

*С.І. Чепишко, О.О. Максимів*

## **Динаміка клінічних показників після цистектомії з використанням електрозварювання країв прооперованої ділянки у пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп**

Навчально-лікувальний центр «Університетська клініка»  
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Мета.** Оцінити ефективність запропонованого методу цистектомії з використанням електрозварювання на основі отриманих клінічних і біохімічних показників.

**Матеріали та методи.** Цистектомія виконувалась у 87 пацієнтів: 20 пацієнтів – 1-а контрольна група (класичний хірургічний метод), 28 пацієнтів – 2-а контрольна група (цистектомія з використанням лазерних технологій) і 39 пацієнтів – основна група (цистектомія з використанням електрозварювання).

**Результати.** Застосування електрозварювальної технології під час цистектомії дозволило скоротити та полегшити післяопераційний період у пацієнтів основної групи до 5 доби на відміну від пацієнтів інших груп, у яких симптоматика запалення та больовий синдром спостерігали до 14-ї доби.

**Висновки.** Використання електрозварювання тканин під час цистектомії в ротовій порожнині дозволило досягти стерильності прооперованої ділянки, скоротити час втручання й за рахунок відсутності чужорідних тіл у рані скоротити та полегшити післяопераційну реабілітацію пацієнтів.

**Ключові слова:** одонтогенна кіста, цистектомія, електрозварювання тканин, постопераційні ускладнення.

### **Вступ**

Однією з умов правильно виконаної цистектомії є досягнення швидкого загоєння рани, забезпечення косметичного ефекту, а також попередження розвитку різного роду ускладнень [4, 9, 15]. Дуже часто від ефективності з'єднання країв прооперованої ділянки залежать перебіг і тривалість післяопераційного періоду [7].

Шовний матеріал у більшості випадків є чужорідним тілом, яке залишається у тканинах після закінчення оперативного втручання і шляхом потрапляння в рану вторинної інфекції, особливо в умовах ротової порожнини. Закономірно, що від якості, хімічного складу і структури матеріалу залежить реакція тканин на його імплантацію [5, 6]. Неякісний шовний матеріал може призводити до ускладнень (нагноєння ран, абсцесів, нориці, розходження швів тощо), котрі потребують додаткового часу реабілітації, повторного лікування, додаткової медикаментозної терапії [13, 14]. Тобто на результат загоєння післяопераційної рани впливає реакція тканин організму пацієнта на шовний матеріал, який може пришвидшувати або уповільнювати цей процес [8].

Що стосується лазерного обладнання, на жаль, інколи виникають нестандартні ситуації при роботі з даною апаратурою [11, 12]. Ускладнення, які виника-

ють у пацієнтів при застосуванні лазерних апаратів, це: неправильно підібрані режими роботи, недостатнє охолодження, невиконання пацієнтами рекомендацій після процедури, опіки, алергічні реакції, рубці [1, 2]. Також недоліком лазерних технологій є їх висока собівартість, яка не дозволяє широко впроваджувати дані технології у практичну охорону здоров'я [10].

Отже, як показує аналіз клінічного досвіду й наукових публікацій, запобігання ускладнень і побічних ефектів є основним завданням лікаря під час оперативного втручання. Для цього необхідно ретельно збирати анамнез, урахувати індивідуальні особливості пацієнта, адекватно вибирати як спосіб лікування, так і спосіб закриття рани.

### **Матеріали та методи**

У дослідженні взяли участь 87 пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп, котрі потребували хірургічного лікування, тобто цистектомії. Усі пацієнти віком від 20 до 51 і більше років. Досліджувані хворі були представлені 47,13 % чоловіків і 52,87 % осіб жіночої статі. Найбільш численну групу оглянутих склали пацієнти віком 31–40 років: 41,46 та 47,83 % осіб чоловічої й жіночої статі відповідно. У найменш численну групу увійшли 7,32 % чоловіків і 4,35 % жінок віком від 51 і більше років.

