



**Національна академія медичних наук України**

**Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії**

**НМУ імені О.О. Богомольця**

**Українська асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів**

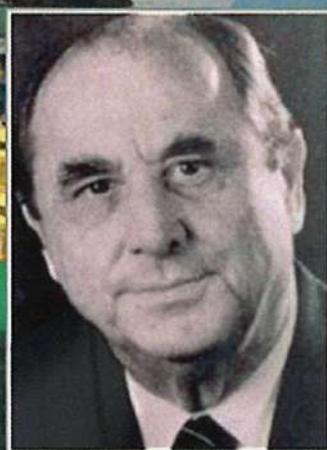
**Європейська асоціація черепно-щелепно-лицевих хірургів**

**Міжнародна асоціація оральних і черепно-щелепно-лицевих хірургів**

**МАТЕРІАЛИ**

**науково-практичної конференції**

**«Сучасна стоматологія та  
щелепно-лицева хірургія»**



*Рудольф Гріс*  
*президент EACMFS*

**Київ - 2022**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
ЄВРОПЕЙСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ**

# **СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ**

**До 30-річчя співпраці EACMFs з UACMFs і  
першого візиту Президента EACMFs Р. Фріса в Україну**



**Київ – 2022**



кістозною формою – гетерогенним вогнищем деструкції із зоною склерозу навколо та горизонтальною резорбцією декількох зубів.

Амелобластома зустрічалась в 10% (n=6) випадків та була представлена монокістозним типом, який рентгенологічно схожий на рентгенологічну картину фолікулярної кісти. Клінічно визначалась деформація кута нижньої щелепи при значних розмірах. Гістологічно – наявні фолікули, схожі з емалевим органом зубу, який розвивається, оточені сполучнотканною стромою. В периферичній частині фолікулів – високі стовпчасті клітини на зразок амелобластів.

Синдромальні кератокісти 2% (n=5) мали однакову рентгенологічну клінічну картину – множинні кератокісти та були представлені клінічно множинними невусами на тілі, деформаціями грудного відділу, щелепно-лицевої ділянки та скелету. За гістологічною будовою кератокісти значно відрізнялись (виражений паракератенований багатопаровий плоский епітелій <10 шарів) та містили в собі дочірні кератокісти (бруньки).

За проведеним аналізом виявлено наступні спільні клінічні ознаки кіст: деформація альвеолярного відростка, зміни слизової оболонки, зміни причинного зуба. Рентгенологічні ознаки кісти характеризувались резорбцією гомогенної структури та чітким контуром ущільнення навколо.

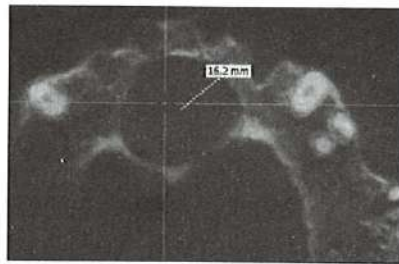
**Висновки.** Встановлено, що клінічно кістозні ураження щелеп мають мало виражені ознаки, які починають більш себе маніфестувати у разі збільшення новоутворення. Основним діагностичним критерієм для диференціації кістозних новоутворень щелеп є рентгенологічний, а саме – КТ та імуногістохімічне дослідження.

## ГЛОБУЛОМАКСИЛЯРНА (ЕПІДЕРМАЛЬНА) КІСТА ВЕРХНОЇ ЩЕЛЕПИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

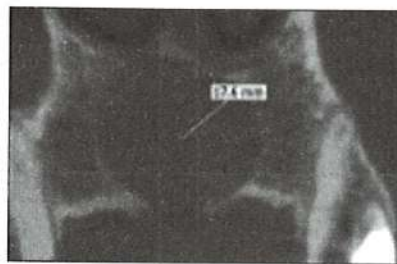
*Усенко С.А., Гордійчук М.А., Михайлик Т.В.  
НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Пацієнтка К., 1949 р. н., звернулася в Стоматологічний медичний центр НМУ імені О.О. Богомольця зі скаргами на косметичний дефект в зв'язку з відсутністю зубів фронтального відділу верхньої щелепи. Пацієнтці було запропоновано незнімне протезування з опорою на дентальні імплантати.

Для планування операції по установці імплантатів була проведена КТ верхньої щелепи, і у її фронтальному відділі була виявлена кулеподібна зона просвітлення з чіткими краями, діаметром до 17 мм (мал. 1, 2, 3).



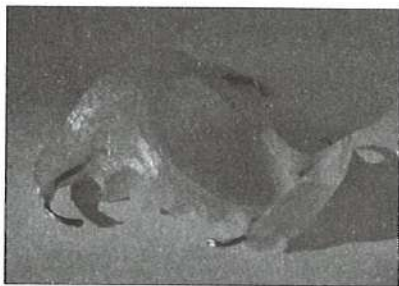
Мал. 1



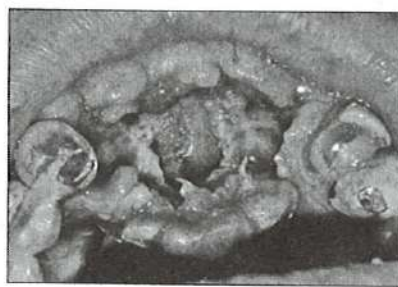
Мал. 2



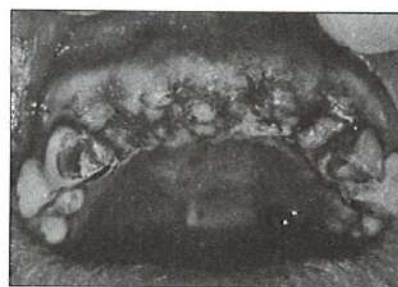
Мал. 3



Мал. 4



Мал. 5



Мал. 6

До операції пацієнтці виготовлена піднебінна пластинка (мал. 4). Протокол операції: Під двобічною інфраорбітальною, піднебінною та різцевою анестезіями (Sol. Ultracaini DS forte 4%– 5,8 ml) проведено лінійний розріз слизової оболонки по верхівці альвеолярного гребеня верхньої щелепи від ікла до ікла. Слизово-окістний клапоть, відшарований розпатором, відведено дистально і вниз. Виявлено овалоподібну узуру кісткової тканини верхньої щелепи діаметром до 15 мм і оболонка новоутворення (мал. 5). Проведено пункцію, отримано жовтий мутний вміст до 1,5 мл. Далі оболонка новоутворення була відокремлена та виведена цілком (матеріал направлено на патогістологічне дослідження). Гострі краї кісткової рани нівельовані. Далі кісткова порожнина оброблена антисептичним 2% розчином «декасан». На момент ушивання рани кістковий дефект виповнився кров'яним згустком. Краї рани зближено та ушито кетгутом (мал. 6).

Після операції пацієнтці було встановлено на рану тампон з йодоформом, фіксований індивідуальною піднебінною пластинкою на 3 тижні. Призначено курс антибактеріальної, протизапальної та симптоматичної терапії. Післяопераційний період без особливостей. Результат патогістологічного дослідження – епідермальна кіста.

Рекомендовано повторне рентгенологічне дослідження через півроку та подальше лікування.