

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЯ №2 (хірургічні дисципліни)

ГЕАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

HEMANGIOMAS OF MAXILLO-FACIAL AREAS IN CHILDREN FEATURES OF TREATMENT AND EFFECTIVENESS OF SCLEROTHERAPY

Dzhumaev V., Kadyrov N., Belokon Yu.S., Assoc. Prof. Gogol A.M., M.D., Assoc. Prof. Belokon S.A., M.D.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Кафедра детской хирургической стоматологии с пропедевтикой хирургической стоматологии

По литературным данным, гемангиомы (ГА) занимают 26% в структуре доброкачественных новообразований головы и шеи с тенденцией неуклонного увеличения количества клинических случаев. Частая встречаемость опухоли у новорожденных или детей грудного возраста на фоне «излюбленной» локализации ГА в области нижней губы, щек, верхней губы и носа является причиной раннего обращения родителей за медицинской помощью и объясняет актуальность выбора адекватного тактического подхода в ведении пациентов с данной патологией.

Цель нашего исследования – анализ собственных результатов лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области (ЧЛО) и сравнение литературных данных относительно клинической эффективности склерозирующей терапии.

Нами проведено обобщение и клинический анализ частоты встречаемости случаев гемангиом лица и эффективности их лечения у 26 детей – 14 мальчиков (53,85%) и 12 девочек (46,15%) в возрасте от рождения до 15 лет, находившихся в клинике кафедры детской хирургической стоматологии с пропедевтикой хирургической стоматологии на базе хирургического отделения ДГКБ г.Полтавы. Характер лечебных мероприятий планировался в зависимости от нозологической формы заболевания.

Установлено, что в 69,2% случаев клинический диагноз не совпадал с результатами гистологического исследования послеоперационного материала: в 66,67% случаях морфологи не подтверждали клинический диагноз кавернозной гемангиомы, устанавливая её капиллярную форму.

В последние годы для склерозирующей терапии исследователи наиболее часто используют препараты глюкокортикоидного ряда (дипроспан, флостерон, кеналог). В литературных источниках европейских стран имеются данные об эффективности медикаментозных препаратов из группы неселективных β-адреноблокаторов, в частности пропранолола, который многие специалисты относят к средству первой линии. Интересны подтверждения положительного эффекта этого препарата при его аппликационном использовании при поверхностных ГА лица. К сожалению, в Украине аппликационный пропранолол не лицензирован для использования, а имеющийся аналог меньшей концентрации применяется в офтальмологии.

В нашей клинике на протяжении 5 лет проводится лечение и анализ эффективности местной склерозирующей терапии глюкокортикоидами ГА внутридермальной и подкожной локализации. Согласно полученным результатам на данном этапе исследования, мы можем констатировать, что при склерозирующей терапии гемангиом нижней губы препаратом «Дипроспан» инволютивные изменения опухоли более выражены при его применении у пациентов с подкожным расположением новообразования.

В дальнейшем мы планируем продолжить начатые исследования, считая, что они имеют значение для повышения эффективности лечения детей с инфантильными гемангиомами лица, что будет способствовать усовершенствованию организации реабилитационных и диспансерных мероприятий у данной категории пациентов.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF MAJOR SALIVARY GLANDS IN POLTAVA REGION

Radjabov Shakhrukh, Akar Mehmed Salih, Assist. Prof. Sokolova N.A., M.D., Assist. Prof. Havryliev V.N., M.D.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи**

Согласно ряда публикаций, количество больных с заболеваниями слюнных желез, несмотря на успехи их диагностики и лечения, до настоящего времени не уменьшается. Заболеваниями слюнных желез, к сожалению, профессионально занимается ограниченное количество врачей-стоматологов. И, как следствие этого, зачастую таким пациентам ошибочно ставится диагноз лимфаденита, абсцесса, флегмоны артрита и др., что приводит к неадекватному лечению.

Цель исследования: выяснение частоты и структуры заболеваний слюнных желез, с которыми лечились больные в челюстно-лицевом отделении Полтавской областной клинической больницы.

Материалы и методы. Нами был изучен архивный материал челюстно-лицевого отделения Полтавской областной клинической больницы им. Н.В. Склифосовского за период с 2006 по 2015 год с анализом лечившихся больных с острыми (острый паротит, острый субмаксилит, эпидемический паротит) и хроническими сиаладенитами (хронический субмаксилит, хронический калькулезный субмаксилит, хронический паротит, хронический калькулезный паротит).

