

2. Дев'яткіна Т.О., Слабухіна В.А., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю., Чечотіна С.Ю. Лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням мазі альтанової. Інформаційний листок про нововведення в системі охорони здоров'я. – Харків: ХЦНТЕІ, 2004. – № 53. – 2с.
3. Петрушанко Т.О., Дев'яткіна Т.О., Литовченко І.Ю., Іленко Н.М., Ніколішина Е.В., Марченко А.В., Чечотіна С.Ю. Спосіб лікування десквamatивного глоситу при патології шлунково-кишкового тракту. Інформаційний листок про нововведення в сфері охорони здоров'я. – К.: Укрмедпатентінформ, 2020. – №33. – 3 с.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИКА ЦИТЕАЛ В ЕНДОДОНТІЇ

Марченко А.В., Литовченко І.Ю., Костиренко О.П., Сідаш Ю.В., Іленко-Лобач Н.В.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра терапевтичної стоматології,
м. Полтава, Україна

Оцінюючи якість ендодонтичного лікування вітчизняні та зарубіжні вчені констатують відносно високий показник невдалих наслідків. За сучасними даними, ускладнений карієс у структурі стоматологічних захворювань зустрігають у 40-60% випадків, а відсоток позитивних наслідків лікування пульпіту і періодонтитів коливається від 30 до 70 [1,2, 3]. Це значною мірою залежить від медикаментозного лікування, яке, на нашу думку, є базовим у терапії ускладненого карієсу зубів. Від якості впливу на мікрофлору каріозної порожнини та корневих каналів залежить успіх лікування та профілактика ускладнень.

Відомі способи лікування ускладненого карієсу зубів, коли автори пропонують застосовувати розчини з вираженими антисептичними властивостями – 2% хлоргексидину, 3-5% гіпохлориду натрію, 3% водню перекису, 2% метиленового синього за методикою іригації корневих каналів [1,2]. Проте й ці розчини мають певні недоліки пов'язані з подразненням періапикальних тканин, виникненням післяпломбувального болю, інколи із запаленням верхівкового періодонту тощо. Саме це визначає потребу в нових підходах до проблеми підвищення ефективності лікування ускладненого карієсу зубів і є підставою розглянути як альтернативу антисептичний засіб цитеал, що чинить бактеріостатичну, протигрибкову, протитрихомонадну дію.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування пацієнтів з ускладненим карієсом зубів за рахунок застосування нового антисептичного засобу комплексної дії Цитеал.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 11 чоловіків і жінок, віком 25-60 років з хронічними формами пульпіту і періодонтиту. У пацієнтів переважно були діагностовані хронічний фіброзний пульпіт, хронічний гангренозний пульпіт, хронічний фіброзний періодонтит. Метод здійснювали таким чином: проведення професійної гігієни порожнини рота, інструментальна та медикаментозна обробка зуба з ускладненим карієсом згідно з протоколами лікування, іригація кореневого каналу розчином антисептичного засобу цитеал у розведенні 1:10 під час інструментальних маніпуляцій, повторна іригація (промивання) водою, висушування кореневого каналу за допомогою паперових штафтів, obturaція кореневого каналу методом латеральної конденсації гутаперчі з використанням силеру. Проведено оцінювання ефективності методу в найближчі терміни спостережень.

Результати дослідження. Ефективність комплексної дії цитеалу на етапі антисептичного лікування підтверджується його фізичними властивостями піноутворення при іригації кореневого каналу. Під час маніпуляції розчин цитеалу контактує з ексудатом кореневого каналу і утворює піну. Ефект піноутворення сприяє додатковому механічному очищенню корневих каналів та аерації системи чисельних дельтоподібних відгалужень, особливо в апікальній ділянці кореня зуба. Як результат, покращується дренажна функція дентинних каналців, клінічно відзначається швидка евакуація ексудату з кореневого каналу та заапикальної частини періодонта. Це підтверджено суб'єктивними та об'єктивними клінічними даними пацієнтів у зазначені терміни спостережень. Позитивну клінічну динаміку відзначили всі пацієнти. Згідно з нашими дослідженнями, метод лікування ускладненого карієсу зубів рекомендується проводити з використанням 3-5 мл антисептичного розчину цитеал у розведенні 1:10 у вигляді іригації з наступним обов'язковим промиванням водою для видалення залишків засобу. Далі провести висушування корневих каналів зуба паперовими штафтами та їх obturaцію методом латеральної конденсації гутаперчі з використанням силеру. Результати досліджень узгоджуються з результатами, раніше отриманими авто-

рами цієї публікації [3,4]. Після лікування пацієнтам потрібно провести повторне рентгенологічне обстеження запломбованого зуба через 3 та 6 міс.

