые дренажи, резиновые выпускники, турунды с гипертоническим раствором).

В основную группу были включены 10 пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом и флегмоной различной локализации. У 4 пациентов диагностирована флегмона подчелюстного и крыловидно-челюстного пространства, у 4 – флегмона поджевательного пространства, у 2 – разлитая флегмона дна полости рта. У пациентов наблюдались признаки эндогенной интоксикации, их состояние расценивалось как тяжелое.

В группу сравнения вошли 10 пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом и флегмоной различной локализации. У 6 пациентов диагностирована флегмона подчелюстного и крыловидно-челюстного пространства, у 3 – флегмона поджевательного пространства, у 1 – флегмона дна полости рта.

Больным группы сравнения дренирование гнойных ран проводилось традиционными методами: применяли полихлорвиниловые дренажи, резиновые выпускники, турунды с гипертоническим раствором. У больных основной группы для дренирования использовались ретракторы из сверхэластичного никелида титана с памятью формы (рис. 1) и перевязочный материал фирмы «Smith & Nephew». В нашей работе мы применяли дилатационные устройства, формой напоминающие корону. Размеры устройства: средняя длина клипсы – от 25 ± 5 до 55 ± 5 мм, расстояние между витками бранши – 7 ± 2 мм, количество витков активного элемента – от 5 до 10. Предусмотренный в данной конструкции эффект формовосстановления позволял наряду с самофиксацией устройства в раневом канале создать адекватные условия для эвакуации гнойного экссудата. Для подбора надлежащего усилия в зависимости от топографических особенностей клетчаточных пространств мы применяли ретракторы с различным сечением проволоки: $d - 1,5, 1,2$ и $1,0$ мм.

Техника операции у пациентов основной группы. Выполняли разрез кожи в соответствии с размерами инфильтрата. Далее тупо и остро проходили вглубь гнойного очага. После



Рис. 1. Ретрактор из сверхэластичного никелида титана.

получения гнойного отделяемого проводили ревизию гнойной раны, промывание антисептиками. После оперативного вмешательства в раневой канал устанавливали ретрактор, изготовленный из сверхэластичного никелида титана, представляющий собой проволочную конструкцию в форме цилиндра. Металл обладает памятью формы (в холодном состоянии конструкции можно придать любую форму, но при попадании в теплую среду он принимает свою первоначальную форму). Благодаря памяти формы ретрактор раздвигает края раны, создавая хороший доступ к глубоким клетчаточным пространствам.

Для удаления дилатора в раневой канал вводили тампон с холодным физиологическим раствором, после чего витки устройства сжимали пинцетом и ретрактор свободно извлекали из раны. Далее в раневой канал вводили повязку *cavi-care*. Эту двухкомпонентную пенную повязку получают путем смешивания двух жидкостей. Пена идеально адаптируется к размерам и объему раны, через 3–5 мин она подсыхает, превращаясь в повязку, повторяющую форму раневого канала. При ежедневных перевязках повязку извлекали из раны единым блоком с помощью пинцета, рану обрабатывали растворами антисептиков, осушали и вновь вводили в раневой канал пенную повязку. Число таких перевязок варьировало от 3 до 5. Повязка способствовала быстрому очищению раны от гнойно-некротического налета, стиханию воспалительного процесса и образованию грануляций. После полного очищения раны накладывали вторичные швы.

В качестве критериев оценки эффективности лечения использовали такие показатели, как динамика жалоб больных, общее соматическое состояние, изменение местного статуса, результаты микробиологического исследования раневого экссудата, морфологического исследования краев раны и лабораторного исследования периферической крови. Приводим клинический пример.

