



($p > 0,01$). У дітей 8-річного віку спостерігаються подібні результати: у дітей з інтенсивності карієсу < 5 тимчасових зубів його значення становить $6,25 \pm 0,12$, що є вищим у порівнянні з дітьми, інтенсивність карієсу у яких складає ≥ 5 тимчасових зубів ($p > 0,001$).

Таким чином, отримані результати показали, що у дітей з карієсом фісур перших постійних молярів рН ротової рідини є значно нижчим у порівнянні з дітьми, фісури яких не уражені карієсом. З віком значення водневого показника змінюється у бік кислого середовища, що також сприяє розвитку демінералізації твердих тканин зубів. У дітей з низькою інтенсивністю тимчасових зубів значення рН ротової рідини є наближеним до нейтрального, а у дітей з $kp \geq 5$ зубів цей показник знижується в бік кислого середовища. Такі результати свідчать про те, що кисле середовище ротової рідини є вагомим чинником розвитку карієсу зубів у дітей.

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ПІДЙОМУ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ СЛИЗОВИХ І СЛИЗОВО-ОКІСНИХ КЛАПТІВ У ПОРОЖНИНІ РОТА НА ЕТАПАХ АУГМЕНТАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ

Каплун Д. В., Аветіков Д. С., Гаврильєв В. М., Бойко І. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

Враховуючи розвиток сучасної хірургічної стоматології проблема оптимізації закриття ран слизової оболонки в порожнині рота залишається актуальною. Це, перш за все, зумовлено вибором шовного матеріалу та методикою відшарування і мобілізації слизових та слизово-окісних клаптів



для закриття ранового дефекту в порожнині рота. Якщо по першому питанню існує безліч наукових досліджень, то по другому відомі лише поодинокі роботи як у вітчизняній так і зарубіжній літературі.

На нашу думку, важливим є вивчення біомеханічних властивостей слизових клаптів порожнини рота, їх меж відшаровування та оптимальних величин натягнення. Також важливою рисою оптимального загоєння рани є характеристика гемодинаміки мікросудинного русла слизової оболонки порожнини рота в ділянці накладення швів та формування майбутнього рубця.

Саме при операціях хірургічного лікування хворих на первинні та вторинні адентії на етапах аугментації альвеолярного відростка, закриття операційної рани проводиться емпірично та залежить від досвіду хірурга-стоматолога. А практичних рекомендацій щодо довжини та напрямку розрізів слизової оболонки, меж та напрямку відшарування слизових і слизово-окісних клаптів у порожнині рота у літературі нами не знайдено.

Нами з'ясовано, що щільність мікросудин у слизово-окістних клаптях в проекції різних відділів верхньої та нижньої щелепи не однакова. Найбільший обсяг спостерігається в дистальних відділах верхньої щелепи, потім нижньої щелепи, а найменший – в проекції премолярів, в ділянці фронтальних зубів щільність мікросудин має середнє значення. Саме цей факт свідчить, про необхідність створення алгоритму підйому та мобілізації слизово-окістних клаптів, враховуючи стан мікросудин та щільність судин в кожній анатомічній зоні.

Нами доведено, що показники відносної пластичної деформації клаптів найбільш значуще спостерігаються в ділянці молярів верхньої щелепи, дещо нижчі – в ділянці молярів нижньої щелепи, найнижчі значення зафіксовано в ділянках ікла та першого премоляра нижньої щелепи та другого премоляра верхньої щелепи. Слід відмітити дещо



проміжний характер відносної пластичної деформації в проекції фронтальної групи зубів, що пов'язано з їх гістоструктурою та особливістю процесів колагеносинтезу та колагенолізу.

Проведені нами функціональні та біомеханічні дослідження створюють доказову базу, яка і обґрунтовує доцільність проведення клінічних досліджень.

Нами було проліковано 30 пацієнтів із вторинною адентією альвеолярних відростків (15 пацієнтів на верхній щелепі та 15 осіб на нижній щелепі.) У всіх пацієнтів спостерігалися вертикальні дефекти кісткової тканини із зменшенням процентного співвідношення компактного та спонгіозного шару кістки. Майже всі пацієнти потребували кісткової аугментації з чим і були труднощі при натягненні і ушиванні слизово-окістних клаптів.

Враховуючи отримані дані нами встановлені оптимальні межі відшарування, величини та кути натягнення окістно-слизових клаптів в проекції різних груп зубів на верхній та нижній щелепах. Ми розробили авторську методику, що суттєво покращила як функціональний, так і естетичний результат проведених оперативних втручань.

В основі нашої методики лежить залежність довжини розрізу від глибини відшарування слизово-окістного клаптя, та кута нахилу під яким буде проводитись натягнення. Ми хочемо знайти та довести чітку математичну залежність тканинної напруги в слизових та слизово-окістних клаптях в залежності від меж відшарування, а наукове обґрунтування та доказовість цієї методики дасть можливість практикуючим хірургам-імплантологам більш об'єктивно планувати операції дентальної імплантації, особливо пов'язаних з аугментацією альвеолярного паростка і як наслідок отримувати менше постхірургічних ускладнень у вигляді грубих рубців.