

PASTE) с использованием резиновых полировочных чашечек.

Далее пациенты в домашних условиях проводили обработку стороны протеза, примыкающего к слизистой оболочке, 2,5 % раствором Пимофуцина, капая в разных точках, 3-4 раза в сутки. Рекомендовалось протез, после последней обработки пимофуцином, оставлять на ночь, а утром тщательно промывать и снова наносить капли пимофуцина.

Комплекс антигрибковых мероприятий включал: 1. Прием внутрь фунгицидного препарата Флюканазол по 50 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней. 2. Прием внутрь Иммунала для повышения неспецифического иммунитета по 15 капель 3 раза в день в течение 14 дней. 3. Полоскание рта антисептическим ополаскивателем Элюдрил для обеспечения местного бактерицидного и антигрибкового эффекта 3 раза в день в течение 2-х недель.

Таблица

Динамика изменения клинических и микробиологических показателей слизистой оболочки полости рта под влиянием применения лечебного комплекса при обострении хронического кандидоза слизистой оболочки полости рта у лиц со съёмными зубными протезами

Исследуемые показатели	До лечения	Через 2 недели
Уровень обсемененности СОПР грибами Candida (КОЕ/на соскоб)	5750,2±685,5	1015,2 ±92,1
Наличие на СОПР очагов творожистого налета		
От 1 до 5 (кол-во лиц)	2 (22 %)	3 (33 %)
От 6 до 10 (кол-во лиц)	5 (56 %)	0 (0%)
Сливающиеся очаги (кол-во лиц)	2 (22 %)	0 (0 %)

Результаты исследований, представленные в таблице, показали, что до лечения наблюдалась высокая степень обсемененности СОПР грибами Candida. У всех пациентов выявлялись слизистой оболочке щек и в области протезного ложа белые пятна в виде белого творожистого налета, причем у двоих - трудно отделяющаяся пленчатая поверхность из творожистых напластований.

Через 2 недели активного лечения показатели обсемененности СОПР грибами Candida уменьшились более чем в 5 раз, хотя и не достигли показателей нормальных значений. У 6 человек из 10 налета не было вообще, однако слизистая оболочка все еще оставалась гиперемированной.

В целом результаты исследований свидетельствовали об эффективности проведенного лечения.

REFERENCES

1. **Krishnan P.A.** Fungal infections of the oral mucosa. Indian Journal of Dental Research. 2012;23(5):650-9.
2. **Thein Z. M., Seneviratne C. J., Samaranayake Y. H., Samaranayake L. P.** Community lifestyle of Candida in mixed biofilms: a mini review. Mycoses. 2009 52 (6): 465-7.
3. **Puri S, Kumar R, Chadha S, Tati S, Conti HR, Hube B, Cullen PJ, Edgerton M** Secreted aspartic protease cleavage of Candida albicans Msb2 activates Cek1 MAPK signaling affecting biofilm formation and oropharyngeal candidiasis. PLoS One. 2012;7(11):e46020.
4. **Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A, Petruzzi M, Serpico R** Candida-associated denture stomatitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Mar 1;16(2):39-43.
5. **Campisi G., Panzarella V.** Risk factors of oral candidosis: A twofold approach of study by fuzzy logic and traditional statistic. Arch. Oral Biol. 2008 53(4):388-97.
6. **Iveriyeli M. V., Abashidze N. O.** Oral candidiasis: etiology, патогенез, medical help. organization Clinical stomatology. 1999;2: 52-56.
7. **Elinov N. P., Vasilyev N. V., Stepanova A.A. Chilina G. A.** Candida. Candidiasis. Laboratory diagnostics SPb, 2010. — 208.

Поступила 26.04.13

УДК. 616.716.1-089.818.6-036.82

Р. А. Левандовський

Буковинський державний медичний університет,
Приватна стоматологічна клініка доктора
Романа Левандовського, м. Коломия

ПЕРША ЛАНКА ПЕРМАНЕНТНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОДНОСТОРОННЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

В статті наведено конструктивне рішення протезування після резекції верхньої щелепи з приводу видалення злоякісних та об'ємних (великих) доброякісних пухлин. Ортопедична реабілітація за допомогою резекційної апаратури за присутності на здоровій стороні природних зубів або імплантатів в якій передбачено розширені межі по перехідній складці на боці резекції з імітацією гайморової пазухи. Проведено у дев'яти хворих. Віддалені результати протезування показали ефективність запропонованого методу як в медичному, так і в соціальному аспектах.

