

Міністерство охорони здоров'я України  
Українська медична стоматологічна академія



**МАТЕРІАЛИ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СТОМАТОЛОГІЇ,  
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ, ПЛАСТИЧНОЇ ТА  
РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ГОЛОВИ ТА ШИЇ»**

присвяченої 155-річчю з дня народження першого завідувача  
кафедри хірургічної стоматології, професора М.Б. Фабриканта та  
50-річчю полтавського періоду кафедри хірургічної стоматології та  
щелепно-лицевої хірургії з пластичною та  
реконструктивною хірургією голови та шиї  
Української медичної стоматологічної академії

**ПОЛТАВА**  
14 - 15 листопада 2019 року

**Bhardwaj Sumit To bestow oral health for future descendants of necessitous oral health stance [C. 23 – 24]**

*Бублій Т.Д., Костиренко О. П. Котелевська Н.В., Мошель Т.М. Перспективи застосування цитратного буферу в ендодонтії [C. 24 – 25]*

*Буртин О.В., Кравець О.В. Ефективність застосування субментального клаптя та вільного променевого клаптя передпліччя для заміщення половинних дефектів язика [C. 25 – 26]*

*Виженко Є.Є., Куроєдова В.Д., Стасюк О.А., Макарова О.М. Оптична щільність верхньої щелепи пацієнтів із зубощелепними аномаліями [C. 26 – 27]*

*Водоріз Я.Ю. Оцінка якості життя у пацієнтів із потребою у лікуванні зубів фронтальної групи [C. 27 – 28]*

*Гаврильєв В.М., Іваницька О.С., Соколова Н.А., Бойко І.В., Паламарчук Л.А. Сіалосонографія як метод вибору в діагностиці калькульозного сіаладеніту піднижньощелепних слинних залоз [C. 28 – 29]*

*Глуценко Т.А. Єдність патогенетичних особливостей метаболічного синдрому та захворювань пародонта [C. 29 – 30]*

*Григоров С.М., Худік А.К. Порівняльна характеристика рентгенологічних методів діагностики переломів середньої зони обличчя [C.30 – 32]*

*Гуржій О.В., Коломієць С.В. Особливості планування операції атипичного видалення нижніх третіх молярів [C.32]*

*Дмитрієва А.А., Рузін Г.П., Резєнова К.Р. Лазеротерапія у комплексному лікуванні хворих з хронічними паротитами [C.32 – 33]*

*Дубейко М.М., Походенько-Чудакова І.О., Максимович Е.В.*

**Возможность верификации системной реакции у пациентов с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции при помощи диагностической системы «Биорепер» [C.33 – 34]**

*Дусмухамедов М.З., Абдукаюмов А.А., Хакимова З.К., Сайфутдинходжаева О.Ё. Диагностический критерий передней активной риноманометрии у детей с врожденной расщелиной губы и неба [C.34 – 35]*

**Висновки:** Найбільш оптимальним методом рентгенологічного дослідження, що дозволяє виявити та визначити порушення кісткових структур та м'яких тканин середньої зони особи при їх пошкодженні, є конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ).

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ ОПЕРАЦІЇ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ**

ГУРЖІЙ О.В., КОЛОМІСЦЬ С.В.

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна*

Доопераційна підготовка та місцеве лікування післяопераційних ускладнень атипового видалення нижніх третіх молярів включала внутрішньом'язове однократне введення 2мл 5% розчину препарату «Мексидол» за 30 хвилин перед оперативним втручанням, безпосередньо після оперативного втручання – атипового видалення нижніх третіх молярів – на фоні діючого провідникового знеболювання введення підслизово на стороні втручання 4 мг (1 мл розчину) препарату «Дексаметазон». Протягом 1 тижня рекомендували використовувати зубну пасту «Mexidol dent complex» і ополіскувач для порожнини рота «Mexidol dent» двічі на день. Запропонованим способом проліковано 24 пацієнта.

Ефективність лікування оцінювали за інтенсивністю больового компоненту (ВАШ за S.L. Collins), враховуючи набряк м'яких тканин обличчя за методикою G. Arakeri et al. (2013), за змінами модифікованого гінгівального індексу (MGI, Lobene et al., 1986) на 1-шу, 3-тю та 7-му добу після операції.

