

*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.

**Висновки.** Аналіз клінічних і рентгенологічних даних процесу відновлення періапикальних тканин після лікування хворих на хронічний верхівковий періодонтит показав, що регенерація верхівкових і прилеглих до них ділянок періодонту в 97 % випадків мала позитивну динаміку.

Запропонований спосіб лікування хронічного верхівкового періодонтиту буферним розчином фосфату амонію у вигляді пасти на підставі отриманих результатів лікування і згідно з інформаційним листом про нововведення в сфері охорони здоров'я № 22-2021 «Спосіб ремінералізації емалі та дентину кореня зуба» рекомендовано для впровадження в практичну стоматологію.

*Шешукова О.В., Онищенко А.В.*

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ Й КОНЦЕНТРАЦІЇ БІОХІМІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА Й ОЗНАКАМИ ЗАПАЛЕННЯ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Наявні літературні огляди свідчать про високу поширеність хвороб пародонта в групах із надлишковою вагою й ожирінням. Це підтверджують і недавні дослідження, проведені в Кореї (Kim EJ, 2017), Йорданії (Khader YS, 2019), Фінляндії (Saxlin T, 2011) США (Wood N, 2013), Бразилії (Dalla Vecchia CF, 2015), Японії (Morita I, 2011), в Україні (В. Л. Костура, Е. В. Безвушко, 2018; Глазунов О. А, Меладзе І. М., 2015; Романова Ю. Г., Цушко І. А., 2014). Залишається не розв'язаною проблема профілактики захворювань пародонта в дітей із надмірною масою тіла.

Тому **метою** нашої роботи стало встановлення впливу лікувально-профілактичного комплексу на активність ферментів циклу оксиду азоту, інтенсивність перекисного окиснення ліпідів, концентрацію нітритів і церулоплазміну в слині дітей молодшого шкільного віку з надмірною вагою й ознаками запалення в тканинах пародонта.

**Матеріали й методи.** Обстежено 81 учня 6-11 років. Оцінено стоматологічний статус дітей згідно з рекомендаціями ВООЗ. Усі біохімічні показники в ротовій рідині пацієнтів вивчали за допомогою спектрофотометра «Ulab 101».

Пацієнти були розділені на 4 групи. Група 1 (контрольна) складалася з пацієнтів із клінічно здоровим пародонтом, в яких загальний розвиток і вага відповідали віковій нормі (n = 17). У пацієнтів групи 2 тканини пародонта були без ознак запалення, проте діти мали надмірну вагу (n = 40). Група 3 складалася з пацієнтів із клінічними ознаками хронічного катарального гінгівіту й нормальною для свого віку масою тіла (n = 8). Група 4 - це пацієнти з надмірною масою тіла й клінічними ознаками хронічного катарального гінгівіту (n = 16).

У всіх досліджуваних групах було застосовано авторський метод лікування й профілактики захворювань пародонта. Дослідження проводили до призначення лікувально-профілактичного комплексу й через місяць після його проведення.

**Результати.** Запропонований лікувально-профілактичний комплекс не впливає на активність gNOS, iNOS і аргінази в клінічно здорових дітей із нормальною масою тіла, проте статистично значимо знижує активність cNOS – у 3,06 раза. Концентрація нітритів у ротовій рідині підвищується у 2,3 раза, концентрація церулоплазміну статистично значуще не змінюється, а концентрація МДА знижується у 2,06 раза.

До підвищення концентрації церулоплазміну в ротовій рідині призводить наявність надмірної ваги і поєднання надмірної ваги з ознаками катарального гінгівіту. У цих групах концентрація церулоплазміну підвищується на 6,74% і 6,83% відповідно. У цих же групах виявили підвищення концентрації МДА в 1,36 і 1,42 раза відповідно.

**Висновки.** Запропонований авторський метод лікування й профілактики захворювань пародонта ефективно нормалізує функціонування окремих ферментів циклу оксиду азоту й знижує інтенсивність перекисного окиснення ліпідів у ротовій рідині дітей молодшого шкільного віку з хронічним катаральним гінгівітом і надмірною масою тіла, яка в дітей молодшого шкільного віку призводить до посилення процесів перекисного окиснення ліпідів і концентрації церулоплазміну в ротовій рідині.