

дення безпосереднього протезування. До недоліків таких шаблонів відносять: неможливість використання таких методик як розширення альвелярного паростка, врахування стану слизової оболонки, деяка втрата тактильного відчуття через тертя свердла об направляючу гільзу, труднощі у вимірюванні глибини свердління у деяких випадках (Sicillia A. та співавт., 1998), неможливість їх застосування для негайної імплантації, неможливість проведення пластики м'яких тканин у ділянці імплантації та корекції альвеолярного гребеня, затруднення при введенні свердла у дистальних ділянках через велику товщину шаблону (Marta Abad-Gallegos та співавт., 2010)

Головними факторами, які впливають на точність позиціонування імплантата при використанні ХШ, ряд авторів вважають конструкцію, метод фіксації шаблону, протяжність дефекта та досвідченість хірурга (Hinckfuss S, Conrad H, Lin L, Lunos S, Seong WJ., 2010.).

Орієнтовна точність шаблонів першого типу, виготовлених на основі CAD технологій складає біля 2 мм лінійних відхилень, хоча в окремих випадках при використанні накісних шаблонів девіація може складати більше 4мм. Найбільш точними можна вважати зубні та ясеневі шаблони.

МЕХАНІЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЛЛИКУЛЫ НА ЭМАЛИ ЗУБА

Падалка И.А., Падалка А.И.

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

После прорезывания зуба имеющаяся на поверхности эмали кутикула исчезает и на её месте образуется пелликула, что происходит в результате смены состава жидкости, омывающей коронку зуба. Однако механизм образования и качество пелликулы на эмали разной степени зрелости изучены недостаточно. Мы считаем, что механизм образования и качество пелликулы обусловлены двойным электрическим слоем (ДЭС) на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость", а точнее - закономерностями образования его защитного коллоидного слоя. Наличие ДЭС на границе раздела разных фаз (твёрдой - твёрдой, твёрдой - жидкой, твёрдой - газообразной, жидкой - жидкой) и закономерность образования его защитного коллоидного слоя доказано многочисленными исследованиями в коллоидной химии, биоэлектрохимии, биофизике, физической химии. Эту закономерность можно считать приемлемой и для образования защитного коллоидного слоя ДЭС на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость", который в нашем случае называется пелликулой. Наличие ДЭС с разной величиной заряда и напряжённостью электрического поля на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость" в зубах с разной степенью зрелости эмали, а так же при кариесе в стадии мелового пятна, доказано и нами (И.А. Падалка, 1991). Сущность механизма образования защитного коллоидного слоя ДЭС на границе раздела разных фаз, а значит и сущность механизма образования пелликулы на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость", заключается в том, что на твёрдой поверхности, не имеющей заряда, или при низких его показателях происходит адсорбция органических молекул, тогда как при высоком положительном или отрицательном заряде поверхности происходит десорбция органических молекул. Обусловлено это тем, что диэлектрическая проницаемость воды в 2,7-8,0 раз выше диэлектрической проницаемости органических веществ. Диэлектрик с большей диэлектрической проницаемостью втягивается в электрическое поле конденсатора, которым является ДЭС на границе раздела разных фаз, тем сильнее, чем больше напряжённость этого поля, т.е. чем больше заряд на обкладках конденсатора. Поэтому по мере увеличения положительного или отрицательного электрического заряда ДЭС молекулы воды, обладающие высокой диэлектрической проницаемостью, из раствора будут всё больше и больше втягиваться в это поле и будут вытеснять молекулы органического вещества, обладающего меньшей диэлектрической проницаемостью. Чем меньше напряжённость электрического поля конденсатора, тем слабее в него втягиваются или вообще не втягиваются молекулы воды, и не вытесняют адсорбировавшиеся на поверхности молекулы органического вещества. Динамика ДЭС на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость" зубов с разной степенью зрелости или прогрессирующим течением кариеса в стадии мелового пятна обуславливает качество пелликулы.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕПЛАНТАЦІЇ ЗУБА

Панькевич А.І., Богашова Л.Я., Колісник І.А., Гоголь А.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ліквідація одонтогенних осередків запалення є досить актуальною задачею. Існуючі консервативні методи лікування хронічних періодонтитів не завжди дозволяють усунути. У таких випадках на перший план виступають хірургічні методи, направлені на збереження зуба та його функцій. До них відноситься операція реплантації зуба, що дозволяє ліквідувати осередок інфекції в періодонті та зберегти зуб.

Метою нашого дослідження стало вивчення віддалених результатів реплантації зуба.

Нами було прооперовано 25 пацієнтів у віці від 20 до 35 років. У 14 пацієнтів реплантували перший моляр, у 11 – другий моляр нижньої щелепи. Показаннями до реплантації зуба у 22 пацієнтів був хронічний гранулематозний періодонтит і їм проводили одноетапну реплантацію. Двоетапна операція була застосована у 3 пацієнтів із ускладненням хронічного гранулюючого періодонтиту – гострим серозним періоститом, зуб видаляли у перше відвідування, проводили хірургічне лікування періоститу і реплантували зуб на 5 день після стихання гострих запальних явищ. У всіх пацієнтів перед реплантацією кореневі канали та зуб було запломбовано.

