

## ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ ПІСЛЯ ОДОНТОГЕННОЇ ФЛЕГМОНИ КРИЛОНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО ПРОСТОРУ

### VIOLATION OF THE FUNCTION TEMPOROMANCLIBULAR JOINT AFTER ODONTOGENIC PHLEGMON OF THE PTERYGOMANCLIBULAR SPACE

**Шевчук А. Р.**

*Науковий керівник: к. мед. н. Бондаренко В. В.*

*Shevchuk A. R.*

*Science advisor: Bondarenko V. V., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

**Актуальність:** Сконево-нижньощелепний суглоб є одним з найбільш працюючих суглобів людини. Рухи нижньої щелепи відбуваються майже постійно - під час функції жування, мови і т. д. На сьогоднішній день проблема розповсюдженості одонтогенних крилонижньощелепних флегмон, обумовлена, насамперед, зростанням місцевих інфекційних захворювань, пізнім зверненням пацієнтів, недосконалістю лікування та збільшенням ускладнень у вигляді порушення функції сконево-нижньощелепного суглобу є достатньо поширеною.

**Мета роботи:** Поліпшити післяопераційний перебіг та запобігти розвитку подальшого ускладнення в сконево-нижньощелепному суглобі.

**Матеріали та методи:** На базі щелепно-лицевого відділення Полтавської обласної клінічної лікарні проводили спостереження за пацієнтами з одонтогенними флегмонами крило-щелепного простору. Пацієнти поступали зі скаргами на болісне та обмежене відкривання рота, неможливість пережовування та ковтання твердої їжі. При цих флегмонах, як ми знаємо, в запальний процес втягуються латеральний та медіальний криловидні м'язи. Під час оперативного втручання ми відшаровуємо медіальний криловидний м'яз тим самим даємо можливість для вільного очищення криловидного простору від гнійного вмісту. Після одужання пацієнт виписувався з відділення. Але хто через 1 місяць, деякі через 2 місяці звертались до нас зі скаргами на хрускіт в сконево-нижньощелепному суглобі який з'явився після перенесеного захворювання. При основному методі обстеження (пальпація СНЩС) у пацієнта відмічалось зміщення нижньої щелепи в протилежну сторону та східцеподібний рух нижньої щелепи. На фоні цих симптомів враховуючи скарги пацієнтів ми провели додаткові методи обстеження рентгенівський знімок сконево-нижньощелепного суглобу в двох проекціях при покої та при функціональній роботі. По перше було відмічено розширення суглобової щілини. Лікування проводили шляхом введення калій йодиду за допомогою електрофорезу та «Нейрорубина» внутрішньом'язово.

**Результати:** Після нашого спостереження ми припускаємо що у пацієнтів відбувається вплив на сконево-щелепний суглоб за трьома чинниками по перше на фоні запального процесу гематогенним шляхом проходить запалення суглобової сумки яке розповсюджується на диск на фоні чого може пройти розплавлення суглобового диска. Це так названий дистрофічний артрит. Але після видалення причинного зуба у пацієнта відмічається порушення прикусу що в свою чергу призводить до травмування суглобового диска як хронічна травма. В подальшому такі патологічні процеси можуть призвести до цілого ряду негативних наслідків зі сторони сконево-нижньощелепного суглобу.

**Висновок:** За результатами нашого обстеження можна стверджувати, що післяопераційний період у пацієнта повинний перебігати під пильним спостереженням як лікаря ортопеда так і хірурга стоматолога та лікування післяопераційного артриту артроза, який включає комплексне лікування.

## ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРООКСИДУ КАЛЬЦІУ НА ЕТАПІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ ГРАНУЛЕМАТОЗНИМ ПЕРІОДОНТИТОМ

### CALCIUM HYDROOXIDE APPLICATION AT THE STAGE OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENT WITH CHRONIC GRANULEMATOUS PERIODONTITIS

**Шевчук А. Р., Білоконь Ю. С.**

*Наукові керівники: к. мед. н., доц. Гоголь А. М., к. мед. н., доц. Панькевич А. І.*

*Shevchuk A. R., Bilokon Yu. S.*

*Science advisors: doc. Hohol A. M., PhD, doc. Pankevych A. I., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з профпедевтикою хірургічної стоматології*

**Актуальність:** Розповсюдженість хронічних форм періодонтиту обумовлює необхідність вдосконалення методів лікування та реабілітації хворих з деструктивними периапікальними вогнищами інфекції. Стоматологічна реабілітація пацієнта настає після ендодонтичного лікування причинного зуба і за певних обставин потребує участі хірурга. Вибір способу усунення периапікального осередку інфекції залежить від індивідуальних об'єктивних обставин і нерідко потребує міждисциплінарного підходу у лікуванні даної патології.

**Мета роботи:** клінічно підтвердити ефективність практичного застосування препарату «Алексдент» без йодоформу на етапі хірургічного видалення надлишку твердіючого пломбувального матеріалу при хронічному гранулематозному періодонтиті.

