



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28311 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 5/03МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ВИГОТОВЛЕННЯ МОДЕЛІ ТРАВМАТИЧНОГО СІАЛОАДЕНІТУ ПІДЩЕЛЕПНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) u200705666

(22) 22.05.2007

(24) 10.12.2007

(72) ЧУЛАК ЛЕОНІД ДМИТРОВИЧ, UA,  
ЗАЛЕВСЬКА ВАЛЕНТИНА АНАНІЙВНА, UA,  
ШУТУРМІНСЬКИЙ ВІТАЛІЙ ГРИГОРОВИЧ, UA,  
ЧУЛАК ОЛЬГА ЛЕОНІДІВНА, UA, ЧУЛАК ЮЛІА  
ЛЕОНІДІВНА, UA

(73) ЗАЛЕВСЬКА ВАЛЕНТИНА АНАНІЙВНА, UA

(56)

(57) Спосіб виготовлення моделі травматичного сіалоаденіту нижньощелепної залози, що полягає у травмуванні під ефірним наркозом протоки залози у паціюка, який **відрізняється** тим, що плоским анатомічним пінцетом протягом 3-4 хвилин подразнюють (стискають та розтискають поперемінно) вивідну протоку підщелепної слинної залози 1 раз на добу протягом 1 місяця.

Корисна модель належить до медицини, а саме до стоматології, і може бути використана у наукових дослідженнях, направлених на вдосконалення методів стоматологічного лікування сіалоаденітів.

Значна кількість осіб, які використовують знімні протези, страждають на травматичний сіалоаденіт. Причиною цього захворювання є особливості анатомічної будови нижньої щелепи, підщелепної слинної залози та її протоків [1]. Захворювання викликається зубними протезами, у виготовленні яких не враховуються вказані анатомічні особливості.

Вивченню цієї проблеми присвячено дуже мало наукових робіт. Навіть введення наукового терміну «травматичний сіалоаденіт» було зроблено в стоматологію досить недавно [2].

Існуючі моделі сіалоаденітів [3, 4, 5, 6] для експериментальних досліджень не повно розкривають патогенетичні та етіологічні особливості протікання захворювання.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є модель obturaційного субмаксиліту [7]. Модель полягає у наступному. У паціюка під ефірним наркозом робили розтин шкіри по середній лінії шиї від підборіддя до грудни. Відсепаровували ніжку піднижньощелепної залози, підводили під неї лігатуру так, щоб не захопити судинний нервовий пучок і перев'язували протоки. При необхідності отримати двосторонній субмаксиліт перев'язували протоки другої піднижньощелепної залози. Через декілька годин після перев'язування спостерігається набряк залози, вона набуває синюшного відтінку. Гістологічні дослідження показують, що на 3-ю

добу спостерігаються вогнища крововиливів, проліферація клітин проміжної, сполучної тканини між дольками залози, ділянки некрозу і інфільтрація по ходу вивідних протоків. Через тиждень і в подальші терміни ділянки некрозу залози починають заміщатися сполучною тканиною.

Однак, отриманий таким чином сіалоаденіт розвивається досить швидко (3 доби) та моделює повну obturaцію протоки (її перев'язка). Крім того, метод потребує операційного втручання, що змінює характер захворювання. Процеси, що розвиваються в тканинах самої протоки виключаються із дослідження. Саме тому дана модель не дозволяє повно та максимально приблизити до клінічної картини, оцінити застосоване лікування захворювання та проводити його вивчення.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення моделі травматичного сіалоаденіту піднижньощелепної слинної залози шляхом розробки причинно близького методу подразнення протоки залози.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, у паціюка під ефірним наркозом плоским анатомічним пінцетом протягом 3-4 хвилин подразнювали (стискали та розтискали по перемінно) вивідну протоку підщелепної слинної залози 1 раз на добу протягом 1 місяця. В результаті через 30 діб розвивалися стійкі рубцеві запальні зміни вивідної протоки підщелепної слинної залози. При необхідності моделювання двостороннього травматичного сіалоаденіту піднижньощелепної залози процедуру виконували на обох залозах одночасно.

(13) U  
(11) 28311  
(19) UA

При застосуванні даної моделі максимально точно відтворюється етіологічний момент травматичного сіалоаденіту - хронічне незначне травмування протоки залози зубним протезом. Розвиток змін у залозі проходить через рубцеві зміни в тканинах протоки залози, що максимально близьке до патогенезу захворювання.

У порівнянні з прототипом, запропоноване технічне рішення дозволяє отримати досить просту у виконанні, яка не потребує оперативного втручання, на тварині модель травматичного сіалоаденіту піднижньощелепної залози що, в свою чергу, дозволить підвищити вірогідність наступних експериментальних досліджень.

Література:

1. Заболевания и повреждения слюнных желез /И.Ф. Ромачева, Л.А. Юдин, В.В. Афанасьев, А.Я. Морозов. - М.: Медицина, 1987. - 240.
2. Клініка та лікування сіалоаденітів /Чулак Л.Д., Левицький А.П., Залевська В.А., Шутурмінський В.Г. - Чернівці: Прут, 2006 - 114с.
3. Worle E., Fuchs F. Verhalten des Transaminase - Amylase - und Kallikreingehaltes von Unterkieferspeicheldrüsen von Ratten nach Unterbindung des Ductus Whartom. - Z. Ges. Exp. Med., 1965, Bd 139. - S.460-467.
4. Tamarin A. Submaxillary gland recovery from obstruction 1. Overall changes and electron microscopic alterations of granular duct cells. - J. Ultrastruct. Res., 1971. - Vol.34. - N3-4. - P.276-287.
5. Shiba K., Hamada T., Kawakatsu K. Histochemical and electron microscopical studies on the effect of duct ligation of rat salivary glands. - Arch.Oral Biol., 1972, Vol.17. - N2. - P.299-309.
6. Donath K., Hirsch-Hoffmann H.U., Seifert G. Zur Pathogenese der Parotis-atrophie nach experimenteller Gangunterbindung. Ultrastrukturelle Befunde am Drüsenparenchym der Ratten parotis. -
7. Коваленко А.Ф. Патогенез, клиника, диагностика и лечение заболеваний слюнных желез. - Автореф. дис. ...докт. мед. наук – Киев, 1982. - 41с.