Больная К., 35 лет, поступила в клинику ЧЛХ УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в ноябре 2011 г. с жалобами на болезненную припухлость мягких тканей в подчелюстной области слева, повышение температуры тела до 38,2°C, общую слабость, недомогание. Из анамнеза: со слов пациентки, за 6 дней до госпитализации заболел зуб 3.6, который периодически беспокоил пациентку ранее. Принимала самостоятельно нестероидные противовоспалительные препараты, которые временно купировали болевой синдром. Через 2 дня отметила появление болезненной припухлости в подчелюстной области слева, которая с течением времени нарастала, болезненность усиливалась, температура тела повысилась до 38,2°C. В день госпитализации пациентка бригадой скорой медицинской помощи доставлена в клинику ЧЛХ УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, госпитализирована в экстренном порядке.

На основании жалоб пациентки, данных анамнеза, клинических данных и результатов исследований был поставлен диагноз: одонтогенная флегмона подчелюстной области слева от зуба 3.6.

После предварительной подготовки (дезинтоксикационная инфузионная терапия) пациентке была выполнена операция вскрытия флегмоны подчелюстного пространства, удаления зуба 3.6. Получено около 10 мл сливкообразного гноя с резким запахом. После ревизии раны и обработки растворами антисептиков в рану был установлен эластичский ретрактор из никелида титана с памятью формы коронообразной формы (рис. 2 на вклейке). Через просвет ретрактора многократно производили лаваж раны растворами антисептиков.

В послеоперационном периоде пациентке был проведен курс антибактериальной, противовоспалительной, десенсибилизирующей терапии: цефазолин 1 г 2 раза в сутки, кетонал 1 внутримышечно 2 раза в сутки, супрастин 1 таблетка 2 раза в сутки.

На 2-е сутки послеоперационного периода после формирования широкого раневого канала и уменьшения количества

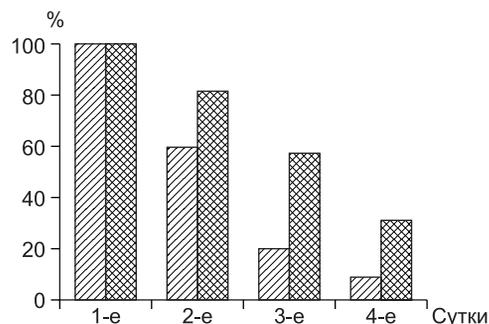


Рис. 5. Состояние бактериальной обсемененности раневого канала у больных с челюстно-лицевыми одонтогенными флегмонами при различных методах дренирования ран.

Косая штриховка – традиционный метод лечения; перекрестная штриховка – дилатационный метод с использованием пенных повязок *cavi-care*.

отделяемого в рану вводили пенную повязку *cavi care* фирмы «Smith & Nephew», которую меняли ежедневно (рис. 3 на вклейке).

В результате бактериального посева раневого отделяемого были культивированы *Staphylococcus aureus*.

Состояние пациентки прогрессивно улучшалось: температура тела снизилась до нормальных значений уже в 1-е сутки после операции; показатели периферической крови (лейкоциты, нейтрофилы, СОЭ) улучшились на 2-е сутки; стадия гидратации закончилась на 3-и сутки. На 5-е сутки после операции ввиду полного очищения раны и наличия в ней грануляций на рану были наложены вторичные швы (рис. 4 на вклейке). Пациентка выписана на 6-е сутки после поступления.

Результаты и обсуждение

Мы установили явные преимущества лечения гнойной раны челюстно-лицевой области с помощью ретракторов из никелида титана в сочетании с современными перевязочными материалами фирмы «Smith & Nephew». Уже на 2-е сутки в основной группе отмечалось значительное улучшение состояния краев раны. Происходило более быстрое очищение раны, уменьшение количества микробов в ране (о чем свидетельствует бактериологическое исследование, проводимое всем больным в 1, 3 и 5-е сутки), появление грануляций. Бактериологический контроль показал, что применение эластических ретракторов в сочетании с перевязочным материалом «Smith & Nephew» обеспечивает снижение исходной обсемененности к 3-м суткам на 2–3 порядка, а к 5-м – еще на 1–2 порядка, не превышая уровня 10^3 (рис. 5). При стихании воспалительного процесса и полном очищении раны больным накладывали вторичные швы.

