

УДК: 616.715.3/4-008-036-073.75

У. Д. Телішевська, Р. В. Кулінченко, О. Д. Телішевська

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ВИЯВЛЕННЯ СИМПТОМІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

Актуальність теми. За даними науково-медичних джерел, від 30 % до 80 % населення страждає на скронево-нижньощелепні розлади (СНР). Останні роки багато уваги приділяється діагностиці та лікуванню таких розладів. Також, акцент ставиться на мультидисциплінарному підході до реабілітації стоматологічного хворого. Взаємодія елементів щелепно-лицевої ділянки (щелеп, зубів, оклюзійних співвідношень, компонентів скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), жувальних та м'язів) є індивідуально збалансованою і пов'язаною з психоемоційним станом людини. Порушення однієї ланки призводить спочатку до порушень співвідношень всіх ланок, а потім до порушень взаємодії. Тому, обстежувати та лікувати усі елементи жувального апарату потрібно комплексно і у співпраці з лікарями інших спеціальностей.

Метою роботи стало питання своєчасного виявлення симптомів СНР та їх диференційної діагностики.

Матеріал та методи: Для досягнення поставленої мети проведено обстеження 217 студентів-добровольців стоматологічного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. З них чоловіків – 90, жінок - 127. Обстежували пацієнтів за стандартним протоколом обстеження стоматологічного хворого, яке включає суб'єктивне та об'єктивне дослідження. Особливу увагу приділяли визначенню чотирьох симптомів, які найчастіше вказують на можливі СНР [5], а саме: біль при пальпації суглобів, наявність шумів у суглобах, біль при пальпації жувальних м'язів, порушення траєкторії відкривання рота.

Результати. Із 217 молодих людей, як і раніше не звертали особливої уваги на стан СНЩС, лише у 40 не спостерігалось жодних симптомів, 177 мали від одного до чотирьох вищезгаданих симптомів. Сучасні щелепно-лицеві астрологи вважають, що наявність хоча б двох симптомів повинна зосередити увагу лікаря на можливу патологію. Отже, з наших досліджень випливає, що 74 обстежених (34,1 %) потребують більш поглибленого функціонального обстеження, а 23 (10,6%), що мають три та чотири симптоми, є потенційними пацієнтами для здійснення направленої спеціалізованого лікування.

Висновки. Визначення межі між преморбідним станом та СНР відіграє важливу роль при обстеженні пацієнта, адже вчасно визначений преморбідний стан дозволить запобігти розвитку СНР.



УДК 616.314-008.1+616.314-001.4:616-08

Л. А. Филиппова, А. А. Филиппова, О. В. Рассказова

ГУ КГМУ имени С. И. Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕРИАЛА ВОСКОПРАН.

Актуальность темы. Острый гнойный одонтогенный периостит челюстей представляет актуальную проблему в стоматологии. В последние годы, несмотря на применение новых препаратов и внедрение усовершенствованных методов лечения, число больных с данной патологией не уменьшается, а остается на неизменно высоком уровне.

Известно, что при лечении острых инфекционных воспалительных заболеваний, развивающихся в челюстно-лицевой области, большое внимание отводится, наряду со вскрытием гнойного очага, антибактериальной и десенсибилизирующей терапии, качеству дренирования, в частности, применению современных перевязочных материалов. К таким материалам относятся салфетки типа «Воскопран с мазью левомиколь», являющиеся носителями различных антисептических, антибактериальных средств, а также других веществ, способных стимулировать регенерацию тканей. В этой связи особое значение приобретает способность дренирующих средств длительно находиться в ране, обладать способностью пролонгировано выделять активные антибактериальные компоненты в рану, действуя перманентно на микрофлору гнойного очага, стимулировать репаративные процессы, не нарушая отток экссудата из раны.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения хирургических стоматологических больных с острым гнойным одонтогенным периоститом челюстей путем дренирования раны полосками Воскопран с мазью левомиколь.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюстей в возрасте от 18 до 60 лет. Все больные были распределены на 2 группы: контрольную (22) и основную (28 пациентов).

Больным в контрольной группе, где использовали с традиционный метод лечения, для дренирования поднадкостничного абсцесса применяли резиновые полоски из стерильной перчаточной резины. У пациентов в основной группе для дренирования субпериостального очага гнойного воспаления применялись полоски из салфеток Воскопран. Как в основной так и в контрольной группах назначались общепринятые медикаментозные средства.

При обследовании пациентов с острым гнойным одонтогенным периоститом челюстей применялись общеклинические и цитологические методы исследования. Для цитологического исследования брали мазок-соскоб из раны в день обращения после периостомии и спустя 3 суток с момента операции (в ходе перевязки). Проводили микроскопирование цитологических препаратов и подсчет клеток.