Обстеження та лікування пацієнтів проводили на базі навчально-лікувального центру «Університетська клініка». Отримані дані фіксували в амбулаторній карті стоматологічного хворого (№ 043/о). У процесі клінічного обстеження були використані загальноприйняті методи з'ясування скарг, збір анамнезу, огляд, пальпація, перкусія, визначення рухомості зубів і спеціальні методи дослідження: інструментальні, рентгенологічні, візіографічні, контактна лазерна термометрія, біохімічні та імунологічні дослідження крові й ротової рідини. Кожний пацієнт підписував інформовану згоду на участь у дослідженні.

Згідно з методиками ушивання післяопераційної рани після цистектомії всі вони були поділені на три групи: група А (1-а контрольна, n = 20) – ушивання післяопераційної рани наглухо шовним матеріалом «Вікріл»; група В (2-а контрольна, n = 28) – зварювання країв післяопераційної рани за допомогою лазерного скальпеля ЛСП «ІРЭ-Полус»; група С (основна, n = 39) – електрозварювання країв рани за допомогою апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед» [3].

Отримані дані у вигляді цифрових показників обробляли методом математичної статистики. Для цього використовували персональний комп'ютер на базі процесора AMDthlon і пакет прикладних програм Excel 2007 ОС Windows XP. У тих випадках, коли розподіл був наближений до нормального, результати представлялись у вигляді  $X + S$ , де  $X$  – вибіркове середнє і  $S$  – стандартна похибка середнього. Необхідний рівень статистичної значущості при перевірці нульової гіпотези приймали за 0,05.

### Результати

Частота клінічних симптомів у пацієнтів груп дослідження в різні строки післяопераційного періоду представлена в таблиці.

У результаті проведених досліджень встановлено, що в першу післяопераційну добу пацієнти вказували на помірний і сильний біль у ділянці післяопераційної рани. При цьому на помірний біль скаржились найбільше хворі групи С (основна) – 74,36 % при максимальній кількості скарг (32,14 %) на сильний біль у осіб групи В (2-а контрольна). Водночас помірно виражена гіперемія слизової оболонки коливалася з частотою 71,43 % в осіб групи В (2-а контрольна) до 75,0 % – у оглянутих групи А (1-а контрольна). Присутність виразної гіперемії частіше визначали у хворих групи В – 28,57 % досліджуваних. Звергало на себе увагу те, що помірний набряк та асиметрію обличчя об'єктивізували у від 48,72 % хворих групи С до 65,0 % осіб групи А при відсутності виразного набряку у прооперованих усіх груп дослідження в даний строк спостережень. Рухомість зубів у ділянці цистектомії відзначали від 58,97 % осіб групи С (основна) до 40,0 % хворих у групі А (1-а контрольна). Розходження швів у даний строк дослідження не спостерігали.

На третю післяопераційну добу на помірний біль у ділянці цистектомії вказували від 60,0 % хворих групи А, в яких застосовували традиційну методику ушивання рани, до 69,23 % хворих групи С, яким проводили електрозварювання тканин. На сильний біль скаржилась максимальна кількість хворих групи А (40,0 %) при 20,51 % осіб з даним симптомом у групі С. Звергало на себе увагу те, що 4 пацієнти (10,26 %) основної групи (група С) не відчували присутності болю в післяопераційній ділянці. Максимальна кількість хворих з виразною гіперемією слизової в ділянці цистектомії була у групі А – 45,0 %, при найменшій кількості досліджуваних – у групі С – 20,51 %. При цьому в 10,26 % оглянутих основної групи клінічний симптом «гіперемія» був відсутній. У даний строк спостереження виразний набряк досліджували у 60,0 % осіб групи А, в яких застосовували традиційні методики ушивання післяопераційної рани; у 25,0 % хворих групи В, яким для апроксимування рани використовували лазерну технологію та у 15,38 % прооперованих групи С, яким краї післяопераційної рани зварювали за допомогою апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед». Водночас у 3-х осіб (7,69 %) основної групи С набряк не спостерігали. У даний строк дослідження асиметрія обличчя частіше зустрічалась у пацієнтів групи А й В – 75,0 і 57,14 % відповідно проти 41,63 % досліджуваних групи С. Частота рухомості зубів у ділянці цистектомії була найвищою у хворих групи В (53,57 %) та А (50,0 %) проти 46,15 % пацієнтів основної групи. Розходження швів у даний строк спостереження не відзначали.