У больных основной группы очищение раны происходило быстрее и соответственно наложение вторичных швов проводили в среднем на $3 \pm 1,23$ дня раньше, чем в группе сравнения.

Подобные результаты были получены нами при лечении пациентов с флегмонами челюстно-лицевой области с применением ретракторов из никелида титана с памятью формы [9]. Использование повязки *cavi-care* фирмы «Smith & Nephew» позволило несколько ускорить процессы очищения и регенерации раны.

Заключение

Применение эластических ретракторов в сочетании с перевязочным материалом фирмы «Smith & Nephew»

позволило значительно улучшить качество лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайворонская Т.В. Оптимизация лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области: Дисс. М.; 2008.
2. Кузнецова Л.И., Лешакина Е.Л., Кузнецов В.Л. Анализ антибактериальной активности нового антисептического средства для терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. *Стоматология*. 2001; 6: 28–31.
3. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А., Карлов В.А. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний. *Хирургия им. Н.И. Пирогова*. 1990; 12: 79–85.
4. Шляпников С.А. Хирургические инфекции мягких тканей – старая проблема в новом свете. *Инфекции в хирургии*. 2003; 1 (1): 14–21.
5. Дурново Е.А. Диагностика и лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и учетом состояния неспецифической и иммунологической резистентности организма: Дисс. М.; 2003.
6. Мирзоев М.Ш. Дилатационный метод дренирования ран в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: Дисс. Самара; 2008.
7. Ефименко Н.А., Новожилов А.А., Кнорринг Г.Ю. Системная энзимотерапия в гнойной хирургии. *Амбулаторная хирургия*. 2005; 3: 51–5.
8. Лебедев А.В., Александров В.Е. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей и клетчаточных пространств. В кн.: *Материалы IV Всеармейской международной конференции: «Интенсивная терапия и профилактика хирургических инфекций»*. М.; 2004: 23.
9. Медведев Ю.А., Гюнтер В.Э., Харнас П.С. Применение эластических ретракторов при лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области. *Российский стоматологический журнал*. 2013; 4: 40–3.

Поступила 05.06.14

REFERENCES

1. Gayvoronskaya T.V. *Optimization of treatment of patients with odontogenic phlegmons maxilla-facial region. [Optimizatsiya lecheniya bol'nykh s odontogennymi flegmonami chelyustno-litsevoy oblasti]*: Diss. Moscow; 2008. (in Russian)
2. Kuznetsova L.I., Leshakina E.L., Kuznetsov V.L. Analysis of antibacterial activity of the new antiseptic for treatment of inflammatory diseases of maxillofacial region. *Stomatologiya*. 2001; 6: 28–31. (in Russian)
3. Svetukhin A.M., Amiraslanov Yu.A., Karlov V.A. General principles for the treatment of wounds and purulent surgical diseases. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 1990; 12: 79–85. (in Russian)
4. Shlyapnikov S.A. Surgical infection soft tissue and old problem in a new light. *Infektsii v khirurgii*. 2003; 1 (1): 14–21. (in Russian)
5. Durnovo E.A. *Diagnosis and Treatment of Patients with Inflammatory Diseases of Maxillofacial Area and Giving the State of Nonspecific and Immunologic Resistance of the Organism. [Diagnostika i lechenie bol'nykh s vospalitel'nymi zabolevaniyami che-lyustno-litsevoy oblasti i uchetom sostoyaniya nespetsificheskoy i immunologicheskoy rezi-stentnosti organizma]*: Diss. Moscow; 2003. (in Russian)
6. Mirzoev M.Sh. *Dilatation Method Drainage of Wounds in Complex Treatment of Patients with Purulent-Inflammatory Diseases of Maxillofacial Region. [Dilatatsionnyy metod drenirovaniya ran v kompleksnom lechenii bol'nykh s gnoyno-vospalitel'nymi zabolevaniyami chelyustno-litsevoy oblasti Dilatatsionnyy metod drenirovaniya ran v kompleksnom lechenii bol'nykh s gnoyno-vospalitel'nymi zabolevaniyami chelyustno-litsevoy oblasti]*: Diss. Samara; 2008. (in Russian)
7. Efimenko N.A., Novozhilov A.A., Knorring G.Yu. Systemic enzyme in purulent surgery. *Ambulatornaya khirurgiya*. 2005; 3: 51–5. (in Russian)
8. Lebedev A.V., Aleksandrov V.E. Anaerobic anclostridium infection of the soft tissues and cellular tissue areas. In: *Materials of IV All-army of the International Conference: "Intensive Therapy and Prophylaxis of Surgical Infections". [Materialy IV Vsearmeyskoy mezhdunarodnoy konferentsii: "Intensivnaya terapiya i profilaktika khirurgicheskikh infektsiy"]*. Moscow; 2004. (in Russian)
9. Medvedev Y.A., Gyunter V.E., Kharnas P.S. The using of elastic retractors in treatment of patients with phlegmons of maxillo-facial area. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal*. 2013; 4: 40–3. (in Russian)

