

В контрольній групі проводилися загальноприйняті лікувальні заходи, в основній – крім загальноприйнятої терапії призначали місцево на уражені ділянки в ротовій порожнині аплікації з новоствореного гелю на основі біологічно активних речовин апіпродуктів та інших природних складових, який володіє радіопротекторними властивостями.

Особливу увагу приділяли стану вивідних протоків слинних залоз, наявності і кількості виділеного з них секрету. За результатами об'єктивного обстеження та суб'єктивної симптоматики виділяли ксеростомію різного ступеню тяжкості (I-III ступенів). При порушенні функції слинних залоз III ступеню, коли функція слиновиділення повністю пригноблена, у хворих відзначені болючі відчуття в слинних залозах, різка сухість у роті, біль при їжі, порушення сну, мови. Спостерігалися явища стоматиту, слизова оболонка порожнини рота (СОПР) суха, гіперемована, з тріщинами, ерозія ми.

В процесі досліджень виявлено, що ступінь виразності ксеростомії напряму залежить від загальної променевої дози. Під нашим доглядом находилися хворі, у яких виявлялася ксеростомія I і II ступеня, динаміка симптомів якої залежала від часу, минулого з моменту променевої терапії, виявляючи зворотний процес, що свідчило про відсутність структурних уражень слинних залоз.

В основній групі в процесі лікування суттєво знижувалися прояви променевих ускладнень. Знижена саливація, обумовлена дією опромінення, в процесі спостереження у хворих основної групи відновлювалася або наближувалася до нормальних значень значно швидше ніж у пацієнтів контрольної.

Після місцевого застосування апігелю спостерігалось більш виразне та швидке усунення сухості у роті, купіровання почуття дискомфорту, покращення стану СОПР, визначалися позитивні зрушення якісних характеристик ротової рідини (зменшувалася в'язкість), що значно підвищувало якість життя хворих.



УДК 616.314.17-08

О. В. Купчак

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА У ЛИЦ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

В последнее время достаточно активно разрабатывается тема взаимосвязанных эндопародонтальных поражений. Одни авторы считают, что апикальный периодонтит может служить источников для инфицирования пародонтальных карманов (Галева З.Р., 2012), другие исследователи склонны к другому объяснению проблемы, а именно, микробной инвазии корневых каналов со стороны пародонтальных тканей (Байрамов Г.Р., 2010).

Цель исследований. Разработка способа лечения хронического апикального периодонтита у лиц с воспалительными заболеваниями пародонта, одновременно корригирующего микробиоценоз полости рта и корневых каналов.

Материалы и методы исследования. В исследованиях приняли участие пациенты с хроническим апикальным периодонтитом (12 чел.) и у них наблюдались воспалительные заболевания пародонта (генерализованный гингивит (РМА более 50 %) или хронический пародонтит нач.-I ст. тяжести):

Лечение периодонтита проводили в 3-4 этапа по следующей схеме: в 1-е посещение механическая и антисептическая обработка корневого канала антисептиками: гипохлоридом натрия, затем метронидазолом, турунда с антисептиком миромистином, герметическая временная пломба. Назначение специального антисептика (Perio-Aid® Maintenance) для полоскания рта на срок до 7-х дней и чистку зубов с введением в зубную пасту Метрогил-дента. Второе посещение назначали через 3 дня, после вскрытия зуба обрабатывали другим антисептиком (хлоргексидином), оставляли в корневом канале турунду с хлоргексидином. Третье посещение – через 3 дня – после вскрытия зуба в корневой канал вводили антисептик гипохлоридом натрия.

Результаты. Исходный уровень микробного баланса корневых каналов характеризовался присутствием из группы грам-отрицательных облигатно-анаэробных палочек – *Porphyromonas endodontalis* (100 %), а также *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, фузобактерий, *Actinomyces* и *Streptococcus sanguis*. Во 2-е посещение не высевались *Actinomyces naeslundii*, *Candida albicans*, *Prevotella intermedia*, *Propionibacterium* spp. и *Streptococcus sanguis*. Снизилась распространенность и интенсивность *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *Corynebacterium* spp., *Enterococcus faecalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas endodontalis*, *Peptostreptococcus* spp. и *Staphylococcus* spp. В 3-е посещение в корневом канале лиц основной группы практически не были высеяны микроорганизмы, участвующие в развитии воспалительного процесса.



УДК 611-018.4+616-092+616.716.4:611.08-599.323.4

В. Ф. Куцевляк, д. мед. н., В. И. Куцевляк, д. мед. н. Е. А. Омельченко*, И. В. Цыганова

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Лаборатория Вирола*

РЕПАРАТИВНЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ (СКЖТ) НА КОЛЛАПАНОВОЙ ПОДЛОЖКЕ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Одним из перспективных направлений коррекции процесса регенерации костной ткани является трансплантация аутологичных стволовых клеток, полученных из жировой ткани.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения костной ткани челюсти кролика при использовании аутологичных стволовых клеток, полученных из жировой ткани на коллапановой подложке.

Материалы и методы исследования. Аутологичные стволовые клетки получали из подкожного жира, выделенного из паховой области.

Изучение процесса заживления костных дефектов размером 3,0 x 3,0мм проводили на 16 кроликах породы Шиншилла, 12 животных составили основную группу, 4 – контрольную. Основная группа была поделена на три подгруппы по 4 кролика. Аутологичные СКЖТ на коллапановой подложке вводили в зону дырчатого дефекта нижней челюсти кроликов. После забоя на 42 и 90 сутки эксперимента выделяли фрагменты челюстей с зоной регенерата, фиксировали в формалине и заключали в парафиновые блоки. Гистологические препараты окрашивали гематоксилин–эозином и по Ван-Гизон.

Результаты собственных исследований. На 42 сутки после введения аутологичных СКЖТ с коллапаном на гистотопограммах определялась зональность структуры регенерата с разделением на поверхностную и глубокую зоны, 1 % занимали остатки гематомы в поверхностной зоне, 55 % клеточно-волокнистая ткань, 12 % – остеоидные и 32 % новообразованные костные трабекулы.

На 90 сутки клеточно-волокнистая ткань составляла в структуре регенерата 8 %, а сеть остеоидных и новообразованных костных трабекул – 92 %, причем 9 % из них крупно-петлистые. По периферии сети костных трабекул обнаруживалось формирование новообразований кортикального слоя, занимающего 7 %.

Микроскопически местами вокруг фрагментов из пластинчатой кости определялась лакунарная резорбция с пластинами новообразованной костной ткани по перистальной и эндостальной поверхности и очаговой лейкоцитарной инфильтрацией грануляционной ткани вокруг них.

Выводы. 1. Применение морфологических и морфометрических методов исследования дало возможность получить достаточные представления о ходе репаративных процессов в зоне дефекта нижней челюсти при действии коллапана в сочетании с аутологичными СКЖТ.

2. Введение СКЖТ с коллапаном стимулирует процессы формирования остеогенной ткани и ее перестройку в дифференцированные костные структуры.

