

2. Amer N. A.-W., Abo-Taleb N. S. Assessment of the role of cone beam computed sialography in diagnosing salivary gland lesions / N. A. -W. Amer, N. S. Abo-Taleb // Imaging Science in Dentistry. – 2013. - № 43. – P. 17-23.
3. Bijai L. K. Chronic Bacterial Sialadenitis-a Case Report / L. K. Bijai, V. Jayaraman, R. D. Austin // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Radiology. – 2013. - Vol. 1. - №1. - P. 1-3.
4. Capps E. F. Emergency imaging assessment of acute, nontraumatic conditions of the head and neck / E. F. Capps, J. J. Kinsella, M. Gupta [et al.] // Radiographics. - 2010, № 30 (5). – P. 1335-1352.
5. Chandak R. Acute Submandibular Sialadenitis / R. Chandak, S. Degwekar, M. Chandak [et al.] // a Case Report. Case Reports in Dentistry. - 2012, P. 375 - 615.
6. Kopeć T. A proposal for the classification of chronic sialadenitis of the major salivary glands with current diagnostic and treatment schedule / T. Kopeć, M. Wierzbicka, W. Szyfter // Otolaryngol Pol.– 2011. - № 65(3). – P. 188-193.
7. Kim D. H. Parotid sialolithiasis in a two-year-old boy / D. H. Kim, W. S. Song, Y. J. Kim, // Korean J Pediatr. – 2013. - № 56 (10). – P. 451-455.
8. Rastogi R. Pictorial essay: Salivary gland imaging / R. Rastogi, S. Bhargava, G. Mallarajapatna [et al.] // Indian J Radiol Imaging. – 2012. - № 22. – P. 325-333.
9. Singh R. Submandibular Gland Sialolithiasis Presenting as Fistula in the Neck- A Case Report / R. Singh, S. Bhagat, R. Bhagat [et al.] // Austin J Otolaryngol. – 2015. - № 2(4). – P. 1-3.

Реферати

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ МДКТ В ДИАГНОСТИКЕ СИАЛОАДЕНИТОВ У ВЗРОСЛЫХ

Козаренко Т.М., Логанихина К.Ю., Синюта С.Б.,
Гурандо В.Р.

Обследовано 35 пациентов с сиалоаденитами, которые имели следующие жалобы: ксеростомия (19 пациентов, 54, 3%), болезненные ощущения в подчелюстном, околоушном участках (27 пациентов, 77,2%) наряду с увеличением их размеров (32 пациента, 91,4 %), дисфагию через иррадиацию боли (8 пациентов, 22,9%), локальную гипертермию кожи над пораженным слюнной железой (12 пациентов, 34,3%), субфебрильную (5 пациентов, 14,3%) или фебрильную температуру тела (1 пациент, 2,9%), сочетание локальной гипертермии кожи и повышение температуры тела (6 пациентов, 17,2%). С помощью МДКТ были определены дифференциально-диагностические признаки воспалительного процесса в слюнной железе и подсчитан коэффициент гетерогенности с. Таким образом, основными МДКТ признаками острого сиалоаденита являются: увеличение размеров железы (32 пациента, 91,4%), диффузное накопление контрастного вещества (2 пациента, 94,3%), наличие рентгенконтрастных включений - сиалолитив (22 пациента, 91,4%). Признаками наличия воспалительного процесса и его осложнений по значениям коэффициента неоднородности с ($c = 10-17$ и $c = 18-27$ соответственно).

Ключевые слова: сиалоадениты, мультidetекторная компьютерная томография, коэффициент неоднородности.

Статья надійшла 23.10.2015 р.

COMPLEX MDCT POSSIBILITIES IN DIAGNOSTICS OF SIALOADENITIS IN ADULTS

Kozarenko T. M., Loganikhina K. Y., Sinyuta S. B.,
Gurando V. R.

The study involved 35 patients with sialoadenitis which had the following complaints: xerostomia (19 patients, 54, 3%), painful sensations in the submandibular, parotid areas (27 patients, 77.2%), along with an increase in their size (32 patients, 91.4 %), dysphagia due to irradiation pain (8 patients, 22.9%), local hyperthermia skin over the affected salivary glands (12 patients, 34.3%), low-grade (5 patients, 14.3%) or febrile body temperature (1 patient, 2.9%), a combination of local hyperthermia of the skin and fever (6 patients, 17.2%). Using MDCT was determined differential diagnostic signs of inflammation in the salivary gland and the estimated rate heterogeneity with. Thus, the main signs of acute sialoadenitis MDCT is increasing the size of cancer (32 patients, 91.4%), diffuse accumulation of contrast material (2 patients, 94.3%), the presence of inclusions renthenkontrasnyh - sialolitiv (22 patients, 91.4%) . Signs of inflammation and its complications for values heterogeneity coefficient c ($c = c = 10-17$ and $18-27$, respectively).

