Заключение

Хронический остеомиелит альвеолярного отростка возникает чаще на нижней челюсти, в связи с тем, что в нижней челюсти проходит один магистральный сосуд – нижнелуночковая артерия, которая в основном питает зубы, а кровоснабжение челюсти осуществляется за счет сосудов периоста. При тромбозе этих сосудов в результате травмы или воспаления происходит омертвение того или иного участка костной ткани в результате нарушения питания. Процесс секвестрации длительный, зависит от многих причин: вялого течения воспаления в связи со сниженного иммунитета пациента, наличия у него сопутствующей патологии или аллергических реакций и т.д. Поэтому, лечение хронического остеомиелита должно начинаться с назначения не антимикробной и противовоспалительной терапии, скорее всего они ее получили уже при остром воспалении и не с выскабливания свищевого хода, а с обследования больного и назначения стимулирующей терапии, которая ведет к повышению иммунитета пациента, отторжению секвестра и к выздоровлению.

Список литератури

1. Безруков В. М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робуста // – М.: «Медицина», - 2000. – С. 772-448.
2. Бернадский Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник для студентів, інтернів і курсантів стоматологічних вузів / Ю.Й. Бернадський // – К., - 2003.– 511с.
3. Вагина И.Л. Современный подход в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / И.Л. Вагина, Н.С. Истомина, Н.М. Хеллинская [и др.] // Лазерная медицина. – 2013. – Т17. – № 3. – С.20-23.
4. Кабанова А. А. Метод определения способности микроорганизмов – возбудителей гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области формировать биопленки / А. А.Кабанова, Ф. В. Плотников // Современная стоматология. – 2013. – № 1 (56). – С.82-84.
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.

Реферати

ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА

Лепський В. В.

У роботі надані помилки лікарів стоматологів в діагностиці, клініці, а отже і в призначенні лікування хронічного остеомієліту альвеолярного відростка нижньої щелепи. Надані основні напрямки в дослідженні пацієнтів: ретельно зібраний анамнез, клінічне дослідження і обов'язкове рентгенологічне дослідження альвеолярного відростка для виявлення локалізації і вогнища поширення процесу. Призначена стимулююча терапія, як правило, ефективна. Дрібні секвестри можуть самостійно виділитися через норицю, великі секвестри видаляються хірургічно.

Ключові слова: хронічний остеомієліт альвеолярного відростка, діагностика, лікування.

Стаття надійшла 8.10. 2015 р.

ERRORS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS ALVEOLAR BONE

Lepsky V. V.

The work provided by dentists errors in diagnosis, clinic, and hence the appointment of the treatment of chronic osteomyelitis of the mandible alveolar process. Provided main directions in the study patients, carefully collected history, clinical research and mandatory alveolar bone X-rays to identify location and spread of the fire. Designed stimulating therapy is usually effective. Small sequesters can stand on their own because of fistulas, large sequesters removed surgically..

Key words: chronic osteomyelitis of the alveolar bone, diagnosis, treatment.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.31+617.52]-006.2

В. В. Лепский
Частная клиника «Братья Лепские Плюс», г. Киев

КИСТА НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ

В статье приведен редкий случай кисты у больной 47–ми лет, появившейся около 2 лет назад, расположенной в левой носогубной складке, определяется асимметрия лица за счет припухлости верхней губы слева и деформации левого крыла носа. В левом нижнем носовом ходе диагностируется ретенционная киста слизистой железы дна носа. Диагноз заболевания не был поставлен, предполагался фурункул верхней губы, назначенная физиотерапия эффекта не дала. Проведенное хирургическое вмешательство – вылущивание кисты вместе с резекцией части слизистой дна носа. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова: носогубная складка, киста, диагностика, клиническое течение, хирургическое лечение.

Носогубная киста – это врожденное опухолевидное новообразование, локализующееся в мягких тканях верхней губи, в проекции клыка и латерального резца. Причиной возникновения кисты носогубной складки считаются две теории. Согласно одной, получившей большее

распространение, киста образуется из остатков эпителиальной ткани, сохраняющихся после слияния в эмбриональном периоде латеральных носовых, глобулярных и верхнечелюстных отростков [1, 2, 4]. Согласно второй теории, предложенной позднее, носогубная киста образуется из носослезного протока.