Ключові слова: резекція верхньої щелепи, перманентна концепція ортопедичної реабілітації, штучна гайморова пазуха.

Р. А. Левандовский

Буковинский государственный медицинский университет,
Частная стоматологическая клиника доктора
Романа Левандовского, г. Коломия

ПЕРВОЕ ЗВЕНО ПЕРМАНЕНТНОЙ КОНЦЕПЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В статье приведено конструктивное решение протезирования после резекции верхней челюсти по поводу удаления злокачественных и объемных (больших) доброкачественных опухолей. Ортопедическая реабилитация с помощью резекционной аппаратуры при наличии на здоровой стороне естественных зубов или имплантатов, в которой предусмотрены расширенные границы по переходной складке на стороне резекции с имитацией гайморовой пазухи. Проте-

зирование проведено у девяти больных. Отдаленные результаты протезирования показали эффективность предложенного метода как в медицинском, так и в социальном аспектах.

Ключевые слова: резекция верхней челюсти, перманентная концепция ортопедической реабилитации, искусственная гайморова пазуха.

R. A. Levandovskyi

Bukovina state medical university
Private stomatological clinic of Doctor Roman Levandovskyi,
Kolomyia

THE FIRST LINK OF THE PERMANENT CONCEPTION OF ORTHOPEDIC REHABILITATION OF THE PATIENTS AFTER UNILATERAL RESECTION OF UPPER JAW

ABSTRACT

The article gives constructive solution prosthesis after resection of the upper jaw on the removal of malignant and bulk (large) benign tumours. Orthopaedic rehabilitation using resection apparatus on the healthy side of natural teeth or implants, which provides expanded borders to transition the crease on the side of resection with simulated maxillary sinus. Prosthesis was performed in nine patients. Long-term results have shown the effectiveness of the proposed prosthetic method as in the medical and the social aspects.

Key words: resection of the upper jaw, the concept of permanent orthopaedic rehabilitation, artificial maxillary sinus.

Актуальність теми. Відомо, що резекція половини верхньої щелепи, з приводу видалення злоякісних та великих доброякісних пухлин, призводить до утворення значних анатомічних дефектів і викликає порушення життєво важливих функцій, а саме: жування, дихання, ковтання, мовлення. Крім того, значно спотворює притаманні даній особистості риси обличчя і викликає психологічний дискомфорт, а в деяких випадках депресію, яка може перерости в більш важкі психічні розлади [4, 11, 14, 15, 18].

Звичайно вирішення проблеми заміщення виниклого післяопераційного дефекту здійснюють шляхом протезування замісним (безпосереднім) протезом, який накладають після операції або після повного загоєння рани (віддалене протезування) за методикою

Й. М. Оксмана. Вона передбачає застосування захисної пластинки у вигляді звичайного часткового пластинкового протезу (рис. 1). Ця технологія відображена в багатьох джерелах [1, 3, 19]. Але внаслідок незадовільної фіксації в порожнині рота та згубного впливу дротяних кламерів (рис. 2) на опорні зуби, які обмежують дефект, такі протези найчастіше ігноруються пацієнтами. Тому, протез Оксмана класично застосовується тільки після повного загоєння рани. Все це сприяє активному западанню щоки на боці резекції з подальшим спотворенням обличчя [7, 10, 17]. Використання м'якої пластмаси для утримання тканин, обмежуючих післяопераційний дефект, в перші дні та тижні після резекції щелепи, також не утримує м'які тканини, що в подальшому сприяє зміні зовнішнього вигляду пацієнта на боці резекції. Ще одним недоліком м'якої пластмаси є висока пористість і швидке забруднення її у пацієнтів, які перенесли променевию терапію та резекцію щелепи. За нашими спостереженнями в 100 % випадків м'яка пластмаса уражається *Candida albicans* вже через 1,0-1,5 років після початку користування протезом (рис. 2) [16].

