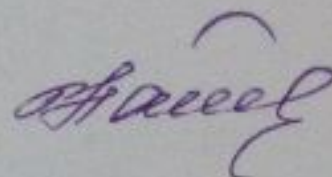


УШКО НАТАЛІЯ ОЛЕКСІЇВНА



УДК 616.31-089.87-06:616.716.1/4-006-07-084

**ПАТОГЕНЕЗ, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА,
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ
У ХВОРИХ З АМЕЛОБЛАСТОМАМИ ЩЕЛЕП**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі щелепно-лицевої хірургії Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України

Науковий консультант доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України **Тимофєєв Олексій Олександрович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра щелепно-лицевої хірургії, завідувач

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор **Лісова Ірина Григорівна**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра стоматології, хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, завідувач

доктор медичних наук, професор **Копчак Андрій Володимирович**, Стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О. О. Богомольця МОЗ України, директор

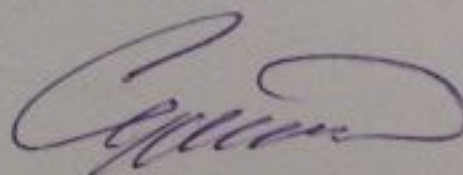
доктор медичних наук, професор **Гулюк Анатолій Георгійович**, Одеський національний медичний університет МОЗ України, кафедра хірургічної стоматології, завідувач

Захист відбудеться 11 травня 2018 р. об 11⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.09 Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика МОЗ України за адресою: 04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 10А.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика за адресою: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий "13" квітня 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. М. Ступницька

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На даний час більше 80% всіх пухлин щелепно-лицевої ділянки займають одонтогенні і остеогенні пухлини щелеп, серед яких найбільш часто зустрічаються амелобластоми. Амелобластоми – це група доброякісних епітеліальних пухлин одонтогенного походження, яка за даними різних авторів включає в себе 6 – 11 клініко-морфологічних форм. Ці пухлини відрізняються від інших доброякісних пухлин наявністю місцевої інвазивності, який проявляє свою агресію не тільки по відношенню до кістки, але й до білящелепних м'яких тканин (Тимофєєв О.О., 2004 – 2017; Іорданішвілі А.К., 2007; Калакуцький М.В., 2012; Робустова Т.Г., 2010; Гасюк А.П., 2010 – 2014; Скікевич М.Г., 2014; Carlson E.R., 2006; Milman T., 2016; Bilodeau EA., 2017).

До теперішнього часу не з'ясовані патогенетичні механізми розвитку цих пухлин, а також не уточнені фактори підвищеного ризику їх виникнення, що могло б бути основою для розробки профілактичних заходів і патогенетичного лікування.

Різноманітність клінічних форм амелобластом обумовлює складність диференційної діагностики даних утворень: її доводиться проводити не тільки з іншими доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями, але також із запальними захворюваннями і злоякісними новоутвореннями щелеп (Тимофєєв О.О., 2004 – 2017; Іорданішвілі А.К., 2007; Калакуцький М.В., 2012; Робустова Т.Г., 2010; Медведєв Ю., 2012; Гасюк А.П., 2014; Скікевич М.Г., 2014; Carlson E.R., 2006; Milman T., 2016; Bilodeau EA., 2017). Такий стан проблеми побічно підтверджено великою кількістю помилкових діагнозів і тривалістю періоду обстеження хворих з цією патологією. До теперішнього часу загальноприйнятими способами діагностики амелобластом щелеп є клінічне обстеження (збір анамнезу, огляд, пальпація тощо) і рентгенографія (КТ, МРТ), не існує даних про комплексне обстеження хворих з даною патологією з використанням сучасних методів, які б дозволили прогнозувати перебіг захворювання, визначити оптимальний обсяг хірургічного втручання та ризик розвитку ускладнень в післяопераційному періоді.

У клінічній практиці при видаленні амелобластом щелеп застосовуються різні хірургічні методики: енуклеація пухлини, видалення пухлини з резекцією кістки зі збереженням безперервності та з її порушенням (Тимофєєв О.О., 2004 – 2017; Іорданішвілі А.К., 2007; Робустова Т.Г., 2010; Сьомкін О.В. та співавт., 2012; Калакуцький М.В., 2012; Медведєв Ю., 2012; Гасюк А.П., 2010 – 2014; Скікевич М.Г., 2014; Carlson E.R., 2006; Milman T., 2016; Bilodeau EA., 2017). Останні призводять до значних післяопераційних дефектів і деформацій, що в значній мірі позначається на погіршенні якості життя, емоційному стані і зовнішньому вигляді хворих. В той же час нерадикальне проведення хірургічного втручання призводить до рецидивування та малігнізації пухлини (Тимофєєв О.О., 2004 – 2017; Калакуцький М.В., 2012; Milman T., 2016). На даний час не вирішено питання, за яких клінічних форм амелобластом щелеп слід проводити щадні, або ж радикальні оперативні втручання, а також недостатньо обґрунтовані методи відновлення безперервності післяопераційних кісткових дефектів щелеп.

Проблема профілактики ускладнень оперативних втручань, на жаль, залишається актуальною. Незважаючи на значну кількість та різноманітність антибактеріальних, протизапальних, знеболюючих, антисептичних та інших засобів,

частота виникнення запальних ускладнень залишається достатньо високою та за даними літератури складає від 3% до 40% при різних захворюваннях та травмах щелепно-лицевої ділянки (Тимофєєв О.О., 2004 – 2017; Ушаков Р.В. та співавт., 2007; Яхьяєв М.І., 2011; Ломакін М.В., 2012).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана у відповідності до плану науково-дослідної роботи Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика та являється самостійним дослідженням (державний реєстраційний номер 0116U007539).

Мета дослідження – підвищення ефективності лікування хворих з амелобластомами щелеп на основі вивчення патогенезу, удосконалення методів діагностики та лікування, а також профілактики ускладнень з використанням розроблених і науково обґрунтованих схем лікувально-профілактичних заходів.

Завдання дослідження:

1. З метою виявлення патогномонічних критеріїв, характерних для амелобластом щелеп, які можуть бути використані при проведенні диференційної діагностики, зіставити морфологічну картину різних форм амелобластом щелеп з клініко-рентгенологічними їх проявами, а також результатами проведеного хірургічного лікування.

2. Розробити класифікацію клінічних форм амелобластом щелеп залежно від патоморфологічної характеристики пухлини.

3. Систематизувати рентгенологічну характеристику амелобластом щелеп.

4. З'ясувати патогенетичну роль електрогальванічних змін в слизовій оболонці порожнини рота і щелепних кістках в розвитку амелобластом щелеп при наявності у хворих в порожнині рота металевих включень.

5. Вивчити взаємозв'язок особливостей клінічного перебігу до- та післяопераційного періоду у хворих з амелобластомами щелеп з виявленими електрогальванічними змінами.

6. Визначити наявність змін різних видів чутливості (тактильної, больової і температурної) слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя в ділянці патологічного вогнища у хворих з амелобластомами щелеп в динаміці проведеного лікування в залежності від методу хірургічного втручання.

7. Вивчити секреторну функцію великих і малих слинних залоз і її зміни у хворих з амелобластомами щелеп залежно від методу виконаного оперативного втручання.

8. Визначити зміни загальних і місцевих факторів неспецифічної резистентності організму і виявити роль порушення конкретних ланок імунітету в патогенезі різних форм даних пухлин.

9. Обґрунтувати вибір хірургічної тактики лікування амелобластом щелеп залежно від патоморфологічної характеристики пухлини і прогнозу розвитку ускладнень.

10. Вивчити динаміку змін електрофізіологічних показників м'яких тканин, що іннервуються II і III гілками трійчастого нерву, у хворих до і після видалення амелобластом щелеп, а також визначити реабілітаційні можливості лікаря для

лікування післяопераційних нейропатій в залежності від важкості травми нерву, отриманої під час оперативного втручання.

11. Розробити лікувально-профілактичні заходи на основі виявлених порушень з використанням сучасних технологій і медикаментозних препаратів.

Об'єкт дослідження: доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення щелеп.

Предмет дослідження: патогенетичні механізми, які зумовлюють появу пухлин щелеп; особливості клінічних проявів, оцінка ефективності методів діагностики, стан місцевого і загального імунітету, функціональний стан великих і малих слинних залоз та трійчастого нерву у даного контингенту хворих, клініко-патогенетичне обґрунтування використання розроблених схем профілактики та лікування ускладнень у хворих з амелобластомами щелеп.

Методи дослідження: загальноклінічні (збір анамнезу, огляд, пальпація, перкусія тощо); аналітичні; потенціометричні (визначення різниці потенціалів, сили струму та електричної провідності ротової рідини між металами, на слизовій оболонці та на кістці); дослідження функції великих і малих слинних залоз; дослідження больової, тактильної і температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота; рентгенологічні методи (ортопантомографія, стереолітографія, комп'ютерна томографія); імунологічні методи (вивчення місцевої неспецифічної резистентності організму: визначення числа нейтрофілів, що емігрували через слизову оболонку щоки і альвеолярний відросток, визначення в цих нейтрофілах активності лужної фосфатази і катіонних білків; вивчення загального імунітету шляхом визначення показників фагоцитарної активності лейкоцитів периферичної крові і НСТ-тесту); мікробіологічні; морфологічні (гістологічні, цитологічні та цитохімічні); визначення гігієнічного стану порожнини рота; статистичні (для визначення достовірності отриманих результатів).

Наукова новизна отриманих результатів.

Вперше запропонована клініко-патоморфологічна систематизація різних форм амелобластом щелеп в залежності від патоморфологічної характеристики, вибору певної хірургічної тактики і прогнозу розвитку ускладнень. Згідно з цією класифікацією всі пухлини, які раніше об'єднувалися під одним терміном "амелобластома" необхідно розділити на дві групи: "справжні амелобластоми" і "псевдоамелобластоми" (амелобластомоподібні пухлини). До групи "справжніх амелобластом" слід віднести такі типи її морфологічної будови: фолікулярний, плексиформний, акантоматозний, базально-клітинний, зернисто-клітинний, десмопластичний, кістозний і змішаний. До групи "псевдоамелобластом" слід віднести амелобластичну фіброму, аденоамелобластоми, амелобластичну фіброодонтоми, одонтоамелобластоми.

Удосконалена рентгенологічна класифікація кістозних форм амелобластом, згідно якої всі кістозні форми пухлини пропонується характеризувати за трьома рентгенологічними ознаками (параметрами), а саме: за кількістю наявних кістозних порожнин, якими представлена пухлина (монокістозна, полікістозна та коміркова форми); за наявністю або відсутністю ретенуваного або дистопованого зуба і його розташуванню по відношенню до кістозної порожнини пухлини (відсутність зуба в порожнині пухлини, зуб повністю або частково знаходиться в кістозній порожнині);

по співвідношенню пухлини з зубами, що знаходяться в альвеолярному відростку щелепи, і ступеня резорбції їх коренів (пухлина не має контакту з коренями зубів, є в тому чи іншому ступені вираженості резорбція коренів зубів).

Вперше вивчений повний комплекс потенціометричних показників (різниця потенціалів, сили струму, електричної провідності ротової рідини) у хворих з амелобластомами щелеп при наявності у них в порожнині рота металевих включень. Встановлено, що одночасне збільшення в 3 рази і більше в порівнянні з нормою потенціометричних показників М-М, М-СОАВ і СОАВ-СОАВ є патогномонічною ознакою, характерною тільки для амелобластом щелеп. При зіставленні даних потенціометричного обстеження з клінічною симптоматикою встановлено, що дані пухлини зустрічалися тільки у хворих з гальванозом: атипова форма гальванозу виявлена в 40,9%, типова форма – в 59,1% випадків.

Уточнені фактори ризику розвитку ускладнень при видаленні амелобластом щелеп у хворих з гальванічною патологією, а також виявлені особливості та визначені терміни регенерації післяопераційних кісткових порожнин щелеп у цих хворих. Встановлено, що наявність гальванозу у хворих з амелобластомами щелеп ускладнює перебіг післяопераційного періоду: нагноєння кістозних порожнин виникають в 28,6% незалежно від їх розмірів, а частота розвитку цих ускладнень знаходиться в прямій залежності від величини потенціометричних показників. Наявність гальванозу подовжує терміни регенерації кісткової тканини на 2 – 3 місяці, при чому післяопераційні порожнини виповнюються кістковою тканиною при малих розмірах рівномірно, а при середніх і великих розмірах – пристінково.

Вперше вивчена секреторна функція великих і малих слинних залоз у хворих з амелобластомами щелеп, доведені її зміни в післяопераційному періоді в залежності від методу виконаного оперативного втручання. До проведення операції відзначено достовірне зниження ($p < 0,001$) всіх показників слиновиділення, а саме: секреція змішаної слини (ротової рідини) становила $0,53 \pm 0,03$ мл/хв, чистої слини з привушної залози – $0,038 \pm 0,003$ мл/хв, чистої слини з піднижньощелепної залози – $0,120 \pm 0,006$ мл/хв, кількість функціонуючих малих слинних залоз (на площі в 4 см^2) – $16,7 \pm 0,5$ шт., кількість секрету, що виділяється однією малою слинною залозою – $1,63 \pm 0,05 \text{ г/хв} \times 10^{-4}$. Після проведення хірургічного лікування у цих хворих спостерігалось ще більше зниження показників секреторної функції великих і малих слинних залоз, терміни відновлення якої до нормальних величин були прямо пропорційні важкості проведеного оперативного втручання.

Вивчений стан неспецифічної резистентності організму у хворих з амелобластомами щелеп, вперше встановлений ступінь вираженості змін місцевої неспецифічної резистентності в динаміці проведеного лікування даних хворих. Визначено достовірне зниження показників місцевої ($p < 0,001$) та загальної ($p < 0,05$) неспецифічної резистентності організму хворих з амелобластомами щелеп до проведення оперативного втручання. В післяопераційному періоді відзначено ще більше достовірне зниження цих показників. Нормалізація досліджуваних показників загальної неспецифічної резистентності відзначена тільки через 1 – 2 місяці після проведення хірургічного лікування, показників місцевої неспецифічної резистентності – через 2 – 2,5 місяці за умови проведення імунокорегуючої терапії.

