

алмазными борами поверхность зуба приобретает более гладкий рельеф, смазанный слой дентина был представлен гомогенной структурой. Твердосплавные боры более грубо модифицировали поверхность зуба. Иногда отмечались и микротрещины в дентине.

Также по разному действовали и кислотные травители. Так, 9% фторводородная кислота большей степенью декальцинировала поверхность дентина, чем 35% фосфорная кислота. Однако следует отметить и тот факт, что 9% фторводородная кислота труднее смывалась с поверхности зуба, чем 35% фосфорная кислота.

D.Vadachkoria, M.Mamaladze, M.Iverieli, O.Khzrdzeishvili
CHARACTERISTIC OF INSTRUMENTAL PREPARATION AND
ETCHING DURING RESTORATION OF FRONTAL TEETH WITH
DIRECT COMPOSITE VENEERS

S U M M A R Y

Proper preparation of teeth structure is very important in restoration of frontal teeth. Smart selection of bors, step by step preparation and etching are the keys of effective treatment. The purpose of this research is to estimate modification of teeth hard tissues after preparation of various bors and after application of enamel adhesives.

For research have been used just extracted human teeth. From them experimental segment were made and have been studied with SEM. As study showed, after preparation with dimond bors, teeth surface was smooth and smear layer of dentin was pretty homogenic, while with carbid bors prepared surface was much rougher, sometimes even gaps were detected on dentin.

Also, various kind of etches were modified tooth hard tissue differently. 9% HF decalcified dentine surface more intensivly, than 35% H_2PO_3 . But, however should be mentioned, that washing down 9% HF from tooth was much harder, then - 35% H_2PO_3 .

Вадачкория З., Виссаронов В., Кобахидзе К., Хведелиани Н.
ЩАДЯЩАЯ УРАНОПЛАСТИКА

Кафедра стоматологии детского возраста и профилактики
стоматологических заболеваний ТГМУ,

Республиканский центр по лечению, диспансеризации и реабилитации
детей с врожденными пороками лица и челюстей ,

Институт пластической хирургии и косметологии МЗ РФ, Москва

Уранопластика является довольно травматичным хирургическим воздействием, выполняемым различными способами в различные возрастные

периоды развития ребенка, что, естественно, может отразиться на дальнейшем формировании лицевого черепа. Однако, несмотря на понимание практически всеми хирургами данной проблемы, ее стержневые моменты остаются дискуссионными.

С целью изучения динамики роста верхней челюсти у больных с расщелиной неба было обследовано 501 детей (в том числе здоровые дети с ортогнатическим прикусом) различного возраста до операции, а часть из них через год после уранопластики различными методиками. У всех детей были сняты слепки и изготовлены модели верхней челюсти. Их измерение производилось по методу Д.Н.Поповой и А.А.Талалаева (1975) с учетом ориентиров J.G.Sillman (1951), согласно которым выделяют точки позади зубов, расположенные на вершине гребня альвеолярного отростка.

Оперативное лечение 91 ребенка выполнялось видоизмененным способом "радикальной уранопластики" по А.А.Лимбергу (1926). 30 больных прооперированы с использованием способа Л.Е.Фроловой (1977); 267 детей оперированы без применения наиболее травматичных этапов радикальной уранопластики – резекции задне-внутренних краев больших небных отверстий и интерламинарной остеотомии. В настоящее время эта методика операции упоминается в специальной литературе (А.В.Останин, 1992; М.О.Льви-Калнин и соавт., 1994; В.П.Павлов, 1994; Е.И.Карпова, 1996 и др.) под названием "падающей уранопластики", ибо трудно установить, кем она модифицирована впервые. Скорее всего жизненноважная необходимость внедрения нетравматичных методов уранопластики в раннем детском возрасте определила то, что указанные авторы, а также и мы, независимо друг от друга, пришли к одинаковому решению вопроса. Вместе с тем, назвав эту методику падающей, мы ни в коей степени не отрицаем также падающего характера способа Л.Е.Фроловой (1977).

Независимо от сроков проведения операции, все три способа уранопластики предусматривают одномоментное достижение нескольких ключевых задач: закрыть дефект, создать длинную и активную небную занавеску, восстановить нарушенную макроструктуру мышечных образований небо-глоточного затвора, сузить носо- и ротоглотку.

