

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.

Из вышеизложенного становится понятно, что дальнейшее исследование в данной области позволили бы более ясно представить всю глубину и тяжесть последствий при нерациональном препарировании зубных тканей, что явилось бы еще одним важным и объективным аргументом в пользу своевременной профилактики и ранней диагностики патологии зубов, как одной из главных причин большинства осложнений приводящих к разрушению зубочелюстного аппарата [4,5].

Список литературных источников

1. Гордон Дж. Конструкции, или почему не ломаются вещи. – М.: Изд-во «Мир». – 1980.
2. Бегун П. И., Шукейло Ю. А. Биомеханика. – СПб.: Изд-во «Политехника», 2000. – 463 с.
3. Боровский Е. В., Грошиков М. И., Патрикеев В. К. Терапевтическая стоматология. – М.: Изд-во «Медицина», 1973.
4. Окушко В. Р. Основы физиологии зуба: Учебник для врачей стоматологов и студентов медицинских университетов. – Тирасполь: Изд-во Приднестровского университета – 2005.
5. Варес Э. Эмаль зубов – это рецептор, определяющий твердость тела. ДентАрт. – 2006. – № 4. – с. 33–40.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛИНОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ **ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И.О., КАРСЮК Ю.В.**

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Последние годы ознаменованы все более частым использованием дентальной имплантации у пациентов с адентией [2]. При этом значительно выросло число осложнений связанных с осуществлением данного вида стоматологической помощи [1]. Поэтому вопросы прогнозирования исходов дентальной имплантации продолжают оставаться актуальными. В тоже время в специальной литературе не встречено публикаций, указывающих на изменение уровня неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК) в ротовой жидкости (РЖ) у лиц с воспалительно-деструктивными осложнениями после дентальной имплантации.

Цель работы – исследовать изменение уровня линолевой кислоты ротовой жидкости в норме и у пациентов с воспалительными осложнениями после операции дентальной имплантации.

Объекты и методы. Обследовали 60 человек в возрасте 25-52 лет. Группу 1 составили практически здоровые лица. Данная группа являлась контрольной. Группа 2 включала 20 пациентов, успешно прошедших хирургический этап дентальной имплантации и готовых к лечебно-реабилитационным мероприятиям у стоматолога-ортопеда. Группу 3 составляли 20 пациентов у которых верифицировали периимплантит. Была учтена возможность прямого или опосредованного влияния общего состояния обследуемых лиц, а также некоторых аспектов в полости рта на свойства и состав РЖ. У всех исследуемых в анамнезе не было травм, операций, наследственной патологии, соматических заболеваний, требующих медицинской реабилитации. В полости рта отсутствовали пломбы из амальгамы, не было ортопедических конструкций, отсутствовали иные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области кроме связанных с проведенной операцией дентальной имплантации. Сбор ротовой жидкости для исследования осуществляли в утренние часы суток, натошак в стерильные пробирки. До