

months to a year before the enrolment. In order to determine patients' satisfaction with their complete dentures, we developed a questionnaire based on a five-level Likert scale, where each respondent could rate their satisfaction with a particular criterion for using complete dentures, from "completely dissatisfied" to "fully satisfied". The statistical analysis of the findings obtained was carried out using the standard IBM SPSS statistics (v.21) software package, employing various methods of descriptive statistics.

The investigation has demonstrated that among the 40 removable denture wearers, men prevail. 45.0% of patients rated the restoration of the aesthetic configuration of their appearance after the placement of a removable prosthesis as the highest. The profile appearance of the prosthesis and the aesthetics of the false teeth completely satisfied 25.0% (10/40) and 20.0% (8/40) of patients, respectively. The functional effectiveness of removable dentures according to by the Lykert scale was 1.2 times lower for the total assessment of the aesthetic parameters of the constructs ($p < 0.05$). A quarter of the respondents appreciated the improvement of their chewing function and the quality of fixation of prostheses in the oral cavity.

DOI 10.31718/2077-1096.23.2.1.139

УДК 616.716.4:616.2:616.7

Стасюк О.А.

ПОЛОЖЕННЯ ГОЛІВОК СКРЕНЕВОНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ ТА ЛІНІЙНІ РОЗМІРИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКЕЛЕТНИМИ САГІТАЛЬНИМИ АНОМАЛІЯМИ ПРИКУСУ

Полтавський державний медичний університет

Зубощелепні аномалії створюють не тільки естетичні порушення, а й відіграють певну роль у патогенезі захворювання скронево-нижньощелепного суглоба. Положення скронево-нижньощелепного суглоба та оклюзійні фактори впливають на прохідність дихальних шляхів, тому лікувальні заходи повинні бути спрямовані на нормалізацію дихання: спочатку дихальні шляхи, потім суглоб та м'язи, і, нарешті, оклюзія. Метою дослідження було знайти зв'язок між положенням нижньої щелепи, положенням голівок скронево-нижньощелепного суглобу та змінами верхніх дихальних шляхів при зубощелепних аномаліях I та II класу за Angle. Дане дослідження було проведено на 64 конусно-променевих комп'ютерних томограмах пацієнтів. Розподіл пацієнтів по групам відбувався відповідно до кута ANB на дві групи. Положення голівок скронево-нижньощелепного суглобу визначалось методом, запропонованим Н. Gelb у серединно-сагітальній площині суглоба, а лінійні параметри дихальних шляхів за методикою McNamara. За результатами проведених досліджень встановлено, що, незалежно від патології прикусу, лише 12,5% пацієнтів ($n=8$) мали правильне положення голівок скронево-нижньощелепного суглобу ліворуч і праворуч у позиції 4/7 згідно сітки Gelb. Середні показники ширини глотки в 1 групі за методикою McNamara становили в верхньому відділі $17,41 \pm 0,44$ мм, в нижньому відділі - $10,1 \pm 0,73$ мм. В 2 групі показники становили в середньому $15,82 \pm 0,61$ мм. Лінійні параметри ширини верхнього відділу глотки в 2 групі становили в середньому $15,82 \pm 0,61$ мм. Ширина нижнього відділу становила $10,25 \pm 0,51$ мм. Отже, серед ортодонтичних пацієнтів лише 12,5% мають правильне, симетричне положення скронево-нижньощелепного суглобу. Зменшення ширини в нижньому відділі дихальних шляхів у ортодонтичних пацієнтів із патологією прикусу I кл. та II кл. може бути пов'язано зі зміщенням до задку голівок скронево-нижньощелепного суглобу.

Ключові слова: зубощелепна аномалія, скронево-нижньощелепний суглоб, конусно-променева комп'ютерна томографія, дихальні шляхи.

Дане дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Особливості реабілітації ортодонтичних пацієнтів різного віку» № державної реєстрації 022U201229.

Зубощелепні аномалії (ЗЩА) створюють не тільки естетичні порушення та супроводжуються функціональними розладами органів щелепно-лицьової області, а й відіграють певну роль у патогенезі захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). За даними літератури 27%-76% пацієнтів, які звертаються за допомогою до лікаря-стоматолога, пред'являють скарги на дискомфорт, клацання, хрускіт під час прийому їжі, розмові та біль в ділянці СНЩС [1].

