

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

КЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Щоквартальний
науково-практичний журнал

Заснований у грудні 2010 року

- Експериментальні дослідження
- Терапевтична стоматологія
- Хірургічна стоматологія
- Ортопедична стоматологія
- Дитяча стоматологія

№ 3–4 (12–13), 2015

<i>Гасюк Н. В., Левків М. О.</i> Вплив вогнища пародонтальної інфекції на клітинний склад слизової оболонки порожнини рота	105
<i>Мисула Н. І.</i> Індексна оцінка стану пародонта та слизової оболонки порожнини рота у хворих на гастродуоденіт	105
<i>Скрипников П. М., Непокупна-Слободянюк Т. С., Шинкевич В. І.</i> Пролонгований курс азитроміцину підвищує ефективність лікування хронічного генералізованого пародонтиту.....	106
<i>Кузняк Н. Б., Кіцак Т. С.</i> Стан гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів.....	107
<i>Кузняк Н. Б., Шостенко А. А.</i> Вплив імунокорегуючої терапії на стан секреторного імунітету в комплексному лікуванні хворих із різними проявами генералізованого катарального гінгівіту	108
<i>Кузняк Н. Б., Дроник І. І.</i> Визначення бактеріального складу вмісту пародонтальних кишень у хворих на хронічний генералізований пародонтит	109
<i>Антонишин І. В., Бржиський А. В., Лоза Є. О.</i> Особливості структурної організації твердих тканин зубів білих щурів за умов аліментарного ожиріння	110
<i>Бойцянук С. І., Фалінський М. М., Островський П. Ю.</i> Об'єктивна візуалізація як фактор мотивації пацієнта до комплексної санації порожнини рота	111
<i>Семенюк Г. Д.</i> Віддалені результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит із застосуванням симбіотика	112
<i>Герелюк В. І., Кобрин О. П., Кукурудз Н. І., Павелко Н. М., Кобрин Н. Т.</i> Стан неспецифічної резистентності, вираженість запального процесу та інтоксикації у хворих на генералізований пародонтит	113
<i>Бандрівський Ю. Л., Бандрівська О. О., Бандрівська Н. Н.</i> Зміни показників вуглеводного метаболізму в сироватці крові й ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із різною груповою приналежністю крові	114

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Аветіков Д. С., Гутник А. А.</i> Планування та проведення верхньої ретидектомії з урахуванням антропометричних показників	115
<i>Шувалов С. М., Нагайчук В. В., Кузняк Н. Б., Паліс С. Ю.</i> Кісти та пухлиноподібні ураження щелепних кісток, які розвиваються із залишкового залозистого епітелію	115
<i>Кузняк Н. Б., Трифаненко С. І., Бойчук І. Т.</i> Застосування місцевої сорбційної терапії при лікуванні альвеолітів	116
<i>Ліхницький О. О.</i> Вивчення впливу кріоконсервованої плаценти на процес репаративної регенерації кісткової тканини.....	118
<i>Хомич Н. М., Огоновський Р. З., Сороківський І. С.</i> Ефективність застосування дексаметазону після атипичного видалення нижніх зубів мудрості	118
<i>Ружицька О. В.</i> Антиоксидантний статус у хворих із післяопераційними дефектами м'яких тканин альвеолярних відростків щелеп	120
<i>Нагірний Я. П., Гутор Н. С.</i> Вікові особливості реакції імунної системи у постраждалих із травматичними переломами нижньої щелепи.....	120
<i>Скочило О. В.</i> Морфологічна оцінка процесів репаративної регенерації кісткової тканини щелеп у ранні терміни експерименту.....	122
<i>Олійник А. Г.</i> Обстеження пацієнтів, яким проведено дентальну імплантацію.....	123
<i>Вітковський О. О.</i> Лікування переломів нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами.....	124
<i>Льницький Я. М.</i> Результати застосування нового методу ураноальвеолоостеопластики у дітей ...	125
<i>Мельничук Ю. М.</i> Оцінка ефективності комбінованого методу профілактики формування патологічних рубців за допомогою удосконаленої Ванкуверської шкали	127

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Гасюк П. А., Воробець А. Б., Радчук В. Б.</i> Методика отримання відгисків при протезуванні з використанням дентальних імплантатів.....	129
<i>Радчук В. Б., Гасюк П. А., Росоловська С. О.</i> Вплив одонтопрепарування під металокерамічні конструкції на стан тканин зуба	129
<i>Бандрівська О. О., Бандрівський Ю. Л., Беденюк О. А.</i> Особливості лікування генералізованого пародонтиту знімними ортопедичними конструкціями	130
<i>Беденюк О. А., Щерба В. В., Беденюк О. С.</i> Роль гіпофункції слинних залоз у розвитку системних захворювань організму	131

ська Республіка) за період з 1992 до 2004 року зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2 %). Jones із співавт. (2006), за 30-річний період виявили 11 випадків із 7121 кіст щелеп (0,2 %). На сьогодні описано більше 100 випадків даної патології.

