

смещается и не воссоздает высоту альвеолярного отростка. Поэтому имплантат на всю свою длину должен погружаться в кость, что при незначительной высоте альвеолярного отростка выполнить невозможно. Кроме того, в послеоперационном периоде часто возникают воспалительные осложнения. Пленка из обедненной тромбоцитами плазмы аутокрови не обладает необходимыми механическими и биологическими свойствами и сохраняется недолго, поэтому не может служить препятствием для проникновения инфекции.

Предлагаемый способ. После проведения анестезии, разрез слизистой и надкостницы производится по гребню альвеолярного отростка и далее продолжается углообразно в области, ограничивающие дефект зубного ряда. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивается в язычном и щечном направлении на расстояние 1- 2 мм. Затем в костной части гребня производится вертикальная остеотомия в проекции области ограничивающих дефект зубного ряда, отступя от зуба на 1,5 мм, направленная вестибулярно вплоть до надкостницы. Глубина остеотомии определяется величиной, на которую лоскут сможет быть смещен. Далее производится линия остеотомии по альвеолярному гребню, соединяющая ранее созданные вертикальные костные каналы. Глубина остеотомического разреза должна быть не менее 6 мм. Далее костный фрагмент вместе со слизистой и надкостницей надламывают и отделяют таким образом, что костная пластинка остается на слизисто-надкостничном лоскуте. Затем остеотомию продолжают, уменьшая величину ширины костных пластин до 3-4 мм. Последовательно отделяя фрагменты кости, формируют полнослойный слизисто-надкостнично-костный лоскут, постоянно проверяя величину его смещения в необходимом направлении, а также контролируя толщину костной ткани в материнской зоне. Далее формируют костное ложе для имплантата. Устанавливают в него имплантат, вместо заглушки устанавливается формирователь десны, подобранный таким образом, чтобы при перекрытии его слизисто-надкостничным лоскутом он удерживал лоскут в проекции сосочков соседних зубов. При необходимости надкостницу рассекают для лучшей мобилизации лоскута. Область дефекта костной ткани и непокрытую костью часть имплантата, а также формирователь, покрывают костнопластическим материалом оставляя свободной лишь торцовую часть гингивоформера. Слизисто-надкостнично-костным лоскутом перекрывают рану таким образом, чтобы одна из костных пластин располагалась на торце гингивоформера. Рану ушивают.

По предлагаемой методике было прооперировано 9 человек. В послеоперационный период и на этапе дальнейшего протезирования способ показал высокую эффективность.



УДК 616.314.17-008.1-08:615.322

*А. М. Сенникова, С. А. Шнайдер, д. мед. н.*

Одесский национальный медицинский университет

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ДАННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ**

Несмотря на явные успехи, достигнутые в настоящее время при эндодонтическом лечении зубов, рентгенологически выявляемые изменения периапикальных тканей могут быть по-разному интерпретированы в зависимости от выбранного метода исследования.

Основной задачей данной работы было изучение и возможно уточнения диагноза у лиц с различными формами хронического периодонтита.

Рентгенологическую оценку изменения периапикальных тканей зубов проводили по данным изучения прицельных денальных снимков, данным ортопантомограмм, и результатам проведения конусно-лучевой компьютерной томографии. Под нашим наблюдением находилось 63 пациента с различными формами хронического периодонтита. Из них, по данным прицельных денальных снимков, хронический фиброзный периодонтит диагностировался у 37 человек, хронический гранулёматозный периодонтит у 17 человек, а хронический гранулирующий у 9 человек.

При изучении данных ортопантомограмм, выявленные ранее формы хронического фиброзного периодонтита совпадали с данными изучения прицельных снимков и определялись у тех же 37 человек, а различия в рентгенологической картине между гранулёматозной и гранулирующей формой практически не выявлялось, при этом рентгенологический диагноз у всех 26 пациентов был – «хронический гранулёматозный периодонтит».

Оценка результатов изучения данных конусно-лучевой компьютерной томографии позволила выявить следующее: из 37 человек с ранее установленным диагнозом хронический фиброзный периодонтит, диагноз уточнён, и у 23 пациентов был выявлен хронический гранулёматозный периодонтит. Особенностью выявления являлось то, что очаг разрежения костной ткани, характерный для рентгенологической картины хронического гранулёматозного периодонтита локализовались за, либо между корнями зубов и на денальных снимках и ортопантомограммах не определялись. Изучение данных конусно-лучевой компьютерной томографии у пациентов с ранее диагностированной хронической формой гранулирующего периодонтита, позволило выявить следующее: нарушение непрерывности костной ткани в проекцию преддверия полости рта, нёба либо язычную сторону выявлялась лишь у 3 человек из 9, т.е. у 6 был хронический гранулёматозный периодонтит.

Примечательно, что такие уточнения в рентгенологическом диагнозе, касались зубов, как с различным качеством пломбировки корневых каналов, так и без таковой. Таким образом, приведённые данные свидетельствуют о том, что в настоящее время конусно-лучевая компьютерная томография является самым объективным методом лучевого исследования, позволяющим, не только выявить наличие хронического периодонтита, но и дифференцировать его формы.



УДК 617.53-006.2

*П. І. Ткаченко, д. мед. н., І. І. Старченко, д. мед. н.,  
С. О. Білоконь, к. мед. н., О. М. Черніков, О. О. Павлюков*

Вищий державний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”

### **ЕМБРИОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ КІСТ ШИЇ**

На теперішній час загальновізнано, що кісти шиї являються наслідками ембріональної дисплазії, найчастіше виявляючись у дітей 4-7 років, хоча мають місце відомості про переважну зустрічаємість цих пухлиноподібних утворень у 10-14-річних пацієнтів в період вікової гормональної перебудови їх організму.

Враховуючи дискусійність питання про джерела розвитку даної патології, нами проведено власне дослідження з метою співставлення існуючих точок зору з особистими напрацюваннями в цьому напрямку.

В ході дослідження проведено ретельний аналіз фундаментальних наукових праць і публікацій в періодичних виданнях стосовно зазначених питань. На епоксидних шліфах, виготовлених за власними методиками, вивчено морфологічну структуру язика ембріонів людини на 18-20 тижнях гестації, а з описовою метою оглянуто 10 макропрепаратів язика людини у зазначений період внутрішньоутробного розвитку, отриманих після штучного переривання вагітності за соціальними показаннями.

Таким чином, згідно літературних даних, вперше розділення кіст шиї за локалізацією на серединні та бокові зробив у 1848 р. анатом Luschka. В 1885 р. Ніс на підставі анатомічних досліджень пов'язав походження серединних кіст шиї (СКШ) з щито-язичною протокою (ЩЯП). Натомість Р. І. Венгловський (1909) стверджував, що зазвичай після народження дитини замість ЩЯП зберігається тільки сполучнотканинний тяж, спрямований від сліпого отвору язика до під'язикової кістки (ПЯК). На його думку, в процесі ембріогенеза зобно-глоткова протока (ЗГП) до 3-го місяця зародкового життя захоплює за собою глотковий епітелій й частинки щитоподібної залози (ЩПЗ) в ділянку тіла ПЯК, що і є субстратом для утворення СКШ.