Вперше виявлені зміни тактильної, больової і температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя в ділянці патологічного вогнища у хворих з амелобластомами щелеп в динаміці проведеного лікування в залежності від методу хірургічного лікування. Встановлені не тільки кількісні, але й якісні порушення різних видів чутливості з боку слизової оболонки порожнини рота. Зниження порогу сприйняття тактильної чутливості відзначено у 31,3 – 50,0% хворих (у 40,0 – 60,0% при гальванозі), больової чутливості – у 37,5 – 56,3% хворих (у 46,7 – 53,3% при гальванозі), температурної чутливості – у 44,4 – 56,3% хворих (у 40,0 – 48,3% при гальванозі). У 17,3% хворих (у 22,7% при гальванозі) зустрічалася парестезія губ. Після проведення оперативних втручань означені порушення чутливості достовірно рідше ($p < 0,001$) зустрічалися після ексцизійної біопсії і щадної резекції нижньої щелепи при порівнянні їх з класичною резекцією нижньої щелепи. Частота зустрічності порушень означених видів чутливості після проведення ексцизійної біопсії та щадної резекції нижньої щелепи практично не відрізнялися між собою ($p > 0,05$).

Вперше вивчені електрофізіологічні показники м'яких тканин, що іннервуються II і III гілками трійчастого нерву, у хворих до і після проведення операцій видалення амелобластом щелеп і доведена висока ефективність застосування АПК "ДІН-1" в діагностиці, прогнозуванні перебігу та лікуванні післяопераційних нейропатій трійчастого нерву. Встановлено, що визначення електрофізіологічних показників м'яких тканин, що іннервуються III гілками трійчастого нерву у хворих після проведення оперативних втручань з приводу видалення доброякісних новоутворень щелеп є не тільки діагностичним критерієм важкості ушкодження трійчастого нерву в операційній рані, але і може служити прогностичним критерієм, який вказує на терміни відновлення чутливості шкіри і слизової оболонки в області проведеної операції. Застосування в комплексному лікуванні нейропатій АПК "ДІН-1" дозволило скоротити терміни лікування при забої нерву в 2 рази, при розтягуванні – в 1,5 рази і у 97,4% випадках при неповному розриві – в 1,5 рази. Застосування даного АПК в лікуванні хворих з нейропатіями, що виникли в результаті повного розриву гілок трійчастого нерву, дозволило у 80,6% пацієнтів домогтися клінічного одужання: у 54,8% випадках – через 6 місяців, в 25,8% – через 1 рік після операції.

Вперше обґрунтований вибір хірургічної тактики лікування амелобластом щелеп залежно від патоморфологічної характеристики пухлини і прогнозу розвитку ускладнень. В якості радикального методу лікування справжніх амелобластом і псевдоамелобластом пропонується використовувати розроблений та апробований нами метод – щадну резекцію щелепи. При виявленні плексиформного або акантоматозного типу будови справжньої амелобластоми, а також при рецидивних формах амелобластом необхідно застосовувати класичну резекцію щелепи.

Практичне значення отриманих результатів.

Розроблена і запропонована в практичну охорону здоров'я клініко-патоморфологічна систематизація амелобластом щелеп в залежності від патоморфологічної характеристики, вибору хірургічної тактики лікування та прогнозу розвитку ускладнень. Розроблена і запропонована в практичну охорону здоров'я рентгенологічна класифікація кістозних форм амелобластом. Запропоновані

об'єктивні тести прогнозу розвитку післяопераційних ускладнень. Розроблені схеми патогенетичного лікування і профілактики запальних та неврологічних ускладнень у хворих після видалення пухлин щелеп, які дозволяють зменшити число гнійно-запальних ускладнень в 4 – 6 разів і скоротити терміни лікування хворих після проведеного оперативного втручання в 2 рази в порівнянні з традиційними методами лікування.

Розроблені методи діагностики та лікування впроваджені в лікувальний процес щелепно-лицевого відділення Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги, хірургічного відділення Полтавської міської клінічної лікарні, відділення щелепно-лицевої хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова, щелепно-лицевого відділення Міської клінічної лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя, Комунального закладу "Криворізька міська стоматологічна клінічна поліклініка № 1 Дніпропетровської обласної ради", відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні, щелепно-лицевого відділення ЗОЗ "11 міська клінічна лікарня" (м. Мінськ, Білорусь), Навчально-хірургічній клініці Азербайджанського медичного університету (м. Баку, Азербайджан), стоматологічних клінік "EURO DENTI", "BENI DENTI", "NEW-DENTI XXI", "VAN DENT", "EDO DENTI" (м. Батумі, Грузія).

Результати проведених досліджень впроваджені в навчальний процес на кафедрі хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти, кафедрі стоматології післядипломної освіти ДВНЗ "Ужгородський національний університет", кафедрі дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології ВДНЗУ "УМСА" (м. Полтава), кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, кафедрі стоматології Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини, кафедрі щелепно-лицевої хірургії ЗО "Білоруський державний медичний університет" (м. Мінськ, Білорусь), кафедрі хірургії порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки Азербайджанського медичного університету (м. Баку, Азербайджан).

Особистий внесок здобувача.

Наукові положення і результати, які виносяться на захист, отримані дисертантом особисто. Автором самостійно виконано патентно-інформаційний пошук, проведено аналіз наукової літератури. Дисертант особисто проводила набір обстежуваних, їх клініко-лабораторне обстеження та лікування, провела аналіз отриманих результатів і їх статистичну обробку. Імунологічні дослідження проведені в клінічній лабораторії Київської міської клінічної лікарні № 1 та лабораторії імунології ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології"; патоморфологічні дослідження – у патогістологічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні № 1 та № 12. Особливу подяку за допомогу в проведенні морфологічних досліджень автор висловлює зав. кафедри патологічної анатомії д.м.н. проф. С.Г.Гичці (НМУ імені О.О.Богомольця) та директору Інституту патології Карл-Тім Клінікум д.м.н. Туффаха С.А. Муїн (Академічний клінічний

шпиталь медичного факультету Шаріте, Німеччина). Автор висловлює подяку співробітникам лабораторії імунології ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології" за допомогу в проведенні імунологічних досліджень та співробітникам відділу з вивчення гіпоксичних станів Інституту фізіології імені О.О.Богомольця НАН України (зав. відділом – д.мед.н. Лауреат Державної премії України І.М.Маньковська) за консультативну допомогу в проведенні електрофізіологічного обстеження хворих. Під керівництвом наукового консультанта визначено мету і завдання дослідження, сформульовані наукова новизна, практичне значення, клініко-патоморфологічна систематизація амелобластом та рентгенологічна систематизація кістозних форм амелобластом, висновки і практичні рекомендації. Наукові публікації, текст дисертації і автореферат написані автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи представлені та обговорені на "XVI міжнародній конференції челюстно-лицевих хирургов и стоматологов "Новые технологии в стоматологии" – Россия, Санкт-Петербург, 16 – 18 мая 2011"; Міжнародній науково-практичній конференції стоматологів "Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології" – Ужгород, 2011; XII з'їзді Всеукраїнського Лікарського Товариства – Київ, 5-7 вересня 2013; Науково-практичній конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження проф. Г.І. Семенченка "Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії" – м. Одеса, 3 – 4 квітня 2014 р.; VI міжнародному медичному конгресі "Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України" – м. Київ, 25 – 27 квітня 2017 р.; International research and practice conference "Innovative technology in medicine: experience of Poland and Ukraine" – Lublin (Republic of Poland), 28 – 29 april 2017; Міжнародній науково-практичній конференції "Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні" – м. Дніпро, 9 – 10 червня 2017 р.; Міжнародній науково-практичній конференції "Медичні науки: напрямки та тенденції розвитку в Україні та світі" – м. Одеса, 16 – 17 червня 2017 р.; Міжнародній науково-практичній конференції "Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини" – м. Львів, 23 – 24 червня 2017 р.; 13th annual international congress Georgian dental association – Batumi, Georgia, 14 – 15 July 2017; Науково-практичній конференції з міжнародною участю "Стоматологічна наука і практика на Слобожанщині: історія, надбання і перспективи розвитку" – м. Харків, 5 – 6 жовтня 2017 р..

Публікації. За темою дисертації опубліковано 59 наукових робіт, з них: 32 статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 7 – в іноземних виданнях, 12 – у вигляді тез доповідей на наукових конференціях, 6 статей – в збірниках наукових робіт Інституту стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика, 2 патенти на корисну модель.

Об'єм та структура дисертаційної роботи. Дисертаційна робота викладена на 321 сторінці комп'ютерного тексту, в тому числі 280 сторінках основного тексту. Основний текст дисертації складається з вступу, семи розділів власних досліджень, розділу з аналізом та узагальненням отриманих результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій. Дисертація ілюстрована 100 рисунками та 45 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали і методи дослідження. Дисертаційну роботу виконано на підставі обстеження, вивчення патогенезу, диференційної діагностики, методів лікування і профілактики ускладнень у 547 хворих з одонтогенними і неодонтогенними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп.

Всім хворим проводилося загальноклінічне обстеження, яке включало: огляд, збір анамнезу захворювання та життя, з'ясування скарг, пальпацію, перкусію зубів, вимірювання температури тіла, клінічну оцінку набряку, гіперемії та інфільтрації слизової оболонки та білящелепних м'яких тканин в ділянці післяопераційної рани тощо.

Рентгенологічне обстеження проводилось на апаратах Genius 500 і Opera G 500C з цифровою обробкою зображень. Використовувалося програмне забезпечення SE Media Viewer для запису на електронні носії. Ортопантомографія проводилася на цифровому апараті фірми Planmeca. Цифрова обробка рентгенограм відбувалася за допомогою програмного забезпечення Romexis Viewer. Променеве обстеження пацієнтів проводилось на конусно-променевому комп'ютерному томографі (КПКТ) Planmeca ProMax[®] 3D, а також на 16-спіральному комп'ютерному томографі (МСКТ) Aquilion 16 фірми Toshiba. Виходячи з отриманих при комп'ютерній томографії даних, виготовлялися стереолітографічні моделі. В деяких випадках використовували магнітно-резонансну томографію. Ультразвукове дослідження проводилося на апараті HD11XE фірми Philips.

Дослідження функціонального стану великих і малих слинних залоз проводили шляхом оцінки швидкості секреції змішаної слини (ротової рідини) та секреції нестимульованої чистої слини, отриманої з білявушної та піднижньощелепної залоз, визначення кількості функціонуючих малих слинних залоз та кількості секрету, що виділялося однією малою слинною залозою.

Оцінку загальної неспецифічної резистентності організму проводили за допомогою визначення киснево-залежного метаболізму нейтрофільних лейкоцитів крові (НСТ-тест) за методом М.Є.Віксмана та А.М.Маянського (1979) та фагоцитарної активності лейкоцитів периферичної крові за методом В.Ф.Чернушенко та Л.С.Когосової (1978). Для оцінки стану місцевої неспецифічної резистентності організму визначали рівень лізоциму в змішаній слині за методикою Н.С.Мотавкіної та співавт. (1979), кількість нейтрофільних лейкоцитів, які емігрували через слизову оболонку щоки в порожнину рота, за методикою В.Д.Дишлового та активність в них лужної фосфатази за Аккерманом та катіонних білків за В.Є.Пігаревським (1997) та визначали активність в них.

Визначення рівня мікробної сенсibiliзації до стафілококу проводили шляхом визначення показника пошкодження нейтрофілів (тест ППН).

Дослідження та оцінку тактильної, больової та температурної чутливості слизової оболонки та шкіри проводили з використанням стандартних подразників згідно з рекомендаціями Ю.З.Неймарка (1981).

Для проведення потенціометричного метода обстеження був використаний автоматичний цифровий потенціометр Pitterling Electronic (виробництво Германії).

Визначення рН ротової рідини проводили за допомогою серійного цифрового рН-метру-мілівольтметра РН-150-М.

Наявність алергії на метали у хворих визначали нашкірно-аплікаційними та скарифікаційними пробами. В якості алергенів використовували наступні розчини: 1 % розчин хромату калію (K_2CrO_4); 5 % розчин нітрату кобальту [$Co(NO_3)_2$] та 10 % розчин сірчато-кислого нікелю ($NiSO_4$). Шкірну реакцію на алергени оцінювали через 24–48 годин за загальноприйнятою в алергології схемою (Драннік Г.М., 2003).

Для визначення функціонального стану зубів, що знаходяться в зоні патологічного вогнища (пухлини або пухлиноподібного утворення) використовували періотестометрію за допомогою приладу "Періотест" (Німеччина) та визначення вітальності пульпи зуба за допомогою сканера вітальності.

Патоморфологічне дослідження препаратів проводили за загальноприйнятою методикою. Для імуногістохімічного аналізу пухлин застосували широкий спектр маркерів – цитокератини (СК 5/6 і ін.), експресію PanCK, реакцію з антитілами Vimentin, оцінку проліферативної активності Ki - 67 і ін. Отримані гістологічні препарати вивчали з використанням мікроскопу "Olympus BX 51", цифрової камери "Olympus C 5050 Z" і програмного забезпечення "Olympus DP – Soft". Мікроскопічне дослідження також проводили з використанням світлооптичного мікроскопу "Carl Zeiss" (Німеччина) та системи обробки даних "Axiovision" при збільшенні об'єктива $\times 5$, $\times 10$, $\times 20$, $\times 40$, біокулярної насадки $\times 1,5$ і окулярів $\times 10$.

Для вимірювання статичних та динамічних параметрів ділянок м'яких тканин, які іннервуються трійчастим нервом, був застосований апаратурно-програмний комплекс "ДІН-1". Обстеження хворих проводили в ментальній та інфраорбітальній точках виходу трійчастого нерву: визначалися показники провідності, резистентності й тонусу нерву. Перегляд здійснювався на комп'ютері з подальшим записом отриманих даних. Для лікувальних процедур використовували відповідний режим роботи АПК "ДІН-1".

Для оцінки больових відчуттів у післяопераційному періоді використали оцінку болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Контактну термометрію проводили електротермометром ТТЕМ-1 на стороні дослідження та здоровій стороні.

Мікробіологічні дослідження проводили шляхом мікроскопії нативного препарату, посівів на живильні середовища та визначення виділеної мікрофлори до антибактеріальних препаратів методом стандартних дисків.

