

### SPLINTING OF TEETH WITH DIFFERENT MOBILITY DEGREE

Korol M. D., Skubiy O. M., Korol D. M., Cherevko F. A., Davydova O. V.

**Abstract.** The paper presents the splinting technique for teeth with different degrees of their mobility. Fixation of mobile teeth was carried out with samarium-cobalt magnets, which were placed on photopolymer material into previously prepared teeth cavities in small portions, considering the exact ratio of positive and negative poles; when fixing magnets in the tooth cavity, special attention is paid to the quality restoration of contact points.

The splinting technique for mobile teeth includes the following steps. The preparation of teeth which should support the splint is performed first with cylindrical burs in the form of grooves or depressions at the distance of 2-3 mm from the cutting edge of the teeth, 1.5-2 mm in depth and about 2 mm wide.

After the cavity preparation for magnets application, the accuracy of preparation in the oral cavity should be checked. The diameter of the burs should be greater than the diameter of the magnets used. Then, the photopolymer material is introduced into the prepared cavities in small portions and, directly, magnets are placed into it, considering the exact ratio of the positive and negative poles. The duration of the luminous flux on the photopolymer material was equal to 20 seconds for each applied layer of photopolymer material; the thickness of the applied material should not exceed 1.5 mm. Processing the finished fixed orthopedic construction is performed after polymerization according to the standard technology.

Splinting of the movable teeth based on the proposed method significantly improves the properties of fixed splinting structures and reduces tooth mobility, contributes to the significant improvement in the hygienic conditions of the oral cavity by reproducing the contact points between the teeth and prevents fracture of the crown part of the teeth and fractures of the tooth root due to less significant preparation.

**Key words:** tooth mobility, preparation, splinting, samarium-cobalt magnets.

*Рецензент – проф. Ткаченко І. М.  
Стаття надійшла 14.11.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-243-245

УДК 617.51/53:611.77-089.168.1-003.92-042.2.616-073.4-8

*Нагірний Я. П.*

### СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПЛАНУВАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСУНЕННІ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

[sunnyolechka1@gmail.com](mailto:sunnyolechka1@gmail.com)

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Української медичної стоматологічної академії МОЗ України: «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя, та профілактики утворення патологічних рубцевозмінених тканин», номер державної реєстрації 0114U001910, 2014-2018 рр.

**Вступ.** Профілактика і лікування келоїдних і гіпертрофічних рубців шкіри є важливим медико-соціальним завданням, оскільки вони викликають не тільки косметичні і функціональні порушення на обличчі й тілі, а й погіршують якість життя. Крім хірургічних методів лікування патологічних рубців існують різні ефективні терапевтичні методи: фізіотерапія, кріодеструкція, компресійні пов'язки, гормональна і ферментна терапія, Буккі-терапія, а також дермобразія і пілінг [1,2]. У клінічній практиці хірурга стоматолога досить часто існує проблема вибору оптимальної схеми лікування патологічних рубців, так як не завжди вдається розмежувати гіпертрофічні і келоїдні рубці, хоча в численних роботах наводяться їх основні патогномонічні ознаки [3,4].

**Метою** нашого дослідження є вдосконалення методів лікування рубців шкіри обличчя та шиї у відповідності з чітким проведенням диференційної діагностики рубцевозмінених тканин.

**Об'єкт і методи дослідження.** Досвід власної роботи при лікуванні 150 пацієнтів з рубцевими деформаціями обличчя і шиї, в основному після опіків,

травм і запальних процесів, дозволив накопичити і оцінити результати реабілітації в найближчі і віддалені терміни після травм і операцій. У даній роботі найбільшу увагу приділено терапевтичній підготовці до оперативного усунення рубцевозмінених тканин, консервативному лікуванню і профілактиці гіпертрофічних і келоїдних рубців в щелепно-лицевої ділянки. Статистична обробка даних проводилася за допомогою простого варіаційного ряду з використанням критеріїв Фішера та Стюдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При обстеженні і лікуванні хворих з рубцевими деформаціями обличчя нами виявлено фактор концентричного рубцювання при загоєнні опікових і післяопераційних ран навколо природних отворів обличчя. У середній і в нижній зонах обличчя рубці мають вид кільцеподібних тяжів або валиків, частіше гіпертрофічного та келоїдного характеру. Наявність таких рубців призводить до характерних анатомічних змін: вивертанню губ і кутів рота, мікростомії, епікантусу в кутах ротової щілини, м'язових контрактур, порушення рельєфу губ, щік, підборіддя і носа [5,6]. У випадках вибору переважно консервативного лікування рубцевих уражень, а також з метою підготовки до оперативного втручання ми, використовуємо наступну схему лікування патологічних рубців [7,8]. За класифікацією розрізняємо рубці: несформовані (ті, що формуються після травми або хірургічного втручання); незрілі і сформовані (з великим терміном після травми); і зрілі. Їх особливості пов'язані з наявністю або відсутністю несприятливих факторів: схильності до патологічного рубцювання, надмірно-

