



УДК 616.724-07-08-615.83

Є. Д. Бабов, А. В. Волковішський

ВПЛИВ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ НА СТАН СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

Одеський національний медичний університет

Вступ

Однією з актуальних проблем сучасної стоматології є лікування хворих з деформаціями зубощелепної системи. Методи корекції таких аномалій, що використовуються у хірургічній практиці, не завжди дозволяють отримати необхідні функціональні та косметичні результати [1; 2]. Крім того, наявність деформацій щелеп, як правило, поєднується з порушеннями стану окремих зубів, оклюзійними порушеннями, функціональними та структурними змінами скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). Складність анатомічної будови та кінетики СНЩС, залежність правильних внутрішньосуглобних взаємовідношень від характеру змикання зубних рядів, тонусу та функції жувальних м'язів створюють той фон, який обумовлює високу частоту патології СНЩС [1; 2]. Тому існує необхідність комплексного підходу до лікування таких пацієнтів, який, окрім хірургічного лікування аномалій форми та розміру нижньої щелепи, повинен включати також ортодонтичну корекцію деформацій у межах зубоальвеолярних дуг, лікування змін у ділянці СНЩС.

Метою даного дослідження було визначення характеру та ступеня впливу проведених оперативних втручань з реконструкції нижньої щелепи на стан СНЩС.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами було проведено комплексне обстеження 24 хворих, що мали деформації нижньої щелепи, у віці від 17 до 24 років (у середньому 20 років), із них 13 (59 %) жінок і 11 (41 %) чоловіків. Крім загальноклінічного обстеження та обстеження щелепно-лицьової ділянки, хворим проводили рентгенографію СНЩС за Шулером за умов відкритого та закритого рота, томографію СНЩС [3], знімали анатомічні відбитки, створювали діагностичні гіпсові моделі щелеп і фотографували хворих. Комплексне обстеження проводили до і після оперативного втручання.

До лікувального комплексу входила хірургічна корекція аномалій форми та розміру нижньої щелепи, фізіотерапевтичні та медикаментозні методи, а також ортодонтична корекція оклюзійних порушень.

Результати дослідження та їх обговорення

При клінічному обстеженні хворих до операції у 6 (27 %) випадках виявлено один чи кілька симптомів дисфункції СНЩС: хворі скаржилися на клацання та хруст у ділянці одного із суглобів — 4 (18 %) випадки, наявність больового симптому — 3 (14 %) випадки.

При вивченні рентгенограм і томограм було визначено порушення місцезнаходження головки суглоба СНЩС у 9 (41 %) пацієнтів, у тому числі у 3 (14 %), що не мали клінічних ознак артриту СНЩС.

Проведене у передопераційному періоді ортодонтичне лікування полягало в усуненні деформації оклюзійної поверхні зубних дуг, виправленні положення верхніх і нижніх передніх зубів. У разі аномального положення окремих зубів, ретенції та браку місця для них удавались до видалення тих зубів, що функціонально були менш важливі. Застосовували знімні апарати з гвинтами, пружинами, вестибулярними дугами, накусочні пластинки та незнімні дугові апарати. У деяких хворих деформації посилювались, однак створювались умо-



ви для відновлення нормальних оклюзійних взаємовідношень після проведення хірургічного втручання.

Виконували двосторонню скісну ковзну остеотомію тіла нижньої щелепи з подальшим накладанням кісткових швів. У післяопераційному періоді використовували міжщелепну фіксацію протягом 2–4 тиж. Застосовували також ультрафонофорез із кремом «Терафлекс М» (15 сеансів по 10 хв 1 раз на день) на ділянку СНЩС [4; 5]. Крім того, застосовували аплікації крему «Терафлекс М» із втиранням (2–3 рази на день, 1 міс.). Після зняття міжщелепної фіксації призначали прийом всередину капсул «Терафлекс» (4 міс. по 1 капсулі двічі

на день протягом трьох перших тижнів, надалі по 1 капсулі 1 раз на день).