Для виявлення запального процесу в слизовій оболонці альвеолярних відростків проводили пробу Шиллера-Писарева та визначали її цифрове значення (йодне число Свракова) в балах, визначали папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА) та індекс гінгівіту.

Отримані цифрові дані клінічних та лабораторних методів обстеження обробляли загальноприйнятим варіаційно-статистичним методом.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження, а також хірургічне лікування 267 хворих, яким при госпіталізації в нашу клініку було встановлено попередній діагноз "амелобластома". Обстежувані знаходилися на стаціонарному лікуванні в щелепно-лицьовому

відділенні № 1 КМКЛ № 12 (клініка щелепно-лищевої хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика) за період з 1998 по 2016 роки. Попередній діагноз "амелобластома" був поставлений: тільки на підставі аналізу клінічних симптомів захворювання у 188 осіб (70,4%), тільки за результатами патоморфологічних досліджень – у 17 осіб (6,4%), а також з урахуванням зіставлення клінічної симптоматики та отриманих результатів патоморфологічних даних – у 62 осіб (23,2%).

Всім 267 хворим в нашій клініці було проведено оперативне втручання з приводу видалення новоутворення щелеп з обов'язковим подальшим патоморфологічним дослідженням отриманого матеріалу. Діагноз "амелобластома" був підтверджений тільки у 159 хворих (59,6%). В інших випадках ми спостерігали розбіжність клінічного та гістологічного діагнозів, яка, на нашу думку, була пов'язана як з неправильною оцінкою клінічної симптоматики пухлини, розташованої в щелепній кістці (гіпердіагностика або гіподіагностика), так і з помилками при проведенні гістологічних досліджень. При постановці діагнозу "амелобластома" з урахуванням тільки клінічної симптоматики кількість діагностичних помилок склала 50,5%, при спільному зіставленні клінічних і морфологічних даних – 9,7%. Аналіз клінічних та гістологічних помилок показав, що найбільша їх кількість пов'язана з неправильно проведеною диференційною діагностикою амелобластом з кістами щелеп (епідермоїдними, радикулярними і фолікулярними), остеобластомами, хронічним остеомієлітом, а також іншими доброякісними і злоякісними новоутвореннями щелеп.

Проведений розподіл 159 хворих з амелобластомами за віком і статтю. Амелобластоми виявляються у віці від 15 до 73 років. Серед 159 обстежених був 91 чоловік (57,2%) і 68 жінок (42,8%). Амелобластоми значно частіше локалізувалися на нижній – у 138 осіб (86,8%), ніж на верхній щелепі – у 21 осіб (13,2%). Рецидивні форми пухлини зустрічалися у 20 осіб (12,6%).

Аналіз клінічної симптоматики амелобластом виявив, що ці пухлини, як усі доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення щелеп, ростуть повільно і безболісно. Найчастіше скарги хворих зводяться до наявності асиметрії лица, яка може бути виражена в різному ступені. При огляді виявляється безболісна деформація щелепи. Шкіра та слизова оболонка в ділянці пухлини не змінена. В деяких ділянках пухлина може проростати кортикальну пластинку щелепи і поширюватися на м'які тканини. При дефекті кістки можливий симптом "пергаментного хрускоту" або з'являється флуктуація. При пункції – рідина жовтого або коричневого кольору. Зуби, які знаходяться в зоні патологічного вогнища, можуть бути як нерухомими, так і рухливими. Корені зубів нерідко піддаються розсмоктуванню. Амелобластоми можуть нагноюватися та клінічно проявляються як звичайний одонтогенний запальний процес. В деяких випадках амелобластома може бути випадковою знахідкою під час рентгенологічного обстеження щелеп з приводу інших захворювань.

У клінічній картині амелобластом немає одноманітності і тому для встановлення діагнозу велике значення має рентгенографічний метод обстеження щелеп. Рентгенологічне обстеження полягає в використанні оглядових і бічних рентгенограм щелеп, панорамної рентгенографії, комп'ютерної томографії (КТ) з

обов'язковою 3D-реконструкцією зображення та інших методів променевої діагностики. Встановлено, що солідні форми амелобластом щелеп зустрічалися менше ніж у 1% обстежених, а кістозні форми – в 99%.

Ми пропонуємо рентгенологічну систематизацію кістозних форм амелобластом, згідно якої кожному амелобластому щелепи необхідно класифікувати за трьома рентгенологічними ознаками (параметрами):

- за числом наявних кістозних порожнин, якими представлена пухлина:
 - є одна кістозна порожнина (великих чи малих розмірів) –монокістозна форма;
 - є кілька великих кістозних порожнин, відокремлених між собою кістковими перегородками –полікістозна форма;
 - наявність безлічі дрібних кістозних порожнин, що утворюють петлистість кістки (нагадує "мильні бульбашки") –комірчаста форма;
- за наявністю або відсутністю ретенуваного (дистопованого) зуба, а також його розташуванням по відношенню до кістозної порожнини пухлини:
 - зуб в порожнині пухлини відсутній;
 - зуб повністю знаходиться в порожнині пухлини;
 - в порожнині пухлини знаходиться тільки коронкова або коренева частина зуба;
- по співвідношенню пухлини з зубами, що знаходяться в альвеолярному відростку щелепи, і ступеню розсмоктування (резорбції) їх коренів:
 - пухлина не має контакту з коренями зубів або зуби раніше були видалені;
 - корені зубів звернені в порожнину пухлини і є їх резорбція (будь-якого ступеня вираженості);
 - корені зубів звернені в порожнину пухлини, резорбція коренів відсутня.

З огляду на те, що клініко-рентгенологічна симптоматика амелобластом щелеп дуже схожа на багато пухлин і пухлиноподібних утворень щелепних кісток, була проведена їх диференційна діагностика на підставі клінічних та рентгенологічних даних. Встановлено, що диференційна діагностика амелобластом з іншими пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп на підставі тільки клініко-рентгенологічних даних практично неможлива.

Проведено патоморфологічне дослідження препаратів, отриманих після проведення оперативних втручань у хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп.

Нами запропонована клініко-патоморфологічна систематизація різних форм амелобластом щелеп в залежності від патоморфологічної характеристики, вибору певної хірургічної тактики і прогнозу розвитку ускладнень (рис. 1). Згідно з цією систематизацією всі пухлини, які раніше об'єднувалися під одним терміном "амелобластома" необхідно розділити на дві групи: "справжні амелобластоми" і "псевдоамелобластоми" (амелобластомоподібні пухлини).

Згідно з нашими дослідженнями патоморфологія справжньої амелобластоми може бути представлена в 8 типах (варіантах) будови, а саме у вигляді фолікулярного, плексиформного, акантоматозного, базально-клітинного, зернисто-клітинного, десмопластичного, кістозного і змішаного. Фолікулярний тип морфологічної будови амелобластоми зустрічається найбільш часто. Плексиформний тип будови відрізняється своєю агресивністю, часто рецидивує (частота рецидивів – більше 80%). Виявлено проростання тяжів епітелію даної

пухлини в кісткову тканину на глибину кількох міліметрів. Акантоматозний тип будови являється найбільш часто рецидивуючою формою істинної амелобластоми (частота рецидивів – понад 95%) і часто малігнізується. Виявлено проростання епітелію даної пухлини в кісткову тканину на глибину кількох міліметрів. Для справжньої амелобластоми характерна наявність клітин двох видів: зірчастих і циліндричних. Останні мають значення в рецидивах захворювання, оскільки формують довгі епітеліальні відростки, що виходять в здорову тканину за межі пухлини.



Рис. 1. Патоморфологічна систематизація амелобластом щелеп.

На підставі експресії маркерів СК 5/6 встановлена статистично достовірна різниця, яка є між групою хворих, що експресує цитокератини більш ніж в 50% клітин, і групою, що експресує їх в 10 – 50% клітин. Виявлено, що в групі хворих, які експресують цитокератини в більш ніж в 50% клітин, пухлини мають більш агресивний характер клінічного перебігу і схильність до малігнізації. Вказані

маркери злоякісного перетворення клітин виявляють пряму залежність між показниками рівня їх активності і ступенем клітинної і тканинної атипії багаточарового плоского епітелію.

Псевдоамелобластоми (амелобластомоподібні пухлини) – це новоутворення, в морфологічній структурі яких є клітини, що нагадують амелобласти. До цих пухлин слід віднести амелобластичну фіброму, аденоамелобластоми, амелобластичну фіброодонтоми, одонтоамелобластоми.

Нами були проведені патоморфологічні дослідження ділянок здорової кістки після проведених класичних резекцій нижньої щелепи у хворих з амелобластомами. Нам не вдалося виявити "епітеліальні тяжі" в здоровій кістці навколо первинних осередків у хворих з більшістю варіантів справжніх амелобластом, а також при псевдоамелобластомах. Наявність тяжів епітелію в здоровій кістці ми виявили тільки при двох морфологічних типах будови справжніх амелобластом, а саме: при плексиформному та акантоматозному типах. Малігнізацію справжніх амелобластом виявлено також тільки при плексиформному і акантоматозному варіантах справжніх амелобластом.

Враховуючи те, що амелобластоми щелеп зустрічалися у людей різного віку, у багатьох обстежуваних ми виявили наявність в порожнині рота металевих включень (незнімних зубних протезів, виготовлених з різних сплавів металів), яка супроводжувалася гальванічною патологією (гальванізмом і гальванозом).

Проведено комплексне потенціометричне обстеження 183 хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп при наявності у них в порожнині рота незнімних металевих зубних протезів. Вік хворих був від 28 до 69 років. Аналіз потенціометричних показників, отриманих між металевими включеннями у 44 хворих зі справжніми амелобластомами і псевдоамелобластомами показав їх наступні величини: різниця потенціалів – $234,1 \pm 10,3$ мВ; сила струму – $27,7 \pm 1,3$ мкА; електрична провідність ротової рідини – $25,2 \pm 1,1$ мкСм. Всі показники були достовірно вище норми ($p < 0,001$). Показники між металевими включеннями і слизовою оболонкою альвеолярного відростка були наступними: різниця потенціалів – $147,5 \pm 4,8$ мВ ($p < 0,001$); сила струму – $16,8 \pm 0,7$ мкА ($p < 0,001$); електрична провідність ротової рідини – $18,4 \pm 0,8$ мкСм ($p < 0,001$). Показники, виявлені між різними ділянками слизової оболонки альвеолярного відростка, були наступними: різниця потенціалів – $143,9 \pm 5,0$ мВ ($p < 0,001$); сила струму – $12,9 \pm 0,8$ мкА ($p < 0,001$); електрична провідність ротової рідини – $14,2 \pm 0,6$ мкСм ($p < 0,001$). Встановлені такі потенціометричні показники на кістці у даних хворих: різниця потенціалів – $46,8 \pm 2,4$ мВ ($p > 0,05$); сила струму – $4,9 \pm 0,3$ мкА ($p > 0,05$); електрична провідність ротової рідини – $4,8 \pm 0,4$ мкСм ($p > 0,05$). Особливість всіх форм амелобластом полягала в тому, що в трьох з чотирьох точок, які використовувалися для вимірювання потенціометричних показників, тобто М-М, М-СОАВ і СОАВ-СОАВ, завжди (в 95,5% випадках) було одночасне збільшення показників в 3 рази і більше за даними різниці потенціалів, сили струму і електричної провідності ротової рідини. Потенціометричні накісткові показники повністю відповідали нормі. Даний потенціометричний симптом є патогномонічною ознакою, характерною тільки для амелобластом щелеп. Зіставивши дані потенціометричного обстеження з клінічною гальванічною симптоматикою у хворих зі справжніми амелобластомами і

псевдоамелобластомами встановлено, що при цих пухлинах зустрічаються тільки різні форми гальванозу: атипова форма виявлена у 18 осіб (40,9%), типова форма – у 26 осіб (59,1%). У 24 хворих з амелобластомами (в 54,5%) на слизовій оболонці порожнини рота (щоки, язик, піднебіння) були виявлені різні форми лейкоплакій (пласкі, ерозивні, бородавчасті).

Проведений аналіз особливостей клінічного перебігу амелобластом щелеп залежно від виявленої гальванічної патології. Всі агресивні форми амелобластом (великих розмірів, з проростанням кісткової тканини щелепи у всю її товщину і навколишні м'які тканини, з вираженою клінічною симптоматикою і частим загостренням запальних проявів) були виявлені у хворих з типовою формою гальванозу. У цих хворих була виявлена виражена місцева клінічна симптоматика і нерідко приєднувалися загально-соматичні захворювання (герпес, аденовірусна інфекція або ГРВІ, бронхіти, фарингіти тощо). Лікарями загального профілю у цих хворих встановлені діагнози: синдром підвищеної стомлюваності (зниження працездатності, апатія, сонливість вдень, відчуття тривоги тощо) і синдром хронічної втоми (значне зниження фізичної і розумової працездатності). Особливістю клінічного перебігу амелобластом при атиповій формі гальванозу було те, що захворювання у них перебігало приховано, малопомітно, без вираженої симптоматики, тому хворі зверталися до лікаря-стоматолога в пізні терміни (через кілька років після появи перших ознак пухлинного процесу в щелепах) або пухлина у них була випадково виявлена при рентгенологічному обстеженні щелеп.

Встановлено, що у хворих з амелобластомами щелеп при наявності в порожнині рота металевих незнімних зубних протезів, виготовлених з неблагородних сплавів металів, спостерігаються позитивні алергічні проби на метали: позитивні алергічні реакції на хром виявлені у 18 осіб (40,9%), на кобальт – у 15 осіб (34,1%), на нікель – у 11 осіб (25,0%). Чим вище були потенціометричні показники, тим більш вираженою (на більшу кількість "плюсів") була алергічна реакція. Обстежувані з найбільш агресивними і великими формами амелобластом мали позитивні реакції ("+++") на всі три метали. У хворих з менш агресивними формами амелобластоми позитивні реакції у обстежуваних були виявлені на "++" на два з трьох застосованих алергенів, а при випадково виявлених формах пухлини, тобто при тих формах, коли пухлинний процес проходив приховано, виявлені позитивні реакції на "+" і тільки на один з трьох використовуваних алергенів металів. Частота зустрічності позитивних проб на алергени металів не залежала від форми гальванозу (типової або атипової), які були виявлені у хворих з амелобластомами.

