

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Асоціація стоматологів України
Українська асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів
Всеукраїнська асоціація щелепно-лицевої хірургії

ПРОГРАМА ТА МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю

«ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
СТОМАТОЛОГІЇ ТА
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ
В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ»

(онлайн формат)

Україна, Полтава
30 листопада 2023 рік



Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
Асоціація стоматологів України
Українська асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів
Всеукраїнська асоціація щелепно-лицевої хірургії
Українська асоціація стоматологічної освіти

ПРОГРАМА ТА МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ СТОМАТОЛОГІЇ ТА
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ»

ПОЛТАВА
30 листопада 2023 року

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

ГОЛОВА:

Вячеслав Ждан – ректор закладу вищої освіти Полтавського державного медичного університету, Лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений лікар України, д.мед.н., професор.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:

Валентин Дворник – перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи;

Ігор Кайдашев – проректор закладу вищої освіти з наукової роботи;

Давид Аветіков – проректор закладу вищої освіти з навчальної роботи;

Ігор Скрипник – проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти;

Катерина Локес – завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Петро Скрипников – головний лікар КУ «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка»;

Олена Іваницька – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Ігор Яценко – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.



ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:

Людмила Волошина – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Маргарита Скікевич – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Станіслав Ставицький – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Дмитро Стебловський – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Олександр Розколуна – доцент закладу вищої освіти кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Ольга Буханченко – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Ігор Бойко – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Віктор Гаврильєв – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Віталій Личман – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Олександр Торопов – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії;

Павло Яценко – асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.



- 14. ОДОНТОГЕННИЙ МЕДІАСТИНИТ З ТОЧКИ ЗОРУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО ХІРУРГА.**
СКИКЕВИЧ М.Г., КРАВЧЕНКО С.Б., ВОЛОШИНА Л.І..... 33-36
- 15. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ЗАМЩЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА УМОВ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ.**
КОЛЕСНІЧЕНКО М.О., КОЛЕСНІЧЕНКО Д.В..... 36-37
- 16. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ З ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.**
ПЕТРУШАНКО Т.О., ІЛЕНКО Н.М., ІЛЕНКО-ЛОБАЧ Н.В., ІВАНИЦЬКИЙ І.О., ПЕТРУШАНКО В.М..... 37-39
- 17. ПАРЕЗ ЛИЦЬОВОГО НЕРВА ПІСЛЯ СУБТОТАЛЬНОЇ ПАРОТИДЕКТОМІЇ.**
МИХАЙЛЕНКО А.О..... 39-42
- 18. ПОКАЗНИКИ МІКРОТВЕРДОСТІ ІНТАКТНИХ ТА УРАЖЕНИХ ПАТОЛОГІЧНИМ ПРОЦЕСОМ ІКЛІВ.**
ШУНДРИК М.А., МАРЧЕНКО І.Я., ТКАЧЕНКО І.М..... 42-44
- 19. РОЛЬ ЛЕКЦІЇ В ПРОЦЕСІ ОСВІТИ ПРИ ДИСТАНЦІЙНІЙ ФОРМІ НАВЧАННЯ.**
РУЗІН Г.П., ГРИГОРОВ С.М., ВАКУЛЕНКО К.М., ВАСИЛЕНКО В.М.... 44-46
- 20. СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІНГІВАЛЬНОЮ РЕЦЕСІЄЮ.**
ІВАНИЦЬКА О.С., ІВАНИЦЬКИЙ І.О., ЕЛЬ ФАЛІНІ ФАТІМА..... 47-48
- 21. УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ РУБЦІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ.**
АВЕТІКОВ Д.С., БУХАНЧЕНКО О.П., ЯРИЧ Д.М..... 48-50
- 22. ТРАНСФОРМАЦІЯ СИСТЕМИ СТРАТЕГІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.**
МОКАН О.І., ЛУЦЕНКО Н.В., ЖАЛЬ Є.О..... 51-52



ОДОНТОГЕННИЙ МЕДІАСТИНИТ З ТОЧКИ ЗОРУ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО ХІРУРГА

СКІКЕВИЧ М.Г., КРАВЧЕНКО С.Б., ВОЛОШИНА Л.І.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Укарїна

m.skikevych@pdmu.edu.ua

Вплив хронічної одонтогенної інфекції на організм людини - важлива і до кінця не вирішена проблема медицини і хірургічної стоматології. Наявні літературні дані свідчать про значну її роль у розвитку хронічної патології внутрішніх органів.

Мета дослідження – визначити частоту розвитку одонтогенного медіастиніту з урахуванням можливих помилок.

Одонтогенним називається запальний процес, безпосередньо пов'язаний з тканинами, що знаходяться всередині та навколо зуба. Розвиток одонтогенних процесів визначається анатомо-топографічними особливостями тканин. Велика кількість кровоносних та лімфатичних судин створює сприятливі можливості для швидкого поширення інфекції.

Збудниками є як представники нормальної мікрофлори ротової порожнини, так і поліасоціації. Висіваються *Staphylococcus epidermidis*, *Peptococcus niger*, *Actinomyces viscosus*. При гнилісно-некротичних процесах виділяються *Fusobacterium nucleatum*, *Clostridium perfringens* та інші.

Запальні захворювання щлд:

- істинно одонтогенні. Їх спричиняє проблемний зуб. Якщо вчасно не вилікувати карієс, пульпіт, періодонтит,
- неодонтогенні. Причина-ураження слизової оболонки ротової порожнини;
- пародонтальні. Запущені проблеми з яснами.

Причинами є:

- рідкі візити до стоматолога. Неуважне ставлення пацієнтів до свого здоров'я, самолікування.