Застосування премедикації дозволило використати мінімальну кількість анестетика для проведення оперативного втручання (1 карпула), поліпшити загальний стан пацієнта під час операції. В післяопераційному періоді вже на 3-тю добу інтенсивність больових відчуттів значно зменшилась, наростання набряку м'яких тканин обличчя не було, кровоточивість ясен зменшилась, стан швів був задовільний. Це дозволило зняти шви на 7-му добу і щоб рана загоїлася первинним натягом.

Таким чином, запропонований спосіб доопераційної підготовки пацієнтів і місцевого лікування післяопераційних ускладнень після атипового видалення нижніх третіх молярів простий у виконанні, допомагає досягти психоемоційної підготовки пацієнта перед оперативним втручанням та підвищити ефективність лікування післяопераційних ускладнень, значно покращує якість життя пацієнтів.

## **ЛАЗЕРОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ПАРОТИТАМИ**

ДМИТРИЄВА А.А., РУЗІН Г.П., РЕЗЕПОВА К.Р.

*Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна*

Функціональний розлад діяльності слинних залоз може бути обумовлений пошкодженням саме залозистої тканини при запальних процесах в ній. В останні роки все більша увага приділяється діагностиці та лікуванню запальних захворювань слинних залоз. (Афанасьєв В.В., 2012) За нашими даними на третьому місці за частотою захворювання слинних залоз стоять паротити 58 випадків (11,9%) з них гострі (37 випадків), загострення (11 випадків) і хронічні (10 випадків) А .А.Дмитрієва А.А Рузін Г.П. , 2005].

**Метою роботи** було проведення аналізу лікування хворих з хронічними паротитами із застосуванням лазеротерапії.

**Результати дослідження.** Найчастіше паротити зустрічаються у чоловіків в гострій і хронічній стадії і у жінок в стадії загострення. Гострий паротит найбільш часто спостерігався навесні і восени, а загострення хронічного паротиту взимку. Лікування хронічних паротитів переважно проводилося консервативним методом, і в дуже рідкісних випадках, вироблялося видалення залози.

Лазеротерапія додавалася в комплекс лікування хворих з хронічними паротитами. За допомогою скловолоконного світловоду випромінювання проводилося на ділянку запаленої залози. При цьому світловод притискався до шкіри з невеликим тиском.

Червоне світло надавало протизапальний і стимулюючий ефект на ділянку запалених тканин при експозиції 2-3 хвилини на полі. На одну залозу доводилося 4-5 полів опромінення по 2-3 хвилини на кожне з них.

Додатково впливали на дистальні точки акупунктури: G 12, 4, E 36, 40,44, RP 6, TR 5, VB34. Аурикулярні і точки: 1, 7, 22, 55,95. Після 1-2 сеансів зменшувалася інтенсивність болю, а в деяких випадках навіть повне зникнення їх, а також значне зменшення гнійних виділень з рани. Після 5-6 процедур розміри збільшеної залози зменшувалися, поліпшувався загальний стан хворого, нормалізувався сон. Курс лікування становив 8-12 процедур.

## **ВОЗМОЖНОСТЬ ВЕРИФИКАЦИИ СИСТЕМНОЙ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОЧАГАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОМОЩИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «БИОРЕПЕР»**

ДУБЕЙКО М.М., ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И.О., МАКСИМОВИЧ Е.В.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г.  
Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** На текущий момент влиянию хронических одонтогенных очагов инфекции на организм пациента и его сенсibiliзации посвящено достаточное число исследований специалистов [1]. Электропунктурное тестирование с успехом используется для диагностики и прогнозирования в различных медицинских специальностях [2]. В тоже время в специальной литературе присутствуют только единичные сведения о возможности оценки влияния очагов хронической одонтогенной инфекции на организм пациента, полученные при помощи электропунктурного тестирования [3].

**Цель работы** - исследовать возможность верификации системной реакции организма у пациентов с множественными очагами хронической одонтогенной инфекции при помощи диагностической системы «Биорепер».

**Объекты и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов электропунктурного тестирования при помощи диагностической системы «Биорепер» аппаратом динамической электростимуляции (ДЭНС) 78 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет (35 мужчин и 38 женщин), обратившихся за стоматологической помощью на клинические базы кафедры хирургической стоматологии учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет». У всех пациентов выборки в анамнезе не было травм, врожденных или приобретенных заболеваний, соматической патологии, воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи. Все указанные лица были разделены на три группы в зависимости от уровня интенсивности кариеса (УИК). Группа 1 включала 12 человек с низким УИК. Группа 2 – 30 человек со средним УИК, Группа 3 – 36 пациентов с высоким и очень высоким УИК. Повторное обследование через год было