

## МАЛОІНВАЗИВНИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТУ

### MINIMALLY INVASIVE SURGICAL METHOD FOR THE TREATMENT OF PERFORATED MAXILLARY SINUSITIS

**Єрохін Я. І.**

*Науковий керівник: к. мед. н. Швець А. І.*

*Yerokhin Y. I.*

*Science advisor: Shvets A. I., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології*

**Актуальність:** Важливим завданням хірургічної стоматології є удосконалення застарілих методів лікування окремих захворювань зі зменшенням втручання на здорові тканини та усуненням поняття «радикальності». Лікування одонтогенного гаймориту залишається актуальною проблемою, так як більшість існуючих технік, які застосовують для усунення цієї патології, є досить травматичними та можуть призводити до тяжких наслідків. Це обумовлено складними анатомо-фізіологічними особливостями будови верхньощелепної пазухи, при яких корені зубів можуть розміщатися поблизу синуса, або взагалі вrostати в нього. Також важливим показанням для удосконалення методів лікування цього захворювання є поширеність останнього у клінічній практиці. Саме тому розробка нових малоінвазивних технік для профілактики та лікування перфоративного одонтогенного гаймориту є необхідним заходом на сьогоднішній день.

**Мета роботи:** довести переваги запропонованого малоінвазивного методу хірургічного лікування перфоративного гаймориту, що направлений на закриття ороназального сполучення та вилучення інородних тіл

**Матеріали та методи:** Формуємо слизово-окисний клапоть під провідниковою анестезією та викроюємо його. Кістковий отвір розширюємо до потрібного розміру щоб через нього можливо було достати інородне тіло (корінь зуба, що перфорує гайморову пазуху). Патологічно змінену слизову оболонку верхньощелепного синусу вишкрібаємо кюретажною ложкою до здорових тканин. Кістковими кусачками або фрезою згладжуємо краї перфорованого отвору з усуненням гострих країв. Важливим етапом є обробка пазухи теплими розчинами антисептиків. Розмежовуємо кісткове сполучення між синусом та порожниною рота ГАП «Біомін». Закриваємо дефект викроєним слизово-окисним клаптем та ушиваємо матеріалом «Vikril 003».

**Результати:** Загоєння рани перетікає без ускладнень, симптоматика захворювання проходить одразу після операції, здорові тканини збережені у максимально можливому обсязі.

**Висновки:** Таким чином, запропонована техніка оперативного малоінвазивного лікування одонтогенного перфоративного гаймориту з використанням вітчизняного кістково-пластичного матеріалу ГАП «Біомін» дає лікарю змогу зберегти якомога більше здорових тканин та забезпечити успішне загоєння рани та відновлення фізіологічних функцій верхньощелепної пазухи доводить перевагу цього методу перед радикальною гайморотомією.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАКТИВНОГО СІАЛОЗОАДЕНІТУ НА ФОНІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАПРУГИ

### PECULIARITIES OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF REACTIVE SILOADENITY IN THE FIELD OF PSYCHOLOGICAL STRESS

**Ішук Ю. А.**

*Науковий керівник: к. мед. наук. Бойко І. В*

*Ishuk. J. A*

*Science advisor: Boyko I. V, PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

**Актуальність** даної проблеми не викликає сумніву, адже кількість клінічних випадків з реактивним сіалозоаденітом на фоні психологічної напруги невпинно зростає. Однак, питанню лікування реактивного сіалозоаденіту з урахуванням психологічної напруги пацієнтів до теперішнього часу приділяється не достатня увага.

**Мета роботи :** розробка диференційованого підходу до вивчення функціональних порушень з боку привушних залоз у хворих з підвищеними психологічними реакціями .

**Матеріали та методи:** Під нашим спостереженням знаходилося 28 пацієнтів. В залежності від інтенсивності клінічних проявів (змін об'єму привушних залоз , ступеню ксеростомії, клітинного складу секрету привушних залоз, рентгено-анатомічних порушень в системі проток, рівню тривожності) хворі, що досліджувалися, були розподілені на 3 групи:

I група (9 хворих) - з легким ступенем важкості нейрогенного сіалозоаденіту;

II група (14 хворих) - середнього ступеню важкості;

III група (5 хворих) - з важким перебігом нейрогенного сіалозоаденіту.

Усі дослідження проводились нами по загальноприйнятим принципам, що включали загальні, власні і спеціальні методи.

