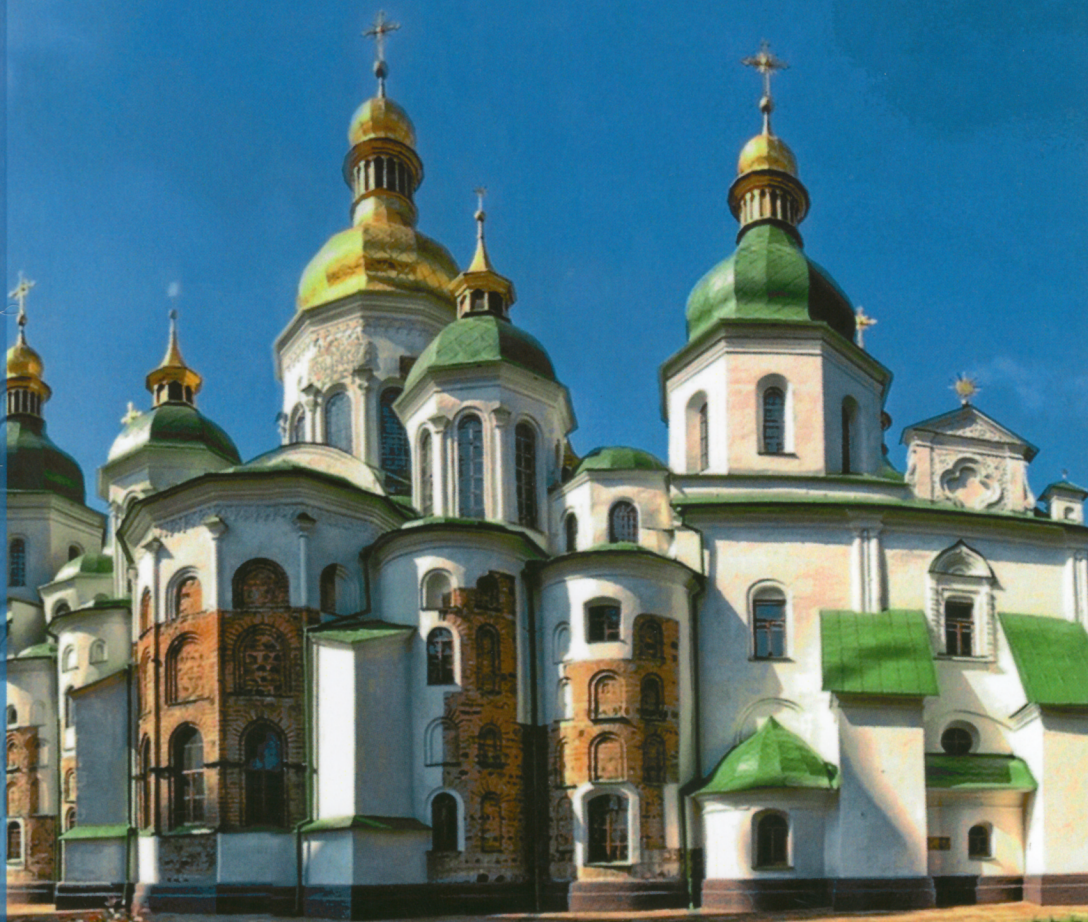


МАТЕРІАЛИ ІХ з'їзду
УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ



Київ
17.05.2024



Кортикоперфорація кісткових стінок кісти як важлива умова для успішного репаративного процесу після цистектомії 113
Чумаченко О.В., Топчій Д.В., Пермінов О.Б.

Електрофорез в періодонтальній хірургії за оригінальною методикою 115
Чумаченко О.В. Топчій Д.В., Пермінов О.Б.

VII. ПЛАСТИЧНА ТА ЕСТЕТИЧНО-ВІДНОВНА ХІРУРГІЯ ГОЛОВИ І ШИЇ

Загоєння ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, закритих різними методами 118
Жураковська Г.В., Маланчук В.О.

Вроджені парааурикулярні нориці у дітей: клініко-морфологічні особливості та лікування 126
П.І. Ткаченко, С.О. Білоконь, О.Б. Доленко, Н.М. Коротич, Я.А. Гоголь, Ал Шаб Абдуллах

VIII. ПИТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Клінічні особливості перебігу карієсу та його ускладнень у дітей з цукровим діабетом І типу 129
Артемчук А.В., Савичук О.В.

Дослідження первинної адентії на етапах реабілітації дітей із вродженими незрошеннями губи та піднебіння 131
Тімохіна Т.О.

Особливості клінічної діагностики проявів червоного плескатого лишая на язиці 133
Несин О.Ф., Печковський К.Є., Відерська Г.В., Федянович І.М.

Клінічна діагностика хронічної лімфедми губ 136
Несин О.Ф., Печковський К.Є., Тімохіна Т.О., Черкасова О.В.

До питання гармонізації класифікацій пульпіту при створенні стандартів медичної (стоматологічної) допомоги 139
Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Остапко О.І.

Стоматологічна допомога дитячому населенню України в умовах воєнного стану 143
Коваль О.І., Біденко Н.В., Остапко О.І., Коваль П.Б.

