

лізоциму в тканинах порожнини рота, а найбільше питома зниження лізоцимної активності викликає ліпополісахарид.

Список використаних джерел

1. Левицкий А. П. Актуальные проблемы дисбиоза полости рта. *Дентальные технологии*. 2012. № 2(48-49). С. 6-9.
2. Левицкий А. П. Прозапальна дія ліпополісахариду на слизову оболонку порожнини рота щурів. *Одеський медичний журнал*. 2010. № 2(118). С. 9-11.
3. Фурдичко А. І., Кнава О.Е. Активність лізоцима та уреазы в яснах щурів за умов експериментальної патології. *Практична медицина*. 2012. Т. 18, № 3. С. 3-7.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ ЩЕЛЕП, ЩО НАГНОЇЛИСЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ (A-PRF)

ПАНЬКЕВИЧ А.І., КОЛІСНИК І.А., ГОГОЛЬ А.М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Одонтогенні кісти щелеп, що є результатом хронічного запалення у периапікальних тканинах, непомітно призводять до значної втрати кісткової тканини. Прогресування дефекту із залученням інтактних тканин та здорових зубів становить небезпеку як для пацієнта, так і складну задачу для хірурга-стоматолога вже на етапі діагностики і лікування. Схильність одонтогенних кіст до нагноєння звужує показання до застосування остеопластичних матеріалів. Фрагменти інфікованої оболонки, що можуть залишитися у порожнині унаслідок її особливої топографії і недостатнього огляду чи доступу, призводять до контамінації трансплантата та його відторгнення, внаслідок чого процес реабілітації подовжується у порівнянні із класичними оперативними методиками цистотомії чи цистектомії, коли кістка регенерує за рахунок гуморальної та клітинної активності періостального і ендостального відділів. Однак, у випадку обширних кіст, особливо з деструкцією кортикальної кістки, регенераційний потенціал знижений, бо активні зони кісткоутворення віддалені від центра дефекту, і формування губчастої та компактної структур відбувається повільно.

Мета дослідження: обґрунтувати застосування A-PRF при лікуванні одонтогенних кіст щелеп, що нагноїлись та порівняти її ефективність.

У дослідженні представлені результати застосування A-PRF для лікування нагноєних одонтогенних кіст щелеп, як альтернативи використанням остеозамінників, інфікування та відторгнення яких може ускладнити післяопераційний період.

За основу взято A-PRF з кількох бачень. Субстрат, що отриманий із крові пацієнта містить такі ключові фактори: BMP – Bone Morphogenetic Proteins; FGF – Fibroblast Growth Factor; KGF – keratinocyte growth factor; VEGF – Vascular Endothelial Growth Factor та ін. Завдяки тому, що фібрин отримуємо природнім шляхом (пробірки не містять антикоагулянтів), він виступає у якості депо факторів росту і «дозовано» виділяє їх мінімум 7 днів. Тим самим створюються умови, наближені до природніх, що забезпечує прискорення васкуляризації ділянки. Фібрин не потребує захисту від ротової рідини і, на відміну від мембран, його не потрібно нічим накривати. Присутність факторів росту кератиноцитів (KGF) сприяє швидшій епітелізації та захисту від інфікування. A-PRF містить більше лейкоцитів, які запускають асептичне запалення, що відбувається при фізіологічному загоєнні рани. Фібрин у рані поступово трансформується у сполучну тканину, а не «резорбується».

Матеріали і методи: нами проліковано 8 пацієнтів із нагноєною кістою щелепи, яка призвела до деструкції зовнішньої кортикальної пластинки. Хворі склали 2 групи: перша –

контрольна (n=4), яким було проведено операцію цистектомії та друга – дослідна (n=4) пацієнти, яким виконано цистектомію із застосуванням А-PRF.

Забір венозної крові проводився у А-PRF пробірки у стерильних умовах із дотриманням правил асептики. За допомогою центрифуги А-PRF 12 (Франція) були отримані згустки А-PRF, для заповнення кісткового дефекту.

Через 1, 3, 6 та 12 місяців здійснювали клініко-рентгенологічну оцінку результатів. На ранньому етапі нами констатовано швидшу епітелізацію та загоєння післяопераційної рани у дослідній групі без запальних ускладнень, тоді, як у контрольній в одного хворого спостерігали нагноєння. Рентгенологічно у пацієнтів другої групи через 6 місяців ми відмічали ознаки мінералізації та трабекулярної організації кістки. У контрольній групі у цей час спостерігали неорганізовану структуру остеоїда. Ознаки мінералізації з'являлись лише через 12 місяців, тоді як у пацієнтів другої групи вже була чітка кісткова структура.

Таким чином, на основі клініко-рентгенологічних досліджень нами було встановлено вірогідне скорочення термінів епітелізації та часу формування зрілої кісткової тканини.

БИОМЕХАНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННОГО КОМПЛЕКСА ПОСТОЛАКИ А.И.

*Кафедра ортопедической стоматологии им. проф. Иллариона Постолаки
ГМФУ им. Николае Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова*

В классической механике хорошо известны свойства пружин имеющих биконусную конструкцию (в виде «песочных часов»), в которых радиус витка сначала последовательно уменьшается, а затем увеличивается. Такая форма обеспечивает равномерное распределение нагрузки и отсутствие трения, так как не происходит соприкосновение витков [1,2].

С позиции биомеханики, нами предлагается условно выделять структурную единицу «эмалево-дентинного комплекса» в виде пучка эмалевых призм (в среднем 15 призм) и “N”-ого количества дентинных канальцев занимающих одинаковую вместе с призмами площадь вблизи эмалево-дентинного соединения. Данный микрокомплекс твердых зубных тканей представляет собой фигуру в виде «песочных часов», где узкая часть («перешеек») обладает, как со стороны эмали, так и со стороны дентина наиболее упругими свойствами [3].

Предлагаемый нами механизм распределения жевательной нагрузки выглядит следующим образом: эмалевые призмы, с характерной конусообразной формой, выполняют функцию «рупорной антенны», преобразуя приложенное к ним механическое давление в звуковые волны. Характерный спиральный ход призм служит своеобразным волноводом, воздействуя на эмалево-дентинное соединение, которое выполняет, по-видимому, аналогичную роль «трансформатора» как и барабанная перепонка уха.

Затем, часть механических волн распространяются через расширяющиеся дентинные канальца на свод пульповой камеры, а остальные через «аркадные» конструкции стенок корня зуба на периодонт, который выполняет сенсорную, анализаторскую, амортизирующую функции.

Кратко, обратимся к биомеханической модели слуховой системы человека. Она была разработана в 60-х гг. XX века венгерским физиком Г. фон Бекеша. Суть этой модели заключается в следующем: звуковые волны принимаются акустической «рупорной антенной» – ушной раковиной и через слуховой ход, который служит коротким волноводом, воздействуют на барабанную перепонку.