and surgical protocol for its placement. They also worked out anchoring system fixed on mini-implants and surgical protocol for its placement; improved the technique of corticotomy for thin and thick gum biotype and summed up these approaches for rapid correcting irregular permanent teeth. This technique was used to correct permanent teeth irregularities in 23 patients 16-21. All patients underwent clinical and radiological investigation, biometric measurement of the diagnostic models, teleradiography. The authors report a case of treatment of a patient aged 18 with the diagnosis of dentoalveolar type, narrowing of the upper and lower dental arch, 38 and 48 retention. It was determined that the mean term of active appliance correction of teeth irregularities took 46.3 weeks, and marked positive results were achieved.

УДК 616.314-07+616.314-002+574.2+613.95

Лучинський М.А.

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У РІЗНИХ АНТРОПОГЕННИХ УМОВАХ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Обстежено 496 дітей 6-15 річного віку, які проживали в різних регіонах Прикарпаття (рівнинний – 194 дитини, передгірський – 143 дитини, гірський – 159 дітей). Результати дослідження показали, що антропогенні фактори довкілля спричиняють зниження мінеральної щільності кісткової тканини, яке було більш вираженим у дітей 6–11 років із зубощелепними аномаліями рівнинного регіону, ніж у їх однолітків передгірського та гірського регіонів, незалежно від віку, що підтверджувалось превалюванням у останніх нормальних показників мінеральної щільності кісткової тканини та зменшенням частки деструктивних форм мінеральної щільності кісткової тканини.

Ключові слова: діти, зубощелепні аномалії, кісткова тканина, індекс міцності кісткової тканини, антропогенні фактори.

Дана робота є фрагментом НДР «Медико-біологічна адаптація дітей зі стоматологічною патологією в сучасних екологічних умовах», державний реєстраційний номер 0108U010993, шифр АМН 7199.4.НДР

Вступ

Досягнення європейських цілей щодо стоматологічного здоров'я дітей України потребує цілеспрямованих наукових досліджень адаптаційних можливостей організму та прогнозування розвитку зубощелепних аномалій (ЗЩА) як складової частини стоматологічного здоров'я у дітей різного віку, що проживають на різних за антропогенним навантаженням територіях [6, 8, 9, 10]. Питання про адаптаційні можливості організму дитини часто досліджується без врахування того, що кожний індивід, ще із антенатального періоду, є частиною популяції, в якій історично сформувався набір певних засобів пристосування до конкретного середовища, де проходив її розвиток. Це привело до виникнення взаємозв'язку між інтегральною структурою генотипу, конституційними особливостями організму і його гомеостатичними можливостями опору, що суттєво впливає на стан адаптивних систем [1, 2, 3, 4, 5, 7]. У повній мірі це стосується розвитку ЗЩА.

Мета дослідження

Вивчити структурно-функціональний стан кісткової тканини у дітей із зубощелепними аномаліями, які проживають в різних антропогенних регіонах Прикарпаття.

Об'єкт і методи дослідження

Для досягнення мети та завдань дослідження було обстежено 496 дітей віком 6–15 років, які проживали в різних регіонах Прикарпаття (рівнинний – 194 дитини, передгірський – 143 дитини, гірський – 159 дітей). З урахуванням наявності ЗЩА ці діти були поділені на групи, однорідні за віково-статевими характеристиками, у яких проводили денситометричні дослідження. Структурно-функціональний стан кісткової тканини (СФСКТ) у дітей визначали за допомогою ультразвукового денситометра «Achilles+» (Lunar Corp., Madison, WI) на п'ятковій кістці, в якій домінує трабекулярна кісткова тканина.

Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз структурно-функціонального стану кісткової тканини у дітей 6–11 років різних регіонів Прикарпаття залежно від статі та наявності зубощелепних аномалій виявив наступні тенденції:

– у хлопців рівнинного регіону ШПУ, при наявності ЗЩА, була на 1,53 % меншою (1463,81±2,42 м/с), ніж у хлопців без ЗЩА (1486,60±2,88 м/с);

– у дівчат рівнинного регіону ШПУ при наявності ЗЩА (1457,75±3,27) м/с була меншою на 2,32 %, ніж у обстежених дівчат без ЗЩА (1492,41±3,64) м/с;

– у дівчат рівнинного регіону із ЗЩА ШПУ була на 0,41 % меншою, ніж у хлопців із ЗЩА даного регіону.

