

Summary

THE APPLYING OF IMMEDIATE-INSERTION DENTURES ON IMPLANTS BY USING NEW FORMS OF DOWELS.

Dobrovolskaya O.V.

Key words: early functional load, the shape of dowels, hard-elastic plastics, immediate-insertion denture.

Experimental and clinical studies have proved the effectiveness of early functional load on the dental implants. We used the method of direct tooth replacement which allowed to considerably reduce the rehabilitation period and improve the functional and aesthetic results of implant applying. By model analysis we calculated the shape of dowels for removal denture. The temporary orthopedic removal appliance allows to load both dental implants and underlying bone tissue that in turn promotes the regenerative process of bones and provides for careful oral hygiene.

УДК 616.743-006-07

КЛІНІКО-ІМУНОГІСТОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА БРАНХІОГЕННИХ КІСТ ШИЇ

Дьоміна К.Ю., Ткаченко П.І.

Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

В роботі вивчені особливості клінічного перебігу та локального імунітету бранхіогенної кістки бічної ділянки шиї методом їх морфологічної та імуногістохімічної ідентифікації. Встановлено, що характерні особливості структурно-гістохімічної будови її стінки дозволяють встановити диференційні критерії.

Ключові слова: бранхіогенна кіста шиї, імуногістохімічне дослідження, діагностика.

Вступ

Бічна кіста шиї в літературі має багато синонімів, а саме: уроджена бічна кіста шиї, зяброва кіста, бранхіогенна кіста, бічна лімфоепітеліальна кіста. Вона являє собою вроджене патологічне порожнинне утворення доброякісного характеру, округлої форми, що складається із замкнутої сполучнотканинної оболонки з рідким вмістом [1, 2, 3, 4, 5]. Поширеність бічних кіст шиї представлена різними цифрами, але, за даними А.А. Тимофєєва [7], вони зустрічаються в 25% від усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

За даними більшості науковців, бічні кісти мають типову локалізацію у верхній або середній третині бічної поверхні шиї по внутрішньому краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза, іноді частково заходячи під нього [2, 3, 6]. Частіше страждає ліва сторона – в 66,5% випадків. Л.Р. Єпішева [5] указує, що за даними Gups (1963), Hirizescu (1966), у 35% випадків кісти локалізувалися праворуч. Розміри їх різноманітні, навіть є повідомлення про бічну кісту розміром із дитячу голову [8]. Інші спостереження свідчать [9], що бічні кісти здебільшого розташовувалися у верхній третині шиї, відразу під кутом нижньої щелепи, у деяких хворих - у середній третині.

Власне бічна кіста шиї (БКШ) є самостійною нозологічною одиницею, що за походження має аномалії розвитку зябрових кишень. Доказами патогенезу є встановлення в її стінках зразків вилочкової залози, клітин залозистого епітелію, лімфоїдної тканини.

Виникнення БКШ пов'язують як з аномалією

розвитку 2-ї або 3-ї пари зябрових кишень, так і з епітеліальним випинанням глоткової кишені, з якої утворюються обидві частки щитоподібної залози. Досить переконливою є впливова роль аномалії зобно-глоткового протоку в їх виникненні. Ураховуючи різне походження цих нозологічних форм, відмінності в гісто- і органогенезі, не виключено, що фактори і механізми, які приймають участь у формуванні імунних реакцій безпосередньо у locus morbi, також можуть різнитися. Тому вивчення перерозподілу імунокомпетентних клітин у стінці кістозної порожнини є доцільним.

Метою нашого дослідження було проведення клініко-імуногістохімічного дослідження бічних кіст шиї для встановлення їх диференційних ознак.

Матеріали та методи дослідження

Проведено обстеження 67 хворих на кісту бічної ділянки шиї віком від 13 до 65 років (чоловіків – 31, жінок – 36), які склали чотири групи спостереження відповідно до робочої схеми. Перша група представлена 20 пацієнтами з БКШ, друга включала 18 хворих з епідермоїдною кістою бічної ділянки шиї, третя – 18 хворих із дермоїдною кістою бічної ділянки шиї, четверта група – 11 хворих із кістою слинної залози. До стандарту обстеження входило збір анамнезу, об'єктивний огляд, ультразвукове дослідження (УЗД), тонкоголкова аспірація під контролем УЗД, цитологічне та біохімічне дослідження пунктату, імунологічний статус периферійної крові, гістологічне та

* Робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”: “Розробка і вдосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації та профілактики вроджених та набутих захворювань, дефектів та деформацій щелепно-лицевої ділянки”, (номер державної реєстрації 0105U004081) та “Вивчення імунологічного апарату м'яких тканин порожнини рота при генералізованому пародонтиті та ортопедичних утручаннях для розробки сучасних методів імунокорекції” (номер державної реєстрації 0103U001312).

