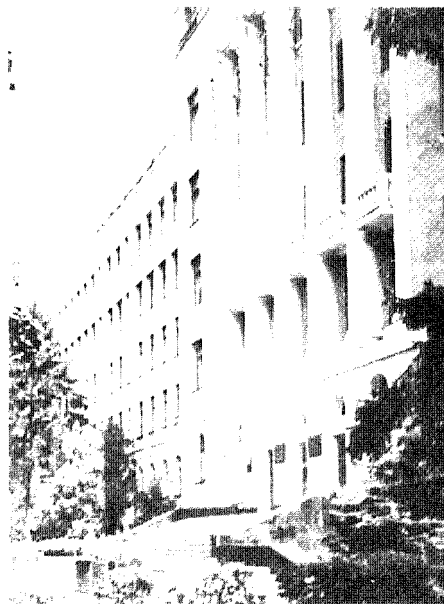


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ



Выпуск 8

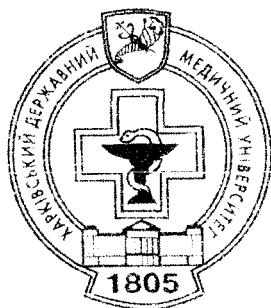
**Харьков
2004**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

200 лет
Харьковскому государственному
медицинскому университету

ВОПРОСЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ

Сборник научных трудов
Выпуск 8



Харьков
2004

УДК 616.31 (081/082)

ББК 56.6

В 74

Редакционная коллегия: проф. В.И. Куцевляк (отв. ред.), д-р мед. наук Е.Н. Рябоконь (отв. секр.), проф. В.П. Голик, проф. Ю.Ф. Григорчук, проф. Г.Ф. Катурова, проф. Н.А. Клименко, проф. Г.П. Рузин

Рецензенты: проф. В.Ф. Куцевляк, зав. кафедрой терапевтической и детской стоматологии Харьковской медицинской академии последипломного образования; проф. В.И. Гризодуб, зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

В74 Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: Сб. науч. тр. – Вып. 8. /Редкол.: В.И. Куцевляк (отв. ред.), Е.Н. Рябоконь (отв. секр.) и др.; МЗ Украины, Харьк. гос. мед. ун-т. – Харьков: ХГМУ, 2004. – 184 с.

Утвержден и рекомендован к изданию Ученым советом Харьковского государственного медицинского университета (протокол № 11 от 16.09.2004 г.)

В сборнике научных статей представлены результаты научных исследований специалистов, которые выполнены на кафедрах стоматологического профиля и смежных дисциплин (нейрохирургия, оториноларингология, гистология, патологическая анатомия и др.) медицинских ВУЗов и учреждений последипломного образования врачей, а также в учреждениях практического здравоохранения. В них отражены экспериментальные, теоретические и клинические вопросы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Представлены работы по вопросам профилактики, диагностики, лечению и реабилитации стоматологических заболеваний у взрослых и детей.

УДК 616.31 (081/082)

