

**Т Е З И****МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«ДОСЯГНЕННЯ НАУКИ І ПРАКТИКИ В СТОМАТОЛОГІЇ»  
В РАМКАХ VI (XIII) ЗІЗДУ АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ**

УДК 616.127-007.17:577.

*О. В. Авдєєв<sup>1</sup>, д. мед. н., А. Б. Бойків<sup>2</sup>, к. мед. н.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**ЗМІНИ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ  
ТВАРИН ЗА ЗМІНЕНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ**

Різноманітний вплив зовнішнього середовища може впливати на стан реактивності. З метою визначення змін гуморального імунітету при зміненій реактивності були проведені дослідження на шестимісячних щурах масою 180-200 г попередньо розділених на три групи: контрольну (інтактні тварини), групу з гіперергічною реакцією, змодельованою за допомогою внутрішньом'язового введення 10 мкг/кг маси тіла тварини пірогеналу протягом 7 діб та групу з гіпоергічною реакцією, змодельованою за допомогою внутрішньом'язового введення циклофосфану у дозі 10 мг/кг маси тіла тварини протягом 7 діб. Дослідження проводили через 1 добу та 7 діб. Спостерігали порушення у загальному аналізі крові й імунному гомеостазі у всіх групах. Найбільш яскравими вони були на 7 добу спостережень у групі з гіперергічною реакцією. Спостерігали зміни концентрації основних класів імуноглобулінів. Вони змінювались диспропорційно і нерівномірно: IgA-0,634±0,065 г/л, IgM-0,731±0,043 г/л IgG-4,750±0,135 г/л (на 12,0 %, 16,8 %, 11,6% відповідно більше, ніж в контрольній групі), збільшувався вміст циркулюючих імунних комплексів 107,5±5,34 ум.од. (на 21,4 % більше контрольної групи і на 50,0 % більше при порівнянні з групою з гіпоергічною реакцією); комплементарна активність сироватки крові склала 42,34±1,08 гем.од. (на 17,4 % більше контрольної групи). Отримані дані вказують на те, що зміни імунологічної реактивності, вірогідно, відбуваються в зв'язку із впливом на організм резидентної мікрофлори біотопів, в першу чергу, порожнини рота. Саме тут відбувається первинний контакт їжі зі слизовою оболонкою, і механічний вплив стає чинником розвитку змін у пародонті, що було підтверджено проведеними морфологічними дослідженнями тканин пародонта.



УДК 616-089.5+616.716.4

*М. В. Анисимов, к. мед. н., Л. В. Анисимова, к. мед. н.*

Одесский Национальный медицинский университет  
Государственное учреждение «Институт стоматологии  
Национальной академии медицинских наук Украины»

**АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОБЛАСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
АНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

Мандибулярная анестезия является самым распространенным методом местного обезболивания для проведения всех видов лечения зубов на нижней челюсти. По данным ряда авторов ее эффективность составляет до 60 %. Главным условием для проведения успешной проводниковой анестезии является создание достаточной концентрации и удержания анестезирующего раствора в области нерва. В связи с чем является актуальным изучение анатомических особенностей депонирования и распространения анестезирующего раствора при выполнении традиционной методики мандибулярной анестезии.

**Цель настоящего исследования.** Изучение распространения анестезирующего раствора в анатомо-топографической области целевого пункта мандибулярной анестезии.

**Материалы и методы.** Анатомические исследования проводились на базе кафедры анатомии человека Одесского национального медицинского университета. Изучено строение целевых пунктов мандибулярной анестезии на 21 сагитальном распилах головы человека. Анализ вариантов анатомической нормы и распространения инфузионного раствора в соответствующей анатомической области проводился методом препарирования и компьютерной томографии. Компьютерная томография с контрастным веществом «Верографин» проведена на 4 сагитальных распилах головы человека.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Целевой пункт мандибулярной анестезии, которая проводится по общепринятой методике, находится на 0,5 см выше нижнечелюстного отверстия и находится в крыловидно-нижнечелюстном пространстве. Соответственно в этом пространстве создается депо анестетика. Непосредственный интерес для нас представляло то, как распространяется раствор анестетика из своего депо. Чем больше область распространения анестетика, тем меньше будет его концентрация на целевых нервах. Для изучения области распространения анестезирующего раствора при проведении мандибулярной анестезии по общепринятой методике было проведено четыре таких анестезии на сагитальных распилах головы человека. Местный анестетик при этом был заменен на рентгенконтрастный раствор. Спустя три минуты после инъекции проводилась компьютерная томография сагитальных распилов. На всех томограммах отмечалось схожее распределение раствора.

На полученных томограммах видно, что раствор из крыловидно-нижнечелюстного пространства в значительной степени попадает в смежные анатомические пространства, окологлоточное и межкрыловидное. При этом он распространяется на большой площади, начиная от проекции переднего края венечного отростка и до заднего края суставного. При препарировании данных анатомических областей на трупах мы убедились в том, что на такое распределение раствора при мандибулярной анестезии непосредственное влияние оказывает межкрыловидная фасция. В данном случае она препятствует омыванию раствором анестетика целевых нервов.

**Выводы.** Проведенные исследования позволяют предположить, что наличие определенного количества неудач при выполнении проводниковой анестезии на нижней челюсти может быть обусловлено низкой диффузией анестетика к целевым нервам, за счет распространения его в смежные анатомические пространства.



УДК 616.31-85:621.386.85:62.404.8:628.17

*А. О. Бас, к. мед. н., Л.С. Кравченко, к. біол. н., Н.А. Івченко, к. мед. н.*

Одеський Національний медичний університет

### **МІСЦЕВЕ ЗАСТОСУВАННЯ АПІГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПРОМЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ**

Клінічні дослідження проведені в 42 пацієнтів з ураженнями слизової оболонки порожнини рота (СОПР) після променевого лікування новоутворів у ділянці голови і шиї. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи: контрольну і основну. У контрольній групі (20 осіб) проводили загальноприйнятні лікувальні заходи, в основній крім загальноприйнятої терапії призначали місцево на уражені ділянки СОПР аплікації з новоствореного апігелю, який володіє протизапальною, регенеративною діями. Хворих спостерігали через 2 тижні, місяць, 3, 6, 12 місяців після лікування.

У всіх пацієнтів після променевої терапії визначали виразну сухість в ротовій порожнині, гіперемію, набряк, втрату блиску і появу складок на слизовій оболонці щік, губ, на м'якому піднебінні. На язиці гіперемія була на бокових поверхнях. Ерозії, покриті фібрином, локалізувалися на слизовій оболонці та червоній облямівці верхньої губи.

Фіксували симптоми променевої реакції СОПР: гіперемію, набряк, кровоточивість ясен,вогнищевий або зливний епітеліт, ерозивні та виразково-некротичні процеси. У 50-60% пацієнтів після опромінення (20-40 Гр) виявляли явища променевого стоматиту.