На підставі обстеження 44 хворих з амелобластомами, розташованими на нижній і верхній щелепах, при наявності у цих пацієнтів в порожнині рота металевих включень, були виявлені кількісні і якісні порушення різних видів чутливості з боку слизової оболонки порожнини рота. У 40,0 – 60,0% обстежуваних тактильна чутливість змінювалася в бік зниження інтенсивності сприйняття відчуття, тобто з'являлася гіпестезія і анестезія губ і слизової оболонки, що оточує пухлину (по перехідній складці, а також з боку язика / твердого піднебіння). У 22,7% хворих зустрічалася парестезія губ (повзання мурашок, печіння, поколювання тощо). У 46,7 – 53,3% хворих виявлено зниження порога сприйняття больової

чутливості, тобто з'являлися ділянки слизової оболонки з гіпалгезією та аналгезією (по перехідній складці, а також з боку язика / твердого піднебіння). У 40,0 – 48,3% хворих виявлено зниження порога сприйняття температурної чутливості, тобто з'являлися ділянки слизової оболонки з термогіпестезією та термоанестезією (по перехідній складці, а також з боку язика / твердого піднебіння). Невелике збільшення кількості порушень різних видів чутливості у даної групи обстежуваних з амелобластомами щелеп, на нашу думку, пов'язано не тільки з особливістю росту даної пухлини в щелепних кістках, а й з наявністю у цих хворих гальванічної патології (атипової і типової форм гальванозу).

На підставі проведених патоморфологічних обстежень встановлено, що при компенсованій і декомпенсованій формах гальванізму в поверхневих шарах слизової оболонки спостерігаються хронічні зміни запального характеру. Структурні зміни в поверхневих шарах слизової оболонки з'являються тільки при декомпенсованій формі гальванізму. При гальванозі відзначаються більш виражені і глибокі структурні зміни в усій товщі слизової оболонки ротової порожнини. Ці зміни можуть являтися фоном, на якому розвиваються передпухлинні захворювання (різні форми лейкоплакій) та пухлини.

На підставі дослідження загоєння кістозних порожнин у хворих з гальванічною патологією встановлено, що наявність гальванізму не чинить негативного впливу на результати проведених оперативних втручань за виключенням випадків поєднання декомпенсованої форми гальванізму та великого розміру кістозної порожнини (4,5%), коли може спостерігатися нагноєння післяопераційних ран. Повне, рентгенологічно визначене, заміщення кістозної порожнини кістковою тканиною у хворих з компенсованою формою гальванізму відбувалося при малих і середніх розмірах порожнин через 4 – 5 місяців, а при великих розмірах – через 6 – 7 місяців після проведеної операції. У хворих з декомпенсованою формою гальванізму при малих і середніх розмірах порожнин повне заміщення кістковою тканиною відбувається через 5 – 7 місяців, а при великих розмірах – через 8 – 10 місяців. Післяопераційні порожнини у хворих з гальванізмом виповнювалися кістковою тканиною при малих і середніх розмірах рівномірно, а при великих – пристінково (в центрі порожнини рентгенологічно визначалася фіброзна тканина).

Післяопераційні нагноєння кістозних порожнин у хворих знеусунутим гальванозом виникають в 28,6% незалежно від розмірів кістозних порожнин. Частота розвитку нагноєння післяопераційних кістозних порожнин знаходиться в прямій залежності від величини потенціометричних показників. При сприятливому перебігу післяопераційного періоду повне заміщення кістозної порожнини кістковою тканиною у хворих знеусунутим гальванозом відбувалося при малих і середніх розмірах через 7 – 9 місяців, а при великих розмірах – через 10 – 14 місяців після проведеної операції. При нагноєнні післяопераційних порожнин рентгенологічне заміщення кістковою тканиною подовжувалося на 2 – 4 місяці. У хворих після усунення гальванозу (видалення "причинних" металевих зубних протезів та проведення медикаментозного лікування, спрямованого на підвищення неспецифічної резистентності організму) рентгенологічно повне заміщення післяопераційної порожнини кістковою тканиною відбувається при малих і середніх розмірах через 5 – 6 місяців, а при великих розмірах – через 8 – 9 місяців після

проведеної операції. У хворих з гальванозом після операції порожнини виповнювалися кістковою тканиною при малих розмірах рівномірно, а при середніх і великих розмірах – пристінково.

На підставі обстеження 52 хворих з амелобластомами, розташованими на нижній і верхній щелепах, без металевих включень в порожнині рота, нами встановлені не тільки кількісні, але й якісні порушення різних видів чутливості з боку слизової оболонки порожнини рота, які, на нашу думку, пов'язані з особливістю росту даної пухлини в щелепних кістках. У 31,3 – 50,0% обстежуваних з амелобластомами тактильна чутливість змінювалася в бік зниження інтенсивності сприйняття відчуття, тобто з'являлася гіпестезія і анестезія губ і слизової оболонки, яка оточує пухлину (по перехідній складці, а також з язичного боку і з боку твердого піднебіння). У 17,3% хворих зустрічалася парестезія губ (повзання мурашок, печіння, оніміння, поколювання тощо). У 37,5 – 56,3% хворих з амелобластомами виявлено зниження порога сприйняття больової чутливості, тобто з'являлися ділянки слизової оболонки з гіпалгезією і аналгезією (губ, перехідної складки з язичного боку і з боку твердого піднебіння). У 44,4 – 56,3% випадків виявлено зниження порога сприйняття температурної чутливості, з'являлися ділянки слизової оболонки з термогіпестезією і термоанестезією губ, перехідної складки з язичної або піднебінної сторони. Випадків змін тактильної, больової або температурної чутливості в бік їх підвищення (гіперестезії, гіпералгезії, термогіперестезії) у хворих з амелобластомами будь-якої локалізації не виявили. Виявленими кількісними змінами тактильної, больової і температурної чутливості можна пояснити незначну кількість скарг у хворих з амелобластомами і пізню зверненість пацієнтів за медичною допомогою.

Проведено дослідження функціонального стану великих і малих слинних залоз у 30 хворих з амелобластомами щелеп. При госпіталізації секреція змішаної слини (ротової рідини) становила $0,53 \pm 0,03$ мл/хв (норма – $0,70 \pm 0,03$ мл/хв), секреція нестимульованої чистої слини, отриманої з привушних залоз – $0,036 \pm 0,003$ мл/хв (норма – $0,062 \pm 0,004$ мл/хв) та піднижньощелепних залоз – $0,120 \pm 0,006$ мл/хв (норма – $0,170 \pm 0,007$ мл/хв). Кількість функціонуючих малих слинних залоз при госпіталізації склала $16,7 \pm 0,5$ шт. (норма – $20,5 \pm 0,5$ шт.), кількість секрету, яке виділялося однією малою слинною залозою – $1,63 \pm 0,05$ г/хв $\times 10^{-4}$ (норма – $1,85 \pm 0,02$ г/хв $\times 10^{-4}$). Результати проведеного дослідження функціонального стану великих і малих слинних залоз у хворих з амелобластомами щелеп вказували на те, що при наявності пухлини в щелепі достовірно знижуються ($p < 0,001$) показники секреції слини (змішаної, привушних і піднижньощелепних залоз), а також кількість функціонуючих малих слинних залоз і їх секреторна активність. Цим пояснюється наявність сухості в порожнині рота і запальні зміни з боку слизової оболонки порожнини рота при госпіталізації цих хворих. Катаральні і гіпертрофічні гінгівіти до проведення оперативного лікування були виявлені у 14 з 30 хворих (46,7%).

На підставі обстеження 31 хворого з амелобластомами щелеп встановлено достовірне зниження показників загальної та місцевої неспецифічної резистентності організму. Вміст лізоциму в змішаній слині достовірно ($p < 0,001$) був зниженим в 1,5 рази в порівнянні з нормою і дорівнював $0,016 \pm 0,001$ г/л (норма – $0,023 \pm 0,001$ г/л). У відбитках, зроблених зі слизової оболонки щоки, при госпіталізації цих пацієнтів

було достовірне збільшення, порівняно зі здоровими людьми, як числа нейтрофільних лейкоцитів – $38,3 \pm 1,4$ шт. ($p < 0,001$), так і активності в них лужної фосфатази – $66,1 \pm 2,3$ ум.од. ($p < 0,001$). У нормі ці показники відповідно рівні $17,8 \pm 1,1$ шт. і $40,9 \pm 2,2$ ум.од. Отримані дані вказували на зниження місцевої неспецифічної резистентності у обстежуваних і наявність з боку слизової оболонки порожнини рота запальних явищ. Показники загальної неспецифічної резистентності незначно, але все ж достовірно ($p < 0,05$) знижувалися в порівнянні зі здоровими людьми: ЧАН (нестимульований) – до $23,4 \pm 0,4$ шт.; ЧАН (стимульований) – до $37,6 \pm 0,7$ шт.; індекс активації нейтрофілів (ІАН) – до $0,27 \pm 0,01$ ум.од.; резерв активації нейтрофілів (РАН) – до $33,1 \pm 0,7$ ум.од.. Показники НСТ-тесту у здорових людей становили: ЧАН (нестимульований) – $25,3 \pm 0,8$ шт.; ЧАН (стимульований) – $40,7 \pm 1,3$ шт.; індекс активації нейтрофілів (ІАН) – $0,30 \pm 0,01$ ум.од.; резерв активації нейтрофілів (РАН) – $36,9 \pm 0,7$ ум.од. Показники фагоцитозу при госпіталізації хворих в стаціонар були наступними: відсоток фагоцитозу становив $70,2 \pm 0,8\%$ ($p < 0,02$), фагоцитарне число – $5,6 \pm 0,2$ шт. ($p < 0,05$). Фагоцитарна активність лейкоцитів периферичної крові у даних обстежуваних достовірно знижувалася в порівнянні зі здоровими людьми (норма відповідно: $74,5 \pm 1,6\%$ і $6,4 \pm 0,3$ шт.).

Мікробна сенсibilізація до стафілококу визначалася у 32 хворих з амелобластомами щелеп. У хворих при зверненні в клініку рівень мікробної сенсibilізації до стафілококу був достовірно ($p < 0,001$) підвищеним – $0,19 \pm 0,01$ ум.од. Даний показник перевищував норму в 2,7 рази і більше (норма – $0,07 \pm 0,01$ ум.од.). Найбільш високий рівень сенсibilізації до стафілококу виявлений у хворих з рясними зубними відкладеннями і несанованою порожниною рота (при наявності у пацієнта більше 3 зруйнованих зубів). Перед госпіталізацією хворих у стаціонар їм обов'язково проводили санацію порожнини рота та повторне визначення рівня мікробної сенсibilізації. Встановлено, що після проведення санації порожнини рота у цих обстежуваних рівень мікробної сенсibilізації недостовірно ($p > 0,05$) знизився до $0,18 \pm 0,01$ ум.од. і достовірно перевищував ($p < 0,001$) такий порівняно зі здоровими людьми. В післяопераційному періоді цим хворим призначали дезлоратадин в дозуванні 5 мг 1 раз на добу протягом 7 днів. Після проведення гіпосенсibilізуючої терапії рівень мікробної сенсibilізації нормалізувався і склав $0,08 \pm 0,01$ ум.од., що достовірно ($p > 0,05$) не відрізняло його від такого у здорових людей.

В зв'язку з неоднозначним ставленням зубів, що знаходяться як в ділянці патологічного вогнища, так і в поруч розташованих видимо здорових ділянках щелепи, проведено дослідження функціонального стану цих зубів з метою обґрунтування показань для їх видалення або збереження. Встановлено, що зуби, корені яких стикаються з патологічним вогнищем більше, ніж на $1/2$ їх довжини, підлягають видаленню під час оперативного втручання з приводу видалення пухлини або пухлиноподібного утворення. При дослідженні функціонального стану зубів, корені яких стикаються з патологічним вогнищем на $1/3$ їх довжини та менше, встановлено, що післяопераційні запальні ускладнення спостерігалися тільки в зубах з порушенням вітальності пульпи або з показниками вітальності, які перевищували максимальну норму для відповідних зубів в 1,5 рази і

більше. Отже, у хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп, при виявленні порушення вітальності пульпи зуба або при підвищенні цих показників в 1,5 рази і більше в порівнянні з нормою, необхідно в післяопераційному періоді проводити консервативне лікування цих зубів з метою профілактики розвитку запальних ускладнень.

На підставі нашого клінічного досвіду ми прийшли до висновку, що при видаленні амелобластом щелеп зазвичай використовують два види оперативного втручання: ексцизійна біопсія (найбільш часто використовуваний вид операції) і класична резекція щелепи (операція використовується в основному при рецидивах амелобластом). Досить рідкісне застосування останнього методу лікування пов'язано з важкістю проведення операції як для пацієнта так і для оперуючого хірурга (вибір методу кісткової пластики, реабілітація в післяопераційному періоді, відновлення жувальної ефективності та ін.). Вивчені результати і запропонований ще один вид оперативного лікування амелобластом щелеп – щадна резекція щелепи.

Ексцизійна біопсія – метод хірургічного втручання, при якому проводиться повне видалення м'якотканинного компонента амелобластоми щелепи і ділянки кісткової тканини, яка тільки дає доступ для виявлення і видалення пухлинного утворення. Класична резекція щелепи – це операція, при якій проводиться видалення пухлини, розташованої в кістці, єдиним блоком з її м'якотканинним і кістковим компонентами, шляхом повного перетину всієї товщі кістки щелепи, відступивши від патологічного вогнища в здорову сторону на певну відстань (1 – 2 см). Для відновлення безперервності нижньощелепної кістки ми рекомендуємо використовувати титанові імпланти, які виготовлені на підставі даних комп'ютерної томографії та стереолітографії. Використання комп'ютерних технологій та стереолітографічних моделей дозволяє ретельніше спланувати оперативне втручання та отримати гарніші косметичні та функціональні результати.

Ми пропонуємо у хворих з амелобластомами щелеп значно частіше використовувати ще один (третій) вид хірургічного методу лікування – щадну резекцію щелепи. Щадна резекція щелепи – це операція, при якій проводиться не тільки повне видалення м'якотканинного пухлинного утворення, розташованого в щелепній кістці, але й обов'язково видаляються нежиттєздатні (ззовні змінені) ділянки оточуючої кісткової тканини (зовнішньої та/або внутрішньої кортикальної пластинок щелепи) при збереженні життєздатних фрагментів кістки в ділянці патологічного вогнища.