Послідовність дій лікаря-стоматолога щодо діагностики ерозивних уражень слизової оболонки порожнини рота 145
Савичук О.В., Зайцева Є.М., Легенчук О.В.

КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОЇ ЛІМФЕДЕМИ ГУБ*Несин О.Ф., Печковський К.Є., Тімохіна Т.О., Черкасова О.В.**Кафедра терапевтичної стоматології НМУ**імені О.О. Богомольця, Київ*

Хронічна лімфедема губ – вид макрохейліту, що має різні причини виникнення і спільні патогенетичні ланки: оклюзію лімфатичних капілярів, порушення відтоку та застоїв лімфи в лімфатичних судинах губ, що веде до стійкого їх набряку [1,4]. Недостатні знання лікарями – стоматологами етіологічних чинників та особливостей перебігу набряку губ при хронічній лімфедемі губ призводять до діагностичних помилок, і як наслідок, – до неефективного лікування [3].

Метою роботи було: звернути увагу на питання диференційної діагностики хронічної лімфедери губ з найбільш схожими за спільною клінічною ознакою (збільшення губ) захворюваннями, що допоможе практичним лікарям мінімізувати діагностичні і лікувальні помилки.

За клінічними, функціональними та морфологічними ознаками розрізняють три клінічні форми захворювання: транзиторна, лабільна і стабільна [1, 2, 4].

В диференційній діагностиці транзиторної форми хронічної **лімфедери губ** слід врахувати, що вона проявляється обмеженим, одностороннім набряком губи в результаті порушення мікроциркуляції лімфобігу функціонально-динамічного, механічного, резорбційного характеру з лімфангіоектазіями, гіпертензією, лімфостазом, має стадійність перебігу і в кінцевому результаті призводить до стійкого набряку губ. Триває до 6 місяців. Рецидиви спостерігаються один-два рази на місяць. Набряк не поширюється за межі губ. Шкіра губ у ділянці ураження напружена, не береться в складку, помірно гіперемована. Порушення лімфовідтоку має переважно функціональний характер, тому процес є зворотнім.

Лабільна форма хронічної лімфедери губ формується у строки від шести місяців до одного року від початку захворювання, зазвичай після транзиторної форми. Захворювання характеризується субкомпенсованим прогресуючим лімфостазом нестійкого хвилеподібного перебігу. Набряк губи рецидує двічі-тричі на місяць. Вираженість набряку змінюється переважно в ранкові та вечірні години, не зникаючи повністю протягом доби. Спостерігається значне збільшення об'єму однієї або обох губ. Носо-губні складки згладжені. Набряк поширюється за межі губ. Губа або обидві випнуті вперед. Шкіра губ, червона облямівка та шкіра навколо-ротової області в період рецидиву гіперемовані (за рахунок порушення



венозного відтоку), напружені. Виражена пастозність тканин, при натисканні залишаються невеликі заглиблення від пальців. Слизова оболонка губи набрякла, з відбитками зубів. Пальпаторно – тканини губи тістоподібної консистенції, безболісні.

Стабільна форма хронічної лімфодемії губ є результатом нелікуваних або резистентних до терапії транзиторної і лабільної форм захворювання. Губи при цій формі постійно збільшені зі стійким і незворотнім набряком за рахунок порушення лімфовідтоку і мікроциркуляції, заміщення нормальних структур сполучною тканиною з розвитком фіброзу та склерозу, причому ці зміни поширюються і на прилеглі ділянки обличчя, що проявляється розвитком вторинного набряку: губи збільшені, вивернуті, шкіра періоральної ділянки та червона облямівка губи застійно-ціанотичні, шкіра губ огрубіла, щільна при пальпації, тістоподібної консистенції, в складку не береться.

Провокуючими факторами розвитку набряку губи чи його загострення є: травма; інфекції шкіри губ та обличчя; загострення вогнищ хронічної інфекції в періодонті чи пародонті; травма, опік, обмороження губ; хронічна тріщина губи; стрептококовий ангулярний хейліт; ексудативна форма ексfolіативного хейліту чи гландулярного хейліту; хронічний гайморит, хірургічні втручання у фронтальній ділянці зубів, альвеолярних відростків та ін.

Клінічна схожість хронічної лімфедемії губ з іншими формами макрорухливості становить труднощі для клініцистів. Найбільш часто хронічну лімфедему губ помилково діагностують (і лікують!) як набряк Квінке, загострений (чи гострий) періодонтит одного з фронтальної групи зубів; набрякову форму хронічного рецидивного герпесу; синдром Меркельсона – Розенталя та ін.

Від набряку Квінке хронічну лімфедему губ відрізняє повільне, впродовж тривалого часу, наростання симптоматики, в той час, як набряк Квінке у ділянці губ розвивається миттєво. Набряк Квінке спадає впродовж 1-2 діб, а від призначення антигістамінних засобів – спадає швидко, тоді як набряк при хронічній лімфедемії губ існує довго і не зменшується від застосування антигістамінних засобів. При набряку Квінке «ямка» при пальпації не утворюється, а при хронічній лімфедемії губ – відмічається.

