

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ХРОНІЧНИЙ ПАРОТИТ

Андріянова О.Ю., Хміль О.В., Яценко П.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Карієсрезистентність емалі – це здатність протистояти впливові карієсогенних факторів. Формування карієсрезистентності емалі пов'язане із постійними її змінами, які відбуваються особливо у період первинної мінералізації і в період дозрівання емалі. Основним джерелом надходження речовин до емалі зуба після його прорізування є слина.

Характер слиновиділення, кількісні та якісні показники ротової рідини змінюються при захворюваннях слинних залоз, зокрема хронічному паренхіматозному паротиті. Припускається, що при захворюваннях слинних залоз змінюються умови формування та дозрівання твердих тканин зуба і у першу чергу емалі, що робить їх менш стійкими щодо впливу карієсогенних чинників. Ймовірність виникнення карієсу зубів залежить від ступеня мінералізації, їх твердості, резистентності до дії кислоти середі порожнини рота.

Метою нашого дослідження явилось вивчення впливу хронічного запалення в привушних слинних залозах у дітей, як фактора ризику виникнення карієсогенної ситуації, на зміни кислотостійкості емалі зубів.

В основу роботи покладені результати дослідження 109 дітей в віці 8 років, які хворіють хронічним паренхіматозним паротитом, та здорові діти того ж віку.

Структурно-функціональну резистентність емалі (ТЕР) вивчали за методом Окушко і Косаревої.

Результати досліджень. Внаслідок проведеного обстеження з'ясовано, що рівень структурно-функціональної резистентності емалі постійних зубів у досліджуваних здорових дітей дорівнював  $1,24 \pm 0,4$ . У дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит з давністю від 1 до 3 років, показники коливались від  $1,87 \pm 0,58$  до  $2,2 \pm 0,7$  (в залежності від активності перебігу патологічного процесу в слинних залозах). При тривалості захворювання від 3 до 5 років показники резистентності емалі достовірно знижувались від  $2,18 \pm 0,62$  до  $3,23 \pm 0,51$  (також в залежності від активності перебігу процесу).

Таким чином, зміни резистентності емалі постійних зубів у дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит, можуть мати прогностичну цінність, щодо розвитку у них патології твердих тканин зубів в майбутньому. Діти з патологією слинних залоз потребують диспансерного нагляду, що буде включати, крім лікування основної патології, гігієнічне навчання та виховання, санацію порожнини рота та розробку і застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів з метою попередження розвитку інших стоматологічних захворювань.

## АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАУШНОГО ЛОСКУТА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Аветиков Д.С., Соколов В.Н., Данильченко С.И.

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В клинической практике пластической хирургии заушные лоскуты применяются достаточно давно. Кожа данной области в качестве локального лоскута использовалась Ф.И. Хитровым и переносилась на расстояние на ножке кожи височной области. Converse G. описал кожный лоскут из данной области для замещения дефектов ушной раковины и носа, используя его как свободный трансплантат с последующим восстановлением кровоснабжения в нем после наложения микроанастомозов на питающие лоскут сосуды. Однако считалось, что кожа этой области является непригодной донорской зоной для свободной трансплантации по особенностям топографии: малые размеры, сосуды малого калибра.

Целью данного исследования явилось изучение надежности веточек задней ушной артерии для кровоснабжения заушного лоскута. Нами было выполнено 29 топографо-анатомических исследований на 16 трупах и 11 клинических наблюдений при проведении пластических операций с использованием заушного лоскута. Результаты анатомической препаровки, полученные при подъеме этих лоскутов, включены в данное исследование. В ходе топографо-анатомических исследований были использованы следующие методы: послойная анатомическая препаровка, инъекции сосудов красителями, инъекции свинцового сурика, контактные рентгенографии и т.д. Задняя ушная артерия в 23 случаях (90%) наших исследований начиналась самостоятельной ветвью от задневетвистой поверхности наружной сонной артерии. При двух диссекциях задняя ушная артерия отходила от затылочной артерии. В одном клиническом случае шилососцевидная ветвь была главным продолжением задней ушной артерии с наличием лишь одной ушной артерии незначительных размеров. Это единственный встретившийся вариант хода артерии, который составляет 1,4 % всех случаев исследований. В послеоперационном периоде, после проведения пластических операций, путем клинических методов исследования (тепловизионная проба, реоплатизмография и т.д.) была доказана жизнеспособность заушного лоскута.