

Література

1. Басенков Л.Н. Диагностическая и лечебная тактика при спонтанном пневмотораксе / Басенков Л.Н., Гладышев Д.В., Чуприна А.П. // Вестник хирургии им. Грекова.- 2004.- № 5.- С. 50-55.
2. Мінінвазивні оперативні втручання з приводу спонтанного пневмотораксу на тлі неспецифічного захворювання легень / [Бойко В.В., Зам'ятін П.М., Бачерікова Ю.А. та ін.] // Клінічна хірургія.- 2008.- № 1.- С.34-36.
3. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия / В.Г.Гетьман // К., «Здоров'я».- 1995.- 205 с.
4. Десятерик В.І, Єжеминський М.О. Обґрунтування алгоритму діагностики та хірургічного лікування спонтанного пневмотораксу / Десятерик В.І, Єжеминський М.О. // Шпитальна хірургія. - 2003.- № 2.- С. 51-53.
5. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія / Дужий І.Д. // К., «Здоров'я», 2000.- 380 с.
6. Діагностично-хірургічна торакоскопія в лікуванні спонтанного пневмотораксу / [Мальований В.В., Береговий О.В., Шкробот Л.В., та ін.] // Шпитальна хірургія. - 2004.- № 2.- С. 211-212.
7. Хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса / [Мартынюк В.А., Шипулин П.П., Байдан В.И. та ін.] // Клінічна хірургія, 2004.- № 9.- С. 43-45.
8. Хирургия легких и плевры / Руководство для врачей. Под ред.. И.С.Колесникова, М.И.Лыткина // Л., «Медицина», 1988.- 384 с.
9. Спонтанный (патологический) пневмоторакс / [Чухриенко Д.П., Даниленко М.В., Бондаренко В.А., Белый И.С.] // М., «Медицина», 1973.- 300 с.

Реферати

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Шейко В.Д., Демянюк Д.Г., Ляховский В.И., Крыжановский А.А., Калюжка А.С.

За период с 2006 года и 10 месяцев 2009 года наблюдали 148 больных с СП. Частичный СП диагностирован у 24(16,2%) больных, субтотальный - у 7 (47,2%), тотальный у 53 (35,8%), напряженный у 4(2,7%), ригидный - у 2 человек. Рецидивный СП имел место у 18(12,1%) больных. Дыхательная недостаточность I степени отмечена у 104(72,2%) больных, II степени - у 42(28,3%), III степени - у 2(1,3%) больных. Срок пребывания в стационаре 12,6 суток. Рецидив СП возник у 6 больных. При лечении больных второй группы преимущественно использовали малоинвазивные методы. Причину возникновения СП выяснили у 53(49,1%) больных. Средний срок пребывания в стационаре был 7,2 суток.

Ключові слова: спонтанный пневмоторакс, диагностика, лечение.

Стаття надійшла 11.01.10.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Sheiko V.D., Demyaniyk D.H., Liakhovsky V.I., Kryzhanovsky A.A., Kalucshka A.S.

For period since 2006 and 10 months of 2009 observed 148 patients with spontaneous pneumothorax. Incomplete spontaneous pneumothorax has 24(16,2%) sick, subtotal - 7 (47,2%), total 53(35,8%), tense 4(2,7%), rigid - 2 persons. Recurrent spontaneous pneumothorax existed beside 18(12,1%) sick. Respiratory insufficiency I degree had 104(72,2%) sick, II degree - 42(28,3%), III degree - 2(1,3%) sick. Period of stay in permanent establishment 12,6 days. The relapse of SP appeared had 6 sick. The low-invasive methods mainly used at treatment of second group sick. The reason of spontaneous pneumothorax had realized for 53(49,1%) sick. The intermediate term of stay in permanent establishment was 7,2 day.

Key words: spontaneous pneumothorax, diagnostics, treatment.

