

Всім пацієнтам проводили загальноприйняті клінічні та лабораторні дослідження. Призначали рентгенографічне дослідження щелеп, а за необхідності проводили комп'ютерну томографію кісток лицевого скелета.

Обов'язково в схему обстеження входило бактеріологічне дослідження ексудату для використання антибактеріальних препаратів з урахуванням чутливості мікрофлори.

Запропонована нами схема лікування відповідала принципам гнійної хірургії. Перш за все пацієнтам проводили розтин гнійних вогнищ інфекції. Здійснювали лікування гнійних ран м'яких тканин. Планово видаляли секвестри щелеп. Призначали медикаментозну терапію відповідно до стадійності запального процесу. При необхідності тривало застосовували кілька різних антибіотиків. Нами в схему лікування було запропоновано ввести такі препарати: Траумель С і Цель Т (Німеччина).

Траумель С – антигомотоксичний засіб, якій має протизапальну, антиексудативну, імуностимулюючу, регенеруючу, знеболюючу, антигеморрагічну, венотонізуючу дію. Траумель - розчин для ін'єкцій в ампулах по 2,2 мл №5. Застосовували в / м 2-3 рази на тиждень.

Комплексний антигомотоксичний препарат Цель Т є безпечною альтернативою НПЗП. Він може перевершувати їх за лікувальним ефектом. В основі дії лежить допоміжна імунологічна реакція, яка полягає в придушенні аутоімунних процесів за допомогою регулювання виділення у вогнище запалення про- і протизапальних цитокінінів. Випускається компанією «Біологише Хайльміттель Хеель ГмбХ» (Німеччина) у вигляді розчину для ін'єкцій. Ми запропонували введення препарату 2 р. на тиждень (після курсу препарату Траумель).

Після комплексного лікування у пацієнтів були наступні зміни в результатах ЗАК: зниження ШОЕ, зменшення лейкоцитозу, зростання числа лімфоцитів.

Таким чином, запропонований метод лікування дозволив зменшити кількість загострень процесу та покращив якість життя пацієнтів. Для пролонгації отриманого позитивного ефекту пацієнтам рекомендовано провести терапевтичну та хірургічну санацію порожнини рота.

ПРОФІЛАКТИКА УТВОРЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.

СКРИПНИК В.М., ЛИЧМАН В.О., ТОРОПОВ О.А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Хірургічну обробку ран щелепно-лицевої ділянки необхідно проводити в ранні терміни. Це дає змогу зменшити небезпеку розвитку інфекції і первинного загоєння рани.

Відповідно до загальних принципів накладення швів на рани щелепно-лицевої ділянки, при хірургічних втручаннях передбачається: дбайливе зіставлення країв рани; точне зіставлення і адаптація однойменних шарів рани; легке вивертання країв рани для попередження втягнення рубця в процесі контракції; забезпечення пролонгованої дермальної опори для попередження розширення рубця в післяопераційному періоді.

Метою роботи було розробка оптимального методу накладання швів у хворих після планових оперативних втручань в щелепно-лицевій ділянці.

Об'єктом дослідження: 60 пацієнтів, що знаходилися на лікуванні після планових оперативних втручань. Хворі були розділені на дві групи, порівну. В першій групі біло

проведено ушивання рани вузловими швами. В другій – було проведено ушивання рани за допомогою внутрішньошкірного шва.

Результати та їх обговорення. В післяопераційному періоді, у хворих другої групи хворих спостерігалася більш позитивна динаміка утворення нормотрофічного рубця. Після зняття швів в першій групі хворих утворилося 65% нормотрофічний рубець, в другій 85%.

Висновок. Отже, використання косметичного шва сприяє оптимальному загоєнню післяопераційній рані.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTI МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ У МЕШКАНЦІВ М.ХАРКОВА

СЛИНЬКО Ю.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Попри значні здобутки сучасної стоматології проблема відсутності зубів не втрачає актуальності. За даними ВООЗ, частота дефектів зубного ряду серед населення планети сягає 75%, а у населення України за даними різних авторів – від 70 до 95% [1, 2, 3]. Тому актуальним залишається дослідження поширеності й особливостей структури ДЗР у населення різних вікових груп та регіонів України.

Мета: вивчення особливостей вікової динаміки поширеності малих дефектів зубних рядів у мешканців м.Харкова.

Матеріали та методи. Було проаналізовано ортопантограми (ОПТГ) 1269 пацієнтів, які були скеровані до діагностичного центру WDE з метою проведення скринінгового дослідження стану зубощелепного апарату з різних причин у період з травня 2017 року по травень 2019 року. Цифрова панорамна 2D-діагностика була виконана на дентальному комп'ютерному томографі п'ятого покоління Vereviewepocs 3D R100 (Mogita, Japan).

Розподілення груп дослідження за віком було проведено наступним чином: 18-24 роки, 25-29 років, 30-34 роки, 35-39 років, 40-44 роки, 45-49 років, 50-54 роки, 55-59 років, 60-64 роки, 65-69 років, 70-74 роки, 75-84 роки. Загальна кількість груп становила 12.

Результати. При проведенні аналізу за віковими групами встановлено наступне. На ОПТГ наймолодшої 1-ї групи з 18 до 24 років (115 осіб) переважала відсутність ДЗР – 96 осіб (83,48%), малі дефекти були присутні у 19 осіб (16,52%), а великі – були взагалі відсутні (0,00%) (табл.1). У 2-й групі пацієнтів з 25 до 29 років (164 особи) кількість ОПТГ без ДЗР знизилась у 1,4 раза ($p > 0,05$) і була зафіксована у 96 пацієнтів, що склало 58,54%. Кількість малих ДЗР на ОПТГ 2-ї групи зросла у 2,47 раза ($p < 0,05$) і встановлена у 67 осіб (40,85%). Також у цій віковій групі на ОПТГ 1 особи (0,50%) було встановлено наявність великого ДЗР. Аналіз наступних груп – з 3-ї до 12-ї, виявив зберігання тієї тенденції, що мала місце у попередніх двох групах. А саме, із збільшенням віку пацієнтів, що звернулися для проведення рентгенографічного дослідження, зменшувалась кількість ОПТГ з відсутністю ДЗР (за виключенням гр.10, де у однієї особи ДЗР були відсутні), а кількість великих ДЗР – навпаки, збільшувалась ($p < 0,05$).

Поширеність малих ДЗР у обраного контингенту осіб мала таку динаміку: у пацієнтів молодого віку (до гр. 5) та перших двох періодів середньої вікової категорії – до 54 років (гр. 7) вона зростає у 4,20 раза – з 16,52 до 69,41% ($p < 0,05$), а з останньої третини середнього віку – з 55 років (гр.8) – починає зменшуватися, хоча й без статистичної значущості у порівнянні із попередніми віковим періодом (рис.). Але в цілому було встановлено прямий кореляційний зв'язок між зростанням віку пацієнтів та кількістю ДЗР ($r = 0,4207$, $p = 0,00$).