На 5-у післяопераційну добу спостерігали зменшення частоти негативних клінічних симптомів у хворих груп дослідження. Так, у хворих групи А (1-а контрольна) 25 % досліджуваних вказували на сильні больові відчуття в ділянці цистектомії проти 10 % осіб з відсутністю больового симптому. У групі В (2-а контрольна) на сильний біль вказували 21,43 % прооперованих, але у 14,28 % хворих больові відчуття були відсутні. У пацієнтів групи С (основна група) біль був відсутній у 20,51 % прооперованих проти 10,26 % осіб з виразними больовими відчуттями.

У даний строк спостереження частота клінічного симптому «виразна гіперемія» коливалася від 15 % у прооперованих групи А до 5,13 % у хворих групи С. Найменшу кількість хворих з відсутністю гіперемії об'єктивізували у групі В – 17,86 % при найбільшій кількості пролікованих в основній групі С – 41,03 %. У даний строк спостережень сильний набряк залишався у 3-х осіб (15,0 %) групи А та у 2 хворих (7,14 %) групи В при відсутності даного клінічного симптому у прооперованих основної групи С. Відсутність асиметрії обличчя об'єктивізували у від 45,0 % пацієнтів 1-ї контрольної групи А до 79,49 % прооперованих основної групи С. Рухомість зубів у ділянці цистектомії не діагностували у від 35,0 % оглянутих групи А до 64,29 та 74,36 % хворих групи В й С відповідно. Однак у даний строк спостереження в одного хворого (5,0 %) групи А,

у 3-х осіб (10,71 %) групи В та в одного пацієнта (2,56 %) групи С було виявлено розходження швів, що слугувало приводом для їх виключення з подальшого дослідження. На 7-у добу спостережень виразні клінічні ознаки післяопераційного втручання були відсутні у хворих усіх груп дослідження. При цьому відсутність болю відзначали від 52,63 % осіб групи А до 80,0 і 92,11 % пацієнтів груп В й С відповідно. Відсут-

ність гіперемії коливалась від 57,89 % у пролікованих групи А до 84,0 і 94,74 % у пацієнтів груп В й С. Частота відсутності набряку була мінімальною у прооперованих групи А – 52,63 % осіб, при максимальній кількості 78,95 % – у пацієнтів групи С.

Асиметрію обличчя не спостерігали у хворих групи С і в 92,0 % прооперованих групи В та у 89,47 % осіб групи А. Відсутність рухомості зубів діагностували

