



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет**



Асоціація стоматологів Дніпропетровської області

Асоціація стоматологів Запорізької області

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична
конференція
«Стоматологія Придніпров'я»**

19 квітня 2019

Дніпро-Запоріжжя

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвєєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

У дослідженнях на розрив обох кінці пластмасового блоку фіксували в лещата і розривали на випробувальній машині. Силу докладали вздовж осі зуба, оцінюючи ступінь фіксації суцільнолітої штифтової конструкції в корені зуба. Дані реєструвались у одиницях кілограм-сила на 1 мм^2 кореневої частини вкладки і перераховувались у МПа.

Результати. Було встановлено, що найбільш виражені фіксаційні характеристики властиві цинк-фосфатному цементу «Adhesor» («SpofaDental», Чехія). Величина зусилля на розрив, при діставанні штифтової конструкції, для цього матеріалу у середньому складала 0,93 МПа, що перевищувало даний показник для склоіномерного цементу «Meron» («VOCO», Німеччина) у 1,16 рази та композитного цементу подвійного твердіння «Jen-Dua Cem» («Jendental», США) у 1,52 рази.

Висновки. Таким чином, найбільш придатним для фіксування суцільнолітих штифтових конструкцій виявився цинк-фосфатний цемент «Adhesor». Склоіномерний цемент «Meron» дещо поступається цинк-фосфатному за адгезивними властивостями, однак його здатність тверднути в присутності рідини робить його незамінним при цементуванні вкладок, розташованих нижче рівня ясен. Композитний цемент подвійного твердіння «Jen-Dua Cem» не можна рекомендувати для фіксації суцільнолітих штифтових конструкцій фронтальної групи зубів.

Комок А.А., Бондаренко Г.К., Ущин А.Б.

СТАТИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПОСТОЯННОГО ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», Кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и парадонтологии. Украина

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»

Несмотря на многочисленные разработки, новые предложения нейрохирургов, черепно-челюстно-лицевых хирургов проблема хирургического лечения постоянного паралича лицевого нерва остается актуальной.

Причинами поражения лицевого нерва по данным Н.Н.Яхно и соавт. являются: паралич Белла (53%), перелом основания черепа (21%), опоясывающий герпес (8%), инфекция (4%), перинатальная патология (3%), лицевой гемиспазм (2%), заболевания ЦНС (1%), другие причины (1%).

К хирургическому лечению паралича лицевого нерва принято прибегать только в том случае, если использованы все методы консервативной терапии по восстановлению нерва. Исключением являются «опухолевые невриты» лицевого нерва при инфильтративном поражении его ствола после радикальных операций (Комок А.С.). В этих случаях операция по статическому и кинетическому подвешиванию деиннервированных тканей может производиться незамедлительно.

В случаях же компрессионно-ишемической невропатии (туннельные синдромы) (В.С.Лобзини и др.), идиопатический паралич Белла (Р.Е. VanWyk),

включающий первичный или «простудный» неврит в самые ранние сроки назначают мощную нейротропную, противовирусную и противоотечную терапию (дексаметазон, герпевир, zelitrex, прозерин или галантамин, церебролизин, витамины группы В, мочегонные, симптоматические препараты, а также упражнения на мимическую группу мышц лица по В.А.Кузьмину, А.К.Попову (А.А.Тимофеев).

Хирургическому лечению постоянного паралича лицевого нерва посвящены многие работы, а хирургические приемы стали классическими:

- Пересадка свободного мышечного трансплантата без сосудистых анастомозов (Thompson);
- Метод смежной мышечно-лицевой пластики (Gillies);
- Трансплантация нерва со свободным васкуляризованным мышечным трансплантатом (В. McCO`Brien);
- Различные способы нейропластики ствола лицевого нерва с другими близлежащими двигательными нервами, например жевательный, подъязычный.

Однако, несмотря на сложность хирургических вмешательств, включая микрохирургическую технику, удельный вес стабильно положительных результатов колеблется от 13 до 68%, что вынуждает хирургов прибегать к статической пластике парализованной части лица.

В нашей клинике за последние 9 лет статическую пластику провели у 14 больных, у которых причиной паралича были:

- 11 случаев в результате операций удаления злокачественных новообразований околоушной слюнной железы;
- 2 случая после нейрохирургических внутричерепных операций;
- 1 случай травматического повреждения ствола лицевого нерва.

Операции выполнены следующим образом: производили разрез кожи и клетчатки начиная в височной области, по границе с волосистой частью головы, опускались к ушной раковине и далее по Ковтуновичу, примерно, как при круговой подтяжке лица. Далее, не повреждая SMAS, отслаивали кожно-жировую клетчатку лица и иссекали избыток свисающей кожно-жировой клетчатки. В дальнейшем производили туннели, направленные от уровня сосцевидного отростка, верхнего уровня ушной раковины, височной мышцы к углам рта и глаза, подтягивали и закрепляли к апоневрозам прочными узлами в эстетически выгодной позиции. Причем следует отметить, что во избежание выворота с уровня середины щеки нити погружали в глубокие мышечные слои угла рта и закрепляли узловыми швами.

Во всех случаях мы получили удовлетворительные и хорошие косметические и функциональные результаты.

Комок А.А., Москаленко Я.И., Алексюк С.А..

МЕСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ ИЗЪЯНОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ЕЁ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ЗАПУЩЕННОГО РАКА.