

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія



МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СТОМАТОЛОГІЇ,
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ, ПЛАСТИЧНОЇ ТА
РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ГОЛОВИ ТА ШИЇ»

присвяченої 155-річчю з дня народження першого завідувача
кафедри хірургічної стоматології, професора М.Б. Фабриканта та
50-річчю полтавського періоду кафедри хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії з пластичною та
реконструктивною хірургією голови та шиї
Української медичної стоматологічної академії



ПОЛТАВА
14 - 15 листопада 2019 року

ЗМІСТ

Ждан В.М., Дворник В.М., Аветіков Д.С., Яценко І.В., Іваницька О.С., Рибалов О.В., Гаврильєв В.М. Історичні віхи становлення та напрямки розвитку науково-педагогічної діяльності кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї [С. 11 – 13]

Ружин Г.П. Кафедра хирургической стоматологии в 80-годы (из книги «чтоб не хотелось покою») [С. 13 – 16]

Аветіков Д.С., Криничко Л.Р., Ставицький С.О., Локес К.П. Фактори ризику та ускладнення при регенеративних втручаннях на щелепних кістках [С. 16]

Аветіков Д.С., Скікевич М.Г., Личман В.О. Використання препарату "Кріоцел" в комплексному лікуванні гострої одонтогенної інфекції [С. 17 – 18]

Аветіков Д.С., Яценко І.В., Ахмеров В.Д., Локес К.П. Сучасні підходи до діагностики передракових захворювань щелепно-лицьової ділянки [С. 18 – 19]

Али Тергам Абдуламир, Походенько-Чудакова И.О., Таресевич О.М. Очаги одонтогенной инфекции, связанные с третьими молярами у женщин [С. 18 – 20]

Батіг В.М. Стан гігієни порожнини рота у віддалені строки після комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу у ваготоників [С. 20 – 21]

Бєляєв П.В., Вільцанюк О.А., Резанова Н.М. Порівняльна характеристика хірургічного шовного матеріалу з поліпропілену модифікованом вуглецевими нанотрубками та наночастинками срібла [С. 21 – 22]

Бондаренко В.В., Стебловський Д.В. Розвиток гіпоксії в тканинах слинних залоз при опіковій хворобі [С. 22 – 23]

очень способный хирург, на лету хватающий навыки операции, с которым мы быстро сдружились.

Быстро прошли пять лет моей работы на кафедре хирургической стоматологии Украинской медицинской стоматологической академии. Но и дальнейшая моя судьба члена спецсовета на протяжении почти 20-и лет продолжающиеся дружеские и творческие связи продолжаю постоянно ощущать себя членом коллектива достойной кафедры и ВУЗа.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ РЕГЕНЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ЩЕЛЕПНИХ КІСТКАХ

АВЕТІКОВ Д.С., КРИНИЧКО Л.Р., СТАВИЦЬКИЙ С.О., ЛОКЕС К.П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

З огляду на ефективність сучасних регенеративних методик в межах імплантологічного лікування повністю обмежити ускладнення при його проведенні не можливо. На етапах діагностики та планування необхідно виявляти фактори ризику і можливості їх компенсації та повного усунення.

Добре відомо, що паління є вагомим фактором ризику при дентальній імплантації, особливо при проведенні регенеративних втручань на щелепних кістках. Паління пригнічує місцеву гемодинаміку в м'яких тканинах, що збільшує ризик некрозу лоскотів та утворення щілиноподібних кісткових дефектів із оголенням кісткових трансплантатів, у першу чергу при збільшенні висоти альвеолярного відростку щелеп.

За нашими даними в 52 % випадків у пацієнтів, що палять більше 10 цигарок на добу виникають генералізовані гематоми, виражені (колатеральні) набряки, запалення та короточасні парестезії. В той час, як в контрольній групі (пацієнти, що не палять та не мають супутньої патології) – 17%.

Рахується, що цукровий діабет збільшує ризик ускладнень після внутрішньокісткової імплантації, особливо в комбінації з регенеративними втручаннями на кістковій тканині. Даний стан супроводжується вазопатією, що асоціюється з високим ризиком ускладнень, а саме: інтенсивні кровотечі, гематоми, інфікування та порушення загоєння ран.

Також, чітко визначається певна закономірність розвитку періімплантиту після протезування на фоні інсулінозалежного цукрового діабету.

Протягом перших 5 років після імплантації при інсулінозалежному цукровому діабеті відмічається більш виражений лізис кісткової маси навколо імплантату, що в середньому становить 1,3 мм, тоді як в пацієнтів без ендокринопатологій та порушення обміну речовин 0,7-0,9 мм.

Таким чином, для мінімізації ризику ускладнень при регенеративних втручаннях на кістковій тканині в пацієнтів із супутньою патологією та шкідливими звичками необхідно проводити корегуючі операції на м'яких тканинах, такі як двошарове закриття рани за допомогою сполучнотканинних та окісних шматків тканин на поживній ніжці, а також бажана підготовка тунельного ложа.