

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



застосування холоду (в перший день); дотримання м'якої дієти, уникнення фізичних вправ (протягом першого тижня після операції). Оцінку результатів лікування проводили через 6 місяців.

Результати дослідження: жодних ускладнень не було виявлено як у тестових, так і контрольних ділянках. Середня глибина рецесії до початку лікування для контрольних та тестових сегментів становила  $4,06 \pm 0,56$  мм і  $4,09 \pm 0,49$  мм відповідно. Через 6 місяців після проведеного хірургічного втручання середня глибина рецесії контрольних сегментів становила  $0,22 \pm 0,37$  мм, тестових –  $0,20 \pm 0,49$  мм. Середній рівень кератинизованої тканини збільшився з  $1,75 \pm 0,06$  (контрольні ділянки) та  $1,81 \pm 0,12$  (тестові ділянки) на початку дослідження до  $3,14 \pm 1,67$  мм для ділянок, які були проліковані тунельною технікою, та до  $3,94 \pm 1,19$  мм у разі поєднання тунельної техніки з ін'єкціями аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми.

Висновки: це дослідження виявило, що завдяки застосуванню тунельної техніки з додатковим місцевим введенням аутологічної збагаченої тромбоцитами плазми можна досягти довгострокового стабільного усунення рецесії.

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ РУБЦІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

АВЕТІКОВ Д.С., БУХАНЧЕНКО О.П., ЯРИЧ Д.М.

Полтавський державний медичний університет, м.Полтава, Україна

[sunnyolechka1@gmail.com](mailto:sunnyolechka1@gmail.com)

Актуальність розробки питання підвищення якості діагностики у хворих із рубцями обличчя не викликає сумнівів. Це пояснюється підвищенням естетичних вимогам суспільства до зовнішнього вигляду людини, значною частотою виникнення патологічних рубців, недостатньо ефективним їх лікуванням,





можливими рецидивами. Крім того, формування патологічних рубців у щелепно-лицевій ділянці не тільки супроводжується наявністю таких симптомів, як біль, печіння, парестезії, свербіж, контрактура, але й розташовуючись на відкритих ділянках тіла, рубці можуть стати причиною серйозних психоемоційних розладів та інтеркурентних захворювань психосоматичного характеру.

Біопсійна діагностика дозволяє верифікувати діагноз, однак отримання біоптатів до початку лікування утруднена, так як може стати причиною надмірного росту рубця. Відомий також спосіб оцінювання стану рубцевозмінених тканин за допомогою спіральної комп'ютерної томографії. Проте даний метод є недостатньо ефективним в клінічній практиці через наявність суттєвих недоліків.

Мета дослідження – вдосконалення обстеження пацієнтів із рубцями голови та шиї завдяки встановленню структурно-функціональних особливостей рубцево-змінених тканин на основі ультразвукових досліджень.

Об'єкти та методи обстеження. Під нашим спостереженням знаходилось 74 пацієнти з рубцями голови та шиї, у яких терміни розвитку рубцевої тканини становили від 5 місяців до 1,5 років. Клінічне вивчення загальних характеристик рубця доповнювалось додатковим аналізом структурних особливостей рубцевозмінених тканин за допомогою ультразвукового дослідження апаратом Simens ACUSON CV 70 (фірми Сіменс, Німеччина) з частотою датчика 20-40 МГц. При цьому оцінювали товщину рубців, ступінь диференціювання, ехогенність, особливість архітектоніки шарів шкіри, їх однорідність на пошкодженій ділянці. За норму брали симетричну інтактну ділянку шкіри.

Результати обстеження. Пацієнти, які перебувають під нашим наглядом, в якості основної скарги вказували на косметичний дефект внаслідок наявності рубця в області обличчя і шиї. Крім того, 32 пацієнта скаржилися також на біль різної інтенсивності, печіння, свербіж, оніміння і відчуття «бігання мурашок» в області рубцевозмінених тканин.



В ході ультразвукового дослідження у всіх пацієнтів було виявлено потовщення рубцевої тканини у порівнянні з нормальною шкірою. При цьому було встановлено, що при нормотрофічному рубці власне рубцева зона ехографічно практично не відрізняється від здорової дерми.

Рубцева тканина при гіпертрофічному рубці значно більше потовщена, ніж це спостерігається у випадку утворення нормотрофічного рубця. Структура рубцевої зони гетерогенна, сполучнотканинні волокна розподілені нерівномірно. Крім того, визначаються зони зниженої ехогенності з відносно чіткими рівними контурами. Звертає на себе увагу той факт, що межі між рубцевозміненою і нормальною шкірою чіткі.

У осіб з келоїдними рубцями власне зона рубця характеризується значно більш вираженим потовщенням дерми, ніж у гіпертрофічних рубцях, а також нерівномірністю її товщини і ехогенності з переважанням ділянок зниженої ехощільності без чіткого структурного диференціювання. Келоїдний рубець також характеризується відсутністю чітких меж між рубцевою і нормальною тканинами.

**Висновки.** Ультразвукове дослідження рубців щелепно-лицевої ділянки є ефективним методом неінвазивної диференціальної діагностики рубців голови та шиї, що дозволяє оцінювати в динаміці зміни у рубцевозмінених тканинах. Позитивним ефектом запропонованої методики є швидкість, доступність, простота використання та велика достовірність отриманих результатів.