Як показав аналіз симптомів, характерних для СНЩС, у хворих через 3 міс. після проведеної реконструктивної операції на нижній щелепі та комплексного лікування потягання клінічних ознак артриту СНЩС не зареєстровано, відмічено деяке покращання: у 2 (9 %) випадках зникли больові відчуття у ділянці суглоба.

З цього випливає, що після проведення реконструктивних операцій на нижній щелепі та комплексного лікування, співвідношення елементів СНЩС залишається незмінним, а в деяких випадках набуває фізіологічних особливостей, що

дозволяє рекомендувати даний метод до широкого впровадження у хірургічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Хватова В. А.* Диагностика и лечение нарушенной функциональной окклюзии / В. А. Хватова. – Н. Новгород : Изд-во РГМА, 1996. – С. 256–259.
2. *Петросов Ю. А.* Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов. – Краснодар : Советская Кубань, 1996. – С. 344.
3. *Рабухина Н. А.* Рентгенодиагностика в стоматологии / Н. А. Рабухина, А. П. Аржанцев. – М. : Стоматология, 1999. – С. 433–438.
4. *Компендиум 2004 – Лекарственные препараты* / под ред. В. М. Коваленко, О. П. Викторова. – К. : Морион, 2004. – 1664 с.
5. *Лекарственные препараты в России // ВИДАЛЬ : справочник.* – Изд. 11-е, перераб., испр., доп. – М., 2005. – 1536 с.

УДК 618.11-006.443.03

А. И. Грачев, А. И. Даниленко

ГРАНУЛЕЗОТЕКАКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Одесский национальный медицинский университет

Гранулезоклеточные и текаклеточные опухоли яичников встречаются редко и в любом возрасте, но наиболее часто — 40–60 лет [1].

Частота гранулезоклеточных опухолей (ГКО), по данным разных авторов, составляет до 3 % всех опухолей яичников, частота текаклеточных опухолей (ТКО) — до 2,5 %. Опухоли склонны к злокачественному течению [2]. Смешанные опухоли этого типа (комбинация ГКО и ТКО) встречаются очень редко и составляют до 0,4 % всех опухолей яичников [3].

Гистологически в этих опухолях имеется сочетание, в разных количествах, элементов ГКО и текомы. Группы клеток гранулезы формируют островки причудливой формы или трабекулы неравномерной

толщины, находящиеся в окружающей их тека-ткани. В некоторых опухолях этого типа гранулезо- и текаклетки перемешаны между собой. Могут быть варианты чередования мелких гнезд гранулезных клеток с тека-тканью. Встречаются узкие тяжи, состоящие из нескольких родов гранулезных клеток, вкрапленных в массу тека-ткани, или определяется пограничная зона между двумя компонентами опухоли.

Гранулезоклеточная опухоль принадлежит к эстрагенпродуцирующим образованиям, следствием чего является высокий уровень эстрогенов в крови, моче, кале больных и в самих опухолях. Отмечаются нарушения менструального цикла, маточные кровотечения в периоде постменопаузы и у детей. Высокий уровень эстро-

генов в организме может приводить к патологическому «омоложению» в периоде постменопаузы, преждевременному половому созреванию детей, задержке овуляции у женщин, результатом чего является бесплодие. У больных с этими опухолями бывают асцит, гидроторакс, исчезающие после удаления опухоли. Очень редко возникает андрогенный эффект. Отмечаются изменения в матке: в эндометрии — гиперпластические процессы в виде железистой, железистокистозной гиперплазии, очагового аденоматоза, полипов. В ряде наблюдений отмечается сочетание ГТО с аденокарциномой эндометрия, миомой тела матки, беременностью.

В нашем наблюдении больная О., 52 лет, поступила в КУ ГКБ № 1 с жалобами на кро-