Received 05.06.14

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 614.25:616.314:331.106

Бутова В.Г., Рабинович И.М., Бойков В.И., Борисенко И.И.

ОБОСНОВАНИЕ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПО УСЛОВНЫМ ЕДИНИЦАМ ТРУДОЕМКОСТИ

ФГБУ «Центральный НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России, 119991, Москва; ФГБУ «поликлиника № 4 Управления делами Президента Российской Федерации»

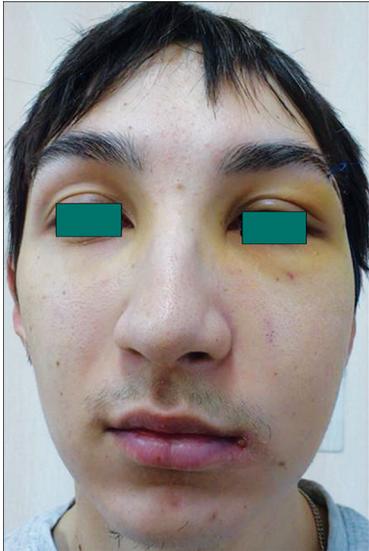
Исходя из анализа нормативно-правовой базы и средней продолжительности рабочего дня врачей-стоматологов объем работы врача-стоматолога должен составлять 36 условных единиц трудоемкости (УЕТ) при 5-дневной и 29 УЕТ при 6-дневной рабочей неделе. Позиция выработки 25 и 22 УЕТ выгодна страховым организациям, поскольку позволяет ограничивать объемы выполненных работ, подлежащих оплате. Сложившаяся ситуация требует дальнейшей работы по нормированию труда врачей-стоматологов, проведению хронометража услуг, входящих в реестр услуг обязательного медицинского страхования (ОМС).

Ключевые слова: нормирование труда врачей-стоматологов; условная единица трудоемкости; номенклатура, реестр медицинских услуг.

Для корреспонденции: Бутова Валентина Гавриловна, butova49@rambler.ru

For correspondence: Butova Valentina Gavrilovna, butova49@rambler.ru

К ст. *Медведева Ю.А.* и соавт.
«Применение имплантатов...»



◀ Рис. 6. Клинический пример 2.

