

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

застосування його в повсякденній роботі практичних лікарів в амбулаторних і стаціонарних умовах.

### ПРИНЦИПИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАД РОЗВИТКУ ЛИЦЯ

*Ніколенко А.В. ст. СМ-502, Устянський О.О. доцент*

*СумДУ, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології*

Вроджені вади розвитку лиця (розщілина піднебіння та незрощена верхня губа) виправляють шляхом проведення оперативних втручань. Кількість необхідних операцій залежить від ступеня вираженості дефекту. Вперше спосіб пластики піднебіння при вроджених дефектах обґрунтував та запропонував ще в 1861 році німецький хірург Б. Лангебек. Ураностафілопластика за Лангебеком залишається основою сучасних оперативних втручань, які включають в собі: 1 – викроювання слизово-окісних клаптів залежно від виду розщілини: одного – у разі незрощення задньої третини твердого та м'якого піднебіння; двох – за умови всіх інших вад; 2 – відшарування цих клаптів до межі твердого та м'якого піднебіння; 3 – відокремлення їх від заднього краю горизонтальних пластинок піднебінної кістки; 4 – остеотомія задньої стінки великого піднебінного отвору і виведення судинно-нервового пучка; 5 – зняття з гачка крилопіднебінного відростка клиноподібної кістки сухожилка м'яза-натягувача піднебінної завіски. Виконання цих етапів дозволяє максимально перемістити тканини піднебіння дозад, у ретроположення. На останньому етапі освіжають краї розщілини і пошарово накладають шви на рану м'якого піднебіння кетгуттом та поліамідною ниткою. Слизово-окісний піднебінний клапоть, відшарований від кісткової основи твердого піднебіння, фіксують до кістки у новому положенні клеєм КЛ-3 або тампоном та захисною пластинкою, виготовленою заздалегідь до операції. Дефект у передньому відділі піднебіння за показаннями закривають за допомогою перевернутого на 180° слизово-окісного клаптя або клаптем на ніжці з боку слизової оболонки верхньої губи.

Хейлопластику застосовують для відновлення анатомічної цілості губи, створення присінка рота, а також для виправлення деформації крила носа і дна нижнього носового ходу та перегородки носа. Операцію проводять на I – III добу після народження у спеціалізованих закладах. Якщо перші дні упущені, операцію проводять на III місяці життя. Другий місяць небажаний, тому що відбувається імунно-біологічна перебудова організму і оперативне втручання ускладнюється розходженням швів. При хейлопластиці варто враховувати не тільки форму дефекту, але й попереджувати виникнення деформації носа. Тому при раній первинній ринохейлопластиці слід уникати втручань на хрящах у місцях їх росткових зон. Не рекомендується відшаровувати та виділяти хрящі носа з їх внутрішньої поверхні, розтинати або видаляти внутрішні і зовнішні ніжки хряща крила носа, особливо по його задньому краю, накладати пластиночні шви.

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КЛАСИЧНОГО СИНДРОМУ ШЕГРЕНА

*<sup>1</sup>Павлоградська Т.О., <sup>1</sup>Рачок Т.С., <sup>2</sup>Рачок А.А.*

*Науковий керівник – д. мед. н. Лахтін Ю.В.*

*<sup>1</sup>КЗ «Конотопська центральна районна лікарня ім. академіка Михайла Давидова»*

*<sup>2</sup>Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної та соціальної медицини*

Синдром Шегрена – це аутоімунне ураження екзокринних (особливо слинних і слізних) залоз, що супроводжується їх гіпофункцією і зазвичай поєднується з імунно-запальними системними захворюваннями. Головними симптомами цієї патології є сухість всіх слизових оболонок, а особливо очей (ксерофтальмія), порожнини рота (ксеростомія), глотки, шкіри (ксеродермія). Поширеність класичного синдрому серед населення низька, а в практиці лікаря-стоматолога частіше зустрічаються різні варіанти клінічної картини, тому наводимо випадок з пацієнткою Н., 63 років.

Хвора звернулася зі скаргами на сухість в порожнині рота, біль і печію у язиці, щоках, дискомфорт в носоглотці, утруднений прийом їжі, біль у нижньощелепних суглобах, кровоточивість ясен та рухомість зубів нижньої та верхньої щелепи, швидке руйнування зубів. Більше трьох років тому почала відчувати сухість очей, порожнини рота та шкіри, що постійно наростала, було встановлено ревматоїдний поліартрит.

При огляді шкіра обличчя суха, з ділянками лущення, слизова очей має ознаки запалення. Червона облямівка губ суха. Слизова оболонка порожнини рота зволожена незначно. Язик червоний, сухий, обкладений нальотом. Виділення слини із навколотовушних та піднижньощелепних залоз в незначній кількості. Ротова рідина в'язка, прозора. Відкривання рота не обмежене, однак, відмічаються неприємні відчуття у СНЩС.

У пацієнтки один частковий знімний протез на верхній щелепі та повний знімний протез на нижній щелепі. З її слів зуби видалені через рухомість та значну зруйнованість.

Враховуючи скарги хворої, анамнез та дані об'єктивного обстеження був встановлений діагноз «Синдром Шегрена».

## ВИКОРИСТАННЯ ЗУБНИХ ІМПЛАНТАТІВ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

*Палій Т.А., студент*

*Науковий керівник: к. мед. н., доцент Савченко В.В.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, секція «стоматологія» кафедри сімейної і соціальної медицини, м. Суми, Україна*

За статистичними даними 69% дорослих людей віком 35-44 роки втратили хоча б один постійний зуб внаслідок травми, захворювань пародонту, карієсу чи проблем із кореневими каналами. Більше того, до 74-річного віку 26% дорослих втрачають усі постійні зуби. Дентальні імплантати дозволяють усунути ці проблеми.

**Мета.** Дати загальні уявлення про можливості дентальної імплантації.

**Матеріали і методи.** Огляд літературних джерел.

**Результати.** Стоматологічний (дентальний) імплантат – штучно виготовлена, часто багатокомпонентна структура, яка використовується для введення в кісткову тканину щелепи, з наступним зрощенням (остеоінтеграцією) з метою протезування.

Установка імплантату дозволяє відновити втрачений зуб, не пошкоджуючи здорові сусідні зуби, створювати додаткову підтримку і встановити незнімний протез, відновити важливу фізіологічну функцію жувального апарату, підвищити позитивний психо-емоційний стан людини за рахунок гарної естетики протезу. Переважна більшість пацієнтів із дентальними імплантатами відзначає покращення якості життя, самопочуття та зовнішнього вигляду.

Дентальні імплантати, зазвичай, виготовляються із титану, та «зростаються» із кісткою завдяки процесу, що носить назву остеоінтеграції. Протезні конструкції на дентальних імплантатах ніколи не зісковзують, не здійснюють ніяких неприємних звуків та не сприяють виникненню карієсу, як це буває із зубами, що служать в якості опори для мостоподібних протезів. Завдяки міцному з'єднанню із кісткою, втрата кісткової маси не є проблемою, як це може траплятись при користуванні знімними протезами в ділянках відсутніх зубів.

Таким чином, використання дентальних імплантатів є інноваційним методом лікування в ортопедичній стоматології.