Таблиця

**Частота клінічних симптомів у хворих груп дослідження в різні післяопераційні строки спостереження**

Групи дослідження	Біль			Гіперемія			Набряк			Асиметрія обличчя		Рухомість зубів біля ділянки цистектомії		Розходження швів	
	слабо виразна	слабо виразна	відсутня	слабо виразна	виразна	відсутня	слабо виразний	виразний	відсутній	присутня	відсутня	присутня	відсутня	присутнє	відсутнє
1-а післяопераційна доба															
Група А (n = 20)	$\frac{14}{70}$		–	$\frac{15}{75}$		–	$\frac{13}{65}$	–		$\frac{13}{65}$			$\frac{12}{60}$	–	$\frac{20}{100}$
Група В (n = 28)	$\frac{19}{67,86}$		–	$\frac{20}{71,43}$		–	$\frac{18}{64,29}$	–	$\frac{10}{35,71}$	$\frac{18}{64,29}$	$\frac{10}{35,71}$	$\frac{13}{46,43}$	$\frac{15}{53,57}$	–	$\frac{28}{100}$
Група С (n = 39)	$\frac{29}{74,36}$	$\frac{10}{25,64}$	–	$\frac{29}{74,36}$	$\frac{10}{25,64}$	–	$\frac{19}{48,72}$	–	$\frac{20}{51,28}$	$\frac{19}{48,72}$	$\frac{20}{51,28}$	$\frac{23}{58,97}$	$\frac{16}{41,03}$	–	$\frac{39}{100}$
3-я післяопераційна доба															
Група А (n = 20)	$\frac{12}{60}$		–	$\frac{11}{55}$		–		$\frac{12}{60}$	–	$\frac{15}{75}$		$\frac{10}{50}$	$\frac{10}{50}$	–	$\frac{20}{100}$
Група В (n = 28)	$\frac{17}{60,71}$	$\frac{11}{39,29}$	–	$\frac{20}{71,43}$		–	$\frac{21}{75}$	–		$\frac{16}{57,14}$	$\frac{12}{42,86}$	$\frac{15}{53,57}$	$\frac{13}{46,43}$	–	$\frac{28}{100}$
Група С (n = 39)	$\frac{27}{69,23}$			$\frac{27}{69,23}$			$\frac{30}{76,92}$			$\frac{16}{41,63}$	$\frac{23}{58,97}$	$\frac{18}{46,15}$	$\frac{21}{53,85}$	–	$\frac{39}{100}$
5-а післяопераційна доба															
Група А (n = 20)	$\frac{13}{65}$			$\frac{13}{65}$			$\frac{12}{60}$			$\frac{11}{55}$		$\frac{18}{65}$			$\frac{19}{95}$
Група В (n = 28)	$\frac{18}{64,29}$			$\frac{19}{67,86}$			$\frac{20}{71,43}$				$\frac{20}{71,43}$	$\frac{10}{35,71}$	$\frac{18}{64,29}$		$\frac{25}{89,29}$
Група С (n = 39)	$\frac{27}{69,23}$			$\frac{21}{53,85}$		$\frac{16}{41,03}$	$\frac{28}{71,79}$	–	$\frac{11}{28,21}$		$\frac{31}{79,49}$	$\frac{10}{25,64}$	$\frac{29}{74,36}$		$\frac{38}{97,44}$
7-а післяопераційна доба															
Група А (n = 19)		–	$\frac{10}{52,63}$		–	$\frac{11}{57,89}$		–	$\frac{10}{52,63}$		$\frac{17}{89,47}$		$\frac{13}{68,42}$	–	$\frac{19}{100}$
Група В (n = 25)		–	$\frac{20}{80}$		–	$\frac{21}{84}$	$\frac{13}{52}$	–	$\frac{12}{48}$		$\frac{23}{92}$		$\frac{22}{88}$	–	$\frac{25}{100}$
Група С (n = 38)		–	$\frac{35}{92,11}$		–	$\frac{36}{94,74}$		–	$\frac{30}{78,95}$	–	$\frac{38}{100}$		$\frac{35}{92,11}$	–	$\frac{38}{100}$
14-а післяопераційна доба															
Група А (n = 19)		–	$\frac{18}{94,74}$		–	$\frac{18}{94,74}$		–	$\frac{18}{94,74}$	–	$\frac{19}{100}$		$\frac{16}{84,21}$	–	$\frac{19}{100}$
Група В (n = 25)		–	$\frac{23}{92}$		–	$\frac{23}{92}$		–	$\frac{23}{92}$	–	$\frac{25}{100}$		$\frac{24}{96}$	–	$\frac{25}{100}$
Група С (n = 38)	–	–	$\frac{38}{100}$	–	–	$\frac{38}{100}$	–	–	$\frac{38}{100}$	–	$\frac{38}{100}$	–	–	–	$\frac{38}{100}$

в середньому в 1,3 разу у меншій кількості хворих групи А, ніж у представників груп В й С. Розходження швів у даний строк спостереження у прооперованих пацієнтів не визначали.

На 14 добу післяопераційного періоду в осіб групи С, яким проводили зварювання країв рани за допомогою апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед», клінічні симптоми після цистектомії були повністю відсутні. У той же час слабо виражену гіперемію, біль, набряк визначали у 5,26 %, а рухомість зубів у ділянці цистектомії у 15,79 % пролікованих групи А, яким ушивання країв рани проводили з використанням шовного матеріалу «Вікріл». Звертало на себе увагу те, що в осіб групи В, де краї післяопераційної рани зварювали за допомогою лазерних технологій, у 8,0 % прооперованих визначали біль, набряк, гіперемію й у 4,0 % пацієнтів – рухомість зубів у післяопераційній ділянці.