ББК 56.6

© Харьковский государственный медицинский университет, 2004

Лісова І.Г., Ярославська Ю.Ю., Ткач Т.В., Іващенко О.Л., Михайленко Н.М., Хасанова Г.Б. Хірургія головних проток великих слинних залоз при хронічних сіалоаденітах та сіалолітазі.....	121
Нероденко Н.И., Коломиец Н.Н. Комплексное лечение фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области у детей	123
Панасюк О.А. Осложненное течение гемангиом губ.....	125
Панасюк О.А., Панасюк А.П. Динамика электротермоасимметрии при лечении гемангиом губ различными методами.....	128
Панасюк О.А., Панасюк А.П. Динамика иммуноглобулинов сыворотки крови у детей с гемангиомами губ, леченых преднизолоном	129
Пюрік В.П., Проць Г.Б., Ніччорчук Г.П., Григорчак І.Б., Касіяничук Н.Р. Види та поширення дитячого травматизму щелепно-лицевої ділянки за матеріалами відділення хірургічної стоматології обласної клінічної лікарні.....	130
Рекова Л.П., Дмитриева А.А. Индекс Кердо как характеристика реакции на стрессовую ситуацию у хирургических стоматологических больных	133
Рузин Г.П., Василенко В.М., Зюзко С.Н., Давуд М., Бида Г.Г., Хасан Ваель, Самара М. Хемодектомы шеи	134
Рузин Г.П., Давуд Мустафа, Самара М. Хасан В. Открытое вправление переднего вывиха нижней челюсти трехмесячной давности (сообщение о случае)	136
Рябокoнь Е.Н. Хронические лимфадениты челюстно-лицевой области и шеи у детей по данным детского челюстно-лицевого отделения харьковской городской больницы скорой медицинской помощи	137
Рябокoнь Е.Н. Радикулярные кисты челюстей у детей.....	139
Сиптиий В.И., Гунько Б.В., Бабалян Ю.А. Способ пластики фронто-орбитальных костных дефектов	141
Скикевич М.Г., Локес Е.П., Кравченко С.Б. Особенности течения гнойно-некротического процесса в челюстно-лицевой области у больных сахарным диабетом....	142
Тимофеев А.А., Горобец Е.В., Раши ОсамА Ал-Азаб, Махмуд Абу Хатаб. Негативное влияние алюминиевых шин на электрогальваническую характеристику тканей полости рта у больных с переломами нижней челюсти	145
Чернышев В.В. Опыт лечения осложненных переломов суставного отростка нижней челюсти.....	147
Чернышев В.В. Лечение осколочных переломов скуловой кости	149
Чернышев В.В. Анестезия нижнечелюстного нерва как осложнение перелома мышечкового от роста.....	151
Чернышев В.В. Профилактика послеоперационных гематом в практике челюстно-лицевого отделения.....	153
Шевчук В.А., Хименко В.М. Функциональное обоснование использования оростомы в хирургическом лечении больных с травмой средней зоны лица	155
Харьков Л.В., Чехова И.Л. Состояние помощи детям с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области по данным стационара за 10 лет (1993-2003 гг.).....	158
Шеремета Е.А. Активные формы кислорода в терапии хронического одонтогенного гайморита.....	164
Кущевляк В.И., Любченко А.В., Рябокoнь Е.Н., Валентинова В.Т. Влияние местной озонотерапии на показатели эндогенной интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей	166

ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

Гасюк А.П., Новосельцева Т.В., Николенко Л.Г., Ройко Н.В., Насонов П.И., Сидоренко И.И., Волобуев Н.А. Васкуляризация пульпы в норме и при патологии	169
Новосельцева Т.В., Иленко Н.Н., Марченко А.В., Николішина Э.В. Клеточный состав пульпы зуба.....	175
Диасамидзе Э.Д., Бережная М.В. Влияние психосоматики лиц пожилого возраста на результаты стоматологического лечения и их профилактика.....	180
Содержание.....	182

фии, прицельной рентгенографии орбит, рентгеновской компьютерной томографии. Протез был фенестрирован, что в раннем послеоперационном периоде создавало условия для дренирования воссозданного эпидурального пространства, а в позднем послеоперационном периоде при прорастании фиброзной ткани (природные швы) через отверстия в пластине, служило фактором дополнительной фиксации. Вторым этапом выполнялось одномоментное замещение костного дефекта лобной кости, с моделированием надбровного края и пластикой передней 1/3 верхней стенки орбиты сферическим преформированным протезом из биоинертной корундовой керамики с восстановлением нормальных топографо-анатомических взаимоотношений в указанной области. Крепление протеза осуществлялось костными швами к ригидным костям мозгового отдела черепа (чешуйчатая часть лобной кости), что благодаря непрерывной структуре конгруэнтного к фронтально-орбитальному дефекту протеза предупреждало возможную миграцию последнего, обеспечивало достаточную жесткость конструкции, упрощало операционную технику, минимизировало фактор местной механической ирритации тканей при флотации орбитальной пластины в раннем послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение. Все 5 больных выписаны в удовлетворительном состоянии. Послеоперационные раны заживали первичным натяжением, швы снимались на 11 сутки. Локально в 2-х (20 %) случаях выявлялись участки подопневротической трансудации, которые разрешились путем повторного пункционного удаления. При контрольном обследовании через 6 и 12 месяцев у всех больных керамический имплантат был стабилен. Конфигурация свода черепа восстановлена.