імуногістохімічне дослідження стінки кісти.

Усі маніпуляції проводили з погодження пацієнтів, їх батьків (опікунів) та за дозволом етичної комісії ВДНЗУ „Української медичної стоматологічної академії”, м. Полтава, без шкоди для їх здоров'я.

Імуногістохімічне дослідження проводили непрямым біотин-екстравідин-пероксидазним методом, визначали субпопуляційні маркери (антигени) імуніцитів, локалізованих в тканинах, а саме HLA-DR, CD3, CD4, CD8, CD20. Використовували відповідні моноклональні антитіла (“Сорбент”, Росія). Специфічні антитіла визначали за допомогою біотинильованих антитіл проти Fc-фрагмента молекули імуноглобулінів, й екстравідин-пероксидазного комплексу (Sigma, USA). За експресією HLA-DR, CD3, CD4, CD8, CD20- антигенів імуніцитів визначали відповідно: антигенпрезентуючі дендритні клітини (АПК або ДК), загальну Т-клітинну популяцію, Т-лімфоцити хелпери, цитотоксичні лімфоцити, В-клітини, відповідно [4] Отримані препарати вивчали за допомогою мікроскопа «Біолам» при збільшенні х30, х60. Результати документували фотографуванням на фотоплівку “Копіса VX 200” за допомогою мікрофотонасадки МФН-10 («ЛОМО», Росія).

Результати та їх обговорення

За результатами досліджень встановлено, що бронхіогенні кісти шиї складають 29,7% від загальної кількості хворих.

Локально при обстеженні визначалась асиметрія в середній третині шиї за рахунок наявності утворення овальної форми – у 16 хворих (80%) та округлої - у 4 хворих (20%). Колір шкірного покриву - звичайного забарвлення в усіх випадках, шкіра бралася в смужку. Стосовно кивального м'яза локалізація БКШ була варіабільною: для 14 випадків (70%) характерним було розташування утворення попереду м'яза та у 6 (30%) хворих - позаду нього.

Розмір кісти коливався: від 4 до 6 см – 7 хворих (35%), від 6 до 8 см – у 10 (50%), від 8 до 10 см – у 2 хворих (10%), в одному випадку (5%) розмір утворення був 13 см у діаметрі.

У 10 випадках (50%) консистенція утворення визначена як твердо-еластична, у 6 хворих (30%) вона була щільною; у 3 – м'яко-еластичною (15%) та в 1 – еластичною (5%). У усіх хворих поверхня була гладенькою, кіста з оточуючими тканинами не спаяна, безболісна. Регіонарні лімфатичні вузли не визначалися.

Результати ультразвукового дослідження виявили на ехограмах в усіх хворих чітко обмежені округлі структури з рівними контурами, ан- або гіпоехогенні. Товщина стінки зазвичай складала 1 мм, відмічалася гідрофільність та наявність усередині порожнини дрібнодисперсної рідини.

Результати з визначення активності α -амілази були негативні у всіх випадках.

У результаті дослідження клінічного аналізу

крові, сечі хворих на БКШ не було визначено суттєвих відхилень від нормальних показників.

Аналіз результатів імунологічних досліджень периферійної крові виявив індивідуальні коливання показників імунної системи у межах фізіологічної норми.

Результати гістологічного дослідження препаратів стінки БКШ показали характерну будову її: внутрішня епітеліальна поверхня була нерівною, утворювала численні гребінці, що глибоко входили у підлеглу тканину у вигляді виростів і виступів. Епітелій був представлений 9-12 рядами, безпосередньо в гребінцях нараховувалося до 20-40 рядів плоских або циліндричних клітин. Поверхневий шар був представлений шипуватими або циліндричними клітинами. В цих відділах спостерігалися явища дистрофії, переважно у вигляді спонгіозу, з відшаруванням окремих клітин і їх пластів, також відмічено утворення значних порожнин по типу вакуолізації (рис. 1). Базальні епітеліоцити мали мілкіше за розміром і більш інтенсивно забарвлене ядро і розміщувалися на добре вираженій базальній мембрані в 2-4 ряди.

