

тивних наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного та соціально-політичного характеру у мирний час та в особливий період, а також подолання наслідків надзвичайних ситуацій.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У ДЕТЕЙ

Шевчук В.А., Назирян Р.С., \* Одушкина Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет г. Харьков

\*КУОЗ Областная детская клиническая больница № 1 г. Харьков

Проблема лечения врожденных несращений верхней губы остается актуальной, несмотря на развитие новых и совершенствование имеющихся способов хирургического лечения данной патологии. Общепринятые принципы хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы направлены на восстановление анатомических и функциональных нарушений, а также эстетических норм.

Наибольшей анатомичностью и функциональностью, по сравнению с другими способами, по мнению И.А. Козина (1996), Б.М. Давыдова, Р.Д. Новоселова (1997), А.А. Тимофеева (2000), Л.В. Харьковца (2005) являются методы хейлопластики по Millard D.R. Методы предусматривают эффективное снятие натяжения верхней трети губы и в области дна преддверия носа, формирование линейного эстетического послеоперационного рубца. К недостаткам относятся остаточная деформация кончика носа, уплощение завитка носа на стороне расщелины, тракция красной каймы в линию рубца верхней губы, что обусловлено эмпирическим расчетом размеров перемещаемых кожных лоскутов и неэффективностью первичной ринопластики.

Современный подход к хирургическому лечению врожденных несращений верхней губы, сторонниками которого являются О.И. Могилjak, Malek, Pavy B., Opizuka (2008), заключается в одномоментном математически просчитанном восстановлении размеров и пропорций верхней губы с устранением деформации хрящей носа путем коррекции порочного прикрепления мышц приротовой области и носа и формированием дна носового хода.

Метод базируется на классическом треугольно-лоскутном закрытии несращения, преобразованном в двойную Z-лоскутную пластику с одномоментным закрытием дефекта альвеолярного отростка лоскутом на ножке и синхронной реконструкцией дна носового хода, выравниванием столбика носа, правильной постановкой основы ноздри путем изменения формы латерального алярного хряща, приведением доменов хряща на один уровень для создания симметричного кончика носа.

Нами на базе отделения детской хирургической стоматологии ОДКБ № 1 у 27 детей с врожденными расщелинами верхней губы был внедрен и модифицирован данный хирургический метод при первичных и реконструктивных оперативных вмешательствах. В нашей модификации при реконструктивной хейлоринопластике одномоментно с реконструкцией верхней губы и носа осуществлялось восстановление апикального базиса верхней челюсти в области наибольшей ширины дефекта костно-пластическим материалом ГСК-Х-ГА-50 «Стимул-Осс».

В результате первичных хейлорино- и хейлориногнатопластик восстановлены правильные вертикальные, горизонтальные размеры и форма верхней губы, носовых ходов с симметричным стоянием кончика носа, произведено закрытие альвеолярного несращения. Сформировано «ложе» для будущей остеопластики на уровне апикального базиса верхней челюсти в местах наибольшей ширины дефектов.

При реконструктивных операциях достигнуто восстановление правильных пропорций верхней губы, размеров и формы носовых ходов и сформирована подлежащая костная основа дна носа с помощью костно-пластического материала «Стимул-Осс».

Выводы.

1. Данный качественно прогрессивный метод первичной хейлориногнатопластики позволяет достаточно удлинить нижний и верхний сегменты верхней губы с образованием хорошо выраженной дуги Купидона и проекции верхней губы. Предупреждает вертикальную контрактуру рубца, восстанавливает дно носа и непрерывность альвеолярной дуги верхней челюсти. Обеспечивает условия для последующего костно-пластического закрытия альвеолярного несращения.
2. Примененный метод хейлориногнатопластики является универсальным для первичных и реконструктивных операций по поводу врожденных несращений верхней губы.
3. В качестве материала для закрытия альвеолярного несращения верхней челюсти и формирования костной основы дна носа нами рекомендуется использовать костно-пластический материал ГСК-Х-ГА-50 «Стимул-Осс».

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЛИЦ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Шеметов О.С.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

Качество протезирования полными съёмными протезами во многом определяется индивидуальными особенностями состояния протезного ложа. Характер процессов адаптации обусловлен степенью фиксации и стабилизации протезов.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния жевательного аппарата у лиц с полным отсутствием зубов до и после ортопедического лечения.

