

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
«ДОСЯГНЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ  
СТОМАТОЛОГІЇ»**

**ДО 90-РІЧЧЯ  
ВІД ДНЯ ЗАСНУВАННЯ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ  
ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ  
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»**

**ТЕЗИ**

УДК 616-089+616.7/6.8

*С. Д. Варжапетян, к. мед. н.*

ГЗ «Запорозьская академия последипломного образования МОЗ Украины»

**АНАЛИЗ СОНОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ  
КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕМБРАНЫ ШНАЙДЕРА  
ПРИ ЯТРОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ**

**Введение.** По данным различных источников хронические верхнечелюстные синуситы до 40 % имеют стоматогенную природу. Анатомически верхнечелюстные синусы представляют собой парные, заполненные воздухом полости, расположенные сбоку от полости носа, и сообщаются с ними через естественное отверстие в среднем носовом ходу. Стенки полости выстланы мерцательным эпителием. При воспалении слизистой оболочки, вызванной инфекцией из периапикальных очагов зубов верхней челюсти, травмой или ятрогенным причинам, таких как терапия и хирургия зубов, имплантация и челюстно-лицевые операции, возникают качественные изменения в толще слизистой оболочки пазухи, которые по данным некоторых авторов? Возможно идентифицировать при ультразвуковом исследовании. Так по данным Шиленковой В.В. (2008) основными эхографическими признаками экссудативного синусита при двухмерном ультразвуковом сканировании являются отек слизистой оболочки, проявляющийся снижением эхогенности неоднородной структуры, и секрет внутри синуса, определяющийся гиперэхогенными включениями горизонтальной или эллипсоидной формы. Кисты и полипы синусов дают ультразвуковую картину анэхогенных образований, связанных со слизистой оболочкой и имеющих четкие контуры.

Сопоставление ультразвуковых показателей состояния слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при различных формах стоматогенного воспаления с ее качественными изменениями имеют важное клиническое значение, поскольку на основе морфологических исследований часто базируются принципы диагностики и лечение того или иного вида патологии околоносовых пазух.

**Цель исследования.** Провести параллели между данными двухмерной сонографии верхнечелюстных синусов и результатами патоморфологического исследования в группах с различными формами ятрогенного верхнечелюстного синусита стоматогенного происхождения.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняло участие 115 (100,0 %) пациентов с хроническим верхнечелюстным синуситом, развившимся на фоне различных стоматологических вмешательств. В группу инфекционно-аллергической формы ятрогенного верхнечелюстного синусита (ИАФЯВС) вошли 22 (19,1 %) пациента, у которых в этиологии болезни установлено распространение периапикальной инфекции ранее леченых зубов в пазуху; в группу смешанной формы ятрогенного верхнечелюстного синусита (СФЯВС) вошли 24 (20,9 %) пациента с пломбировочным материалом или отломком корня зуба в просвете пазухи. В группу медикаментозной формы (МФЯВС) были

включены 12 (10,4 %) пациентов с ятрогенным верхнечелюстным синуситом стоматогенного происхождения на фоне хронического приема лекарственных препаратов (гормоны, антибиотики, наркотики). В группу травматической формы ятрогенного верхнечелюстного синусита (ТФЯВС) – 57 (49,6 %) больных, у которых синусит развился на фоне хирургических манипуляций в области альвеолярного отростка или тела верхней челюсти.

Забор биопсийного материала (участок слизистой оболочки верхнечелюстного синуса) для гистологического исследования проводили интроскопически. Все биоптаты фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина в течение 48 часов. Обезвоживание проводили в восходящей батарее спиртов, начиная с 50<sup>0</sup> этилового спирта, в качестве промежуточной среды использовали раствор хлороформа. Биоптаты заливали смесью парафин: воск: каучук из расчета 20:1:1. Из парафиновых блоков на ротационном микротоме изготавливали 100-150 серийных гистологических срезов толщиной 5 мкм. Для обзорной микроскопии гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином. В гистологических срезах определяли высоту эпителия слизистой оболочки, абсолютную площадь лейко-лимфоцитарных и геморрагических инфильтратов. Оценивали состояние сосудов микроциркуляторного русла. Для анализа процесса волокнообразования в исследуемых образцах срезы окрашивали гематоксилином Вейгерта по Ван Гизону.

Ультрасонографию верхнечелюстных пазух проводила специалист-сонографист диагностическим аппаратом ACUSON X 500, ATSmод.539 (SIEMENS, США) в В-режиме по методике В. В. Шиленковой.

Морфологическое исследование проводилось при участии доктора мед. наук. Григорьевой Е. А. – зав. кафедрой анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии ЗГМУ.

**Результаты исследования.** В группе ИАФЯВС отметили некроз (50,0 %), метаплазию (55,0 %), десквамацию эпителия (36,0 %), внутриэпителиальную лимфоцитарную инфильтрацией (54,5 %), В собственной пластинке мембраны Шнайдера отметили полнокровные сосуды (45,5 %) утолщение сосудистой стенки (36,4 %), наличие геморрагических инфильтратов (45,5 %). По данным ультразвуковой сонографии в просвете пораженных синусов доминировали следующие критерии: гиперэхогенность (53,3 %), однородная эхоструктура (46,7 %), равномерное утолщение (53,3 %) слизистой оболочки, гиперэхогенное содержимое в просвете синусов (60,0 %), дугообразная форма задней стенки синуса (53,3 %).