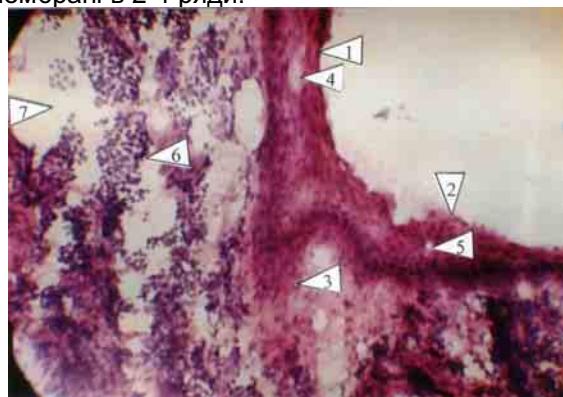


Рис. 1. Мікрофото фрагменту стінки бронхіогенної кісти шиї (пацієнт Г., 16 років, історія хвороби №1102). Кріостатний зріз, забарвлення – гематоксином-еозином; зб.х60: 1- неороговіваючий багаторядний плоский епітелій; 2- багаторядний циліндричний епітелій; 3- епітеліальний „гребінець”; 4- спонгіоз; 5- вакуолізація; 6- субепітеліальна круглоклітинна інфільтрація; 7- набряк.

Результати імуногістохімічних досліджень показали, що в епітеліальній вистилці БКШ знаходяться в значній кількості клітини, які належать до HLA-DR⁺, CD3⁺, CD8⁺, та в меншій – CD4⁺ і CD20⁺ клітин.

Кількість HLA-DR⁺ клітин, якими є визріваючі ДК, складала від 3 до 13 на 100 епітеліоцитів.

У субепітеліальному відділі HLA-DR⁺ клітини помірно та/або інтенсивно інфільтрували БКШ, утворюючи осередки або оточуючи В-клітинні зони (рис.2). Звертала на себе увагу досить велика кількість цих клітин у зоні щільної сполучної тканини та їх закономірність утворювати більш щільні осередки.

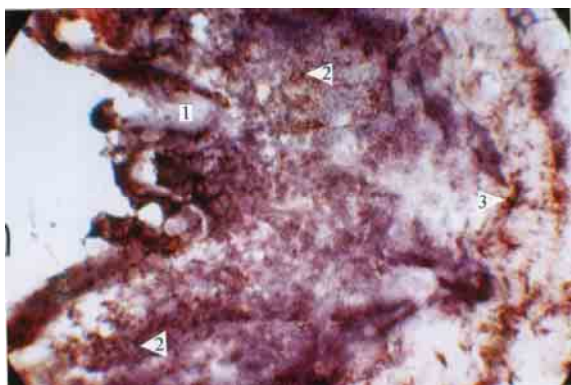


Рис.2. HLA-DR⁺ клітини стінки БКШ: мікрофото препарату № 433 стінки БКШ (пацієнт С., 30 років); мкАТ1 – анти-HLA-DR; 1. ділянка епітелію у вигляді невеликого „гребінця”; 2. HLA-DR⁺ клітини, розміщені під епітелієм; 3. скупчення HLA-DR⁺ клітин у власне стінці.

Найчисленнішими в епітелії кісти були CD3⁺ клітини серед проаналізованих імуніцитів і складала вони від 4-6 до 5-8 із розрахунку на 100 епітеліоцитів (рис.3). Локалізувалися вони переважно на базальній мембрані епітеліального шару, однак їх інтенсивне представництво спостерігали і в субепітеліальному відділі.

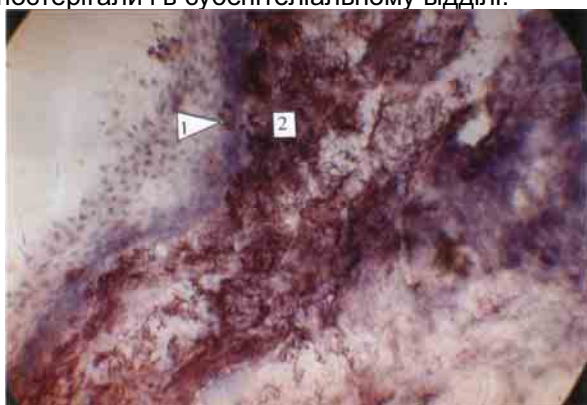


Рис.3. Мікрофото фрагменту стінки БКШ (пацієнт Г., 16 років, історія хвороби № 1102). CD3⁺ клітини. мкАТ1 – CD3: 1- CD3⁺ клітини, локалізовані в епітелії; 2- щільна інфільтрація CD3⁺ клітинами субепітеліального шару.