Тому **метою** нашого дослідження стало розробити та запропонувати ефективну післярезекційну апаратуру з розширеними межами, штучною гайморовою порожниною та фіксацією її за допомогою дентальних, альвеолярних, дентоальвеолярних, імплантодентоальвеолярних кламерів на здоровому боці щелепи з опорою на природні зуби або дентальні імплантати.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились дев'ять хворих чоловічої та жіночої статі у віці від 30 до 67 років, яким були виготовлені резекційні протези. Трьом з них протези виготовлялись двічі, одній пацієнтці тричі. Нами в різних клінічних випадках виготовлено такі протези дев'яти хворим з односторонніми резекціями верхньої щелепи з приводу раку.

У всіх випадках пацієнти користувались виготовленими протезами певний час. Повторні виготовлення протезів були пов'язані з банальною втратою протезу (в одному випадку), необхідністю виготовити їх більш точно і якісно з врахуванням конфігурації протезного пострезекційного поля (в шести випадках) або зі зміною висоти прикусу (у двох випадках).



Рис. 1. Хвора 3. 61р. а. - стан після резекції верхньої лівої щелепи з приводу раку слизової оболонки гайморової пазухи; б. - захисна піднебінна пластинка



Рис. 2. Пацієнт Х. 30р. а. стан після резекції верхньої лівої щелепи з приводу об'ємного доброякісного ураження; б. резорбція кісткової тканини в ділянці 11 зуба внаслідок згубної дії дрютяного кламеру через 4,5 місяці після протезування; в. - протез за Оксманом з грибковим ураженням обтуруючої частини через 1,2 року з початку його експлуатації.

Як ми бачимо, проблема заміщення резекційного дефекту кісткового скелету та м'яких тканин обличчя виникає з моменту резекції вже в операційній. Наша концепція полягала в тому, що хворий після резекції верхньої щелепи жодної хвилини не повинен залишатися без протезу, що забезпечувалося лінійкою спеціальної ортопедичної апаратури [2, 5]. Тобто перший резекційний протез, у таких пацієнтів при наявності природних зубів на здоровій стороні в обов'язковому порядку, накладався в операційній в різних модифікаціях [8, 12, 13].

Проблема полягала в тому, що неможливо було одержати якісний відбиток одразу після операції внаслідок болю та мацерованої рани, яка піддавалась травмуванню. Тому, ми виготовляли нашу апаратуру по відбитках, отриманих до операції, а сама конструкція узгоджувалась напередодні з хірургом-онкологом.

Протез, який ми застосовували при резекції верхньої щелепи мав розширені межі по перехідній складці на боці резекції з імітацією гайморової пазухи та обов'язковим передбаченням дентоальвеолярних, імплантоальвеолярних, дентоімплантоальвеолярних кламерів на здоровій стороні. Таким чином, забезпечувалась можливість протезування верхньої щелепи після її резекції з приводу видалення злоякісних пухлин, з надійною фіксацією, виключенням попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшенням подразнення тканин та мацерації рани, усуненням западання тканин щоки на боці резекції і підтриманням фонетичних аспектів [6, 9].

При потребі, виготовляли наступний протез через 1,5-3,0 місяці після первинної епітелізації рани, який відрізняється тим, що при його виготовленні враховували індивідуальні особливості проведеного оперативного втручання на моделях, які попередньо отримували перед операцією. Саме він допомагав дозрівати слизовій оболонці протезного ложа в заданій нами конфігурації.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті протезування вдалося усунути недоліки, пов'язані з незадовільною фіксацією, попаданням залишків їжі та рідини в ділянку дефекту з подразненням тканин, обмежуючих післяопераційний дефект. Фіксація за оцінками пацієнтів була значно кращою, покращилися умови для загоєння рани, що дозволило скоротити термін її загоєння, а головне - м'які тка-

нини щоки на боці резекції отримали стабільну зручну опору на всьому протязі, яка дозволила запобігти западанню щоки та відновити фонетичні аспекти.

