

---

---

Дане дослідження підтвердило високий ступінь відтворюваності результатів віртуальної симуляції та комп'ютерного моделювання при лікуванні дефектів вилицевого комплексу та орбіти із використанням CAD/CAM технології. Основними причинами відхилень в положенні імплантатів були неточне віртуальне відновлення цілісності анатомічних структур, невідповідність дизайну ПСИ плану хірургічного втручання, а також похибки в хірургічній техніці при встановленні імплантатів та їх фіксації.

## **КРАНІОТОПОГРАФІЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЯМОЇ ПАЗУХИ ТВЕРДОЇ ОБОЛОНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЛЮДИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФОРМИ БУДОВИ ЧЕРЕПУ**

*Черно В. С., Проніна О. М., Береза І. В.*

Чорноморський національний університет ім. Петра Могили (м. Миколаїв)  
Полтавський державний медичний університет (м. Полтава)

Метою роботи стало визначення краніотопографічних і морфометричних показників прямої пазухи твердої оболони головного мозку людини в залежності від форми будови черепа у дорослих людей. Використовуючи черепний індекс об'єкти розподілили на три групи: доліхоцефали, мезоцефали та брахіцефали. Корозійним методом отримали пластмасові зліпки пазух склепіння черепа. Виготовлені препарати прямої пазухи свідчать про формування складного комплексу судинних утворень в який входять притоки більшості внутрішніх мозкових вен, нижня стрілова пазуха, вени мозочка, міжпазушні анастомози, лакуни та парасинуси. Пряма пазуха завжди знаходилась у горизонтальній площині, впадаючи у пазушний стік. Пряма пазуха має три стінки: ліву та праву бічні та нижню. Бічні стінки утворені розщепленими листками основи серпа великого мозку, а нижня – листком намету мозочка. Встановлено, що розміри пазухи змінюються у залежності від індивідуальної форми будови черепа. У доліхоцефалів відмічається найбільший діапазон мінливості довжини прямої пазухи, що пов'язано зі збільшенням повздовжніх параметрів черепа. Встановлена індивідуальна різниця ширини кожної пазушної стінки. У брахіцефалів відмічається характерна тенденція до переваги поперекових розмірів усіх стінок, особливо нижньої. Найбільші значення товщини усіх стінок спостерігається у доліхоцефалів. Стінки даного венозного колектора мають своєрідні лінії та точки натягу: передні – до кам'янистих частин скроневих кісток; задні – до верхньої межі борозен поперечних пазух потиличної кістки; верхні – безпосередньо до

---

---

серпа. Тому пряма пазуха у дорослих людей різного типу будови черепа має коливання глибини розташування по відношенню до кісток склепіння. Найбільші вертикальні показники віддалення від тім'яної кістки належать людям з доліхоморфним типом будови за рахунок збільшення довжини та висоти черепа.

## **МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

*Шевченко В. К., Мельник В. Л., Костиренко О. П., Силенко Ю. І.*

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава)

В дорослому віці захворювання пародонта зустрічається у 90-95% хворих. В комплексній терапії пацієнтів з даною патологією нами використовувались методи світлолікуванням приладом НВФ «Lux-Dent» серії «UFL-122».

Мета дослідження – визначення впливу червоного та помаранчевого спектрів некогерентного випромінювання приладу «UFL-122» в комплексному лікуванні пацієнтів з генералізованим пародонтитом з морфологічним та рентгенологічним підтвердженням клінічних результатів.

Нами проводилась клінічна, лабораторна діагностика та комплексне лікування 52 пацієнтів з генералізованим пародонти том віком від 35 до 61 року. Додатково застосовували світлолікування приладом «UFL-122», режим «R» з базовою довжиною хвилі 600-670 нм. (щільність світлового потоку 560 мВт/см<sup>2</sup>) і «O» з базовою довжиною хвилі 570-780 нм. (щільність світлового потоку 1300 мВт/см<sup>2</sup>).

Рентгенологічне дослідження стану твердих тканин пародонту проводили у перше відвідування пацієнта і через 9 міс після лікування. Лабораторне дослідження патології пародонту проводили шляхом біопсії маргінальної ділянки ясен. Отриманий матеріал заключали в парафін і мікротомом готували серію тонких зрізів і досліджували під світловим мікроскопом.

Поєднане застосування червоного і помаранчевого спектрів світла в комплексній терапії 52 пацієнтів з генералізованим пародонтитом отримали позитивні результати лікування у 94% хворих. До лікування відмічалась нерівномірна резорбції альвеолярних відростків по вертикальному типу верхньої та нижньої щелеп в межах 1/3 довжини коренів зубів. Після курсу лікування (9 місяців) визначається продуктивний процес в кіст-