Положення СНЩС та оклюзійні фактори впливають на прохідність дихальних шляхів. Відповідно філософії «Airway Centric TMJ

Philosophy» лікувальні заходи повинні бути спрямовані на нормалізацію дихання: спочатку дихальні шляхи, потім суглоб та м'язи, і, нарешті, оклюзія [2]. Прихильники філософії FACE вважають, що однією з найважливіших цілей ортодонтичного лікування є нормалізація функціонування та положення СНЩС поряд з лицевою та зубною естетикою, здоровими пародонтальними тканинами та повітроносними шляхами [3]. Все більше дослідників вбачають у виникненні порушень функцій СНЩС результат впливу комбінації цілого ряду несприятливих факторів, що можуть посилювати один одного [14]. Одним із факторів, що сприяє розвитку та формуванню

патології прикусу, дисфункції СНЩС є зменшення розмірів верхніх дихальних шляхів [4].

Захворювання СНЩС займають третє місце серед основних стоматологічних захворювань, та становлять від 36% до 75% [6].

У свою чергу, одним із важливих пунктів стабільності ортодонтичного лікування є лікувальні заходи, що спрямовані на створення центрального положення голівок нижньої щелепи та стабільної оклюзії. Тобто, існує нерозривний зв'язок між оклюзією та положенням голівок СНЩС. Є низка публікацій, які доводять, що ортодонтичне лікування може зменшити симптоми дисфункції СНЩС [7, 8].

Також однією із значних проблем сучасної стоматології є своєчасна діагностика патології СНЩС, яка пов'язана з певними труднощами, такими як складність анатомічної будови суглоба, багатофакторністю у виникненні дисфункцій СНЩС. Тому для діагностики захворювань СНЩС поряд з клініко-лабораторними методами дослідження (опитування, огляд, пальпація, аускультация, антропометричні методи) застосовуються різні рентгенологічні та інструментальні методи дослідження [9, 10, 11].

Використання сучасних технічних методів - магнітно-резонансної томографії (МРТ), конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ), артрографії - підвищило можливості діагностики. Ці методи дозволяють не лише отримувати зображення у різних площинах, але й візуалізувати м'якотканинні структури суглоба, завдяки чому можна виробити нові підходи в лікуванні [12, 13].

В сучасній стоматології найінформативнішим методом рентгенологічного дослідження СНЩС,

який зазвичай використовують в своїй практиці лікарі, є КПКТ [14].

Мета дослідження

Знайти зв'язок між положенням нижньої щелепи, положенням голівок СНЩС та змінами верхніх дихальних шляхів при ЗЩА I та II класу за Angle.

Матеріали та методи дослідження

Дане дослідження було проведено на 64 КПКТ пацієнтах, що звернулися на кафедру післядипломної освіти лікарів-ортодонтів Полтавського державного медичного університету.

Середній вік пацієнтів становив 18,5 років. Жоден не лікувався раніше ортодонтично. КПКТ-дослідження лицевого скелету виконували на комп'ютерному томографі VATECH PAX-ZENITH 3D, крок сканування становив 1 мм, час сканування 15 сек. Загальне променеве навантаження становило приблизно 50 мкЗв. Дослідження положення суглобових голівок та стан верхніх дихальних шляхів проводилось у програмі Ez3D2009. Цефалометричне дослідження проводили за допомогою програми "AudaxCeph" ver. 6.6.

Розподіл пацієнтів по групам відбувався відповідно до кута ANB на дві групи. В 1 групу ввійшли 34 пацієнти з діапазоном кута ANB від 0,2° до 2,8° та відповідно патологією прикусу I кл. До 2 групи ввійшли 30 пацієнтів з розмірами кута ANB від 3,1° до 8,7° та, відповідно, патологією прикусу II класу. За гендерним принципом розподіл пацієнтів був майже рівномірним: 33 чоловіків та 31 жінок (рис 1).

