



Для морфологічного дослідження анатомічних особливостей і зміни топографо-анатомічних взаємовідношень стінок лобових пазух у постнатальному періоді використано 92 препарати голів і окремих органокмплесів лицевої ділянки трупів людей різного віку, які розподілені згідно з віковою періодизацією.

Закладка лобових пазух відбувається на 5-му місяці внутрішньоутробного розвитку (плоди 188,0-228,0 мм тім'яно-куприкової довжини) шляхом впинання слизової оболонки середнього носового ходу в прилеглу тканину. У новонароджених виявляється варіабельність їх форми. Права пазуха: овальна (52 %), куляста (32 %), кулясто-овальна (16 %); ліва пазуха: овальна (34 %), куляста (56 %), кулясто-овальна (10 %). На рентгенограмах вона має щілиноподібну форму. В період першого дитинства визначаються присередня, передня і задня її стінки. Топографічно пазуха розташована на рівні надчочномкового краю і з'єднується з носовою порожниною в середній частині середнього носового ходу. Для лобових пазух властива вікова варіабельність рентгенологічних форм: у пренатальному періоді форма пазух частіше щілиноподібна (56%) і овальна (44%), у дитячому віці – грушоподібна (33%), овальна (30%) і трикутна (27%), у юнацькому овальна (24%), тригранна (37%), у зрілому, літньому і старечому віці – тригранна (76%), куляста (13%) та овальна (11%).

Найбільш виражена мінливість і варіантність будови у лобових пазухах, потім, за даними літератури, комірок решітчастого лабіринту і найменше - у верхньощелепних і клиноподібних пазух.

**Батіг В.М., Митченко О.В., Абрамчук І.І., Глушенко Т.А.**  
**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ З'ЯСУВАННЯ НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНОГО СТАНУ РІЗНИХ**  
**КОНСТРУКТИВНИХ СИСТЕМ ЗУБНИХ ІМПЛАНТІВ**

*Кафедра терапевтичної стоматології*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

З метою визначення найбільш механічної міцності конструкцій внутрішньокісткових імплантатів нами проведені математичні розрахунки напруги і деформації виникають під дією максимальних динамічних експлуатаційних навантажень. Були визначені найбільш навантажені зони імплантату. Експериментальним шляхом встановлено граничні статичні навантаження вигину шийок імплантатів для оцінки точності математичних розрахунків. Проведено випробування повністю зібраних імплантатів під впливом циклічних динамічних навантажень, еквівалентних експлуатаційних. Для дослідження були взяті імплантати 3-х конструктивних схем, які випускаються фірмою "Вітаплант" (м. Запоріжжя). Імплантат VKV (зразок №1), який має зовнішній шестигранник. Імплантат V2Km має внутрішній шестигранник (зразок №2) і імплантат МАК (зразок №3), в якому передбачено конусоподібне з'єднання. Імплантат МАК власної розробки, на який отримано Патент України.

Розрахунок напружено-деформованого стану зубних імплантатів проводився на EOM з використанням прикладних програм Cosmos Expres і Design Space (для аналізу перетинів), що реалізують математичний метод кінцевих елементів. Твердотільні математичні моделі імплантатів запроєктовані в масштабі 1 : 1 з використанням програмного забезпечення Solid Works 2006.

Граничні умови, тобто умови фіксації і механічного навантаження, прийняті з аналізу граничного (максимально можливого) динамічного впливу на зуб в процесі експлуатації. Такі навантаження можливі при сильному ударі зуба об твердий предмет при жуванні. При цьому для розрахунків сила бокового впливу на головку імплантату приймалася рівною  $P_b = 200 \text{ Н}$ , сила осьового впливу  $P_{oc} = 500 \text{ Н}$  і  $M_{кр} = 0,2 \text{ Н} \cdot \text{м}$  для всіх конструктивних схем. Закладення імплантату приймалася щільно (нерухомо) зафіксованою по різьбі і конусної частини), тобто властивості міцності кістки ідеалізовані.

Найменші деформації має імплантат системи №3. Максимально значення відхилення верхньої точки конуса 0,00564 мм, тоді як ці значення для імплантатів систем №1 і №2 0,0621 мм і 0,0137 мм відповідно. Це говорить про більш високу жорсткість імплантату системи №3, що в свою чергу означає, що в експлуатації він буде створювати менші напруги на кортикальний шар кістки верхніх зонах і більш рівномірно розподіляти навантаження на кістку по всій поверхні зіткнення. Напруження, що виникає в найбільш небезпечному місці - шийці імплантату ще більше, ніж у найближчого складеного аналога системи №1, а коефіцієнт запасу міцності найнижчий  $k = 0,155$ . Це пояснюється малою площею перетину шийки і низьким моментом опору тому діаметр в найбільш вузькому місці становить 2,2 мм (у імплантату системи №1 2,8 мм).

В результаті розрахунків напружень твердотільної моделі зразка з усередненими геометричними параметрами, встановлено, що величина, яка руйнує сили, становить 605 Н. На підставі цього можна зробити висновок, що похибка розрахунків не перевищує 1% і знаходиться в межах точності вимірювань.

**Бедик В.В., Ткачик С.В.**

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДІАЛІЗАТОРІВ З СОРБЕНТАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ**  
**ОДОНТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ПІДЩЕЛЕПОВОЇ ДІЛЯНКИ**

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*  
*Вищий державний навчальний заклад України*  
*«Буковинський державний медичний університет»*

Сучасне лікування хворих із гнійною хірургічною інфекцією має поєднувати в собі адекватне хірургічне втручання і комплексне лікування із застосуванням препаратів для місцевого лікування гнійних ран. Існуючі препарати не завжди ефективні, що зумовлено їх недостатньо вираженою антимікробною активністю,



повільним очищенням рани. Останнім часом існує необхідність пошуку нових, більш ефективних методів лікування, спрямованих на профілактику ускладнень гнійно-запальних процесів, скорочення термінів лікування.