В ході клінічних, інструментальних та лабораторних обстежень оперованих нами хворих були докладно вивчені найближчі та віддалені результати застосування різних видів оперативного втручання (функціональний стан органів порожнини рота і білящелепних тканин, імунологічні та інші показники).

Проведено дослідження функціонального стану великих і малих слинних залоз у 30 хворих з амелобластомами щелеп. Отримані при госпіталізації показники секреції слини (змішаної, привушних і піднижньощелепних залоз), а також кількість функціонуючих малих слинних залоз і їх секреторна активність вказували на те, що при наявності пухлини в щелепі достовірно знижуються всі раніше зазначені показники. Після проведення оперативного лікування (видалення амелобластоми)

показники функціональної активності великих і малих слинних залоз ще більше знижувалися в порівнянні з нормою. Встановлено, що через 5 – 7 днів після проведення оперативного втручання показники секреції змішаної слини ще більше знижувалися в порівнянні з доопераційним періодом і становили $0,39 \pm 0,01$ мл/хв ($p < 0,001$) і зберігалися на такому ж рівні до виписки хворих зі стаціонару. Змін величини секреції змішаної слини практично не відбувалося при ексцизійній біопсії. Незначно, але достовірно ($p < 0,05$) знижувалися величини секреції змішаної слини в порівнянні з періодом госпіталізації хворих після щадної резекції щелепи і становили $0,44 \pm 0,02$ мл/хв. Найбільш достовірне ($p < 0,001$) зниження секреції змішаної слини ми спостерігали після проведення класичної резекції щелепи – $0,21 \pm 0,01$ мл/хв. Секреція нестимульованої слини, отриманої з привушних залоз через 5 – 7 днів після проведеного хірургічного лікування склала $0,026 \pm 0,002$ мл/хв ($p < 0,001$), а з піднижньощелепних залоз – $0,081 \pm 0,004$ мл/хв ($p < 0,001$) і зберігалися на таких же показниках до виписки хворих зі стаціонару. Змін величин секреції чистої слини, отриманої з привушних і піднижньощелепних слинних залоз, практично не відбувалося при ексцизійній біопсії. Незначно, але достовірно ($p < 0,05$) знижувалися показники величини секреції привушних ($0,031 \pm 0,002$ мл/хв) і піднижньощелепних залоз ($0,072 \pm 0,001$ мл/хв) після щадної резекції щелепи. Найбільш достовірне ($p < 0,001$) зниження секреції чистої слини спостерігалось після проведення класичної резекції щелепи – $0,014 \pm 0,002$ мл/хв (білявушна залоза) і $0,042 \pm 0,003$ мл/хв (піднижньощелепна залоза). Кількість функціонуючих малих слинних залоз на 5 – 7 день після операції достовірно знижувалася в порівнянні з доопераційним періодом обстеження і становила – $13,8 \pm 0,5$ шт. ($p < 0,001$), а при виписці цих обстежуваних зі стаціонару – $12,9 \pm 0,3$ шт. ($p < 0,001$). Кількість секрету, яке виділялося однією малою слинної залозою, на 5 – 7 день після операції становила $1,57 \pm 0,05$ г/хв $\times 10^{-4}$ ($p < 0,001$). Секреторна функція малих слинних залоз зберігалася достовірно ($p < 0,001$) зниженою на всіх етапах обстеження хворих. Відновлення секреції змішаної слини, а також слини, отриманої з великих і малих слинних залоз і кількість останніх до нормальних величин відбувається не раніше ніж через 2 – 3 тижні після проведення ексцизійної біопсії або щадної резекції нижньої щелепи і через 2 місяці після класичної її резекції. Швидкість відновлення секреції слини, отриманої з великих і малих слинних залоз була прямо пропорційна важкості оперативного втручання. Чим важче була операційна травма, тим довше спостерігалось відновлення до норми секреції змішаної слини, слини, отриманої з великих і малих слинних залоз, а також числа функціонуючих дрібних слинних залоз. Виявлено, що у всіх хворих (100%) була сухість слизової оболонки порожнини рота, наявність рясного м'якого зубного нальоту, кровоточивість ясен і неприємний запах з рота. У порожнині рота у 29 з 30 обстежуваних (96,7%) через 1,5 – 2 тижні після проведеної операції (при виписці хворих зі стаціонару) спостерігалися катаральні і гіпертрофічні гінгівіти. Наявні в післяопераційному періоді запальні зміни з боку слизової оболонки вказували на значне погіршення місцевих захисних властивостей у ротовій порожнині.

Обстеженням 31 хворого з амелобластомами щелеп у післяопераційному періоді доведено достовірне зниження рівня загальної неспецифічної резистентності організму за показниками НСТ-тесту та фагоцитарної активності нейтрофілів

периферичної крові. Через 5 – 7 днів після проведеної операції виявлено достовірне збільшення числа нейтрофільних лейкоцитів, що емігрували через слизову оболонку щоки, до $51,6 \pm 1,7$ шт. ($p < 0,001$) і наявність високої активності в них лужної фосфатази – $66,9 \pm 2,2$ ум.од. ($p < 0,001$). При виписці обстежуваних число нейтрофілів, що емігрували через слизову оболонку щоки, в порівнянні зі здоровими людьми зберігалось достовірно збільшеним – $52,4 \pm 2,2$ шт. ($p < 0,001$), що також відзначено і з активністю в них лужної фосфатази – $68,8 \pm 2,3$ ум.од. ($p < 0,001$). Нормалізація досліджуваних показників відзначена тільки через 1 – 2 місяці після проведення хірургічного лікування. Дослідження місцевої неспецифічної резистентності організму показало її достовірне зниження за цитологічними та цитохімічними показниками, отриманими у відбитках, взятих зі слизової оболонки щоки, та рівнем лізоциму у змішаній слині. Через 5 – 7 днів після операції вміст лізоциму в змішаній слині ще більше і достовірно знижувався, а через 14 – 17 днів після проведеного оперативного втручання (при виписці обстежуваних зі стаціонару) рівень лізоциму був в 3,5 рази нижче, ніж у здорових людей. Достовірне зменшення рівня лізоциму в змішаній слині вказувало на зниження місцевої неспецифічної резистентності організму не тільки при госпіталізації (при наявності даної пухлини в порожнині рота), а й в післяопераційному періоді. Про це свідчило збільшення числа запальних проявів з боку слизової оболонки порожнини рота з 46,7% (при госпіталізації) до 96,7% (при виписці зі стаціонару). Доведено, що особлива динаміка змін цитологічних та цитохімічних показників, отриманих у відбитках, взятих зі слизової оболонки щоки, дає можливість прогнозувати перебіг післяопераційного періоду, своєчасно розпізнати розвиток запальних ускладнень та провести корекцію лікування хворого. На підставі проведених досліджень нами встановлено, що у хворих з амелобластомами щелеп проведення імунокорекції за допомогою препарату, який містить лізоцим та піридоксин, протягом 2-х тижнів є достатнім для усунення тимчасового вторинного імунodefіциту і нормалізації усіх вищевказаних показників: вміст лізоциму в змішаній слині – $0,021 \pm 0,001$ г/л ($p > 0,05$); ЧАН (нестимульований) – $24,9 \pm 0,3$ шт. ($p > 0,05$); ЧАН (стимульований) – $40,0 \pm 0,4$ шт. ($p > 0,05$); індекс активації нейтрофілів (ІАН) – $0,30 \pm 0,01$ ум.од. ($p > 0,05$); резерв активації нейтрофілів (РАН) – $25,4 \pm 0,5$ ум.од. ($p > 0,05$). Показники фагоцитарної активності: відсоток фагоцитозу становив $73,8 \pm 0,5\%$ ($p > 0,05$), фагоцитарне число – $6,7 \pm 0,2$ шт. ($p > 0,05$). Через 2 – 2,5 місяці після проведеної операції (через 1 – 1,5 місяця після імунорегулюючої терапії) вміст лізоциму в змішаній слині достовірно не відрізнявся від контрольної групи спостереження (здорових людей) і становив $0,023 \pm 0,001$ г/л ($p > 0,05$).

На підставі аналізу результатів обстеження порушень тактильної, больової і температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота у 96 хворих з амелобластомами нижньої щелепи, яким проведені різні види оперативного лікування встановлено, що ці порушення чутливості на нижній губі, по перехідній складці з вестибулярної сторони та з язичного боку щелепи, а також в ретромолярних ділянках (у вигляді гіпестезії і анестезії, гіпалгезії і аналгезії, термогіпестезії і термоанестезії) достовірно рідше ($p < 0,001$) зустрічалися після ексцизійної біопсії і щадної резекції нижньої щелепи при порівнянні їх з класичною резекцією нижньої щелепи. Частота зустрічності порушень означених видів

чутливості після проведення ексцизійної біопсії та щадної резекції нижньої щелепи практично не відрізнялися між собою ($p > 0,05$).

Визначена поширеність ускладнень після проведення різних видів оперативних втручань з приводу видалення амелобластом нижньої щелепи. Виявлено, що посттравматичні нейропатії трійчастого нерву достовірно ($p < 0,001$) рідше зустрічалися після проведення ексцизійної біопсії та щадної резекції нижньої щелепи в порівнянні з класичною резекцією нижньої щелепи (відповідно: 4,2%, 2,2% і 37,0%). Поширеність нейропатій трійчастого нерву при проведенні ексцизійної біопсії достовірно не відрізнялася ($p > 0,05$) від поширеності даних ускладнень після щадної резекції нижньої щелепи. Тому, на нашу думку, дані операції за своєю травматичністю є ідентичними. За важкістю нанесеної операційної травми при видаленні амелобластом класична резекція нижньої щелепи з порушенням її безперервності є найбільш важким видом оперативного втручання в порівнянні з щадною резекцією щелепи та ексцизійною біопсією.

Встановлено, що рецидиви амелобластом нижньої щелепи достовірно ($p < 0,001$) частіше зустрічалися після проведення ексцизійної біопсії (29,2%). При проведенні щадної резекції нижньої щелепи рецидиви зустрічалися вкрай рідко (при плексиформному та акантоматозному типі морфологічної будови) і частота їх виявлення достовірно ($p > 0,05$) не відрізнялася від класичної резекції нижньої щелепи (відповідно: 2,2% і 3,7%).

Таким чином, за частотою післяопераційних ускладнень (нейропатій трійчастого нерву та рецидивів пухлини) на етапі хірургічного лікування амелобластом нижньої щелепи, найбільш оптимальним видом оперативного втручання є щадна резекція нижньої щелепи. Класична резекція нижньої щелепи показана тільки при акантоматозному і плексиформному типі морфологічної будови амелобластом.

Проведено визначення функціонального стану трійчастого нерву після проведення оперативних втручань з приводу видалення пухлин та пухлиноподібних утворень щелеп за допомогою апаратурно-програмного комплексу "ДІН-1". Проведеними дослідженнями встановлено, що при заборі II і III гілок трійчастого нерву після видалення пухлин та пухлиноподібних утворень щелеп показники провідності і резистентності достовірно зменшувалися (у порівнянні зі здоровими людьми) і протягом перших трьох діб після операції вони досягали максимальних своїх змін. Достовірно низькими показники провідності і резистентності були протягом 14 – 15 днів після операції. Нормалізація показників провідності і резистентності спостерігається через 1 місяць після операції. Показники тонусу при заборі II і III гілок трійчастого нерву достовірно не змінювалися протягом усього післяопераційного періоду у цих хворих.

При розтягненні II і III гілок трійчастого нерву показники провідності і резистентності достовірно зменшувалися (у порівнянні зі здоровими людьми) протягом перших трьох діб після проведеної операції. Достовірно низькими показники провідності і резистентності були протягом 1 – 1,5 місяці після операції. Нормалізація показників провідності і резистентності відбувається через 2 місяці після операції. Показники тонусу при розтягненні II і III гілок трійчастого нерву достовірно не змінювалися протягом усього періоду обстеження даних

хворих. Слід зазначити, що відновлення порушеної чутливості шкіри і слизової оболонки порожнини рота в області проведеного оперативного втручання також відбувалося в зазначені терміни, тобто через 2 місяці після операції.

При частковому (неповному) розриві II та III гілок трійчастого нерву відзначалося достовірне зниження показників провідності і резистентності після проведеного оперативного втручання. На 14 – 15 добу після операції виявлено максимальне зниження показників резистентності і провідності. Надалі спостерігалось повільне і поступове підвищення цих показників, але вони залишалися достовірно низькими протягом наступних 3-х місяців. Показники ж тонусу при неповному (частковому) розриві гілок трійчастого нерву достовірно підвищувалися. Найбільш високими дані показники були також на 14 – 15 добу після операції. Нормалізація всіх електрофізіологічних показників спостерігається тільки через 6 місяців після операції. Відновлення всіх видів чутливості шкіри і слизової оболонки порожнини рота в області проведеного оперативного втручання в зазначені терміни, тобто через 6 місяців після операції, не відбувається, незважаючи на нормалізацію електрофізіологічних показників. Повне відновлення всіх видів чутливості при частковому (неповному) розриві гілок трійчастого нерву спостерігалось не раніше, ніж через 8 – 9 місяців після проведеного оперативного втручання.

При повному розриві II та III гілок трійчастого нерву після операційного періоду спостерігалось одночасне достовірне зниження показників провідності і резистентності, а показник тонусу навпаки – достовірно збільшувався в порівнянні зі здоровими людьми. Максимально низькими (для провідності і резистентності) і максимально високими (для тонусу) ці показники були не тільки на 14 – 15 добу після операції, але й в наступні місяці. Нормалізації електрофізіологічних показників (провідності, резистентності і тонусу) м'яких тканин, що іннервуються постраждалими гілками трійчастого нерву, не спостерігалось навіть до 6 – 8 – 12 місяців після проведеної операції. Встановлено, що чим важче проходила операція, пов'язана з видаленням пухлини або пухлиноподібного утворення щелеп у обстежуваних цієї групи спостереження, тим виразніше була неврологічна клінічна симптоматика з боку відповідних гілок трійчастого нерву і тим більш достовірними були відхилення від норми показників провідності, резистентності і тонусу. Відновлення всіх видів чутливості шкіри і слизової оболонки після повного розриву гілок трійчастого нерву спостерігалось нерівномірно і не у всіх обстежуваних.

