

Студенти 5-го курсу стоматологічного факультету випуску 2012-2013 навчального року проходять навчання на кафедрі хірургічної стоматології ще за старою навчальною програмою. У 2013-2014 навчальному році студенти 5-го курсу стоматологічного факультету будуть навчатися в умовах кредитно-модульної системи. З цією метою відповідно до кредитно-модульної системи навчання було розроблено нові навчальні програми, введено єдину універсальну шкалу оцінювання успішності студентів. На підставі нової робочої навчальної програми на кафедрі хірургічної стоматології в десятому семестрі планується вивчення модуля №6 «Субординатура», з проведенням підсумкового модульного контролю. Структура модуля №6 «Субординатура» складається з 20 практичних 6-ти годинних занять (120 годин).

Для вивчення циклу передбачається проведення роз'яснення студентам структури модуля, організації та проведення практичних занять, системи оцінювання. Оцінка за модуль буде визначатися як сума оцінок поточної навчальної діяльності та підсумкового модульного контролю. Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті відповідаю заданих тем і включає оцінювання:

- початкового рівня (тестовий контроль);
- основного етапу практичного заняття (індивідуальне опитування, робота біля ліжка хворого, контроль професійних умінь під час мікро-курації хворих);
- кінцевого рівня знань (вирішення типових ситуаційних задач).

Студент допускається до підсумкового модульного контролю при умові виконання годин навчальної програми та при отриманні необхідної кількості балів за модуль. Незадовільні оцінки студентами відраховуються. На підсумковий, модульний контроль вноситься 100 задач типу «Крок-2». Результати оцінюються в балах та додаються до сумарної оцінки за модуль.

Провівши аналіз переходу на кредитно-модульну систему навчання слід відмітити, те що в 10 семестрі в об'ємі модуля №6 «Субординатура» не передбачено тематики для проведення самостійної роботи, також не передбачені теми для читання лекцій, що на нашу думку є певним недоліком модуля №6 «Субординатура» та є підставою для подальшої роботи по вдосконаленню даного модуля.



УДК: 616-089+616-001+617.52

*В. П. Пюрик, Г. Б. Проць, С. А. Огієнко, Я. В. Пюрик, Жад Тахер,  
Н. П. Гвоздик, Т. Л. Маландевич, В. Л. Козут*

Івано-Франківський Національний Медичний Університет

### **СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ЛИЦЯ**

В сучасних умовах зростає кількість травматичних пошкоджень лица, особливо внаслідок дорожньо-транспортних пригод. Травматичні деформації середньої зони лица виникають після відсутності належного лікування, або неадекватної діагностики. Часто в перші дні після травми скарги пацієнта незначні, що інколи зумовлює відмову від подальшого лікування, особливо, коли травма супроводжується алкогольною інтоксикацією. Зростають труднощі діагностики і лікування при пошкодженні декількох кісткових структур зокрема стінок і дна орбіти. Проблема посттравматичних деформацій лицевого черепа і реконструктивних втручань з метою їх усунення актуальна, про що свідчать чисельні публікації у вітчизняній і зарубіжній літературі ( В. О. Маланчук, 2009 ). Посттравматичні деформації часто супроводжуються атрофією м'яких тканин лица зі зміною контурів, порушенням симетричності сторін і виникненням спотворення, що негативно впливає на загальний стан і психіку хворого. Для репозиції і фіксації кісток лицевого черепа більшість сучасних хірургів використовують титанові мініпластинки і шурупи ( В. О. Маланчук 1984, 2012 ). У випадках посттравматичної деформації ефективність лікування хворих визначається не стільки здатністю виконати складне оперативне втручання, скільки вмінням хірурга визначити показання до того чи іншого втручання ( Г.А.Хацкевич, М.М.Солов'єв и соавт., 2006 ).

**Мета дослідження.** Розробка алгоритму лікування хворих на посттравматичні деформації середньої зони лица, які потребували реконструкції дна очниці.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 19 пацієнтів на посттравматичні деформації середньої зони лица, в процесі лікування яких виконано реконструкцію дна орбіти. Крім загальноклінічного обстеження і обстеження лицевого черепа, хворим виконували ортопантомографію щелеп, рентгенографію СНЩС за Шулером, та спіральну комп'ютерну томографію з 3D реконструкцією, в деяких випадках МРТ. До обстеження залучали висококваліфікованого рентгенолога, окуліста, отоларинголога.