УДК 616.314-77

ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Д.Р. Шиленько, П.К. Лыфар, А.П. Денисов, Б.В. Иванов
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Лечение осуществлялось в четыре этапа: снятие анатомо-функциональных оттисков с верхней и нижней челюстей, припасовка индивидуальных окклюзионных шаблонов, снятие функциональных оттисков под функциональной нагрузкой, определение центральной окклюзии, проверка постановки, сдача протеза. Данная схема лечения очень требовательна к качеству выполнения клинических этапов, однако неоспоримые преимущества: улучшенное качество фиксации, сокращение количества посещений с 5 до 4(3), заметное снижение сроков привыкания к протезу и необходимости коррекции за счет правильной постановки зубов позволяют рекомендовать ее в широкое внедрение в клинику ортопедической стоматологии.

.....
Ключевые слова: беззубые челюсти, протезирование.
.....

Физико-биологический метод фиксации протезов, на беззубых челюстях, предложенный А.Кantorovitz в 1924 году, получил в советской стоматологии достаточное теоретическое обоснование и широко внедрен в практику ортопедической стоматологии. Сущность метода заключается в использовании пониженного давления под протезом, которое возникает в результате создания замыкающего краевого клапана за счет построения границ протеза, со строгим учетом функционального состояния прилегающих к протезу подвижных тканей полости рта. Присасываемости протеза добиваются, формируя вокруг его краев непрерывный круговой клапан в пределах переходной складки (или за ее пределами в протезах с расширенными границами). Таким образом, фундаментальное значение для фиксации протеза имеет качество индивидуального оформления краев протезного ложа.

Наряду с крайне широким распространением клинических случаев беззубых челюстей и достаточно мощной теоретической базой отечественной школы стоматологии и материалов исследований за рубежом, зачастую, реальная клиническая практика, идет по пути наименьшего сопротивления оставляя за бортом трудоемкие методы, позволяющие улучшить качество фиксации протеза.

Целью работы была разработка, на основании данных литературы и собственных исследований, клинико-лабораторной схемы протезирования больных с полным отсутствием зубов.

Материалы и методы исследования. Наиболее часто применяемая в клинике ортопедической стоматологии схема протезирования больных с полным отсутствием зубов предусматривает выполнение следующих этапов: снятие анатомических оттисков с верхней и нижней челюстей (альгинатными оттисковыми массами или гипсом), изготовление индивидуальной ложки, снятие функциональных оттисков, определение центральной окклюзии, проверка постановки зубов, сдача протеза и его коррекция. Как очевидно данная схема имеет целый ряд недостатков. Среди наиболее важных можно выделить следующие:

а) Большое число клинических посещений. Следует заметить, что контингент больных нуждающихся в протезировании такого рода, относится к категории «крайне сложных» в психологическом плане. Это больные, которые неоднократно протезировались и переходили от одного врача к другому, от одной клиники к другой. Зачастую, протезирование больных, даже если его проводят опытные врачи, применяя современные технологии изготовления протезов, не приносит успеха, что еще больше осложняет процесс общения с пациентом. Следовательно, **первой задачей** при создании «идеальной» тактики лечения является сокращение количества посещений до минимума.

б) Отсутствие рационального подхода к определению степени податливости слизистой. Даже с применением приборов для определения податливости слизистой оболочки в полости рта и применением компрессионных, декомпрессионных и комбинированных оттисков сложно добиться того чтобы протез равномерно опирался на твердые ткани протезного ложа. Связанно это, прежде всего с тем, что с применением этой методики невозможно создать компрессионное усилие равное по силе функциональному. В связи с этим изготовленный по данной методике протез во время функции опирается только на зоны с наименьшими рессорными свойствами - как правило это область альвеолярного отростка и небного шва [1] что в свою очередь способствует нарушению лимфо- и кровообращения, развитию воспалительных и атрофических процессов. По этому, **второй задачей** при создании «идеальной» тактики лечения является создание рациональной методики протезирования учитывающей индивидуальные особенности податливости слизистой оболочки полости рта.