Для здійснення перманентної ортопедичної реабілітації пропонується конструкція безпосереднього резекційного пластинкового протезу верхньої щелепи, яка складається з двох частин. Перша - фіксує на здоровому боці з кламерною фіксацією утримуючими дрютяними кламерами (при достатній кількості опорних зубів) або дентальних імплантатах, які обов'язково зв'язані в єдиний блок - мостоподібний протез. Друга - замісна частина у вигляді базису пластинкового протезу, межі якого по перехідній складці на боці резекції подовжені в 2,0-3,5 висоти альвеолярного відростка вище перехідної складки з вестибулярного боку з поступовим переходом до лінії остеотомії у фронтальному відділі та ретромолярній ділянці. При цьому підвищений вестибулярний борт потовщений на 1,5-2,0 товщини базисного воску, а край борту, обов'язково, оформлений каплеподібно. Також змодельована штучна гайморова пазуха у вигляді резервуару для депонування лікарських засобів і підтримання перев'язувального матеріалу в ранньому післяопераційному періоді, зі збереженням стандартних меж на здоровій стороні та фіксацією на опорних зубах, дентальних імплантатах та альвеолярному відростку (рис. 3)

Саме таке конструктивне вирішення дозволяє забезпечити можливість протезування після резекції верхньої щелепи з приводу видалення злоякісних пухлин з надійною фіксацією, що виключає попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшує подразнення тканин та мацерації рани, усуває западання тканин щоки на боці резекції і забезпечує підтримання фонетичних аспектів.

Протез в порожнину резекції накладається в операційній. Для цього до операції отримують один - два відбитки з нижньої та три відбитки з верхньої щелепи. Далі визначають центральну оклюзію за допомогою воскових шаблонів з прикусними валиками або силіконовими блоками і передають до зуботехнічної лабораторії. На гіпсовій моделі на боці майбутньої резекції, за участю оперуючого хірурга, зрізають всі зуби, дефект щелепи шпаклюють гіпсом, перехідну складку на боці резекції переносять вгору на 2,0-3,5 висоти альвеолярного відростка, починаючи від лінії остеотомії і закінчуючи ретромолярною ділянкою у зоні

видаленого горба верхньої щелепи. При цьому забезпечують проходження дистальної межі протеза на боці резекції, як правило, на 3,0–4,5 мм дистальніше лінії «А» і забезпечують зміщення подовженої межі

протеза латерально в бік щоки на 2,0–2,5 мм товщини накладеного базисного воску (рис. 4)



Рис. 3. Хворий М., 52 р. а. - резекція правої верхньої щелепи з приводу раку слизової оболонки гайморової пазухи, протез з піднятим вестибулярним бортом через 10 місяців після операції; б. - дентальний імплантат на місці 21 зуба через 16 місяців після резекції, після втрати коронкової частини 22 зуба; в. - протез з піднятим вестибулярним бортом з фіксацією дрютяними денто-імпланто кламерами на пластмасовому мостоподібному протезі.



Рис. 4. а. Хворий М.52р. визначення центральної оклюзії з допомогою воскових валиків. б. протез з вестибулярним бортом та дентоальвеолярними кламерами. в. імітація штучної гайморової пазухи.

Моделюють внутрішню конфігурацію безпосереднього протеза (піднебінну частину на боці резекції) у двох варіантах для одного і того ж хворого з урахуванням раннього післяопераційного періоду та періоду первинної епітелізації операційної рани. Перший протез накладається відразу після виконаної резекції. Цей протез моделюють таким чином, щоб забезпечити утримання турунди в правильному положенні та запобігти скупченню в порожнині протеза патологічних тканин, рідини, відмерлого епітелію тощо, а конструкція вестибулярної частини на боці резекції забезпечує утримання щоки у правильному положенні, що запобігає западанню щоки і опущенню повіки. При цьому внутрішню конфігурацію пластинкового протезу на боці резекції виготовляють за формою гайморової пазухи для попередження фонетичних розладів. Другий протез, при потребі, виготовляють через 1,5-3,0 місяці після первинної епітелізації рани, який відрізняється тим, що при його виготовленні враховують індивідуальні особливості проведеного оперативного втручання на моделях, які попередньо отримані перед операцією. Він допомагає дозрівати слизовій оболонці протезного ложа.

