

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 перфоративного 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.