Сущность модификации способа А.А.Лимберга заключается в том, что мы отказались от расщечения слизистой оболочки носа по заднему краю небных костей, так как считаем, что это приводит к вторичному грубому рубцеванию с последующим укорочением мягкого неба. Поэтому, производили широкую отслойку носовой слизистой, особенно по заднему краю небных костей. Более того, с целью удлинения слизистой оболочки полости носа, в отличие от классического способа А.А.Лимберга, мы производили ее Z-пластику на уровне границы твердого и мягкого неба.

Способ пластики неба с сужением глоточного кольца по Л.Е.Фроловой применялся без видоизменений.

Операцию "падающей уранопластики" начинали с освежения краев расщелины по всей протяженности дефекта. Разрезы проводили с двух сторон

по ротовой поверхности, отступя от края расщелины на 2 мм с тем, чтобы полосу слизистой опрокинуть в сторону полости носа для ушивания дефекта носовой выстилки без натяжения (рисунок).

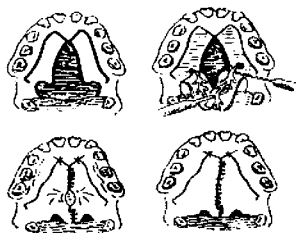


Рисунок. Схематическое изображение основных этапов способа "падающей уранопластики"

В случае истончения слизистой оболочки этой области ее инекали в виде полоски. Из разреза по краю мягкого неба выпрепаровывали мышцы. Далее производили разрезы В. Langenbeck, отступя от края десны на 2-3 мм, и продолжая их сзади, окаймляя дугры верхней челюсти по крыло-челюстным складкам (разрезы F. Ernst-G. Halle). Через эти разрезы производили мобилизацию группы мышц, прикрепляющихся к медиальным пластинкам крыловидного отростка основной кости без применения интерламинарной остеотомии, добиваясь перемещения их совместно с боковыми отделами глотки к средней линии.

Во избежание второго, не менее травматичного этапа радикальной уранопластики - резекции задне-внутренних стенок больших небных отверстий, - из толщи лоскутов тупым путем выделяли сосудисто-нервные пучки на протяжении 2/3 длины, после чего лоскуты становились более мобильными. Затем производили, по возможности, широкую отслойку слизистой оболочки носа от небной кости. Особое внимание уделяли отслойке по заднему краю небных костей. Рассечение слизистой оболочки носа. Нередко, при необходимости, таким же путем удлиняли укороченный слизисто-надкостничный лоскут. От костных краев расщелины отделяли порочно прикрепленные волокна *m. levator veli palatini* et *m. palato-pharyngeus*. Рана в области мягкого неба ушивалась в три слоя (слизистая носа, мышцы, слизистая рта), а в области твердого неба - в два слоя. Шовный материал - кетгут, лавсан, капрон или шелк. В окологлоточные пространства укладывали йодоформные тампоны, ими же прикрывали раны твердого неба с последующей фиксацией назубной защитной пластинкой.

При сквозной односторонней расщелине передний отдел дефекта закрывали с использованием дезэпителизованного опрокидывающегося треугольного лоскута В.И.Заусаева (1953).

В случае двусторонней расщелины на межчелюстной кости производили Т-образный разрез, перпендикулярная линия которого проходила по середине межчелюстной кости с переходом на сошник. Дефект закрывали опрокидыванием двух дезэпителизованных лоскутов. Затем выполняли все остальные элементы операции. Раны защищали йодоформными тампонами и назубной пластмассовой пластинкой.

Послеоперационный период проходил с использованием разработанных мероприятий, направленных на нормализацию общего статуса ребенка и на активацию местных репаративных процессов.

Наибольшее значение в оценке эффективности хирургического воздействия в области неба имеет анализ его отдаленных исходов по двум основным параметрам: состоянию верхней челюсти и речевого аппарата. Поскольку уранопластика проводилась нами с использованием трех различных методик, определенный интерес вызывает сравнительная характеристика метрических параметров верхней челюсти с учетом способа операции и возраста ребенка, в котором ему произведена пластика неба. Это имеет большое значение не только в прогнозировании развития и тяжести зубочелюстных деформаций, в обосновании ранней ортодонтической помощи детям, но и в определении возможной перспективы проведения хирургической коррекции неба в максимально ранние сроки, что важно для полноценной социальной реабилитации больных.

