

Недоліки ендодонтичної терапії в одне відвідування: неможливість повністю висушити кореневий канал; недолік часу для повного завершення процедури; збільшене навантаження на мускулатуру скронево-нижньощелепного суглоба; сильний психологічний стрес у пацієнта, який пов'язаний з подовженням прийому.

Проведення ендодонтичного лікування за одне відвідування позбавляє пацієнта від лишнього страху, скорочує час лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПРОСТОГО ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ РІЗЦІВ ВІТАЛЬНИМ МЕТОДОМ З РЕСТАВРАЦІЄЮ

Точилін М.В., Баратинський П.П.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шинкевич В.І.,

к.мед.н., доц. Удальцова-Гродзинська К.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Сучасна тенденція високотехнологічного лікування тимчасових зубів – досягнення високих естетичних результатів як для постійних, включаючи ендодонтію та реставрацію. Переважним методом лікування хронічного простого пульпіту тимчасових зубів у педіатричній стоматології є ампутація або пульпотомія (щоб уникнути складної роботи у корневих каналах). Але прогноз при використанні різних матеріалів для прямого покриття пульпи дуже різниться. Прогноз для реставрації цих зубів, відповідно, пов'язаний з ендодонтичним.

Мета роботи: аналіз тематичної літератури та клінічного випадку лікування хронічного простого пульпіту верхніх тимчасових різців з їх прямою реставрацією у пацієнта 3,5 років, шляхом спостереження протягом 3 років, для вирішення питання про оптимальний метод.

Для тематичного аналізу літератури використано базу даних Академія Google.

Клінічний випадок полягав у лікуванні хронічного простого пульпіту верхніх тимчасових різців, зруйнованих карієсом більше ніж на $\frac{1}{2}$ коронки, методом вітальної ампутації, під місцевою анестезією, чому сприяла висока кооперація з дитиною і наполегливе побажання батьків. Факторами ризику карієсу у пацієнта були дистальний прикус і глибоке перекриття у фронтальній ділянці. Після ампутації пульпи в устьовій частині і спонтанного гемостазу, для прямого покриття культі використано МТА (Триоксидент, Владміва), який перекрито ізолюючим лайном Джен-Лайн ЛЦФ (Джендентал, Україна), і реставрацією за допомогою стріп-коронки. Через півроку в одному з центральних різців розвинулося загострення хронічного періодонтиту, і випала реставрація з латерального, що призвело до повторного ендодонтичного лікування і нової реставрації. Через 4 місяці дитина отримала травму центральних різців з повним відламом коронки одного і, через місяць, з розвитком загострення хронічного періодонтиту іншого

зуба, і відповідно, до повторного лікування. Загалом протягом 3х років відвідують стоматолога кожні 4-6 місяців: підтримують пломби в устьових частинах зубів, більше не відновлюючи реставрацій, у латеральних різцях періодонтит не розвинувся. Тобто Триоксидент дав тривалий ефект у 50%, при цьому забарвив зуби у сірий колір.

Висновки. 1. Необхідно використовувати більш надійні препарати для вітальної ампутації тимчасових різців, наприклад, формокрезол (98% успіху протягом до 5 років спостереження, на відміну від Триоксиденту – успіх 15-23% протягом 3 років). 2. Не залежно від використаних технік лікування пульпіту, тимчасові зуби мають зумовленість до розвитку періодонтиту внаслідок додаткових каналців/відгалужень, широких апексів, теоретичної неможливості використання стабільних силерів, що не дає досягти герметизму апексів. 3. Недосконалість ендодонтії тимчасових різців, а також фактори ризику карієсу, які не завжди можливо усунути, різко обмежують довговічність реставрацій тимчасових різців.

DEMODEX-АСОЦІЙОВАНІ ДЕРМАТОЗИ

Філоненко Г.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Дудченко М.О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними

та венеричними хворобами

Українська медична стоматологічна академія

Папулопустулезні дерматози, основною локалізацією яких є шкіра обличчя (акне, розацеа, періоральний дерматит, себорейний дерматит), залишаються актуальною проблемою в дерматовенерології. Серед різних причин виникнення цих захворювань певна роль відводиться паразитарній теорії. Відповідно до неї, формування папул і пустул на шкірі обличчя сприяє кліщ-железниця (*Demodex*).

Мета. Вивчення клінічних особливостей прояву демодекс-асоційованих дерматозів обличчя, а також оцінка ефективності протипаразитарних місцевих засобів у пацієнтів з лабораторним підтвердженням наявності кліщів роду *Demodex*.

Під спостереженням перебувало 60 пацієнтів (20 чоловіків і 40 жінка) у віці від 18 до 70 років з діагнозами: розацеа - 16, себорейний дерматит - 20, періоральний дерматит - 12, акне - 12. Для дослідження підбиралися пацієнти з тривалістю захворювання понад 2 місяців і з переважною локалізацією висипань на обличчі.

Всі пацієнти отримували комплексну загальну терапію відповідно до загальноприйнятих стандартів лікування розацеа, акне, периорального дерматиту, себорейного дерматиту і з урахуванням супутніх загальносоматичних захворювань. Місцева терапія пацієнтів включала призначення препаратів, що включають метронідазол (гель, крем, шампунь) або азе-