

Висновки. Використання розробленого нами способу лікування й профілактики гальванозу металокерамічними коронками супроводжується практично повною редукцією симптомів гальванозу, нормалізацією показників біопотенціалів і рН порожнини рота. Це є підставою для широкого використання даного способу лікування й профілактики гальванозу в клінічній практиці.

Синиця В.В., Довганик В.В., Гриновець В.С.

КОМБІНАЦІЯ ПРЕПАРАТІВ “БЕТАДИН” І “АТОКСИЛ” У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Загострення хронічного верхівкового періодонтиту або його гостра форма – це тяжка патологія, яку стоматолог виявляє на амбулаторному прийомі. Ця хвороба становить і певну соціальну проблему, адже суттєво знижує працездатність людини, а також може бути причиною набагато тяжчих ускладнень гнійно-запального характеру.

Серед способів лікування часто обирається пасивний, коли кореневий канал залишається відкритим, із метою дренажу ексудату з періапикальних тканин. Проте даний спосіб має суттєві недоліки, головний з яких – масивне інфікування кореневого каналу мікрофлорою з ротової порожнини й виникнення стану суперінфекції в порожнині зуба.

Для ефективного лікування стану загострення запального процесу у верхівковому періодонті було обрано спосіб лікування інфікованих ран із використанням препарату “Бетадин”. До складу вказаного препарату входить повідон-йод, який має виражену антимікробну дію дуже широкого спектра. Перед застосуванням “Бетадин” змішували з кремнієвим сорбентом “Атоксил” для забезпечення пролонгованої дії антисептика й сорбції ексудату в кореновому каналі. Після змішування в пропорції 4 м.ч. “Бетадину” і 1 м.ч. “Атоксилу” утворювалася зручна для введення в кореневий канал паста.

Після механічного й медикаментного опрацювання кореневого каналу препарат вводили каналонаповнювачем у кореневий канал і періапикальний простір (за можливості) і залишали в кореновому каналі на турунді під напівгерметичною пов'язкою для дренажу вмісту каналу на 1-2 доби. Після зникнення або суттєвого зменшення ознак загострення запального процесу проводили подальше лікування верхівкового періодонтиту за обраною схемою.

Такий метод лікування було застосовано під час лікування 32 хворих на хронічний верхівковий періодонт на стадії загострення. У 22 хворих (68,8 %) через 1-2 доби виявляли повне зникнення симптомів загострення, 10 пацієнтів (31,2 %) повідомляли про суттєве послаблення болю, набряку й відновлення функції зуба. Уміст кореневого каналу після застосування комбінації “Бетадин-Атоксил” був вільним від гнійно-некротичних виділень, а подальше герметичне закриття порожнини зуба не супроводжувалося загостреннями.

Отже, запропонований метод дозволяє швидко усунути стан загострення, запобігаючи при цьому вторинному інфікуванню кореневого каналу.

Скікевич М.Г., Волошина Л.І.

МОЖЛИВІ УШКОДЖЕННЯ НЕРВІВ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Після виконання місцевої анестезії й видалення третього моляра нижньої щелепи пацієнт може скаржитися на нечутливість зубів, альвеолярного відростка, половини нижньої щелепи й язика на боці проведення маніпуляцій. Спостерігається порушення чутливості. Яка етіологія цього захворювання? Які методи лікування й профілактика ускладнень? Чи слід попереджати пацієнта про всі можливі ускладнення до початку оперативного втручання?

Ми постараємося відповісти на ці запитання. Вони, на жаль, виникають досить часто. Так, пацієнт до операції видалення зуба “мудрості” обов'язково має бути попереджений про можливість виникнення низки ускладнень. До операції необхідно підписано інформовану згоду на проведення хірургічного втручання.

За даними літератури, імовірність ушкодження нижнього альвеолярного нерва під час проведення місцевої анестезії становить один випадок на 26 762 - 160 571 спостережень. Відомо три основні теорії, які пояснюють етіологію такого ускладнення: механічна травма голкою шприца, інтранейральна гематома й токсичність анестетика. Розглянемо їх. Так, травма голкою спостерігається від 3% до 5-7% випадків. Пацієнти під час виконання анестезії відчують неприємний «удар струмом». Відбувся контакт голки з нер-

вом. Анестетик, який вводимо, має тенденцію розсовувати або відсувати нервові волокна. Імовірно, голка може ушкодити оболонку нерва, якщо її вводити із зусиллям. Травма може призвести до повної анестезії дистального відділу нерва.