Крім того, в епітелії кісти виявляли поодинокі CD4⁺, CD8⁺ клітини, але в окремих ділянках їх нараховувалося до 5 на 100 епітеліоцитів і локалізувалися вони безпосередньо в базальному шарі. У периферійних ділянках як CD4⁺, так і CD8⁺ клітини, розміщуючись більш щільно, нараховували помірну кількість.

І, нарешті, CD20⁺ клітини, окрім гермінативних центрів, зустрічалися окремими фокусами скупчення в субепітеліальному відділі, а також у межах епітелію БКШ, що може бути свідомством підвищеної проникності базальної мембрани.

Подальше імуногістохімічне дослідження підтвердило наявність гермінативних В-клітинних центрів у субепітеліальному відділі стінки саме цієї БКШ (№ біоптату 428), які склалися з CD20⁺ клітин (рис.4).

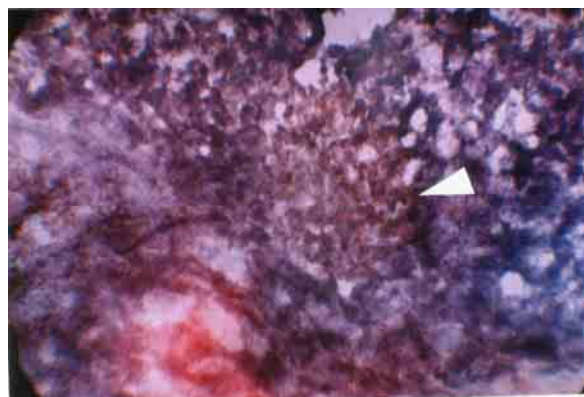


Рис.4. Гермінативний В-клітинний центр в субепітеліальному відділі стінки БКШ: мікрофото препарату № 428 стінки БКШ (пацієнт К., 27 років); мкАТ1 – CD20. криостатний зріз; проявка аміноетилкарбазол; контрастування – гематоксилін; зб.х60

Таким чином, отримані нами результати засвідчили такі особливості бранхіогенних кіст шиї:

- 1) це гіпоехогенне гідрофільне утворення з рівними контурами, товщиною стінки 1-1,5 мм, заповнене рідиною з дрібнодисперсними включеннями;
- 2) пунктат – слизувата мутна рідина біло-сірого або біло-жовтого кольору, багата на злуцнені клітини циліндричного і мерехтливого епітелію, поодинокі лімфоцити та еритроцити;
- 3) оболонка представлена сполучною тканиною з наявністю у внутрішній поверхні численних гребінців, виростів і нерівностей, представлених епітеліальним та субепітеліальним шарами, подібність їх з організованою лімфоїдною тканиною; багаторядний циліндричний і багат шаровий неороговіваючий плоский епітелій; ШИК-позитивний матеріал у поверхневому шарі епітеліального пласта;
- 4) представництво в епітелії практично всіх із досліджених імуніцитів; гермінативні центри та/або подібна до організованих лімфоїдних тканин закономірність розміщення HLA-DR⁺, CD4⁺, CD20⁺ клітин у субепітеліальному відділі; значна інфільтрація власне сполучної стінки БКШ HLA-DR⁺ клітинами.

Література

1. Абизов Р.А., Скорик А.А., Шило Т.В. Поєднання раку гортані з боковою кістою шиї, яка симулювала метастатичний вузол // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №5. – С. 85-86.
2. Безруков В.М. Врожденные кисты и свищи околоушной области и шеи (Клинико-морфологическое и эмбриологическое исследование): Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21. – М., 1965. – 286 с.
3. Врожденные срединные и боковые кисты шеи / А.П. Шашкевич, В.М. Асмоловский, Е.П. Сивенкова, Л.В. Жеренкова // Пороки развития и наследственные заболевания. – Смоленск, 1982. – С. 91-95.
4. Декларацийний пат. України 48519 А, МПК 7 А61С17/00. Спосіб оцінки функціонального стану слизової оболонки порожнини рота: Пат. 48519 А, МПК 7 А61С17/00 / І.П. Кайдашев, П.І. Ткаченко, В.Д. Куроєдова та ін. (Україна).- № 2001096503; Заявл. 24.09.2001; Опубл.15.08.2002, Бюл. № 8.-3с.
5. Епишева Л.Р. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. – Ташкент, 1976. – 88 с.