Основними причинами переломів кісток лицевого черепа були: побутова травма - 63%, транспортна - 31%, інші причини - 6%. У всіх пацієнтів пошкодженими були три і більше лицевих кісток. Час від травми до настання посттравматичної деформації становив  $1,5 \pm 0,3$  роки. Після складання плану лікування, виконували оперативне лікування, застосовуючи рефрактуру, репозицію кісток лица в правильне положення з фіксацією титановими міні пластинами, при відсутності дна очниці, її відновлювали за допомогою титанової пластини, яку фі-

ксували до непошкоджених кісток верхньої щелепи. Титановий імплантат для реконструкції дна орбіти вигинали згідно даних МРТ і комп'ютерного моделювання. В процесі роботи нами вироблені вимоги до складання плану лікування, вимоги до імплантату очниці та алгоритм етапів лікування.

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 травматичному сполученні з додатковими пазухами носа;
- 5) Стабільність положення імплантату в післяопераційному періоді;

Процес вибору тактики лікування хворих на посттравматичні деформації середньої зони лица складається з наступних послідовних кроків:

- A. визначення локалізації переломів, які викликали посттравматичну деформацію кісток лицевого черепа;
- B. оцінка порушень зору;
- C. оцінка косметичних і функціональних порушень;
- D. оцінка можливостей оперуючого хірурга;
- E. визначення доцільності рефрактури неправильно зрощених кісток і оптимального методу остеосинтезу.

**Висновки.** 1. На першому етапі усунення посттравматичних деформацій верхньої щелепи з пошкодженням орбіти необхідно відновити нормальні анатомічні співвідношення суміжних до очниці кісток середньої зони лица шляхом рефрактури, репозиції і остеосинтезу.

2. Для реконструкції дна очниці титанові пластини слід конструювати з урахуванням розмірів орбіти, отриманих при МРТ і комп'ютерному моделюванні.

3. Представлений алгоритм лікування хворих на посттравматичні деформації середньої зони лица, які потребують реконструкції дна очниці, може бути методом вибору в практичній діяльності клінік і відділень хірургічної стоматології.



616.311.2:611.018.7:579.23-053.8/9

*О. Д. Салюк, к.мед.н.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

## ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭПИТЕЛИЯ ДЕСНЫ

Старение, как известно, характеризуется снижением приспособляемости к влиянию факторов внешней среды, что обусловлено изменениями функционирования отдельных систем. В зависимости от возраста изменяется и барьерная функция слизистой оболочки полости рта. В пожилом, а особенно в старческом возрасте, слизистая оболочка ротовой полости претерпевает ряд структурных изменений, характерных как для ее эпителиального покрова, так и для собственно слизистой оболочки.

Как показали наши ранние исследования, процесс возрастной инволюции характеризуется истончением эпителиального покрова, в основном, за счет базального и шиповидного слоев; дистрофическими изменениями эпителиальных клеток, нарушением процессов кератинизации и структуры межклеточных контактов, что ведет к уменьшению механической прочности рогового слоя и связанному с ним нарушению барьерной функции эпителия.

Проведенное в дальнейшем сравнительное цитологическое исследование эпителия десны без явных патологических изменений у 35 лиц молодого возраста (18-25 лет) и соответственно у 35 пожилого (60-74 лет), которое проводилось методом эксфолиативной цитологии, заключалось в определении процентного соотношения эпителиальных клеток различных стадий дифференцировки (I-VI). Анализ цитограмм эпителия десны показал, что у пациентов обеих групп основную часть составляли клетки поверхностного слоя эпителия (V и VI стадии созревания). У пожилых лиц клетки поверхностного слоя более активно подвергаются ороговению, значительно снижается количество клеток шиповатого слоя (III и IV стадии). Если у молодых пациентов они составляют около 28%, то у пожилых – 15%. Стойкость барьерного эпителия, определяемая по количеству оторванных эпителиальных клеток при дозированной нагрузке, с возрастом также снижается (соответственно  $738,4 \pm 72,1$  против  $1252,5 \pm 103,0$ ).

Таким образом, комплекс морфофункциональных возрастных изменений десны обуславливает ее низкую реактивность, слабую компенсаторную и регенераторную способность. Это создает предпосылки к затяжным, вялотекущим хроническим воспалительным процессам.

