колагеноутворення та одночасне зменшення його розчеплення, сприяючи формуванню деформацій та рубцевих контрактур.

Пластичне закриття ран при найменшому натягу сприяє формуванню оптимального рубця. При цьому лінії розрізів, що призводять до найменшого натягу, часто є суперечливими. Лінії Лангера, які широко використовуються при плануванні оперативних доступів у різних топографоанатомічних ділянках голови та шиї, являють собою лінії напруженості шкіри. Але відзначено, що у багатьох публікаціях їх напрямок вказуються різноманітно, що ускладнює раціональне планування розрізів та збільшує їх емпіричність.

У реконструктивно-відновлювальній хірургії окрім ліній напруженості шкіри виділяють лінії релаксації. Поняття «релаксації шкіри» було введено Borges. Було встановлено, що найбільш оптимальне розтягнення шкіри розповсюджується радіально окрім одного напрямку, що відповідає лініям релаксації, згідно яких він пропонував проводити хірургічні розрізи. Лінії Борхеса у певній мірі відповідають лініям Лангера, окрім ділянки голови. Таким чином наведені лінії релаксації шкіри можуть використовуватися лише в ділянці обличчя. На інших частинах тіла, а саме на кінцівках, виділяють так звані лінії Крейселя, які відповідають зморшкам.

Таким чином, не існує загальноприйнятої думки щодо проведення оптимальних розрізів при проведенні хірургічних втручань у щелепно-лицевій ділянці, що зумовлює необхідність визначення критеріїв, необхідних для створення мінімального натягу шкіри голови та шиї.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ

ЛУКА М.М., ОЛІЙНИК А.Г., ЛУКА О.М., ДАНЧУК Х.Р., ЛУКА С.М.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна,

Формування гармонійного, пропорційного обличчя залежить від правильного росту кісток лицевого скелету, який в свою чергу пов'язаний з прорізуванням повного комплекту постійних зубів [7].

Затримка прорізування фронтальної групи зубів є причиною формування не тільки зубощелепних деформацій, а і комплексу меншовартості у пацієнтів через незадовільний естетичний стан своєї посмішки. Ретеновані зуби, розташовані в товщі щелепних кісток, також можуть стати чинниками запалень періосту, новоутворів, спричиняти порушення формування коренів сусідніх із ними зубів [2].

Вибір методу і успіх лікування пацієнтів з ретенцією зубів, як і супутніх зубощелепних аномалій та деформацій, залежить від віку і статі пацієнтів, особливостей формування та рівня розташування ретенованих зубів в альвеолярному відростку, кута нахилу їх поздовжніх осей, наявності перешкод на шляху прорізування, можливості їх усунення і наявності місця в зубному ряду для ретенованого зуба, ступеню формування верхівки його кореня, а також від положення, форми кореня, стану тканин періодонта і причин самої ретенції [6].

Лікування пацієнтів з ретенованими зубами направлено перш за все на забезпечення процесу їх прорізування, нормалізацію функції жування, ковтання, мови, поліпшення естетики і тому вимагає комплексного підходу [3, 4].

В основу всіх методів лікування пацієнтів з ретенцією зубів покладені: 1) створення умов для прорізування зубів; 2) стимуляція прорізування зубів; 3) оголення коронкових частин ретенованих зубів; 4) активне їх ортодонтичне переміщення [1].

У спеціальній літературі відомі такі методи виведення зубів з ретенції: ортодонтичний (апаратний), в основу якого покладено стимулюючий фактор - вплив базису знімного протезу на тканини беззубої ділянки альвеолярного відростка; хірургічний - оголення коронки ретенованого зуба, його видалення або реплантації; фізіотерапевтичний - за допомогою вібростімуляція, вакуум-стимуляції і т.п .; комбінований [9].

Актуальною проблемою хірургічного методу є оголення коронок ретенованих зубів з найменшою травматичністю для навколишніх тканин, що дозволяє запобігти ускладненням в післяопераційному періоді і провести ортодонтичне виведення зуба і встановлення його в зубний ряд [8].

Метою нашого дослідження є удосконалення способу лікування вестибулярної ретенції зубів шляхом профілактики післяопераційних ускладнень.

Нами запропоновано викроювати слизово-окісний клапоть овальної форми та видаляти його, а також частину кістки над коронкою ретенованого зуба з частиною фолікулярного мішечка, зберігаючи по його периферії смужку шириною приблизно 1,5-2 мм з наступним накладанням обвивного шва. До поверхні коронки фіксуємо ортодонтичну кнопку та одягаємо на щелепу ортодонтичну пластинку, яка містить в проекції ретенованого зуба з піднебінного боку гачок. Його з'єднують з кнопкою на ретенованому зубі за допомогою еластичного ланцюжка [5].