Аналіз показників ШОУ у хлопців рівнинного регіону, показав, що при наявності ЗЩА ШОУ (119,50±1,32 $_{д}$Б/МГу) було на 0,54 % меншим, ніж у хлопців без ЗЩА.

У дівчат показник ШОУ, незалежно від наявності ЗЩА, був однаковим і у середньому дорівнював (120,59±1,26) та (120,88±1,43) $_{д}$Б/МГу, що було на 0,60 та 0,90

% більше, ніж у хлопців даної підгрупи.

У дітей передгірського регіону були визначені наступні денситометричні особливості залежно від статі:

– у хлопців без ЗЩА ШПУ була на 1,92 % більшою (1490,75±3,28 м/с), ніж у хлопців із ЗЩА (1462,13±2,59 м/с);

– у дівчат без ЗЩА ШПУ була на 1,33 % більшою, ніж у дівчат із ЗЩА ((1493,60±3,80) проти (1473,77±2,97) м/с, відповідно);

– показники ШОУ у хлопців за наявності ЗЩА були статистично однаковими, і у середньому дорівнювали (120,75±1,45) та (120,08±1,57) $_{д}$Б/МГу;

– показники ШОУ у дівчат були на 0,54 % вищими, ніж у хлопців даної групи дослідження, та, у середньому, дорівнювали (121,40±1,56) та (121,27±1,09) $_{д}$Б/МГу;

– ІМКТ у дівчат із ЗЩА був на 5,60 % меншим, ніж у дівчат без ЗЩА ((73,56±1,13) проти (79,16±1,89) % відповідно);

– ІМКТ у хлопців із ЗЩА був на 8,40 % меншим, ніж у хлопців без ЗЩА ((69,53±1,00) проти (77,93±1,64) %).

У дітей гірського регіону за наявності ЗЩА були визначені наступні структурно-функціональні особливості кісткової тканини за даними денситометрії залежно від статі:

– у хлопців без ЗЩА ШПУ складала (1498,00±4,59) м/с, що було на 1,94 % більше, ніж у хлопців із ЗЩА ((1468,90±2,75) м/с);

– у дівчат без ЗЩА ШПУ становила (1500,50±4,82) м/с, що було на 1,67 % більше, ніж у дівчат із ЗЩА ((1475,41±1,30) м/с).

Показник ШОУ, який у хлопців за наявності ЗЩА складав (121,63±1,49) $_{д}$Б/МГу, був на 0,70 % меншим, ніж у дівчат, показник ШОУ яких дорівнював (122,48±1,60) $_{д}$Б/МГу.

У обстежених хлопців гірського регіону без ЗЩА ІМКТ був на 8,18 % більшим, ніж у хлопців із ЗЩА ((80,63±1,85) проти (72,45±1,47) % відповідно).

У дівчат гірського регіону без ЗЩА ІМКТ був на 7,36 % більшим, ніж у дівчат із ЗЩА.

Дані, представлені на рисунку 1, засвідчують, що у хлопців рівнинного регіону ІМКТ був на 0,95 % більшим, ніж у дівчат за наявності ЗЩА. У хлопців передгірського регіону із ЗЩА ІМКТ був меншим на 4,03 %, ніж у дівчат із ЗЩА даного регіону. У хлопців гірського регіону із ЗЩА ІМКТ був на 2,38 % меншим, ніж у дівчат із ЗЩА даної групи.