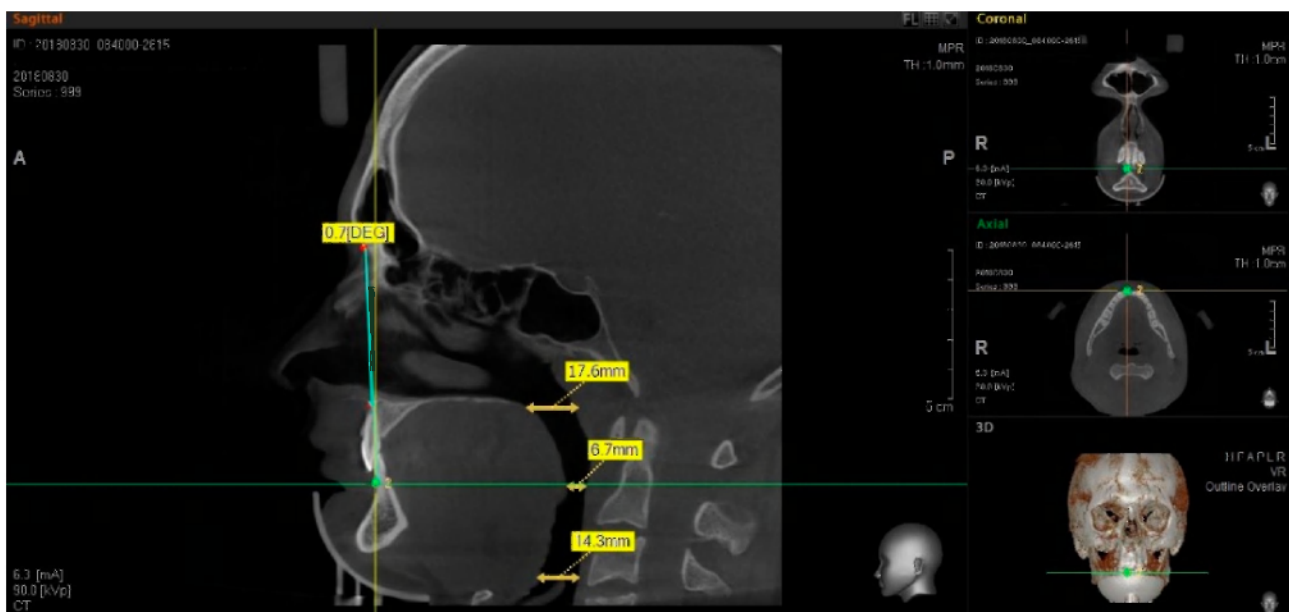


Рис.1. Визначення лінійних параметрів дихальних шляхів за McNamara на КПКТ в 3D-реконструкції.

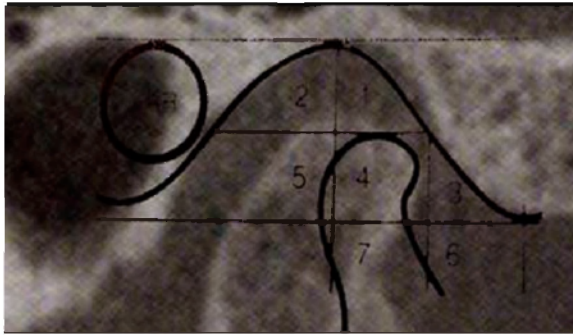


Рис. 2. Схема визначення положення суглобової голівки СНЩС згідно методики Н. Gelb.

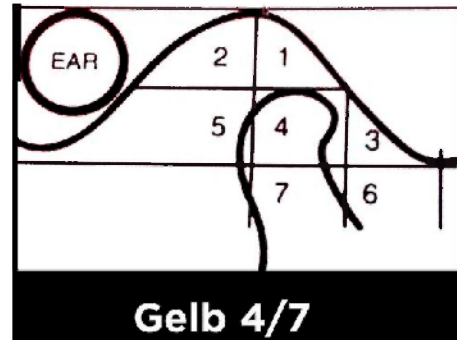
Положення голівок СНЩС визначалось методом запропонованим Н. Gelb у серединно-сагітальній площині суглоба [15]. Для цього спочатку проводиться горизонтальна лінія щодо верхньої частини суглобової ямки. Друга лінія проводиться паралельно першій дотично скату суглобового бугорка. Для проведення третьої горизонтальної лінії потрібно простір між першою та другою лініями розділити навпіл (рис. 2).

Після цього, для утворення сітки Gelb проводяться три вертикальні лінії. Перша вертикальна лінія є перпендикуляром до першої горизонтальної лінії та починається від найвищої точки суглобової ямки.

Для того щоб утворилась друга вертикальна лінія потрібно провести перпендикуляр від точки перетину другої горизонтальної лінії з передньою поверхнею суглобової ямки вниз паралельно першій вертикальній лінії.