с) Постановка зубов не учитывает индивидуальных суставных факторов окклюзии: суставного пути, расстояния между суставными головками, угла Беннетта. Правильная постановка зубов с учетом особенностей суставных факторов окклюзии является одним из ведущих критериев для оценки качества съемного протезирования. Применение любого из методов постановки зубов, даже с использованием лицевой дуги и артикулятора не дает удовлетворительного результата. Связанно это, прежде всего, с индивидуальными суставными особенностями пациентов. Многоэтапное и многолетнее протезирование в

анамнезе способствует формированию изменений в суставе, зачастую неравномерных с левой и правой стороны. Таким образом, третьей задачей является формирование индивидуальной сферической поверхности Monson_a по которой будет проведена постановка зубов.

Результаты исследования и их обсуждение. Решение этих и некоторых других, не описанных выше, клинических задач можно осуществить применив простую, хорошо зарекомендовавшую себя в практике, разработанную нами на основе целого ряда отечественных и зарубежных методик в этом направлении, схемы протезирования. Для простоты восприятия рассмотрим конкретный клинический пример.

В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка Н., 67 лет с жалобами на полное отсутствие зубов. Больная ранее протезированна, однако данные миографического исследования (снижение времени БЭА (биоэлектрической активности), увеличение периода БЭП (биоэлектрического покоя), снижение величины биопотенциалов, отмечены нарушения синхронности чередования фаз БЭП и БЭА, спонтанные фазы БЭА, значительное преобладание процессов торможения над процессами возбуждения) и объективные клинические показатели указывают на неудовлетворительный результат лечения. Объективно: беззубая верхняя челюсть 1 класса по Шредеру, беззубая нижняя челюсть 2 класса по Келлеру, Податливость слизистой оболочки в разных участках варьирует от 0,4 до 1,8 мм на верхней челюсти, и от 0,6 до 2,0 мм на нижней челюсти.

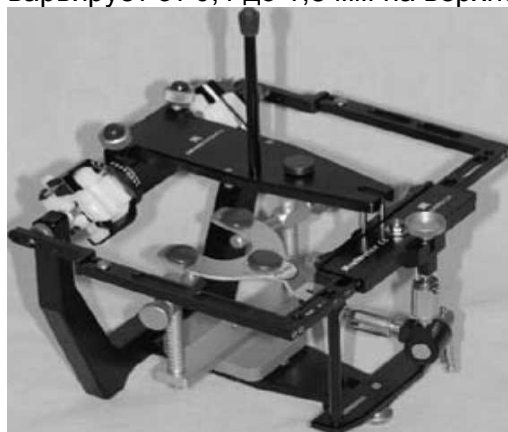


Рис. Артикулятор Reference SL с зафиксированной лицевой дугой.

В первое посещение были сняты анатомические оттиски с верхней и нижней челюсти поливинилкселоксановым оттискным материалом CoralPress. В лаборатории по полученным из оттисков моделям были изготовлены индивидуальные прикусные шаблоны из смеси моделировочного воска «Модевакс» и окиси цинка. Индивидуальная окклюзионная кривизна Монсона была рассчитана при помощи формирователя контурных кривых Kubein-Messenburg_a. [2]. Во второе клиническое посещение после проведения коррекции окклюзионных шаблонов были сняты функциональные оттиски с использованием CoralPress lighty под индивидуальной окклюзионной нагрузкой.

Для этого в зонах проекции пониженной податливости СОПР в окклюзионных шаблонах было снято до 0,8 мм воска и созданы отводы для оттискной массы. В процессе снятия функциональных оттисков были проведены фонетические пробы. После окончания полимеризации оттискной массы челюсти были сопоставлены в ЦО и в таком положении скреплены прикусные шаблоны на параллельной лицевой дуге установленной с помощью ретенционного обруча для головы. (Опора дуги обеспечивается на переносицу (*glabella*) и прикусную вилку). Работа перенесена в артикулятор Reference SL (рис.) в соответствии с цефалометрическими показателями. Анатомические модели заменены на функциональные. Проведена моделировка базиса и постановка зубов. Третий клинический этап – проверка постановки, проводится с участием врача. Однако следует заметить, что при таком методе лечения она необходима не всегда, а в процессе примерки возможно смещение зубов и деформация базиса, что в свою очередь может негативно сказаться на результатах лечения. В последнее посещение производится сдача протеза.

