

УДК 616.742-089

©Д. С. Аветіков, А. А. Гутник

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Планування та проведення верхньої ретидектомії з урахуванням антропометричних показників

Інволюційні зміни м'яких тканин обличчя вивчено недостатньо, відсутні дані щодо залежності фіброархітекtonіки м'якого остова обличчя, зокрема у скронеvій та виличній ділянках від форми голови, віку та статі. Цим зумовлені певні складності планування та виконання естетичних операцій.

Метою роботи була оптимізація методів планування і виконання верхньої ретидектомії.

Досліджено 35 пацієнтів з інволюційним птозом шкіри верхньої третини обличчя. Порівняно з хворими контрольної групи, їм було виконано верхню ретидектомію за авторською методикою. Під час дослідження використовували біомеханічні та клінічні методи.

При плануванні операції ретидектомією у доліхоцефалів проводити вертикаль-

ний розріз позаду від ліній росту волосся. Як показали біомеханічні дослідження, після проведення таких розрізів у майбутньому залишається помітний рубець. У брахіцефалів доцільно проводити задній горизонтальний скронеvий розріз, або криволінійний розріз із мінімальним натягненням шкіри назад і догори з мінімальним її висіченням. При проведенні інших розрізів може змінитися косовертикальне направлення ліній навколо ока.

Таким чином, на основі проведених цілеспрямованих біомеханічних досліджень ми обґрунтували оптимальні методики розрізів при проведенні верхньої ретидектомії, що забезпечують хірургічні втручання із збереженням природних топографо-анатомічних співвідношень тканин обличчя.

УДК 716.716.8-006.2.03-006.5-02

©С. М. Шувалов, В. В. Нагайчук, Н. Б. Кузняк¹, С. Ю. Паліс¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»¹

Кісти та пухлиноподібні ураження щелепних кісток, які розвиваються із залишкового залозистого епітелію

Кісти щелеп – одна з найпоширеніших патологій серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. Серед операцій, виконаних хірургами-стоматологами в амбулаторних умовах, операції з приводу одонтогенних кіст щелеп займають одне з перших місць після операції видалення зуба, а серед пацієнтів, яких госпіталізують в стоматологічні стаціонари, хворі з одонтогенними кістами складають біля 8 %. Проте інколи після операції кістектомії та патологоанатомічного дослідження хірург-стоматолог отримує досить неочікувані результати, коли внутрішньокіст-

кові пухлини та кісти містять тканину слинних залоз.

Так, у 1984 році на Міжнародній конференції асоціації патологоанатомів темою обговорення стали кісти, які одночасно несли в собі ознаки як одонтогенних кіст, так і слинних залоз. Вперше таку кісту названо сіало-одонтогенною Padayachee і Van Wyk в 1987 р. В подальшому Гарнер із співавт. (1988) описали її як «залозиста одонтогенна кіста» (ЗОК). Ці кісти є рідкісним захворюванням. З даних з архіву відділення щелепної патології Університету Witwatersrand (Південна Африкан-

ська Республіка) за період з 1992 до 2004 року зареєстровано лише 6 випадків даної кісти із 3498 спостережень щелепних кіст (0,2 %). Jones із співавт. (2006), за 30-річний період виявили 11 випадків із 7121 кіст щелеп (0,2 %). На сьогодні описано більше 100 випадків даної патології.

Ми описали два випадки: випадок залозисто-одонтогенної кісти фронтального відділу нижньої щелепи ми спостерігали у пацієнта 43 років на базі Чернівецької ОКЛУ 2013 році. Помірно-диференційовану аденокарциному верхньої щелепи справа діагностовано у хворої 55 років на базі Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова в 2008 році. В обох випадках попереднім діагнозом була «одонтогенна кіста» та проведена операція «цистектомія» під місцевим знеболуванням. При патогістологічному дослідженні в обох випадках були виявлені залозисті структури (слинні залози).

Причини появи залозистого епітелію в щелепах зазвичай не обговорюють. Але професор С. М. Шувалов зробив припущення, що в період ембріонального розвитку щелеп в онтогенезі ембріон повторює етапи філогенезу деяких тварин (плазунів, ссавців). Так, збереження залозистого епітелію при формуванні зубів спостерігається у деяких видів плазунів і ссавців. У процесі філогенезу голови відбулось формування ротової порожнини з наступним

розвитком у ній органів спеціального призначення, таких, як зуби, язик і ротові залози. Розвиток цих органів тісно пов'язаний між собою. У риб і водних амфібій ротові залози мають найпримітивнішу будову. В отруйних змій, ящірок та ссавців, таких, як ехидна, качконіс, щелезуб деякі ротові залози серозного типу перетворились в складну трубчасту отрутовидільну залозу, пов'язану з зубами. У людини також при закладці тканин слинних залоз як великих, так і малих, залозисті клітини інколи розташовані поза межами їх капсул. Відомо також, що закладка залозистого епітелію у людини відбувається разом із зубною пластинкою продовж перших трьох місяців ембріонального розвитку, після чого відбувається його інволюція. Однак в ряді випадків клітини залишкового епітелію зберігаються і можуть слугувати основою для розвитку аденокарцином та виявляться у складі еволюційних кіст.

Розвиток зубів безпосередньо пов'язаний із розвитком слинних залоз не лише в онтогенетичному, а й у філогенетичному аспектах.

В постнатальному періоді залишки залозистого епітелію є причиною залозисто-одонтогенних кіст.

Дані клітини залишкового епітелію можуть стати причиною розвитку аденокарцином та центральних мукоепідермоїдних карцином щелеп.

УДК 616.716.85-002-085.246.2

©Н. Б. Кузняк, С. І. Трифаненко, І. Т. Бойчук

ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет»

Застосування місцевої сорбційної терапії при лікуванні альвеолітів

Профілактика та лікування післяопераційних гнійно-запальних процесів залишаються актуальними питаннями для сучасної хірургічної стоматології. Ці проблеми пояснюються тенденцією до зростання кількості ускладнень після типового й атипового видалення зубів зокрема, та терміном загоєння післяекстракційної рани. Одним із найчастіших післяопера-

ційних ускладнень при видаленні зубів є альвеоліт. Особливо важливе значення має лікування гнійно-некротичних і некротичних альвеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомієлітом лунки [2]. Серед лікарських засобів, що застосовуються при місцевому лікуванні післяекстракційних ран, предметом нашого подальшого дослідження був препарат