Ододюк В.В.

КЛІНІЧНИЙ КЕЙС ПАЦІЄНТА З ЛАТЕРАЛЬНИМИ КІСТАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ, Україна

Вступ. Кісти щелеп мають безсимптомний клінічний перебіг. Дігностуються вони в більшості випадків випадково – під час терапевтичного, ортодонтичного прийому або за наявності вираженої деформації чи нагноєння. У разі останнього клінічна картина нагноєної кісти в дітей схожа з клінічною картиною гострого гнійного періоститу. Правильна диференціювальна діагностика і встановлення правильного діагнозу передбачають подальше коректне лікування й ведення пацієнта з таким ураженням.

Особливість клінічного випадку.

Дитина І. 7,5 років потрапила в травмпункт щелепно-лицевого відділення ДКЛ №5 клінічна база кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку зі скаргами на біль правої половини нижньої щелепи й припухлість щоки. У порожнині рота виявлені гіперемія, згладженість перехідної складки й рухомість 85,84 зубів. Була проведена періостотомія нижньої щелепи з видаленням 85 зуба (каріозно зруйнований) і призначено протизапальну й антибіотикотерапію. Протягом лікування спостерігали повільний регенеративний процес із боку нижньої щелепи. Деформація нижньої щелепи нівелювалася повільно. Після покращення стану дитину було виписано. Через місяць після оперативного лікування батьки дитини звернулися з аналогічними скаргами в тій самій ділянці. Було проведено КТ-дослідження нижньої щелепи й виявлено вогнище деструкції кісткової тканини з обох боків нижньої щелепи від латерального кореня 46 зуба і 36 зуба, розмірами 1х1 см. Клінічно це проявлялося лише кулькоподібною деформацією нижньої щелепи. Установлено попередній діагноз – латеральна кіста нижньої щелепи від 46 зуба на стадії нагноєння й латеральна кіста нижньої щелепи від 36 зуба. Під ендотрахеальним наркозом була проведена цистотомія нижньої щелепи в ділянці 36,46 зубів із тампонадою порожнини йодоформним тампоном. Післяопераційне ведення передбачало заміну його за стандартною методикою та протизапальну й антибактеріальну терапію. На даному етапі дитина перебуває під наглядом хірурга-стоматолога. Планується проведення контрольного рентгенологічного дослідження задля оцінки структури кістки в ділянках новоутвору. Цікаво те, що в дитини визначається затримка прорізування зубів, станом на 7,5 років у дитини наявні всі тимчасові центральні різці верхньої й нижньої щелеп і утруднене прорізування 36,46 зубів.

Обговорення. Клінічна картина латеральних кіст щелеп на стадії нагноєння схожа з клінічною картиною гострого періоститу. При обох нозологіях у ротовій порожнині наявні згладженість перехідної складки, рухомість причинного зуба, пальпується деформація щелепи. Тому для чіткої диференціації потрібно звертати увагу на патогномонічні ознаки кіст: наявність неболючої деформації щелепи, яка була до загострення, і згладженість перехідної складки, а за наявності кісти великих розмірів визначатиметься симптом Дюпіетрена. Рентгенологічно реєструватиметься вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, резорбцією кортикальної пластинки, тоді як зміни в кістці при періоститі будуть відсутні (окрім причинного зуба). Необхідно звертати увагу на пізнє прорізування зубів, що може бути одним із прогностичних факторів формування кісти.

Висновки. Клінічно латеральна кіста щелепи в разі її запалення схожа на гострий одонтогенний періостит. Відсутність або утруднене прорізування постійних молярів потребує проведення КТ-дослідження для диференціювальної діагностики.

Остапко О.І., Голубєва І.М.

ВИБІР ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

Мета дослідження – обґрунтування вибору лікарських засобів у лікуванні різних форм гінгівіту в дітей.

Матеріали і методи. Літературні джерела.

Результати. Захворювання тканин пародонта характеризуються широкою розповсюдженістю у світі. Початкові ознаки проявляються вже в дитинстві – за даними ВООЗ, до 80% дитячого населення різних країн мають симптоми ураження тканин пародонта, зокрема кровоточивість ясен. Важливе завдання лікаря-стоматолога дитячого – ліквідувати запалення в тканинах пародонта, оскільки тривале існування запального процесу призводить до ураження кісткових структур і розвитку запально-деструктивних змін у пародонті. Для лікування гінгівіту застосовують різні групи лікарських засобів, вибір яких залежить від клінічних особливостей запального процесу ясен і віку дитини: місцеві анестетики, антисептики, засоби рослинного походження, похідні нітроімідазолу, нестероїдні протизапальні й кератопластичні засоби.

Для місцевого знеболювання слизової оболонки ясен у дітей застосовують препарати на основі лідокаїну (10% гель лідокаїну, гель «Камістад») і бензокаїну (7,5%-10% гель «Дентол»). Їх використовують для лікування гострого катарального, гострого виразкового, загострення хронічного катарального гінгівіту, гранулюючої форми хронічного гіпертрофічного гінгівіту, у проведенні професійної гігієни порожнини рота.