Після перетину всіх ліній утворюється 8 сегментів – сітка Gelb після чого сегменти сітки нумеруються. 1-м сегментом вважають сегмент, що знаходиться у передньо-верхній частині ямки. В задньо-верхній частині ямки знаходиться сегмент 2. В центральній частині сітки Gelb розміщуються сегменти: в передній частині – сегмент 3, в центральній частині – 4 сегмент і, відповідно, сегмент 5 в задній частині. В нижній частині сітки розміщені сегменти: 6 – у передньо-нижньому, 8 – у задньо-нижньому відділі, 7 – між сегментами 6 та 8. Відповідно сітки Gelb виділяють 4 основні позиції голівок СНЩС: позиція 2/5 - задньо-верхнє положення, 1/5 - верхнє положення, 1/4 - передньо-верхнє положення та 4/7 нижнє-переднє положення, що є найбільш оптимальним положенням СНЩС (рис. 2).

Після було проведено вимір лінійних параметрів дихальних шляхів, на серединно-сагітальному зрізі в 3D-реконструкції за методикою McNamara [16]. В нормі ширина верхнього відділу глотки становить за даними McNamara 15-20см та вимірюється між точками, що проходять на задній внутрішній стінці м'якого піднебіння, а саме посередині м'якого піднебіння та до точки найближчої гортанної стінки. Норма ширини нижнього відділу глотки становить 11-14см та вимірюється між точками, що знаходяться між точкою перетину заднього відділу



язика та нижньої межі нижньої щелепи до найближчої точки задньої поверхні глотки (рис. 1).

Результати досліджень та їх обговорення

За результатами проведених досліджень встановлено, що, незалежно від патології прикусу, лише 12,5% пацієнтів (n=8) мали правильне положення голівок СНЩС ліворуч і праворуч у позиції 4/7 згідно сітки Gelb.

Серед пацієнтів 1 групи, тобто у пацієнтів з I класом ЗЩА за Angle, правильне, тобто симетричне положення голівок СНЩС ліворуч і праворуч у сегменті 4/7, встановлено у 9,375% (n=6). Односторонню 4/7 позицію суглобової голівки виявлено в 6,25% пацієнтів (n=4) (рис.3). У пацієнтів 2 групи, тобто пацієнтів з II класом за Angle, симетричне положення голівок СНЩС у позиції 4/7, тобто правильне положення суглобу, встановлено у 3,125% (n=2), що в 3 рази рідше в порівнянні з пацієнтами, з патологією прикусу I класу за Angle. Асиметричних випадків не зустрічалось.

Найчастіше, у 34,375% (n=22) пацієнтів із ЗЩА зустрічалось симетричне положення суглобових голівок у позиції 1/4, при якій голівка СНЩС розташована дещо вище в порівнянні з нормою. Так, у пацієнтів у 1й групі симетричне, двостороннє положення голівок у позиції 1/4 було встановлено в 15,625% випадків (n=10). В 2 групі цей показник становив 18,75% (n=12). Тобто у цих пацієнтів виникає зниження висоти прикусу. Асиметричне розташування виявлено в 12,5% (n= 8) пацієнтів зліва та 3,125%(n=2) праворуч у комбінації з іншим розташуванням з протилежного боку згідно сітки Gelb.

Симетричне розташування голівок у сегменті 2/5 мали 6,25% пацієнтів (n=4), асиметрична позиція зустрічалась частіше у 12,5% (n= 8) випадках, порівну справа та зліва. Симетричного розташування голівок у позиції 1/5 не виявлено. Асиметричне положення СНЩС з одного боку виявлено у 9,375 % (n=6) випадках.

Симетричне розташування суглобових голівок у позиції 1/5 було характерно для 12,5 % досліджуваних (n=8) та асиметричне у в 6,25 % випадках (n=4).

