

## **ФОРМИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ МІНЛИВОСТІ ДЖЕРЕЛ КРОВОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ І ЗНАЧЕННЯ ЇХ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ПРАКТИЦІ**

*А.М.Білич, С.М.Білаш*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Викривання клаптів при уранопластиці пов'язане з можливістю пошкодження основних джерел кровозабезпечення, що може викликати, як великі труднощі при живленні клаптів, так і омертвіння їх.

У своєму дослідженні на 60 препаратах піднебіння методом макро-мікроскопічної препаровки, а також попередньої ін'єкції рентгенконтрастними масами судин піднебіння ми вивчали джерела кровозабезпечення і внутрішньоорганну топографію артерій м'якого піднебіння.

Наші дослідження підтверджують, що основним джерелом кровозабезпечення м'якого піднебіння є висхідна піднебінна артерія, яка з переднього біляглоткового простору направляєється знизу угору та медіально, входить в шари м'якого піднебіння і там поділяється на м'язову і залозисту гілки.

Виявлені варіанти мінливості в топографії висхідних піднебінних артерій. Нами визначено три основних варіанти топографії цієї артерії: двобічний, правобічний і лівобічний. В залежності від того, яка артерія виконувала основну роль в кровозабезпеченні м'якого піднебіння і визначався варіант кровозабезпечення.

На вивчених препаратах частіше спостерігалися асиметричні форми топографії висхідної піднебінної артерії. У більшості випадків (64,7%) простежувався лівобічний варіант розгалуження, правобічний варіант зустрічався в 17,7% випадків. Двобічний варіант — 17,6% випадків. Калібр артерій тісно пов'язаний з формою топографії висхідних піднебінних артерій.

## **СІАЛОДЕНІТИ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

*Л.Я.Богашова*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

За даними Робустової Т.Г., Ромачевої І.Ф., Рибалова О.В., та інших авторів, слинні залози можуть тонко реагувати на численні зміни або захворювання, що виникають у організмі людини, — вагітність, пологи, клімакс, захворювання нервової, ендокринної систем, шлунково-кишкового тракту, патології сполучної тканини та інші.

Вашій увазі надані спостереження над трьома пацієнтами, у яких відмічено значне збільшення білявушних та піднижньощелепних залоз після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції. Зміни слинних залоз у 2-х пацієнтів характеризувалися різним безболісним ущільненням їх, без змін шкіри та слизової оболонки, з незначним порушенням функції — гіпосалівацією. У одного хворого збільшились у розмірі тільки білявушні залози до помірного ущільнення, безболісні при пальпації, функція порушена не була.

Загальний стан хворих не був порушений, температура тіла була нормальною.

Після проведеного фізіологування і призначення слиногонної дієти, залози зменшились у розмірі, функція їх нормалізувалась.

Отож, слід думати, що патологію слинних залоз, яку діагностували, можна рахувати не як дійсне гостре запалення слинних залоз, а як реактивний сіалоаденіт, який розвивається, очевидно, в результаті виражених застійних явищ в залозах на фоні гострої респіраторної інфекції.

## **ГЕМІСЕКЦІЯ, ПОКАЗАННЯ, ПРОТИПОКАЗАННЯ, ВІДДАЛЕННІ ПОКАЗНИКИ ЛІКУВАННЯ**

*Л.Я.Богашова, І.Б.Шевченко*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Питанням консервативного лікування багатокореневих зубів з хронічним запальним процесом у верхівок коренів присвячено багато літератури.

Для усунення патологічних станів при хронічних гранулюючих і гранулематозних періодонтитах застосовуються різні консервативні методи, проте не завжди здійснене лікування виявляється успішним.

В останній час широке визнання отримав радикальний метод лікування хронічних періодонтитів — операція гемісекції.

Метою нашої роботи було вивчення показань і протипоказань до цієї операції, залежності від анатомічних особливостей щелеп і зубів. Під нашим наглядом перебувало 12 пацієнтів у віці від 16 до 45 років.

Показаннями до операції були: непрохідність кореневого каналу нижніх молярів (частіше медіального) через викривлення його, непрохідність корневих каналів першого премолара верхньої щелепи, висока перфорація під час лікування, зруйнування біфуркації зуба каріозним процесом. Протипоказаннями до операції були: рухомі зуби, різорбція стінки альвеол кореня, що залишився, корені, які зрослися. Також необхідно врахувати правильне співвідношення коронки і кореня зуба: для першого моляра нижньої щелепи — 1:1,2, для другого — 1:1,5; для першого премолара верхньої щелепи — 1:1,7. Співвідношення виміряли циркулем по рентгенограмі. Зміни цих співвідношень є протипоказанням до операції.

Простежено віддалені результати лікування протягом п'яти років.

Половина зуба, яка залишилась, служить опорою для коронок, мостовидних протезів, реставрована композитними пломбувальними матеріалами.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ПОВ'ЯЗКИ НА ОСНОВІ КЛЕЮ КЛ-3 ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ПАРОДОНТІ**

*А.В.Борисенко, А.Ф.Несін, К.Є.Печковський*

**Національний медичний університет, м.Київ**

Для захисту та ізоляції тканин пародонту після операцій гінгівостоєластики та інших хірургічних втручань була використана лікувально-захисна пов'язка на основі поліуретанового клею КЛ-3. При накладанні на слизову оболонку вона