

10. Шатохина С.Н., Морфология биологических жидкостей организма человека / С.Н. Шатохина, В.Н. Шабалин. - М.: Наука, 2001. - 361 с.
11. Шабалин В.Н. Морфология биологических жидкостей в клинической лабораторной диагностике / С.Н. Шатохина, В.Н. Шабалин // Клинич. лаб. диагностика. - 2002. - № 3. - С. 25-32.

Реферати

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ СТЕРТОСТЬЮ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Ткаченко И.М.

В работе исследованы особенности микрокристаллизации ротовой жидкости у пациентов с повышенной стертостью зубов на основе кристаллографического анализа. Получено пять основных видов ориентации кристаллов при высушивании ротовой жидкости, что, в дальнейшем, возможно использовать для адекватной диагностики и выбора профилактических мероприятий при различной стоматологической патологии.

Ключевые слова: минерализация слюны, кристаллообразование, повышенная стертость зубов.

Стаття надійшла 01.11.2012 р.

STRUCTURAL FEATURES OF ORAL LIQUID OF COMPLEX SURVEY OF PATIENTS WITH ENHANCED EFFACEMENT TOOTH ENAMEL

Tkachenko I.M.

This paper investigates the features of crystal formation oral fluid in patients with increased effacement of teeth from crystallographic analysis. Try five basic types of orientation of the crystals when dried oral fluid, in future, be used for adequate diagnosis and choice of preventive measures at different dental pathology.

Key words: salinity of saliva, crystal formation, increased effacement of teeth.

Рецензент проф. Гасюк А.П.

УДК 616

П.І.Ткаченко, І.І.Старченко, С.О.Білокоп, Н.М.Дохматова, Я.П.Шешукова
В ДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія" м.Полтава

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРАТОКІСТ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ

В статті представлено клініко-морфологічну характеристику кератокіст у дітей, які складають лише 5,05 % в структурі планових хірургічних втручань з причин наявності кістозних утворень щелепних кісток, що викликає певні труднощі у визначенні перших клінічних проявів захворювання та їх ранній діагностиці на догоспітальному етапі. Окрема увага приділена питанню вирішення долі постійних зубів і визначенню обсягу оперативного втручання, що може впливати на виникнення зубо-щелепних деформацій у віддалені терміни. Верифікація морфологічної структури кістозного утворення, в певній мірі, дозволяє визначитися у тактичному підході до комплексного стоматологічного забезпечення цих хворих в післяопераційному періоді та встановленні часу і обсягу його проведення.

Ключові слова: діти, кератокіста.

Робота є ініціативною.

За літературними даними, кісти щелеп (КЩ) мають значний відсоток в загальній номенклатурі кістозних утворень щелепно-лицевої ділянки [4, 6]. Не дивлячись на те, що вони вперше були згадані Scultetus ще у 1654 році, серед науковців до теперішнього часу існують різні точки зору щодо їх семіотики і групової належності до окремих нозологічних форм та, як наслідок, виникають питання стосовно вибору раціонального методу лікування, прогнозування можливих ускладнень і віддалених наслідків. В згаданому аспекті показовою виглядає ситуація щодо кератокісти (КК), яка, згідно найбільш поширеної серед фахівців клініко-морфологічної класифікації КЩ (І.І.Єрмолаєва та співавт., 1975), належить до епітеліальних одонтогенних кіст. Згідно МКП ВООЗ № 5, вона відноситься до вад розвитку зубоутворюючого епітелія та являється продуктом епітеліального походження [3]. Однак, частина дослідників, беручи до уваги відсутність вагомих доказових аргументів безпосереднього зв'язку кератокісти із зубами, ставлять під сумнів правомірність її приналежності до групи одонтогенних КЩ [4].

За статистичними даними, кератокіста (первинна кіста), яку 1956 року першим детально описав Philipsen, зустрічається у 9,2% випадків всіх кістозних пошкоджень щелеп (переважно на другому-четвертому десятиліттях життя) і у 7-9% випадків вони є множинними [8].

Згідно результатів сучасних досліджень, формування кератокісти починається в період онтогенезу та пов'язане, ймовірно, із дегенеративними змінами зірчастих ретикулоцитів пульпи емалевого органу на тій стадії його розвитку, коли тверді тканини зубного зародку іще не диференційовані. Є думка, що джерелом розвитку КК можуть бути острівці Маляссе, а її росту сприяють травма, переохолодження, вагітність і статеве дозрівання [7], зате банальне запалення не відіграє в цьому ніякої ролі [9].