го натягу тканин в рані, рецидивів рубцювання після повторної операції в тій же зоні, супутньої ендокринної патології.

Схема раціонального поєднання різних способів корекції при несформованих рубцевих ураженнях полягає в попередженні гіпертрофії і келоїдозі рубців шляхом використання методів фізіотерапії з застосуванням магнітотерапії, електрофорезу з лідазою, лонгідазою, колагеназою, йодистим калієм; зовнішнім застосуванням мазей «Контрактубекс», «Медерма». В якості допоміжного впливу можна використовувати компресійні пов'язки з еластичного матеріалу.

Основний спосіб лікування при формуванні гіпертрофічних рубців малого і середнього розмірів – компресійна терапія, місцева гормональна терапія («Кеналог», «Дексазон»), допоміжна – зовнішня лікарська терапія і фізіотерапія (фонофорез з мазями «Контрактубекс», «Медерма», «Солкосерил», мазь Гідрокортизону); Буккі – терапія, а щодо поліпшення стану рубців не раніше, ніж через 6 місяців – механічна або лазерна дермабразія. Основні способи лікування келоїдних рубців невеликих розмірів – кріодеструкція, місцева гормональна терапія, допоміжна – зовнішні лікарські засоби, фізіотерапія і компресійна терапія.

При наявності несприятливих чинників для усунення рубців після первинних невідкладних та планових оперативних втручань в якості основного методу лікування використовується компресійна терапія, як допоміжна – фізіологічна терапія і зовнішні лікарські засоби (мазі, грязьові і парафінові аплікації, озокеритотерапія). Першочергова терапія гіпертрофічних рубців малого і середнього розмірів є – компресійна терапія, фізіолікування (магнітотерапія, фоно- і електрофорез), місцева гормональна терапія і зовнішні лікарські засоби, кріодеструкція. При лікуванні гіпертрофічних рубців невеликих розмірів, що викликають обмежені анатомо-функціональні порушення в основному показана пластика місцевими тканинами з до – і післяопераційною фізіотерапією і застосуванням компресійних еластичних пов'язок.

При келоїдних рубцях невеликого розміру в першу чергу показана кріодеструкція і місцева гормональна терапія, допоміжна – зовнішні лікарські засоби, фізіотерапія та компресійні пов'язки.

Келоїдні рубці великих розмірів з широкою основою коригують в основному за допомогою кріодеструкції і Буккі-терапії, додатково використовують місцеву гормональну терапію, фізіотерапію, компресійні пов'язки і зовнішні лікарські засоби. При безуспішності терапії за наявності келоїдних рубців застосовують Буккі-терапію і просте хірургічне видалення в поєднанні з кріодеструкцією і місцевою гормональною терапією.

При відсутності несприятливих факторів основний спосіб корекції гіпертрофічних рубців малого і середнього розмірів, а також гіпертрофічних рубців, що викликають анатомо-функціональні порушення: пластика місцевими тканинами, з поєднанням допоміжного лікування: зовнішні лікарські засоби, компресійні пов'язки і фізіотерапія.

Основний спосіб корекції келоїдних рубців малого і середнього розмірів: просте хірургічне видалення, додатково можна використовувати хірургічне ви-

сінчення з вільною шкірною пластикою, компресійні пов'язки і місцеву гормональну терапію.

При наявності несприятливих чинників основний спосіб корекції гіпертрофічної рубцевої деформації: хірургічне видалення з вільною шкірною пластикою з подальшою фізіотерапією. Основний спосіб корекції келоїдних рубців малого і середнього розмірів: хірургічне видалення з вільною шкірною пластикою, як допоміжний лікувальний вплив: пластика місцевими тканинами, компресійні пов'язки, дермабразія (механічна, лазерна терапія), Буккі-терапія, місцева гормональна терапія.

