

with the method of dosed decompression of the bile ducts in the postoperative period. Endoscopic transpapillary interventions included papillary balloon dilation, endoscopic papillosphincterotomy, mechanical lithotripsy and transpapillary endobiliary stenting.

**Keywords:** *cholelithiasis; laparoscopic and open cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.*

Надійшла 23.06.2016 року.

УДК 616.31-073.75+615.314-089.23

Кінаш І.О., Рожко М.М., Костишин А.Б.

### Порівняльна характеристика клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів пацієнтів після проведення підготовки до ортопедичного лікування зубів, зруйнованих нижче рівня ясен

Кафедра стоматології ПО ДВНЗ «ФНМУ» (в.о. зав. кафедрою – проф. І.В. Палійчук)

**Резюме.** Актуальність теми пов'язана із необхідністю більш докладного вивчення динаміки змін та реакції складових частин зубо-щелепної системи на ортопедичне лікування. Метою роботи є вивчення динаміки змін клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів у пацієнтів, яким було проведено висічення різними методами гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба з метою реконтуризації м'яких тканин, на другу добу після проведення процедури. Вивчалися клінічні прояви та відчуття 112 пацієнтів, 38-ом з яких було проведено висічення тканин з допомогою «делікатного скальпеля», 35-ом – електрокоагулятором, 39-ом – діодним лазером. Результати дослідження підтвердили дані літератури та продемонстрували значну відмінність клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів пацієнтів в залежності від методу виконання маніпуляції, з яких найагресивнішим є метод електрокоагуляції, а раціональним з точки зору клінічних проявів та відчуттів пацієнтів – методика з використанням діодного лазера. Перспективним є дослідження процесів адаптації тканин пародонта до ортопедичних конструкцій та термінів повного заживлення раневої поверхні після здійснення маніпуляції, проявів рецесії після ортопедичного лікування.

**Ключові слова:** діодний лазер, стоматологія, коренево-куксова вкладка, дефект твердих тканин.

**Актуальність теми:** На сьогоднішній день є багато досліджень, присвячених відновленню кукси зуба, зруйнованого нижче рівня ясен [2, 3] та публікацій, стосовно можливостей використання лазерів, електрокоагуляторів для підготовки оточуючих тканин до ортопедичного лікування [1, 5].

**Мета дослідження:** Вивчення динаміки змін клінічних проявів та суб'єктивних відчуттів у пацієнтів, яким було проведено висічення різними методами гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба з метою реконтуризації м'яких тканин, на другу добу після проведення процедури для встановлення оптимального, з клінічної точки зору, способу підготовки до ортопедичного лікування зубів, зруйнованих нижче рівня ясен та прогнозування необхідності використання додаткових методів лікування.

#### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення мети під нашим спостереженням перебувало 112 пацієнтів, які були поділені на три групи: група 1: пацієнти із дефектами твердих тканин зубів фронтальної групи, зруйнованих нижче рівня ясен, яким на етапі підготовки до ортопедичного лікування проводилося висікання гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба скальпелем (n=38); група 2 – пацієнти із дефектами твердих тканин зубів фронтальної групи, зруйнованих нижче рівня ясен, яким на етапі підготовки до ортопедичного лікування проводилося висікання гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба електрокоагулятором (n=35); група 3 – пацієнти із дефектами твердих тканин зубів фронтальної групи, зруйнованих нижче рівня ясен, яким на етапі підготовки до ортопедичного лікування проводилося висікання гіпертрофованих ясен навколо кореня зуба діодним лазером (n=39).

З метою якісної підготовки тканин пародонта навколо опорного зуба, пацієнтам проводилася гінгіоектомія з допомогою скальпеля з одноразовим лезом, електрокоагуляції та коагуляції з

допомогою діодного лазера.

Методика гінгіоектомії передбачала використання «делікатного скальпеля», виготовленого для використання саме в стоматології та включала висічення одноразовим лезом під місцевою анестезією, виконану попередньо лікарем-хірургом-стоматологом у хірургічному відділенні, з попередньою антисептичною обробкою ясен 0,05 % розчином хлогексидином біглокланатом, гіпертрофованих м'яких тканин навколо кореня зуба колоподібними рухами за годинниковою стрілкою, починаючи від ділянки навколо оральної поверхні зуба та закінчуючи ділянкою навколо дистальної поверхні зуба. В подальшому на цю ділянку накладався стерильний бинтовий валик з метою зупинки капілярної кровотечі та утворення рубця.