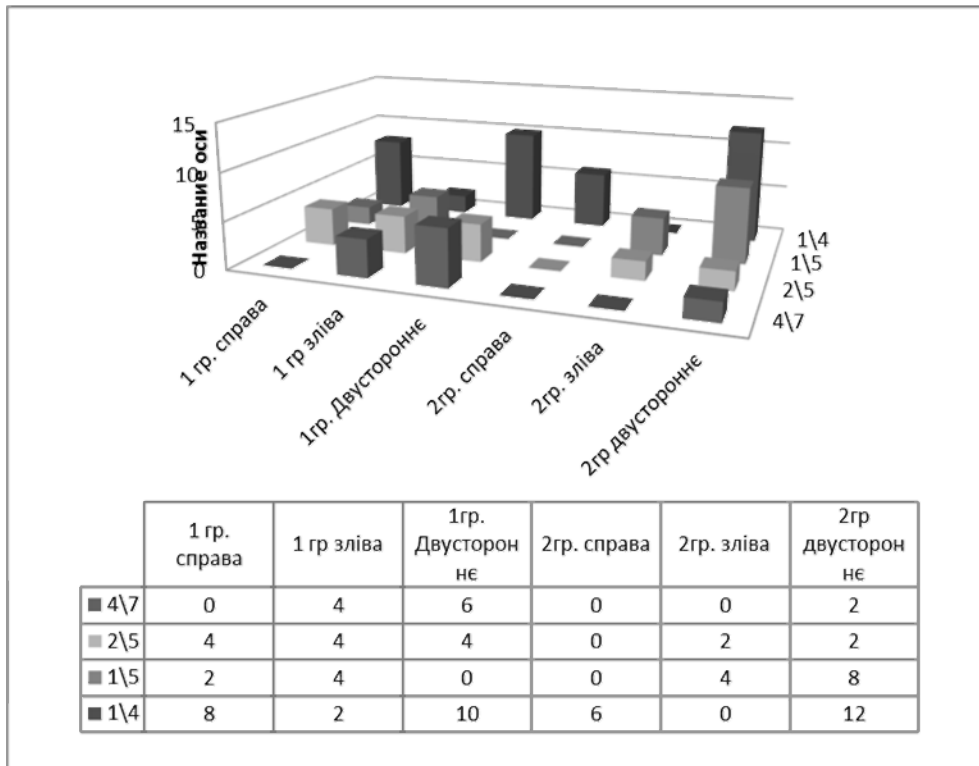


Рис.3. Положення голівок СНЩС за сіткою Gelb.

У сегменті 2/5 симетричне положення голівок СНЩС відзначалося в 3,125% (n=2), та асиметричне 3,125% (n=2) випадках.

Отже, для пацієнтів із сагітальною патологією прикусу I та II класу найбільш характерно передньо-верхнє (1/4) положення голівок СНЩС. Позиція 1/5 (тобто зміщення голівок СНЩС доверху) характерна для 2 групи. Простежується ротаційне зміщення центру суглобових голівок дозаду - позиція 1/5 (передньо-верхня позиція) у пацієнтів із II класом. Для I кл. найбільш характерне зміщення голівок СНЩС в позицію 2/5(задньо-верхнє положення), що свідчить про дистальне зміщення нижньої щелепи, яке може бути вимушеним.

Середні показники ширини верхнього відділу глотки, виміряної за методом McNamara, в пацієнтів 1 групи становили 17,41±0,44мм, при цьому мінімальне значення становило 15мм, а максимальне - 21мм. Середній показник ширини нижнього відділу в цій групі становив 10,1±0,73мм, мінімальними були показники 6,7мм, а максимальними – 14,3мм.

Лінійні параметри ширини верхнього відділу глотки в 2й групі становили в середньому 15,82±0,61мм. Найменше значення ширини в цій ділянці було 8,7мм, а найбільше 24,3мм. Ширина нижнього відділу становила 10,25±0,51мм, мінімальне значення було 4,7мм, а максимальне – 16,6мм (рис.4).