Загальновідомо, що виникає КК у місцях щелепних кісток, де є зуби, але зв'язку з ними вона не має. Зустрічається переважно на нижній щелепі в ділянці розташування молярів, збільшується у розмірах зазвичай вздовж тіла щелепи, довго клінічно не проявляючись. За умов неускладненого перебігу КК в переважній більшості випадків діагностуються випадково при рентгенографії зубів та щелеп за терапевтичними або ортодонтними показаннями [2, 8].

Кератокіста може бути як самостійною нозологічною формою, так і одним із симптомів синдрому базально-клітинного невуса (синдрому Горліна-Гольтца) та вважається його патогномонічною ознакою майже у 80% випадків [9]. Крім того, в літературі зустрічаються також спостереження щодо розвитку амелобластом в епітеліальній вистилці КК і випадки її малігнізації із розвитком плоскоклітинної карциноми. Можливий вплив кератокіст на постійні зуби: їх ретенція та дистопія, дивергенція і резорбція коренів, проростання у гайморову

пазуху [4, 9]. Рецидиви кератокісти після оперативного втручання, в середньому, сягають 37%, що обумовлено високою агресивністю структурних компонентів самого утворення, а тонка та крихка стінка легко розривається, що утруднює її повне видалення [9].

Метою роботи було вивчення клінічних проявів і морфологічної структури кератокіст у дітей.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим наглядом та лікуванням знаходилось 8 дітей віком від 7 до 16 років, що звернулися в клініку кафедри дитячої хірургічної стоматології і в яких було діагностовано кератокісти. На нижній щелепі КК було діагностовано у 5 пацієнтів, на верхній щелепі – у 3. В ході дослідження проводили збір анамнезу захворювання та життя, об'єктивне, інструментальне і рентгенологічне обстеження хворих [9]. Гістологічне дослідження операційного матеріалу виконували за загальноприйнятими методиками [5].

Результати дослідження та їх обговорення. За даними проведеного нами статистичного аналізу, кількість дітей з кератокістами складає 5,05% від всіх пацієнтів з кістозними утвореннями щелепних кісток, яким виконувались планові оперативні втручання в хірургічному відділенні дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави за сотанні 5 років. Зазвичай кісти не викликали скарг, однак у 3 випадках при їх локалізації на нижній та у 2 випадках на верхній щелепі виникала деформація альвеолярного відростка і зміна положення зубів, що визначалось візуально. У 5 дітей КК було виявлено випадково під час рентгенологічного дослідження щелеп саме з приводу одонтопатології та наявності змін ортодонтичного характеру.

Опитуванням встановлено, що тільки 3 пацієнти звернулися за допомогою одразу після появи перших клінічних ознак захворювання, а у 5 випадках це розтягувалося на різні терміни по мірі поступового збільшення пухлиноподібного утворення. В анамнезі 2 дітей визначалося травматичне ушкодження щелепи, з моменту якого пройшло більше 1 року. При зовнішньому огляді у 5 хворих спостерігалась незначна асиметрія обличчя без зміни забарвлення шкірних покривів в ділянці анатомічної проекції кістозного утворення. При огляді порожнини рота визначались щільної консистенції, безболісні ділянки “випинання” щелеп з вестибулярної сторони. Симптом Рунге-Дюпюїтрена встановлено у 2 пацієнтів старше 12 років. Симптом флюктуації визначався рідко (лише у 2 випадках), при цьому він завжди супроводжувався значною деформацією альвеолярного відростка. У всіх хворих слизова оболонка в цих ділянках мала блідо-рожеве забарвлення. Прилегли до утворення зуби завжди були нерухомими і безболісними при перкусії та у 5 випадках прослідковувалась симптом конвергенції їх коронок. В жодному випадку нагноєння кісти не спостерігалось.

Аналізом рентгенограм і томограм встановлено наявність поодиноких або полікістозних ділянок розрідження кісткової тканини з чіткими контурами (рис. 1, 2).



Рис. 1. Томограма пацієнтки Т., 11 років. Діагноз: кератокісти верхньої щелепи з проростанням в ліву та праву гайморові пазухи.



Рис. 2. Ортопантомограма пацієнта Б., 7 років. Діагноз: кератокісти тіла нижньої щелепи зліва та справа (зліва проведено цистектомію).