Язиковий нерв травмується частіше, ніж нижній альвеолярний нерв. Топографоанатомічно, нерв найчастіше розташований на шляху введення голки під час проведення анестезії нижнього альвеолярного нерва.

Причини виникнення інтранейральної гематоми. Просуваючись, голка може ушкодити кровоносну судину, що призведе до розвитку гематоми. Геморагічний уміст гематоми механічно стискає нервові волокна. А згодом стає причиною утворення сполучної тканини. Обсяг ураження визначається об'ємом тканин, які були стиснені.

Токсичність анестетика. Ця теорія досить суперечлива. Ушкодження нервів ґрунтуються на локальній токсичності анестетика. Відповідно до теорії Haas and Lennon висококонцентровані розчини, наприклад, артикаїн створюють сильну нейротоксичну дію. Можливий механізм травмування охоплює інтрафасцикулярну ін'єкцію й утворення токсичних ароматичних спиртів.

За нашими спостереженнями й даними клінічних досліджень, у понад 80-90% випадків неврологічні прояви ушкодження нерва під час виконання анестезії є оборотними явищами й зникають протягом двох місяців. Наявність симптомів ураження нерва після закінчення цього терміну свідчить про поганий прогноз розвитку захворювання. За наявності симптомів патологічної чутливості нерва пацієнтів слід спостерігати протягом двох-трьох тижнів і призначити знеболювальні препарати. Потім направити до щелепно-лицевого хірурга й невролога з метою знеболювання й вибору тактики подальшого лікування. Медикаментозна терапія буде охоплювати антиконвульсанти, антидепресанти, спазмолітики і знеболювальні засоби, які ефективні при розладах чутливості. Пацієнти з процесом пізніше 3 місяців після травми практично не можуть сподіватися на відновлення чутливості.

Такі ускладнення трапляються досить рідко. Однак важливо пам'ятати про них під час виконання анестезій і операцій на тілі нижньої щелепи, операцій атипичного видалення зуба. Прогностично важливо вчасно розпізнати ускладнення для вибору оптимальної тактики лікування.

Скрипник М.І., Петрушанко Т.О.

ПАРОДОНТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СТУДЕНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Останніми десятиліттями поширеність ожиріння серед людей молодого віку зросла більш ніж у 4,5 рази. На тлі ожиріння частою патологією стають серцево-судинні хвороби, цукровий діабет, хвороби опорно-рухового апарату, рак. Важливо проаналізувати реакцію тканин пародонта в осіб молодого віку при розвитку ожиріння різних ступенів.

Мета дослідження – провести порівняльну оцінку стану пародонта пацієнтів молодого віку з ожирінням і нормальним індексом маси тіла.

Виконано загальноприйняте стоматологічне клінічне обстеження 119 осіб віком 18-23 роки, які були розподілені на дві групи. Першу групу склали 56 осіб із індексом маси тіла в межах 18,5-25,00 кг/м², які не мали супутньої соматичної патології. До другої групи включили 63 пацієнтів із ожирінням 1 і 2 ступеня тяжкості, індекс маси тіла яких реєстрували в межах 30,0-39,9 кг/м². Тяжкість ожиріння оцінювали відповідно до класифікації ВООЗ за індексом Кетле (ІМТ). Об'єктивізували стан тканин пародонта за допомогою індексів API (Rateitchak), РМА, КПІ, РВІ (Saxer and Muhlemann). Обов'язковим етапом було заповнення кожного обстеженому пародонтограми. Діагноз стану тканин пародонта формулювали відповідно до класифікації М.Ф.Данилевського.

Констатовано, що лише 28,6% осіб із ожирінням мали клінічно інтактний пародонт, тоді як обстежені першої групи – 48,0%. У студентів із ожирінням 1 і 2 ступеня переважали генералізовані форми катарально-го гінгівіту – 65,0%, а в осіб із нормальним ІМТ цей показник склав 32,0% загальної кількості обстежених.

Виявлено вірогідно вищий рівень інтенсивності уражень пародонта в осіб із ожирінням 1 і 2 ступеня тяжкості, порівняно з особами з нормальним значенням індексу маси тіла. Так, для осіб із ожирінням значення індексу КПІ склало 1,93±0,06, тоді як при нормальній масі тіла - 1,07±0,03.

Отже, при ожирінні пародонт є чутливим індикатором патологічних процесів у організмі, що потребує розробки й упровадження заходів первинної та вторинної профілактики для осіб молодого віку при зростанні індексу маси тіла.