

Результатами аналізу встановлено, що на долю активного перебігу ХПП припадає 44,0% спостережень, а не активний перебіг спостерігався в 56,0% випадків. На час загострення в паротидному секреті визначається велика кількість слизово-білкових включень зі значною кількістю клітин запального ряду, як зі збереженою формою, так із деструйованих. При чому в цитограмах на фоні підвищеної фонової щільності превалювали нейтрофіли.

ЧАСТОТА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА СТРУКТУРА БІЧНИХ КІСТ ШИЇ

PREVALENCE RATE AND STRUCTURE OF LATERAL CYSTS OF NECK

Zagoranskaya N.Ye., Zvirianskyu V.M., Aladochkin A.P., Dakhno V.S., Assoc. Prof. Rezvina K.Yu.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології

В клінічній практиці хірурга-стоматолога досить часто зустрічаються кісти бічної поверхні шиї, що складає 25% від усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Серед них, згідно загальноприйнятої класифікації, виділяють бічні кісти шиї, дермоїдні, епідермоїдні та кісти ектопованих слинних залоз. Наявність певних труднощів у діагностиці та схожість клінічних проявів зумовлюють актуальність даної проблеми для хірургічної стоматології, тим більше, що останніми роками помітне збільшення кількості хворих, які звертаються в клініки з приводу новоутворень голови та шиї.

Мета нашого дослідження вивчити частоту та структуру кіст бічної ділянки шиї.

Аналіз архівних даних представлених в історіях хвороб тематичних пацієнтів та власних спостережень дозволив встановити, що на лікуванні в щелепно-лицевому відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. Скліфосовського протягом 10 років знаходилось 197 пацієнтів з кістозними утвореннями шиї віком від 18 до 73 років. Із 197 хворих ми взяли до подальшої розробки 158 (100%), які підлягали обстеженню, відповідно до розробленого нами алгоритму діагностики цієї категорії хворих. Вивчення частоти встановлення діагнозу при первинному зверненні з різними нозологічними формами кістозних утворень цієї ділянки дозволило встановити, що найчастіше зустрічалися істинні бічні (бранхіогенні) кісти 89 хворих (56,3%), дермоїдні кісти 41 (26%), епідермоїдні 20 пацієнтів (12,7%) та кісти слинних залоз 8 – (5%).

Щодо отриманих даних стосовно вікового періоду у пацієнтів з кістами бічної поверхні шиї, то можна стверджувати, що найчастіше зверталися хворі зрілого віку за класифікацією ВОЗ – 21-35 років. Скарги у всіх хворих були на наявність утворення на бічній поверхні шиї – зліва – 72 пацієнта (45,6%), справа – 86 (54,4%).

Нами були виявлені загальні клінічні ознаки: щодо форми, у 78 (49,4%) хворих визначалася асиметрія в середній третині шиї овальної форми та у 80 (50,6%) хворих – округлої. Колір шкірних покривів без змін, шкіра бралася в смужку. Співвідношення до кивального м'язу було варіабельним і по передній його поверхні кіста розташовувалася у 101 хворих (63,9%), по задній поверхні її локалізація спостерігалася у 35 (22,1%) хворих. Безпосередньо над грудино-ключично-соскоподібним м'язом вона мала місце у 11 хворих (7%), та у 11 хворих (7%) – під м'язом.

Встановлено, що найчастіше у бічній ділянці шиї зустрічаються істинні бранхіогенні кісти.

ПОРІВНЯННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

COMPARISON OF TREATMENT METHODS FOR PATHOLOGICAL SCARS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Panasenko A.I., Prof. Avetikov D.S., M.D.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї.

Рубці - це видимі і пальпаторні зміни на шкірі, які залишаються після її загоєння. Нетипове загоєння ран може супроводжуватись надмірним утворенням патологічних рубців (гіпертрофічних та келоїдних). За статистичними даними від утворення патологічних рубців страждають близько 10% населення земної кулі.