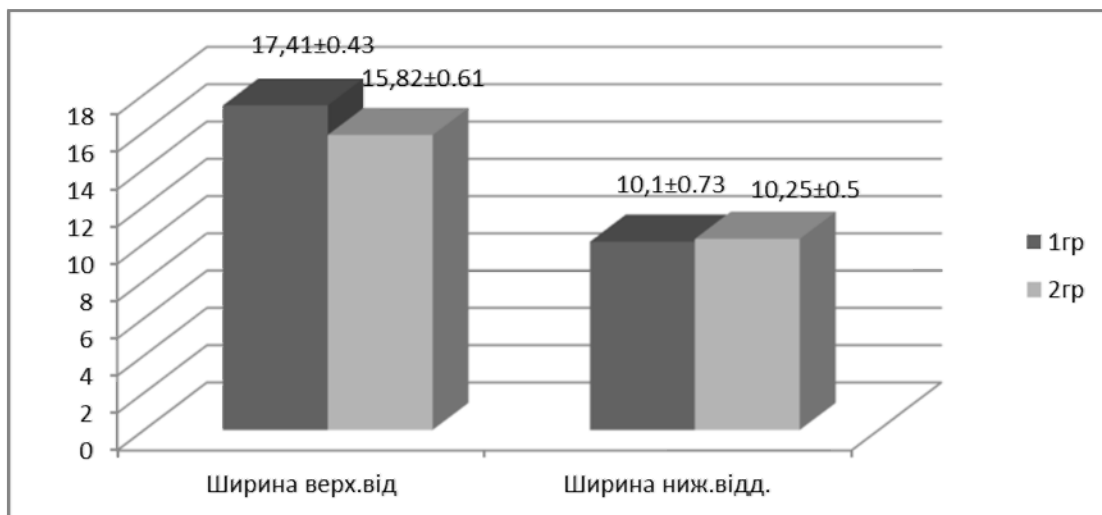


Рис.4.Лінійні параметри ширини верхніх дихальних шляхів за McNamara в 1 та 2 групі (M±t) (мм).

Якщо середні лінійні показники ширини верхнього відділу глотки у пацієнтів із дистальним прикусом менші на 1,59 мм в порівнянні з показниками пацієнтів із першим класом, то ширина нижнього відділу повітроносних шляхів в них має тенденцію до незначного розширення на 0,15 мм. На перший погляд такі результати в порівнянні можуть здаватись дещо парадоксальними, але звуження дихальних шляхів можна пов'язати із дистальним зміщенням нижньої щелепи, на що вказує зміщення голівки СНЩС [17].

Середні лінійні показники верхнього відділу глотки для пацієнтів із I та II кл. знаходяться в межах норми. При цьому середні показники лінійних параметрів нижнього відділу, в порівнянні з нормою, мають тенденцію до зменшення, що також можна пояснити зміщенням голівки СНЩС.

Інші науковці, зокрема Marcos Roberto de Freitas [18], не пов'язують звуження повітроносних шляхів верхнього відділу в пацієнтів з I та II класом із аномаліями прикусу та звуження нижнього відділу з типом росту щелеп та з аномалією прикусу, що збігається з результатами досліджень, і що потрібно враховувати під час діагностики.

Висновки

Отже, серед ортодонтичних пацієнтів, лише 12,5% мають правильне, симетричне положення СНЩС. Проте для пацієнтів з II класом характерне більш симетричне двостороннє розташування суглобів, в порівнянні з пацієнтами з I класом.

Серед пацієнтів з I кл. та II кл. найчастіше зустрічаються пацієнти з передньо-верхнім положенням голівки СНЩС, що може бути пов'язане зі зниженням прикусу та супутньою патологією прикусу в вертикальній площині, а саме глибоким прикусом.

Великий розкид різних позицій суглобових голівок у досліджуваних групах пацієнтів вказує на асиметричність положення суглобових голівок та ротаційне зміщення центру суглобових голівок, що може негативно впливати на інконгруентну роботу суглоба.

Зменшення ширини в нижньому відділі дихальних шляхів у ортодонтичних пацієнтів із патологією прикусу I кл. та II кл. може бути пов'язано зі зміщенням дозадку голівок СНЩС, змінами в шийному відділі хребта, що виникають внаслідок

порушень постури опорно-рухового апарату та які посилюються з віком, впливають на тяжкість зубощелепної аномалії.

Дана робота розглядає лише деякі з додаткових методик дослідження ЗЩА та СНЩС, які можна використовувати під час встановлення ортодонтичного діагнозу та вибори плану лікування. Розробки у цьому напрямі можуть бути продовжені.