Основний спосіб усунення великих келоїдних рубців і рубцевих масивів: хірургічне видалення із заміщенням дефектів вільними повношаровими шкірними клаптями або невеликими стебловими клаптями, також використовують кріодеструкцію і Буккі-терапію. Основний спосіб корекції і профілактики рецидивів келоїдних рубців після їх хірургічного видалення або кріодеструкції – просте хірургічне висічення, хірургічне висічення з вільною шкірною пластикою.

Як один із клінічних прикладів наводимо спостереження за хворим М., 1984 р. н. з великими рубцевими ураженнями обличчя і верхніх кінцівок після побутового термічного опіку, отриманого близько 10 років тому. Поєднана рубцева деформація шкіри супроводжується частковими дефектами брів і вушних раковин. Під час лікування хворому проведена пластика лівої брови шкірноволоссяним невеликим клаптем на прихованій живильній ніжці, що включає скроневи вену і артерію. Загоєння первинним натягом. Ріст волосся відзначений вже через тиждень після пластики. В післяопераційному періоді хворому проводили опромінення гелій-неоновим лазером з метою стимуляції загоєння брови і поліпшення мікроциркуляції в області рубців в приротовій області, в ділянці кореня і скатів носа, а також внутрішніх кутів очей з метою підготовки до місцевопластичної операції і дермабразії. Призначено лікування з використанням препарату кінолог, який становив 7 діб. Дози вираховувалися на 1 мг активної речовини на 1 кв. см рубця у розведенні з 2% розчином новокаїна 1:1. Ін'єкції проводилися за допомогою інсулінового шприца. Пізніше в області щік, крил носа і на підборідді хворому проведена пластика місцевими тканинами, а також механічна дермабразія в області чола і зовнішнього носа. Отримано цілком задовільний функціональний і косметичний результат. Призначено і проведено протирецидивне лікування з фізіолікуванням та грязелікуванням. Рубці стали м'якшими, більш рухливими. Через рік в осінньо-зимовий період проведені операції пластики правої брови вільним шкірно-волосистим клаптем занурювальним методом (1-й етап) і пластики місцевими тканинами в області кореня носа і внутрішніх кутів очей.

Пізніше через 12 діб проведено 2-й етап пластики брови з остаточною корекцією брови і верхньої повіки. Одночасно проведена операція механічної дермабразії шкіри в середній зоні обличчя і частково на лобі. Обробка цієї зони проведена з використанням стимулюючих гелів Куріозину і Солкосерилу. Отримано хороший функціональний і косметичний результат. Хворого задовольнив досягнутий результат

лікування, який призвів до поліпшення якості життя, повного відновлення працездатності.

**Висновки.** Оцінка результатів проведеного нами обстеження показала, що чітка диференційна діагностика рубцевозмінених тканин, правильний вибір методу лікування в кожному конкретному випадку

зменшує вірогідність виникнення рецидиву і дозволяє отримати благоприємні результати.

**Перспективи подальших досліджень.** Проблеми виникнення рубців щелепно-лицевої ділянки є доволі поширеною, тому існує потреба в оптимізації та вдосконаленню методів лікування патологічних рубців шкіри голови та шиї.

### Література

1. Loza KhO, Stavytyskiy SO, Loza YeO, Voloshyna LI, Avetikov DS. Klinichna kharakterystyka stanu rubtsevo-zminenykh tkanyn shkiry pislia operatsii. Klinichna khirurgiia. 2016;4(885):61-3. [in Ukrainian].
2. Skrypnyk VM, Kaidashev IP, Shlykova OA, Avetikov DS. Polimorfizm G28197A>G henu elastynu vyznachaie skhynnist do utvorennia patolohichnykh rubtsiv. Problemy ekolohii i medytyny. 2012;(16):61-4. [in Ukrainian].
3. Avetikov DS, Hutnyk AA, Boiko IV, Ivanytska OS, Tsvetkova NV. Biomekhanichne obgruntuvannya odnoosnoi deformatsii shkirno-zhyrovnykh klaptiv skronevoi ta vylychnoi dilianok pry vykonanni verkhnoi ritidektomii. Klinichna khirurgiia. 2015;(873):55-7. [in Ukrainian].
4. Vu VK, Avetikov DS, Shlykova OA. Vozniknovenie odontogennoj flegmony assotsirovannoj s polimorfnyim variantom 896A/G gena TLR4, no ne 2258G/A gena TLR2. Klinichna hirurgija. 2014;(10):54-6. [in Russian].
5. Avetikov DS, Steblovskij DV, Popovich Iju, Lokes KP, Bojko IV. Izuchenie biomekhanicheskikh svojstv kozhi soscevidnoj oblasti pri vypolnenii kosmeticheskoi oto plastiki. Klinichna hirurgija. 2015;(876):41-4. [in Russian].
6. Lakin Gregory. Plastic Surgery Review. Gregory Lakin. Germany: Thieme, 2015. 235 p.
7. Avetikov D, Loza K, Starchenko I, Loza EO, Marushchak MI. Experimental-morphological substantiation of expediency to use the skin glue «Dermabond» for postoperative wound closure. 2015;(7-8):244-5.
8. Neligan P. Plastic Surgery. Volume 2 Aesthetic. Neligan. USA: Elsevier; 2013. 555 p.

### СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПЛАНУВАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСУНЕННІ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Нагірний Я. П.

**Резюме.** Зацікавленість населення питанням формування рубців шкіри голови та шиї спричинене зростаючою поширеністю цього захворювання серед населення. Дана робота присвячена питанню профілактики та підготовки до оперативного усунення патологічних рубців (гіпертрофічних і келоїдних) в щелепно-лицевої ділянці. Викладено комплексний підхід до вирішення цієї актуальної проблеми з урахуванням основних анатомофункціональних особливостей і клініко-естетичної оцінки деформацій. Описано схеми раціонального поєднання різних способів корекції при сформованих і несформованих рубцевих деформаціях. Комплекс реабілітаційних заходів, включає в себе ряд фізичних, медикаментозних і механічних факторів впливу на тканини обличчя, а також показання до виконання окремих оперативних методик.

**Ключові слова:** патологічний рубець шкіри, консервативне лікування, хірургічне лікування.

### СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПЛАНИРОВАНИЮ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УСТРАНЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Нагорный Я. П.

**Резюме.** Заинтересованность населения вопросом формирования рубцов кожи головы и шеи вызвано растущей распространенностью этого заболевания среди населения. Данная работа посвящена вопросу профилактики и подготовки к оперативному устранению патологических рубцов (гипертрофических и келоидных) в челюстно-лицевой области. Изложен комплексный подход к решению этой актуальной проблемы с учетом основных анатомофункциональных особенностей и клинико-эстетической оценки деформаций. Описаны схемы рационального сочетания различных способов коррекции при рубцовых деформациях. Комплекс реабилитационных мероприятий, включающий в себя ряд физических, медикаментозных и механических факторов воздействия на ткани лица, а также показания к выполнению отдельных оперативных методик.

**Ключевые слова:** патологический рубец кожи, консервативное лечение, хирургическое лечение.

### THE MODERN APPROACH TO PLANNING A CONCERNED THERAPY AT THE TAKING OF PATHOLOGICAL SURFACES OF CHILDHOOD AND SHINE SKIN

Nagornyi Ya. P.

**Abstract.** The interest of the population in the formation of scalp and neck is due to the increasing prevalence of this disease among the population. The idea of a differential diagnosis of abnormal head and neck scars, which exist at the present stage, contradict each other. In plastic surgery, knowledge about the methods of prevention, diagnosis and adequate treatment of pathological scars is of particular importance, since pathological scars are difficult to treat, affect the psycho-emotional background of the patient and the quality of life in general. This work is devoted to the prevention and preparation for the surgical removal of pathological scars (hypertrophic and keloid) in the maxillofacial area. The examination was performed on 150 patients with pathological scarring of the head and neck after burns, injuries and inflammatory processes. The complex approach to the solution of this urgent problem with the consideration of the main anatomic-functional features and clinical and aesthetic evaluation of deformations is presented. The schemes of a rational combination of different methods of correction for the formed and unformed scar deformations are described. The complex of rehabilitation measures includes a number of physical, medical and mechanical factors of influence on the tissues of the face, as well as indications for the implementation of certain operational methods. In addition to surgical methods for the treatment of pathological scars, effective therapeutic methods are presented in the work: physiotherapy, cryodestruction, compression bandages, hormonal and enzyme therapy, Bukki-therapy, KO-therapy, mechanical ventilation therapy, as well as dermabrasion and peeling. Our experience has allowed to accumulate and evaluate the results of rehabilitation in the immediate and distant terms after injuries and operations.

**Key words:** pathological scar, conservative treatment, surgical treatment.

Рецензент – проф. Аветиков Д. С.  
Стаття надійшла 02.11.2018 року