

Таблиця 1
Результати пополуколичественной оценки различных типов фибробластов в свободной и прикрепленной частях слизистой НСППР.

Типы фибробластов	Свободная часть слизистой НСППР	Прикрепленная часть слизистой НСППР
Юные	+++	++
Созревающие	++	+
Дифференцированные	+	-
Фиброциты	-	-

Данные морфометрии свободной и прикрепленной частей слизистой десны показывают, что в соединительнотканых сосочках свободной части десны преимущественно локализуются созревающие и дифференцированные фибробласты, в то время как на прикрепленной части слизистой десны преобладают юные и созревающие. Следовательно, на основании описате-

льной и морфометрической микроскопии можно утверждать, что слизистая оболочка прикрепленной части является комбиальной т.е. ростковой зоной из которой в физиологических условиях происходит дифференцировка не только сосудов, а и фибробластов.

Литература

1. Серов В.В., Шехтер А.Б. Соединительная ткань. – М.: Медицина, 1981. – 294 с.
2. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. – Санкт-Петербург, 1996. – С. 39-48.
3. Быков В.Л. Функциональная морфология и гистогенез органов полости рта. – СПб, 1995.
4. Кругликов Г.Г., Арутюнов В.Д., Бацура Ю.Д., Шимкевич Л.Л. Дифференцировка фибробластов в процессе коллагенообразования. Онтогенез: 1977. – № 2. – С. 186-190.
5. Dale B.A., Salonen J., Jones A.H. New approaches and concepts in the study of differentiation of oral epithelia. J Crit. Rev. Oral Biol. Med -1990. – Vol. 1, № 3. – P. 167-190.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПІДСЛИЗОВОГО ШАРУ ЯСЕН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Базунова І.В.

Ключові слова: ясна, ротова порожнина.

У статті відображені питання особливостей морфологічної та ультраструктурної організації підслизового шару ясен. Зроблений висновок, що слизова оболонка прикріпленої частини є ростовою зоною, із якої відбувається диференціювання судин та фібробластів.

Summary

CHARACTERISTICS OF MORPHOLOGICAL AND ULTRASTRUCTURAL FRAME OF GINGIVAL SUBMUCOUS LAYER

Basunova I.V.

Key words: gum, oral cavity.

The paper focuses on the characteristics of morphological and ultrastructural frame of submucous gingival layer. It may be concluded that mucosa of attached part is a germ area where vessel and fibroblast differentiation takes place.

УДК 616.314.26-056.7-089

КАК ВЫИГРАТЬ У ПРИРОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ В СМЕННОМ ПРИКУСЕ?

Дмитренко М.И., Аздашер Аль Саед

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для повышения эффективности лечение детей с наследственными формами патологии I, II, III классов по Энгле в период сменного прикуса усовершенствован способ коррекционного удаление временных моляров.

Ключевые слова: дети, сменный прикус, наследственная патология прикуса I, II, III класса за Энглем, коррекционное удаление временных моляров, ортодонтические аппараты.

Ортодонтическое лечение полностью зависит от условий роста лица и челюстей пациента, который в свою очередь является результатом сочетанного влияния генетических и эпигенетических факторов [1]. Сходными у детей и родителей могут быть не только тип лица, но вид прикуса. Причиной возникновения зубочелюстных аномалий может быть генетическая пред-

расположенность, и клинические наблюдения свидетельствуют об увеличении частоты наследственных форм патологии прикуса [2, 3].

При выявлении наследственных форм зубочелюстных аномалий многие исследователи отдают предпочтение лечению с экстракцией отдельных постоянных зубов для достижения эффективного, а главное стабильного результата

* Стаття пов'язана з ініціативною науково-дослідницькою роботою Інститута стоматології АМН України "Усовершенствование лечения и профилактики рецидивов заболеваний тканей пародонта и кариеса зубов у лиц со сниженной неспецифической резистентностью" (№ государственной регистрации 0104U000866).

[8]. Метод расширения челюстей имеет ограниченное применение в связи с большой вероятностью рецидива патологии [9].

Однако недостатком системного удаления отдельных зубов является то, что зубная дуга в постоянном прикусе не содержит первых премоляров.

Целью исследования является – повышение эффективности аппаратного лечения детей с наследственными формами зубочелюстных аномалий путем усовершенствования способа коррекционного удаления временных моляров.

Ранее нами был разработан, внедрен в клинику и запатентован способ коррекционного удаления временных моляров, позволяющий сохранить общее число постоянных зубов [4].