За допомогою лазерної термометрії встановлено температурні показники на поверхні слизової передньої складки у проекції верхівок коренів у нормі на протилежному боці від ділянки цистектомії, середнє значення яких становило  $36,6 \pm 0,72^\circ\text{C}$  (рис.).

Установлено, що в першу післяопераційну добу значення температурних параметрів зростали у групах В й С відносно нормативних в 1,08 разу в середньому,  $p < 0,05$ . При цьому у групі А, де застосовували методику ушивання рани «Вікріл», температурний показник  $38,3 \pm 0,87^\circ\text{C}$  не відрізнявся статистичною значущістю від нормативних даних,  $p > 0,05$ .

На третю добу дослідження відзначали вірогідне зростання температурних показників у групах А й В відносно референтних значень: на  $4,0^\circ\text{C}$ ,  $p < 0,01$ ; та на  $3,2^\circ\text{C}$ ,  $p < 0,05$  відповідно. У прооперованих хворих групи С, яким проводили зварювання країв рани апаратом ЕКВЗ-300 «Патонмед», значення параметра, який вивчали, знижувалось відносно даних попереднього строку дослідження, але залишалось на  $1,6^\circ\text{C}$  вище нормативних,  $p > 0,05$ .

На 5 добу післяопераційного періоду температурні параметри у хворих груп дослідження істотно знижувались, але залишались вище відносно нормативних: на  $1,4^\circ\text{C}$  – у групі А, де застосовували традиційні методи ушивання країв рани; на  $1,6^\circ\text{C}$  – у групі В, у хворих якої для зварювання країв рани застосовували

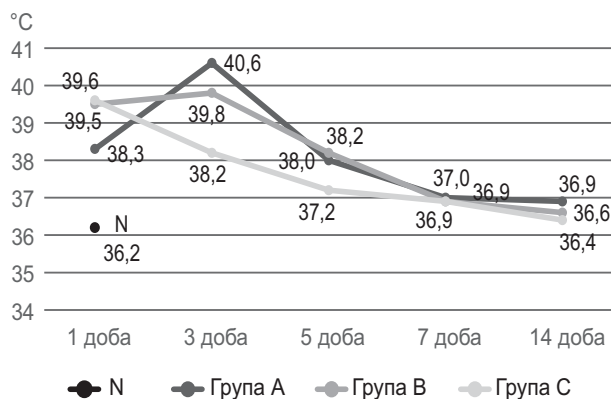


Рис. Динаміка значень лазерної термометрії у хворих груп дослідження в різні строки спостереження.

лазерну технологію; на  $0,6^\circ\text{C}$  – у групі С при використанні апарата ЕКВЗ-300 «Патонмед»,  $p > 0,05$ .

На 7–14-у добу післяопераційного періоду відзначали подальше зниження й повну нормалізацію температурних показників після цистектомії,  $p > 0,05$ .

## Висновки

Установлено, що при застосуванні електрозварювальних технологій клінічні симптоми після цистектомії (біль, гіперемія, набряк, асиметричність обличчя, рухомість зубів у ділянці цистектомії, розходження швів) на 14 добу спостережень не об'єктивізували проти 5,26 % пролікованих зі слабо вираженою гіперемією, болем, набряком, у 15,79 % осіб з рухомістю зубів у ділянці цистектомії при ушиванні післяопераційної рани шовним матеріалом «Вікріл» та у 8,0 % осіб з болем, набряком, гіперемією СОПР і в 4,0 % пацієнтів з рухомістю зубів у ділянці цистектомії при апроксимації країв рани за допомогою лазерних технологій.

Використання запропонованої методики апроксимації країв післяопераційних ран за допомогою електрозварювання при хірургічному лікуванні одонтогенних кіст мінімізує операційну травму, спрощує і скорочує тривалість операції більше ніж у 2,0 разу, попереджає розвиток ускладнень і сприяє менш вираженій клінічній симптоматиці у порівнянні з іншими методиками (шовний матеріал, лазерні технології), що застосовуються для з'єднання країв післяопераційних ран.

