

УДК 616.716.85

© О. В. Кобяков, С. М. Шувалов

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Експериментальне вивчення можливості застосування компактостеотомії лунок видалених зубів з метою профілактики альвеоліту щелеп

Альвеоліт щелеп – найпоширеніше місцеве ускладнення після операції видалення зуба, яке складає 11–35 % від числа випадків усіх ускладнень, що зустрічаються у хворих після видалення зубів (В. А. Маланчук, 2011; Н. Ю. Платонова, 2011; О. В. Чумаченко, Ю. В. Сегал, 2009). В більшості сучасних досліджень не враховується такий важливий фактор як особливість кровообігу і регенерації в комірках видалених зубів, що залежать від щільності компактних пластинок зубних комірок. Створення умов для прискореної регенерації кісткової тканини, ймовірно, може бути досягнуто шляхом перфорації кортикального шару внутрішніх поверхонь стінок комірок видалених зубів.

Метою роботи було вивчити морфологічні особливості загоєння лунок видалених зубів у нормі та після моделювання «сухих комірок» (СК), з'ясувати вплив компактних пластинок внутрішніх поверхонь комірок видалених зубів на процес їх загоєння, а також визначити ефективність компактостеотомії внутрішніх поверхонь зубних комірок в якості профілактики альвеоліту.

Експериментальне дослідження проводили на лабораторних кролях в умовах віварію ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Створено 3 групи тварин. У контрольній групі виконували звичайне видалення зуба разом із зоною росту і формуванням у комірці згустка крові. В першій досліджуваній групі видаляли зуб з подальшим моделюванням СК, а в другій після видалення зуба і моделювання СК проводили компактостеотомію внутрішніх стінок таких комірок. Усі маніпуляції виконували під комбінованим знеболюванням (інфільтраційна анестезія Ультракаїном ДС/наркоз пропофолом). Тварин виводили з експерименту на 3–7–12 добу з подальшим гістологічним

дослідженням альвеолярних відростків із комірками видалених зубів.

У результаті проведеного дослідження виявлено, що існує принципова різниця між загоєнням комірок видалених зубів під згустком крові й у випадку його відсутності (суха комірка). В лунці зі збереженим згустком крові джерелом грануляційної тканини та остеогенних клітин ставали залишки періодонта та ясенний край, а в ділянках їх відсутності активний ріст грануляційної тканини відзначався в резорбованій остеокластами компактній пластинці внутрішніх стінок комірок, повна епітелізація поверхні комірок відзначалась на 7–12 доби. У випадку СК процеси загоєння відбувались значно повільніше, залишки періодонта були з ознаками некрозу та не придатними в якості джерела судин і клітин, ефективний ріст грануляційної тканини можна було спостерігати тільки на 7 добу в місцях лакуарної резорбції та секвестрації компактної пластинки внутрішніх поверхонь комірок. Макроскопічно на 12 добу така комірка залишалась відкритою, а її стінки були покриті тонким шаром грануляційної тканини. В другій досліджуваній групі (компактостеотомовані СК) комірочки загоювались майже ідентично з контрольною групою, але в цьому випадку ріст грануляційної тканини відбувався переважно з боку ендоста через штучно створені отвори, поява ретикулофіброзної кісткової тканини вже була помітна на 3 добу після видалення зуба, на 12 добу комірка була щільно заповнена грануляційною тканиною з великим вмістом новоутвореної грубоволокнистої кісткової тканини. В цій групі повна епітелізація комірки відбувалась на 7 добу.

Під час загоєння СК виникали морфологічні ознаки альвеоліту, регенерація в та-

ких умовах була утрудненою і відбувалась тільки зі сторони резорбованої компактної пластинки внутрішніх поверхонь комірки.

Компактна пластинка внутрішніх поверхонь комірок видалених зубів ставала причиною гальмування процесів регенерації і «бар'єром» для проліферації клітин і судин ендоста.

Застосування методу компактоостеотомії внутрішніх поверхонь СК давало змогу профілакувати розвиток альвеоліту і стимулювати ендостальний шлях репаративного остеогенезу, метод виявився ефективним і може рекомендуватись до застосування в практичній стоматології.

УДК 616-001.41: 616.01/099: 616-06.

©С. С. Поліщук, С. М. Шувалов

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Роль гепатобіліарної системи для загоєння травматичних пошкоджень слизової оболонки порожнини рота щурів

На сьогодні проблемними моментами щелепно-лицевої хірургії залишаються питання якості регенерації травматичних пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Загоєння таких пошкоджень проходить через виникнення запальних ускладнень (нагноєння рани, абсцеси, флегмони). Особливої уваги заслуговує проблема післятравматичної регенерації слизової оболонки на фоні супутньої патології, такої, як захворювання гепатобіліарної системи.

Метою дослідження було в експерименті на щурах дослідити вплив порушення гепатобіліарного тракту на загоєння травматичних пошкоджень слизової оболонки порожнини рота.

Експеримент було проведено на 24 білих щурах-самцях віком 5 місяців та масою 240–270 г. Рану на слизовій оболонці наносили трепаном під наркозом (В. Я. Скиба та співавт., 2002).

Щурів поділили на 2 групи: контрольна група (12) – з травмою слизової оболонки порожнини рота та дослідна група (12) – з травмою слизової оболонки порожнини рота та перерізкою загальної жовчної протоки.

Результати спостережень за тваринами без перерізки загальної жовчної про-

токи виявили значну різницю у бік збільшення швидкості й скорочення термінів загоєння поранень слизової оболонки порожнини рота. При нормальному функціонуванні гепатобіліарного тракту загоєння починалося на 4–5 доби та відмічався повний процес регенерації на 7–8 доби. При цьому було відмічено нагноєння ран у 2-х щурів (16,7 %). В умовах порушення функції гепатобіліарної системи термін початку регенерації склав у межах 12–14 днів. У дослідній групі щурів було відмічено нагноєння рани слизової оболонки у 5 щурів (41,7 %).

На основі проведеного дослідження можна зробити висновки:

1. При порушенні гепатобіліарної системи спостерігається погіршення умов регенерації слизової оболонки порожнини рота та збільшуються терміни загоєння ран.

2. Захворювання гепатобіліарної системи сприяють зниженню імунітету, локальної резистентності тканин та уповільненню загоєння.

3. Ускладнене загоєння рани слизової оболонки в 2,5 раза частіше відмічене у щурів із порушенням гепатобіліарного тракту.