Пролиферация и кистозное перерождение остатков эмбриональной ткани обычно начинается после 30 лет, даже если эти остатки сохранились с самого рождения.

Киста носогубной складки несколько чаще наблюдается у женщин, имеет вид мягкотканного образования, расположенного под верхней губой, которое может сместить вверх крыло носа, привести к расширению носового хода и деформированию носогубной складки. В зависимости от размеров киста может быть напряженной при пальпации или мягкой, затрудняет ношение зубных протезов на верхней челюсти. При пункции кисты получают желтоватую или соломенно-желтую жидкость. Киста, как правило, односторонняя и не спаяна с подлежащей костью, что обусловливает сохранение жизнеспособности зубов верхней челюсти. Иногда давление кисты на кость вызывает локальную ее деформацию. Лечение таких кист хирургическое [1, 2, 3, 5]. В большинстве учебной литературы в разделе описания доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований киста носогубной складки упоминается в классификации, указано, что она относится к неодонтогенным кистам, однако описания источника роста, причины ее возникновения, клинического течения заболевания и методов лечения найти не удалось. Очевидно, поэтому, врачи стоматологи не знакомы с данной патологией.

Целью работы было ознакомление врачей с развитием и клиническим проявлением этого новообразования и методом лечения.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое исследование и лечение пациентки 47-ми лет, обратившейся в хирургическое отделение нашей клиники.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентка 47-ми лет обратилась с жалобами на наличие асимметрии лица за счет припухлости верхней челюсти слева в области крыла носа, безболезненной.

Из анамнеза заболевания выяснено, что припухлость заметила около двух лет назад, вначале к врачу не обращалась, когда уже припухлость увеличилась в размерах и появилась заметная асимметрия лица, обратилась к врачу- отоларингологу. Доктор поставил диагноз – фурункул и назначил физиолечение №10 (УВЧ). После принятия назначенного курса лечения состояние больной не улучшилось, и она решила обратиться за помощью к врачу-стоматологу.

При осмотре в хирургическом отделении нашей клиники у больной выявлено асимметрия лица за счет припухлости тканей верхней губы слева, несколько приподнятое крыло носа. Кожа в цвете не изменена. Лимфатические узлы не пальпируются. Пальпаторно определяется опухоль под верхней губой слева плотно-эластической консистенции, не спаянная с кожей, безболезненная, прилежит плотно к кости. При осмотре левого носового хода на его нижней поверхности обнаружено выпячивание округлой формы, покрытое истонченной слизистой оболочкой, спаянное с дном носа.

Открывание рта свободное, слизистая оболочка преддверия полости рта в цвете не изменена, зубы верхней челюсти от 2.2 до 2.5 – интактны, перкуссия их безболезненная, температурная реакция отрицательная. Десна бледно-розового цвета. На альвеолярном отростке обнаружено выпячивание, идущее от переходной складки к коронкам 2.2 и 2.3 зубов, покрытое не измененной слизистой оболочкой, размером в длину до 3 см, в ширину до 2 см, пальпацией обнаружена флюктуация, безболезненная.

Нами был поставлен диагноз: киста левой носогубной складки. Больной предложено хирургическое вмешательство, на которое она дала согласие. Операция была произведена под местным обезболиванием, произведена инфильтрационная анестезия по переходной складке в области 2.2, 2.3 зубов 2% растворов лидокаина – 3,0 мм ы аппликационная анестезия 10% раствором лидокаина слизистой оболочки левого носового хода. Произведен разрез по переходной складке от 2.1 до 2.4 зубов, отслоена слизистая оболочка до кистозного образования. Киста была тупо отсоединена от альвеолярного отростка, обнаружен тяж в верхнем отделе кисты, ведущий к нижнему носовому ходу. Тяж тупо отсепарирован, участок слизистой оболочки дна носа вместе с тяжам иссечен, киста удалена, рана дна носа ушита кетгутом наглухо. На альвеолярном отростке обнаружена деформация, очевидно от давления кисты. Лоскут уложен на место. Рана по переходной складке ушита кетгутом. Послеоперационный период протекал гладко. При перевязках производилась обработка швов, как в полости рта, так и в нижнем носовом ходе.