Важливо враховувати той факт, що патологічні рубці формують косметичні дефекти, які часто впливають на психоемоційний стан пацієнтів.

За думкою більшості авторів основним методом лікування патологічних рубців є хірургічне їх видалення. Але враховуючі статистичні дані про можливість їх рецидивування (в 40-50% випадків) ми поставили за ціль довести, що використання поодинокі існуючих консервативних методів лікування в комбінації з одне-одним буде більш ефективним, ніж окремо; та з меншою вірогідністю до рецидивування, ніж хірургічне видалення.

Метою було дослідження клінічної динаміки впливу запропонованих комбінацій препаратів на різних етапах формування рубця.

Оцінювання результатів проводилося за допомогою біохімічних та клінічних (планіметрія та метод варіаційної статистики) методів дослідження.

Методика виконання дослідження полягає у складенні комбінацій відомих препаратів з метою поширення характеру їх впливу на патологічні рубцевозмінені тканини та об'єднати їх у групи із застосуванням: антиоксиданту (Біоцирулін), антигіпоксанту (Темодал) та поєднаної дії наведених вище препаратів.

Аналізуючи отримані дані слід зауважити, що найкращий косметичний ефект отриманий у групі з поєднаним застосуванням «Біоцируліну» та «Темодалу»; дещо гірші результати отримано в групі, що в якості додаткового консервативного лікування отримувала антигіпоксанти та найнижчий результат спостерігався в групі із

застосуванням антиоксидантів. При цьому, слід зауважити, що навіть найгірший результат, який нами зафіксовано, був достовірно кращим, ніж в контрольній групі де лікування проводилося за загальноприйнятими методиками.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОГО ГАЙМОРИТУ

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL METHOD FOR THE TREATMENT OF PERFORATED MAXILLARY SINUSITIS

Yerokhin Y.I., Assist. Shvets A.I.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології

Актуальним питанням в хірургічній стоматології на сьогоднішній день є проблеми патології верхньощелепної пазухи, профілактики та лікування одонтогенного гаймориту, зумовлені насамперед поширенням цього захворювання у клінічній практиці. Основною причиною запалення гайморових пазух одонтогенного походження є перфорація дна самої пазухи під час операції видалення зубів. Це явище пояснюється перш за все, анатомо-фізіологічними особливостями будови гайморового синусу, при якій корені зубів часто розташовуються близько останнього, або взагалі вросли до нього.

На сьогоднішній день методи хірургічного лікування цього захворювання є дуже травматичними та призводять до тяжких ускладнень у зв'язку з чим виникає необхідність розробки нових малоінвазивних методик лікування перфоративного одонтогенного профілактики його гаймориту.

Мета роботи – опробувати запропонований малоінвазивний метод хірургічного лікування перфоративного гаймориту, що направлений на закриття ороназального сполучення та вилучення інородних тіл.

Методика: під провідниковою анестезією формується та викроюється слизово-окісний клапоть. У разі проникнення інородного тіла в порожнину гайморової пазухи кістковий отвір розширюється до потрібного розміру таким чином щоб через нього можливо було достати корінь коли він там знаходиться. Кюретажною ложкою вишкрібаємо патологічну змінену слизову оболонку гайморової порожнини до здорової кістки.

За умов наявності перфорації краї перфорованого отвору згладжуються фрезою або кістковими кусачками таким чином щоб не було гострих країв. Обов'язково промиваємо пазуху теплим розчином антисептика. Кісткове сполучення між гайморовою порожниною і порожниною рота розмежовано ГАП «Біомін». Після чого дефект закриваємо викроєним кістково окісним клаптем та ушиваємо шовним матеріалом «Vikril 003».

Таким чином, розроблений свій варіант оперативного малоінвазивного втручання з використанням вітчизняного кістково-пластичного матеріалу ГАП «Біомін» має повну перевагу перед радикальною гайморотомією, на що вказує загоєння рани без ускладнень у всіх випадках.