Заключение

Лечение осуществлялось в четыре этапа: снятие анатомо-функциональных оттисков с верхней и нижней челюстей, припасовка индивидуальных окклюзионных шаблонов, снятие функциональных оттисков под функциональной нагрузкой, определение центральной окклюзии, проверка постановки, сдача протеза.

Безусловно данная схема лечения очень требовательна к качеству выполнения клинических этапов, однако неоспоримые преимущества: улучшенное качество фиксации, сокращение количества посещений с 5 до 4(3), заметное снижение сроков привыкания к

протезу и необходимости коррекции за счет правильной постановки зубов позволяют рекомендовать ее в широкое внедрение в клинику ортопедической стоматологии.

Литература

1. Загорский В.А. Биометрический подход к выбору оттискового материала и видов оттиска при полном съемной протезировании // Всесоюзный съезд стоматологов, 7й : Тезисы докладов. - Ташкент, 1981.-С.211-217.
2. Пат. 4875857 Соединенные штаты америки, МПК А61С 11/00 Method for reconstruction teeth in an upper jaw/ Dietmar Kubein-Messenburg; Continuation of Ser. No. 935,453, Nov. 26, 1986.

Реферат

**ФУНКЦІОНАЛЬНО ОБҐРУНТОВАНЕ
ПРОТЕЗУВАННЯ БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕП**

Шиленко Д.Р., Лифар П.К., Денисов О.П., Иванов Б.В.

У статті запропонована нова тактика протезування хворих з повною відсутністю зубів на верхній і нижній щелепі, що за рахунок використання формувача контурних кривих Kubein-Messenburga, артикулятора Reference SL і паралельної лицьової дуги дозволяє знизити кількість відвідувань і підвищити якість лікування.

Ключові слова: беззубі щелепи, протезування.
Стаття надійшла 29.01.10.

**FUNCTIONALLY PROVED PROSTHETICS OF
TOOTHLESS JAWS**

Shylenko D.R., Lyfar P.K., Denisov O.P., Ivanov B.V.

In article is offered a new tactics of prosthetics of patients with full absence of a teeth on the top and bottom jaw which at the expense of use of the shaper of planimetric curves Kubein-Messenburga, articulator Reference SL and obverse archallows could lower quantity of visits and raise the quality of treatment.

Key words: toothless jaws, prosthetics.

УДК 616.314-76

АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ НЕПРЯМЫХ РЕСТАВРАЦИЙ

**Д.Р. Шиленко, П.К. Лифар, Р.А. Косовский, Р.В. Шиленко
ВГУЗ Украины, Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава**

В данной работе проведен анализ методик фиксации непрямы реставраций, сделан выводы о взаимосвязи методики фиксации и площади непрямой реставрации, составлены рекомендации касательно применения той или иной методики в каждом конкретном клиническом случае.

Ключевые слова: реставрация, методы фиксации.

В настоящее время все более широкое применение находит непряма реставрация фотополимерными композитными материалами. Суть данного метода заключается в том что в отличии от прямой реставрации моделировка проводится вне полости рта пациента. В качестве материала для изготовления модели для моделирования непрямой реставрации может быть использован гипс (с характеристикой 4 и выше) покрытый изоляционным лаком и поливинилкселоксановые массы (А-силиконы).

Существует несколько наиболее часто используемых способов фиксации непрямы реставраций:

- 1) на стеклоиономерный цемент
 - a. классический стеклоиономерный цемент
 - b. двухуровневой полимиризации
- 2) на самополимеризующийся (или двухуровневой полимеризации) композит
- 3) на композит
 - a. с нанесением адгезива (поверхность непрямой реставрации и поверхность подготовленного зуба покрываются адгезивной системой с фотоинициаторами полимеризации, между ними наносится слой композита, из которого была выполнена непряма реставрация, плотно прижимается, фотополимеризуется)
 - b. без нанесения адгезива (между поверхностью непрямой реставрации и поверхностью подготовленного зуба наносится слой композита из которого была выполнена непряма