## ПОСИЛАННЯ

- Belousov A.E. Rubtsy kak globalnaia problema plastycheskoi khyrurhyy // Annaly plastycheskoi, rekonstruktyvnoi y zsetycheskoi khyrurhyy. – 2004; 4: 41–2.
- Bukhanchenko O.P. Dyferentsiina diahnozyka patolohichnykh rubtsiv shkiry, shcho lokalizovani v riznykh diliankakh holovy ta shyi [dyseratsiia]. – Poltava; 2020. – 205 s.
- Vazyna A.A., Lanyna N.F., Marynskyi H.V., Podpriatov S.E., Hychka S.H., Chernets A.V. y dr. Vliyanye vysokochastotnoi elektrokhyrurhycheskoi svarky na funktsionalniu ustoiychivost struktury byolohycheskykh tkanei. V: Yvanova O.N., redaktor. Materyaly shestoho mezhdunar. semynara «Svarka miahykkykh zhyvykh tkanei. Sovremennoe sostoianye y perspektivy razvytyia; 2011, dek. 2–3; Kyev. – Kyev: YZS ym. E.O. Patona; 2011, s. 53.
- Handyljan K.S., Karpov S.M., Romanenko Y.P., Karakov K.H., Zelenskyi V.A., Porfyryadys M.P. y dr. Ostrye odonohennnye vospalytelnye zaboveryania, varyanty techeniya razlychnykh klynycheskykh form // Medytsynskyi vestnyk Severnogo Kavkaza. – 2015; 4: 394–8.
- Markevych V.F., Khutorianskyi M.O., Vilchaniuk O.O. Morfolohichnyi ta morfometrychnyi analiz reaktcii tkanyi na implantatsiiu riznykh vydiv shovnoho materialu // Ukrainskyi morfolohichnyi almanakh. – 2013; 11 (4): 44–9.

6. Panyan A.M., Kym L.E., Yurkevych R.Y. Khyrurhycheskaia reabyltatsiia patsyentov s radykuliarnymy kystamy cheliusteï // Pallyatyvnaia medytsyna y reabyltatsiia. – 2015; 1: 28–31.
7. Podpriatov S.Ie., Hychka S.H., Podpriatov S.S., Marynskyi H.S., Tkachenko V.A., Chernets O.V. Struktura elektrovarnogo shva yak osnova novoho rozvytku khirurhii // Klinichna khirurhiia.
8. Soloveva E.P., Muslymov S.A., Musyna L.A., Lebedeva A.Y. Reaktsiia na allohennyi y syntetycheskyi shovnyi materyaly: rezultaty morfolohycheskoho yssledovaniia // Medytsynskyi vestnyk Bashkortostana. – 2014; 9 (5): 90–1.
9. Stoian E.Iu., Denysova E.H., Sokolova Y.Y. Tsystaktomyia – sovremennye aspekty problemy // Visnyk stomatolohii. – 2018; 2: 50–4.
10. Bourdel N., Chauvet P., Roman H., Pereira B., Somcutian O., Dechelotte P.J. et al. Comparison between resection, bipolar coagulation and Plasmajet®: A preliminary animal study // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2017; 211: 127–33. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.02.004 (Porivniannia mizh rezektsiieiu, bipolarnoiu koahuliatysieiu ta ta Plasmajet®).
11. Convissar R.A. Laser Dentistry in 2020: Technology Excels While Training Has Flaws // Compend. Contin. Educ. Dent. – 2020; 41 (1): 50–3.
12. Dostalova T., Jelinkova H. Laser in dentistry: overview and perspectives // Photomed. Laser Surg. – 2013; 31 (4): 147–9. doi: 10.1089/pho.2013.3493.
13. Dragovic M., Pejovic M., Stepic J., Colic S., Dozic B., Dragovic S. et al. Comparison of four different suture materials in respect to oral wound healing, microbial colonization, tissue reaction and clinical features-randomized clinical study // Clin. Oral. Investig. – 2020; 24 (4): 1527–41. doi: 10.1007/s00784-019-03034-4.
4. Hong B., Winkel A., Ertl P., Stumpp S.N., Schwabe K., Stiesch M. et al. Bacterial colonisation of suture material after routine neurosurgical procedures: relevance for wound infection // Acta Neurochir. (Wien). – 2018; 160 (3): 497–503. doi: 10.1007/s00701-017-3404-9.
15. Kammer P.V., Mello F.W., Rivero E.R.C. Comparative analysis between developmental and inflammatory odontogenic cysts: retrospective study and literature review // Oral Maxillofac. Surg. – 2020; 24 (1): 73–84. doi: 10.1007/s10006-019-00816-8.

