

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ**

КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
ТА ЩЕЛІПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ
О.О. БОГОМОЛЬЦЯ



DEPARTMENT OF ORAL,
MAXILLOFACIAL SURGERY OF
NATIONAL O. BOHOMOLET'S
MEDICAL UNIVERSITY MINISTRY
OF HEALTHCARE OF UKRAINE

УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛІПНО-ЛИЦЕВИХ
ХІРУРГІВ (УАЧШЛХ)



UKRAINIAN ASSOCIATION FOR
CRANIO-MAXILLO-FACIAL
SURGERY (UACMFS)

МІЖНАРОДНА АКАДЕМІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ. ІМПЛАНТАЦІЯ.
ОСТЕОІНТЕГРАЦІЯ»



INTERNATIONAL ACADEMY
«DENTISTRY, IMPLANTATION,
OSSEOINTEGRATION» (IADIO)

**VI Український Міжнародний конгрес
«Стоматологія. Імплантація.
Остеоінтеграція»**

*присвячений 100-річчю зі дня народження проф. Г.І. Семенченко та
95-ліття кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*



16-17 травня 2014 р.



СЕРЕДИННІ КІСТИ ШИЇ У ДІТЕЙ	
<i>Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.</i>	180
ЭНДОЭКОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Комский М.П.</i>	182
ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
<i>Комский М.П., Дроздов А.Л., Скаковская О.И., Рябченко Е.В.</i>	187
ПОКАЗНИКИ ЭФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРОФОРЕЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ЩЛД	
<i>Рак О.В.</i>	188
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ОДОНТОГЕННИМ ОСТЕОМІЄЛИТОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
<i>Ткаченко П.І., Лохматова Н.М., Доброскок В.О.</i>	190
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ ПОДАВЛЯЮЩЕЙ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ БАКТЕРИЙ В СОСТАВЕ БИОПЛЕНКИ	
<i>Кабанова А.А., Плотников Ф.В., Окулич В.К.</i>	192
ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ТЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
<i>Рузин Г.П.</i>	193
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ ПРИ ПОМОЩИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК	
<i>Походенько-Чудакова И.О., Игнатович А.П.</i>	195
К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ	
<i>Походенько-Чудакова И.О., Сурин А.В., Герасимович А.И.</i>	197
ОСОБЛИВОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ТРАНСПЛАНТАТУ ПІСЛЯ КІСТКОВОЇ ПЛАСТИКИ	
<i>Готь І.М., Палій А.В.</i>	199
СПОСІБ ПЛАСТИКИ РОТОНОСОВОГО СПОЛУЧЕННЯ	
<i>Нагірний Я.П.</i>	202
НИКОТИН-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СВОБОДНЫХ РАДИКАЛОВ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА	
<i>Модринская Ю.В.</i>	203

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФЕДЕМЫ ГУБЫ <i>Дехтяренко М.Л.</i>	205
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА <i>Алексеев С.Б., Боенко Д.С., Матрос-Таранец А.И., Алексеев Ю.С.</i>	210
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НЕБА <i>Зайцева Е.М., Аишуралиев Х.Г.</i>	212
ВЫБОР ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМИ СИНУСИТАМИ <i>Демяник Д.С., Энтина Ю.М.</i>	214
ПСЕВДОЭПИТЕЛИОМАТОЗНА ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ <i>Маланчук В.О., Бродецький І.С.</i>	215
ОБОСНОВАНИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПО ОТНОШЕНИЮ К РАДИКУЛЯРНЫМ КИСТАМ ПРИЛЕЖАЩИМ И ПРОРОСШИМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ <i>Бармуцкая А.З., Походенько-Чудакова И.О., Сурин А.В.</i>	218
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА <i>Аветиков Д.С., Яценко И.В., Ставицкий С.А.</i>	220
РЕПЛАНТАЦІЯ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ ПІСЛЯ ТРАВМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ <i>Левандовський Р.А., Шевчук А.О., Федор Л.Є., Пудяк О.А., Марчук А. Ю.</i>	222
ПРОГНОЗУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ <i>Караван Я.Р.</i>	225
ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРИКРОНАРИТУ ВІД РЕТИНОВАНОГО 39 ЗУБА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Возний Ф.Ф., Возний Д.С.</i>	227
СТРУКТУРА ТА ЧАСТОТА ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ <i>Лохматова Н.М., Шешукова Я.П.</i>	229
ВИДОВИЙ ТА КІЛЬКІСНИЙ ПОКАЗНИК МІКРОФЛОРИ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ПРЦЕСАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ <i>Бараннік Н.Г., Мосейко О.О., Манухіна О.М., Куропата І.В.</i>	231

клеток лейкоцитарного ряду не отличаются от зафиксированных у практически здоровых людей.