Разность мезиодистальных размеров временных моляров и премоляров создает пространственный резерв, который используется в лечении. Росту челюстей способствует действие собственных ортодонтических аппаратов при прорезывании постоянных зубов. Использовали комбинированный аппарат для нижней челюсти [5], комбинированный аппарат для верхней челюсти [7] и съемные аппараты [6] для верхней и нижней челюстей.

Предложенный метод ортодонтического лечение тесного положения фронтальных зубов с коррекционным удалением временных зубов позволяет сократить средний срок активного лечения в 2,45 раза по сравнению с традиционным методом расширения челюстей и сохранить общее количество постоянных зубов, благодаря пространственному резерву при смене временных моляров премолярами.

Средний срок активного лечения тесного положения фронтальных зубов собственными комбинированными конструкциями сокращен в 1,45 раза по сравнению с применением собственных съемных конструкций.

Однако этот способ не учитывает отличие патологий прикуса по Энгля, осложненных генетическими факторами.

Предлагаемый алгоритм лечения пациентов с наследственными формами патологии прикуса I, II, III классов по Энгля в период сменного прикуса, который включает традиционный подход:

- нормализацию функций полости рта
 - нормализация осанки;
 - хирургическую коррекцию укороченных уздечек верхней, нижней губы, мелкого преддверия полости рта;
 - миогимнастику и массаж альвеолярного отростка
 - логопедические упражнения
- и авторский подход:

- коррекционное удаление молочных моляров проводится в зависимости от патологии прикуса по Энгля;
- аппаратное лечение.

При нарушениях прикуса I класса по Энгля используется пространственный резерв на обеих челюстях с сохранением правильного соотношения молочных клыков и первых постоянных моляров (решение о выдаче патента на изобретение №2005 10984 от 27.02.06). Коррекционное удаление проводят симметрично первым или вторым молочным молярам на верхней и нижней челюстях (рис. 1).

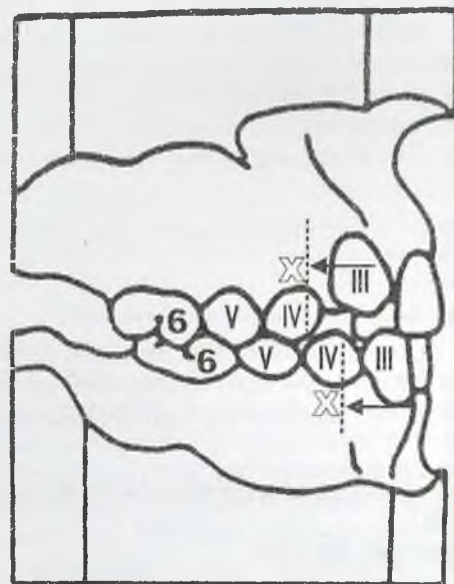


Рис. 1. Коррекционное удаление молочных моляров при патологии прикуса I класса по Энгля.

После коррекционного удаления используют комбинированные ортодонтические аппараты [5, 7].

При патологии прикуса II класса по Энгля коррекционно удаляют на верхней челюсти первые молочные моляры, и на нижней челюсти – вторые молочные моляры (решение о выдаче патента на изобретение №2005 10991 от 27.02.06). При коррекционном удалении первых молочных моляров верхней челюсти создается пространственный резерв, который используется для дистального перемещения молочных клыков, что способствует благоприятному соотношению с нижними молочными клыками и сохраняет стабильное положение первых постоянных верхних моляров. Коррекционным удалением вторых молочных моляров нижней челюсти создается пространственный резерв для желаемого мезиального перемещения первого постоянного моляра (рис. 2).

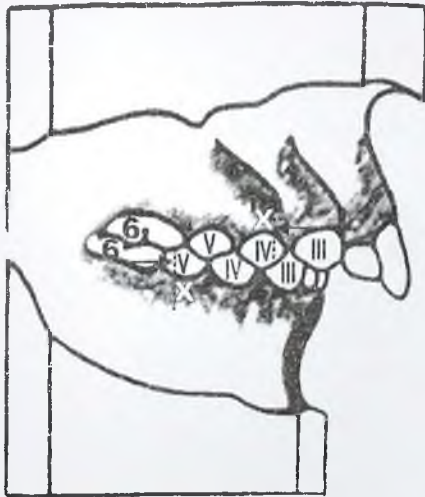


Рис. 2. Коррекционное удаление молочных моляров при патологии прикуса II класса по Энгляю.

Ортодонтическое лечение на верхней челюсти проводят несъемным комбинированным аппаратом [5], на нижней челюсти – съемным аппаратом [6].