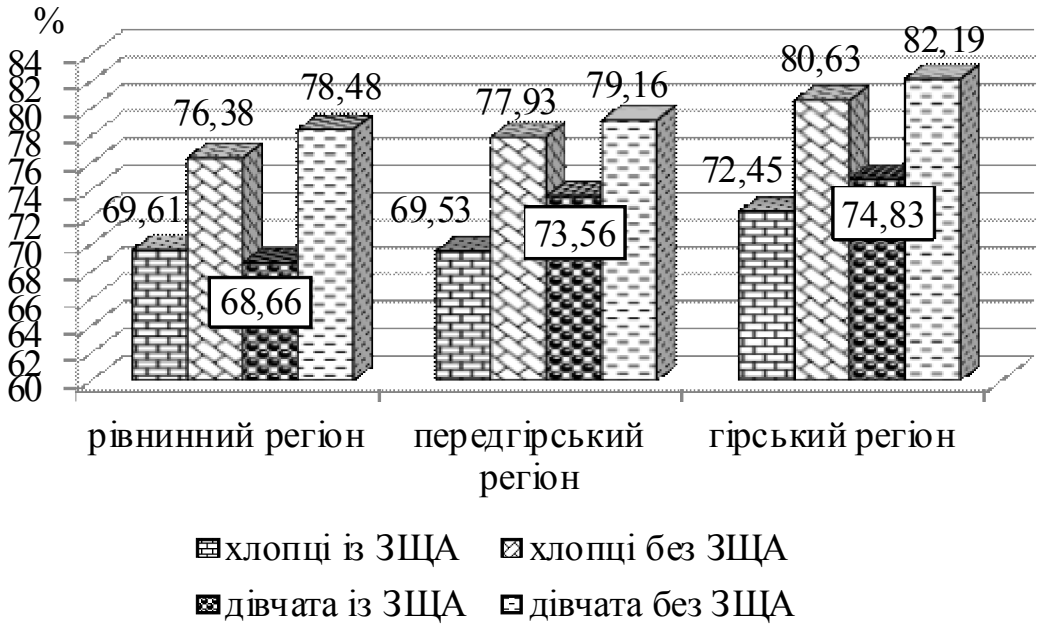

Рис. 1. Індекс міцності кісткової тканини у дітей 6–11 років різних регіонів Прикарпаття залежно від статі та наявності зубощелепних аномалій.

Порівняння показників структурно-функціонального стану кісткової тканини у 6–11-річних дітей, які мали та не мали ЗЩА, різних регіонів області, окремо у хлопців та дівчат, встановило статистично значущі вищі показники ШПУ та ІМКТ як у хлопців, так і у дівчат, у підгрупах без ЗЩА, порівняно з підгрупами із ЗЩА ($p<0,05$).

Аналіз структурно-функціонального стану кісткової тканини у дітей 12–15 років різних регіонів Прикарпаття показав, що у хлопців рівнинного регіону без ЗЩА ШПУ складала (1514,25±5,08) м/с, що було на 0,98 % більше, ніж у хлопців із ЗЩА ((1499,60±3,79) м/с) даної групи. У дівчат без ЗЩА ШПУ складала (1502,44±4,60) м/с, що було на 0,69 % більше, ніж у дівчат із ЗЩА ((1492,13±3,79) м/с).

Середні значення показника ШОУ у хлопців рівнинного регіону, у середньому, становили (118,06±1,69) та (117,83±1,84) $_{д}$Б/МГу, що ста-

тистично дорівнювало показнику ШОУ у дівчат даної групи (117,50±2,89) та (117,23±1,78) дБ/МГу.

У хлопців без ЗЩА ІМКТ був на 4,23 % вищим, ніж у хлопців із ЗЩА даної групи ((82,67±1,86) проти (78,44±1,86) % відповідно), а у дівчат він був вищим на 3,05 % ((79,01±1,74) проти (75,96±1,19) % відповідно).

У хлопців передгірського регіону без ЗЩА ШПУ становила (1524,46±4,38) м/с, що було на 1,17 % більше, ніж у хлопців із ЗЩА ((1506,67±5,05) м/с).

У дівчат передгірського регіону без ЗЩА ШПУ дорівнювала (1506,30±5,29) м/с, що було на 0,49 % більше, ніж у осіб жіночої статі із ЗЩА ((1498,96±4,28) м/с).

Показники ШОУ у хлопців передгірського регіону за наявності ЗЩА та без них були статистично однаковими і дорівнювали (117,83±2,07) та (118,00±1,82) дБ/МГу відповідно. Аналогічна тенденція у динаміці показника ШОУ визначалась і у дівчат передгірського регіону: дані показника статистично не відрізнялись і у середньому дорівнювали (117,60±1,82) та (117,38±1,82) дБ/МГу.

ІМКТ у хлопців без ЗЩА у даній підгрупі складав (85,46±1,73) %, що було на 5,05 % більше, ніж у хлопців із ЗЩА ((80,41±2,00) %). ІМКТ у дівчат передгірського регіону без ЗЩА становив (80,15±2,18) %, що було на 2,39 % більше, ніж у дівчат із ЗЩА ((77,76±1,71) %).

