

Медицинские науки

**ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА
МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ДУГ ПРИ
ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ
ГУБЫ И НЕБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ**

Дмитриенко С.В., Фоменко И.В.,
Шаваша Ибрагим Н.А., Климова Н.Н.,
Огонян В.Р.

*Кафедра стоматологии детского возраста
Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград, Россия*

Врожденные расщелины верхней губы и неба составляют около 13% всех врожденных пороков развития человека. По данным ВОЗ, они встречаются в 0,6—1,6 случая на 1000 новорожденных, и число больных с этой патологией во всем мире постоянно увеличивается.

В настоящее время достигнуты значительные успехи в совершенствовании способов диагностики, лечения и реабилитации пациентов с врожденной расщелиной лица.

Однако, актуальность изучения различных аспектов этой проблемы не уменьшается, так как постоянно возрастают требования к эстетическим и функциональным результатам лечения.

Применения техника-эджуайс с реципрокной опорой на молочные моляры при лечении детей с расщелиной верхней губы и неба в период прикуса молочных зубов, является актуальной проблемой в стоматологии. В ходе ортодонтического лечения этих детей возникает необходимость в использовании металлических дуг подходящих по форме и размерам, для более эффективного применения техники-эджуайс и активных ее элементов.

Цель исследования: повышение эффективности применения несъемной ортодонтической аппаратуры в период прикуса молочных зубов для лечения детей с расщелиной верхней губы и неба путем использования геометрически-графический метод репродукции индивидуальной формы зубной дуги в периоде прикуса молочных зубов для выбора размера и формы металлических дуг.

Объекты и методы: Объектом исследования были 36 пациентов в возрасте от 4,5 до 6 лет, которым была установлена несъемная ортодонтическая аппаратура с элементами техники-эджуайс (штампованные коронки или кольца с припаянными к ним брекетами и элементами техники-эджуайс).

После фиксации аппарата в полости рта, мы проводили подбор оптимальных по форме и размеру дуг, на основе нами разработанной диаграммы.

Диаграмма строилась в зависимости от линейных параметров: сагиттальные, трансверсальные и диагональные. Предложенный метод продемонстрировал взаимосвязь между величинами, полученными при измерении зубочелюстных дуг и формой, построенной на их основе, что является необходимым при определении параметров верхнего зубного ряда у детей с расщелиной верхней губы и неба.

Металлические дуги преформировались и подбирались индивидуально в соответствии с параметрами построения диаграммы.

Результаты. Было установлено, что использование диаграммы для подбора подходящих дуг позволило применять дуги из различных материалов, а также придать дуги необходимой формы.

ВЫВОДЫ. Таким образом, использование данной диаграммы позволяет определить параметры (размеры и форма), как верхней так и нижней челюсти (строится однотипно), это послужило определяющим критерием для подбора оптимальных по форме и размерам дуг, что ускоряет и повышает эффективность лечения детей с расщелинами верхней губы и неба в периоде прикуса молочных зубов, с применением несъемной аппаратурой с элементами техники-эджуайс.

Список литературы

1. Шаваша И.Н.А., Дмитриенко С.В., Фоменко И.В. Сравнительная характеристика расположения молочных зубов у детей с физиологической окклюзией при односторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба. // Вестник ВолГМУ. – Волгоград, 2 (42) 2012. – С. 25 – 27.
2. Дмитриенко С.В., Шаваша Ибрагим Н.А. и соавторы. Значения торка и ангуляции молочных зубов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований №2, 2012. С. – 109-110.
3. Шаваша И.Н.А. Обоснование применения реципрокной опоры на молочные моляры у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. // журнал "Фундаментальные исследования". – Москва, № 12 (часть 2) 2012, С.402 – 405.
4. Персин Л.С., Попова И.В., Кузнецова Г.В. Влияние уровня и направления окклюзионной плоскости на состояние зубочелюстной системы. Ортодент-Инфо 2002; 2: 8—13.

**ЗАКОНОМЕРНОСТЬ В
НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИМФООТТОКА**

Петренко В.М.

*Российская Академия Естествознания,
г. Санкт-Петербург, Россия*

В литературе описан «закон кратчайшего расстояния», согласно которому артерии идут (и растут) по кратчайшему расстоянию от сердца к кровоснабжаемому органу. Вены в гораздо меньшей степени подчиняются этому «закону» и далеко не всегда идут по прямой от органов к сердцу. Достаточно вспомнить системы полых и непарной вен, воротной вены печени. В венозном русле гораздо чаще, чем в артериальном, встречаются коллатерали и сплетения (~ сети).

