

616.31 (06)

C-91



Матеріали II (IX) з'їзду Асоціації стоматологів України

(1-3 грудня 2004 р.)

Київ

шкіри над кістою не змінений. Кіста не спаяна з прилеглими тканинами. Після гістологічних досліджень нами було встановлено, що внутрішня поверхня БКШ вистелена багаторядним циліндричним або багат шаровим плоским епітелієм, під яким виявлялися розростання з лімфоїдої тканини із сформованими фолікулами та "гасалеподібними" тільцями. За допомогою гістохімічних реакцій встановлено, що поверхневі шари епітеліального пласта в БКШ ШИК-позитивні. У міжклітинних просторах самого епітеліального пласта та під ним виявляються кислі мукополісахариди.

У препаратах нами виявлений залозистий епітелій, що представлений ацинарними та протоковими відділами, без чіткої орієнтації, які вистелені циліндричним епітелієм. Крім того, в стінці кісти виявлений комплекс залоз, який дає позитивну ШИК-реакцію, що свідчить про наявність у цих залозах слизу. Таким чином, наявність компонентів слинної залози дозволяє вважати, що бічні кісти шиї можуть виникати внаслідок дистопії залозистого епітелію у лімфатичні утворення.

Цитологічна картина вмісту БКШ достатньо характерна: поряд з оксифільними слизоподібними масами та клітинним детритом були виявлені клітини плоского епітелію, часто дегенеративно змінені. Інколи виявлялися поодинокі кристали холестерину, лімфоцити та еритроцити.

Під час гістохімічного дослідження нами виявлені α -амілаза, трипсин та інгібітори трипсину. Слід зазначити, що найчастіше хворі направлялися у стаціонар щелепно-лицевої хірургії з діагнозом „лімфаденіт“, „ліпома“. У 30 % були розходження клінічного діагнозу з попереднім.

Таким чином, цілеспрямоване комплексне клініко-лабораторне дослідження БКШ дає можливість диференціювати їх на бранхіогенні та лімфоепітеліальні.

Перспективи застосування кріоконсервованих тканин ембріофетоплацентарного комплексу в лікуванні нейростоматологічних захворювань

В.І. Митченко, О.С. Іваницька, І.А. Колісник, Т.В. Салогуб

м. Полтава

У практичній діяльності хірургам-стоматологам досить часто доводиться стикатися з різноманітними нейростоматологічними захворюваннями, число яких, на жаль, останнім часом збільшується. Серед них одними з найпоширеніших є невралгія трійчастого нерва, невропатія лицевого нерва, гангліоніт крило-піднебінного вузла (синдром Слюдера). Так, за даними В.Є. Гречко (1990), невралгія трійчастого нерва становить половину всіх неврогенних захворювань лица та порожнини рота. Значною також є поширеність уражень лицевого нерва, що поступається лише невралгії трійчастого нерва (Д.В. Никитенко, 1998), а деякі дослідники навіть віддають їм першість (І.А. Завалишин, А.В. Переседова, 2001). Серед вегетативних гангліонітів найчастіше зустрічається крилопіднебінний гангліоніт (Н.М. Грицай, Н.О. Кобзиста, 2001).

Перебіг цих захворювань є досить тяжким, що приносить хворим немало фізичних та моральних страждань. Так, основними клінічними проявами невралгії трійчастого нерва та крилопіднебінного гангліоніту є пароксизмальний біль високої інтенсивності. Ураження лицевого нерва переважно проявляються парезами та паралічами м'язів, що також призводить до втрати працездатності і можливості вільного спілкування.

Етіологія та патогенез названих захворювань до цього часу залишаються остаточно не з'ясованими, а тому наявні методики їх лікування мають в основному симптоматичний характер і нерідко виявляються недостатньо ефективними, що може призводити до рецидивів захворювання. Отже, проблема пошуку і розробки більш результативних способів їх лікування є актуальною і соціально важливою.

