

4-й Міжнародний імплантологічний конгрес



**СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ
В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ
ГАЛУЗІ**

27-28 січня 2012 року

Ужгород — 2012

На кафедрі терапевтичної стоматології ХНМУ звернулись шість пацієнтів (4 жінки і 2 чоловіків) зі скаргами на біль, втрату чутливості в ділянці нижньої губи, шкіри підборіддя, оніміння половини язика. Всім пацієнтам проводилося ендодонтичне лікування, давність виникнення ускладнень від двох днів до одного року.

При обстеженні у 5 хворих на панорамній рентгенограмі в просвіті нижньощелепного каналу (НЩК) в ділянці других моларів нижньої щелепи виявлені сторонні тіла роного об'єму, які утворені за рахунок виходу пломбувального матеріалу (ПМ) з КК за його верхівку. В одного пацієнта значалося випадіння поверхневої чутливості у половині язика на боці проведеної мандибулярної анестезії, а на бічній поверхні язика виявлена глибока травматична виразка, що утворилася через добу після стоматологічних втручань внаслідок прикушування через відсутність чутливості. З метою усунення компресії НАН хворим проведено консервативне лікування. За допомогою ультразвукового апарату (УЗ) «Мікорієзо S» (Італія) під рентгенконтролем, і використанням аікселокатора «Geosaff Det» (Росія) проведено видалення ПМ із КК причинних зубів.

Кількість проведених маніпуляцій залежала від давності захворювання. У двох пацієнтів з 2-х та 4-х денним терміном виникнення ускладнення ПМ із КК був видалений впродовж однієї процедури. Пацієнту з терміном компресії НАН два тижні процедуру завершили у два відвідування. Двома пацієнтам, термін компресії НАН у яких становив 8 місяців та один рік, видалення ПМ та допомогою УЗ проводили у три відвідування. Інтервал між відвідуваннями у всіх випадках склав 2-3 дні.

Пломбування КК проводили виключно під рентгенографічним контролем матеріалом на основі споксидних смол «Acroseal» («Septodont») і штафтами з гутапери методом латеральної конденсації. Всім пацієнтам призначали препарати: вітамінні («Нейронвітан»), ноотропі («Ноотропіл»), засоби, що поліпшують мікроциркуляцію («Трентал»), седативні («Ново-пасит»). Однотимчасно проводили електрофорез 10% розчину йодиду калію, лазеротерапію. Після

проведеного лікування протягом семи днів повністю зник біль, відновилася чутливість нижньої губи, ясен, шкіри підборіддя у 3-х хворих з коротким терміном компресії НАН при ТН НАН. У хворих з терміном давності ускладнення 8 місяців та один рік відзначена позитивна динаміка: зник біль, проте чутливість ураженої ділянки відновилася частково. При ТН ЯН чутливість язика остаточно відновилася на четверту добу, а больові симптоми зникли лише після загоєння травматичної виразки.

Таким чином, використані методики лікування ТН НАН, викликаного введенням ПМ в НЩК, і ТН ЯН виявилися ефективними. Успіх лікування ТН НАН залежав від давності виникнення ускладнення, точності ендодонтичних маніпуляцій з евакуації ПМ та його виду, а при ТН ЯН додатково- від терміну загоєння декубітальної виразки, яка погіршила перебіг захворювання.

Нові аспекти в лікуванні хронічних проліферативних процесів пародонту

Стоян О.Ю., Денисова О.Г., Соколова І.І.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології*

New aspects in the treatment of chronic proliferative processes periodontal

STOIAN O. J., DENISOVA O. G., SOKOLOVA I. I.

*The Kharkov national medical university
Department of dentistry*

Хронічні проліферативні запальні процеси пародонту представлені різними істологічними групами: це гіпертрофічний гінгівіт, хронічний пародонтит із симптоматичним гіпертрофічним гінгівітом (частіше при патології ендокринної системи), епуліді. Перераховані патологічні процеси, у своїй більшості, потребують комбінованого методу лікування: хірургічного та консервативного. Причому, не рідко виникають рецидиви захворювання. Тому вдосконалення лікувальної тактики залишається достатньо актуальним.

Мета роботи: Удосконалення методики лікування епуліди шляхом застосування комбінації лікарських засобів.

Матеріали та методи: Нами було обстежено та прооперовано 25 хворих віком від 45 до 60 років з пародонтитом різного ступеня важкості, які мали епуліді різної локалізації. Всі хворі напередодні операції пройшли необхідне клінічне обстеження, що є традиційним перед проведенням планових амбулаторних втручань. Також була виконана професійна гігієна порожнини рота. Всі пацієнти були поділені на 2 групи. В першій групі (10 хворих) проводилось традиційне лікування епуліди. У другій групі (15 хворих) – лікування епуліди проводилось за схемою, що пропонується. Видалені патологічні тканини підлягали обов'язковому гістологічному дослідженню.

Методика видалення епуліди полягала у його висіненні із нізкою під адекватною анестезією розчином артіфрину (1:100000). Під час оперативного втручання у всіх хворих спостерігалось оголення кореня зуба. Але не завжди є можливість традиційного закриття дефекту шляхом мобілізації слизово-надкосткового клаптя альвеолярного відростка. Тому у післяопераційному періоді для збереження зуба в зоні розростання та попередження розвитку рецидиву процесу нами була застосована методика комбінації двох лікарських засобів: препарату «Віготил» та губки «Альвостаз

№1». «Віготил» (Паб'яницький ФЗ Польфа, Польща) має гемостатичний ефект та прискорює регенерацію кліток епітелію. Особливістю препарату є його виключний вплив на патологічні тканини. Препарат «Альвостаз» (губка) є гемостатичним і містить у своєму складі волюформ, свтенол, тимол, лідокаїн, прополіс, кальцію фосфат, бутілбензол (Науково-комерційна фірма «Омега Дент», Росія). Препарат має протизапальну, знеболюючу та гемостатичну дію і поступово розсмоктується у рані.

Отримані результати показали, що при традиційному методі лікуванні у першій групі процеси регенерації наступають впродовж 7-10 днів. У деяких випадках було потрібно зняття швів на 5-7 добу, що викликало додаткові подразнення слизової оболонки. У трьох випадках виникла необхідність видалення тулубу у ділянці патологічного розростання.

При використанні у хворих другої групи в післяопераційному періоді запропонованої методики, загоювання рани та відновлення рельєфу всен відбувалось на 4-6 добу, при цьому хворі відмічали відсутність набряку, післяопераційного болю у зоні дефекту.

Таким чином, наш досвід використання комбінації двох лікарських засобів: препарату «Віготил» та губки «Альвостаз №1» має безперечні переваги, які полягають у скороченні післяопераційного періоду та відсутності побічних ефектів. Видалені результати через півроку не фіксували рецидивів захворювання.