

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.