Результаты и их обсуждение. По данным цитологических исследований, сразу после вскрытия поднадкостничного гнойника в ране выявлен следующий состав клеток: сегментоядерные нейтрофилы – (81,03±0,40 %), палочкоядерные нейтрофилы – (2,03±0,78 %), базофилы – (0,17 ± 0,08 %), эозинофилы – (0,97 ± 0,32 %), лимфоциты – (10,70 ± 0,54 %), моноциты – (4,30±0,44%), макрофаги – (0,67±0,24 %), плазмоциты – (0,13±0,08 %).

Через трое суток у больных в контрольной группе статистически недостоверно уменьшилось относительное количество сегментоядерных нейтрофилов (до 80,53 ± 0,74 % при $p = 0,430$), палочкоядерных нейтрофилов (0,40 ± 0,11% $p = 0,080$), базофилов – 0 %, эозинофилов – (0,43 ± 0,12% $p = 0,062$), статистически значимо снизилось процентное содержание моноцитов – (2,90 ± 0,23 % $p = 0,002$), увеличилось относительное содержание лимфоцитов – (14,47 ± 0,28% $p < 0,001$), недостоверно - макрофагов – (0,90 ± 0,16 % $p = 0,172$), а также статистически значимо - количество плазмоцитов – (0,37 ± 0,05 % $p = 0,017$).

В основной группе с использованием салфеток Воскопран с мазью левомиколь сразу после вскрытия поднадкостничного гнойного очага преимущественно выявлялись дегенеративно изменённые сегментоядерные, палочкоядерные нейтрофилы, присутствовали макрофаги, лимфоциты, плазмоциты, моноциты и другие клетки.

Через трое суток после операции на цитограммах было выявлено уменьшение количества сегментоядерных нейтрофилов (до 77,85 ± 2,39 % $p_1 = 0,192$), палочкоядерных нейтрофилов и базофилов (0 %), эозинофилов (0,03 ± 0,005 % $p = 0,066$ и $p_1 = 0,001$), лимфоцитов (10,83 ± 0,21 % $p < 0,001$ и $p_1 = 0,001$). Существенно увеличилось относительное содержание макрофагов(до 5,47 ± 0,38 % $p < 0,001$ и $p_1 = 0,001$), моноцитов (4,29 ± 0,23 % $p = 0,824$ и $p_1 = 0,001$), плазмоцитов (1,35 ± 0,26 % $p < 0,001$ и $p_1 = 0,001$). Весьма значительным оказалось количество фиброцитов и фибробластов (0,19 ± 0,09%). В целом, такая картина свидетельствовала о снижении проявленности местных реакций воспаления и о начале фазы регенерации.

Заключение. 1.Применение дренирующей повязки Воскопран с мазью левомиколь приводит к значительному снижению выраженности местных воспалительных реакций и к полной санации очага гнойного инфекционного воспаления стимулирует репаративные процессы в ране.



УДК 616.314+616.314-089.-87:616-08

Л. А. Филиппова, А. А. Филиппова.

ГУ КГМУ имени С.И.Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии

ВЛИЯНИЕ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ЛУНКИ ЗУБА ПРИ АЛЬВЕОЛИТЕ

Альвеолит это часто встречающееся воспалительное осложнение после операции удаления зуба, сопровождающееся характерными симптомами, ведущими из которых являются боль в области лунки с иррадиацией и распад кровяного сгустка (частичный или полный). Частота развития альвеолита составляет 3% случаев после типичного удаления зуба и 20 %-при атипичной экстракции. Данные литературы свидетельствуют о постепенном росте этого показателя в хирургической стоматологической практике.

Местное лечение альвеолита предполагает комплексное воздействие включающее в себя, удаление путридных масс из лунки,(путем кюретажа) и проведение противовоспалительной терапии. Для лечения альвеолита предлагается широкий выбор методик, средств, различных по составам и эффективности их действия. Большинство из представленных способов лечения, как правило, направлено на скорейшую ликвидацию воспалительных явлений в лунке удаленного зуба с использованием антибактериальных и противовоспалительных препаратов. Однако эти средства не всегда обеспечивают длительное и эффективное воздействие на ткани воспаленной лунки, так как быстро вымываются слюной, или удаляются самостоятельно в процессе приема пищи, а также при разговоре или любой другой двигательной нагрузке. При этом замедляются процессы регенерации тканей лунки зуба, а также затрудняются формообразовательные процессы в альвеолярном отростке.

Следовательно, вопросы лечения больных альвеолитом представляют несомненный интерес для стоматологов хирургов.

Нами предлагается противоальвеолитная лечебная повязка состоящая из геля холисал и стоматологической губки стимул-осс.