Висновки. Запропонований метод лікування ускладненого карієсу зубів ефективний, простий у виконанні, не має побічної дії, дає змогу забезпечити стійкий клінічний ефект, може бути рекомендований до застосування в терапевтичній стоматології.

Література:

1. Dental caries. Pulpitis. Apical periodontitis. Oral sepsis: a textbook / M.Yu.Antonenko, Yu.G. Romanova, S.A. Shnayder et al.; ed. by A.V. Borysenko. – Odesa: Astro, 2015. – 314 p.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у двох томах / за ред. проф. А.К.Ніколішина. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.
3. Сідаш Ю.В. Вплив імунних механізмів у патогенезі хронічного верхівкового періодон-титу// Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2019. – №4(36). – С.56–59.
4. Application of nanocrystals in treatment of chronic apical periodontitis / O.P.Kostyrenko, V.L.Melnyk, V.K. Shevchenko [et al.] Світ медицини та біології. 2020. №3 (73). – С.61-65.

ОСТЕОРЕГЕНЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ПЕРІОСТУ В ДІЛЯНКАХ НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ КІСТОК, УРАЖЕНИХ КІСТОЗНИМИ УТВОРЕННЯМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Мокрик О.Я.¹, Гаврильців С.Т.², Ломницький І.Я.¹, Ковпак Л.В.²

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
¹ кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії,
² кафедра хірургічної стоматології і ортопедичної стоматології ФГДО
м. Львів, Україна

Відомо, що щелепні кістки можуть уражатися пухлинами та пухлиноподібними утвореннями різного генезу. Серед пухлиноподібних утворень найчастішими є одонтогенні кісти запального генезу – радикулярні [1,2]. Диференційна діагностика цих кіст має проводитися з амелобластомою та остеобластокластомою [3]. Зокрема при кістозній формі остеобластокластоми щелепної кістки рентгенологічно визначають вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими, нерівними краями, що за формою нагадує одонтогенну (радикулярну) кісту [4]. Однак вона не має зв'язку з причинним зубом. Гістологічно для цієї

пухлини характерною є велика кількість гігантських багатоядерних клітин (остеокластів), що підтверджує деструктивний (остеолітичний) характер її росту. Розміри одонтогенних кіст збільшуються за рахунок аппозиційного росту, внаслідок хронічної компресії їхньої оболонки на прилеглу кісткову тканину. У відповідь на тривалий вплив зростаючого обсягу з боку радикулярної кісти відбувається адаптаційна компенсаторна реакція ушкодженої кісткової тканини та окістя, розташованого в цій ділянці [5]. У кістковій тканині та окісті підвищується активність лужної фосфатази (ЛФ) - маркера остеорегенеративного потенціалу. У доступній фаховій літературі нами не виявлено даних щодо активності цього ферменту в окісті нижньої щелепи, що розташоване в зоні росту остеобластокластоми.

Мета дослідження: вивчити за допомогою гістохімічного методу дослідження вміст маркера остеорегенеративної активності – лужної фосфатази періосту в ділянках нижньощелепних кісток, уражених радикулярними кістами та кістозною формою остеобластокластом.

Матеріали і методи. Гістохімічні дослідження проводили у 10 хворих (6 чоловіків, 4 жінок) із радикулярними кістами великих розмірів (діаметром понад 3 см), розташованих на нижніх щелепах - 1-а клінічна група, та у 9 хворих (4 чоловіків, 5 жінок) із кістозною формою остеобластокластом, локалізованих на нижніх щелепах - 2-а клінічна група. Усі хворі були віком від 25 до 50 років, соматичної патології в них не було виявлено.

Визначення лужної фосфатази в тканинах періосту нижніх щелеп проводили за допомогою методу одночасного азопоеднання за Кеплоу, який базується на розщепленні лужною фосфатазою альфа-нафтил-фосфату із звільненням альфа-нафтолу, що утворює із солями діазонію нерозчинний пофарбований у темно-коричневий колір осад у місцях локалізації ферменту лужної фосфатази [6]. Підготовлені зразки гістохімічних препаратів вивчали під світловим мікроскопом, отримані зображення фотографували. Оцифровані зображення гістохімічних препаратів аналізували за допомогою комп'ютерної програми ImageJ. Для оцінювання рівня накопичення ЛФ у біоптаті періосту використано такі показники: 1. Ширина смуги зони накопичення ЛФ; 2. Інтенсивність забарвлення зони накопичення ЛФ. Ширину смуги накопичення визначали за допомогою інструменту straight (лінійний замір) комп'ютерної програми ImageJ після калібру-