

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 знеболуванням. 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 болювого 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.