В еще большей мере это относится к лимфатическому руслу, где часто встречаются aberrантные сосуды, идущие на разном удалении от пучков вен с артериями и от aberrантных вен. Причем лимфатические сосуды являются коллатеральными вен с момента закладки в эмбриогенезе. Нестандартно лимфатическое русло заканчивается в венах (шеи), хотя его корни начинаются слепо, вне прямой структурной связи с кровеносным руслом. Лимфатические сосуды могут сопровождать артерию, отклоняясь вместе с нею от вены. Примером тому служат кишечные стволы и им подобные висцеральные притоки грудного протока и поясничных стволов. Характерная для лимфатического русла параартериальная организация позволяет предположить важное влияние пульсации артерий на лимфоток. Первичные вены обычно сопровождают артерии (в раннем эмбриогенезе), а лимфатические сосуды по происхождению являются первичными венозными коллатеральными различной конструкции, выключенными из кровотока. Поэтому магистральные лимфатические сосуды периферии ориентированы вдоль артерий и на лимфатические коллекторы разного уровня – лимфоузлы (для периферического русла, в эмбриогенезе – лимфатический мешок), грудной проток и его корни. Региональные и центральные лимфатические коллекторы, в свою очередь, отличаются топографо-анатомической связью с артериями, которая выражена в разной степени. Основные группы лимфоузлов находятся около аорты и ее ветвей, в т.ч. проходящих около крупных вен и нервных стволов. Именно на них, из-за их сравнительно больших размеров, например, исследователи часто обращают внимание в первую очередь при описании топографии лимфоузлов. Периартериальное размещение лимфоузлов обусловлено их закладкой у плодов на основе первичных экстраорганных лимфатических сосудов (в т.ч. и лимфатических мешков), в просвет которых инвагинируют ветви направляющей артерии и сопровождающие их вторичные вены.

ЛИМФОУЗЕЛ КАК ПРОТИВОТОЧНАЯ ЛИМФОГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Петренко В.М.

*Российская Академия Естественных наук,
г. Санкт-Петербург, Россия*

С 90-х годов минувшего столетия я рассматриваю лимфоузлы (ЛУ) как противоточную лимфогемодинамическую (лимфогемомикроциркуляторную) систему: по афферентным лимфатическим сосудам в синусы, а из синусов в вещество ЛУ поступает периферическая лимфа с антигенами, их потокам навстречу движутся клетки крови (макрофаги, лимфоциты) из крове-

носных микрососудов. Модель фетального гистогенеза ЛУ такая же, в ее основе – гемолимфатический комплекс стромальной закладки ЛУ, в которой межсосудистая рыхлая соединительная ткань трансформируется в лимфоидную ткань. Закладка ЛУ начинается с инвагинации кровеносных сосудов в полость первичного лимфатического сосуда (в т.ч. мешка) вместе с его эндотелиальной стенкой и межсосудистой соединительной тканью. В таком участке просвет матричного лимфатического сосуда прогрессивно сужается и искривляется. Это приводит к торможению прямого лимфотока в первичном краевом синусе и нарастанию непрямого, трансфузионного (через межсосудистую соединительную ткань) лимфотока – морфологическая и гемодинамическая предпосылки развития лимфоидной закладки ЛУ: в строме инвагинации осаждаются обломки клеток и межклеточных структур (антигены), что индуцирует приток в строму макрофагов и лимфоцитов из кровеносных микрососудов закладки ЛУ. В сформированном ЛУ торможению лимфотока способствуют искривление и ветвление краевого синуса, а торможению кровотока – сходные деформации кровеносных микрососудов, которым особенно подвержено венозное русло. С момента закладки ЛУ обнаруживается поляризация сосудистого русла ЛУ, детерминирующая противоток лимфы и крови: кровеносные сосуды сосредоточены в «ножке», сужающемся пристеночном основании инвагинации (первичные ворота ЛУ), а удлиняющийся первичный краевой синус огибает ее «шляпку», расширяющуюся под давлением афферентной лимфы. В конечном счете краевой синус и его ветви окружают кровеносные сосуды закладки ЛУ. Полярность сосудистого русла дефинитивного ЛУ состоит в очевидной противоположности: 1) афферентных лимфатических сосудов (приток лимфы с периферии) и портальных артерий (приток крови из центра); 2) лимфатических синусов и кровеносных микрососудов вещества – наружная, лимфатическая и внутренняя, гемальная петли. Микрососудистый сэндвич ЛУ имеет 3 слоя (с поверхности в толщу) – синусы, артериолы, посткапиллярные вены.

ОРГАНИЗАЦИЯ И КОНСТИТУЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ. ТЕРМИНОЛОГИЯ

Петренко В.М.

*Российская Академия Естественных наук,
г. Санкт-Петербург, Россия*

Мы, чаще всего не задумываясь, используем похожие по смыслу слова для описания одного и того же тела, явления, процесса. Между тем они, эти слова, не совсем одинаковы. В один и