Проведеним обстеженням було встановлено, що визначення електрофізіологічних показників м'яких тканин, що іннервуються III гілками трійчастого нерву у хворих після проведення оперативних втручань з приводу видалення доброякісних новоутворень щелеп є не тільки діагностичним критерієм важкості ушкодження трійчастого нерву в операційній рані, але і може служити прогностичним критерієм, який вказує на терміни відновлення чутливості шкіри і слизової оболонки в області проведеної операції.

Аналіз результатів лікування неврологічних ускладнень проведений на підставі обстеження 335 хворих з неврологічними ускладненнями після видалення пухлин та пухлиноподібних утворень щелеп: у 189 хворих проводилося традиційне

медикаментозне лікування, у 146 хворих проводилися лікувальні процедури на АПК "ДІН-1" та прийом медикаментозних препаратів. Медикаментозні препарати ми призначали хворим після консультації спільно з лікарями-неврологами. Нуклеотиди (ЦМФ, УТФ) в ампулах призначали внутрішньом'язово 1 раз в день. Курс тривав від 3 до 6 днів. Потім медикаментозний курс продовжували прийомом даного препарату в капсулах per os: по 1 – 2 капсулі 2 рази на день протягом 10 – 20 днів (при неповному розриві нерву – 10 днів, при повному розриві нерву – 20 днів). Лікування комплексними препаратами вітамінів групи В було наступним: починали з 2 мл внутрішньом'язово 1 раз в день, потім переходили на підтримуючу терапію – по 2 мл 2 – 3 рази в тиждень. Тривалість лікування становила 1 місяць. Перорально комплекс вітамінів групи В призначали від 2 до 4 таблеток на добу. Курс лікування – 2 – 4 тижні.

Для лікування нейропатій, викликаних забоем трійчастого нерву (І група спостереження) застосовували тільки АПК "ДІН-1" протягом 7 днів (один курс). АПК "ДІН-1" ми призначали у вигляді лікувальних процедур тільки через 5 – 6 днів після оперативного втручання, тобто після значного зменшення післяопераційного набряку м'яких тканин. У ІІ групі спостереження (розтягнення нерву) загальний медикаментозний курс прийому раніше зазначених препаратів становив 1 раз (протягом першого місяця). АПК "ДІН-1" цим хворим ми застосували двічі протягом першого місяця після проведеної операції (кожен курс електростимуляції тривав 7 днів з перервою в 7 днів). У ІІІ і ІV групах спостереження (частковий або повний розрив нерву) загальне медикаментозне лікування застосували 2 рази за весь період реабілітації (протягом першого місяця і повторювали його через 2 місяці), а курси електростимуляції трійчастого нерву на АПК "ДІН-1" проводили двічі в перший місяць після операції і потім один раз на місяць щомісяця до нормалізації електрофізіологічних показників і зникнення клінічної симптоматики нейропатії. При отриманні повного відновлення чутливої функції травмованої гілки трійчастого нерву лікування на АПК "ДІН-1" припинялося. У ІV групі спостереження через півроку після операції, у обстежуваних з неповним одужанням, ми рекомендували повторно застосовувати один загальний курс медикаментозної терапії і ще протягом 3-х місяців проводили курси електростимуляції трійчастого нерву на апараті "ДІН-1" (щомісяця).

Використання в лікуванні АПК "ДІН-1" дозволило через 14 – 15 днів після оперативного втручання добитися повного одужання всіх хворих з нейропатіями трійчастого нерву, викликаними забоем нерву і одужання пацієнтів відбувалося в 2 рази швидше, ніж без застосування даного АПК. Використання в комплексному медикаментозному лікуванні АПК "ДІН-1" дозволило через 1,5 місяці після оперативного втручання добитися повного одужання всіх хворих з нейропатіями трійчастого нерву, викликаними його розтягненням і одужання пацієнтів з даною патологією відбувалося в 1,5 рази швидше, ніж без застосування даного АПК. Застосування в комплексному медикаментозному лікуванні АПК "ДІН-1" дозволило у 97,4% пацієнтів вже через 4 місяці після оперативного втручання добитися повного одужання хворих з нейропатіями трійчастого нерву, викликаними його частковим (неповним) розривом, тобто одужання у переважної більшості пацієнтів з даною патологією відбувалося в 1,5 рази швидше, ніж без використання даного

АПК. Тільки лише в 2,6% випадках повне одужання настало через 6 місяців після проведеної операції. Використання АПК "ДІН-1" в комплексному лікуванні хворих з нейропатіями, викликаними повним розривом гілок трійчастого нерву, дозволило в 54,8% випадках домогтися повного відновлення чутливості шкіри і слизової оболонки порожнини рота через 6 місяців після проведеної операції. Через 1 рік після проведеної операції клінічне одужання зареєстровано ще у 25,8% пацієнтів. Таким чином, клінічне одужання через 1 рік при повному перетині гілок трійчастого нерву під час операції, при рекомендованому нами лікуванні, ми отримали у 80,6% хворих.

Таким чином, використання АПК "ДІН-1" у хворих з новоутвореннями щелеп має не тільки діагностичне і прогностичне значення, але також значно підвищує ефективність лікування хворих з нейропатіями трійчастого нерву, які виникають в післяопераційному періоді.

На підставі результатів обстеження та лікування больового синдрому у хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп в післяопераційному періоді нами було встановлено, що нефопам, кеторолак та декскетопрофен є високоефективними знеболюючими засобами і рекомендуються нами для використання у хворих після оперативних втручань з приводу видалення новоутворень щелепних кісток.

Обстеження хворих показали, що цефуруксим є придатним для ступінчастої антибактеріальної терапії у хворих з кістковими пухлинами та пухлиноподібними утвореннями щелеп з високим ризиком розвитку запальних ускладнень. Використання цефуруксиму за запропонованою схемою дозволяє скоротити терміни лікування на 2 – 3 дні та зменшити кількість запальних ускладнень в 4 рази в порівнянні з традиційною терапією.

Результатами проведених обстежень доведено, що нестероїдні протизапальні препарати можуть використовуватись у хворих після видалення пухлин щелеп для профілактики розвитку запальних ускладнень без використання антибіотиків при невеликому ризику виникнення цих ускладнень. Встановлено, що ацеклофенак у вигляді монотерапії має високу аналгетичну, протизапальну та жарознижувальну ефективність. Застосування ацеклофенаку дозволило зменшити кількість післяопераційних гнійно-запальних ускладнень в порівнянні з традиційною терапією в 6,5 разів та скоротити терміни лікування хворих. Виявлено, що диклофенак має високу протизапальну та жарознижувальну, але низьку аналгетичну ефективність. Встановлена висока протизапальна та жарознижувальна ефективність диклофенаку і висока аналгетична активність нефопаму при спільному їх застосуванні, які перевищували такі при використанні даних препаратів у вигляді монотерапії. За результатами обстеження та лікування хворих із запальними інфільтратами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки нами встановлена висока протизапальна, аналгетична і жарознижувальна ефективність мелоксикаму.

На підставі обстеження хворих після проведення хірургічних втручань на щелепах, які виконані внутрішньоротовим методом, та хворих з резекцією нижньої щелепи з приводу видалення амелобластом з одночасною кістковою пластикою утвореного дефекту титановим імплантатом можна зробити висновок про те, що препарат, до складу якого входять гексетидин, холіну саліцилат, хлорбутанол, та

спеціальних зубних щіток і зубної пасти при спільному їх використанні є високоефективними препаратами для гігієнічного догляду за порожниною рота в післяопераційному періоді. Застосування обраного нами комплексного догляду за порожниною рота дозволило значно зменшити число післяопераційних ускладнень.

Результатами наших досліджень доведена висока ефективність препарату на основі тиротрицину для місцевого лікування післяопераційних ангулітів.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі пропонується теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової проблеми стоматології, яка полягає в підвищенні ефективності хірургічного лікування хворих з амелобластомами щелеп на основі вивчення патогенетичних механізмів їх розвитку, морфологічних особливостей, удосконалення методів діагностики, а також профілактики ускладнень з використанням розроблених і науково обґрунтованих схем лікувально-профілактичних заходів.

1. На підставі обстеження 547 хворих доведена подібність клінічної симптоматики амелобластом з іншими пухлинами і пухлиноподібними утвореннями щелеп, яка обумовлює складність проведення диференційної діагностики між цими новоутвореннями. Морфологічний метод обстеження хворих з підозрою на амелобластому щелепи – це єдиний метод, що дозволяє встановити точний діагноз і визначити подальшу тактику хірургічного лікування.
2. На підставі проведених морфологічних досліджень хворих з амелобластомами щелеп запропонована клініко-патоморфологічна систематизація, згідно з якою всі пухлини, які раніше об'єднувалися під одним терміном "амелобластома" необхідно розділити на дві групи: "справжні амелобластоми" і "псевдоамелобластоми" (амелобластомоподібні пухлини). До групи "справжніх амелобластом" слід віднести такі типи її морфологічної будови: фолікулярний, плексиформний, акантоматозний, базально-клітинний, зернисто-клітинний, десмопластичний, кістозний і змішаний. Для справжніх амелобластом характерна наявність клітин двох видів: зірчастих і циліндричних. Останні мають значення в рецидивах захворювання, оскільки формують довгі епітеліальні відростки, що виходять в здорову тканину за межі пухлини. Найбільш агресивний клінічний перебіг, частоту рецидивування (95,0%) і малігнізації мають плексиформний та акантоматозний типи будови. До групи "псевдоамелобластом" слід віднести амелобластичну фіброму, аденоамелобластому, амелобластичну фіброодонтому, одонтоамелобластому. Псевдоамелобластоми (амелобластомоподібні пухлини) в морфологічній структурі мають клітини, які нагадують амелобласти.
3. Запропонована рентгенологічна класифікація кістозних форм справжніх амелобластом і псевдоамелобластом щелеп, згідно якої всі кістозні форми пухлини пропонується характеризувати за трьома рентгенологічними ознаками (параметрами), а саме: за кількістю наявних кістозних порожнин, якими представлена пухлина (монокістозна, полікістозна та коміркова форми); за наявністю або відсутністю ретенуваного або дистопованого зуба і його розташуванню по відношенню до кістозної порожнини пухлини (відсутність

зуба в порожнині пухлини, зуб повністю або частково знаходиться в кістозній порожнині); по співвідношенню пухлини з зубами, що знаходяться в альвеолярному відростку щелепи, і ступеня резорбції їх коренів (пухлина не має контакту з коренями зубів, є в тому чи іншому ступені вираженості резорбція коренів зубів).

4. Встановлено, що одночасне збільшення в 3 рази і більше в порівнянні з нормою потенціометричних показників М-М, М-СОАВ і СОАВ-СОАВ є патогномонічною ознакою, характерною тільки для амелобластом щелеп у хворих, в порожнині рота яких є незнімні зубні протези, виготовлені із різних сплавів металів. При зіставленні даних потенціометричного обстеження з клінічною симптоматикою встановлено, що дані пухлини зустрічалися тільки у хворих з гальванозом: атипова форма гальванозу виявлена в 40,9%, типова форма – в 59,1% випадків. Діагностування гальванозу у хворих з амелобластомами щелеп дозволяє припустити, що ця гальванічна патологія може бути схильною фактором в розвитку даної пухлини.
5. Аналіз особливостей клінічного перебігу справжніх амелобластом і псевдоамелобластом щелеп залежно від виявленої гальванічної патології показав, що агресивні форми пухлини (великі розміри пухлини, проростання кісткової тканини щелепи у всю її товщину і навколишні м'які тканини, виражена клінічна симптоматика і часті загострення запальних проявів) виявлені тільки у хворих з типовою формою гальванозу. При типовій формі гальванозу була виражена місцева клінічна симптоматика і були діагностовані загальносоматичні захворювання: синдром підвищеної стомлюваності, синдром хронічної втоми, герпес, аденовірусна інфекція або ГРВІ, бронхіти, фарингіти та ін. При атиповій формі гальванозу пухлина розвивалася приховано, малопомітно, без вираженої клінічної симптоматики, тому хворі зверталися за медичною допомогою в пізні терміни (через один рік і більше після появи перших ознак пухлинного процесу в щелепах) або пухлина у них була виявлена випадково при рентгенологічному обстеженні.
6. На підставі обстеження хворих з амелобластомами щелеп встановлені не тільки кількісні, але й якісні порушення різних видів чутливості з боку слизової оболонки порожнини рота. У 31,3 – 50,0% пацієнтів (у 40,0 – 60,0% при гальванозі) тактильна чутливість змінювалася в бік зниження інтенсивності сприйняття відчуття. У 17,3% хворих (у 22,7% при гальванозі) зустрічалася парестезія губ (повзання мурашок, печіння, оніміння, поколювання тощо). У 37,5 – 56,3% хворих (у 46,7 – 53,3% при гальванозі) виявлено зниження порогу сприйняття больової чутливості. У 44,4 – 56,3% обстежуваних (у 40,0 – 48,3% при гальванозі) виявлено зниження порогу сприйняття температурної чутливості. Після проведення оперативних втручань означені порушення чутливості достовірно рідше ($p < 0,001$) зустрічалися після ексцизійної біопсії і щадної резекції нижньої щелепи при порівнянні їх з класичною резекцією нижньої щелепи. Частота зустрічності порушень означених видів чутливості після проведення ексцизійної біопсії та щадної резекції нижньої щелепи практично не відрізнялися між собою ($p > 0,05$).
7. Встановлено зниження секреторної функції великих і малих слинних залоз у

хворих з амелобластомами в до- і післяопераційному періоді. До проведення операції відзначено достовірне зниження ($p < 0,001$) всіх показників слиновиділення, а саме: секреція змішаної слини (ротової рідини) становила $0,53 \pm 0,03$ мл/хв, чистої слини з привушної залози – $0,038 \pm 0,003$ мл/хв, чистої слини з піднижньощелепної залози – $0,120 \pm 0,006$ мл/хв, кількість функціонуючих малих слинних залоз (на площі в 4 см^2) – $16,7 \pm 0,5$ шт., кількість секрету, що виділяється однією малою слинною залозою – $1,63 \pm 0,05 \text{ г/хв} \times 10^{-4}$. Після проведення хірургічного лікування у цих хворих спостерігалось ще більше зниження показників секреторної функції великих і малих слинних залоз, терміни відновлення якої до нормальних величин були прямо пропорційні важкості проведеного оперативного втручання. Чим важче була операційна травма, тим довше спостерігалось відновлення функціональної активності великих і малих слинних залоз. Це свідчило про високий ризик розвитку гнійно-запальних ускладнень з боку слизової оболонки порожнини рота, які подовжують терміни реабілітації хворих.

