

старіння шкіри: надмірна інсоляція, куріння, серцево-судинні та легеневі захворювання, підвищення показника маси тіла. Клінічний розділ виготовляється у вигляді порівняльного рандомізованого відкритого дослідження (клінічні, інструментальні, морфологічні, статистичні методи).

Результати. Вперше доведено, що внутрішньошкірне введення препаратів на основі ГК створює фізіологічно сприятливе середовище для посилення метаболічної активності клітин шкіри, що викликає активацію синтезу основних компонентів міжклітинного матриксу дерми. омолодження шкіри та зменшення вираженості її інволюційних змін. Зменшення глибини зморшок на 85%, поліпшення текстури шкіри в 65%, підвищення гідратації шкіри в 85%, поліпшення овалу обличчя в 65%.

Висновок. Була проведена клінічна оцінка ефективності та переносимості ГК особами з інволюційними змінами шкіри, що дасть можливість використовувати такі препарати в комплексному лікуванні інволюційних змін шкіри. Доведено стабілізацію досягнутого ефекту протягом наступних 6 місяців та тривале спостереження протягом 12 місяців після введення.

Список використаних джерел

1. Flynn TC, Sarazin D, Bezzola A, Terrani C, Micheels P. Comparative Histology of Intradermal Implantation of Mono and Biphasic Hyaluronic Acid Fillers. *Dermatol Surg.* - 2011. - May;37(5):637-43.
2. Frost, S. Weigel, P. Binding of hyaluronic acid to mammalian fibrinogens. *Bio-chim. Biophys. Acta.* - 1990.-V.1034.:39-45.
3. Fujii N, Kaji Y, Fujii N, Nakamura T, Motoie R, Mori Y, Kinouchi T. Collapse of homochirality of amino acids in proteins from various tissues during aging. *Chem Biodivers.* - 2010. - Jun;7(6): 1389-97.
4. Gensanne D, Josse G, Schmitt AM, Lagarde JM, Vincensini D. In vivo visualization of hyaluronic acid injection by high spatial resolution T2 parametric magnetic resonance images. *Skin Res Technol.* -2007/ - Nov;13(4):385-9.
5. Gillardon F, Moll I, Meyer M, Michaelidis TM. Alterations in cell death and cell cycle progression in the UV-irradiated epidermis of bcl-2-deficient mice. *Cell Death Differ.* -2003.- Jan;6(1):55-60.
6. Giunta S. Exploring the complex relations between inflammation and aging (in-flamm-aging): anti-inflamm-aging remodelling of inflamm- aging, from robustness to frailty. *Inflamm Res.* -2008.- Dec;57(12):558-63.
7. Glogau R.G. Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. *Semin Cutan Med Surg.* -1996.- Sep;15(3):134-8.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ

У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ І ДИНАМІКА ЇХНЬОГО МОРФОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

ПЮРИК В.П., ДЕРКАЧ Л.З., ЯРМОШУК І.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

Проблема генералізованого пародонтиту – одна з актуальних у сучасній стоматології [1]. Це зумовлено перевагою генералізованого пародонтиту в структурі стоматологічних захворювань, складністю і варіабельністю етіології та патогенезу, взаємозв'язком місцевих і

соматичних порушень. Його поширеність у залежності від регіону та віку обстежених досягає 40 - 90% [2, 3].

Було обстежено 40 хворих на генералізований пародонтит, віком від 24 до 45 років, 20 (50,00%) чоловіків та 20 (50,00%) жінок. У залежності від медикаментозного лікування всі хворі на генералізований пародонтит розділені на дві групи, які були рандомізовані за діагнозом, віком, статтю і тривалістю захворювання. Першу контрольну групу склали 20 хворих на генералізований пародонтит, яким у комплексному лікуванні застосовували базове медикаментозне лікування. Другу групу склали 20 хворих на генералізований пародонтит, яким у комплексному лікуванні на тлі базової медикаментозної терапії в передопераційному періоді на тканини пародонта відповідної щелепи щоденно проводили електрофорез пентоксифіліну в кількості 7 сеансів. Всім 40 хворим з II і III ступенем важкості генералізованого пародонтиту проводили класичну клаптеву операцію Відмана-Неймана-Цішинського з мієлоколагенопластикою в модифікації В.П.Пюрика (1993).

Для проведення електронномікроскопічних досліджень тромбоцитів забір крові проводився у хворих до операції і на 10 день після операції.

При заборі крові у хворих на генералізований пародонтит і виділенні тромбоцитів методом центрифугування з наступною їх проводкою для електронномікроскопічного дослідження встановлено, що в тромбоцитах спостерігалися виражені ультраструктурні зміни, які морфологічно проявлялися слабкою диференціацією, розпушенням їх клітинної мембрани. Тромбоцити втрачали розпластаність і агрегаційні властивості, були в більшості неправильної форми з відростками. Грануломери тромбоцитів містили велику кількість вакуолей, втрачали зернистість, утворювали пухирцеподібні включення. Ендоплазматична сітка та мітохондрії слабо диференціювалися. Гіалоплазма мала дрібнозернисту основу, з'являлися ліпідні гранули.

