

3. Нуждаються в осмыслении вопросы, касающиеся оценки эффективности использования современных фармакологических препаратов различных групп для проведения индивидуальной дифференцированной интенсивной и неинтенсивной терапии.

4. Особого внимания заслуживает изучение направления относительно формирования современных подходов к переливанию крови, ее препаратов при неотложных состояниях и нестандартных ситуациях.

5. Назрела острая необходимость включения дополнений по данным вопросам в протоколы оказания медицинской помощи с конкретными рекомендациями относительно тактического подхода в каждом конкретном случае.

СЕРЕДИННІ КІСТИ ШИЇ У ДІТЕЙ

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Гуржій О.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава)

На теперішній час загальновізвано, що серединні кісти шиї (СКШ) є ембріональною дисплазією і, за статистичними даними, найчастіше виявляються у дітей 4-7 років, хоча існує думка, що середній вік хворих може коливатися в межах 15-30 років. Згідно ж інших літературних джерел, дана патологія переважно зустрічається у 10-14-річних пацієнтів та пов'язують це із віковою гормональною перебудовою їх організма.

Метою нашого дослідження стало визначення клініко-морфологічних особливостей серединних кіст шиї у дітей.

Клінічний розділ роботи стосується 18 дітей із СКШ, які знаходились на лікуванні в клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології на базі хірургічного відділення ДМКЛ м. Полтави протягом 2005-2013 років. Вік пацієнтів коливався від 4 до 15 років, при цьому хлопчиків було 7 (38,8%), а дівчаток 11 (61,2%). Всім пацієнтам було проведено цистектомію з резекцією тіла під'язикової кістки.



На післяопераційному матеріалі в клініці кафедри патологічної анатомії з секційним курсом вивчено морфологічну будову стінки СКШ на 18 препаратах, виготовлених за загальноприйнятими методиками.

Згідно отриманих результатів, серединні кісти шиї в зазначені роки дослідження у дітей складали, в середньому, 12,75% всіх доброякісних утворень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. При цьому рецидиви СКШ виникли у 2 дітей, становивши 11,1%.

Аналізуючи клінічну симптоматику СКШ, слід зазначити, що всі обстежені хворі діти та їх рідні відмічали повільний ріст утворень. При об'єктивному обстеженні кісти, шкіра над якими в кольорі не змінювалася, мали вигляд безболісного пухлиноподібного округлого утворення з чіткими межами, м'якоеластичної або тістоподібної консистенції, що розташовувалось по серединній лінії шиї між під'язиковою кісткою і перешийком щитовидної залози.

Зазвичай, розміри утворень варіювали в межах 1,5-3,0 см в діаметрі, а в окремих випадках досягали величини курячого яйця. При пальпації кісти незначно переміщувалися в сторони та вгору, а рухомість донизу була обмежена через їх анатомічний зв'язок із під'язиковою кісткою.

Морфологічним дослідженням встановлено, що в більшості спостережень стінка серединної кісти шиї складалася із волокнистої сполучної тканини, переважна більшість клітинних елементів якої була представлена зрілими клітинними елементами фібробластичного ряду, а в навколосудинних просторах інколи виявлялися лімфоцити та плазмочити. Подібні клітинні інфільтрати періодично зустрічалися і під епітеліальним шаром. Слід наголосити на наявності в сполучній тканині значної кількості кровоносних мікросудин з помірним повнокров'ям.

Епітеліальна вистилка найчастіше була представлена багат шаровим плоским епітелієм з розташуванням епітеліоцитів у 3-5 шарів, в апікальних відділах яких у ряді випадків визначались некротичні зміни та злущування епітеліальних клітин.

Таким чином, серединні кісти шиї у дітей зустрічаються у 12,75% всіх доброякісних утворень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, а рецидиви після оперативного втручання виникали у 11,1% випадків. Морфологічне

дослідження показало, що структура стінки кісти у дітей подібна до такої у дорослих, однак в апікальних відділах епітеліальної вистилки визначались ознаки некрозу та злущування епітеліальних клітин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА, ВЫЗВАННОГО КАНДИДО- АССОЦИИРОВАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ПО ДАННЫМ ТЕРМОМЕТРИИ

Безруков С.Г., Филиппова А.А., Филиппова Л.А., Бом К.Г.

*Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии,
г. Симферополь, Украина*

Проблема лечения острых воспалительных процессов, развивающихся в челюстно - лицевой области, остается актуальной. В последние десятилетия произошли не только количественные изменения в их распространенности (с 54,3% в 1990г., до 62,7% в 2005г), но и качественные, - в клиническом течении заболеваний. Этиологической причиной их развития в 80-95% случаев является разнообразная патогенная или условно-патогенная микрофлора, вегетирующая в полости рта: стафилококки, стрептококки (группы DFG), энтерококки, диплококки, Гр+ и Гр- палочки (E. coli, Proteus), грибы рода Candida. Отягощение клинического течения болезни может быть следствием наслоения кандидозной инфекции на основную и усиления вирулентности микроба - возбудителя. Это вызывает увеличение продолжительности болезни, ее хронизацию.

Вопрос повышения эффективности комплексного лечения острых гнойно- воспалительных процессов, развивающихся в челюстно-лицевой области, продолжает вызывать научной интерес как теоретического, так и практического значения. Активно разрабатываются новые перспективные методы местного лечения, направленные на устранение патогенной микрофлоры в очаге поражения, снижение воспалительных явлений, сокращение сроков лечения.

Цель исследования - повысить эффективность лечения кандидо-ассоциированного периостита у хирургических стоматологических больных