

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 окремим 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