Таким чином результати протезування показали, що використання перманентної концепції ортопедичної реабілітації дозволяє запобігти попаданню залишків їжі та рідини в ділянку дефекту, скорочує терміни загоювання рани, не допускає западання м'яких тканин щоки на боці дефекту, розладів фонетичних аспектів у пацієнтів, оскільки відсутність кісткової опори вдало компенсована конструкцією протеза.

Висновок. Безпосередній резекційний пластинковий протез, як перша ланка перманентної концепції реабілітації забезпечує можливість протезування у випадках видалення верхньої щелепи з приводу великих доброякісних та злоякісних пухлин з надійною фіксацією, виключає попадання залишків їжі та рідини у ділянку дефекту, зменшує подразнення тканин та мацерації рани, усуває западання тканин щоки на боці резекції, і забезпечує підтримання фонетичних аспектів у пацієнтів та збереження втрачених з приводу оперативного втручання функцій.

Перспективи подальших досліджень. Використання запропонованої конструкції резекційних протезів в онкологічних клініках значно підвищить перманентну реабілітацію цієї категорії хворих.

Список літератури

1. **Абакаров С. И.** Конструкции сложночелюстных протезов верхней челюсти и способ их изготовления / С. И. Абакаров, Л. М. Забалуева // Пути совершенствования последилового образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии. - М., 2002. - С. 94-95.
2. **Агапов В. С.** Применение дентальной имплантации в комплексе реабилитационных мероприятий у больных с дефектами челюстей / В. С. Агапов, С. Д. Арутюнов, А. Ю. Дробышев // Актуальные вопросы детской черепно-лицевой хирургии и нейроратологии : Материалы 4-го Междун. Симпозиума. - 2002. - С. 27-28.
3. **Асташина Н. Б.** Комплексное лечение и реабилитация пациентов с приобретёнными дефектами челюстей: автореф. дис... доктора медицинских наук: 14.00.21 - «Стоматология» / Н. Б. Асташина - Пермь, 2009. - 38 с.
4. **Беликов А. Б.** Особенности изготовления непосредственного протеза при односторонней резекции беззубой верхней челюсти / А. Б. Беликов, В. В. Рубаненко, А. И. Тесленко // Клиніка і технологія повного знімного протезування: Матеріали. обласної наук.-практ. конф. лікарів-стоматологів- ортопедів та науковців. (26 жовтня 2005), Полтава. - С. 86-89.
5. **Галонский В. Г.** Непосредственные ортопедические мероприятия после верхнечелюстной резекции / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Т. В. Корникова // Сибирский медицинский журнал. - 2009. - №4. - С. 59-62.
6. **Глоссарий** основных понятий, терминов, определений и зависимостей в биомеханике применительно к челюстно-лицевой хирургии и стоматологии / А. Н. Чуйко, Р. А. Левандовский, А. Б. Беликов [и др.] // Буковинский медицинский вестник. - 2012. - №2(62). - С. 201-211.
7. **Забалуева Л. М.** Реабилитация больных с резекционными дефектами верхней челюсти : автореф. дис ... кандидата медицинских наук: 14.00.21 «Стоматология» / Л. М. Забалуева. - Москва, 2005. - 19 с.
8. **Патент 90395 Україна.** Заміщаючий післярезекційний протез верхньої щелепи / Левандовський Р. А.; опубл. 26.04.2010, Бюл. №8.
9. **Патент 50973 Україна.** Безпосередній резекційний пластинковий протез верхньої щелепи (резекційний пластиковий протез Левандовського - Бєлікова) / Левандовський Р. А., Бєліков О. Б. - Патент України на корисну модель №50973 МПК А61С13/00.- 2010. - Бюл. 12.
10. **Патент 52857 Україна.** Знімний резекційний пластинковий протез верхньої щелепи з самофіксацією Левандовського / Левандовський Р.А.; заявл.23.03.2010; опубл. 10.09.2010, Бюл. №17.
11. **Психоэмоциональное** состояние онкологических больных после оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области / А. Б. Беликов, А. Г. Зайцев, Б. Н. Ризнык, И. М. Пичкур // Український стоматологічний альманах. - 2007. - № 1. - С. 19-22.
12. **Левандовський Р. А.** Заміщаючий пострезекційний протез верхньої щелепи з шарнірною фіксацією / Р.А. Левандовський. Міжнародна науково-практична конференція: [« Актуальні питання медицини: проблеми, гіпотези, дослідження»] (27 жовтня 2012), Одеса. - С.37-40
13. **Левандовський Р.А.** Інтелектуальні зубні протези / Левандовський Р. А // V Український Міжнародний конгрес «Стоматологічна імплантація. Остеоінтеграція» 27-28квітня 2012 Київ.-278-279 с.
14. **Левандовський Р. А.** Психологічні аспекти ортопедичної реабілітації пацієнтів з допомогою дентальних імплантатів з локалізацією злоякісних пухлин в щелепно-лицевій ділянці, зокрема на верхній щелепі. Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21-22 вересня 2012 р.): - Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2012. - 108 с.
15. **Левандовський Р. А.** До питання раннього виявлення та реабілітації пацієнтів з раком порожнини рота та слизової оболонки гайморової пазухи зокрема / Р. А. Левандовський. Міжнародна науково-практична конференція: «Вітчизняна та світова медицина: вимоги сьогодення» (14-15 вересня 2012), Дніпропетровськ. - С. 26-30.
16. **Левандовський Р.А.** Фіксація резекційних протезів верхньої щелепи та причини втрати опорних зубів на здоровій стороні // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Медицина науки: проблеми та досягнення сучасних досліджень». Київ 2012. 34-38 с.
17. **Макаревич А. А.** Качество жизни челюстно-лицевых он-