Таким образом, использование в клинической нейрохирургии методики одномоментной единомоментной краниопластики корундовой керамикой сложных фронтально-орбитальных дефектов костей черепа позволяет повысить эффективность хирургического лечения. Однако, малое число наблюдений не позволяет считать результаты исследования статистически достоверными, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения проблемы.

Литература. 1. Бабиченко Е.И., Пычхадзе М.Я. Краниопластика с применением рентгеноконтрастных аллотрансплантатов // *Вопр. нейрохир.* - 1995. - №2. - С. 48-49. 2. Балабанов А.Р. Отдаленные результаты первичной пластики черепа и твердой мозговой оболочки при черепно-мозговой травме // *Вопр. нейрохир.* - 1996. - №4. - С. 49-50. 3. Волков Г.И. Пластика дефектов черепа: Автореф. диссерт. м.н. - Уфа, 1971. - 22 с. 4. Карагольцева Г.В. Аллопластика дефектов черепа у детей // *Вопр. нейрохир.* - 1980. - №2. - С. 22-26. 5. Кулица В.Д. Пластика дефектов черепа мелкофрагментированной аутокостью // *Вопр. нейрохирургии.* - 1983. - №6. - С. 49-60. 6. Старых В.С. Методика пластики дефектов костей черепа // *Воен.-мед. журн.* - 1986. - №9. - С. 63-64. 7. Guyuron B., Shafiq M., Columbi B. Management of extensive and difficult cranial defects // *J. Neurosurg.* - 1988. - Vol.69. - №2. - P. 210-212.

Скикевич М.Г., Локес Е.П., Кравченко С.Б.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Украинская медицинская стоматологическая академия. г. Полтава

В настоящее время хирургам все чаще приходится принимать участие в лечении больных сахарным диабетом [2, 4]. По данным клиники челюстно-лицевой хирургии Украинской медицинской стоматологической академии в год госпитализируется с различными заболеваниями челюстно-лицевой области около 12 % больных с

сопутствующим сахарным диабетом разной степени тяжести. При этом у 8 % поступивших, заболевание впервые диагностируется в челюстно-лицевом отделении.

При клиническом обследовании больных с сахарным диабетом в челюстно-лицевом отделении на хирурга-стоматолога возлагается большая ответственность, заключающаяся не только в адекватном лечении челюстно-лицевой патологии, но и в осуществлении соответствующей терапии сахарного диабета, при котором возможно затяжное течение основного заболевания и тяжелые послеоперационные осложнения [1, 3].



Рис. 1.



Рис. 2.

Из госпитализированных в челюстно-лицевое отделение Полтавской областной клинической больницы в 2002-2003 гг. 1697 больных у 202 имел место сахарный диабет. У 23 основным диагнозом был фурункул или карбункул различной локализации челюстно-лицевой области, у 51 больного – абсцесс или флегмона, у 24 – остеомиелит нижней челюсти, у 104 пациентов – различные травматические повреждения мягких тканей и костей лицевого скелета.

Нами выяснено, что частота возникновения инфекций кожи (фурункулов и карбункулов), флегмон и абсцессов не выше, чем в аналогичных возрастных группах без диабета, однако клиническое течение этих заболеваний было более тяжелым.

Приводим одно из наших наблюдений. Больной И., 43 лет (история болезни № 14852) поступил в офтальмологическое отделение Полтавской областной клинической больницы 28.10.03 с диагнозом ушиблено-рваная рана верхнего левого века, нагноившаяся гематома левого века, флегмона левой орбиты. Больной

был прооперирован в срочном порядке. Операция – раскрытие и дренирование гнояников. У больных сахарным диабетом развитие гнойно-некротических заболеваний связано с нейропатией, так как из-за отсутствия чувствительности микроотравы и гнойно-некротические процессы не всегда своевременно обнаруживаются больным [2].