Складалося враження багатокамерності, що потребувало проведення дифдіагностики із адамантиномою. Конттури періодонтальної щілини зубів, які знаходились в ділянці кератокіст, завжди зберігалися. Дивергенція коренів визначалась у тих випадках, де клінічно було визначено симптом конвергенції коронок зубів. З метою дифдіагностики всім хворим на догоспітальному етапі проводилась пункція утворення, якою отримували густу сіру безструктурну субстанцію із неприємним запахом. В цитограмах серед аморфної безструктурної маси визначались клітини багатошарового плескато епітелія, більшість з яких мала ознаки кератинізації. Подекуди прослідковувались клітини лімфо-лейкоцитарного ряду.

Лікування кератокіст у всіх випадках було класичним [1]. Після цистектомії кісткову порожнину обробляли фрезою для запобігання рецидиву. Прорізані постійні зуби, що близько прилягали до утворення, перед операцією депульпували. При порушенні цілості кортикальної пластинки та можливості проростання КК в м'які тканини, з урахуванням її схильності до рецидивування і малігнізації оперативне втручання було радикальним. У 2 хворих були видалені постійні премолари на верхній щелепі у зв'язку із ретенцією, дистопією та їх горизонтальним положенням в товщі кістки і відсутністю можливих умов до прорізування (рис. 3).

У 1 хворого така ж доля очікувала фолікули постійних зубів при локалізації кератокісти на нижній щелепі. При цьому нами під час проведення цистектомії було виявлено відсутність губчастої субстанції кістки з вестибулярної поверхні та між зародками зубів, що унеможливило її збереження (рис. 2).

Хворим надавали рекомендації щодо гігієнічного догляду за ранною і характеру харчування, призначали анальгетики та гіпосенсибілізуючі засоби із розрахунку на кг маси тіла і клінічної картини захворювання. Антибіотики призначали у разі потреби із урахуванням індивідуальних особливостей перебігу процесу загоєння

для кожної клінічної ситуації. Для зменшення набряку рекомендували на зовнішню поверхню щоки накладати стисну пов'язку із льодом на 3-4 години. Післяопераційний період зазвичай протікав задовільно. У всіх випадках наступні 2-3 доби визначався незначний набряк з інфільтрацією м'яких тканин в ділянці оперативного втручання. Як правило, біль був помірний, а температурна реакція відсутня. На 7-8 добу знімали шви, а рана у всіх спостереженнях загоювалась первинним натягом.



Рис. 3. Томограма пацієнтки Т., 11 років. Діагноз: кератокісти верхньої щелепи з проростанням в ліву та праву гайморові пазухи; дистопія, ретенція і горизонтальне положення 15 зуба.

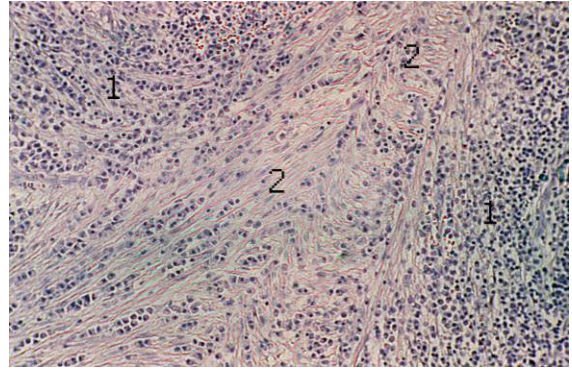


Рис. 4. Фрагмент стінки кератокісти. Мікропрепарат. Заб. г.-е.Об. 10^х, ок. 10^х. 1– поліморфноядерні лейкоцити; 2 – грубоволокниста сполучна тканина.

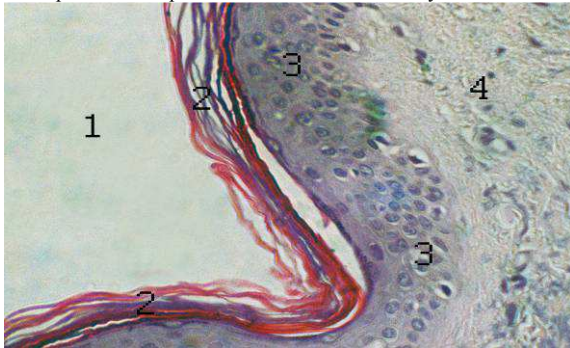


Рис. 5. Стінка кератокісти. Мікропрепарат. Заб. г.-е.Об. 25^х, ок. 10^х. 1 – порожнина кісти; 2 – кератинові маси; 3 – багатошаровий зроговілий епітелій; 4 – фіброзна тканина.