Основна увага приділялась клінічному дослідженню слинних залоз. Огляд проводили оцінюючи порушення конфігурації обличчя в ділянці привушних залоз, стан шкірних покривів над ними, стан червоної облямівки губ та

слизової оболонки порожнини роту, ступінь її вологості, зміни з боку вустів, вивідних проток, характер ротової рідини (в'язка, піниста, прозорість, наявність включень). При пальпаторному дослідженні залоз відмічали їх розмір і консистенцію, відношення до оточуючих тканин, ділянки больових відчуттів, прохідність проток за допомогою їх зондування.

**Результати:** для забезпечення ефективного лікування хворих з реактивним сіалозоаденітом пацієнтам було проведено визначення ступенів важкості захворювання за допомогою додаткового обстеження, консультація і нагляд за хворими лікаря-невропатолога та психіатра.

**Висновки:** доскональне вивчення клінічної картини реактивного сіалозоаденіту на фоні психологічної напруги дало змогу оптимізувати методи лікування.

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ВІТЧИЗНЯНИХ МЕМБРАН КСЕНОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ В ХІРУРГІЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

### FEATURES OF THE USE OF DOMESTIC XENOGENIC MEMBRANES IN SURGICAL STOMATOLOGY

**Панасенко А. І.**

*Науковий керівник: д. мед. н., проф. Аветіков Д. С.*

*Panasenko A. I.*

*Science advisor: prof. Avetikov D. S., D. Med. Sci*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

**Актуальність:** Натепер, використання штучних та, особливо, ксеногенних мембран стало повсякденним в роботі хірургів-стоматологів. Одним з суттєвих недоліків використання закордонних ксеногенних мембран є їх висока собівартість, що суттєво обмежує їх використання на теренах України.

**Мета роботи:** Пошук вітчизняних ксеногенних матеріалів та обґрунтування можливості їх використання в оральній хірургії.

**Матеріали та методи:** Пацієнтів поділено на дві групи: в 1 групі, яка складала 10 осіб, під час втручання використано ксеномембрани вітчизняного виробництва, в 2 групі, яка також складала 10 пацієнтів – аналогічні мембрани закордонного виробництва. Використовувалися загальноклінічні методи дослідження.

**Результати:** Нами зроблена спроба щодо використання ксеномембран при наступних втручаннях, як типові та атипичні видалення зубів, при хірургічному лікуванні рецесії ясен, на хірургічних етапах дентальної імплантації як в складі моно мембран так і мембран різного походження. При видаленні зубів проводилося створення дублікатури ксеномембрани, згорання її до форми циліндра та введення її в постекстракційну лунку разом з дермальним клаптом ксеношкіри. Спостерігалось зменшення післяопераційного періоду в середньому на 2,3 доби з мінімізацією післяопераційних ускладнень. При лікуванні рецесій різного ґенезу після проведення параборозового розрізу з відшаруванням та розщепленням слизово-окістного клаптя, ксеномембрана нами зафіксована до окістя шовним матеріалом, що розсмоктується, з одночасним поверненням клаптя на реципієнтну ділянку та його зшивання без напруження. Суттєве покращення клінічної картини ми спостерігали вже на 2 +/- 0,4 доби раніше ніж при застосуванні класичної методики, де аналогічний результат спостереження був на 7 +/- 0,6 добу. Найбільш позитивний результат нами досягнений при використанні мембран ксеродерми під час хірургічного етапу дентальної імплантації, де строки зняття швів знизилися приблизно на 2,1 доби з мінімальною атрофією альвеолярного відростка.

**Висновки:** Таким чином, використання ліофілізованих ксеногенних мембран вітчизняного виробництва дозволяє зменшити строки зняття швів в середньому до 2,4 дів реабілітаційного періоду в середньому до 6,7 дів з мінімізацією ускладнень як в ранньому, так і в пізньому післяопераційних періодах, що створює добрий, як функціональний, так і косметичний результат.

## ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ

### DENTAL IMPLANTATION BY APPLYING OSTEOPLASTIC MATERIALS

**Плугатир О. О.**

*Науковий керівник: к. мед. н., доц. Розколуца О. О.*

*Plugatyr O. O.*

*Science advisor: doc. Rozkolupa O. O., PhD*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

*з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї*

**Актуальність:** Дентальна імплантація в останні роки знаходить все більш широке застосування в стоматології. Йде процес освоєння цього методу на основі фундаментальних теоретичних досліджень і клінічного досвіду. Надзвичайно актуальною в наш час є дентальна імплантація з використанням ендосальних імплантів. Значна частина пацієнтів, особливо молодого віку, має необхідність протезування зубних рядів. Існуючі традиційні способи відновлення зубних рядів далеко не завжди можуть задовольнити їхні потреби. Особливо коли пацієнт за-