Методика електрокоагуляції полягала в тому, що до тримача вимкненого електрокоагулятора Zerone Co (Heaso LTD, Південна Корея) під'єднувався електрод-ніж. Після чого апарат підключався до електромережі та був готовий до виконання маніпуляції. Після після попереднього обезболювання та дезінфекції ділянки проводили гінгіоектомію при натиснутій кнопці на протязі 10 секунд, з метою запобігання перегріву апарата та тканин. Маніпуляцію видалення гіпертрофованих м'яких тканин навколо кореня зуба проводили колоподібними рухами за годинниковою стрілкою, починаючи від ділянки навколо оральної поверхні зуба та закінчуючи ділянкою навколо дистальної поверхні зуба. У випадку необхідності роботи більш ніж 10 секунд робили паузу 30 секунд згідно рекомендацій виробника, після чого продовжували роботу.

Спосіб проведення коагуляції з допомогою діодного лазера «Ліка-хірург» (Ліка, Україна) передбачав проведення лазерної коагуляції патологічно змінених тканин ясенного краю навколо кореневої частини зруйнованого зуба перед процедурою зняття подвійного відбитку. Методика полягала у накладанні плетеної ретракційної нитки, яка слугує орієнтиром зняття товщини ясенних тканин. Застосовувався один виток ретракційної нитки розміром 00. Операційне поле у ротовій порожнині зрошували 0,05 % розчином хлогексидином біглоконату, висушували. Гінгіоектомію ясенного краю проводили оптичним волокном 0,4 мм діаметру з потужністю 0,5-1Вт та 1,0-2,0Вт з довжиною хвилі 810 або 980 нм на безперервному режимі випромінювання без імпульсної паузи з терміном дії 2-3 мм/сек на режимі меншої потужності та 6-8мм/сек на більш потужному режимі. Світловод утримувався під кутом 20-40 градусів до поверхні та короткими імпульсними точковими рухами проводили корекцію ясенного краю лазерним діодом [4].

На другу добу проводилося зняття подвійного анатомічного відбитка силіконовою масою «Speedex» під коренево-куксову вкладку. Перед тим проводилося опитування пацієнтів стосовно відчуттів та наявності, які вони мають після проведеної процедури та огляд тканин пародонта. Також нами оцінювалося положення краю ясен по відношенню до зуба, на основі чого робився висновок стосовно якості реконтуризації ясен внаслідок проведеної маніпуляції. Результати фіксувалися в спеціальній карті.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Під час проведення нашого дослідження звертали увагу на положення краю ясен по відношенню до рівня висоти кореня на другу добу після проведення маніпуляції – на рівні висоти кореня, вище та нижче висоти кореня (табл. 1).

**Таблиця 1. Точність положення краю ясен по відношенню до рівня висоти кореня на другу добу після проведення маніпуляції (у %)**

Точність положення краю ясен до кореня зуба	Групи пацієнтів		
	Група 1 (n=38)	Група 2 (n=35)	Група 3 (n=39)
Вище рівня висоти кореня	28,13±7,95	75,00±7,65	3,13±3,08
На рівні висоти кореня	15,63±6,42	6,25±4,97	81,25±6,90
Ниже рівня висоти кореня	56,25±8,77	18,75±6,90	15,63±6,42

З таблиці видно, що ясна на межі висоти кореня зуба найчастіше спостерігалися після маніпуляції, виконаної з допомогою діодного лазера, що пояснюється тим, що «заварювання» капілярів дозволяє тканинам швидко регенувати, а тоненький пучок лазера сприяє контрольованому та максимально точному відсіканню тканин. Після маніпуляції, проведеної електрокоагулятором, найчастіше спостерігалося положення ясен, вище межі кореня, що пояснюється достатньо сильною травмою, яку наносить електрокоагулятор і, як наслідок, набряку тканин. Водночас, після проведеної маніпуляції скальпелем найчастіше спостерігали зниження рівня ясен. Це пояснюється тим, що навіть використання «делікатного скальпеля» не страшує від значного видалення тканин, яке неможливо контролювати, через виникнення локальних капілярних кровотеч, що є неминучим при використанні скальпеля. Ознаки запалення та суб'єктивні відчуття пацієнтів, описані в табл. 2 та табл. 3 підтверджують обґрунтування положення ясен відносно межі кореня зуба.

