

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

обработки биологический материал сохраняли в жидком азоте при температуре - 196°C. Определение уровня содержания НЭЖК ротовой жидкости (C_{18:02} – линолевой кислоты) выполнялось по стандартным методикам.

Результаты. У пациентов группы контроля уровень C_{18:02} ротовой жидкости равнялся 2,99 (3,82-1,99). В группе 2 уровень исследуемого показателя составил 1,99 (2,16-1,72) и не демонстрировал достоверных различий с показателем нормы. У пациентов группы 3 уровень исследуемой НЭЖК равнялся 0,98 (0,83-1,13) и достоверно отличался от нормальных значений.

Уровень содержания в РЖ C_{18:02} у пациентов с воспалительно-деструктивными осложнениями более, чем в 3 раза ниже нормальных значений и более чем в 2 раза ниже показателя у лиц, прошедших дентальную имплантацию и не имеющих осложнений.

Заключение. Результаты представленного исследования свидетельствуют, что уровень содержания C_{18:02} – линолевой кислоты достоверно изменяется при развитии воспалительно-деструктивных процессов в челюстных костях после операции дентальной имплантации, что дает основание использовать его в качестве прогностического теста.

Список литературных источников

1. Использование компьютерных технологий для анализа ошибок и осложнений дентальной имплантации [Электронный ресурс] / И. Ю. Петров [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/ispolzovanie-kompyuternyh-tehnologiy-dlya-analiza-oshibok-i-oslozhneniy-dentalnoy-implantatsii>. – Дата доступа: 19.01.2018.
2. A new spiral dental implant: a tool for oral rehabilitation of difficult cases / I. Balan [et al.] // Oral Implantol. – 2017. – Vol. 30, № 10 (3). – P. 262–269. doi: 10.11138/orl/2017.10.3.262.

ВИКОРИСТАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ПРИХОДЧЕНКО І.В.

*Медичний інститут Сумського державного університету,
м. Суми, Україна*

Вступ. У сучасній реконструктивній та реконструктивній хірургії розроблені та широко застосовуються методи відновлення специфічної для органу біологічно сумісних матеріалів. Сьогодні серед методів, що застосовуються для омолодження шкіри в естетичній медицині та щелепно-лицьовій стоматології, особливий інтерес представляють ін'єкційні методи корекції інволюційних змін шкіри. Крім того, в останні роки спостерігається тенденція до постійного зростання використання ін'єкційних методів терапії. Ряд досліджень показав, що використання гіалуронової кислоти (ГК) - природного протеоглікану аморфної міжклітинної речовини тканин) в хірургічній практиці відкриває великі перспективи для розробки нових методів регенерації, специфічної для органів. У зв'язку з вищевикладеним, була сформульована мета та завдання дослідження.

Мета: об'єктивна: візуально та за допомогою ультразвукової діагностики вивчити характер внутрішньошкірного введення ГК на морфофункціональний стан шкіри.

Об'єктивні завдання: провести клінічну оцінку ефективності та переносимості ГК особами з інволюційними змінами шкіри.

Матеріали і методи. У дослідженні брали участь 20 осіб із віковою інволюцією, починаючи з 40-45 років, жінки. Клінічно оцінювали зовнішні ознаки старіння (зморшки, сухість, атрофія шкіри). Відзначаються основні фактори, що викликають прискорене