References

1. Kuroedova V, Stasiuk A, Makarova A, et al. Symmetry of elements of temporomandibular joint. *Wiadomości Lekarskie*. 2017;120(6):1079-81.
2. Gelb M. Airway Centric TMJ Philosophy. *CDA Jornal*. 2014; 42 (8): 551-62.
3. Domingo M, Cocconi R. Orthodontic dental casts: The case for routine articulator mounting. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*.2012;141(1):8-14.
4. Haskell J, McCrillis J, Haskell B, et al. Effects of mandibular advancement device on airway dimensions assessed with cone-beam computed tomography. *Seminars in Orthodontics*.2009;15(2):132-58
5. Klasser GD, Manfredini D, Goulet JP, De Laat A. Oro-facial pain and temporomandibular disorders classification systems: A critical appraisal and future directions. *J Oral Rehabil*. 2018 Mar;45(3):258-268.
6. Luther F. TMD and occlusion part I. Damned if we do? Occlusion: the interface of dentistry and orthodontics. 2007;202(8):474.
7. Coelho T, Caracas H. Perception of the relationship between TMD and orthodontic treatment among orthodontists. *Dental Press J Orthod*. 2015;20 (1):45-51.
8. Michelotti A, Iodice G. The role of orthodontics in temporomandibular disorders *J Oral Rehabil*. 2010; 37 (6): 411-29.
9. Currie R. Arthroscopy for treating temporomandibular joint disorders *Evid Based Dent*. 2011;12(3):90-91.
10. Kai Y, Matsumoto K, Ejima K, et al. Evaluation of the usefulness of magnetic resonance imaging in the assessment of the thickness of the roof of the glenoid fossa of the temporomandibular joint. *Oral Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod*. 2011;112:508-514.
11. Petersson A. What you can and cannot see in TMJ imaging - an overview related to the RDC/TMD diagnostic system. *J Oral Rehabil*.2010;37(10):771-78.
12. Kuroedova V, Vyshenko E, Stasiuk A, Makarova A. Optical density of mandible in orthodontic patients. *Wiadomości Lekarskie*. 2018;120(6):1161-64.
13. Reiter S. The use of the panoramic radiograph for diagnosis of temporomandibular joint disorders (TMD) - comparison to other imaging techniques. *Refuat Hapeh Vehashinayim*. 2007; 24: 22-29.
14. Gelb H, Arnold GE. Syndromes of the head and neck of dental origin. I. Pain caused by mandibular dysfunction. *AMA Arch Otolaryngol*. 1959; 70: 681-691.
15. Pérez-Rodríguez LM, Diéguez-Pérez M, Millón-Cruz A, Arcos-Palomino I. Airways cephalometric norms from a sample of Caucasian Children. *J Clin Exp Dent*. 2021 Sep.1;13(9):941-947.
16. Kirjavainen M, Kirjavainen T. Upper airway dimensions in Class II malocclusion: effects of headgear treatment. *The Angle Orthodontist*. 2007;77(6) 1046-53.
17. De Freitas M, Alcazar N, Janson G, et al. Upper and lower pharyngeal airways in subjects with Class I and Class II malocclusions and different growth patterns. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006;130:742-45.

Summary

POSITION OF HEADS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT AND LINEAR DIMENSIONS OF UPPER RESPIRATORY TRACT IN PATIENTS WITH SKELETAL SAGITTAL BITE ANOMALIES

Stasiuk O. A.

Key words: malocclusion, temporomandibular joint, cone-beam computed tomography, airways.

Maxillofacial anomalies not only affect aesthetics but also contribute to temporomandibular joint disease. The position of the temporomandibular joint and occlusal factors can influence the airway patency therefore medical interventions should aim at restoring normal breathing, treating TMJ and muscles, and then correcting the occlusion. The aim of this study is to investigate the relationship between the position of the lower jaw, position of TMJ heads, and changes in upper respiratory tract in patients with Class I and II skeletal sagittal bite anomalies according to Angle's classification.

Cone-beam computer tomograms of 64 patients were analyzed. The patients were divided into two groups based on the ANB angle. The position of the temporomandibular joint heads was determined using N. Gelb's method in the mid-sagittal plane, while the linear parameters of the upper respiratory tract were assessed using the McNamara method. Regardless of the bite pathology, only 12.5% of patients (n=8) exhibited the correct symmetrical position of the TMJ heads on both sides according to the Gelb grid. In the 1st group, the average width of the upper and lower parts of the pharynx measured by the McNamara method was 17.41 ± 0.44 mm and 10.1 ± 0.73 mm, respectively. In the 2nd group, the average width of the upper part was 15.82 ± 0.61 mm, and the lower part measured 10.25 ± 0.51 mm. Among orthodontic patients with Class I and II bite anomalies, only a small percentage (12.5%) was found to have the correct and symmetrical position of the temporomandibular joint. The reduction in the width of the lower respiratory tract in these patients may be associated with posterior displacement of the temporomandibular joint heads.