Аналіз денситометричних показників у хлопців 12–15 років гірського регіону без ЗЩА характеризувався збільшенням показника ШПУ на 0,90 %, порівняно з даними у хлопців із ЗЩА ((1535,17±2,08) проти (1521,42±3,71) м/с). Дані показника ШОУ статистично дорівнювали у обох підгрупах хлопців і у середньому складали (118,75±2,24) та (119,27±1,75) дБ/МГу. ІМКТ у хлопців без ЗЩА становив (88,94±1,56) %, що було на 3,48 % більше, ніж у осіб чоловічої статі із ЗЩА ((85,46±1,58) %).

У дівчат даної групи без ЗЩА ШПУ дорівнювала (1514,08±2,72) м/с, що було на 0,39 % більше, ніж у дівчат із ЗЩА. Показники ШОУ у дівчат за наявності зубощелепних аномалій та без них статистично не відрізнялись, і у середньому дорівнювали (120,87±1,68) та (120,69±3,40) дБ/МГу відповідно. Характерно, що у дівчат гірського регіону ІМКТ у середньому дорівнював (84,37±2,31) та (82,84±1,80) %.

Порівняльний аналіз динаміки індексу міцності кісткової тканини у дітей різних регіонів Прикарпаття залежно від статі та наявності ЗЩА (рис. 2), дозволяє зробити висновок, що у хлопців із ЗЩА рівнинного регіону ІМКТ був на 2,48 % більшим, ніж у дівчат із ЗЩА даної групи. У хлопців передгірського регіону із ЗЩА ІМКТ був на 2,45 % більшим, ніж у дівчат із ЗЩА даного регіону. У хлопців гірського району із ЗЩА ІМКТ був на 2,62 % більшим, ніж у дівчат.

При цьому, у хлопців із ЗЩА рівнинного регіону ІМКТ був на 1,97 % меншим, ніж у хлопців із ЗЩА передгірського регіону та на 7,02 % нижчим, порівняно з особами чоловічої статі гірського регіону із ЗЩА.

У дівчат рівнинного регіону із ЗЩА ІМКТ був на 2,00 % меншим, ніж у дівчат із ЗЩА передгірського регіону, та на 6,88 % нижчим, ніж у осіб жіночої статі гірського регіону із ЗЩА.

ІМКТ у хлопців із ЗЩА передгірського регіону був на 5,05 % нижчим, ніж у хлопців із ЗЩА гірського регіону, а у дівчат передгірського регіону ІМКТ був на 4,88 % меншим, ніж у осіб жіночої статі гірського регіону.

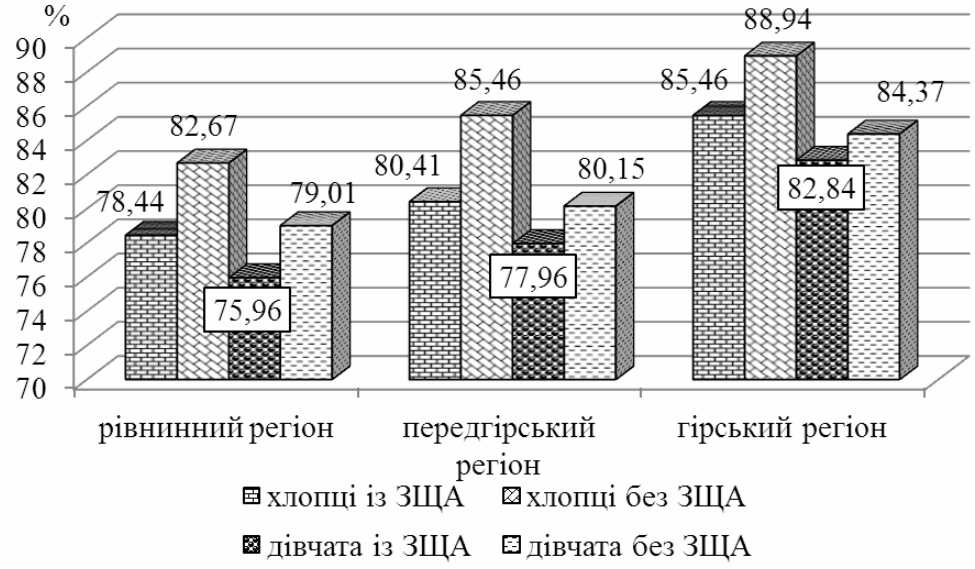

Рис. 2. Динаміка індексу міцності кісткової тканини у 12–15-річних дітей різних регіонів Прикарпаття залежно від статі та наявності зубощелепних аномалій.