04.11.03 больной был переведен в челюстно-лицевое отделение в связи с распространением гнойно-некротического процесса в клетчаточные пространства лица. В тот же день под общим обезболиванием проведена ревизия ран в области век левого глаза, периорбитальной клетчатки, раскрыты флегмоны подглазничной и щечной областей (рис. 1).

В плановом порядке 04.11.03. произведен клинический анализ крови, анализ крови на глюкозу. В анализе крови больного присутствуют клетки предшественники (метамиелоциты – 6 %, палочкоядерные – 49 %, сегментоядерные – 36 %), что свидетельствует о значительном сдвиге лейкоцитарной формулы влево. Выявлено повышение уровня глюкозы крови до 8,2 ммоль/л. В связи с этим больной консультирован эндокринологом с целью коррекции углеводного обмена.

Поставлен диагноз: сахарный диабет инсулинзависимый (1 типа) средней степени тяжести, впервые выявленный. В анамнезе нет сведений о наличии заболеваний эндокринной системы и поджелудочной железы. Произведена коррекция углеводного обмена – больной переведен на инсулин (комбинация простого и пролонгированного инсулина человеческого по 48 ЕД в сутки). Было назначено комплексное медикаментозное лечение.

Обсуждение клиники и патогенеза. В связи с микроангиопатией, характерной для сахарного диабета, в зоне поражения век левого глаза гиперемия отсутствует у данного больного. Нарушение микроциркуляции в области левой половины лица обусловило особенности течения гнойно-некротического процесса. Воспалительная реакция по этой причине была маловыражена. Тромбоз

сосудов поверхностного и глубокого слоев мягких тканей под влиянием инфекции привел к раннему и выраженному некрозу кожи [1], что обязывало проводить некрэктомию через день (рис. 2).

Флегмона клетчаточных пространств лица данного пациента возникла вторично, вследствие травматического поражения кожи левого века (ушибленно-рваная рана века). Атипизм течения раневого процесса при сахарном диабете выражается в более частой его генерализации. Для лечения таких больных наиболее рационально проводить двухэтапную хирургическую обработку. Первый этап – в первые часы после госпитализации больного с целью разрыва порочного круга (гнойная инфекция – декомпенсация сахарного диабета – прогрессирование гнойной инфекции), производят раскрытие гнойника, его ревизию и дренирование. Второй этап – радикальная хирургическая обработка, которая проводится под общим обезболиванием при условии компенсации основных параметров гомеостаза [5, 6].



Рис. 3.

Несмотря на проводимое лечение, (перевязки дважды в день), процесс распространился на верхние отделы шеи. Очаги были раскрыты и дренированы. Острый воспалительный процесс купирован на фоне проводимого комплексного этиопатогенетического лечения (важная роль принадлежит адекватной антибиотикотерапии) на 20 день после госпитализации (обычно на 5-9 день).

Улучшение общего состояния больного происходило медленно, с вяло текущими репаративными процессами. Раны лица заживали вторичным натяжением. Обширные некрозы привели к тяжелым деформациям лица больного. Левое веко и левые подглазничная и височная области в связи с обширным дефектом мягких тканей требуют возмещения дефекта, исправления выворота век, устранение ксерофтальмии. Такое состояние тканей, окружающих левое глазное яблоко, привело к значительному ухудшению зрения с возможной последующей его потерей на фоне прогрессирующей ретинопатии. Однако наличие у больного декомпенсированного сахарного диабета может явиться относительным противопоказанием к реконструктивному возмещению дефекта (рис.3).

По нашим данным летальность при гнойной патологии челюстно-лицевой области в 3-4 раза превышает летальность в аналогичной группе без диабета. По данным литературы летальность при сахарном диабете с сопутствующими гнойно-некротическими осложнениями не уменьшается. Показатель гнойных осложнений у этого контингента больных остается сравнительно большим – 27 % [1].

