

отделение на 30 коек, 2 операционных блока (которые включают 4 плановые и 2 urgentные операционные), 2 амбулаторные операционные; кабинеты: консультативный, логопедический, по сложному челюстно-лицевому протезированию.

За период 2000–2003 гг. в Центре пролечено 3242 больных, из них 30% составили дети с врожденными деформациями челюстно-лицевой области, 32% — с доброкачественными новообразованиями, 19% — с воспалительными заболеваниями, 8% — с приобретенными деформациями, 3% — с травмами, 2,5% — с заболеваниями слюнных желез, 1,5% — с аномалиями зубных рядов, 1% — со злокачественными новообразованиями. Большая часть больных — из городов и сел Донецкой области (более 50%), из других областей региона было 7% детей, из района деятельности больницы — 4%. Ежегодно в Центре выполняется до 900 оперативных вмешательств.

С 2001 г. в Центре организовано логопедическое стационарное лечение детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области на этапах лечения и реабилитации. В 2001 г. курс лечения прошли 45 больных, в 2002 г. — 59, в 2003 — 53. Средний койко-день составил 14,2 дня.

В распоряжении Центра имеется лаборатория функциональной диагностики, которая оснащена всей необходимой аппаратурой для проведения мультипараметрального компьютерного анализа электронейромиограмм жевательных и мимических мышц лица, спектрального анализа речи, определения функционального состояния пациентов на этапах лечения и реабилитации. Благодаря наличию 5 мощных компьютеров, цифровой фото- и видеоаппаратуры созданы все условия для ведения фото- и видеоархива больных, планирования оперативных вмешательств, прогнозирования результатов лечения и возможных осложнений.

В 2002 г. на базе Центра создано программное обеспечение (ПО) "Диспансерный учет", которое позволяет удобно накапливать и проводить всесторонний клинико-статистический анализ полученной информации. Требования к программе — Win9x, WinNT 4.0, 5.0, 5.1.; ОЗУ минимум 32 (рекомендуется 128 Mb); для поддержки работы с данными требуется наличие на компьютере BDE (Borland Database Engine).

Сотрудниками Центра подготовлена методическая база, и в течение 2000 г. во все лечебно-профилактические учреждения области направлены методические указания "Организация диспансеризации, лечения и реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба". С 2003 г. выполняется плановая научно-исследовательская работа "Диспансеризация и реабилитация детей с врожденными пороками и заболеваниями челюстно-лицевой области в условиях специализированного центра", которая предусматривает выполнение 1 докторской и 2 кандидатских диссертаций.

## Клініко-лабораторна характеристика бічних кіст шиї лімфоєпітеліального генезу

*В.І. Митченко, К.Ю. Дьоміна*

**м. Полтава**

Бічна кіста шиї (БКШ) зустрічається у 25 % випадків усіх кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки (О.О. Тимофеев, 2002). Існує декілька теорій виникнення БКШ. Нас зацікавила "лімфоєпітеліальна" теорія, причіниками якої є К.І. Черепова(1961), Е. S. King, S. H. Bhaskar (1972). Вони вважають, що кісти утворюються з лімфатичної системи за участю ектодермального та ентодермального епітелію.

За даними великої кількості авторів, локалізація БКШ більш-менш постійна — попереду груднинно-ключично-соскоподібного м'яза на рівні біфуркації загальної сонної артерії (В.Г. Краснова, 1991, М.А. Груздів, 1964). Нами обстежено 47 хворих з бічними кістами шиї, з яких у 23 (56%) ми класифікували кісти лімфоєпітеліального генезу. Під час об'єктивного дослідження кісти проявлялися у вигляді безболісного обмеженого опухолоподібного утворення округлої форми з гладенькою поверхнею. Колір

шкіри над кістою не змінений. Кіста не спаяна з прилеглими тканинами. Після гістологічних досліджень нами було встановлено, що внутрішня поверхня БКШ вистелена багаторядним циліндричним або багатошаровим плоским епітелієм, під яким виявлялися розростання з лімфоїдої тканини із сформованими фолікулами та "гасалеподібними" тільцями. За допомогою гістохімічних реакцій встановлено, що поверхневі шари епітеліального пласта в БКШ ШИК-позитивні. У міжклітинних просторах самого епітеліального пласта та під ним виявляються кислі мукополісахариди.

