

Леонтович И.А., Приборецкий А.Н.

## ПОЧИНКА И ИЗМЕНЕНИЯ КОНСТРУКЦИИ НЕЙЛОНОВОГО ПРОТЕЗА

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

При необходимости возможна коррекция конструкции нейлонового протеза, например, в случае удаления одного или нескольких зубов. Для этого необходимо снять оттиск без протеза, отлить модель, установить нейлоновый протез на модель.

Базис протеза, прилегающий к отсутствующему зубу, истончается, на нем бором делают ретенционные пункты и создают шероховатость.

При помощи воска на месте удаленного зуба устанавливается

искусственный с подготовленными ретенционными отверстиями, как требует методика.

Подготовленная таким образом конструкция помещается в одну половину кюветы и к отмоделированной из воска части протеза подводится литник. Весь протез заливается гипсом. Кювета собирается, и вторая половина ее заливается гипсом.

После кристаллизации гипса воск удаляется, кювета раскрывается.

Место, которое было смоделировано воском, обрабатывается фюзом (мономер нейлона) для ремонта нейлона, кювета соединяется и скручивается.

По стандартной технологии проводится инъекция материала.

Протез извлекается из кюветы, полируется и отдается в клинику для припасовки и наложения в полости рта.

Перебазировка и изменения в конструкции нейлоновых протезов проводятся лабораторным способом по указанию врача.

Лепський В.В.

## БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВКЛЮЧЕНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ

ДУ Інститут стоматології АМНУ

Нині дуже поширені включені поодинокі дефекти зубних рядів у молодих людей, які потребують ортопедичного лікування. Протезування в цьому випадку проводиться або шляхом використання імплантата в ділянці відсутнього зуба, або використання мостоподібного протеза з опорою на сусідні зуби. Проте вибір того чи іншого рішення потребує, на наш погляд, патофізіологічного обґрунтування, оскільки при порушеному кістковому метаболізмі, генетичній схильності до резорбції кісткової тканини і запалення, порушених функціональних і адаптаційно-компенсаторних реакціях у організмі протезування з використанням імплантатів стає

проблематичним. При зниженій загальній та місцевій неспецифічній резистентності організму попередня терапевтична підготовка необхідна, на наш погляд, і при мостоподібному протезуванні.

**Метою** дослідження була біохімічна оцінка ефективності розробленого терапевтичного комплексу супроводження ортопедичного лікування дефектів зубних рядів.

У клінічних та клініко-лабораторних дослідженнях брали участь 76 молодих людей 18-30 років із включеними поодинокими дефектами зубних рядів. Усі пацієнти попередньо проходили комплексне діагностичне обстеження. За результатами обстеження всі пацієнти були розділені

на 2 групи – групу протезування з використанням імплантатів (група 1) і групу протезування з використанням мостоподібних протезів з опорою на сусідні зуби (група 2), які в свою чергу були розділені на основні (1.1, 2.1) і групи порівняння (1.2, 2.2).

Пацієнти основних груп (1.1 і 2.1) крім базової терапії отримували на різних етапах лікування профілактичну терапію - препарати «Есмін», «Карнітон», «Адаптол», «Лізомукоїд», еліксир «Виноградний», зубні пастки «Лакалут фітоформула», «Лакалут фтор». Біохімічними методами в ротовій рідині визначали активність каталази, еластази, уреаз, вміст лізоциму, МДА, індекси АПІ, СД.

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

**Результати дослідження.** Під дією комплексної поетапної терапії в ротовій рідині пацієнтів груп 1.1 і 2.1 нормалізувалися вміст лізоциму (зріс на 5,3 % і 22,5 % відповідно), концентрація МДА (знизилася в 1,5-2 рази), активність ферментів уреазы (знизилася в 2-2,5 рази в порівнянні з контр-

ольними групами), каталази (знизилася у 1,7-1,9 рази), еластази (знизилася у 1,5-2 рази), значення антиоксидантно-прооксидантного індексу АПІ (через 6 місяців після операції або фіксації моста перевищував на 40 % показники груп порівняння), показник ступеня дисбіозу (через 6 місяців був

у 1,7-2,6 рази менший, ніж у початковому стані).

Отже, проведені біохімічні дослідження показали високу ефективність запропонованої комплексної терапії супроводження ортопедичного лікування включених дефектів зубних рядів.

*Митченко М. П., Доброскок В. О.*

## РЕГІОНАЛЬНІСТЬ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ГОСТРИХ ФОРМ ЛІМФАДЕНІТІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В ДІТЕЙ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

У структурі запальних процесів щелепно-лицевої ділянки в дітей за амбулаторних і стаціонарних умов помітне місце займають гострі лімфаденіти. Лімфа, що відтікає від органів і тканин, проходить через регіональні лімфатичні вузли, а у зв'язку з низькою концентрацією захисних компонентів у ній сама субстанція лімфатичного вузла може стати середовищем для розповсюдження та розмноження вірусів, бактерій, грибків та ін. За несприятливих умов вони можуть викликати гостре серозне або гнійне запалення їх (Ткаченко П. І., 2007).

**Метою** нашої роботи стало вивчення локалізації гострих серозних та гнійних лімфаденітів щелепно-лицевої локалізації в дітей.

Під нашим наглядом протягом 2 років (2010-2011 рр.) перебували 152 дитини віком від 3 до 12 років. Із них серозна форма лім-

фаденіту була діагностована у 89 дітей (58,6 %), гнійна - у 63 (41,4 %).

Найчастіше серозна форма запалення визначалась у піднижньощелепних лімфатичних вузлах (46 випадків – 51,6 %), боковій поверхній шиї, переважно в її верхній третині (15 – 16,9 %). Значно рідше - в защеlepній і привушно-жувальній ділянках (по 10 спостережень – 22,5 %). Незначна кількість припадала на підпідборідну локалізацію (4 – 4,5 %), по 2 випадки - на завушну і щічну ділянки – 4,5 %.

Гнійне запалення лімфатичних вузлів найчастіше спостерігалось у піднижньощелепних ділянках – 30 спостережень (47,6 %). У привушно-жувальній ділянці нами спостерігався цей процес у 10 випадках (15,9 %). У 9 пацієнтів (14,3 %) лімфаденіт розташовувався на боковій поверхній шиї, в 5 (7,9 %) - у підпідборідній ділянці. У щічній

ділянці лімфаденіт мав місце в 4 випадках (6,3 %), у 3 дітей (4,8 %) запалювалися защеlepні лімфатичні вузли і у 2 пацієнтів (3,2 %) - завушні.

Слід зауважити, що незалежно від нозологічної форми запалення найчастіше лімфаденіт виникав у весняний і осінній періоди (97 спостережень – 63,8 %). На зимовий і літній час припадало 55 дітей (36,2 %).

Отже, в дітей у гостре запалення найчастіше втягуються лімфатичні вузли, розташовані в піднижньощелепній, привушно-жувальній ділянках та верхній третині бокової поверхній шиї, що пов'язано з підвищеним антигенним навантаженням на ділянки, звідки відтікає лімфа в регіональні колектори. У їхній структурі переважає серозна форма з переважанням випадків у весняно-осінній період.