В то же время, изучаемые параметры клеточного иммунитета, при данной форме патологии нормализуясь, все-таки имеют существенную разницу с нормальными величинами. Особенное внимание привлекает к себе стабильно высокий уровень Т-лимфоцитов и «0»-клеток, что свидетельствует о незавершенности воспалительного процесса.

ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРОФОРЕЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ФЛЕГМОНАМИ ЩЛД

Рак О.В.

Харківський національний медичний університет

Проблема лікування та профілактики гнійно-запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки залишається однією з актуальних проблем сучасної хірургічної стоматології. В лікувальних заходах основним етапом продовжує залишатися хірургічне втручання з послідуючим впливом на гнійну рану, яке може здійснюватися медикаментозними або фізіотерапевтичними методами. Одним з сучасних методів фізіотерапевтичного лікування гнійних ран – є лазерофорез лікарських речовин.

Матеріали та методи дослідження. З пролікованих 90 хворих було сформовано три дослідних групи. До першої (контрольної) групи було залучено 30 хворих з флегмонами ЩЛД, що отримували стандартну схему медикаментозного лікування, та загально прийняті методики ведення післяопераційної гнійної рани. Друга група (30 хворих) – група порівняння, в комплексі лікувальних заходів поряд зі стандартною схемою, в післяопераційному періоді застосовувалося опромінення раньової поверхні низькочастотним лазерним світлом. Третя група (30 хворих) – основна, проводився лазерофорез лікарських засобів на поверхню рани (в гнійно-некротичну стадію раньового процесу – хімотріпсин, в репаративну фазу – «Солкосерил»). Контроль ефективності впровадженої терапії проводився

загальними клінічними, планіметричним, цитологічним, біохімічним методами.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи показники планіметричного дослідження нами було виявлено наступне, що загальна площа раньової поверхні, наступного дня після оперативного втручання, перевищувала площі в контрольній та групі порівняння. Однак на 7-му добу спостереження відбувається значне зменшення показників. В другій та третій досліджуваних групах швидкість контракції рани, за рахунок більш сприятливих умов для регенерації, була вищою за швидкість в контрольній ($1,7 \pm 0,3 \text{ см}^2/\text{добу}$), і складала $2,1 \pm 0,3 \text{ см}^2/\text{добу}$ та $2,8 \pm 0,3 \text{ см}^2/\text{добу}$ відповідно.

Порівняльний аналіз даних цитологічного дослідження в дослідних групах довів, що комплекс лікувальних заходів з використанням низько інтенсивного лазерного опромінення та лазерофорезу хімотрипсину і «Солкосерилу» на поверхню рани у хворих основної та групи порівняння, в більшому ступені сприяли щонайшвидшому загоєнню рани. Однак характер протікання процесу репарації у хворих основної групи відрізнявся тим, що на фоні позбавлення раньової поверхні від некротичних тканин регенеративні процеси проходили більш інтенсивно, про що свідчила чисельна популяція фібробластів в препаратах, активні процеси формування і розвитку сполучної тканини.

Висновки. Узагальнюючи в цілому можливі механізми виявлених клінічних ефектів лікування запропонованого метода в комплексі заходів у хворих з флегмонами ЩЛД, можна припустити, що позитивний вплив в різні фази раньового процесу, на нашу думку, досягалося по-перше завдяки покращенням звільнення раньової поверхні від гнійно-некротичних мас. По-друге раннє звільнення від некротичних тканин вкупі з біологічною дією лазерного світла та фармакологічними властивостями «Солкосерилу» сприяли посиленню регенеративних механізмів а саме: припиненню гнійних виділень, ранньою появою грануляційної тканини, епітелізації. При порівняльному аналізі це виражалося в швидкості контракції раньової поверхні, зменшенням її площі, зменшенням кількості нейтрофільних гранулоцитів, переважанням популяції фібробластів в мазках з раньової поверхні.