Ознаки запалення характеризують природне відновлення тканин, внаслідок дії скальпеля, посилене запалення після дії достатньо травматичного електрокоагулятора, а відсутність скарг на біль та інших суб'єктивних відчуттів від застосування лазера демонструє його клінічну ефективність в застосуванні у схожих клінічних випадках.

### Висновки

На основі проведеного дослідження можна зробити висновки, що базуючись на даних клінічного огляду, характеристики зовнішніх ознак запалення та суб'єктивних відчуттів пацієнтів оптимальним методом висічення м'яких тканин навколо зуба, зруйнованого нижче рівня ясен є застосування діодного лазера, який здебільшого не викликає негативних суб'єктивних відчуттів пацієнта, дозволяє точно провести лінію розрізу не викликаючи кровотечі та сприяє швидкому загоєнню рани. Не доцільно знімати відіток під ортопедичну конструкцію на другу добу після проведення такої маніпуляції з допомогою скальпеля, а особливо електрокоагулятора. Це може призвести до неточностей при виготовленні постійної ортопедичної конструкції. Необхідним етапом ортопедичного лікування пацієнтів із зруйнованими зубами, нижче рівня ясен є виготовлення тимчасових конструкцій.

**Перспективним** є дослідження процесів адаптації тканин пародонта до ортопедичних конструкцій та термінів повного за живлення раневої поверхні після здійснення маніпуляції, проявів рецесії після ортопедичного лікування.

**Таблиця 3. Суб'єктивні відчуття, які описували пацієнти на другу добу після проведення маніпуляції (у %)**

скарги	Групи пацієнтів		
	Група 1 (n=38)	Група 2 (n=35)	Група 3 (n=39)
пульсація	28,13±7,95	81,25±6,90	-
свербіж	65,63±8,40	18,75±6,90	6,25±4,97
поколвання	3,13±3,08	-	3,13±3,08
відсутність скарг	3,13±3,08	-	90,00±5,48

**Таблиця 2. Ознаки запалення, які спостерігалися на другу добу після проведення маніпуляції (у %)**

Ознаки запалення	Групи пацієнтів		
	Група 1 (n=38)	Група 2 (n=35)	Група 3 (n=39)
біль	28,13±7,95	81,25±6,90	-
набряк	15,63±6,42	81,25±6,90	3,13±3,08
почервоніння	75,00±7,65	59,37±8,68	81,25±6,90
підвищення температури	-	-	-
порушення функції	-	-	-

### Література

1. Габрич Д. Актуальный концепт лазерной технологии в стоматологии / Д. Габрич, Ф. Либауг, У. Нин // ДентАрт, – 2015. – №2. – С. 68-72;
2. Костенко С.Я. Морфологичне дослідження структурного стану ясен на початку ортопедичного лікування зубів, зруйнованих нижче рівня ясенного краю / С.Я. Костенко // Современная стоматология. – 2008. – №2. – С. 144-148;
3. Новиков Е.Ю. Результаты применения цельнокерамических отропедических конструкций из оксида циркония для восстановления зубов с глубокими поддесневыми дефектами / Е.Ю. Новиков // Клиническая стоматология. – 2009. – №1. – С. 52-57;
4. Пат. № 93841 України на корисну модель, МПК А61В 1/00. Спосіб лазерної підготовки ясенного краю до ортопедичного лікування / І. О. Кінаш, М. М. Рожко, В. М. Штурмак, Г. С. Орнат – № u 2012 14005 ; заявл. 10.12.2012 ; опубл. 27.10.2014 ; Бюл. № 20.
5. Стоматология на диодах / S. Capodiferro, E. Maiorano, F. Scarpelli, G. Favia // Стоматолог инфо. – 2016. – № 6. – С. 45-47.

*Кінаш І.О., Рожко Н.Н., Костышин А.Б.*

### Сравнительная характеристика клинических проявлений состояния и субъективные ощущения пациентов после проведения подготовки к ортопедическому лечению зубов, разрушенных ниже уровня десен

Кафедра стоматологии ПО ГВУЗ «ИФНМУ» (и.о. зав. кафедрой - проф. И.В. Палийчук)

