

муддат кенг таъсир доирасидаги антибиотиклар, сульфаниламидларни қўллаш натижасида келиб чиқадиган стоматитлар 13.8 ± 4.5 , шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, носоғлом турмуш тарзи, ўз саломатлигига нисбатан эътиборсизлиги 20.7 ± 5.3 , организмнинг ҳолсизланиши билан боғлиқ бўлган гипо-, авитаминозлар, оғир даражали анемиялар асорати сифатида юзага келадиган стоматитлар 8.5 ± 2.8 % ни ташкил қилади.

Шунингдек, ўз саломатлигига ва тиббий хизматга эътиборсизлиги касалликнинг шаклланишида муҳим аҳамият касб этади. Жумладан ўз вақтида тиббий кўриклардан ўтмаслик, касалликнинг илк симптомлари пайдо бўлганида ноанъанавий даволаниш усулларида фойдаланиш мазкур касалликларнинг авж олишига ҳамда асоратли кечишида етакчилик қилмоқда.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА КЕРГАП С МАГНИКОЛИНОМ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ОРО-НАЗАЛЬНЫХ И ОРО-АНТРАЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Швец А.И., Горбаченко О.Б., Половик А.Ю.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

В практике хирурга-стоматолога нередко встречаются случаи образования оро-назальных и оро-антральных соединений. Причиной их возникновения могут быть хронический остеомиелит, травмы разнообразного происхождения, удаление зубов и корней, которые прилегают к верхнечелюстной пазухе. Размеры таких соединений иногда доходят до 0,5-3 см в диаметре. Известные ранее хирургические методы ауто-, алло- и ксеногенной трансплантации чрезвычайно травматичны и не всегда удовлетворяют как врача, так и пациента. Поэтому, по нашему мнению, такие оперативные вмешательства требуют усовершенствования.

Целью нашего исследования стала необходимость усовершенствовать предложенные ранее методики.

Нами предложена композиция Кергап с магниколином. Оба препарата зарегистрированы и разрешены к использованию МЗ Украины (приказ МОЗ № 269 от 28.08.96 г. и № 94/2-313 от 24.12.94 г.). Проведено клиническое обследование и хирургическое лечение 5 больных: 3 - с оро-антральными и 2 - с оро-назальными дефектами. Для диагностики использовали общеклинические методы, а также рентген-диагностику (ортопантомографию). Контроль динамики заживления послеоперационной раны осуществляли цитологическим методом. Для этого снимали мазки-отпечатки из раны стерильной резинкой на 2, 4 и 6 дни после операции.

Степень выраженности местной реакции в зоне ушитой раны исследовали термометрическим методом. Во всех случаях использовали комбинированную муконадкостничную и биокерамическую остеопластику. По специальной технологии изготавливали пористый индивидуальный блок биокерамики Кергап. Во время операции освежали края дефекта, мобилизовали с внутренней стороны слизисто-надкостничный лоскут, из которого формировали дно носа. Из соседнего участка неба выкраивали слизисто-надкостничный лоскут для создания передней стенки дефекта. Блок биокерамики фиксировали лоскутом с помощью хромированного кетгута: сверху к новоформируемому дну полости носа, а снизу – к

альвеолярному отростку П-образными швами из нити "Биофил" атравматической иглой.

Во всех случаях использовали послеоперационное облучение раны гелий-неоновым лазером. Послеоперационный период протекал без осложнений, о чем свидетельствовали данные цитологического и термометрического исследований. Протезирование начинали через две недели. В двух случаях использовали полоски гапкола для фиксирования блока Кергап.

Гапкол использовали в качестве биорезорбусной мембраны, а также с целью заместительного действия и фиксации моноблока Кергап.

Благодаря такому комплексу (КЕРГАП, магниколин и гапкол) удастся сформировать контуры протезного ложа, а также в ближайшие сроки приступить к протезированию.

ВЫДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТА ПО ПРОТОКАМ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА

Шерстюк О.А., Свиницкая Н.Л.

*Украинская медицинская стоматологическая академия,
г. Полтава, Украина*

На данный момент остаются во многом до конца неясными механизмы, осуществляющие продвижение секрета по выводным протокам малых слюнных желез.

Цель: Выявление стереоморфологических особенностей, способствующих выведению экскрета по системе протоков небных и губных слюнных желез человека (СЖЧ).

На основе серийных полутонких эпоксидных срезов ткани проведено стереологическое, гистологическое и морфометрическое исследование малых СЖЧ.

Исследования показали, что небные и губные железы человека имеют схожую конструкцию и пространственную организацию своих экскреторных протоков. Стенка всех протоков исследуемых желез и их концевых отделов образована двумя слоями клеток с признаками секреторной активности. Со стороны их базальной плазмолеммы располагается слой миоэпителиальных клеток, которые выполняют «опорную» функцию и способны влиять на величину просвета концевых отделов и протоков при нарастании в них гидравлического давления. Есть предположения, что миоэпителиальные клетки обеспечивают «быстрое» выделение секрета.

Нами установлено, что емкостные микрососуды, осуществляющие отток крови от долек желез, локализуются в непосредственной близости от междольковых и главных выводных протоков. При нарастании гидростатического давления в посткапиллярных венах жидкость фильтруется в интерстициальное пространство (ИП). Фильтрация излишков жидкости ИП осуществляется через железистый эпителий в систему выводных протоков и в лимфатические сосуды. Мы обратили внимание на тот факт, что тому или иному звену гемомикроциркуляторного русла и выводному протоку в исследуемых железах соответствуют определенной толщины, протяженности и формы интерстициальные прослойки. Основываясь на сказанном ранее, можно утверждать, что эпителий исследуемых желез способен к фильтрации жидкости из гидратированного интерстиция. Объем ее может быть значительным, в частности, при рефлекторном выделении большого количества слюны. Можно предположить, что это происходит не за счет усиления биосинтетической деятельности glanduloцитов желез (ацинарных и протоковых), а за счет переноса