Для изучения особенностей роста и развития верхней челюсти у детей с врожденной расщелиной неба нами были обследованы 501 детей в возрасте 4-8 лет, из них: 388 - с различными видами расщелины неба и 113 - с ортогнатическим прикусом (средняя индивидуальная норма). Анализ результатов антропометрических исследований о влиянии различных методов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти, показал что при выполнении видоизмененной методики А.А.Лимберга уже через один год отмечается статистически достоверное сужение верхней челюсти в трансверзальных направлениях. При проведении операции по методу Л.Е.Фроловой и шадящей уранопластики достоверное уменьшение размеров верхнечелюстной дуги наблюдалось лишь в области молочных моляров, к тому же эти изменения были менее выражены, чем у детей, которых оперировали по методу А.А.Лимберга. Однако, при сопоставлении результатов методики Л.Е.Фроловой и шадящей уранопластики установлено, что наименьшее сужение дуги верхней челюсти в трансверзальном направлении отмечается у детей, которым была произведена шадящая уранопластика.

Таким образом, сравнительный анализ результатов влияния различных способов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти позволил установить минимальную травматичность методики "щадящей уранопластики", без вмешательства на костные структуры неба, что позволяет рекомендовать ее применение в раннем детстве.

Z.Vadachkoria, V.Visarionov, K.Kobakhidze, N.Khvedeliani
"SPARING URANOPLASTY" METHOD
S U M M A R Y

Issue describes "sparing uranoplasty" method. It is compared with other two methods of uranoplasty. Comparable analyzes of results showed, most traumless effect of "sparing uranoplasty" method. The above mentioned encouraged us to recommend this method as a best choice in operational treatment for the children in their earlier age.

ე.ვაშაკიძე, ლ.ვაშაკიძე, თ.გვეგეშიძე, თ.რუსაძე
ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტიში ალკოპოლიზმის და
ნარკომანიის ფონზე ტუბერკულოზით ავადმყოფებში
თსსუ, ინფექციურ სნეულებათა კათედრა,
ფთიზიატრიის და პულმონოლოგიის კათედრა

ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტების ძირთად ეტიოლოგიურ ფაქტორს B, C და D ვირუსები წარმოადგენენ. აღნიშნული ვირუსული ჰეპატიტები კლინიკური ფორმების მრავალფეროვნებით ხასიათდება: უსიმპტომო, სუბკლინიკური და მსუბუქი ფორმებიდან - ქრონიკულ, მძიმე, ფულმინანტურ ფორმებამდე, ხშირად ევოლუციით ციროზში და ჰეპატოცელულარულ კარცინომაში (3, 4).

აღნიშნულს საფუძვლად, ერთის მხრივ, გამოშვებული ვირუსის ბიოლოგიური (გენოტიპური და ფენოტიპური) თვისებები და, მეორეს მხრივ, ორგანიზმის გენეტიკური სისტემით დეტერმინირებული იმუნური პასუხის თავისებურებები უდევს (1, 4). ამასთან ეს პასუხი მრავალი ეგზო- და ენდოფაქტორებითაა განპირობებული.

უკანასკნელ ათწლეულში ვირუსული ჰეპატიტების გარდა ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებლების მკვეთრ ზრდას მეცნიერთა უმეტესობა სოციალურ პრობლემებს უკავშირებს. მიგრაციული პროცესების გარდა მეტად მნიშვნელოვანია ალკოპოლიზმის და ნარკომანიის პრობლემა, რომელთა ფონმა ვირუსულ ჰეპატიტებს და ტუბერკულოზს მეტი სიმძაფრე შესძინა (1).

როგორც ცნობილია, ალკოპოლიზმით და ნარკომანიით დაავადებულებში მკვეთრად ქვეითდება ადგილობრივი და ზოგადი დამცველობითი მექანიზმები. ხანგრძლივი ალკოპოლური, ნარკოტიკული ინტოქსიკაციის ფონზე არა მარტო ლეიძლის, არამედ ბრონქო-პულმონური სისტემის დაზიანებაც ხდება - როგორც