Запропонований спосіб лікування вестибулярної ретенції зубів дозволяє створити сприятливі умови для надійної фіксації ортодонтичної кнопки, запобігти розвитку післяопераційної кровотечі, виключає необхідність реоперації при закритті коронки і дає можливість одномоментно після оперативного втручання застосовувати ортодонтичну пластинку, яка є проста у використанні та економічно вигідна.

Список використаних джерел

1. Безвушко Е.В. Апаратурні методи переміщення ретенованих зубів / Е.В. Безвушко, Н.В. Пилипів // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. Вип.2, Том 2 (119) – С. 25-28.
2. Вакушина Е.А. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с аномалиями положения и сроков прорезывания постоянных зубов. Автореф. … канд. мед. наук. / Вакушина Е.А.– Волгоград. — 2007. — 31 с.
3. Комарова Т.В. Методы перемещения ретенированных зубов ортодонтическими аппаратами с дозированной нагрузкой // Автореф. … канд. мед. наук. / Комарова Т.В. — Волгоград. — 2000. — 11 с.
4. Кулиш А.С. Тактика лечения ретенции клыка с помощью брекет-системы / А.С. Кулиш, В.И. Острянко// Сучасна ортодонтія.– 2010. – № 3. – С. 59-61
5. Пішковці М.Я., Лука О.М., Лука М.М., Мигович І.М., Палков Т.А. Патент на корисну модель № 119830 «Спосіб лікування вестибулярної ретенції зубів» від 10.10.2017р.
6. Степанов Г.В. Диагностика и лечение ретенции отдельных зубов. /Степанов Г.В. — Стоматология детского возраста и профилактика. — 2002. — №1-2. — С.54-57.
7. Фетисова А.Л. Этиологические аспекты возникновения ретенции постоянных клыков верхней челюсти / Фетисова А.Л. — Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». — 2007. — № 3(19). — Т.7. — В. 4. — С.58-59.
8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. / Хорошилкина Ф.Я. — М.: ООО «Медицинское информационное агенство». — 2006. — С.445-481.

9. Machtei Eli E. Периодонтальный аспект при лечении ретенции резцов верхней челюсти. / Machtei Eli E., Zyskind Karin, BenYegouda Amos. — Ортодент-инфо. — 2000. — № 4. — С.35-37.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В ПРОГНОТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ СКВ

МАКАРОВА И.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», г. Днепр, Украина

Системная красная волчанка - представляет собой наиболее тяжелое коллагеновое заболевание, возникает в любом возрасте, часто поражаются люди от 15 до 40 лет, частота болезни среди женщин, по данным разных авторов отечественной и зарубежной литературы 80-95%. За последние 5 лет число больных СКВ заметно возросло. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных проблеме этиологии и патогенеза СКВ, эти вопросы патогенеза и преимущественно этиологии до настоящего времени самое слабое звено в разрешении этиопатогенетическом учении в развитии заболевания.

Проводя анамнестический сбор данных и изучая истории болезни 62-х пациентов в Областной клинической больнице им. И.И.Мечникова (отделение ревматологии) с диагнозом СКВ разной степени агрессивности в возрасте от 18 до 62 лет. В особенности анамнеза, обращает на себя внимание то, что начало заболевания часто совпадает с наступлением менструации и началом менопаузы в так называемый период «физиологической аллергизации», а также, из анамнеза выявлено, что первые проявления СКВ возникли в месяцы ультрафиолетовой активности, 50% пациентов при тщательном опросе указывают на клинические проявления в начале развития заболевания эрозивные или язвенные стоматиты. 15% пациентов в своем анамнезе указывают на применение в самолечении антибиотиков.

При изучении анамнестического статуса больных о проявлении аллергии в прошлом и правильная оценка этих данных могла бы помочь своевременно выявить стоматологических больных, «угрожаемых» в отношении СКВ.

Данные имеют скорее ориентирующее значение для построения гипотетического прогноза в разбираемом заболевании, так как лучшее понимание роли причинного фактора продолжает сохранять свое как теоретическое, так и практическое значение в патологии в общем, и при СКВ в частности.

ПРОФІЛАКТИКА ВПЛИВУ НЕІОНІЗУЮЧОГО ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НИЗЬКОЇ ЧАСТОТИ (70кГц) НА СТАН ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА

МАРКОВСЬКА І.В.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Всебічне вивчення механізмів несприятливого впливу неіонізуючого випромінювання на системне і стоматологічне здоров'я є актуальною проблемою сучасної медицини і стоматології [1], що знаходить відображення в структурі класифікатора МКБ-10, де вплив випромінювання різної етіології на стан твердих тканин зубів розглядається в класах XI (К.03.81 - зміни емалі, обумовлені опроміненням) і XX (W90 - вплив неіонізуючого випромінювання). Актуальним завданням сучасної стоматології, є контроль стану ротової рідини і твердих тканин зубів у осіб, що працюють під впливом електромагнітного