Таким чином, порівняння показників структурно-функціонального стану кісткової тканини у 12–15-річних дітей, які мали та не мали ЗЩА, різних регіонів області, окремо у хлопців та дівчат, встановило статистично значуще вищі показники ШПУ тільки у хлопців у підгрупах без ЗЩА, порівняно з підгрупами із ЗЩА ($p<0,05$).

Порівняльний аналіз показників структурно-функціонального стану кісткової тканини у 12–15-річних дітей, які мали та не мали ЗЩА і проживали у трьох різних регіонах області, окремо у хлопців та дівчат, виявив у хлопців статистично значущі різниці показників ШПУ у обох підгрупах (тих, які мали та не мали ЗЩА; $p<0,01$) та показників ІМКТ тільки серед хлопців, які мали ЗЩА ($p<0,05$). Серед дівчат, які проживали у трьох різних регіонах, були встановлені статистично значущі різниці показників ШПУ та ІМКТ тільки у підгрупі із ЗЩА ($p<0,05$).

Висновки

Антропогенні фактори довкілля спричиняють зниження мінеральної щільності кісткової тканини, яке було більш вираженим у дітей 6–11 років із ЗЩА рівнинного регіону, ніж у їх однолітків передгірського та гірського регіонів, незалежно від віку, що підтверджувалось превалюванням у останніх нормальних показників мінеральної щільності кісткової тканини та зменшенням частки деструктивних форм МЩКТ (остеопенія, остеопороз).

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці програми прогнозування ризику виникнення ЗЩА та обґрунтуванні комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Література

1. Безвушко Е.В. Комплексна оцінка стоматологічного здоров'я та фізичного розвитку дітей, що проживають у регіоні з комбінованим впливом забруднення довкілля та дефіциту фтору і йоду / Е.В. Безвушко // Довкілля та здоров'я. − 2010. − № 1. − С. 45-47.
2. Вертегел А.О. Сучасні погляди на остеогенез як системний процес, що відображає розвиток здорової дитини / А.О. Вертегел, Л.С. Овчаренко // Здоровье ребенка. − 2009. − № 5. − С. 123-126.
3. Деньга О.В. Влияние экологических факторов на распространенность зубочелюстных аномалий и их корреляция с заболеваниями тканей пародонта у школьников г. Днепропетровска / О.В. Деньга, Б.Н. Мирчук, Е.Н. Дычко [и др.] // Вісник стоматології. – 2004. – № 3. –С. 72-75.
4. Доскин В.А. Многофакторная оценка состояния здоровья детей раннего возраста / В.А. Доскин, З.С. Макарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 6.– С. 30-37.
5. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія / О. М. Кокун. – К. : Міленіум, 2004. – 265 с.
6. Леус П.А. Обоснование долгосрочных измеримых целей достижения стоматологического здоровья в коммунальных программах профилактики стоматологических заболеваний / П.А. Леус, О.В. Шевченко // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2013. – № 2. – С. 33-37.
7. Лук'янова О.М. Проблеми здоров'я здорової дитини та наукові аспекти профілактики його порушень / О.М. Лук'янова // Мистецтво лікування. – 2005. – № 2. – С. 6-15.
8. Хоменко Л. О. Навколишнє середовище і стоматологічне здоров'я дітей України / Л. О. Хоменко, О. І. Остапко, Н. В. Біденко [та ін.] // Арх. клінічн. медицини. – 2004. – № 1. – С. 82-85.
9. Савичук Н.О. Стоматологічне здоров'я дітей, методологічні підходи та критерії його оцінки / Н.О. Савичук, О.В. Клітинська // Соврем. стоматология. – 2008. – № 1. – С. 94-98.
10. Смоляр Н.І. Стоматологічне здоров'я дітей. Досягнення, проблеми, перспективи : актова промова 16 листоп. 2006 р. / Н.І. Смоляр. – Львів : ГалДент, 2006. – 27 с.

