

3. Батіг В. М. Патологія тканин пародонта при системному остеопорозі: Буковинський медичний вісник / В. М. Батіг, М. О. Остафійчук, А. І. Проданчук // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 3 (67). – С. 90-93.

## РЕКОНСТРУКЦІЯ ДНА ОЧНИЦІ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЯХ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

ПЮРИК В.П., ПРОЦЬ Г.Б., ДЕРКАЧ Л.З., ОГІЄНКО С.А.,  
ПЮРИК Я.В., ОГІЄНКО Т.Ю.

*Івано-Франківський національний медичний університет  
м. Івано-Франківськ, Україна*

**Актуальність теми.** Посттравматичної деформації очниці крім анатомічних порушень викликають функціональні порушення, наприклад, недосконалість мови, жування внаслідок обмеження відкривання рота, недосконалість зору внаслідок опущення очних яблук, розвиток невротичних станів внаслідок защемлення гілок підочного нерва. В лікуванні хворих на посттравматичної деформації *очниці* існують проблеми як організаційного (не визначено хто має лікувати хворих – окулісти, стоматологи чи нейрохірурги), так і медичного (не розроблено чіткого алгоритму лікувальних заходів, не доказано переваги трансплантаційних матеріалів).

**Матеріали і методи дослідження.** В клініці хірургічної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету з 2009 по 2019рр. нами виконано 18 операцій по причині посттравматичної деформації верхньої щелепи з порушеннями кісток очниці. Лікування проведено 12 хворим (7 чоловікам та 5 жінкам) віком від 19 до 40 років.

Перед операцією і в різні терміни після операції в *динаміці* пацієнтам було проведено комплексне методичне обстеження, яке включало КТ (комп'ютерну томографію), телерентгенографію, ряд антропометричних методик, загальноклінічне обстеження, остеометрію.

Для фіксації очного яблука використовували титанові пластини. Пацієнти були консультовані окулістом, нейрохірургом, отоларингологом. Для заміщення кісткових дефектів очниці і верхньої щелепи ми використовували штучні замітники кістки.

В залежності від виду замітника кістки пацієнти були поділені на 2 групи: I-група – пацієнти, яким в якості замітника кістки використовували препарати на основі гідроксил апатиту, II-група - пацієнти, яким в якості замітника кістки використовували препарати на основі трикальційфосфату.

**Результати і висновки.** У всіх оперованих пацієнтів були відновлені анатомічні співвідношення верхньої щелепи, очного яблука, виличної кістки і дуги. Усунута диплогія та інші порушення зору. Не відмічено різниці післяопераційного періоду та кісткового загоєння в залежності від застосованого штучного замітника кістки. Розпрацьовано алгоритм хірургічних маніпуляцій при зміщенні очного яблука. Розроблено вимоги до імплантату очниці:

- 1) відсутність реакції відторгнення;
- 2) легкість моделювання у відповідності зі складною конфігурацією кісток очниці;
- 3) здатність виконувати функцію опори для орбітальних структур;
- 4) стійкість до бактеріальної контамінації навіть при обширному сполученні з додатковими пазухами носа;
- 5) стабільність положення імплантату в післяопераційному періоді.

**Висновки.**

1. На першому етапі лікування необхідно виконати рефрактуру, репонувати кістки верхньої щелепи і очниці в правильне положення і зафіксувати за допомогою метало остеосинтезу.

2. Параорбітальна клітковина має бути переміщена в порожнину очниці через гайморову пазуху щоб ізолювати титанову пластину від органу зору.

3. Представлений алгоритм лікування пацієнтів з посттравматичними деформаціями верхньої щелепи та кісток очниці може бути методом вибору в практичній діяльності клінік і відділень хірургічної стоматології.

## **ОРБИТАЛЬНА КІСТКОВА ДЕКОМПРЕСІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЕНДОКРИННОЇ ОРБИТОПАТІЇ**

РОМАНОВА А.Ю.<sup>1</sup>, ЧЕРЕНЬКО М.С.<sup>2</sup>, ЧЕПУРНИЙ Ю.В.<sup>3</sup>, ПЕТРЕНКО О.В.<sup>4</sup>,  
БУЛАВІНЦЕВА Л.О.<sup>5</sup>, КОПЧАК А.В.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> *Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

<sup>2</sup> *Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин*

<sup>3</sup> *Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*

<sup>4</sup> *Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*

<sup>5</sup> *Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин*

<sup>6</sup> *Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Хвороба Грейвса (ХГ) - це аутоімунне захворювання щитовидної залози, яке було вперше описано Грейвсом у 1835 році. ХГ має високу поширеність (0,5-2%), при цьому переважно хворіють жінки (2:1). ХГ може проявлятися в будь-якому віці, але частіше спостерігається у осіб віком від 30 до 60 років [1]. Орбітопатія Грейвса (ОГ) є важливим та найбільш поширеним екстра тироїдальним симптомом ГД, що призводить до запалення периорбітальних тканин, набряку жирової тканини і м'язів, та збільшення інтраорбітального об'єму. В результаті чого у пацієнтів розвивається екзофтальм і дислокація повік. У довгостроковій перспективі це призводить до міопатії через збільшення м'язів та фіброз, з постійною диплопією [2].

З того часу як Доллінджер в 1911 році вперше описав методику хірургічної декомпресії орбіти у пацієнтів з ОГ, було розроблено багато нових методів. Одно-, дво- та трьохстілкові декомпресії широко застосовуються сьогодні, з або без видалення орбітального жиру відповідно до індивідуальних проявів захворювання у пацієнта [3]. Хірургічна декомпресія орбіт на стабільній фазі ОГ також рекомендується з морфоестетичних та функціональних причин для поліпшення якості життя хворих.

**Метою роботи** було оцінити можливості кісткової декомпресії орбіт із використанням CAD/CAM технології в комплексному лікуванні пацієнтів з ендокринною орбітопатією.

**Матеріали та методи.** На основі отриманих даних комп'ютерних томографій 30 пацієнтів було проведено визначення зон безпеки для остеотомії нижньої, медіальної та латеральної стінок орбіт. Десяти пацієнтам з ендокринною орбітопатією на основі отриманих даних проводили віртуальну симуляцію операції декомпресії орбіт, створювали навігаційні