Велика група лікарських засобів, що застосовуються в лікуванні різних форм гінгівіту в дітей, представлена антисепками. До них належать катіонні хлоровмісні детергенти (хлоргексидин, мірамістин), похідні піримідину (гексетидин), похідні нітрофурану (фурацилін, фурагін), йодовмісні галоїди (бетадин). Їм притаманна бактерицидна дія щодо численних грампозитивних і грамнегативних пародонтопатогенних мікроорганізмів, дріжджоподібних грибів і окремих найпростіших. Антисептичний супровід є невід'ємною частиною професійної гігієни порожнини рота, що входить до алгоритму лікування всіх форм гінгівіту. Для антисептичної обробки порожнини рота можуть бути використані й засоби рослинного походження, що містять екстракти лікарських трав чи їхні ефірні олії («Лістерин зеро», «Стоматофіт», «Ротокан» та ін.).

Засоби комбінованої дії широко застосовуються в лікуванні різних форм гінгівіту в дітей (гелі «Холісал», «Пансорал»). Протизапальна дія цих препаратів зумовлена вмістом саліцилату холіну, антибактеріальна – хлориду цеталконію. Їх можна застосовувати дітям віком від 3-х років.

Для усунення запальних явищ у тканинах пародонта традиційно використовуть нестероїдні протизапальні засоби: мефенамінат натрію (мазь «Мефенат»), бензидамін (0,15% розчин «Тантум Верде»). Одним із сучасних лікарських засобів, що характеризується протизапальною й протинабряковою дією, стимулює регенерацію м'яких тканин, є «Генгігель», до складу якого входить гіалуронова кислота. Суттєва перевага цього препарату – відсутність вікових протипоказань до його застосування.

З метою етіотропного впливу на пародонтопатогенну мікрофлору широко використовують похідні нітроімідазолу – метронідазол у комбінації з хлогексидином (гель «Метрогіл Дента», «Дентагель»). Проте слід пам'ятати про вікові обмеження – їх рекомендують використовувати з 12-14-річного віку.

Для прискорення процесів епітелізації тканин при лікуванні гострого виразкового гінгівіту використовують засоби кератопластичної дії: олію шипшини й обліпихи, каротолін, олійні розчини вітамінів А і Е. За місцевого використання вітамінних препаратів слід також ураховувати вікові обмеження в дозуванні.

Висновок. У виборі лікарських засобів для місцевого лікування запальних захворювань тканин пародонта в дітей слід керуватися не тільки формою й характером перебігу гінгівіту, а й віком дитини.

Павленко С.А., Павленкова О.В., Сидорова А.І., Лобач Л.М.

ТИМЧАСОВА ОБТУРАЦІЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРІОДОНТИТУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Хронічний періодонтит як вогнище одонтогенної хроніоінфекції стає джерелом сенсибілізації організму хворого, що призводить до змін імунного статусу, зниження резистентності організму й ускладнення перебігу соматичних хвороб. У лікуванні періодонтиту, ураховуючи складну систему кореневих каналів та їх інфікованість, питання очищення кореневих каналів виходить на перший план. З цієї точки зору тимчасова обтурація кореневих каналів матеріалами, здатними «стерилізувати» макроканал і мікроканальці, а також впливати на періапікальні тканини, є актуальним завданням для лікаря-стоматолога.

Мета дослідження – проаналізувати зміни в періапікальних тканинах при лікуванні деструктивних форм періодонтиту після тимчасової обтурації кореневих каналів.

Матеріали й методи. Нами було проведено лікування 17 зубів (9 однокореневих, 8 багатокореневих) у 14 пацієнтів, яким було встановлено діагноз «хронічний гранулюючий періодонтит» (12 зубів) і «хронічний гранулематозний періодонтит» (5 зубів). Клінічно й рентгенологічно періодонтит не діагностувався як загострення. Механічну обробку кореневих каналів проводили за методикою «Crown down», медикаментозну обробку –3% розчином гіпохлориду натрію.

Для тимчасової обтурації кореневих каналів під час лікування деструктивних форм періодонтиту ми застосовували Са-вмісний матеріал «Calasept» («Skania Dental»). За рахунок високого лужного середовища (pH 12,5) цей матеріал впливає на мікроорганізми й ліпополісахаридні комплекси (ендотоксини), що звільняються при їх розпаді й викликають резорбцію в періапікальних тканинах. Матеріал «Calasept» (за дослідженнями спеціалістів фірми «Skania Dental») запускає механізми інтеграції цементобластів, що стимулює утворення потовщення цементу на верхівці кореня зуба.

Після висушування кореневих каналів за допомогою ін'єкційної голки «Calasept» вводили в кореневий канал. Зуб закривали тимчасовою пломбою зі склоіономерного цементу «Цеміон» («Владміва») на термін від 3 тижнів до 2 місяців, залежно від ступеня деструкції кісткової тканини в періапікальній ділянці (визначали за рентгенологічними знімками до початку лікування). Рентгенологічний контроль перебігу лікування проводили через 4-5 тижнів. У разі зменшення вогнища деструкції, підвищення щільності кісткової тканини, відсутності скарг пацієнта і клінічних проявів загострення в кореневих каналах повторно проводили механічну обробку, після чого пломбували «Ендометазоном» у комбінації з гутаперчевими штифтами. Після рент-