**Резюме.** Актуальность темы связана с необходимостью более детального изучения динамики изменений и реакции составных частей зубочелюстной системы на ортопедическое лечение. Целью работы является изучение динамики изменений клинических проявлений и субъективных ощущений у пациентов, которым было проведено иссечение различными методами гипертрофированных десен вокруг корня зуба с целью реконтуризации мягких тканей, на вторые сутки после проведения процедуры. Изучались клинические проявления и ощущения 112 пациентов, для 38 из которых было проведено иссечение тканей с помощью «деликатного скальпеля», для 35 - электрокоагулятором, для 39 - диодной лазером. Результаты исследования подтвердили данные литературы и продемонстрировали значительное различие клинических проявлений и субъективных ощущений пациентов в зависимости от метода выполнения манипуляции, из которых самым агрессивным является метод электрокоагуляции, а рациональным с точки зрения клинических проявлений и ощущений пациентов - методика с использованием диодного лазера. Перспективным является исследование процессов адаптации тканей пародонта к ортопедическим конструкциям и сроков полного запитания раневой поверхности после осуществления манипуляции, проявлений рецессии после ортопедического лечения.

*I.O. Kinash, N.M. Rozhko, A.B. Kostyshyn*

### Comparative Characteristics of Clinical Manifestations and Subjective Feelings of Patients after Preparation of Teeth Destroyed below the Gum Level for Prosthetic Treatment

Department of Dentistry of Postgraduate Medical Education Faculty Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Abstract.** The research is relevant due to the need for more detailed study of the dynamics of changes and response of components of the dento-facial system to orthopedic treatment.

**The objective** of the research was to study the dynamics of changes in clinical manifestations and subjective feelings of patients, who underwent the excision of hypertrophied gums around the tooth root in order to recontour soft tissue by different methods on the second day after the procedure.

**Materials and methods.** We studied clinical manifestations and

subjective feelings in 112 patients. 38 patients underwent tissue excision using a "delicate scalpel"; in 35 cases an electrocoagulator was used; in 39 cases tissue excision was performed with a diode laser.

**Results.** The results of the study confirmed the literature data and showed a significant difference between clinical manifestations and subjective feelings of patients depending on the method of implementing manipulation. The most aggressive method was electrocoagulation, and the most rational one, in terms of clinical manifestations and feeling of patients, was a technique

using a diode laser.

**Conclusions.** The study of the processes of the adaptation of the periodontal tissue to orthopedic structures, terms of complete wound surface healing after the manipulation, as well as recurrences after orthopedic treatment is promising

**Keywords:** diode laser; dentistry; root-stump inlay; hard tissue defect.

Надійшла 15.08.2016 року.

УДК: 617.58-002.44-085

Кобза І. І., Терлецький І. Р., Верхола М. Р., Савченко А. А., Яценко А. М.

### Результати лікування пацієнтів з трофічними виразками ніг

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії №2, кафедра гістології, Львівська обласна клінічна лікарня, м. Львів, e-mail: teriva86@gmail.com

**Резюме. Вступ.** Представлено результати дослідження, ефективності застосування препарату цилостазол при лікуванні пацієнтів з трофічними виразками. Критеріями включення у дослідження були хронічна виразка розмірами не менше 25 см<sup>2</sup>, відсутність позитивної динаміки від проведення попереднього лікування. Пацієнти розділені на дві групи. Перша отримувала стандартну схему лікування, що включала операційне лікування, антибіотикотерапію, антитромботичну терапію, вазодилатори, венотоніки, альфа-ліпоєву кислоту, інсулінотерапію, вакуум-асистовану терапію, еластичну компресію, автодермопластику. В другій групі пацієнтів схеми лікування були доповнені вживанням препарату цилостазол у дозі 100 мг двічі на добу. З метою оцінки впливу препарату на перебіг репаративних процесів у ранах було проведено лектиногістохімічні дослідження та проаналізовано 120 гістологічних препаратів. Оцінювалась динаміка загоєння ран, визначалася відносна швидкість загоєння ран. Якість життя контролювалась за допомогою опитувальника «SF - 36 Health Status Survey». При комплексному аналізі результатів дослідження відзначено покращення ефекту лікування пацієнтів з діабетичними та ішемічними трофічними виразками, які отримували препарат цилостазол. Менш виражений позитивний ефект відзначено у пацієнтів з трофічними виразками змішаної етіології та домінуючою венозною патологією.

**Висновки.** Результати дослідження вказують на доцільність застосування препарату цилостазол у схемах лікування пацієнтів з трофічними виразками нижніх кінцівок.