8. При госпіталізації хворих з амелобластомами в стаціонар вміст лізоциму в змішаній слині у них був достовірно зниженим до $0,016 \pm 0,001$ г/л ($p < 0,001$) в порівнянні зі здоровими людьми ($0,023 \pm 0,001$ г/л). Через 5 – 7 днів після операції видалення амелобластоми вміст лізоциму в змішаній слині ще більше і достовірно знижувався до $0,012 \pm 0,001$ г/л ($p < 0,001$), а через 14 – 17 днів після проведеного оперативного втручання рівень лізоциму був в 3,5 рази нижче, ніж у здорових людей ($0,006 \pm 0,001$ г/л). Це вказувало на зниження місцевої неспецифічної резистентності організму не тільки при госпіталізації хворих, але і в післяопераційному періоді спостереження. Про це свідчило збільшення числа запальних явищ з боку слизової оболонки порожнини рота з 46,7% при госпіталізації до 96,7% при виписці зі стаціонару.
9. Згідно проведеному аналізу найближчих та віддалених результатів хірургічних методів лікування хворих з амелобластомами щелеп в якості радикального методу лікування справжніх амелобластом і псевдоамелобластом пропонується використовувати щадну резекцію щелепи. Дана операція передбачає не тільки повне видалення м'яко-тканинного пухлинного утворення, розташованого в щелепній кістці, але й видалення всіх нежиттєздатних ділянок оточуючої кісткової тканини (зовнішньої та/або внутрішньої кортикальної пластинки щелепи) при обов'язковому збереженні життєздатних фрагментів кістки в ділянці патологічного вогнища. При виявленні плексиформного або акантоматозного типу будови справжньої амелобластоми, а також при рецидивних формах амелобластом необхідно застосовувати класичну резекцію щелепи.
10. У всіх хворих після видалення пухлин щелеп спостерігаються післяопераційні нейропатії II і III гілок трійчастого нерву. Застосування в лікуванні нейропатій АПК "ДІН-1" дозволило скоротити терміни лікування при забої нерву в 2 рази (з 1 місяця до 14 – 15 днів), при розтягуванні – в 1,5 рази (з 2 до 1,5 місяців) і у 97,4% випадках при неповному розриві – в 1,5 рази (з 6 до 4 місяців). Застосування даного АПК в лікуванні хворих з нейропатіями, що виникли в результаті повного розриву гілок трійчастого нерву, дозволило у 80,6% пацієнтів

домогтися клінічного одужання: у 54,8% випадках – через 6 місяців, в 25,8% – через 1 рік після операції.

11. Запропонований комплекс медикаментозних препаратів, який дозволяє зменшити число гнійно-запальних ускладнень в 4 – 6 разів і скоротити терміни лікування хворих після проведеного оперативного втручання в 2 рази в порівнянні з традиційними методами лікування.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При всіх формах справжніх амелобластом, крім плексиформного та акантоматозного типів її морфологічної будови, а також при псевдоамелобластомах рекомендується проводити щадну резекцію щелепи. При виявленні плексиформного або акантоматозного патоморфологічного типу будови справжньої амелобластоми, а також при рецидивних формах амелобластом показано застосування класичної резекції щелепи.
2. Перед проведенням хірургічного лікування з приводу видалення будь-якої форми амелобластоми щелеп необхідно усунути обтяжливий фактор – гальваноз, який є патогенетичним фактором розвитку пухлини і викликає післяопераційні гнійно-запальні ускладнення.
3. Застосування АПК "ДІН-1" для визначення електрофізіологічних показників м'яких тканин, що іннервуються II і III гілками трійчастого нерву у хворих, після проведення операцій видалення доброякісних новоутворень щелеп є не тільки діагностичним критерієм важкості ушкодження трійчастого нерву в операційній рані, але й служить прогностичним критерієм, що вказує на терміни відновлення чутливості пошкоджених тканин в післяопераційному періоді. При забої і розтягуванні гілок трійчастого нерву відновлення показників відбувається через 1 або 2 місяці (відповідно) після виконаної операції. Нормалізація даних показників при неповному (частковому) розриві гілок трійчастого нерву відбувається протягом 6 місяців після операції. При повному розриві гілок трійчастого нерву часткове відновлення електрофізіологічних показників (провідності, резистентності, тонуусу) відбувається не раніше, ніж через 8 – 12 місяців після операції.
4. Використання АПК "ДІН-1" в комплексній терапії післяопераційних нейропатій трійчастого нерву підвищує ефективність проведеного лікування і скорочує терміни реабілітації хворих.
5. При виявленні порушення вітальності пульпи зуба, що знаходиться в зоні пухлини або при підвищенні цього показника в 1,5 рази і більше в порівнянні з нормою, необхідно проводити консервативне лікування цих зубів з метою профілактики розвитку запальних ускладнень в післяопераційному періоді.
6. Для профілактики розвитку післяопераційних запальних ускладнень з боку слизової оболонки ротової порожнини, пов'язаних зі зниженням секреторної функції великих і малих слинних залоз, пацієнтам рекомендується для гігієнічного догляду за порожниною рота протягом місяця після операції використовувати антисептичний препарат, до складу якого входять гексетидин, холіну саліцилат, хлорбутанол, спеціальних зубних щіток (післяопераційних, хірургічних, м'яких) і зубної пасти (антибактеріальна паста з хлоргексидином,

25% кальцієм карбонатом і ірландським мохом).

7. Для корекції місцевої неспецифічної резистентності організму в післяопераційному періоді рекомендується застосовувати препарат, який містить лізоцим та піридоксин, (по 2 таблетки 3 – 4 рази на день) не менше 14 днів.
8. З огляду на високий рівень мікробної сенсibiliзації хворих з амелобластомами щелеп рекомендовано оперативні втручання з приводу їх видалення проводити тільки після передопераційної санації порожнини рота і гіпосенсибілізуючої терапії з використанням антигістамінних препаратів четвертого покоління – дезлоратадина по 5 мг 1 раз на добу протягом 7 днів.
9. Для профілактики і лікування післяопераційних запальних ускладнень і післяопераційних болів пропонується застосовувати комплекс медикаментозних препаратів з використанням анагетичних, сучасних нестероїдних протизапальних і антибактеріальних лікарських засобів, що дозволяє зменшити число гнійно-запальних ускладнень 4 – 6 разів в порівнянні з традиційними методами лікування і скоротити терміни лікування хворих після оперативних втручань.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Тимофеев А.А. Уход за полостью рта гигиеническими средствами лаборатории «Pierre Fabre Oral Care» после проведения оперативных вмешательств на челюстях, выполненных внутриворотным доступом / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2011. – № 2. – С. 94 – 98. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*
2. Деклараційний патент на корисну модель № 61269 Україна, МПК (2011.01) А61С 7/00, G01R 19/00. Спосіб лікування гальванізму та гальванозу / Тимофеев О.О., Біда В.І., Ярифа М.О., Ушко Н.О. – № у 2011 00381; Заявл. 13.01.2011; Опубл. 11.07.2011. – Бюл. № 13. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, підготовці корисної моделі.*
3. Тимофеев А.А. Сравнительная характеристика ненаркотических анальгетиков, используемых в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.В. Дакал, С.В. Максимча, В.П. Блинова и др. // Стоматолог-практик (Москва, Россия). – 2012. – № 2. – С. 50 – 53. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*
4. Тимофеев А.А. Перспективы применения препарата "Акупан" в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, С.В. Максимча, А.А. Тимофеев, Н. Васадзе, А.И. Кривошеева // Современная стоматология. – 2013. – № 1. – С. 82 – 86. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*
5. Тимофеев А.А. Оценка обезболивающего действия препарата "Дексалгин" в челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, С.В. Максимча, О.А. Ухарская, Н. Васадзе // Стоматолог-практик (Москва, Россия). – 2013. – № 2. – С. 32 – 36. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*
6. Тимофеев А.А. Амелобластомы челюстей, ретроспективный анализ по данным клиники челюстно-лицевой хирургии НМАПО имени П.Л. Шупика / А.А.

Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Савицкий // Современная стоматология. – 2013. – № 3 (67). – С. 109 – 115. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, узагальненні даних, написанні статті.*

7. Тимофеев А.А. Сравнительная характеристика эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов, используемых при лечении заболеваний челюстно-лицевой области / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, С.В. Максимча, Н. Васадзе, А.И. Кривошеева // Современная стоматология. – 2013. – № 4 (68). – С. 95 – 106. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

8. Тимофеев А.А. Особенности заживления послеоперационных костных полостей челюстей при гальванической патологии в полости рта / А.А. Тимофеев, А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, Б.В. Колибабчук // Современная стоматология. – 2013. – № 4 (68). – С. 108 – 115. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

9. Тимофеев А.А. Использование препарата "Гивалекс" после проведения костнопластических операций / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2013. – № 4 (68). – С. 116 – 120. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

10. Ушко Н.О. Особливості знеболювання після видалення пухлин щелеп / Н.О. Ушко // Семейная медицина. – 2013. – № 4 (48). – С. 73 – 74.

11. Тимофеев А.А. Современные методы обследования больных для определения прогноза течения заболеваний челюстно-лицевой области / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, Н. Васадзе // Современная стоматология. – 2013. – № 5 (69). – С. 64 – 71. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

12. Деклараційний патент на корисну модель № 83063 Україна, МПК (2013.01) А61К 6/00. Спосіб профілактики розвитку гнійних ускладнень при лікуванні негнійних запальних процесів щелепно-лищевої ділянки / Тимофеев О.О., Ушко Н.О., Тимофеев О.О., Максимча С.В., Кривошеева А.І., Васадзе Н. – № u 2013 02667; Заявл. 04.03.2013; Опубл. 27.08.2013. – Бюл. № 16. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, підготовці корисної моделі.*

13. Тимофеев А.А. Особенности диагностики и лечения амелобластом челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Савицкий // Дентальная имплантология и хирургия (Москва, Россия). – 2014. – № 1. – С. 94 – 101. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

14. Тимофеев А.А. Амелобластомы челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Савицкий // Збірник наукових праць ІС НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 5. – С. 36 – 42. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

15. Тимофеев А.А. Заживление послеоперационных костных полостей при гальванической патологии / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, Б.В. Колибабчук // Збірник наукових праць ІС НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2014. – Вип. 5. – С. 111 – 119. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

16. Тимофеев А.А. Одновременное использование медикаментозных препаратов для повышения эффективности лечения челюстно-лицевых больных / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, С.В. Максимча, Н. Васадзе, А.И. Кривошеева // Современная стоматология. – 2014. – № 2 (71). – С. 74 – 85. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

17. Тимофеев А.А. Применение ацеклофенака в стационарной и амбулаторной челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2014. – № 3 (72). – С. 76 – 80. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

18. Тимофеев А.А. Применение препарата "Гивалекс" после оперативных вмешательств на челюстях, выполненных при помощи внутриротового доступа / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Савицкий // Современная стоматология. – 2014. – № 4 (73). – С. 79 – 82. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

19. Тимофеев А.А. Оценка антибактериальной эффективности цефуроксима при профилактике гнойно-воспалительных осложнений после заболеваний челюстно-лицевой области / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, Е.И. Фесенко, А.А. Савицкий, Ш. Мургулия // Современная стоматология. – 2015. – № 2 (76). – С. 65 – 70. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

20. Тимофеев А.А. Сравнительная характеристика ненаркотических анальгетиков, применяемых для устранения послеоперационных болей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, О.А. Ухарская, А.А. Савицкий, Ш. Мургулия // Современная стоматология. – 2015. – № 3 (77). – С. 76 – 82. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

21. Тимофеев А.А. Лечение ангулита с применением препарата "Тирозур" / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, М.А. Ярифа // Современная стоматология. – 2016. – № 1 (80). – С. 91 – 95. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

22. Тимофеев А.А. Диагностический тест тяжести поврежденных тройничного нерва после удаления опухолей и опухолеподобных образований челюстей / А.А. Тимофеев, Е.П. Весова, Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2016. – № 2 (81). – С. 64 – 69. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

23. Тимофеев А.А. Показатели периотестометрии зубов у здоровых людей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, М.А. Ярифа, Е.И. Фесенко // Современная стоматология. – 2016. – № 3 (82). – С. 71 – 73. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

24. Тимофеев А.А. Prevention of the Inflammatory Complications / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, Е.И. Фесенко, М.А. Ярифа // Современная стоматология. – 2016. – № 3 (82). – С. 74 – 76. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, узагальненні даних, написанні статті.*

25. Тимофеев А.А. Потенциометрические показатели в полости рта у больных с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей при наличии несъёмных зубных протезов / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Збірник наукових праць ІС НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2016. – Вип. 6. – С. 95 – 106. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

26. Тимофеев А.А. Периотестометрия здоровых зубов / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, М.А. Ярифа, Е. И. Фесенко и др. // Збірник наукових праць ІС НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2016. – Вип. 6. – С. 108 – 113. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

27. Тимофеев А.А. Диагностический тест тяжести повреждения тройничного нерва / А.А. Тимофеев, Е.П. Весова, Н.А. Ушко // Збірник наукових праць ІС НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2016. – Вип. 6. – С. 134 – 144. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

28. Тимофеев А.А. Лечение послеоперационных нейропатий тройничного нерва / А.А. Тимофеев, Е.П. Весова, Н.А. Ушко // Збірник наукових праць ІС НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2016. – Вип. 6. – С. 145 – 154. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

29. Тимофеев А.А. Лечение нейропатий тройничного нерва после удаления опухолей и опухолеподобных образований / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, Е.П. Весова // Современная стоматология. – 2016. – № 5 (84). – С. 36 – 41. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

30. Tymofieiev O. Diagnostics of Severity of the Trigeminal Nerve Injuries During Jaws Surgeries / O. Tymofieiev, N. Ushko, O. Vesova, M. Yarifa // Journal of Diagnostics and Treatment of Oral and Maxillofacial Pathology. – 2017. – № 1. – С. 32 – 39. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

31. Тимофеев А.А. Применение ородиспергируемой формы мелоксикама (Мовиксикам[®] ОДТ) у больных с воспалительными инфильтратами / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, М.А. Ярифа, А.А. Савицкий, А.В. Кучинский // Современная стоматология. – 2017. – № 1 (85). – С. 56 – 64. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

32. Тимофеев А.А. Гальваническая патология у больных с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. – № 1 (85). – С. 71 – 77. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

33. Ушко Н.А. Изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта у больных с амелобластомами челюстей / Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. – № 2 (86). – С. 48 – 51.

