

## **ВИКОРИСТАННЯ ОПЕРАЦІЙНОГО МІКРОСКОПА У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

***Звірянський В.М.***

**Науковий керівник: к.мед.н., ас. Геранін С.І.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Світ сучасної стоматології постійно розширює свої можливості та покращує роботу лікаря-стоматолога. Одним з ключових моментів сьогодення є використання збільшення операційного поля у практиці лікаря-стоматолога за допомогою різних приладів, зокрема операційного мікроскопа.

Використання оптики займає особливе місце на етапах сучасного підходу до лікування захворювань зубів, удосконалює та водночас полегшує виконання маніпуляцій, дозволяє досягти високих результатів.

Мета роботи: за допомогою порівняльної характеристики різних клінічних випадків, доказати ефективність використання операційного мікроскопа в практиці лікаря-стоматолога.

Візуалізація надає можливість виконувати маніпуляції точніше, зберегти більше інтактних тканин зуба, допомагає у пошуках прихованої анатомії кореневих каналів. Також, ми можемо реєструвати етапи у вигляді фото- та відеоматеріалу для обговорення деталей лікування з пацієнтом і динамічного спостереження за якістю своєї роботи.

Варто зазначити, що приділивши особливу увагу ергономіці використання операційного мікроскопа, ми можемо з впевненістю наголосити на збереженні фізичного здоров'я лікаря, адже ергономіка, взаємна, злагоджена робота з помічником лікаря-стоматолога, відображається на профілактиці професійних захворювань лікаря-стоматолога.

Таким чином, використання операційного мікроскопа при стоматологічних втручаннях дає збільшене відображення операційного поля, зберігає здоров'я лікарю-стоматологу.

## **ПЕРИІМПЛАНТИТ – ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ**

***Зуй М.С., Жупинська О.В., Коросташова М.А., Фаримець О.В.,  
Часник Т.М.***

**Наукові керівники: к.мед.н. Шевченко В.К., к.мед.н. Мельник В.Л.**

*Кафедра післядипломної підготовки лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

В практиці лікаря-стоматолога зустрічаються ускладнення після проведеної операції дентальної імплантації. Периімплантит – інфекційно-запальне захворювання, патологічний процес, який вражає м'які і тверді тканини в ділянці зубного імплантату, при прогресуванні веде до резорбції альвеолярної кістки. Найбільш розповсюдженим фактором даного захворювання є недотримання пацієнтом рекомендацій лікаря, не рете-

льна і нерегулярна гігієна порожнини рота, ігнорування профілактичних стоматологічних оглядів. До виникнення симптомів периімплантиту схильні особи, які страждають бруксизмом, захворюваннями пародонту, цукровим діабетом. Для здорових тканин навколо дентальних імплантатів характерна присутність бактеріальної мікрофлори - палички та грампозитивні коки (факультативні анаероби). Флора здорової ясеневої борозни навколо імплантату аналогічна флорі зубоясенневої борозни при наявності здорового пародонту. При периімплантиті склад мікрофлори змінюється, відзначається збільшення кількості грамнегативних анаеробних бактерій і мікрофлори, яка зустрічається при агресивному пародонтиті. Клінічний випадок з спостережень лікаря д.н. Маттіас Петтерссон свідчить про те, що при попаданні частинок титану з імплантату в навколишні тканини розвивається переімплантит. Проведені дослідження біологічного матеріалу пацієнтів з переімплантитами у порівнянні їх з результатами контрольної групи свідчать про те, що в учасників обох груп в тканинах поряд з імплантатом спостерігаються частинки металу, але тільки в групі периімплантиту виявили частинки саме титану. На думку автора високий вміст титану в тканинах, що оточують імплантат, може посилювати запалення, підвищуючи ризик відторгнення імплантату. В біоптатах тканин, що оточують імплантат, виявили дуже високу середню концентрацію титану – 98,7 мкг / г ( $p < 0.001$ ). У зразках тканин учасників контрольної групи рівень титану склав 1,2 мкг/г. Невірний вибір методу імплантації, неякісні імплантати, лікарські помилки також можуть спровокувати периімплантит. Симптоми захворювання найчастіше розвиваються вже на першому тижні після постановки титанового імплантату. Набряклість, гіперемія ясен навколо імплантату – перші ознаки периімплантиту. Інші симптоми при прогресуванні патологічного процесу включають кровоточивість ясен та біль, який іррадіює в сусідні ділянки, розростання ясен. На рентгенограмі - резорбція кісткової тканини різної інтенсивності.

Виникнення пародонтальних кишень, нориць, рухливість імплантату – симптоми більш пізнього периімплантиту. При цьому страждає загальний стан пацієнта – слабкість, нездужання, головний біль, гострий підщелепний лімфаденіт, підвищення температури тіла.

Розрізняють стадії патологічного процесу:

I стадія – зменшення кісткової тканини в горизонтальному напрямку незначне.

II стадія – зниження висоти альвеолярної кістки, виникнення вертикального дефекту в області з'єднання імплантату і кістки.

III стадія – зменшення висоти альвеолярної кістки і утворення вертикального дефекту вздовж усього імплантату.

IV стадія – повна резорбція альвеолярного відростка навколо імплантату.

Вже після збору анамнезу та стоматологічного огляду можна запідозрити переімплантит - набряклість, гіперемія і навіть цианотичність ясен біля імплантату. В більш ніж в 90% випадків періімплантит виникає як наслідок помилок лікарів (хірурга-імплантолога, стоматолога-ортопеда, зубного техника). Вони пов'язані з :

- 1 - недостатнім обстеженням пацієнта та з поганою підготовкою порожнини рота пацієнта до операції,
- 2 - помилками при плануванні імплантації,
- 3 - недотримання імплантологом хірургічного протоколу операції,
- 4 - помилками при протезуванні.

Своєчасне і правильно підібране лікування здатне зберегти імплантат і запобігти руйнуванню альвеолярної кістки. План лікування визначає лікар, враховуючи стадію і причини періімплантиту, стан пацієнта, наявність ускладнень. Лікування даного захворювання найчастіше поєднує в собі консервативні(хелботерапія) та хірургічні методи (повторна імплантація) і

передбачає наступні етапи:

1. Професійну гігієну ротової порожнини з очищенням пародонтальних кишень, ретельне видаленням м'яких і твердих зубних відкладень.
2. Хірургічна санація ділянки запалення – розтин гнійників, кюретаж кісткових кишень, видалення грануляційної тканини.
3. Кісткова пластика з використанням остеопластичного матеріалу та бар'єрних мембран.
4. Антимікробна терапія, антисептичні засоби.

Отже, комплексний підхід в дентальній імплантації, профілактика причинних факторів (шкідливі звички, стоматологічна патологія, бруксизм, імунні порушення) – запорука успішного лікування без ускладнень.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ВІТІЛІГО УЛЬТРАФІОЛЕТОВИМ ВИПРОМІНЮВАННЯМ** **Ігнатенко А.В.**

**Наукові керівники: д.мед.н., проф. Дудченко М.О.,  
к.мед.н., доц. Васильєва К.В.**

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з  
шкірними та венеричними хворобами  
Українська медична стоматологічна академія*

Вітіліго – це захворювання, пов'язане з вогнищевою втратою пігменту на будь-якій ділянці шкіри. Виникнення захворювання пояснюють як спадкову патологію з аутосомно- рецесивним типом успадкування. Шкіра у вогнищах уражень дуже чутлива до ультрафіолетових променів. Повне одужання від вітіліго – майже неможливо, проте в окремих випадках буває можливим отримати поліпшення із застосуванням поєднання опромінення сонячним світлом або кварцовою лампою.