Раны зажили первичным натяжением. Гистологически найдены клетки эпителия, бесструктурное вещество, клетки крови, следовательно, диагноз кисты подтвержден. Но, учитывая обнаружение кистозной полости на дне носового хода, на наш взгляд, это могла быть ретенционная киста слизистой железы дна носа, опустившаяся в область носогубной складки вследствие длительного роста и накопление содержимого в кистозной полости.

Выводы

1. Таким образом, киста носогубной складки – чрезвычайно редкое новообразование, о которой мы не нашли описания клиники в учебной литературе, она представлена только в классификации.
2. За длительный период работы в хирургическом отделении с подобным заболеванием обратилась одна больная, хотя уверенности в том, что это киста носогубной складки нет, так как обнаружена еще ретенционная киста слизистой железы дна носа. Длительный рост кисты (2 года) вполне достаточен для того, чтобы она увеличилась и распространилась к альвеолярному отростку и деформировала верхнюю губу, крыло носа и альвеолярный отросток.

Список літератури

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова // – М.: «Медицина», - 2000. – С. 772-448.
2. Бернадский Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології: навчальний посібник для студентів, інтернів і курсантів стоматологічних вузів / Ю.Й. Бернадський // – К., - 2003. – 511 с.
3. Камалова Ф. Р. Опыт применения современных методов лечения в амбулаторной хирургической стоматологии: сборник статей / Ф.Р. Камалова, Т. М. Муллаев, Ф. А. Хамитова [и др.] // Международной научно-практической конференции: Инновационное развитие современной науки в 9-ти частях – 2014. – С. 33-34.
4. Сайт Meduniver стоматология.
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.

Реферати

КІСТА НОСОГУБНОЇ СКЛАДКИ
Лепський В. В.

У статті наведено рідкісний випадок кісти у хворої 47 років, що з'явилася близько 2 років тому, розташованої в лівій носогубній складці, визначається асиметрія лиця за рахунок припухлості верхньої губи злева та деформації лівого крила носа. В лівому нижньому носовому ході діагностується ретенційна кіста слизової залози дна лівого носового ходу. Діагноз захворювання не був поставлений, передбачався фурункул верхньої губи, призначена фізіотерапія ефекту не дала. Проведене хірургічне втручання – вилущування кісти разом з резекцією частини слизової дна носа. Післяопераційний період протікав без ускладнень.

Ключові слова: носогубна складка, кіста, діагностика, клінічний перебіг, хірургічне лікування.

Стаття надійшла 8.10. 2015. р.

CYST NASOLABIAL FOLDS
Lepsky V.V.

Results of the study. Patient 47-years complained of the presence of asymmetry of the face due to swelling of the upper jaw on the left wing in the area of the nose, painless. From the history of the disease found that swelling noticed about two years ago, at first did not address to the doctor when the swelling has increased in size and there was a marked asymmetry of the face, I turned to vrachu Otorhinolaryngological. The doctor has diagnosed - the boil and appointed physiotherapy №10 (UHF). After the adoption of the assigned treatment the patient's condition did not improve and she decided to seek help from a doctor dentist.

Key words: nosohubnaya fold, brush, diagnostics, klynycheskoe techenye, surgical treatment.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.31-084-053.6

В. В. Лепський
Приватна клініка «Брати Лепські», м. Черкаси

ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ЗУБНИХ ПАСТ ПІДЛІТКАМИ

В роботі наведені дані результатів анкетування учнів 6,7 і 10 класів, які анонімно заповнили анкету про вибір зубних паст для чищення зубів. Визначена частота чищення зубів учнями, яким пастам учні віддають перевагу, за якими показниками. Які пасти їм більш подобаються, якими вони хотіли б користуватись, що їм подобається: смак, відбілювання, запах, усунення нальоту та інше. Учні відповіли, хто їм купує пасти: батьки, чи вони самі їх купують, хто їм рекомендує.

Ключові слова: зубна паста, анкетування, підлітки, перевага.

На сьогоднішній день зубні пасти є найпоширеними засобами догляду за порожниною рота. Зубна паста – це багатокомпонентна система, у формуванні якої беруть участь абразивні, зволожуючи, сполучені, піноутворювальні, поверхнево-активні компоненти, консерванти, смакові наповнювачі, вода та лікувально-профілактичні елементи.