References

1. Bezvushko E.V. Kompleksna ocinka stomatologichnogo zdorov'ja ta fizichnogo rozvitku ditej, shho prozhivajut' u regioni z kombinovanim vplivom zabrudnennja dovkillja ta deficitu ftoru i jodu / E.V. Bezvushko // Dovkillja ta zdorov'ja. − 2010. − № 1. − C. 45-47.
2. Vertegel A.O. Suchasni pogljadi na osteogenez jak sistemnij proces, shho vidobrazhae rozvitok zdorovoї ditini / A.O. Vertegel, L.S. Ovcharenko // Zdorov'e rebenka. − 2009. − № 5. − C. 123-126.
3. Den'ga O.V. Vlijanie jekologicheskih faktorov na rasprostranennost' zubocheljustnyh anomalij i ih korreljacija s zabolevanijami tkanej parodonta u shkol'nikov g. Dnepropetrovska / O.V. Den'ga, B.N. Mirchuk, E.N. Dychko [i dr.] // Visnik stomatologiї. – 2004. – № 3. –S. 72-75.
4. Doskin V.A. Mnogofaktornaja ocenka sostojanija zdorov'ja detej rannego vozrasta / V.A. Doskin, Z.S. Makarova // Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. – 2006. – № 6.– S. 30-37.
5. Kokun O.M. Optimizacija adaptacijnih mozhlivostej ljudini: psihofiziologichnij aspekt zabezpechennja dijal'nosti : monografija / O. M. Kokun. – K. : Milenium, 2004. – 265 s.
6. Leus P.A. Obosnovanie dolgosrochnyh izmerimyh celej dostizhenija stomatologicheskogo zdorov'ja v kommunal'nyh programmah profilaktiki stomatologicheskih zabolevanij / P.A. Leus, O.V. Shevchenko // Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika. – 2013. – № 2. – S. 33-37.
7. Luk'janova O.M. Problemi zdorov'ja zdorovoї ditini ta naukovi aspekti profilaktiki jogo porushen' / O.M. Luk'janova // Mistectvo likuvannja. – 2005. – № 2. – S. 6-15.
8. Homenko L. O. Navkolishnє seredovishhe i stomatologichne zdorov'ja ditej Ukraїni / L. O. Homenko, O. I. Ostapko, N. V. Bidenko [ta in.] // Arh. klinichn. medicini. – 2004. – № 1. – S. 82-85.
9. Savichuk N.O. Stomatologichne zdorov'ja ditej, metodologichni pidhodi ta kriterії jogo ocinki / N.O. Savichuk, O.V. Klitins'ka // Sovrem. stomatologija. – 2008. – № 1. – C. 94-98.
10. Smoljar N.I. Stomatologichne zdorov'ja ditej. Dosjagnennja, problemi, perspektivi : aktova promova 16 listop. 2006 r. / N.I. Smoljar. – L'viv : GalDent, 2006. – 27 s.

Реферат

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ АНТРОПОГЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Лучинский М.А.

Ключевые слова: дети, зубочелюстные аномалии, костная ткань, индекс прочности костной ткани, антропогенные факторы.

Обследовано 496 детей 6-15 летнего возраста, проживающих в разных регионах Прикарпатья (равнинный - 194 ребенка, предгорный - 143 ребенка, горный - 159 детей). Результаты исследования показали, что антропогенные факторы окружающей среды приводят к снижению минеральной плотности костной ткани, которое было более выраженным у детей 6-11 лет с зубочелюстными аномалиями равнинного региона, чем у их сверстников предгорного и горного регионов, независимо от возраста, что подтверждалось превалированием в последних нормальных показателей минеральной плотности костной ткани и уменьшением доли деструктивных форм минеральной плотности костной ткани.

Summary

STATE OF BONE TISSUE IN CHILDREN WITH DENTOFACIAL ANOMALIES WHO LIVE IN VARIOUS ANTHROPOGENIC CONDITIONS OF CARPATHIAN REGION

Luchynskiy M. A.