34. Тимофеев А.А. Состояние зубов в области патологического очага при опухолях и опухолеподобных образованиях челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. – № 3 (87). – С. 52 – 57. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

35. Тимофеев А.А. Морфологические особенности амелобластом / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, С.Г. Гичка // Современная стоматология. – 2017. – № 3 (87). – С. 58 – 64. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

36. Тимофеев А.А. Лечение послеоперационных нейропатий тройничного нерва / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, Е.П. Весова // Дентальная имплантология и хирургия (Москва, Россия). – 2017. – № 3. – С. 44 – 50. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

37. Тимофеев А.А. Особенности морфологического строения, диагностики, клинического течения и лечения амелобластом челюстей. Часть 1. / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология (Минск, Белорусь). – 2017. – № 2. – С. 52 – 57. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

38. Тимофеев А.А. Оценка хирургических методов лечения амелобластом / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Проблемы непрерывной медицинской освіти та науки. – 2017. – № 3. – С. 23 – 28. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

39. Ушко Н.А. Аллергические реакции на металлы у больных с опухолями челюстей / Н.А. Ушко // Конспект стоматология (Казахстан). – 2017. – № 2 (20). – С. 52 – 55.

40. Ушко Н.А. Диагностика и лечение послеоперационных нейропатий тройничного нерва при его ушибе и растяжении / Н.А. Ушко // Семейная медицина. – 2017. – № 2 (70). – С. 94 – 96.

41. Тимофеев А.А. Особенности морфологического строения, диагностики, клинического течения и лечения амелобластом челюстей. Часть 2. / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология (Минск, Белорусь). – 2017. – № 3. – С. 35 – 42. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

42. Ушко Н.А. Диагностика и лечение послеоперационных нейропатий тройничного нерва при его разрыве / Н.А. Ушко // Семейная медицина. – 2017. – № 3 (71). – С. 126 – 129.

43. Ушко Н.А. Функциональное состояние больших и малых слюнных желез у больных с амелобластомами челюстей в динамике хирургического лечения / Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. - № 4 (88). – С. 50 – 53.

44. Тимофеев А.А. Микробная сенсбилизация к стафилококку у больных с амелобластомами / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. - № 4 (88). – С. 54 – 56. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

45. Tymofieiev O. Correction of the immunity of patients with ameloblastoms of the jaws / O. Tymofieiev, N. Ushko // Медицинский форум. – 2017. - № 12. – С. 107 – 109.

Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.

46. Ушко Н.А. Амелобластомы нижней челюсти, оперативные методы лечения / Н. А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. - № 5 (89). – С. 48 – 51.

47. Тимофеев А.А. Рентгенологическая классификация амелобластом / А. А. Тимофеев, Н. А. Ушко // Современная стоматология. – 2017. - № 5 (89). – С. 56 – 58. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні статті.*

48. Тимофеев А.А. Неспецифическая резистентность организма у больных с остеогенными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Материалы XVI междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов "Новые технологии в стоматологии" – Россия, Санкт-Петербург, 16 – 18 мая 2011. – С.177 – 178. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

49. Тимофеев А.А. Гальваноз – причина развития злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, М.А. Ярифа, А.А. Тимофеев // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. стоматологів "Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології" – Ужгород, ПРАТ "Видавництво "Закарпаття", 2011. – С. 311 – 312. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

50. Тимофеев А.А. Иммунокорректирующая терапия больных с остеогенными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. стоматологів "Застосування сучасних методів діагностики, лікування та профілактики в стоматології" – Ужгород, ПРАТ "Видавництво "Закарпаття", 2011. – С. 313 – 315. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

51. Тимофеев О.О. Диагностика амелобластом щелеп / О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, О.О. Савицкий // Матеріали XII з'їзду Всеукраїнського Лікарського Товариства – Київ, 5-7 вересня 2013. – С. 265. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

52. Тимофеев А.А. Заживление послеоперационных костных полостей при гальванической патологии / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження проф. Г.І. Семенченка "Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії" – м. Одеса, 3 – 4 квітня 2014 р. – С. 25 – 27. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

53. Тимофеев О.О. Патогенетична роль гальванічної патології у розвитку амелобластом щелеп / О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко // Матеріали VI міжнародного медичного конгресу "Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України" – м. Київ, 25 – 27 квітня 2017 р. – С. 168. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

54. Тимофеев О.О. Диагностика гальванічної патології у хворих з амелобластомами щелеп / О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко // Innovative technology in

medicine: experience of Poland and Ukraine – Lublin (Poland), 28 – 29 april 2017. – P. 87 – 89. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

55. Тимофеев А.А. Диагностика гальванической патологии у больных с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції "Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні" – м. Дніпро, 9 – 10 червня 2017 р. – С. 55 – 59. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

56. Тимофеев А.А. Профилактика воспалительных осложнений после оперативных вмешательств на челюстных костях / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Збірник тез міжнародної науково-практичної конференції "Медичні науки: напрямки та тенденції розвитку в Україні та світі" – м. Одеса, 16 – 17 червня 2017 р. – С. 52 – 56. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

57. Тимофеев А.А. Выбор метода хирургического лечения амелобластом / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції "Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини" – м. Львів, 23 – 24 червня 2017 р. – С. 64 – 67. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

58. Тимофеев А.А. Амелобластомы челюстей (особенности диагностики, клинического течения и лечения) / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // 13th annual international congress Georgian dental association – Batumi, Georgia, 14 – 15 July 2017. – P. 11. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

59. Тимофеев А.А. Амелобластомы челюстей (диагностика, клиника, лечение, профилактика рецидивов) / А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю "Стоматологічна наука і практика на Слобожанщині: історія, надбання і перспективи розвитку" – м. Харків, 5 – 6 жовтня 2017 р. – С. 162 – 168. *Участь здобувача полягає у проведенні клінічних досліджень, аналізі та узагальненні даних, написанні тезисів.*

АНОТАЦІЯ

Ушко Н.О. Патогенез, диференційна діагностика, хірургічне лікування та профілактика ускладнень у хворих з амелобластомами щелеп. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, 2018.

У дисертаційній роботі пропонується теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової проблеми стоматології, яка полягає в підвищенні ефективності хірургічного лікування хворих з амелобластомами щелеп на основі вивчення патогенетичних механізмів їх розвитку, морфологічних особливостей, удосконалення методів діагностики, а також профілактики ускладнень з використанням розроблених і науково обґрунтованих схем лікувально-профілактичних заходів.

Розроблені схеми патогенетичного лікування і профілактики запальних та неврологічних ускладнень у хворих після видалення пухлин щелеп, які дозволяють зменшити число гнійно-запальних ускладнень в 4 – 6 разів і скоротити терміни лікування хворих після проведеного оперативного втручання в 2 рази в порівнянні з традиційними методами лікування.

Ключові слова: амелобластоми щелеп, доброякісні пухлини щелеп, пухлиноподібні утворення щелеп, хірургічне лікування амелобластом, запальні ускладнення, неврологічні ускладнення.

АННОТАЦИЯ

Ушко Н.А. Патогенез, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение и профилактика осложнений у больных с амелобластомами челюстей. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, 2018.

В диссертационной работе предлагается теоретическое обобщение и новое решение актуальной научной проблемы стоматологии, которая заключается в повышении эффективности хирургического лечения больных с амелобластомами челюстей на основе изучения патогенетических механизмов их развития, морфологических особенностей, совершенствования методов диагностики, а также профилактики осложнений с использованием разработанных и научно обоснованных схем лечебно-профилактических мероприятий.

Разработаны схемы патогенетического лечения и профилактики воспалительных и неврологических осложнений у больных после удаления опухолей челюстей, которые позволяют уменьшить число гнойно-воспалительных осложнений в 4 – 6 раз и сократить сроки лечения больных после проведенного оперативного вмешательства в 2 раза по сравнению с традиционными методами лечения.

Ключевые слова: амелобластомы челюстей, доброкачественные опухоли челюстей, опухолевидные образования челюстей, хирургическое лечение амелобластом, воспалительные осложнения, неврологические осложнения.

ANNOTATION

Ushko N.O. Pathogenesis, differential diagnosis, surgical treatment and prevention of complications in patients with jaw ameloblastomas. – Qualifying scientific work on the rights of manuscripts.

Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences in specialty 14.01.22 – Dentistry. – Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, 2018.

In the dissertation the theoretical generalization and a new solution of the actual scientific problem of dentistry is proposed, which is to increase the efficiency of surgical treatment of patients with jaw ameloblastomas on the basis of the study of pathogenetic mechanisms of their development, morphological features, improvement of diagnostic methods, and also the prevention of complications using developed and scientifically substantiated schemes of treatment and preventive measures.

On the basis of the examination, 547 patients demonstrated the similarity of clinical symptomatology with ameloblast with other tumors and tumor-like jaws, which causes the complexity of differential diagnosis between these tumors. Morphological method of examination of patients with suspicion of ameloblastoma jaw is the only method that allows to establish the exact diagnosis and determine the further tactics of surgical treatment.

For the first time clinical and pathomorphological systematization of different forms of the jaws ameloblastomas was proposed, depending on the pathomorphological characteristics, the choice of certain surgical tactics and the forecast of the development of complications. According this systematization all tumors previously united under the same term "ameloblastoma" should be divided into two groups: "real ameloblastomas" and "pseudoameloblastomas" (ameloblastoma-like tumors). The group of "real ameloblastomas" should include the following types of its morphological structure: follicular, plexiform, akantomatous, basal cell, granular, desomoplastic, cystic and mixed. The group "pseudoameloblastomas" should include ameloblastic fibroma, adenoameloblastoma, ameloblastic fibroodontoma, ontoameloblastoma.

Improved radiological classification of cystic forms of ameloblastomas, according which proposed to characterize all cystic forms of the tumor for three X-ray characteristics (parameters), namely: the number of present cystic cavities representing a tumor (monocystic, polycystic and cellular forms); by the presence or absence of a retained or dystopized tooth and its position relative to the cystic cavity of the tumor (absence of a tooth in the tumor cavity, the tooth is completely or partially located in the cystic cavity); on the ratio of the tumor to the teeth located in the alveolar process of the jaw, and the degree of resorption of their roots (the tumor has no contact with the roots of the teeth, or there is a degree of resorption of the teeth roots).

For the first time, a complete complex of potentiometric indices (potential difference, current strength, electrical conductivity of oral fluid) in patients with jaw ameloblastomas has been studied in the presence of metal inclusions in the oral cavity. It was established that simultaneous increase in 3 times and more in comparison with the norm of potentiometric indices M-M, M-APM and APM-APM is a pathognomonic sign characteristic only for the jaws ameloblastomas. When comparing potentiometric data with clinical symptoms, it was found that these tumors were found only in patients with galvanosis. The atypical form of galvanosis was detected in 40.9%, the typical form – in 59.1% of cases. It has been established that the presence of galvanosis in patients with jaw ameloblastomas complicates the course of the postoperative period: the suppression of cystic cavities arises in 28.6%, regardless of their size, and the frequency of development of these complications is directly dependent on the magnitude of potentiometric indices. The presence of galvanosis prolongs the period of regeneration of bone tissue for 2 – 3 months.

For the first time the secretory function of large and small salivary glands in patients with ameloblastomas of the jaws has been studied, its changes in the postoperative period, depending on the method of performed surgical intervention, have been proved. Before the operation, a significant reduction ($p < 0.001$) of all salivation parameters was noted. After surgical treatment in these patients there was even more reduction of indicators of

secretory function of large and small salivary glands, the terms of recovery of which to normal values were directly proportional to the severity of the surgical intervention.

For the first time, changes in the tactile, pain and temperature sensitivity of the mucous membrane of the oral cavity and the skin of the face in the area of the pathological center in patients with ameloblastomas of jaws in the dynamics of the treatment performed are studied, depending on the method of surgical treatment. Not only quantitative, but also qualitative violations of various types of sensitivity from the side of the oral mucosa are established.

For the first time electrophysiological indices of soft tissues innervated with II and III branches of the trigeminal nerve, in patients before and after surgery of jaw ameloblastoma and high efficiency of the use of the hardware-software complex "DIN-1" in diagnostics, prognostication of the course and treatment of postoperative neuropathy of the trigeminal nerve are studied.

For the first time, the choice of surgical tactics for the treatment of jaw ameloblastomas has been advised, depending on the pathomorphological characteristics of the tumor and the prediction of the development of complications. As a radical method of treatment of real ameloblastomas and pseudoameloblastomas it is proposed to use developed and tested by us method – gentle resection of the jaw. In the case of the detection of plexiform or acantomatous type of real ameloblastoma, as well as in recurrence forms of ameloblastomas, it is necessary to apply a classical resection of the jaw.

The schemes of pathogenetic treatment and prophylaxis of inflammatory and neurological complications in patients after the removal of jaw tumors, which allow to reduce the number of purulent inflammatory complications in 4 – 6 times and shorten the terms of treatment of patients after a surgical intervention in 2 times compared with traditional methods of treatment.

Keywords: jaw ameloblastomas, benign jaw tumors, tumor-like jaw formations, surgical treatment of ameloblastoma, inflammatory complications, neurological complications.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

НСТ-тест – реакція відновлення нітросинього тетразолію нейтрофілами людини

ЧАН – число активних нейтрофілів

ІАН – індекс активації нейтрофілів

РАН – резерв активації нейтрофілів

мВ – мілівольти

мкА – мікроампери

мкСм – мікросімменси

М-М – показники потенціометрії між металевими включеннями

М-СОАВ – показники потенціометрії між металевими включеннями та слизовою оболонкою альвеолярного відростка

СОАВ-СОАВ – показники потенціометрії між різними ділянками слизової оболонки альвеолярного відростка

АПК "ДІН-1" – апаратурно-програмний комплекс "ДІН-1"

ВАШ – візуально-аналогова шкала