- Литвинова Л.Я. Срединные и боковые кисты и свищи шеи (клиника, диагностика и лечение): Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04. – М., 1994. – 127 с.
- Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута – Турс, 2002. – Т. 3. – 358 с.
- Насыров В.А. Гигантская боковая киста шеи // Здоровоохранение Киргизии, янв. - февр.– 1989. – Фрунзе. – С. 59-60.
- Неупокоев Н.И., Тельпнер А.М. Клинико-морфологическая характеристика боковых кист и свищей шеи // Клиническая медицина. – 1984. – Т. 62, № 4. – С. 89-92.

Реферат

КЛИНИКО-ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРАНХИОГЕННЫХ КИСТ ШЕИ

Дёмина Е.Ю., Ткаченко П.И.

Ключевые слова: бранхиогенная киста шеи, диагностика, иммуногистохимическое исследование.

В работе изучены особенности клинического течения и локального иммунитета бранхиогенной кисты боковой области шеи методом их морфологической и иммуногистохимической идентификации. Установлено, что характерные особенности структурно-гистохимического строения стенок позволяют установить критерии их дифференциальной диагностики.

Summary

CLINICAL AND IMMUNOGISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF BRANCHIAL CYST OF THE NECK

Demina Ye.Yu., Tkatchenko P.I.

Key words: branchial cyst of the neck, diagnosis, immunogistochemical investigation.

The paper represents the characteristics of clinical course and local immunity of branchial cysts of the lateral area on the neck by means of their morphological and immunogistochemical identification. It has been found out the peculiarities of structural and gistochemical composition of the walls allow to determine the criteria of their differential diagnostics.

УДК 616.833.17-002

ВЕГЕТАТИВНО-СУДИННИ ТА СЕНСОРНО-АЛЬГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Іваницька О.С., Рибалов О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті доводиться необхідність комплексного підходу до обстеження хворих із ПУЛН. Автори наводять результати клінічних та електрофізіологічних досліджень, що вказують на значне місце вегетативно-судинних та сенсорно-альгічних розладів, які супроводжують порушення функціонального стану м'язів. Забезпечення ефективного лікування можливо лише за умови його спрямування на всі ланки патологічного процесу.

Ключові слова: периферійні ураження лицевого нерва, лицеві вегетативно-судинні та сенсорно-альгічні розлади.

Важливою та актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології та неврології продовжує залишатись проблема лікування периферійних уражень лицевого нерва (ПУЛН) як травматичного, так і нетравматичного походження. В сучасних умовах все більше число дослідників схиляються до думки, що набуті периферійні ураження лицевого нерва є найпоширенішим нейростоматологічним захворюванням [1, 2, 3, 4]. Висока частота цих уражень, а також різноманітність та тяжкість їх клінічних проявів можуть бути пояснені досить суттєвими анатомічними та функціональними особливостями лицевого нерва. З'ясування їх має важливе значення не тільки для розуміння етіології та патогенезу ПУЛН, але й для топічної діагностики та визначення оптимальних шляхів їх лікування.

Розглядаючи ці особливості, дослідники, перед усім, звертають увагу на те, що лицевий нерв є змішаним. Головним чином він представлений руховими волокнами, які в основному йдуть до м'язів, що забезпечують цьому нерву домінуючу роль у здійсненні м'язової та м'язово-оромоторної функції, а також його участь у процесі артикуляції [5]. До його складу входять також парасимпатичні секреторні воло-

кна до слинних, слізних, носових та піднебінних залоз, чутливі (смакові) волокна від передніх 2/3 язика та волокна, які проводять чутливі імпульси від обмеженої ділянки шкіри зовнішнього слухового проходу, барабанної перетинки і барабанної порожнини. Значний інтерес викликають роботи, в яких звертається увага на здатність волокон лицевого нерва забезпечувати також глибоку чутливість м'язів обличчя та брати участь в іннервації судин мозку та обличчя [6, 7, 8, 9, 10, 11]. І все ж проблема судинних порушень та розладів чутливості, пов'язаних із ПУЛН, ще не отримала належної розробки та потребує подальшого дослідження.

Метою нашого дослідження є оптимізація лікування хворих із ПУЛН в стадії залишкових явищ на основі комплексного підходу до з'ясування особливостей клінічного перебігу захворювання, серед яких значне місце посідають вегетативно-судинні та сенсорно-альгічні порушення.

Матеріали та методи дослідження.

В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження 82 хворих із порушеннями функцій лицевого нерва периферійного ґене-