При електронномікроскопічному дослідженні тромбоцитів у хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування на тлі базової терапії на ультраструктурному рівні спостерігалася позитивна динаміка грануломерів та внутрішньоклітинних органел гіалоплазми. Однак, у гіалоплазмі зустрічалися крупні пухирці. Зменшувалася кількість гранул по периферії грануломерів, відзначалися ліпідні включення.

При електронномікроскопічному дослідженні тромбоцитів у хворих на генералізований пародонтит після хірургічного лікування на тлі базової терапії з включенням пентоксифіліну на ультрамікроскопічному рівні у більшості тромбоцитів виявлено нормалізацію їх структури. Вони були з вираженою клітинною мембраною з утворенням відростків, які контактували з поруч розміщеними відростками тромбоцитів. Відносно добре диференціювалися внутрішні частини гіалоплазми. Зовнішня – світла, яка утворювала гіаломер і центральна частина – грануломер у вигляді накопичення зерен.

Отже, після хірургічного лікування під впливом пентоксифіліну у хворих на генералізований пародонтит виявлено нормалізацію морфологічної структури тромбоцитів.

Список використаних джерел

1. Борисенко А. В. Біохімічне обґрунтування комплексного лікування генералізованого пародонтиту науковцями кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця / А. В. Борисенко // Стоматологія: от науки к практике. – 2014. – № 1. – С. 12-20.
2. Патологічні процеси пародонту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / М. І. Гуменюк, І. П. Мазур, В. І. Ігнат'єва [та ін.] // Астма та алергія. – 2013. - № 3. - С. 28-34.

3. Батіг В. М. Патологія тканин пародонта при системному остеопорозі: Буковинський медичний вісник / В. М. Батіг, М. О. Остафійчук, А. І. Проданчук // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 3 (67). – С. 90-93.

РЕКОНСТРУКЦІЯ ДНА ОЧНИЦІ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЯХ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

ПЮРИК В.П., ПРОЦЬ Г.Б., ДЕРКАЧ Л.З., ОГІЄНКО С.А.,
ПЮРИК Я.В., ОГІЄНКО Т.Ю.

*Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність теми. Посттравматичної деформації очниці крім анатомічних порушень викликають функціональні порушення, наприклад, недосконалість мови, жування внаслідок обмеження відкривання рота, недосконалість зору внаслідок опущення очних яблук, розвиток невротичних внаслідок защемлення гілок підочного нерва. В лікуванні хворих на посттравматичної деформації *очниці* існують проблеми як організаційного (не визначено хто має лікувати хворих – окулісти, стоматологи чи нейрохірурги), так і медичного (не розроблено чіткого алгоритму лікувальних заходів, не доказано переваги трансплантаційних матеріалів).

Матеріали і методи дослідження. В клініці хірургічної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету з 2009 по 2019рр. нами виконано 18 операцій по причині посттравматичної деформації верхньої щелепи з порушеннями кісток очниці. Лікування проведено 12 хворим (7 чоловікам та 5 жінкам) віком від 19 до 40 років.

Перед операцією і в різні терміни після операції в *динаміці* пацієнтам було проведено комплексне методичне обстеження, яке включало КТ (комп'ютерну томографію), телерентгенографію, ряд антропометричних методик, загальноклінічне обстеження, остеометрію.

Для фіксації очного яблука використовували титанові пластини. Пацієнти були консультовані окулістом, нейрохірургом, отоларингологом. Для заміщення кісткових дефектів очниці і верхньої щелепи ми використовували штучні замітники кістки.

В залежності від виду замітника кістки пацієнти були поділені на 2 групи: I-група – пацієнти, яким в якості замітника кістки використовували препарати на основі гідроксил апатиту, II-група - пацієнти, яким в якості замітника кістки використовували препарати на основі трикальційфосфату.

Результати і висновки. У всіх оперованих пацієнтів були відновлені анатомічні співвідношення верхньої щелепи, очного яблука, виличної кістки і дуги. Усунута диплогія та інші порушення зору. Не відмічено різниці післяопераційного періоду та кісткового загоєння в залежності від застосованого штучного замітника кістки. Розпрацьовано алгоритм хірургічних маніпуляцій при зміщенні очного яблука. Розроблено вимоги до імплантату очниці:

- 1) відсутність реакції відторгнення;
- 2) легкість моделювання у відповідності зі складною конфігурацією кісток очниці;
- 3) здатність виконувати функцію опори для орбітальних структур;
- 4) стійкість до бактеріальної контамінації навіть при обширному сполученні з додатковими пазухами носа;
- 5) стабільність положення імплантату в післяопераційному періоді.

Висновки.