Key words: sialoadenits, multidetector computed tomography, coefficient of heterogeneity.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.716.4-006.2

В. В. Лепский

Частная клиника «Братья Лепские Плюс», г. Киев

ПЕРВИЧНАЯ ОДОНТОГЕННАЯ КИСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В статье представлены редкие случаи одонтогенной первичной кисты у пациента 48-ми лет больших размеров (от 4.8 до 3.8 зубов) и у пациентки 16-ти лет (от 4.2 да 3.2). Кисты расположены на нижней челюсти. Заболевание протекало бессимптомно, обнаружено в результате появления свища и припухлости. Проведено хирургическое вмешательство по поводу удаления кист – пластическая цистэктомия. Прогноз благоприятный.

Ключевые слова: первичная киста, диагноз, метод лечения.

Согласно клинической классификации все доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования в зависимости от происхождения разделяются на 3 группы: а) остеогенные; б) неостеогенные и неодонтогенные; в) одонтогенные. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные заболевания, в том числе околокорневые и фолликулярные кисты составляют около 51% от всего числа доброкачественных новообразований.

Киста – это опухолеподобное образование, которое только симптомом припухлости, деформацией органа напоминают опухоль, а по своей сути, как правило, состоят из оболочки и

содержимого, чаще всего бесструктурного, серозного, слизистого, кровяного и т.д. [1, 2]. Кисты разделяются на одонтогенные и неодонтогенные. К одонтогенным кистам относятся радикулярные, фолликулярные, ретромолярные (парадентальные) кисты.

Особую группу составляют одонтогенные кисты формирования, так называемые первичные кисты. В свою очередь, первичная киста, относящаяся к одонтогенным кистам, встречается довольно редко. Она составляет особую группу опухолеподобных новообразований, в которых отсутствует прямая топографо-анатомическая связь с прорезавшимися зубами, с зубным зачатком или с процессом прорезывания зубов [3, 4].

Микроскопическое строение и кое-какие клиничко-рентгенологические особенности этих кист дают возможность рассматривать их как пороки развития одонтогенного эпителия. Окончательный диагноз можно поставить, основываясь на данных гистологического исследования послеоперационного материала [5].

Лечение первичных кист может быть только хирургическим – радикальным (цистэктомия). Прогноз благоприятный после оперативного вмешательства, рецидивов не наблюдается.

Целью работы было изучение патологии данного заболевания, бессимптомное течение, а, следовательно, возникающие затруднения в диагностике и его лечении.

Материал та методы исследования. Проведено клиническое и рентгенологическое исследование и лечение пациента 47-ми лет и пациентки 16-ти лет обратившихся в хирургическое отделение нашей клиники.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациент 47-ми лет обратился с жалобами на появившийся свищ в полости рта с небольшим отделяемым. Пациентка 16-ти лет на наличие припухлости на нижней челюсти в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 зубов.

Из анамнеза заболевания свищ появился несколько дней назад, без каких либо причин, безболезненно, самопроизвольно. Сопутствующих заболеваний не отмечает. При объективном исследовании: конфигурация лица не изменена, кожа обычной окраски, лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, прикус ортогнатический. В преддверии полости рта в области 3.2 зуба на альвеолярном отростке имеется небольшой свищевой ход с незначительным сукровичным отделяемым, при зондировании его зонд упирается в костную ткань. Определяется небольшое выпячивание альвеолярного отростка ближе к переходной складке от 4.4 до 3.4 зубов, пальпаторно безболезненное, плотное, в центре его у 4.1 и 3.1 зубов имеется размягчение, небольшая флюктуация. На зубах 4.4 и 4.7 имеется несъемный протез, на 3.3 и 3.4 зубах – металлические коронки.

Пациенту назначено обследование: анализ крови, обзорная рентгенография нижней челюсти. В анализе крови патологии не выявлено. На рентгенограмме нижней челюсти определяется деструкция костной ткани от 4.8 зуба до 3.8 зуба и от верхушек корней зубов до края нижней челюсти с четкими границами, не связанная с корнями зубов. На основании клинических и рентгенологических данных поставлен диагноз: одонтогенная первичная киста нижней челюсти. Больному предложено оперативное лечение, на которое он дал согласие.

Проведено оперативное лечение под местным обезболиванием – пластическая цистэктомия. Методика операции: произведен разрез по переходной складке от 4.8 до 3.8 зубов, отслоен слизисто-надкостничный лоскут, удалена истонченная наружная стенка нижней челюсти, жидкое содержимое и оболочка кисты, рана промыта 1% раствором диоксида, в рану введен слизисто-надкостный лоскут, фиксированный в полости кисты йодоформным тампоном. При перевязке тампон меняли через 4-5 дней. С появлением эпителизации в полости кисты больной был выписан. Прогноз благоприятный. Гистологическое исследование показало наличие клеток эпителия, эритроцитов.

