

ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

**Матеріали науково-практичної конференції
«Інноваційні технології
в стоматології»**

(23 вересня 2016 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конф., 23 верес.
2016 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 124 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

©ТДМУ ім. І. Я. Горбачевського, 2016

клаптя в проекції «причинного» зубу, видалення зубу та патологічних тканин з дна альвеолярної бухти через сполучення. Надалі проводили обтурацію кісткової рани стоматологічною губкою «Стимул-Осс», що містить у своєму складі антигенно оброблений колаген тваринного походження та гідроксилапатит. При цьому досягали щільного заповнення кісткового дефекту. Слизово-окісний клапоть уклали на поверхню рани, фіксували швами. Фармакологічна підтримка складалася з антибактеріальної терапії та симптоматичного лікування.

В усіх пацієнтів відзначався гладкий післяопераційний перебіг, відсутність скарг на болі та припухлість у зоні операції на 2 – 3 добу. Загоєння ран відбувалось первинним натягненням, без ускладнень. Термін фармакологічної підтримки не перевищував 5 діб. Термін спостереження пацієнтів складав 6 місяців.

Слід відзначити відсутність скарг пацієнтів та післяопераційних альвеолярних норниць. Кістковий дефект повністю нівелювався з відновленням форми і розмірів альвеолярної частини верхньої щелепи.

Отриманий клінічний результат дозволяє рекомендувати «щадний» спосіб хірургічного лікування ХОВЩС з альвеолярним сполученням у дітей як оптимальний при локальних змінах у ділянці альвеолярної бухти верхньощелепного синуса.

УДК 616.316.1-003.7-091.8-092-07-08

Назарян Р. С., Ярославська Ю. Ю., Борисенко Є. Є.

Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СІАЛОЛІТІАЗУ У ДІТЕЙ

Актуальність теми. Проблема діагностики та лікування сіалолітазу у дітей та підлітків є однією з актуальних проблем стоматології. За даними літератури калькульозні сіалоаденіти у дітей складають до 50% випадків від усіх захворювань слинних залоз. Тривалий і часто безсимптомний перебіг даного захворювання у дітей, з не типовою клінічною картиною, потребує удосконалення його ранньої діагностики та лікування.

Метою дослідження було виявлення особливостей клінічного перебігу і розробки методів лікування сіалолітазу в дитячому та юнацькому віці.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 14 дітей віком від 8 до 16 років, з них 9 дівчат та 5 хлопчиків. Встановленню діагнозу сприяла наявність у всіх хворих конкрементів у вивідній протоці однієї з піднижньощелепних слинних залоз. Характерною особливістю був тривалий перебіг захворювання без ознак явного загострення запального процесу і обтурації вивідної протоки залози. Основними скаргами пацієнтів були відчуття стороннього тіла під язиком і припухлість під нижньою щелепою, що з'являється при прийомі їжі і самостійно проходить протягом короткого часу. При рентгенологічному та УЗД дослідженні ураженої слинної залози була уточнена локалізація конкременту - у всіх пацієнтів камені локалізувалися в передній третині вивідної протоки залози, структурних змін тканин слинних залоз характерних для хронічного калькульозного сіалоаденіту у дорослих виявлено не було.

Всім пацієнтам проведено комплексне хірургічне та медикаментозне лікування. Хірургічне лікування полягало в проведенні операції «Сіалодохопластика, видалення конкременту». Малоінвазивне втручання на головній вивідній протоці піднижньощелепних слинних залоз передбачало розтинання протоки від вічка, через ложе каменю, до першого її повороту вниз. Стінку протоки з обох сторін зшивали зі слизовою оболонкою дна порожнини рота вузловими швами. Формували нове вічко протоки за місцем розташування каменю або звуження протоки, шляхом вшивання верхівки трикутника, що брався зі слизової дна ротової порожнини, вкінець розтину. Між швами фіксували поліхлорвініловий катетер, уведений до протоки. Шви і катетер дозволили значно скоротити виникнення рубців та стенозу протоки. Медикаментозне лікування передбачало призначення проти-запальної, антибактеріальної, імуномодельуючої терапії. У всіх пацієнтів післяопераційний перебіг був гладким. Віддалені результати в період від 3 місяців до 4 років показали повне відновлення ураженої слинної залози без ознак хронічного запалення в ній.

Висновки: Таким чином, особливостями сіалолітіазу у дітей є локалізація конкременту в вивідному протоці залози, відсутність структурних змін, що виявляються при УЗД, в тканинах залози, тривалий перебіг захворювання без ознак явного загострення запального процесу. Вказані особливості потребують комплексного підходу в лікуванні даної патології з використанням малоінвазивних хірургічних втручань.