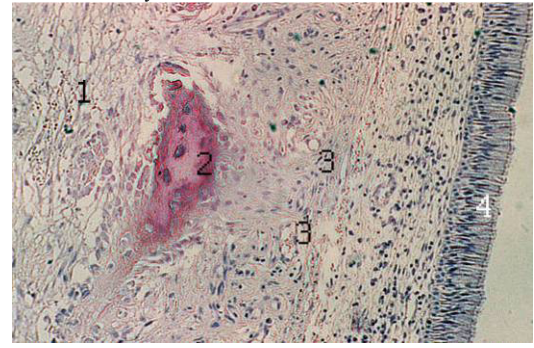


Рис. 6. Стінка кератокісти, що проросла в гайморову пазуху. Заб. г.-е. Об.10^х, ок.10^х. 1– грубоволокниста СТ; 2– кісткова тканина; 3– мікросудини; 4– епітелій.

Макроскопічним дослідженням операційного матеріалу, отриманого після цистектомії, встановлено, що порожнини кіст у всіх випадках заповнені сірувато-жовтуватою масою (продукт злущування та життєдіяльності ороговіваючого епітелію оболонки). Мікроскопічно стінки кіст представлені волокнистою сполучною тканиною з переважанням колагенових волокон над клітинними елементами. Серед останніх завжди зустрічались клітини фібробластичного ряду і осередки запальної інфільтрації (поліморфноядерні лейкоцити, лімфоцити, макрофаги) (рис. 4). Субепітеліальна сполучнотканинна стінка тонка, іноді мала маленькі островці епітелію, подібні епітелію самої вистилки. Внутрішня поверхня стінки вислана багатошаровим епітелієм із вираженою кератинізацією по типу паракератоза (рис. 5). Поверхня епітелію мала хвилястий вигляд, нагадуючи зморшки. Шипуватий шар тонкий, його клітини були вакуолізовані. Інколи мали місце декілька кіст (маленьких та більших) із пошаровими роговими масами в порожнині, розташованими серед волокнистої сполучної тканини оболонки. При локалізації КК на верхній щелепі стінка кіст, за умов їх проростання в гайморову пазуху, зовні була вкрита багаторядним меготливим епітелієм, притаманним слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів, і містила в собі островці кісткової тканини. Перераховані морфологічні ознаки підтверджували проростання кератокісти в гайморову пазуху (рис. 6).

Висновки

1. В структурі планових хірургічних втручань з причин наявності кістозних утворень щелепних кісток кількість цистектомій з приводу кератокіст складає лише 5,05%, протікають вони безсимптомно, що обумовлює труднощі їх ранньої діагностики. Не дивлячись на значну внутрішньокісткову резорбцію, зовнішньої деформації щелеп не відмічається через розповсюдження процесу впродовж тіла нижньої щелепи або проростання кісти в гайморову пазуху при її локалізації на верхній щелепі.
2. На догоспітальному етапі для встановлення нозологічної форми захворювання, планування обсягу оперативного втручання та його своєчасного проведення, з метою запобігання розвитку зубощелепних деформацій у віддалені терміни слід більш широко використовувати пункційну біопсію пухлиноподібного утворення з подальшим аналізом клітинного складу цитограм.
3. Морфологічно стінки кератокіст представлені волокнистою сполучною тканиною з переважанням колагенових волокон над клітинними елементами. Серед останніх зустрічаються клітини фібробластичного ряду і осередки запальної клітинної інфільтрації. Субепітеліальна сполучнотканинна стінка тонка, іноді має

маленькі островці епітелію, подібні епітелію самої вистилки. Внутрішня поверхня стінки вислана багатощаровим епітелієм із вираженою кератинізацією по типу паракератоза. Інколи мають місце декілька кіст (маленьких та більших) із пошаровими роговими масами в порожнині, розташованими серед волокнистої сполучної тканини оболонки. При проростанні кератокісти в гайморову пазуху її стінка зовні вкрита багаторядним меготливим епітелієм, притаманним слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів.