На этом основании нами, с помощью электромиографии- метода изучения нервно-рефлекторных механизмов регуляции акта жевания, установлена степень восстановления функции у пациентов с полной потерей зубов в разные сроки после ортопедического лечения.

Первые контрольные рабочие записи биоэлектрической активности выполнены в день наложения полных съемных протезов. Характеризуя приведенные электромиограммы важно подчеркнуть тот факт, что интактному жевательному аппарату присущи расчлененность структуры и высокоамплитудные колебания биотоков

Жевание без протезов отличается низкоамплитудной активностью и, практически, не разделяется на периоды активности и покоя.

В случаях жевания старыми протезами, пользование которыми не удовлетворяет пациентов, залпы активности не выглядят «сформированными» и отличаются выпадением потенциалов в середине отдельных залпов. Поэтому жалобы пациентов на неудовлетворенность старыми протезами вероятнее всего обоснованы.

В отличие от них новые протезы позволяют более рационально использовать мышечную энергию, процессы торможения выражены более четко. Таким образом, уже при качественном анализе электромиограмм удается обнаружить существенную разницу в записях с учетом характера исследуемых ситуаций.

Отсутствие жалоб на болевые ощущения при жевании даже достаточно твердой пищи, хорошая фиксация и стабилизация протезов, восстановление фонетики, позволяют говорить о становлении нового функционального уровня зубочелюстной системы: выработке устойчивого стереотипа жевания.

## РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТКАНИН ПАРОДОНТУ.

*Шипкаренко О.В., Силенко Ю.І.*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Об'єктивна оцінка стану пародонту є визначальною у виборі ортопедичного лікування хворого з подальшим прогнозуванням терміну користування ортопедичними конструкціями.

Витривалість пародонту до навантаження строго індивідуальна. У онтогенезі вона збільшується послідовно, відповідно зростанню і розвитку елементів зубо-щелепного апарату. У фізіологічних умовах витривалість пародонту до навантаження наростає і після закінчення формування зубо-щелепного апарату. Стан резервних сил пародонту залежить від віку, характеру прикусу, стану оклюзійних контактів, перенесених загальних і місцевих захворювань. Крім того, функціональні структури пародонту є спадковими, тому потрібно враховувати вплив спадковості на здатність пародонту пристосовуватись до змін функціонального навантаження.

Практика показує, що опорний апарат зуба здатний протягом тривалого терміну витримувати подвійне навантаження. Половина складає його резерви, які мобілізуються при виникненні сильних, незвичайних подразників, внаслідок чого останні не викликають розвитку патологічних станів. Захворювання пародонту ведуть до зменшення його фізіологічних резервів, функціонального дисбалансу. Одним з найбільш значимих показників стану пародонту є стійкість зубів. З появою патологічної рухливості зубів резервні сили пародонту зменшуються, оцінка стану пародонту повинна проводитись з врахуванням міри атрофії лунки і патологічної рухливості зубів. При виникненні патологічного процесу в пародонті окремих зубів або групи використання їх резервних сил є основою ортопедичного лікування.

При ортопедичному лікуванні хворого з патологією пародонту необхідно враховувати витривалість пародонту, його резервні сили; правильно розподілити жувальне навантаження серед зубів, що збереглися; усунути з деяких зубів (групи зубів) зайве навантаження (травматичний вузол), що виникло в результаті втрати природних зубів; створити всьому зубному ряду втрачену функціональну єдність, з'єднати розрізнені ланки жувального апарату в єдину систему зубного ряду, створити умови відносного спокою пошкодженому пародонту і усунути основний симптом захворювання — рухливість зубів, що залишилися.

Отже, пародонт зубів має умовно обмежені можливості. Максимально вірна оцінка потужності пародонту, його резервних сил є ведучим чинником в успішності лікування.

## РЕТРАКЦІЯ ЯСЕНЕВОГО КРАЮ

*Шипка Є.Г., Шипка Ю.Є.*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сучасному етапі в клініці ортопедичної стоматології перевага віддається естетико-косметичним видам протезування. Найбільш поширеними є штучні коронки з кераміки, пластмаси, металокераміки, метало композитів і т.п.

Виготовлення цих видів коронок має певні особливості та вимоги. Найбільше це стосується етапу препарування

Препарування опорних зубів – один із основних етапів виготовлення зубних конструкцій. При препаруванні лікар повинен створити форму куки зуба відповідно до певної незмінної конструкції.