тит), а также с доброкачественными опухолями и кистами больших слюнных желез, злокачественными новообразованиями и дистрофическими заболеваниями слюнных желез (болезнь Шегрена, Микулича, Хеерфордта).

Все заболевания систематизировали за каждый год отдельно с учетом возрастных групп, пола, госпитализации по времени года (зима, весна, лето, осень).

Результаты исследования. За десять лет в челюстно-лицевом отделении Полтавской областной клинической больницы лечились 9 285 больных, из них с заболеваниями слюнных желез – 457 человек, что составило 5,03% от общего количества госпитализированных. У большинства поступивших на стационарное лечение – 5571 больной (60,01%) были воспалительные процессы челюстно-лицевой области. Среди этих больных у 313 были диагностированы воспалительные процессы в слюнных железах (5,60%), протекающие в тяжелой форме.

Выводы:

- наибольшая частота заболеваний слюнных желез разной этиологии приходится на период 36-60 лет с преимуществом у мужского населения;
- среди воспалительных заболеваний слюнных желез самым частым является калькулезный субмаксилит, а достаточно редким – хронический калькулезный паротит;
- четкой зависимости частоты воспалительных заболеваний слюнных желез от времени года в наших исследованиях не обнаружено;
- среди доброкачественных опухолей слюнных желез ведущее место занимает смешанная опухоль с локализацией в околоушной слюнной железе.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТУ УСКЛАДНЕНОГО ОРО-НАЗАЛЬНИМ СПОЛУЧЕННЯМ З ВИКОРИСТАННЯМ ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО МАТЕРІАЛУ БІОМІН З БАЛЬЗАМОМ ЖИВО

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF CHRONIC SINUSITIS COMPLICATED COMBINATION ODONTOGENOUS NASAL CAVITY THE ORAL CAVITY USING OSTEOPLASTIC MATERIAL BIOMIN BALM OF LIVING

Rakhal A.O., Zhukovska D.R., Assist. Prof. Shvets A.I., M.D.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології

Проблема профілактики та лікування одонтогенного верхньощелепного синуситу зумовлена насамперед його поширенням, що можна пояснити економічною ситуацією в країні, а також тим що профілактичні заходи для попередження захворювання, та планова санація порожнини рота організованих груп населення не проводиться. За даними деяких авторів, запалення верхньощелепної пазухи одонтогенної етіології складає від 30% до 99% від всіх синуситів.

Причиною виникнення запалення гайморової пазухи, крім наявності хронічних вогнищ інфекції, може бути перфорація її під час видалення зуба. Традиційні хірургічні методи лікування одонтогенних гайморитів доволі травматичні, що обумовлює, необхідність розробки нових методів лікування цієї патології.

Мета нашого дослідження: удосконалення малоінвазивного методу хірургічного лікування перфоративного одонтогенного гаймориту, з використанням остеопластичного матеріалу «Біомін» в поєднанні з бальзамом «Жива».

Методика: Під місцевою провідниковою анестезією проводимо розріз по вершині альвеолярного гребня – відшаровуємо слозово-окисний клапоть, оцінюємо розмір перфаративного отвору за допомогою фізіодиспенсера та кісткової фрези згладжуємо та освіжаємо гострі кісткові краї, стінку лунки, під її вершину, де перфорація, занурюємо попередньо змішаний остеотропний матеріал «Біомін» з бальзамом «Жива», таким чином закриваємо сполучення. Слизово-окисний клапоть мобілізуємо укладаємо на місце та фіксуємо його шовним матеріалом «Vikril», проводимо антисептичну обробку операційної рани водним розчином хлоргексидину біглюконату 0,05%.

Після ушивання рани укладаємо турундою просоченою бальзамом «Жива» з фіксацією на добу. Проводимо опромінення рани гелій – неоновим лазером безпосередньо після оперативного втручання на 1-3-5 сутки після проведення операції з метою запобігання післяопераційного ускладнення, та створення оптимальних умов для репаративної регенерації.

Резюме: Наша методика закриття перфоративних утворень верхньощелепної пазухи з використанням матеріалу «Біоміну» з бальзамом «Жива» та в післяопераційному періоді рани опромінення рани Гелій-неоновим променем дає позитивний результат у всіх клінічних випадках, без після операційних ускладнень.

Віддаленні результати через 4-6 місяців за допомогою Rg-контролю також мають позитивну динаміку стосовно відновлення кісткового дефекту, слизова оболонка в місці оперативного втручання ледь помітний післяопераційний рубець.