

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 ($r = 0,4207$, $p = 0,00$).

Висновки: 1. Кількість дефектів зубних рядів прямо пропорційна віку обраних осіб. 2. Наведені дані свідчать про більшу відповідальність жінок за стан свого стоматологічного здоров'я. 3. Отримані результати акцентують увагу на особливій актуальності відновлення малих ДЗР саме у осіб молодого й середнього віку.

Список використаних джерел

1. Дмитренко І.А. Стан зубощелепної системи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів / І.А. Дмитренко, З.Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 3. – С. 23-25.
2. Мунтян Л.М., Юр А.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентій та зубощелепних деформацій у осіб молодого віку. *Український стоматологічний альманах*. 2010. № 5. С.25–26.
3. Сидоренко Л.П. Аналіз біометричних досліджень малих дефектів зубних рядів із вторинними зубощелепними деформаціями. *Галицький лікарський вісник*. 2014. № 2 (21). С. 88–90.

АНАЛІЗ ПРИЧИН ПІЗНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ СОКОЛОВА Н.А., ЖУКОВА Т.О., БОЙКО М.О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Головною причиною високої смертності людей з діагнозом злоякісної пухлини щелепно – лицевої ділянки за нашими даними є пізня діагностика цієї патології. Це виникає внаслідок недостатньої онкологічної перестороги лікарів - стоматологів, відсутність координації дій між лікарями різних спеціальностей, низької грамотності населення про онкологічні захворювання.

Захворюваність на злоякісні пухлини щелепно – лицевої ділянки в Україні, як і в інших країнах світу, кожен рік збільшується, але більшість пацієнтів звертається за медичною допомогою вже на третій або четвертій стадіях захворювання, які є запущеними для візуальних форм. Злоякісні пухлини щелепно – лицевої локалізації є всі візуальні.

Така ситуація виникає тому, що хворих, які звертаються за медичною допомогою, обстежують формально; не завжди лікарі враховують або правильно трактують анамнез захворювання; недостатньо та неправильно застосовують додаткові методи обстеження. Причинами цього є як низька компетентність лікаря, так і високі ціни на додаткові методи дослідження. Результатом всього цього є постановка помилкових діагнозів під час первинного звертання в середньому в 69% випадків, наслідком чого було проведення неадекватного лікування, що збільшувало термін періоду до направлення хворого в спеціалізований медичний заклад.

Нами встановлено, що причинами запущеності злоякісних пухлин щелепно – лицевої ділянки є: недостатня онкологічна пересторога лікарів загального (сімейних, терапевтів, отоларингологів та ін.) та стоматологічного профілів - 51,5%; не усвідомлення про можливість виникнення злоякісної пухлини в даній області та самолікування – 21%; без симптомний та мало симптомний перебіг хвороби - 7,6%.

Найбільш частими скаргами хворих були: наявність виразки або пухлинного утворення, біль в горлі при ковтанні, наявність пухлини в області шиї, відчуття стороннього тіла в глотці, утруднення мови, сухість в роті, болі в ділянці слинної залози, закладеність