

## Література

1. Васько АА. Вдосконалення діагностики та лікування каріозних уражень зубів у дітей які проживають в низинній частині ендемічної зони [дисертація]. Ужгород: Держ. ВНЗ "Ужгород. нац. ун-т"; 2017. 180 с.
2. Костиленко ЮП, Бойко ИВ. Метод изготовления препаратов прижизненно сохранных зубов для многоцелевых исследований. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2004;3(2):63-5.
3. Костиленко ЮП, Бойко ИВ. Структура эмали и проблема кариеса: монография. Полтава; 2007. 55 с.
4. Хоменко ЛО, Біденко НВ, Остапко ОІ, Голубєва ІМ, Сороченко ГВ, Трачук ЮМ. Контроль над карієсом зуба: еволюція концепції. Стоматология: от науки к практике. 2013; 1: 53-65.

## ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНИХ РУБЦІВ У ДІТЕЙ

**ТКАЧЕНКО П.І., БІЛОКОНЬ С.О., ЛОХМАТОВА Н.М., ДОЛЕНКО О.Б.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Традиційне лікування гіпертрофічних рубців складається із консервативних, кріохірургічних, а іноді й хірургічних втручань. Комплексність консервативних заходів обумовлена складністю патогенетичних механізмів формування таких рубців, але при появі перших клінічних ознак рекомендується негайно розпочинати медикаментозний вплив на них із додатковим застосуванням фізіотерапевтичних процедур. Однак запропоновані методи лікування, яких безліч, досить часто є неефективними, а інколи викликають і небажані ефекти.

Мета роботи – продемонструвати методи лікування гіпертрофічних рубців, які можуть бути з успіхом використані у переважній більшості дитячих лікувально-профілактичних закладів.



Нами клінічно обстежено 58 дітей віком від 5 до 15 років з післяопераційними рубцями, які сформувалися через 6 місяців після видалення бічних кіст ший. Із них у 32 пацієнтів (55,2%) встановлено наявність нормотрофічних рубців, у 9 – (15,5%) атрофічних і у 17 осіб (29,3%) діагностовано їх гіпертрофічний тип.

Слід зауважити, що довжина розрізу під час проведення оперативного втручання складала 4-5 см, глибина залягання кістозних утворень була майже однаковою, післяопераційний період протікав без ускладнень, а усі рани загоїлися первинним натягом. В подальшому ми провели розподіл 17 осіб, у яких було констатовано наявність гіпертрофічного рубця, на 2 групи із 9 і 8 пацієнтів відповідно.

На час первинного обстеження деякі хворі скаржилися на незначний свербіж в ділянці рубця, а в старшій віковій групі діти та їх батьки звертали увагу і на косметичний недолік. Гіпертрофічні рубці в обох групах мали класичні клінічні ознаки і візуально значно не різнилися.

В першій групі відразу після обстеження призначався “Контрактубекс” виробництва фірми «MERZ», який досить ефективно зарекомендував себе при келоїдних рубцях різного походження, у вигляді аплікацій на ніч під тугою пов’язкою протягом місяця. Додатково застосовувався електрофорез 5% калію йодиду №10-15 з перервою на 1 місяць та наступним повтором курсу.

Дітям другої групи інсуліновим шприцем вводили “Дипроспан” у поєднанні із 2% лідокаїном безпосередньо в рубець до його збліднення. Процедуру виконували раз на місяць протягом 4 місяців підряд. Це також поєднувалося з електрофорезом 5% калію йодиду за схемою, представленою в першій групі.

Обстеженням через рік після завершення лікувально-профілактичного комплексу встановлено, що у всіх хворих рубці покращили свій рельєф, стали на рівні оточуючих шкірних покривів, пом’якшали і зплющилися. Забарвлення рубцевої поверхні суттєво не відрізнялося від оточуючої її шкіри. Однак слід



зауважити, що у 2 пацієнтів II групи, де застосовували “Дипроспан”, формувалися атрофічні рубці з незначною осередковою гіпопігментацією.

Аналізуючи результати спостережень, ми дійшли висновку, що обидві методики впливу на гіпертрофічні рубці у дітей мають право на існування, можуть бути використані у клінічній практиці як альтернативні, адже вони дозволяють досягти регресії рубця і покращити якість життя дітей.

## **РОЛЬ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО КОМПОНЕНТУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ НАД РЕТЕНОВАНИМИ ЗУБАМИ У ФОРМУВАННІ ФЕНОМЕНУ РЕТЕНЦІЇ**

**ТКАЧЕНКО П.І., ДМИТРЕНКО М.І., ЧОЛОВСЬКИЙ М.О.**

*Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна*

Ретеновані зуби являються наслідком аномалії прорізування зубів, коли сформований зуб після терміну фізіологічного прорізування не з'явився й знаходиться в щелепі. Ефективність комплексного ортодонтичного лікування ретенованих зубів у значній мірі залежить від комунікації та взаємодії з лікарем-стоматологом хірургом, адже вибір раціональної методики «виведення» ретенованих зубів, що враховує всі можливі фактори ризику, залишається не завжди бажаним і прогнозованим [1-3].

Для підвищення ефективності хірургічно-ортодонтичного лікування ретенованих зубів актуальним є необхідність встановлення патогенетичних механізмів, що можуть впливати на кісткову тканину і слизово-окісну основу, які прилягають до них і тим самим сприяють формуванню ситуації, що сприяє затримці прорізування. Однак до теперішнього часу не проводилося дослідження стосовно впливу на цей процес популяцій макрофагів прозапального M1 (CD68+) та протизапального M2 (CD163+) типу імуногістохімічним методом.