При наследственных нарушениях прикуса III класса по Энгляю на нижней челюсти проводят коррекционное удаление первых молочных моляров. Пространственный резерв на нижней челюсти используется для дистального перемещения молочных клыков, чем достигается правильное соотношение с верхними молочными клыками и сохраняется стабильное положение первых постоянных моляров (решение о выдаче патента на изобретение №2005 11019 от 10.02.06). На верхней челюсти проводят коррекционное удаление вторых молочных моляров, и пространственный резерв используют для благоприятного мезиального перемещение первого постоянного моляра (рис 3).

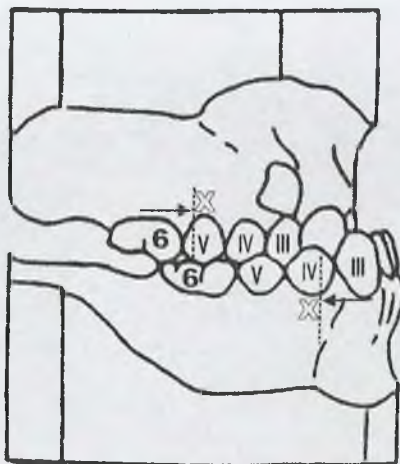


Рис. 3. Коррекционное удаление молочных моляров при патологии прикуса III класса по Энгляю.

Ортодонтическое лечение на верхней челюсти проводят съемным аппаратом [6], нижней че-

люсти – несъемным комбинированным аппаратом [7].

Однако сложные клинические ситуации требуют от врача осмысленного индивидуального выбора конструкции ортодонтического аппарата. Потому дополнительно в конструкции съемных аппаратов, в зависимости от показаний, вводили накусочную, наклонные плоскости, окклюзионные накладки, вестибулярные дуги или другие элементы. В комбинированных ортодонтических аппаратах использовали металлические коронки (в случае необходимости разобщения прикуса) или кольца, которые не мешают смыканию зубов. При дистальном соотношении молочных клыков с сохранением правильного смыкания на первых постоянных молярах (прогнатический нейтральный прикус) коррекционное удаление проводили только на верхней челюсти. При прогеническом нейтральном прикусе коррекционно удаляли нижние первые молочные моляры. Одностороннее коррекционное удаление временных моляров выполняли, если не совпадали средние линии между верхними и нижними резцами со средней линией лица.

Предложенный способ ортодонтического лечения наследственных форм нарушений прикуса I, II, III классов по Энгляю позволяет в период активного роста челюстей выиграть у природы – используя физиологический пространственный резерв управлять перемещением зубов сохраняя общее количество постоянных зубов и сокращая срок лечения.

Литература

1. Куроедова В.Д., Седых К.В. Новые аспекты болезни зубочелюстная аномалия/ – К.,1996. – С.47-52.
2. Куроедова В.Д. Семейно-генетичне успадкування аномалій прикусу // Новини стоматології. - №1(14). – С.19-21.
3. Мирза А.И., Зволинская А.М., Коблянская А.В. Роль генетических факторов в формировании мезиального прикуса // Современная стоматология. – 2004. -№3. – С.133-136.
4. Пат. № 68882 А Україна, А61С7/00. Спосіб ортодонтичного лікування скупченості фронтальних зубів у змінному прикусі: Деклараційний патент України 68882 А Україна, А61С7/00. Куроедова В.Д., Дмитренко М.І. (UA). – Заявка №20031110293; Заявл. 14.11.2003; Опубл. 16.08.2004; Бюл. №8. – С. 4.47.
5. Пат. №63538 А Україна, А61С7/00. Комбінований ортодонтичний апарат: Деклараційний патент України 63538 А Україна, А61С7/00 /В.Д.Куроедова, М.І. Дмитренко; Українська медична стоматологічна академія (UA). - №2003043924; Заявл. 29.04.2003; Опубл. 15.01.2004; Бюл. №1.- С. 4.42.
6. Пат. №66682 А Україна, А61С7/00. Ортодонтичний профілактичний апарат: Деклараційний патент України 66682 А Україна, А61С7/00 /В.Д.Куроедова, М.І. Дмитренко; Українська медична стоматологічна академія (UA). - №2003098437; Заявл.12.09.2003; Опубл.17.05.2004; Бюл. №5.- С. 4.14-4.15.
7. Пат. №66681 А Україна, А61С7/00. Комбінований ортодонтичний апарат: Деклараційний патент України 66681 А Україна, А61С7/00 /В.Д.Куроедова, М.І. Дмитренко; Українська медична стоматологічна академія (UA) - №2003098436; Заявл.12.09.2003; Опубл.17.05.2004; Бюл. №5.- С. 4.14.