**Матеріали та методи:** клінічне обстеження пацієнта Ж., 2006 р. н., проведено за загальноприйнятою методикою з візуалізацією вогнища деструкції в ділянці 21 зуба за допомогою КПКТ верхньої щелепи (програмне забез-

печення «Blue Sky Plan 4»). Після оперативного втручання – видалення виведеного в порожнину кістогранульоми пломбувального матеріалу «Віедент» та частково грануляційної тканини з наступним введенням кальцієвмісної пасти «Апексдент», виконана контрольна контактна внутрішньоротова рентгенографія сегмента верхньої щелепи. Для динамічного спостереження за процесом регенерації осередку деструкції проведена контрольна КПКТ сегмента верхньої щелепи через 3 місяці.

**Результати:** клінічний перебіг раннього післяопераційного періоду без ускладнень. Пацієнт вказував на помірні больові відчуття у рані протягом 3-х діб з тенденцією до зменшення інтенсивності. Рана загоювалась первинним натягом, ознаки запалення та сліди пасти «Апексдента» відсутні. Шви зняті на 7 добу. Порівняння даних КПКТ свідчить про помітне зменшення вогнища деструкції і відновлення щільності кісткових структур в периапікальних тканинах.

**Висновки:** за результатами клінічного спостереження можна стверджувати, що внесення препарату гідроокису кальцію «Апексденту» в периапікальні тканини шляхом прямого оперативного доступу також має позитивний лікувальний ефект, як і при традиційному внутрішньоканальному введенні, і може мати практичне застосування в хірургічній практиці.

## СТАТИСТИЧНІ ДАНІ СТОСОВНО ЧАСТОТИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ДІТЕЙ З АНОМАЛІЯМИ ВУЗДЕЧОК ГУБ ТА ЯЗИКА ЗА ДАНИМИ ДИТЯЧОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПОЛІКЛІНІКИ М. ПОЛТАВА

### STATISTICAL ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH ANOMALIES OF LIPS FRENULUM AND TONGUE IN THE POLTAVA'S PEDIATRIC MUNICIPAL DENTAL CLINIC

*Щербина Д. Є., Лохматова Т. М., Дрига А. О., Нелюбін Н. М.*

*Науковий керівник: к. мед. н. Коротич Н. М.*

*Scherbyna D. Y., Lokhmatova T. M., Dryga A. O., Nelyubin N. M.*

*Science advisor: Korotych N. M., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*

**Актуальність.** Аномалії вуздечок губ і язика відносяться до вроджених вад розвитку слизової оболонки порожнини рота. Як правило, дана вада розвитку полягає в тому, що вуздечки короткі або аномально (низько чи високо) прикріплені. За даними Ф. Я. Хорошилкіної (1999) аномалії вуздечок верхньої губи зустрічаються у 15,5%, язика у 4,2% дітей; низьке прикріплення вуздечки верхньої губи у 48,75% школярів, які поєднуються з діастемою.

При цій патології постійний натяг м'яких тканин під час функціонального навантаження може привести до хронічної травми, анемізації та порушенню трофіки тканин з наступним розвитком запальних процесів з боку пародонту. Крім того, короткі вуздечки часто являються причиною деяких функціональних порушень і зубощелепних аномалій.

**Мета роботи.** Визначити статистичні дані стосовно частоти оперативних втручання у дітей з аномаліями вуздечок губ та язика за даними дитячої міської клінічної стоматологічної поліклініки (ДМКСП) м. Полтава.

**Матеріали та методи.** Для встановлення статистичних даних з цієї проблематики нами проведено ретроспективне вивчення змісту операційного журналу стосовно дітей з вадами розвитку вуздечок, які отримали амбулаторне лікування у ДМКСП м. Полтава протягом 2018 року.

**Результати.** За результатами дослідження виявлено, що в 2018 році амбулаторне хірургічне лікування (крім операції видалення тимчасових зубів) в Полтавській ДМКСП отримали 1125 дітей, з них – 947 дітей (84,2%) були з вродженими аномаліями вуздечок: 494 дівчинки та 453 хлопчика, що склало 52,2% та 47,8%, відповідно. Операції з приводу аномалій вуздечок губ зустрічалися в 1,6 рази частіше, ніж язика: 583 (61,6%), та 364 (38,4%), відповідно. Причому пластика вуздечок верхньої губи проводилася в 6 разів частіше, ніж нижньої, що відповідає статистичним даним щодо поширення цих аномалій. Для подовження вуздечок губ та язика використовувалися дві операції: френулотомія у 367 хворих (38,8%) та френулоектомія у 580 хворих (61,2%). В більшості випадків для подовження вуздечок губ застосовувалася френулоектомія 565 (95,1%), а для подовження вуздечок язика – френулотомія 349 (97,4%). Більша кількість операцій з приводу аномалій вуздечок верхньої губи проведено у віці 7-8 років (128 та 153, відповідно); нижньої губи – 9-10 років (12 та 14, відповідно); вуздечок язика – у віці до року (79) та приблизно однакова кількість операцій у 5 - 10 річних дітей (33-37 операцій у кожному віці). Більшість операцій проведена під інфільтраційним знеболенням.

**Висновки.** Таким чином, проаналізувавши ситуацію з даного питання, можна сказати, що операції з приводу пластики вроджених аномалій вуздечок губ та язика є найбільш частими плановими оперативними втручаннями на амбулаторному хірургічному прийомі в дитячій міській клінічній стоматологічній поліклініці м. Полтави.