кологических больных после ортопедической стоматологической реабилитации: автореф. дис.канд. мед. наук / А. А. Макаревич. - Москва, 2009. - 24 с.

18. **Медико-социальные** аспекты оказания ортопедической стоматологической помощи больным с челюстно-лицевыми дефектами / А. С. Арутюнов, И. Ю. Лебеденко, И. С. Кицул, Д. О. Санодзе // Российский вестник дентальной имплантологии. - 2010. - № 1(21). - С.16-20.

19. **Ортопедическая стоматология.** Технология лечебных и профилактических аппаратов / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнев, Н. Ю. Незнанова, С. Б. Фишев: Учебник для медицинских вузов /под ред. проф. В.Н. Трезубова. - Спб: Спец. Лит, 2001. - С.429-433.

REFERENCES

1. **Abakarov S.I. Zabalueva L.M.** The constructions of the complex-maxillary prosthesis of upper jaw and the method of their production. The ways of the improvement of postgradual education of the specialists in dentistry. The urgent problems of orthopedic dentistry and orthodontia. Aktual'nye problemy ortopedicheskoy stomatologii i ortodontii. 2002: 94-95.
2. **Agapov V. S. Arutyunov S.D., Drobyshev A.** The use of dental implants in complex rehabilitation of patients with defects of the jaws. Aktual'nye voprosy detskoi cherepno-litsevoi khirurgii i nevroptologii:materialy 4 Mezhdunarodnoho Simpoziuma. 2002:27-28.
3. **Astashina N.B.** Comprehensive treatment and rehabilitation of patients with acquired defects of the jaws: Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. Perm, 2009:38.
4. **Belikov A.B. Rubanenko V.V., Teslenko A.I.** Features made directly with unilateral resection prosthesis edentulous maxilla. Klinika i tehnologiya povnogo znmnogo protezuvannia: Materialy oblasnoi nauk.-prakt.conf. Likariv-stomatologiv-ortopediv ta naukovtsiv. Poltava. 86-89.
5. **Galonsky V.G. Radkevich A.A., Kornikova T.V.** Immediate actions after orthopedic maxillary resectiono Sibirskii meditsinskii zhurnal. 2009;4:59-62.
6. **Chuyko A.N., Levandovskiy R.A., Belikov A.B. i dr.** The glossary of the main notions, terms, determinations and dependencies in biomechanics with regard to maxillo-facial surgery and dentistry. Bukovyn's'kyj medychnyj visnyk. 2012;2(62):201- 211.
7. **Zabalueva L.M.** Reabylytatsiya bol'nykh s rezekcyonnyymi defektamy verhn'ej cheljusty: [Rehabilitation of patients with resection of the upper jaw defects]. Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. Moskva, 2005:19.
8. **Levandovskiy R.A** Patent 90395 Ukraine. Replacing after-resection prosthesis of upper jaw; published on 26.04.2010, Bul. №8.
9. **Lewandowskyi R., Belikov O.B.** Patent 50973 Ukraine. Plastic immediate resection of the upper jaw prosthesis Patent Ukrainy na korysnu model № 50973 MPK A61S13/00. - 2010. - Biul. 12.