Метою даного дослідження було підвищити ефективність лікування хворих на одонтогенні абсцеси підшелепової ділянки за рахунок покращання дренажу, місцевої детоксикації, очищення та створення оптимальних умов для регенерації в рані.

Метод базується на видаленні токсичних метаболітів мікробних клітин і бактеріальних токсинів із вмісту рани при прямому контакті з порошковою композицією іммобілізованою на сорбенті, який поміщений в діалізатор, виготовлений з напівпроникної мембрани. Порошкова композиція Лізетокс включає, в якості основи, полісорб (стандартизована лікувальна форма дисперсного кремнезему, (ТФС 42-2148-92), трипсин кристалічний, етоній (ФС 42-1599-87). Склад композиції: полісорбу – не менше 96%; трипсину – 1-2% (залежно від активності ферменту); етонію – 1-2%. Лізетокс має детоксикаційну, осмолярну (водопоглинаючу), протимікробну і протеолітичну активність. Тому раціонально використовувати даний препарат для місцевого лікування гнійних ран в 1-й фазі раневого процесу. Хворих на абсцеси щелепно-лищевої ділянки розділили на 2 групи. В 1-й групі проводили традиційне лікування, а в 2-й – Лізетоксом. Після розкриття абсцесу в рану вводили діалізатор, виготовлений із напівпроникної мембрани, наповненої порошком Лізетоксу. Перев'язку рани, під час якої діалізатор замінювали на новий, проводили один раз на добу.

Застосування порошкової композиції Лізетокс, в місцевому лікуванні одонтогенних абсцесів підшелепової ділянки має якісну перевагу над традиційним лікуванням і прискорює репаративні процеси в рані та одужання хворих.

**Ватаманюк Н.В., Остафійчук М.О.**

### **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ПОЧАТКОВОЇ СТАДІЇ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ БЕЗ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ТА З РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ ОЗНАКАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Кафедра терапевтичної стоматології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буквинський державний медичний університет»*

Метою нашого дослідження є розробити і оцінити прогностичні критерії переходу тривало поточного хронічного генералізованого катарального гінгівіту в пародонтит і для раннього виявлення захворювання, що протікає з сумнівними рентгенологічними ознаками. Удосконалити необхідні тактичні та лікувальні заходи щодо профілактики подальшого прогресування запального - деструктивного процесу в пародонтальних тканинах у хворих з початковою стадією генералізованого пародонтиту і оцінити їх ефективність у клінічних умовах.

В основу роботи покладені дані клініко-лабораторних досліджень 64 чоловік, які страждають запальними захворюваннями пародонта. Всі пацієнти поділені на 4 групи. I-II групи лікували за загальноприйнятою методикою лікування. А III-IV групи лікували з використанням амоксицилаву і лікопиду в поєднанні з загальноприйнятою базовою терапією у хворих на хронічний генералізований гінгівіт, на стадії його переходу в пародонтит, і у пацієнтів з початковим ступенем хронічного гінгівіту призвело до аналогічних покращень суб'єктивних і об'єктивних ознак захворювань і значних і однотипних змін ясенних індексів до кінця першого тижня лікування. У хворих III групи чітко простерігалися ознаки клінічного одужання: відсутність будь-яких скарг, нормалізація кольору та рельєфу слизової оболонки ясен, її ущільнення, припинення кровоточивості, ліквідація набрякlosti ясенних сосочків. Такий же ефект від комплексного лікування відзначався і у хворих IV групи. Після закінчення курсу лікування за розробленою методикою повне купірування запального процесу в яснах досягалося у всіх пацієнтів на генералізованій катаральній гінгівіт, що мають лабораторні ознаки інтенсифікації процесів резорбції в кісткових структурах пародонта і у 96,8% хворих з початковим ступенем хронічного генералізованого пародонтиту.

Отримані дані свідчать, що комплексна терапія, яка включає використання амоксицилаву, надає у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт на стадії його переходу в пародонтит і початковому ступені хронічного генералізованого пародонтиту виражений і тривалий антибактеріальний ефект по відношенню до пародонтопатогенних бактерій. Надалі було встановлено, що позитивні клінічні результати III і IV груп були пов'язані не тільки зі здатністю розробленого лікувального комплексу усувати патогенну мікрофлору, але і викликати стійку нормалізацію місцевого гуморального імунітету та інтерлейкінового статусу, у хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт на стадії подальшого прогресування і у пацієнтів початковим ступенем хронічного генералізованого пародонтиту.

Після проведення комплексної терапії з включенням імунокоректорів лікопиду у 43 з 45 (95,6%) хворих досягалося нормалізація SIgA в слині. Достовірних відмінностей в рівнях даного імуноглобуліну по завершенні лікування у представників III і IV групи отримано не було. У змінах інших класів імуноглобулінів (IgG і IgM) в цей період спостережень між групами відмінностей також не встановлено. Рівень IgG знизився і в середньому склав  $0,61 \pm 0,04$  і  $0,62 \pm 0,02$  ( $p > 0,05$ ).

Отже, розроблена комплексна терапія у хворих з початковими проявами хронічного генералізованого пародонтиту надає виражені нормалізуючі дії на місцевий гуморальний імунітет, що безсумнівно, сприяє оптимізації антибактеріального ефекту використовуваних протимікробних засобів.