Key words: children, dentofacial anomalies, bone tissue, bone strength index, anthropogenic conditions

The study involved 496 children aged 6-15 years who live in various Carpathian regions (194 children from plain areas, 143 children from the foothill region, and 159 children from mountain region). Results showed the anthropogenic factors affect the mineral density of bone tissue by reducing it that is more marked in children with dentofacial anomalies aged from 6 to 11 who live in the plain regions of Carpathians compared with than their peers from the foothill and mountain regions, regardless of age. The children from the foothill and mountain regions demonstrated the prevalence of the normal values of bone mineral density and decreasing the share of destructive forms in mineral density bone tissue.

УДК [616.716+617.52]–089–056.5

Маланчук В.О., Воловар О.С., Паливода Р.С.

ПІДГОТОВКА ДО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ДІЛЯНЦІ ПАЦІЄНТІВ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Конституційні особливості хворих, наявність соматичної патології, індивідуальних особливостей є важливим моментом при плануванні операцій в щелепно-лицевій ділянці. В статті представлено клінічний випадок підготовки до оперативного втручання хворого з надмірною вагою тіла, порушенні функцій сполучної тканини, дисфункцією імунної системи. Теоретично обґрунтовано механізм взаємного обтяження, що виник в організмі пацієнта на фоні хронізації патологічного процесу. Дані аспекти потребують уваги клініцистів задля отримання сприятливого результату лікування.

Ключові слова: клінічний випадок, надмірна вага, ожиріння, скронево-нижньощелепний суглоб, сполучна тканина.

Одна із стародавніх і найбільш відомих загадок – це загадка Сфінкса, де йдеться про наступне: «Що це за істота, що має всього один голос, але ходить спочатку на чотирьох ногах, потім на двох, а ще пізніше – на трьох?» Згідно грецької міфології лише Едіп дав правильну відповідь: «Це людина. Вона повзає рачки в дитинстві, ходить на двох ногах, будучи дорослим, і спирається на палицю в старості». Це твердження відповідає на загадку Сфінкса. Але не дає відповідь на іншу загадку, яка прихована в першій: чому люди, навчившись ходити прямо, можуть втратити цю здатність і часто під кінець життя змушені ходити, спираючись на палицю? Звичайно, можна припустити, що постаріти – це означає перетворитися на каліку. Така точка зору була загальноприйнятою ще в V столітті до н.е., коли Софокл писав про Сфінкса. Дивно, бо вона все ще актуальна і тепер, на початку XXI століття. Старіння саме по собі призводить до малорухомості. Це було в стародавні часи, це залишилося і сьогодні. Але є і інша точка зору, коли ця логічна послідовність втрачається, і людина внаслідок соматичної патології, вад розвитку обмежує себе багато в чому вже у дорослому віці, втрачається звичний режим життя, причиною чого, наприклад, є надмірна вага [3], яку, за підрахунками ВООЗ, мають близько 1,5 млрд жителів планети, а ще 350 млн мешканців земної кулі схильні до ожиріння [6].

На сьогоднішній день жителі США вже не є лідерами в цій категорії, перше місце займають мексиканці, що зловживають фастфудом та газованими напоями. За даними ООН, 70% з них мають надлишкову вагу, а у 1/3 діагностується різна стадійність ожиріння, що призводить до проблем зі здоров'ям, гіпертонії, серцево-судинних захворювань, ниркової недостатності, діабету, депресії тощо [8, 9].

В Україні дана проблема не полишена актуальності. 30% населення країни страждають на ожиріння, 80% хворих на цукровий діабет II типу мають надлишкову масу тіла. Дане питання набирає соціального характеру, стає актуальним внаслідок переходу від індивідуального поняття до масштабності цієї проблеми [9].

Але коли мова йде про до- та післяопераційну підготовку втручання на щелепно-лицевій ділянці, можливість регенераторного потенціалу організму хворого, акцентується увага на наявності чи відсутності розладів загальної соматики, особливостях топографічної анатомії різних структур організму, роботі адаптаційних механізмів, що в сукупності дає загальний результат.

В аспекті вищевказаного слушно було б навести наступний клінічний випадок, що стосується багатофакторного клінічного підходу до лікування хворого з надмірною вагою тіла та захворюванням щелепно-лицевої ділянки.

Клінічний випадок

В клініку кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця звернувся хворий Т., 40 років зі скаргами на новоутворення на лівій бічній поверхні шиї та лівій