

- законодавче визначення і затвердження переліку мінімальних соціальних стандартів у галузі стоматології, який забезпечується за рахунок бюджетного фінансування;
- реструктуризація та переорієнтація системи стоматологічної допомоги у межах територіальних програм державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги з акцентом на мазову первинну профілактику та високоякісну і своєчасну невідкладну допомогу;
- подальший розвиток інфраструктури платного лікування у державних закладах охорони здоров'я та установах, заснованих на різних формах власності (платні кабінети, платні стоматологічні відділення, державно - приватне партнерство).

Розвиток інфраструктури державних амбулаторно-поліклінічних закладів у сформованих умовах ми бачимо в залученні приватного капіталу до їх фінансування і управління, що має підвищити ефективність управління ними та забезпечити доступ до додаткового капіталу для їх подальшого вдосконалення. У той же час має діяти законодавча заборона на приватизацію даних об'єктів, оскільки внаслідок їх стратегічного значення держава повинна мати ефективні важелі управління.

У результаті створення механізму державно-приватного партнерства (ДПП), держава отримує фінансові та управлінські ресурси приватного сектора, залишаючи за собою контроль над амбулаторно-поліклінічними стоматологічними структурами, а приватний капітал отримує доступ до тих державних закладів, які були для нього закриті, оскільки повністю перебували у віданні держави.

У запровадження ДПП заклади керуються законом України від 1 липня 2010 року № 2404-VI «Про державно-приватне партнерство», із змінами, внесеними згідно із Законами ВР № 5007-VI (5007-17) від 21.06.2012, 16.10.2012, в якому відображені принципи, механізми та технологія діяльності.

Даний Закон визначає організаційно-правові засади взаємодії державних та приватних партнерів та основні принципи державно-приватного партнерства на договірній основі.

Висновки. 1. Результати проведеного дослідження свідчать про незадовільну діяльність державних стоматологічних поліклінік та їх нетоварну організацію в умовах ринку і недостатнього фінансування.

2. У дослідженні обґрунтовано доцільність залучення приватного капіталу до фінансування та управління державними стоматологічними амбулаторно - поліклінічними закладами на умовах державно-приватного партнерства. Формування державно-приватного партнерства має бути націлене на вирішення завдань соціально-економічної політики у стоматології та забезпечення підвищення якості стоматологічної допомоги.



УДК 616.314.17 – 003.84

А. В. Самойленко, д. мед. н., О. Д. Салюк, к. мед. н.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

УЛЬТРАСТРУКТУРА КАЛЬЦИФІКАТІВ ПУЛЬПИ ЗУБІВ

В патологічних умовах при впливах різних несприятливих факторів в пульпі зуба можуть утворюватися тверді субстанції, яких в нормі не повинно бути. Згідно літературних даних, серед мінералізованих структур пульпи, частіше за все виділяють петрифікати і дентиклі.

Метою нашого дослідження стало визначення ультраструктури кальцифікатів пульпи зубів шляхом патоморфологічної оцінки їх будови та механізмів формування.

Матеріалом дослідження слугували тканини пульпи зубів з розміщеними в ній кальцифікатами, виявленими в зубах у 45 пацієнтів. Вивчення ультраструктури кальцифікатів проводилося на скануючому мікроскопі і на світлооптичному рівні.

Дані про знаходження кальцифікатів в пульпі зубів відповідно до віку характеризувалися певною варіабельністю: від знаходження у 8-річної дівчинки до 60-річного чоловіка.

Наші дослідження підтвердили, що формування твердих відкладень в пульпі зуба може відбува-

тися декількома шляхами. Провідним механізмом в утворенні істинних дентиклів (по типу третинного дентину) є підвищена здатність клітин пульпи диференціюватися в одонтобласти під впливом подразнюючих факторів ендogenous походження (порушення процесів метаболізму різного генезу). Такі дентиклі частіше за все мали пошарову будову з безладно розміщеними колагеновими волокнами. Високоорганізовані дентиклі відзначалися наявністю дентинних каналців.

В результаті виконаних нами досліджень, поряд з дентиклями, які реєструвалися в 51,2 % випадків, петрифікати зустрічалися в 44,5 %. Вони відрізнялися від дентиклів базофільним фарбуванням, однорідністю, аморфністю структури. Петрифікати локалізувалися, за звичай, в ділянках склерозу або в тканинах пульпи з явищами некрозу. В механізмі розвитку склерозу пульпи значну роль відіграє погіршення трофіки пульпи зуба внаслідок склеротичних, дистрофічних (гіаліноз) змін стінок судин пульпи зуба.

Наукова новизна проведених досліджень полягає в тому, що у видалених з пульпи кальцифікатів (6,7 %) нами були виявлені такі кісткові балочки, які часто виступають під маркою дентикля. Факт формування подібних кальцифікованих відкладень в пульпі зуба можна пояснити шляхом диференціювання клітин пульпи не тільки в одонтобласти, але і в остеобласти з наступним утворенням кістковоподібної структури. Безсумнівно, що механізм появи в пульпі кістковоподібних утворень потребує подальшого поглибленого вивчення і уточнення.



УДК 616.314-089.843

*О. Н. Сенников, к. мед. н., В. И. Карый к. мед. н., А. А. Прийма к. мед. н.,
В. Б. Новицкий к. мед. н., А. М. Сенникова, У. Р. Яричев*

Государственное учреждение "Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины"

СПОСОБ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ И КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ

Существует способ двухэтапной дентальной имплантации. Вначале, используя костный ауто-трансплантат и метод направленной тканевой регенерации, создают необходимый объем альвеолярного отростка, затем вводят дентальные имплантаты (Ф. Ф. Лосев, Дмитриев В.М., Жарков А.В. // Российский вестник дентальной имплантологии. 2003. № 1. С.14-18). Первая операция включала проведение основного и послабляющих разрезов, отслойку слизисто-надкостничного лоскута, выпиление костного блока, соответствующего размерам дефекта, сверление каналов для титановых шурупов, фиксирующих трансплантат, обработку и фиксацию трансплантата с заполнением имеющихся пустот измельченной костью из еще одного костного блока, ушивание раны. Через 6 месяцев раскрывают рану, удаляют титановые шурупы и устанавливают имплантаты, рану вновь ушивают, еще через 3 месяца раскрывают имплантаты и устанавливают формирователи десны для последующего протезирования. Недостатками известного способа является то, что лечение продолжительное (9-18 мес. и более), так как вначале восстанавливается объем костной ткани альвеолярного отростка, затем проводится операция имплантации и только после этого приступают к протезированию; наносится дополнительная хирургическая травма, поскольку необходимо взять ауто-трансплантат из области нижней челюсти, где остается дефект, и в последующем удалить мембрану и фиксирующие винты.

Известен способ дентальной имплантации (Болонкин В.П., Меленберг Т.В., Болонкин И.В., Рыбаков П.А., Волова Л.Т. Способ дентальной имплантации. Патент 2269969 С1 (RU), опубл. 20.02.2004. Бюл. № 5), включающий проведение основного и послабляющих разрезов, отслойку слизисто-надкостничного лоскута, установку имплантата, ушивание раны с последующим протезированием. После проведения установки имплантата его запаковывают костным аллотрансплантатом, смешанным с богатой тромбоцитами плазмой аутокрови, закрывают аллотрансплантат пленкой из обедненной тромбоцитами плазмы аутокрови, ушивают рану и покрывают ее обедненной тромбоцитами плазмой аутокрови, через 3-6 месяцев устанавливают надкорневую часть имплантата. Недостатками прототипа является то, что костный трансплантат в виде опилок в послеоперационном периоде