Література

1. Балин В.Н. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / В.Н.Балин, Н.М.Александров.– Санкт-Петербург: Специальная литература, 1998. – С. 225-226
2. Воробьев Ю.И. Рентгенодиагностика периапикальных изменений / Ю.И.Воробьев, Ю.М.Максимовский // Стоматология для всех. – 1999. – № 4. – С.14-18
3. Иорданишвили А.К. Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей / А.К.Иорданишвили – Санкт-Петербург, Нордмедиздат, 2000. – 210 с.
4. Колесов А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А.Колесов, Ю.И.Воробьев, Н.Н.Каспарова – М.: Медицина, 1989. – 302 с.
5. Меркулов А.Б. Курс патогистологической техники / А.Б. Меркулов. – Л.: Медицина, 1969. – 237 с.
6. Овруцкий Г.Д. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей / Г.Д.Овруцкий, Ю.Н.Лившиц, Л.М.Лукиных – Москва: Медицина, 1999. – 118 с.
7. Старченко И.И. Епітеліальні кісти щелеп: джерела розвитку / І.И.Старченко, С.О.Білоконь, О.К.Прилуцький // Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань // Матеріали науково-практичної конференції стоматологів Закарпаття з міжнародною участю. – Ужгород, 2010. – С. 125-126
8. Ткаченко П.І. Хронічний грануломатозний періодонтит та кісти щелеп / П.І.Ткаченко, С.О.Білоконь, О.В.Гуржій. – Полтава, 2006. – 54 с.
9. Токарева Е.В. Фоликулярные кисты и одонтогенные кератокисты челюстей / Е.В.Токарева, Г.И.Донский, И.В.Василенко – Севастополь-Донецк, 2003. – 127 с.

Реферати

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЕРАТОКИСТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ Ткаченко П.И., Старченко И.И., Білоконь С.О., Лохматова Н.М., Шешукова Я.П.

В статье представлена клинико-морфологическая характеристика кератокист у детей, которые составляют лишь 5,05% в структуре плановых хирургических вмешательств из-за наличия кистозных образований челюстных костей, что вызывает определенные трудности в выявлении первых клинических проявлений заболевания и их ранней диагностике на догоспитальном этапе. Отдельное внимание уделено вопросу решения судьбы постоянных зубов и выбору объема оперативного вмешательства, что может влиять на возникновение зубо-челюстных деформаций в отдаленные сроки. Верификация морфологической структуры кистозного образования, в некоторой мере, позволяет определиться в тактическом подходе к комплексному стоматологическому обеспечению этих больных в послеоперационном периоде и установлении времени и объема его проведения.

Ключевые слова: дети, кератокиста.

Стаття надійшла 14.10.2012 р.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS KERATOCYST OF THE JAWS IN CHILDREN Tkachenko P.I., Starchenko I.I., Bilokon S.O., Lohmatova N.M., Sheshukova Ya.P.

The article presents the clinical and morphological characteristics of keratocyst in children who make up only 5.05% of the planned surgery because of cystic formations jaw bones, which causes some difficulty in determining the first clinical manifestation of the disease and early detection of pre-hospital. Special attention is paid to decide the fate of the permanent teeth and determining the extent of surgical intervention, which may affect the appearance of the teeth-jaw deformities in the late periods. Verification of the morphological structure of cystic formation, to some extent, can be defined in the tactical approach to comprehensive dental support these patients in the postoperative period and setting the time and the amount of its holding.

Key words: children, keratocyst.

Рецензент проф. Гасюк А.П.

УДК: 616.682 – 092.9: 537.531: 615.37: 576.31

Е.І.Топка, О.М.Шарапова

ДЗ “Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України”, м. Дніпропетровськ

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯЄЧКА ТА НАД'ЯЄЧКА ЩУРІВ ПІСЛЯ ОПРОМІНЕННЯ ЕЛЕКТРОМАГНІТНИМ ПОЛЕМ ТА ВИКОРИСТАННЯ РОЗЧИНУ ЕХІНАЦЕЇ

В роботі досліджені структура та функції над'яєчка щурів, які опромінювались електромагнітним полем високої напруги низької частоти та одержували розчин ехінацеї. Авторами доведено, що використання розчину імуномодулятора покращує функцію над'яєчка та яєчка щурів, не приводить до порушення запліднюючої здатності опромінених самців як в початкові, так і в віддаленні терміни спостереження.

Ключові слова: яєчко, над'яєчко, сім'яний каналець, сперматогонії, електромагнітне поле.

Робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри урології, оперативної хірургії та топографічної анатомії ДЗ “Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України” “Морфофункціональні особливості судинного русла та регенераційні можливості внутрішніх органів після органозберігаючих оперативних втручань малоінвазивними методами” (N держреєстрації 0111U 008101).

Відомо, що 13-19% подружніх пар фертильного віку страждають від відсутності дітей. У структурі неплідних шлюбів 25-54% становить чоловічий фактор. Останнім часом намітилась тенденція до зростання кількості безплідних шлюбів, які становлять відповідно даних соціологічних опитувань 8-20% від загальної кількості сімей в різних регіонах України [2]. Причиною зниження сперматогенної функції яєчка і чоловічої