В эпителии при СФЯВС доминировали некроз (57,1 %), метаплазия (42,9 %), десквамация (64,3 %), внутриэпителиальная лимфоцитарная инфильтрация (55,5 %). В собственной пластинке мембраны Шнайдера в основном были утолщение сосудистой стенки (42,1 %) и наличие геморрагических инфильтратов (63,2 %). Из ультразвуковых критериев доминировали гиперэхогенность, изоэхогенность (38,0 %), неоднородная эхоструктура (57,1 %), равномерное утолщение (74,4 %) слизистой оболочки, акустическая тень (47,6 %), дугообразная форма задней стенки синуса (42,7 %).

При МФЯВС отметили доминирование геморрагических инфильтратов (66,7 %) в собственной пластинке, некроз, десквамация и потерю цилиарного покрова эпителия у 83,3 % пациентов. Данные сонографии: изоэхогенность и неоднородная эхоструктура (63,6 %), равномерное утолщение (54,4 %) слизистой оболочки, гиперэхогенное содержимое (72,7 %), прямолинейная форма задней стенки синуса (63,7 %).

При ТФЯВС Некроз 57,9 % метаплазия 47,0 % эпителия утрата цилиарного покрова 63,2 %. Утолщение сосудистой стенки 42,1 %; Наличие геморрагических инфильтратов 63,2 % собственной пластинки. Данные сонографии: изоэхогенная слизистая (57,1 %), эхоструктура однородная (52,4 %), утолщение слизистой – равномерное (33,3 %), акустическая тень (52,4 %), дугообразная форма задней стенки синуса (38,0 %).

**Выводы.** 1. Морфологические изменения при ИАФЯВС указывали на выраженность острой фазы хронического воспаления эпителия, данные сонографии – на выраженность хронического воспаления (гиперэхогенность – 53,3 %, гиперэхогенное содержимое в просвете синусов – 60,0 %) и серозный характер экссудата (равномерное утолщение – 53,3 %, дугообразная форма задней стенки синуса – 53,3 %).

2. Морфологические изменения при СФЯВС указывали на выраженность острой фазы хронического воспаления эпителия, данные сонографии – на доминирование критериев острой фазы хронического воспаления (акустическая тень – 47,6 %, неоднородная эхоструктура – 57,1 %, гиперэхогенность – 38,0 %), серозный характер экссудации (равномерное утолщение слизистой – 74,4 %, дугообразная форма задней стенки синуса – 42,7 %).

3. По данным морфологических изменений при МФЯВС можно судить о длительном хроническом воспалении слизистой оболочки со слабой выраженностью воспалительного ответа. Данные со-

нографии соответствуют хроническому гнойному синуситу (неоднородная эхоструктура – 63,6 %, гиперэхогенное содержимое – 72,7 %, прямолинейная форма задней стенки синуса – 63,7 %).

4. Морфологические изменения при ТФЯВС указывают на хроническую фазу воспаления. Данные сонографии чаще соответствуют здоровому синусу (изоэхогенная слизистая - 57,1 %, эхоструктура однородная - 52,4 %, акустическая тень - 52,4 %) и серозному выпоту (дугообразная форма задней стенки синуса - 38,0 %).



УДК 616.31-053.2/.6+591.51

*С. С. Горзов, Р. Є. Кедик, А. М. Сабов, В. В. Парлаз*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**ОБГРУНТОВАНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОЕКТИВНОЇ  
МЕТОДИКИ (МОДИФІКОВАНОГО ТЕСТУ «ТРИ ДЕРЕВА»)  
У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ НА ПРИЙОМІ  
В ДИТЯЧОГО ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

**Актуальність.** Важливий вплив на формування психо-емоційного стану мають батьки, що не рідко є ключовим фактором у виникненні дентофобії в дитини, як наслідок передачі батьками негативного особистого «дитячого» досвіду лікування зубів, власної моделі піклування про себе та своє здоров'я, емоційна невідповідність батьків до виконання призначень лікаря-стоматолога.

**Мета.** З допомогою модифікованого тесту «Три дерева» (Едда Клессманна) визначити тип психологічно-емоційної поведінки дитини, щодо проведення стоматологічних маніпуляцій та ставлення дитини до лікаря-стоматолога.

**Виклад основного матеріалу.** За основу взяли обстеження 74 дітей старшого дошкільного віку, які звернулись з метою санації ротової порожнини в «Університетську стоматологічну поліклініку» на базі стоматологічного факультету УжНУ. Всім дітям перед лікуванням було проведено урок здоров'я, безпосередньо лікуючим лікарем-стоматологом, після якого всім діткам запропонували використати аркуш паперу та кольорові олівці, для того, щоб зобразити на малюнку як вони бачать стоматологічний кабінет разом з собою (намалювати себе, одного з рідних, лікаря-стоматолога, та безпосередньо стоматологічне крісло). Після виконаного завдання, всі малюнки оцінював психолог згідно з даних: місце де дитина намалювала себе на аркуші, взаємне розташування дитини - рідна людина – лікар-стоматолог, та розташування дитини відносно стоматологічного крісла.

**Результати.** За результатами дослідження можна визначити вид та об'єм стоматологічної допомоги кожній дитині в залежності від того, в якому порядку дитина намалювала всіх, де саме зобразила себе, та які кольори використала для зображення кожного на малюнку можна свідчити про її психоемоційний стан на даний час, в даній ситуації, відношення дитини до проведення майбутніх стоматологічних маніпуляцій, психоемоційний зв'язок та довіра до лікаря-стоматолога.

**Висновок.** Даний тест дає можливість оцінити емоційний та психологічний взаємозв'язок між дитиною та лікарем-стоматологом, відношення дитини і готовність до проведення будь-якого роду стоматологічних маніпуляцій, та обрати для кожної дитини індивідуальний підхід та вид лікування з найменшою затратою робочого часу для лікаря-стоматолога і мінімальним впливом на психоемоційний стан дитини.