У сучасній медицині все ширшого застосування набуває метод трансплантації ембріофетальних та плацентарних тканин. Він ґрунтується на використанні тих унікальних властивостей, якими наділені саме ці тканини. Механізм лікувальної дії такого трансплантата полягає, по-перше, у привнесенні ним

широкого спектру збалансованих за концентрацією біологічно активних субстанцій, що дозволяє стимулювати регенерацію, відновити порушений клітинний та тканинний гомеостаз, по-друге, адаптуючись до умов мікросередовища і відповідаючи на місцеві органо- та тканевоспецифічні регуляторні сигнали, трансплантат може також виступати і в ролі „пластичного будівельного” матеріалу для комбінування специфічних функцій уражених органів та тканин (В.І. Грищенко, А.Н. Гольцев, 2002).

Накопичений позитивний досвід лікування багатьох захворювань за допомогою цього методу дозволив нам почати клінічні дослідження з лікування нейростоматологічних захворювань методом трансплантації кріоконсервованих тканин ембріофетоплацентарного комплексу.

Цей метод після проведення усіх необхідних обстежень був запропонований 65 хворим з невралгією трійчастого та невropатією лицевого нервів периферичного генезу та 14 — з крило-піднебінним гангліонітом, лікування яких традиційними методами виявилось неефективним. Трансплантація здійснювалось шляхом ін'єкції 1,8 мл кріоконсервованих суспензії ембріональної нервової тканини та гомогенату плаценти за розробленою нами методикою залежно від конкретного захворювання та зони ураження. Клінічні обстеження хворих проводилися наступного дня після трансплантації, а також через 10 днів, 1 міс та 3 міс. У всіх випадках наслідки трансплантації виявилися ефективними. Максимальний терапевтичний ефект був досягнутий через 1 міс після операції. Позитивні результати лікування збереглися упродовж 3 міс. Таким чином, нами було доведено, що трансплантація ембріофетоплацентарного комплексу може розглядатися як ефективний метод лікування нейростоматологічних захворювань.

Морфоклиническая характеристика ангиосомных лоскутов головы для пластики ушной раковины

В.И. Митченко, В.Н. Соколов, Д.С. Аветиков

г. Киев

При проведении пластических реконструктивно-восстановительных операций на голове и, в частности, на ушной раковине, как правило, материал берется из далеких анатомических регионов с массивным кровоснабжением. При этом возникают разные неудобства, связанные с трансплантацией артериализированной ткани. Поэтому стало актуальным изучение артериального кровоснабжения областей, находящихся в непосредственной близости от зоны дефекта.

Целенаправленное топографо-анатомическое исследование сосудов головы и шеи, в частности, сонной артерии, было продиктовано двумя задачами: дать детальную топографо-анатомическую характеристику ветвей сонной артерии с позиций использования их в качестве реципиентных сосудов при выполнении пластических операций артериализированными ауто трансплантами на микрососудистых анастомозах, дать морфологическую характеристику основным источникам кровоснабжения покровных тканей головы и артериализированным лоскутам, которые выкраиваются в зоне их разветвления.

Раньше исследователи не уделяли надлежащего внимания изучению начальных отделов сонных артерий, а также выявлению различий в их строении, диаметре, углах отхождения ветвей и их количества. В наше время, в период бурного развития оперативной техники, в частности, пластических операций на сосудах, в том числе и на сонных артериях, есть необходимость разработки этого вопроса. Знания общих закономерностей и индивидуальных отличий ангиоархитектоники крайне важны в практической работе пластических хирургов, которые используют артериализированные трансплантаты и микрососудистые анастомозы данного региона. Ангиоархитектоника ветвей наружной сонной артерии и распределение их в покровных тканях головы позволяет рассматривать этот регион как ангиосомную донорскую зону артериализированных трансплантатов для пластики тотальных и субтотальных дефектов ушной раковины.