8. Хорошилкина Ф.Я., Гадаєва Т.Г., Зубкова Л.П. Последовательное удаление отдельных зубов с целью устранения зубочелюстных аномалий. //Стоматология, - 1979. - Т.58, № 2, С. 48-50.

9. Lang G.H., Alfter G., Goz G. Retention and stability of various treatment parameters into account // J. Orthop. - 2002. - Vol.63, №1. -P.26-41.

Реферат

ЯК ВИГРАТИ У ПРИРОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ СПАДКОВИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ЗМІННОМУ ПРИКУСІ

Дмитренко М.І., Аздашер Аль Саєд

Ключові слова: діти, змінний прикус, патологія прикусу I класу за Енглем, спадкова форма, корекційне видалення тимчасових молярів, комбіновані ортодонтичні апарати.

Для підвищення ефективності лікування дітей зі спадковими формами патології I, II, III класів за Енглем у період змінного прикусу вдосконалений спосіб корекційного видалення тимчасових молярів.

Summary

HOW TO WIN OVER NATURE IN TREATMENT OF INHERITED DENTOFACIAL ABNORMALITIES IN REPLACEABLE OCCLUSION
Dmytrenko M.I., Asdasher Al Saied

Key words: children, replaceable occlusion, inherited occlusal pathology of I, II, III classes by Angle, corrective removing of deciduous molars, orthodontic appliances.

To intensify effectiveness in treating children with inherited occlusal pathology of I, II, III classes by Angle for the period of replaceable occlusion the technique of correction removing of deciduous molars has been improved.

УДК 616.833.15 – 002 – 085.36

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРИФЕРІЙНИХ УРАЖЕНЬ ЛИЦЕВОГО НЕРВА БІОЛОГІЧНО АКТИВНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Іваницька О.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті розглядаються властивості та механізми терапевтичної дії продуктів ембріофетоплацентарного комплексу (ПЕФПК), які дозволяють з успіхом застосовувати їх у лікуванні хронічних периферійних уражень лицевого нерва. Порівняльний аналіз результатів лікування традиційними засобами та методом ін'єкційного введення препаратів, виготовлених на основі ПЕФПК, свідчить про більш високу ефективність запропонованого методу терапії.

Ключові слова: периферійні ураження лицевого нерва, продукти ембріофетоплацентарного комплексу.

Важливою та актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології продовжує залишатися проблема лікування периферійних уражень лицевого нерва (ПУЛН). Враховуючи розповсюдженість цієї патології [2,7], переважаання серед хворих осіб молодого і середнього віку, тяжкість клінічних проявів, які нерідко призводять до тривалої втрати працездатності, навіть інвалідності, та недостатню результативність традиційних методів терапії (повне видужання чи значне покращення досягається лише у 60-75% випадків [9]), цілком зрозумілою видається потреба у пошуку нових, нестандартних шляхів, спрямованих на ефективне відновлення функцій ураженого нерва, прискорення темпів та збільшення обсягу його регенерації, особливо при хронічних формах цього захворювання.

Усвідомлюючи те, що при хронічних ПУЛН локальні зміни поєднуються з системною дезорганізацією на рівні організму [1], а тому відновлення функціонального стану лицевого нерва безпосередньо, пов'язане з нормалізацією основних метаболічних гомеостатичних показ-

ників, ми прагнули до системного підходу у лікуванні. По суті, лікувальний метод повинен впливати на основні ланки патогенезу, такі як порушення мікроциркуляції, набрякові компресійні та запально-дегенеративні процеси у стовбурі нерва, явища нейросенсibiliзації, справляти розсмоктуючу дію на рубцеву тканину у ділянці ураженого нерва, а також не лише підсилювати його репаративну регенерацію, а й стимулювати компенсаторно-відновлювальні процеси на рівні організму. Цим вимогам, на нашу думку, цілком відповідає метод лікування, який заснований на використанні продуктів ембріофетоплацентарного комплексу (ПЕФПК).

В сучасній медицині проблема вивчення лікувальних можливостей ПЕФПК набула великого теоретичного та практичного значення. На основі багаточисельних досліджень встановлено, що терапевтичний ефект цих продуктів пов'язаний зі значним вмістом у них рости-імунomodельюючих, протизапальних, антибактеріальних, антиоксидантних, детоксикаційних

* Фрагмент комплексної науко-дослідної роботи «Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки» (№ державної реєстрації 0005U004081).