

виділяються отрути, нерідко сильно ушкоджуються ними, що викликає важкі захворювання.

На місці події слід встановити причину отруєння, вид токсичної речовини, її кількість і шлях надходження в організм, і, по можливості, час отруєння. Всі постраждалі з клінічною картиною гострого отруєння підлягають терміновій госпіталізації в спеціалізовані центри по лікуванню отруєнь або в лікарні швидкої допомоги.

Особливості невідкладної допомоги при гострих отруєннях полягають в необхідності проведення низки поєднаних лікувальних заходів, метою яких є наступне: припинити подальше надходження і прискорити виведення токсичних речовин з організму; якнайскоріше знешкодити отруту за допомогою застосування специфічної антидотної терапії; забезпечити захист і підтримку тієї функції організму, яка переважно вражається даною токсичною речовиною.

СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОМУ ПЕРЕЛОМІ КОРЕНЯ ЗУБА ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Повшенюк А.В., Федик А.В., Квірікашвілі А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра терапевтичної стоматології

Вступ. Вертикальний перелом кореня депульпованих зубів вважається ускладненням ендодонтичного лікування. Своєчасна діагностика таких переломів надзвичайно складна, додаткові методи обстеження (рентгенологічний, комп'ютерна томографія) не завжди ефективні. Через подібність клінічних проявів вертикального перелому кореня зуба з іншими захворюваннями (апикальний періодонтит, пародонтит тощо), стоматолог часто обирає неправильну тактику лікування, що призводить до втрати кісткової тканини, часу, і, відповідно, до погіршення умов подальшого протезування після видалення зуба.

Мета: Розглянути клінічні випадки вертикального перелому кореня зуба та проаналізувати ефективність методик їх діагностики.

Матеріали та методи. У пацієнтів 40-65 років розглянуто 34 випадки вертикального перелому кореня зубів (4 різця, 11 премолярів та 19 молярів), які завершилися видаленням зуба (29 зубів), ампутацією кореня у верхніх молярах (3) і гемісекцією у нижніх молярах (2). В середньому після ендодонтичного лікування минуло 42 місяці. Під час дослідження оцінювали: скарги пацієнта (суб'єктивна оцінка), результати огляду, пальпацію, перкусію з додатковим проведенням тесту накушування резинового циліндру або палички tooth slooth, наявність пародонтального дефекту та його зондування, наявність та особливості нориці, рентгенологічні зміни, ознаки фенестрації кістки, в 5 випадках проводилось відшарування слизово-окісного клаптя.

Результати. Суб'єктивна оцінка: в 19 пацієнтів (55,9±8,52%) виникав дискомфорт у зубі, 5 пацієнтів (14,7±6,07%) відмічали неприємні відчуття або незначний біль при жуванні, який виникав тільки під час розтиснення щелеп, 2 пацієнти (5,9±4,04%) мали незначну рухомість зуба, 15 пацієнтів (44,1±8,52%)

скаржились на припухлість ясен в ділянці лікованого зуба, появу нориці та неприємний присмак в роті.

При огляді в 6 пацієнтів (17,6±6,53%) виявлено локальний набряк та абсцедування ясен. В 9 пацієнтів (26,5±7,57%) діагностовано низько локалізовану норицю: в 3 клінічних випадках – на піднебінному боці, в 5 випадках – на вестибулярному, в 1 клінічному випадку – дві нориці (піднебінну та вестибулярну). В 24 пацієнтів (70,6±7,81%) виявлено пародонтальний дефект по типу пародонтальної кишені біля зуба з вертикальним переломом кореня, який у 17 клінічних випадках розташований вестибулярно, в 5 – на язиковій поверхні, в 2 – на вестибулярній та язиковій поверхнях. Пародонтальний дефект у всіх випадках був вузький та глибокий (6 мм і більше). Перкусія зуба у 7 пацієнтів (20,6±6,94%) була слабо болісна. Після проведення тесту з накушуванням резинового циліндру / палички tooth slooth біль виникає при розгисненні щелеп, що відрізняє вертикальний перелом кореня від апікального періодонтиту.

Рентгенологічні результати. Лише в 6 клінічних випадках (17,64±6,54%) на прицільній внутрішньоротовій рентгенограмі виявлено вертикальну лінію перелому. В 4 випадках (12,5±5,67%) жодних патологічних змін кісткової тканини в ділянці зуба з вертикальним переломом кореня не встановлено. В 30 випадках (88,2±5,53%) мала місце резорбція кісткової тканини: найчастіше у 24 клінічних випадках (80,0±6,16%) спостерігали J-подібну ділянку просвітлення в періапікальній кістці та вздовж латеральної поверхні кореня з переломом, у 2 випадках (6,7±4,56%) конфігурацію просвітлення “вісяча крапля” навколо апекса, в 4 клінічних випадках (13,3±6,2%) – резорбцію кістки в області бі- та трифуркації коренів молярів.

П'ятьом пацієнтам (14,7±6,07%) проведено відшарування слизово-окісного клаптя з подальшою оцінкою стану альвеолярної кістки та коренів зуба за допомогою мікроскопа. В усіх 5 випадках підтверджено перелом після фарбування поверхні кореня метиленовим синім.

Висновки. Рання діагностика вертикального перелому кореня зуба утруднена. В більшості випадків пацієнти звертаються зі скаргами на неприємні відчуття, біль та абсцедування, тобто, коли вже наявна значна резорбція кісткової тканини. Не існує характерних патогномонічних неінвазивних суб'єктивних, клінічних та рентгенологічних ознак, які б дозволили чітко ідентифікувати вертикальний перелом кореня зуба, особливо до появи дефектів альвеолярної кістки. Ряд ознак, а саме: ізольована (вузька) пародонтальна кишеня; коронково розташований норицевий хід; характерна деструкція кісткової тканини (у вигляді ореолу) на рентгенограмі вказують на ймовірність вертикального перелому кореня зуба. Ознаки фенестрації кістки, прилеглої до кореня з переломом та візуалізація лінії перелому при відшаруванні слизово-окісного клаптя є патогномонічними.