

*Ододюк В.В.***КЛІНІЧНИЙ КЕЙС ПАЦІЄНТА З ЛАТЕРАЛЬНИМИ КІСТАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна

**Вступ.** Кісти щелеп мають безсимптомний клінічний перебіг. Діагностуються вони в більшості випадків випадково – під час терапевтичного, ортодонтичного прийому або за наявності вираженої деформації чи нагноєння. У разі останнього клінічна картина нагноєної кісти в дітей схожа з клінічною картиною гострого гнійного періоститу. Правильна диференціальна діагностика і встановлення правильного діагнозу передбачають подальше коректне лікування й ведення пацієнта з таким ураженням.

Особливість клінічного випадку.

Дитина І. 7,5 років потрапила в травмпункт щелепно-лицевого відділення ДКЛ №5 клінічна база кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку зі скаргами на біль правої половини нижньої щелепи й припухлість щоки. У порожнині рота виявлені гіперемія, згладженість перехідної складки й рухомість 85,84 зубів. Була проведена періостотомія нижньої щелепи з видаленням 85 зуба (каріозно зруйнований) і призначено протизапальну й антибіотикотерапію. Протягом лікування спостерігали повільний регенеративний процес із боку нижньої щелепи. Деформація нижньої щелепи нівелювалася повільно. Після покращення стану дитину було виписано. Через місяць після оперативного лікування батьки дитини звернулися з аналогічними скаргами в тій самій ділянці. Було проведено КТ-дослідження нижньої щелепи й виявлено вогнище деструкції кісткової тканини з обох боків нижньої щелепи від латерального кореня 46 зуба і 36 зуба, розмірами 1x1 см. Клінічно це проявлялося лише кулькоподібною деформацією нижньої щелепи. Установлено попередній діагноз – латеральна кіста нижньої щелепи від 46 зуба на стадії нагноєння й латеральна кіста нижньої щелепи від 36 зуба. Під ендотрахеальним наркозом була проведена цистотомія нижньої щелепи в ділянці 36,46 зубів із тампонадою порожнини йодоформним тампоном. Післяопераційне ведення передбачало заміну його за стандартною методикою та протизапальну й антибактеріальну терапію. На даному етапі дитина перебуває під наглядом хірурга-стоматолога. Планується проведення контрольного рентгенологічного дослідження задля оцінки структури кістки в ділянках новоутвору. Цікаво те, що в дитини визначається затримка прорізування зубів, станом на 7,5 років у дитини наявні всі тимчасові центральні різці верхньої й нижньої щелеп і утруднене прорізування 36,46 зубів.

**Обговорення.** Клінічна картина латеральних кіст щелеп на стадії нагноєння схожа з клінічною картиною гострого періоститу. При обох нозологіях у ротовій порожнині наявні згладженість перехідної складки, рухомість причинного зуба, пальпується деформація щелепи. Тому для чіткої диференціації потрібно звертати увагу на патогномні ознаки кіст: наявність неабсолютної деформації щелепи, яка була до загострення, і згладженість перехідної складки, а за наявності кісти великих розмірів визначатиметься симптом Дюпієтрена. Рентгенологічно реєструватиметься вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, резорбцією кортикальної пластинки, тоді як зміни в кістці при періоститі будуть відсутні (окрім причинного зуба). Необхідно звертати увагу на пізні прорізування зубів, що може бути одним із прогностичних факторів формування кісти.

**Висновки.** Клінічно латеральна кіста щелепи в разі її запалення схожа на гострий одонтогенний періостит. Відсутність або утруднене прорізування постійних молярів потребує проведення КТ-дослідження для диференціальної діагностики.

*Остапко О.І., Голубєва І.М.***ВИБІР ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

**Мета дослідження** – обґрунтування вибору лікарських засобів у лікуванні різних форм гінгівіту в дітей.

**Матеріали і методи.** Літературні джерела.

**Результати.** Захворювання тканин пародонта характеризуються широкою розповсюдженістю у світі. Початкові ознаки проявляються вже в дитинстві – за даними ВООЗ, до 80% дитячого населення різних країн мають симптоми ураження тканин пародонта, зокрема кровоточивість ясен. Важливе завдання лікаря-стоматолога дитячого – ліквідувати запалення в тканинах пародонта, оскільки тривале існування запального процесу призводить до ураження кісткових структур і розвитку запально-деструктивних змін у пародонті. Для лікування гінгівіту застосовують різні групи лікарських засобів, вибір яких залежить від клінічних особливостей запального процесу ясен і віку дитини: місцеві анестетики, антисептики, засоби рослинного походження, похідні нітроїмідазолу, нестероїдні протизапальні й кератопластичні засоби.