DOI 10.31718/2077–1096.23.2.1.144

УДК: 616.314-089.

Стебловський Д.В.

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ШИЇ

Полтавський державний медичний університет

Лікування одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки залишається нагальною проблемою хірургічної стоматології у зв'язку з неухильним зростанням їх частоти, схильністю до генералізації процесу та несприятливими наслідками. У зв'язку з цим постійно ведеться пошук способів підвищення ефективності лікування хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки, що розробляються та впроваджуються у практику нові технології діагностики, хірургічного та медикаментозного лікування даної патології. Мета дослідження: провести аналіз методів діагностики та результатів лікування хворих з флегмони дна порожнини рота та шиї за матеріалами щелепно-лицьового відділення. Матеріали та методи. Нами проведено аналіз 71 випадку флегмон дна порожнини рота та шиї у пацієнтів, які проходили лікування у щелепно-лицьовому відділенні з 2017 по 2022 рік. Результати та обговорення. Згідно з проведенням аналізом, найчастішою причиною розвитку глибоких флегмон дна порожнини рота та шиї виявилися одонтогенні запальні процеси – 37 випадків, тонзилітогенні ураження – 9, сторонні тіла стравоходу – 12 та аденофлегмони – 13 випадків. Летальні випадки спостерігалися 5 - при одонтогенній флегмоні дна порожнини рота та шиї, що ускладнилась медіастенітом, та 1 – при тонзилітогенній флегмоні шиї. З 71-го пацієнта 12-м виконана трахеотомія з подальшою інтубацією через трахеостому. Всім пацієнтам проведено термінове хірургічне втручання - розтин та дренирування просторів клітковини дна порожнини рота та шиї. У зв'язку з особливостями будови клітковинних просторів шиї, високою гідрофільністю тканин середостіння, пацієнтам проводилися широкі розрізи з ревізією просторів шиї як з однієї, так і з двох сторін для адекватного дренирування і обробкою розчинами антисептиків. Після очищення рани на 11-18 добу накладали вторинні відстрочені шви. З моменту надходження хворого до стаціонару і до клінічного одужання хворим проводилася адекватна медикаментозна терапія. При мікробіологічному дослідженні відокремлюваного з рани у 54 хворих виявлені різні збудники, а у 17 пацієнтів росту мікрофлори не отримано. Серед виділеної мікрофлори визначалися різні збудники гнійно-септичних процесів: гемолітичний стрептокок – у 20 пацієнтів, різні види стафілококів – у 12, змішана флора – у 14, анаероби – у 8 пацієнтів. Висновки. Зберігається висока частота гнійно-некротичних уражень клітковинних просторів дна порожнини рота та шиї, що в ряді випадків призводить до летальних наслідків. Сучасні вискоэффективні методи діагностики: комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія – дозволяють на ранній стадії формування флегмони уточнити діагноз та визначити показання та об'єм хірургічного втручання.

Ключові слова: флегмона, щелепно-лицева ділянка, дно порожнини рота, шия, медіастеніт.

Робота є фрагментом ініціативної теми кафедри хірургічної стоматології та челюстно-лицевої хірургії: «Діагностика, хірургічне та медикаментозне лікування пацієнтів з травмами, дефектами та деформаціями тканин, запальними процесами щелепно-лицевої локалізації» (номер держреєстрації 0119U102862).

Лікування одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) залишається нагальною проблемою хірургічної стоматології у зв'язку з неухильним зростанням їх частоти, схильністю до генералізації процесу та несприятливими наслідками. У зв'язку з цим постійно ведеться пошук способів підвищення ефективності лікування хворих з одонтогенними флегмонами ЩЛД, що розробляються та впроваджуються у практику нові технології діагностики, хірургічного та

медикаментозного лікування даної патології [1, 2, 3].

У відділенні щелепно-лицевої хірургії КП ПOKЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР з 2017 по 2022 рік було проліковано 71 пацієнта з флегмонами дна порожнини рота та шиї. Етіологічною причиною захворювання є гемолітичний стрептокок, різні види стафілококів, змішана флора та анаероби. Крім методів клінічного дослідження, в останні роки з успіхом використовується ком-