- неправильна гігієна та погані звички.
- куріння та вживання алкоголю погано впливають на ясна.
- невдалі стоматологічні операції чи інше захворювання.

У більшості випадків етіологічним фактором запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки та шиї є одонтогенна інфекція (Тимофєєв А.А., 2007, 2012 та ін.).

Особливістю одонтогенних вогнищ запалення є те, що дефекти твердих тканин зуба, що є вхідними воротами інфекції, не відшкодовуються природним шляхом, що зумовлює постійне додаткове інфікування тканин щелепно-лицевої ділянки та сприяє формуванню вогнищ хронічної інфекції.

Між таким осередком інфекції та організмом хворого встановлюється своєрідна динамічна рівновага. Вона може бути порушене в результаті зміни імунологічної реактивності організму, підвищення вірулентності інфекційного агенту або при пошкодженні сполучнотканинної капсули, навколо інфекційного вогнища (Тимофєєв А.А., 2007, 2012).

Методи лікування різних форм ускладненого карієсу - пульпітів, періодонтитів - не можна визнати досконалими. Повноцінність пломбування каналів зубів - 60 – 70%. Хронічні осередки запалення при терапевтичному лікуванні періодонтитів зникають відразу після завершення пломбування каналів у зубі, якщо це лікування виявляється повноцінним. (Політун А.М. та співавт., 2000; Данилевський Н.Ф. та співавт., 2001; Борисенко А. В., 2012 та ін.). У 22% хворих вогнища хронічного одонтогенного запалення зникають через 4 - 8 міс., а у 68% - тільки через 1-2 роки і більше (Максiмовський Ю.М., 1998; Леонтєв В.К. та співавт., 2004; Садовський В.В., 2005 та ін.).

Найбільш частим шляхом проникнення та подальшого поширення інфекції з одонтогенних вогнищ є контактний.

Медіастиніт запалення клітковини середостіння є одним з найбільш небезпечних ускладнень гострої одонтогенної інфекції. Частота одонтогенних медіастинітів у країнах СНД 0,30-1,78%. Ця патологія реєструється значно



частіше, ніж у світі загалом.

Відмітними ознаками гострого медіастиніту є труднощі ранньої діагностики, виняткова тяжкість перебігу та висока летальність.

Лікування медіастинітів визнається однією з найважчих проблем сучасної хірургії.

Летальність при одонтогенних медіастиніт залишається високою і досягає 50%, статистика щелепно-лицевого відділення – до 40% .

Діагноз за життя вдається встановити у 20,5–50% хворих. Помилки, які виникають при обстеженні та лікуванні хворих на одонтогенний медіастиніт, можна розділити на наступні групи: Організаційного порядку-пізня госпіталізація хворого; Діагностичні – пізня діагностика захворювання через недостатнє знання клінічних симптомів та факторів, що сприяють його виникненню; Лікувальні – недостатній розтин або неадекватне дронування первинних гнійних вогнищ, не адекватне проведення інтенсивної та протизапальної терапії; Тактичні – недооцінка особливостей клінічного перебігу розлитих гнійно-запальних процесів у ділянці дна порожнини рота та шиї, страх раннього розтину та проведення широких розрізів. Санація порожнини рота впливає на розвиток, клініку та результат захворювання. Має велике значення кваліфікація лікарів.

Висновки. Темі профілактики захворювань ротової порожнини приділяють істотне значення в усьому світі. Краще не допустити захворювання, ніж лікувати та розплачуватись за безтурботність здоров'ям.

У ротовій порожнині налічується 160 видів мікроорганізмів. У 1 г зубного нальоту-300 мільярдів мікробів, в 1 мл слини близько 900 мільйонів, при патологічних процесах їх кількість може значно зростати і змінюватися.

При своєчасному зверненні до лікаря, наявності висококваліфікованих фахівців та правильно підібраної терапії прогноз сприятливий. Незалежно від ступеня та характеру одонтогенної інфекції першорядним завданням є усунення



джерела розвитку захворювання-видалення зуба.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ЗАМІЩЕННІ КІСТКОВОГО ДЕФЕКТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЗА УМОВ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

КОЛЕСНІЧЕНКО М.О., КОЛЕСНІЧЕНКО Д.В.

Сумський державний університет, медичний інститут, м.Суми, Україна

Операція видалення зуба є найпоширенішим оперативним втручанням у світі, що спричиняє необхідність заміщення часткового дефекту зубного ряду верхньої та нижньої щелеп. Дентальна імплантація переважно є оптимальним вибором для даної категорії пацієнтів. Але успіх даного методу лікування залежить від багатьох факторів, в тому числі від стану кісткової тканини щелеп.

Загальновідомим є той факт, що після видалення зуба альвеолярний відросток зазнає резорбції у вертикальній, трансверзальній та сагітальній площині переважно протягом 3 місяців. Для зменшення резорбції кісткової тканини після видалення зуба застосовують різні методи: кісткові замінники (аутотрансплантати, алотрансплантати, ксенотрансплантати або алопластичні матеріали), мембранами, що резорбуються та ті, що не резорбуються

Для досягнення даної мети було проведено обстеження 75 пацієнтів, яким проводилася операція видалення моляра нижньої щелепи з подальшим плануванням дентальної імплантації. Усі пацієнти були розподілені на три клінічних групи. 1 група - пацієнти, яким після видалення нижніх молярів кістковий дефект аугментовано гранулами «Cerabone» (n=25); 2 група – пацієнти, яким після видалення нижніх молярів кістковий дефект аугментовано гранулами «Cerabone» в комбінації з кератоксеноімплантантом (n=25); 3 група – контрольна група пацієнтів, яким проводилася лише консервативна терапія (n=25).