За пацієнтами після операції спостерігали на наступний день, через тиждень, один місяць, 6 місяців, віддаленими вважали спостереження через 1, 3 та 5 років, а результати реплантації оцінювали за клінічними та рентгенологічними ознаками.

Так, при спостереженні на наступний після реплантації день пацієнти скарж не пред'являли.

При оцінці віддалених результатів увагу звертали на рухомість зубів, стан слизової оболонки альвеолярного відростка у ділянці цих зубів, рентгенологічні ознаки приживлення зуба. При огляді через 1 рік у 24 пацієнтів був періодонтальний тип приживлення, у 1 пацієнта, якому проводили двохетапну операцію реплантації – остеодній. При оцінці рентгенографії 4 пацієнтів через 3 роки спостереження визначалась незначна резорбція коренів, що клінічно супроводжувалось рухомістю зубів I ступеня. У пацієнтки, що перебувала під спостереженням 5 років також клінічно визначалась рухомість зуба I ступеня, на рентгенограмі спостерігалась незначна резорбція коренів.

Таким чином, одноетапна реплантація сприяє формуванню періодонтального типу приживлення зуба, що є більш фізіологічним. Оцінка віддалених термінів реплантації свідчить про функціонування реплантованих зубів 3 та більше років і дозволяє рекомендувати її як метод вибору зубозберігаючих операцій.

ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДОВГИХ КІСТОК

Пелипенко О.В., Левус В.С., Пелипенко В.П., Гончаров А.В., Жигайлов С.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В наш час лишається актуальним питання вибору найбільш ефективного методу остеосинтезу при переломах довгих кісток, численність яких в зв'язку із безперервно зростаючим травматизмом стрімко збільшується. Поряд з традиційними методами остеосинтезу в останній час в нашій країні широке розповсюдження отримав метод блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу.

Матеріалом даного повідомлення послужив досвід використання і аналіз результатів 84 операцій інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу довгих кісток в клініці травматології УМСА при закритих (85,7 %) та відкритих переломах (14,3 %) стегна (24), великогомілкової кістки (48), плечової кістки (12).

Чоловіків було 60 %, жінок – 40 %, середній вік склав 34,3 років. Оперативне втручання виконано в термін від 5 до 26 днів з отримання травми. У 8 випадках операції виконано з приводу порушення репаративного процесу, в т.ч. у 2 при незрощенні, у 4-х при рефрактурах, у 2-х – при хибних суглобах. Переважно використовувались блокуючі стержні системи „CHARFIX” виробництва фірми „ChM”.

В післяопераційному періоді у 4 хворих відмічені нагноєння рани, випадок повторного перелому. У 83 хворих настало зрощення переломів, відновлена працездатність в середньому через 2-4 місяці. Всі пацієнти результатами лікування задоволені. Середній ліжок – день становив 7,9 днів. Тривалість тимчасової непрацездатності у порівнянні з традиційними методами і МОС знизилась у 3,2 рази, стаціонарного лікування у 2,9 рази, що дало ефективність використання ліжкового фонду в 2,8 рази, кількість післяопераційних ускладнень знизилось в 3,9 рази.

Таким чином, при блокуючому остеосинтезі головною метою є збереження життєздатності тканин, досягнення максимальної васкуляризації в зоні перелому, забезпечення стійкої фіксації уламків зі збереженням анатомічної форми з достатньо повною мобільністю м'язів та суглобів, дотримання принципу свідомої відмови від ідеальної репозиції та абсолютної стабілізації, щоб надмірно травматизацією не порушувати мікроциркуляцію в прилеглих тканинах і не порушувати процеси первинного кісткоутворення.

ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНА

Пелипенко О.В., Пелипенко В.П., Баженов А.А., Соколка В.В., Петрик С.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Перебіг травматичної хвороби при пошкодженні стегнової кістки з віком набуває специфічні особливості, які потребують ретельного вивчення та особливого підходу до тактики лікування на всіх етапах спостереження постраждалих.

Використання хірургічного методу лікування, раціональне використання терапії спрямованої на корекцію нестійких компенсаторних механізмів кровообігу, профілактика ускладнень пов'язаних з гіподинамічними явищами за допомогою ортопедичних та побутових пристроїв дозволяє знизити рівень летальності і скоротити термін перебування в ліжку хворих похилого віку з переломами стегнової кістки.

Вивчаючи особливості перебігу травматичної хвороби у постраждалих з переломами стегнової кістки, провели аналіз лікування 1512 оперованих хворих. Переважна кількість з них (89,6%) мали супутні захворювання, які, безумовно, значно погіршували стан потерпілого. Клінічні прояви атеросклерозу були відмічені у 47,6%, емфізема та пневмосклероз у 28,6%, гіпертонічна хвороба у 9,5%, цукровий діабет у 2,6%, бронхіальна астма у 1,3% хворих. У 12,1% випадків атеросклероз поєднувався з хронічною легеневою патологією.