У пациентки 16-ти лет лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, прикус ортогнатический. В преддверии полости рта определяется выпячивание альвеолярного отростка нижней челюсти, покрытого неизменной слизистой оболочкой. Пальпаторно: припухлость безболезненная, плотная, расположена в области 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 зубов, зубы интактны, на перкуссию и температурные раздражители не реагировали. На прицельной рентгенограмме альвеолярного отростка нижней челюсти определялась деструкция кости с четкими границами от 4.2 до 3.2 зубов шириной до 1 см. Корни зубов проецировались на образования, и только компьютерная томография показала, что кистозная полость расположена кпереди от корней зубов. Лечение больной было хирургическим: цистэктомия. Учитывая малый

размер опухоли, рану зашили наглухо. Послеоперационный период протекал гладко, заживлением раны первичным натяжением, выписан по выздоровлению.

Заключення

Одонтогенная первичная киста – редкое заболевание, которое возникает, очевидно, врожденно, чаще всего на нижней челюсти. Протекает бессимптомно, не связано с зубами, как правило, не нагнаивается, может диагностироваться в результате появления свищей, припухлости, иногда обнаруживается случайно рентгенологически при исследовании других заболеваний. Лечение первичной кисты хирургическое методом пластической цистэктомии. После хирургического лечения прогноз благоприятный.

Список литературы

1. Безрукова В. М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безрукова, Т.Г. Робустова // – М.: «Медицина», - 2000. – С. 772-448.
2. Бернадский Ю.Й. Основы челюстно-лицевой хирургии і хирургічної стоматології: навчальний посібник для студентів, інтернів і курсантів стоматологічних вузів / Ю.Й. Бернадський // – К., -2003. – 54 с.
3. Грушковская Е. А. Первичные костные кисты челюстей (редкие случаи из клинической практики) / Е.А. Грушковская, Н. А. Байфа, В.А. Воронков [и др.] // – Иркутск: Сибирский медицинский журнал, - 2013. – № 4. – С.95-97.
4. Семеникова Н. В. Клинико-лабораторная оценка эффективности лазерной цистэктомии одонтогенных кист, прорастающих в дно верхнечелюстной пазухи / Н.В. Семеникова, О.В. Шашков, В.И. Семенников // Рос. стоматологический журнал. – 2014. – №2. – С.19-21.
5. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии [4-е изд., перераб. и доп.] / А.А. Тимофеев //– Medbooks, - 2012. – 1048 с.

Рефераты

ПЕРВИНА ОДОНТОГЕННА КІСТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Лепський В.В.

В статті надані рідкісні випадки одонтогенної первинної кісти у пацієнта 48-ми років великих розмірів (від 4.8 до 3.8 зубів) і у пацієнтки 16-ти років (от 4.2 до 3.2). Проведено хірургічне втручання з приводу видалення кіст – пластична цистектомія. Прогноз сприятливий.

Ключові слова: первинна кіста, діагноз, метод лікування.

Стаття надійшла 8.10.2015 р.

PRIMARY ODONTOGENIC CYST OF THE MANDIBLE

Lepsky V.V.

The paper presents a rare case of primary odontogenic cysts large size (from 4.8 to 3.8 teeth) on the lower jaw, flowing bezsymptomno and discovered by accident. A surgery for cyst removal - plastic cystectomy. Weather favorable.

Key words: pervychnaya brush, diagnosis, method of treatment.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.31+616.716]-018.46

В. В. Лепський

Частная клиника «Братя Лепские Пламе», г. Киев

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

В работе представлены ошибки врачей стоматологов в диагностике, клинике, а следовательно и в назначении лечения хронического остеомиелита альвеолярного отростка нижней челюсти. Даны основные направления в исследовании пациентов: тщательно собранный анамнез, клиническое исследование и обязательное рентгенологическое исследование альвеолярного отростка для выявления локализации и очага распространения процесса. Назначенная стимулирующая терапия, как правило, эффективна. Мелкие секвестры могут самостоятельно выделиться через свищевой ход, крупные секвестры удаляются хирургически.

Ключевые слова: хронический остеомиелит альвеолярного отростка, диагностика, лечение.

В большинстве случаев хронический остеомиелит альвеолярного отростка является осложнением острого одонтогенного процесса: острого периостита, острого гайморита, нагноения кистозной полости, острого перикоронита или острого остеомиелита. Поражается чаще нижняя челюсть. Несвоевременное или недостаточно эффективное лечение острого процесса способствует переходу острого процесса в подострый, а затем в фазу хронического воспаления челюсти [1, 2].

Очевидно, диагностировать у больного подострый остеомиелит можно лишь тогда, когда совсем недавно у него была высокая температура тела, интоксикация, соответствующая картина крови, другие показатели, характерные для острого остеомиелита. Процесс постепенного снижения этих показателей укладывается в понятие подострого воспалительного процесса [1, 2].