

УДК 616.742-089

©Д. С. Аветіков, А. А. Гутник

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Планування та проведення верхньої ретидектомії з урахуванням антропометричних показників

Інволюційні зміни м'яких тканин обличчя вивчено недостатньо, відсутні дані щодо залежності фіброархітекtonіки м'якого остова обличчя, зокрема у скронеvій та виличній ділянках від форми голови, віку та статі. Цим зумовлені певні складності планування та виконання естетичних операцій.

Метою роботи була оптимізація методів планування і виконання верхньої ретидектомії.

Досліджено 35 пацієнтів з інволюційним птозом шкіри верхньої третини обличчя. Порівняно з хворими контрольної групи, їм було виконано верхню ретидектомію за авторською методикою. Під час дослідження використовували біомеханічні та клінічні методи.

При плануванні операції ретидектомій у доліхоцефалів проводити вертикаль-

ний розріз позаду від ліній росту волосся. Як показали біомеханічні дослідження, після проведення таких розрізів у майбутньому залишається помітний рубець. У брахіцефалів доцільно проводити задній горизонтальний скронеvий розріз, або криволінійний розріз із мінімальним натягненням шкіри назад і догори з мінімальним її висіченням. При проведенні інших розрізів може змінитися косовертикальне направлення ліній навколо ока.

Таким чином, на основі проведених цілеспрямованих біомеханічних досліджень ми обґрунтували оптимальні методики розрізів при проведенні верхньої ретидектомії, що забезпечують хірургічні втручання із збереженням природних топографо-анатомічних співвідношень тканин обличчя.

УДК 716.716.8-006.2.03-006.5-02

©С. М. Шувалов, В. В. Нагайчук, Н. Б. Кузняк¹, С. Ю. Паліс¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»¹

Кісти та пухлиноподібні ураження щелепних кісток, які розвиваються із залишкового залозистого епітелію

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, яких госпіталізують в стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8 %. Проте інколи після операції кістектомії та паталогоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокіст-

кові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.

Так, у 1984 році на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше таку кісту названо сіало-одонтогенною Padayachee і Van Wyk в 1987 р. В подальшому Гарнер із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Ці кісти є рідкісним захворюванням. З даних з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африкан-