### Динамика клинических показателей после цистэктомии с использованием электросварки краев прооперированного участка у пациентов с одонтогенными кистами челюстей

*С.И. Чепишко, Е.А. Максимов*

**Цель.** Оценить эффективность предлагаемого метода цистэктомии с использованием электросварки на основе полученных клинических и биохимических показателей.

**Материалы и методы.** Цистэктомию выполняли 87 пациентам: 20 пациентов – 1-я контрольная группа (классический хирургический метод), 28 пациентов – 2-я контрольная группа (цистэктомия с использованием лазерных технологий) и 39 пациентов – основная группа (цистэктомия с использованием электросварки).

**Результаты.** Применение электросварочной технологии во время цистэктомии позволило сократить и облегчить послеоперационный период у пациентов основной группы до 5 суток в отличие от пациентов других групп, у которых симптоматика воспаления и болевой синдром наблюдали до 14-и суток.

**Выводы.** Использование электросварки тканей при цистэктомии в полости рта позволило достичь стерильности прооперированного участка, сократить время вмешательства и за счет отсутствия чужеродных тел в ране сократить и облегчить послеоперационную реабилитацию пациентов.

**Ключевые слова:** одонтогенная киста, цистэктомия, электросварка тканей, послеоперационные осложнения.

### Dynamics of clinical parameters after cystectomy using electric welding of the edges of the operated area in patients with odontogenic cysts of the jaws

*S. Chepyshko, O. Maksymiv*

**Goal.** To evaluate the effectiveness of the proposed method of cystectomy using electric welding on the basis of the obtained clinical and biochemical parameters.

**Materials and methods.** Cystectomy was performed in 87 patients: 20 patients – 1 control group (classical surgical method), 28 patients – 2 control groups (cystectomy using laser technology) and 39 patients – the main group (cystectomy using electric welding).

**Results.** The use of electric welding technology during cystectomy allowed to reduce and facilitate the postoperative period in patients of the main group up to 5 days in contrast to patients in other groups, in which symptoms of inflammation and pain were observed up to 14 days.

**Conclusions.** The use of electric welding of tissues during cystectomy in the oral cavity allowed to achieve sterility of the operated area, reduce the intervention time, and due to the absence of foreign bodies in the wound to reduce and facilitate postoperative rehabilitation of patients.

**Key words:** odontogenic cyst, cystectomy, electric welding of tissues, postoperative complications.

**Чепишко Світлана Іллівна** – завідувач стоматологічного відділення навчально-лікувального центру «Університетська клініка», Буковинський державний медичний університет.

**Адреса:** 58000, м. Чернівці, Театральна, 2. **Тел.:** (095) 392-21-35. **E-mail:** chepysko-s@ukr.net. **ORCID ID:** 0000-0001-7008-0622.

**Максимів Олег Олександрович** – канд. мед. наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології,

директор навчально-лікувального центру «Університетська клініка», Буковинський державний медичний університет.

**Адреса:** 58000, м. Чернівці, Театральна, 2. **Тел.:** (067) 757-54-80. **E-mail:** maksymivoleg@ukr.net. **ORCID ID:** 0000-0003-4975-7031.



## ПРОСТОЙ. НАДЁЖНЫЙ. ПРОЧНЕЙШАЯ ФИКСАЦИЯ.

**Мерон – стеклоиономерный цемент для постоянной фиксации любых ортопедических конструкций**

- Простота работы: не надо протравки и адгезива
- Превосходные показатели адгезии к дентину и эмали
- Малая толщина адгезивной плёнки
- Выделение защитных фторидов
- Обладает прозрачностью необходимой для фиксации цельнокерамических коронок и мостов



**Официальные дистрибьюторы в Украине:**

Дентал депо Украина · Меридиан ·  
Вершина Дент · Оксия · Стамил · Усмішка

# Meron