10. **Lewandowskyi R.A.** Patent 52857 Ukraine. Removable plate denture resection of the upper jaw with itself fixation Lewandowskyi /; zaiavl.23.03.2010, opubl. 10.09.2010, Biyl: .17.
11. **Belikov A.B., Zaitsev A.G., Riznyk B. N., Pichkur I. M.** Psycho-emotional state of cancer patients after surgery in the maxillofacial region. Ukrainskiy stomatolohichnyi almanakh. 2007;1:19-22.
12. **Lewandowskyi R. A.** Postresection prosthetic replacement of the upper jaw with tilt lock. Mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia. Aktualni pytannia medytsyny: problemy, hipotezy, doslidzhennia Odessa. 37-40.
13. **Lewandowskyi R. A.** The intellectual dentures. The Vth Ukrainian International Congress. Dental Implantation. Osteointegration. Kyi'v:278-279.
14. **Левандовський Р. А.** The psychological aspects of orthopedic rehabilitation of patients with dental implants with localization of malignant tumors in maxillo-dental part, especially on upper jaw. The theoretical and practical aspects of the development of modern medicine: the collection of the theses of the scientific works by the participants of the international theoretical and practical conference. - L'viv: GO «L'viv's'ka medychna spil'nota», 2012:108.
15. **Lewandowskyi R. A.** On the question of early detection and rehabilitation of patients with cancer of the oral cavity and the maxillary sinus mucosa particular. Mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia [Vitchyzniana ta svitova medytsina: vymohu sohodennia.] (14-15 veresnia 2012), Dnipropetrovsk. : 26-30.
16. **Lewandowskyi R. A.** The fixation of the resection prostheses of upper jaw and the reasons of the loss of abutment teeth at healthy side. The collection of the materials from the international theoretical and practical conference "The medical sciences: the problems and the

achievements of the modern investigations”. Kyi'v, 2012:34-38.

17. **Makarevich A.A.** Kachestvo zhizni chelyustno-litsevykh onkologicheskikh bol'nykh posle ortopedicheskoy stomatologicheskoy reabilitatsii [The quality of life of maxillo-facial oncologic patients after orthopedic dental rehabilitation: abstract of a candidate's thesis on medicine]. Abstract of dissertation for candidate of medical sciences. Moskva, 2009:24.

18. **Arutyunov A.C., Lebedenko I.Yu., Kitsul I.S., Sanodze D. O.** Medical-social aspects of the orthopedic dental aid to patients with maxillo-facial defects Rossiyskiy vestnik dental'noy implantologii. 2010; 1(21):16-20.

19. **Trezubov V.N., Mishnev L.M., Neznanova N.Yu., Fishev S.B.** Ortopedicheskaya stomatologiya. Tekhnologiya lechebnykh i profilakticheskikh apparatov. Uchebnik dlya meditsinskikh vuzov. [The orthopedic dentistry. The technology of the therapeutic and preventive devices. The manual for institutes of higher medical education] Spb: Spets. Lit, 2001:429-433.

Надійшла 29.01.13