**Ключові слова:** трофічні виразки, ішемічні, діабетичні, венозні, цилостазол.

**Вступ.** Актуальність дослідження зумовлена тим, що лікування хронічних ран часто не супроводжується задовільними результатами. Поширеність виразок ніг серед населення становить 0,1-1,5%, у 24% хворих тривалість їх наявності сягає більше року. Внаслідок цього 45% хворих страждають від обмеженої мобільності, а багато пацієнтів перебувають лише в межах дому [1,2,3]. Найбільш поширеними етіологічними чинниками утворення хронічних ран є венозна патологія (~70% випадків), артеріальна недостатність та цукровий діабет [1,3,4-6,7,8]. Навіть у профільних клініках у 25-30% пацієнтів загоєння ран досягнути не вдається, а протягом 12 місяців після загоєння у більшості хворих розвивається рецидив [3,6,9,10].

**Мета роботи.** Покращення результатів лікування, покращення якості життя хворих, в яких тривалий час наявні рани.

### Матеріали і методи

Проведено аналіз ефективності лікування хворих із хронічними ранами нижніх кінцівок різного генезу (діабетичні, ішемічні, венозні). Якщо після чотирьох тижнів лікування рани не відзначається позитивної динаміки її можна вважати хронічною (chronic, nonhealing) [11]. Критеріями включення у дослідження були наявність хронічної виразки розмірами не менше 25 см<sup>2</sup>,

проведення попереднього лікування та відсутність позитивної динаміки від нього. Було сформовано дві групи пацієнтів: I група (111) – пацієнти, які отримували стандартну схему лікування (контрольна група), II група (115), хворі, які отримували стандартну схему, доповнену вживанням цилостазолу (100 мг 2 р./добу). Також пацієнтів розділено на підгрупи, згідно з етіологічним чинником, що призвів до появи рани: I група – діабетичні - 38, ішемічні – 37, венозні – 36; II група – діабетичні - 39, ішемічні – 38, венозні - 38. Стандартна схема лікування відрізнялася, залежно від домінуючого етіологічного чинника. Швидкість загоєння ранового дефекту розраховували за формулою [12]. Перше вимірювання через 5-10 днів після початку лікування, після некретомії, повторне - через 14 днів після першого. Середній розмір виразок 120см<sup>2</sup> (26-688см<sup>2</sup>). Також оцінювалась якість життя пацієнтів із застосуванням опитувальника для оцінки якості життя «SF - 36 Health Status Survey» та її зміни в процесі лікування.

Критеріями виключення були: онкопатологія, важка супутня патологія, ураження кістково-суглобового апарату.

Статистичну обробку результатів досліджень проводили з використанням t-критерію Стьюдента. Відмінності середніх значень вважали значущими з рівнем ймовірності не менше 95% (p < 0,05).

У рамках дослідження було проаналізовано 120 гістологічних препаратів. Забір тканин для виготовлення препаратів було виконано після отримання згоди пацієнтів, із візуально найбільш здорової ділянки рани, перед початком лікування, після двох та чотирьох тижнів лікування. Тканини висікались, цільним фрагментом на межі шкіри та ранової поверхні (розміри фрагменту: 1смx0,5смx0,5см). Фіксацію досліджуваного матеріалу проводили у 4% нейтральному формаліні. Оглядові препарати забарвлювали гематоксиліном та еозином. З метою з'ясування молекулярних механізмів розвитку регенераторних процесів у групах проводили лектиногістохімічні дослідження з використанням лектинів різної вуглеводної специфічності, мічених пероксидазою, виготовлених у лабораторії «Лектинотест» ЛНМУ ім. Данила Галицького. Набір лектинів включав: Con A - специфічний до DMan, HPA – до NAcDGal, PNA – до IDGal, LABA – до ±LFuc, SBA – до NAcDGal, WGA – до NAcDGlc. Візуалізацію рецепторів лектинів здійснювали в системі H2O2-32 32 - діамінобензидину тетрагідрохлориду. Мікроскопічні дослідження гістологічних препаратів проводили з використанням мікроскопа Olympus BX-41, а також Carl ZEISS Jena Ng з цифровою фотокамерою Canon IXUS 700.

### Результати та обговорення

Критерієм оцінки ефективності цилостазолу було застосування опитувальника для оцінки якості життя «SF - 36 Health Status Survey» до та в процесі лікування.

Провівши аналіз результатів опитування, найбільш істотною різницею між групами відзначено у пацієнтів із ішемічними виразками, що виявлялось, насамперед, зменшенням інтенсивності болю, покращенням фізичної активності та психо-емоційного стану (табл. 1).

Також значні відмінності виявлено між групами хворих з діабетичними виразками, що проявлялось зменшенням