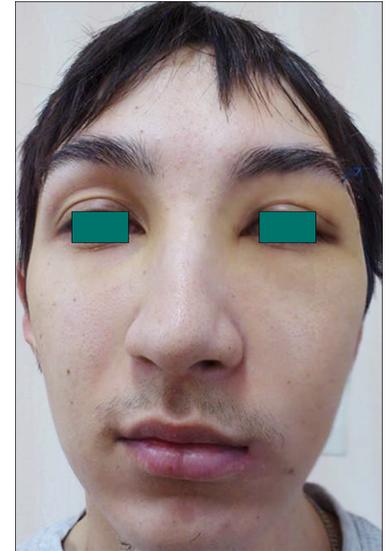


Рис. 8. Осмотр через 3 мес. ▶

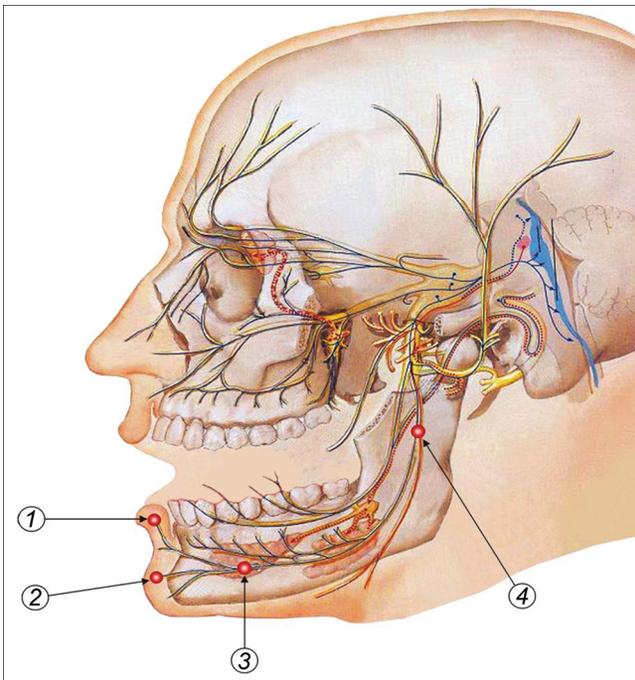


Рис. 1. Точки измерения электровозбудимости кожи лица.
1 – в углу рта; 2 – на подбородке; 3 – в проекции ментального отверстия; 4 – в проекции нижнечелюстного отверстия.

К ст. *Нечаевой Н.К.* и соавт.

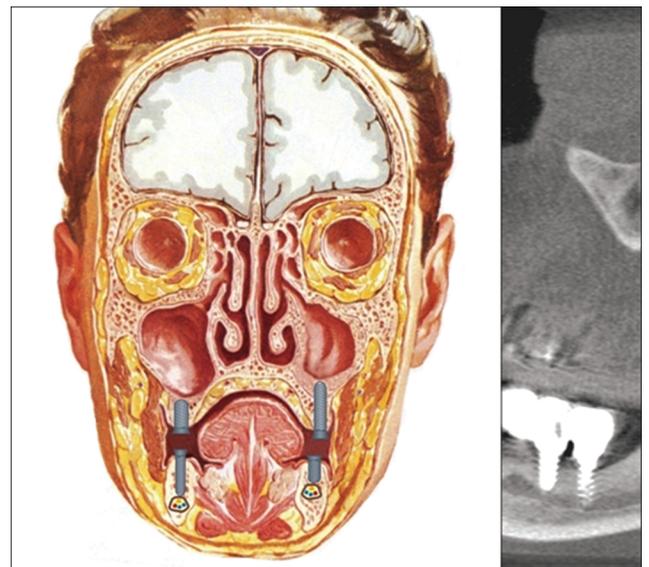


Рис. 3. Схематическое изображение и дентальная объемная томограмма в сагиттальной проекции; имплантаты вплотную прилегают к верхней стенке нижнечелюстного канала.

К ст. *Харнас П.С.* и соавт.



Рис. 2. Ретрактор установлен в подчелюстную область слева.



Рис. 3. В рану введена пенная повязка savi-care фирмы «Smith & Nephew».



Рис. 4. Наложены вторичные швы.