Від *гострого чи загостреного хронічного періодонтиту* одного з фронтальної групи зубів з наявністю колатерального набряку, хронічна лімфедема губ відрізняється відсутністю наростаючої болючості при накушуванні на зуб, швидкого набряку губи (за 3-5 діб); болісної припух-

лості на вестибулярній поверхні присінка рота; відсутністю ознак загальної інтоксикації та болісної реакції регіональних лімфовузлів.

Від *набрякової форми хронічного рецидивного герпесу* хронічну лімфедему губ відрізняють: відсутність гострого розвитку з болем, загальних явищ і болісності регіонарних лімфовузлів, на СОПР губ не виявляють болісних ерозій чи афт з дрібнофестончастими обрисами, тоді як при хронічній лімфедемі губ набряк безболісний, відсутні ерозії чи афти.

Від *синдрому Меркельсона – Розенталя*, що проявляється розвитком стійкої макрохейлії, хронічну лімфедему губ відрізняє відсутність інших складових синдрому: складчастого язика і рецидивуючого пареза лицевого нерва.

Від *первинного сифілісу*, при якому виникає тривале і безболісне збільшення губи, на слизовій оболонці чи червоній каймі губ утворюється безболісна ерозія, правильної форми, м'ясо-червоного кольору, з щільним інфільтратом в її основі, з регіонарним склераденітом, хронічну лімфедему губ відрізняє відсутність порушення цілісності слизової оболонки і склераденіту.

Від *міліарно-виразкового туберкульозу губ*, який теж супроводжується набряком губи, але загальний стан у хворих на хронічну лімфедему губ не порушений, вони не мають хворобливого вигляду, виразної слабкості, не покашлюють. На СОПР відсутня болісна поверхнева, повільно повзуча виразка, з підритими нерівними краями з горбиками на дні, відсутні пакети спаяних м'яких підщелепних лімфовузлів.

Набряк губи характерний також для *бешихи*, яка супроводжується значним погіршенням загального стану хворого на фоні виникнення запальної плями шкіри чи слизової оболонки губи, з гарячкою до 40 градусів С, сильним головним болем, «ломотою» у м'язах, нудотою, збільшенням лімфовузлів. Шкіра червоніє, запалення швидко розповсюджується на видимо здорову шкіру, краї ділянки ураження нерівні. В той же час, набряк губи при лімфедематозному хейліті не супроводжується підвищенням температури, розвивається поступово, носить рецидивний характер; може зникати без лікування, відсутні зубчасті краї еритеми; протимікробне лікування не призводить до зменшення набряку губи, в той час, як антибіотикотерапія призводить до усунення симптомів бешихового запалення губ і їх набряку.

Висновок. В клінічній діагностиці хронічної лімфедемі губ необхідно враховувати давність захворювання, швидкість наростання набряку, його регресії, частоту рецидивів, стан шкіри та слизової оболонки губ в ділянці набряку, виявити і максимально усунути провокуючі фактори.



Література

1. Коваль Н.І., Несин О.Ф., Коваль Є.А. Захворювання губ. Клінічна картина. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування. Профілактика. – Київ: Медицина, 2013. – С. 79-96.
2. Коваль Н.І., Вороніна І.Є., Несин О.Ф., Коленко Ю.Г. Сучасний підхід до диференційної діагностики макрохейліта // Сучасна стоматологія. – 2016. – № 4. – С. 20-23.
3. Несин О.Ф. Аспекти диференційної діагностики ерозивних і виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота. – Київ: Книга плюс, 2019. – 264 с.
4. Borysenko A.V., Lynovytska L.V., Nesyn O.F., Kolenko Yu. H. and other co-authors. Periodontal and Oral Mucosa Diseases. – Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2018. – P. 463-466.

ДО ПИТАННЯ ГАРМОНІЗАЦІЇ КЛАСИФІКАЦІЙ ПУЛЬПИТУ ПРИ СТВОРЕННІ СТАНДАРТІВ МЕДИЧНОЇ (СТОМАТОЛОГІЧНОЇ) ДОПОМОГИ

Хоменко Л.О., Біденко Н.В., Остапко О.І.

*Кафедра терапевтичної стоматології НМУ
імені О.О. Богомольця, Київ*

Одним із пріоритетних напрямків реформування галузі охорони здоров'я населення України держава визначає розвиток стандартизації медичної допомоги. Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я «стандарт медичної допомоги – це сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики».

На сьогодні в Україні діє Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 року № 751, яким затверджено Методику розробки медико-технологічних документів до стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини, яка гармонізована з відповідними документами ЄС. Метою розробки цих документів є забезпечення надання високоякісної медичної допомоги населенню нашої держави шляхом впровадження медичних стандартів на засадах доказової медицини відповідно до сучасних європейських вимог. Як зазначено у Recommendation No. R (97) 17 документу Ради Європи «The development and implementation of quality improvement system (QIS) in healthcare», високоякісна медична допомога передбачає доступність, професійну майстерність та ефективне