Исходя из особенностей течения воспалительных процессов в челюстно-лицевой области у больных сахарным диабетом, мы считаем, что лечение необходимо проводить под контролем содержания глюкозы крови 1-2 раза в сутки. Для установления истинного диагноза и составления прогноза течения гнойно-некротического процесса необходимо тщательно собирать анамнез, в ранние сроки проводить необходимые обследования для оценки ситуации и принятия верного решения. Нет сомнения в необходимости консультации эндокринолога и по показаниям других специалистов. Основные направления в комплексе лечебных мероприятий – адекватная коррекция сахарного диабета, улучшение микроциркуляции,

диетотерапия, санация гнойно-некротических очагов, оптимизация репаративного процесса, а также объективизация критериев раннего закрытия ран.

Литература. 1. Газетов Б. М., Калинин А. П. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом. - М.: Медицина, 1991. - 256 с. 2. Геных С. Н., Грушецкий Н. Н., Особенности течения гнойно-некротических процессов при сахарном диабете //Хирургия. - 1993. - №5. - С. 28-31. 3. Кулешов Е. В. Хирургические заболевания и сахарный диабет /Метод. пособие. - Пенза, 1983. - 33 с. 4. Николенко А. С., Сидомирский Б. П., Ковалев А.А. Хирургическое лечение осложненной инсулинзависимого (1 типа) сахарного диабета //Клин. хирургия. 1991. - №12. - С. 22-24. 5. Підільчак М. Д., Терлецька Л. М Комплексне лікування гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок у хворих на цукровий діабет //Практ. медицина. - 1996. - №2. - С. 104-107. 6. Шідловський В. О., Ляніс М. О., Дейкало І. М. Антибіотикотрофікація гнійної інфекції стоти у хворих на цукровий діабет //Клініч. хірургія. - №1. - С. 20-22

Тимофеев А.А., Горобец Е.В., Раша Осама Ал-Азаб, Махмуд Абу Хатаб НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЮМИНИЕВЫХ ШИН НА ЭЛЕКТРО- ГАЛЬВАНИЧЕСКУЮ ХАРАКТЕРИСТИКУ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Киевская медицинская академия последипломного образования им.П.Л.Шурика

Среди многочисленных повреждений челюстно-лицевого скелета переломы нижней челюсти занимают ведущее место. Лечение переломов нижней челюсти до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии [7, 8]. Консервативный метод иммобилизации отломков челюстей с помощью алюминиевых шин наиболее часто используется в комплексном лечении повреждений нижней челюсти [2-4, 7]. Остается высоким процент посттравматических воспалительных осложнений, не сокращаются сроки лечения пострадавших. В литературе уже появились работы, в которых изучалась электрогальваническая активность тканей полости рта, возникающая после наложения на костных металлических скрепителей [1, 5] и зубных металлических шин [6], но данный вопрос до настоящего времени остается мало изученным.

Цель – выяснить влияние алюминиевых шин на электрогальваническую характеристику тканей полости рта у больных с переломами нижней челюсти.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 49 больных с переломом нижней челюсти в возрасте от 17 до 58 лет, которые находились на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении №1 ГКБ №12 г. Киева. В зависимости от примененного метода консервативного закрепления поврежденных отломков челюстей всех обследуемых разделили на две группы наблюдения: I группа – 24 больных, которым для фиксации отломков челюстей мы использовали двухчелюстную алюминиевую шину с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой (в качестве лигатур была применена бронзово-алюминиевая проволока); II группа – 25 больных, которым для скрепления отломков челюстей также были применены двухчелюстные алюминиевые шины с зацепными петлями, но в качестве лигатур была использована проволока из нержавеющей стали.

По показаниям больным проводили удаление зуба из щели перелома с последующей хирургической обработкой послеоперационной раны. Пребывание больных в стационаре было до полной консолидации отломков. Пострадавшим проводилось общепринятое однотипное медикаментозное лечение.

При госпитализации и в процессе лечения всем больным проводилось