Ми описали два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівецької ОКЛу 2013 році. Помірно-диференційовану аденокарциному верхньої щелепи справа діагностовано у хворої 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «цистектомія» під місцевим знеболюванням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професор С. М. Шувалов зробив припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в онтогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. У процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з наступним

розвитком у ній органів спеціального призначення, таких, як зуби, язик і ротові залози. Розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають найпримітивнішу будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких, як ехидна, качконіс, щелезуб деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих, залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом із зубною пластинкою продовж перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть слугувати основою для розвитку аденокарцином та виявлятися у складі еволюційних кіст.

Розвиток зубів безпосередньо пов'язаний із розвитком слинних залоз не лише в онтогенетичному, а й у філогенетичному аспектах.

В постнатальному періоді залишки залозистого епітелію є причиною залозисто-одонтогенних кіст.

Дані клітини залишкового епітелію можуть стати причиною розвитку аденокарцином та центральних мукоепідермоїдних карцином щелеп.

УДК 616.716.85-002-085.246.2

©Н. Б. Кузняк, С. І. Трифаненко, І. Т. Бойчук

ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Застосування місцевої сорбційної терапії при лікуванні альвеолітів

Профілактика та лікування післяопераційних гнійно-запальних процесів залишаються актуальними питаннями для сучасної хірургічної стоматології. Ці проблеми пояснюються тенденцією до зростання кількості ускладнень після типового й атипового видалення зубів зокрема, та терміном загоєння післяекстракційної рани. Одним із найчастіших післяопера-

ційних ускладнень при видаленні зубів є альвеоліт. Особливо важливе значення має лікування гнійно-некротичних і некротичних альвеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомієлітом лунки [2]. Серед лікарських засобів, що застосовуються при місцевому лікуванні післяекстракційних ран, предметом нашого подальшого дослідження був препарат

«Целоформ», що є біосумісним матеріалом та володіє не тільки достатнім сорбційним рівнем, але і дренажним ефектом, має виражену бактерицидну, протизапальну, знеболювальну, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів [1].

Даний сорбент отриманий шляхом компресійного впливу на бавовняне волокно (хірургічна вата) до розмірів 20–50 мкм і являє собою напівпрозорі голки з дуже гострими косозрізаними краями. Такі голки мають хороше зчеплення з мембранними поверхнями клітин як мікроорганізмів, так і тканин людини, легко утримують не тільки воду, але й елементи крові й лімфи і саме за рахунок цього добре фіксуються в лунці [3].

Хворих на альвеоліт було поділено на дві групи.

В основній групі (22 особи) проводилося лікування із використанням протиальвеолітної активної пов'язки препаратом «Целоформ», а саме: ревізія, медикаментозна обробка комірки зуба та подальше введення в післяекстраційну рану сорбенту «Целоформ», а в контрольній групі (20 чоловік) – лікування тільки традиційними методами.

Проведений аналіз клінічних та лабораторних показників ефективності лікування встановив, що застосування протиальвеолітної активної пов'язки сприяло вірогідно швидшому зниженню показника лейкоцитозу в загальному аналізі крові, показників загальної інтоксикації – молекул середньої маси та індексу еритроцитарної інтоксикації.

Список літератури

1. Эффективность хирургической повязки из «Целоформа» для профилактики и лечения альвеолитов / Г. А. Ахмадуллина, С. С. Ксембаев, 2. О. В. Нестеров [и др.] // Казанский медицинский журнал. – Казань, 2011. – № 1. – С. 37–41.

Аналіз мікробіологічного дослідження рани, який проводився на початку та на третю добу лікування, виявив значне зниження обсіменіння лунок зубів аеробної та факультативної мікрофлори порожнини рота під впливом протиальвеолітної активної пов'язки, що сприяло ефективнішому лікуванню запального процесу в лунці видаленого зуба і було підтверджено клінічними дослідженнями.

У всіх пацієнтів основної групи вже на наступний день відмічалось зменшення больового синдрому. При місцевому огляді було зменшення запальних явищ, лунка заповнена згустком з целоформу, просоченим тканинною рідиною. Потім відбувалося поступове заміщення целоформу грануляціями, починаючи з 5-ї доби, а на 5–6 доби починалася епітелізація лунки.

У хворих контрольної групи біль і запальні явища стихали тільки на 3–4 доби, очищення лунки відбувалося на 3–4 доби, поява перших грануляцій спостерігалось на 6–7 доби, початок епітелізації – на 8–9 доби.

При цьому терміни лікування хворих основної групи, порівняно з контрольною, знизилися в середньому на 3–4 дні.

Досвід застосування целоформу в якості місцевого засобу лікування альвеоліту показав, що він є відносно недорогим, біосумісним матеріалом та володіє достатнім рівнем не тільки сорбційної, але і дренажної здатності, має виражену бактерицидну, протизапальну, знеболювальну, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного перебігу репаративних процесів.

3. Гутор Н. С. Оптимізація діагностики, профілактики та лікування альвеолітів (експериментально-клінічне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.01.22. Стоматологія / Н. С. Гутор ; ДУ Ін-т стоматології АМН України. – Одеса, 2011. – 20 с.