У препаратах нами виявлений залозистий епітелій, що представлений ацинарними та протоковими відділами, без чіткої орієнтації, які вистелені циліндричним епітелієм. Крім того, в стінці кісти виявлений комплекс залоз, який дає позитивну ШИК-реакцію, що свідчить про наявність у цих залозах слизу. Таким чином, наявність компонентів слинної залози дозволяє вважати, що бічні кісти шиї можуть виникати внаслідок дистопії залозистого епітелію у лімфатичні утворення.

Цитологічна картина вмісту БКШ достатньо характерна: поряд з оксифільними слизоподібними масами та клітинним детритом були виявлені клітини плоского епітелію, часто дегенеративно змінені. Інколи виявлялися поодинокі кристали холестерину, лімфоцити та еритроцити.

Під час гістохімічного дослідження нами виявлені а-амілаза, трипсин та інгібітори трипсину. Слід зазначити, що найчастіше хворі направлялися у стаціонар щелепно-лицевої хірургії з діагнозом „лімфаденіт“, „ліпома“. У 30 % були розходження клінічного діагнозу з попереднім.

Таким чином, цілеспрямоване комплексне клініко-лабораторне дослідження БКШ дає можливість диференціювати їх на бранхіогенні та лімфоепітеліальні.

## Перспективи застосування кріоконсервованих тканин ембріофетоплацентарного комплексу в лікуванні нейростоматологічних захворювань

*В.І. Митченко, О.С. Іваницька, І.А. Колісник, Т.В. Салогуб*

**м. Полтава**

У практичній діяльності хірургам-стоматологам досить часто доводиться стикатися з різноманітними нейростоматологічними захворюваннями, число яких, на жаль, останнім часом збільшується. Серед них одними з найпоширеніших є невралгія трійчастого нерва, невроніація лицевого нерва, гангліоніт крило-піднебінного вузла (синдром Слюдера). Так, за даними В.Є. Гречко (1990), невралгія трійчастого нерва становить половину всіх неврогенних захворювань лица та порожнини рота. Значною також є поширеність уражень лицевого нерва, що поступається лише невралгії трійчастого нерва (Д.В. Никитенко, 1998), а деякі дослідники навіть віддають їм першість (І.А. Завалишин, А.В. Переседова, 2001). Серед вегетативних гангліонітів найчастіше зустрічається крилопіднебінний гангліоніт (Н.М. Грицаї, Н.О. Кобзиста, 2001).

Перебіг цих захворювань є досить тяжким, що приносить хворим немало фізичних та моральних страждань. Так, основними клінічними проявами невралгії трійчастого нерва та крилопіднебінного гангліоніту є пароксизмальний біль високої інтенсивності. Ураження лицевого нерва переважно проявляються парезами та паралічами м'язів, що також призводить до втрати працездатності і можливості вільного спілкування.

Етіологія та патогенез названих захворювань до цього часу залишаються остаточно не з'ясованими, а тому наявні методики їх лікування мають в основному симптоматичний характер і нерідко виявляються недостатньо ефективними, що може призводити до рецидивів захворювання. Отже, проблема пошуку і розробки більш результативних способів їх лікування є актуальною і соціально важливою.

У сучасній медицині все ширшого застосування набуває метод трансплантації ембріофетальних та плацентарних тканин. Він ґрунтується на використанні тих унікальних властивостей, якими наділені саме ці тканини. Механізм лікувальної дії такого трансплантата полягає, по-перше, у привнесенні ним