

Чехова І.Л., Кузьменко А.А.

ВІКОВІ АСПЕКТИ Й СТРУКТУРНА ОЦІНКА РАН М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В ДІТЕЙ

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

Актуальність. Травматичні ушкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) – одні з найчастіших причин звернення дітей до щелепно-лицевого хірурга. Серед них рани, за даними різних авторів, складають 70-80% випадків.

Мета роботи – визначити вікові аспекти й оцінити структуру ран м'яких тканин ЩЛД у дітей.

Методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 9496 історій хвороб пацієнтів віком до 18 років із травмами м'яких тканин, які лікувались на клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у 2019-2020 роках. Статистичну обробку виконували за допомогою програми «MedStat».

Результати. Установлено, що рани м'яких тканин складають 87% (n=8253) усіх травм ЩЛД. Серед пацієнтів переважали хлопчики - 60%. За характером переважали забиті рани – 59% (n=6126), а найрідше траплялася рубана рана – 0,12% (n=12). Найчастішими зонами ураження виявилось підборіддя – 25% (n=2544), ділянка брови – 13% (n= 645).

Усіх пацієнтів, в яких проведено структурну оцінку ран м'яких тканин, було розподілено на три вікові групи (до 6 років, 7-12 і 13-18 років).

Діти до 6 років мають найбільшу кількість уражень і становлять 67% (n=5546) загальної кількості пацієнтів. У цій групі сконцентрований майже весь загальний обсяг саден і гематом – 68% (n= 1766).

Найчастіше траплялася забита рана з локалізацією на підборідді - 24% (n=1669) і в ділянці брови – 12% (n= 841). Лише в цій віковій групі було виявлено відкриті рани язика - 1% (n=72) і забиті рани вуздечки верхньої губи – 4% (n= 288).

У 7-12 років – 25% (n=2021) – забита рана підборіддя залишається на першому місці – 23% (n= 585), далі йде забита рана в ділянці брови – 10% (n=256), верхньої й нижньої губ - 6% (n=158) і 5% (n=122) відповідно. У цьому віці різко зростає кількість укушених ран - 10% (n= 243).

Діти старше 13 років складають усього 8,3% (n=686) загальної кількості хворих. Забита рана в групі посідає перше місце – 61% (n=577), стрімко зростає кількість саден і гематом – 35% (n= 330).

Висновки. Рани м'яких тканин ЩЛД складають 87%, причому 7 із 10 пацієнтів - віком до 6 років, а кожен четвертий діагноз – забита рана підборіддя.

У групі дітей до 6 років виявлено найбільшу кількість саден і гематом. У віці 7-12 років спостерігається збільшення кількості укушених ран, а у віковій групі 13-18 років – саден і гематом.

Шевченко В.К., Мельник В.Л.

НАНОКРИСТАЛІЧНИЙ НАПОВНЮВАЧ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Для лікування ускладненого карієсу в сучасній ендодонтії використовують лікарські засоби, які не повною мірою відповідають критеріям терапії, що видозмінюється. У наш час особлива увага приділяється нанотехнологічним напрямкам у використанні медикаментозних засобів. Нами запропонована методика внутрішньоканальної імпрегнації дельтоподібних відгалужень кореня зуба буферним розчином фосфату амонію у вигляді пасти для заповнення кореневого каналу зуба (патент № 137648).

Мета дослідження – перевірити ефективність застосування лікарського засобу для лікування пацієнтів з ускладненим карієсом шляхом obturaції верхівки кореня розчином фосфатного буферу на основі білої глини.

Матеріали й методи. Проведено лікування 25 хворих на загострений і хронічний верхівковий періодонтит віком від 18 до 65 років згідно із запропонованою методикою obturaції кореневих каналів фосфатним буфером. Усі пацієнти були обстежені відповідно до протоколу діагностики й лікування даної патології. Обстеження включало рентгенологічну діагностику до й після лікування, термін якого визначався індивідуально й залежав від динаміки лікування конкретного клінічного випадку – від кількох днів до кількох тижнів.

Результати. На етапах лікування пацієнти скарг не мали. Клінічне обстеження показало значне зменшення запальної симптоматики в порівнянні з першим відвідуванням. Після проведеного лікування всі пацієнти відчували слабшання причинного болю в зубах під час уживання їжі й неприємних відчуттів різного характеру. В окремих випадках рентгенологічно визначалися фібротизація й ущільнення деструктивних ділянок верхівкового періодонту в терміни від 2-3 днів до кількох тижнів.