

Міністерство охорони здоров'я УКРАЇНИ
Асоціація стоматологів УКРАЇНИ
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ

**МАТЕРІАЛИ II (IX) З'їзду
АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ**

Київ • Книга плюс •

Ускладнення ендодонтичного лікування зубів <i>Т.П. Скрипнікова, Л.Я. Богатова, В.М. Радлінська, В.Н. Чмель</i>	170
Міжпризматична речовина емалі зуба при електронно-мікроскопічному дослідженні <i>П.М. Скрипніков, А.П. Гасюк, А.В. Марченко</i>	171
Клінічний досвід використання реставраційного матеріалу „Адміра” <i>Т.О. Солнцева, В.І. Гуренок</i>	172
Применение препарата диоксизоль при лечении верхушечных периодонтитов <i>С.В. Степанова, Л.А. Анисимова, Л.А. Мельник</i>	173
Застосування препарату " Діоксизоль" у лікуванні верхівкових періодонтитів <i>С.В. Степанова, Л.А. Анисимова, Л.А. Мельник</i>	174
Метод експериментального вивчення впливу бактеріальної колонізації на поверхні пломбувальних матеріалів <i>О.Н. Строяковська</i>	174
Реставрації жувальних зубів адгезивними відновними матеріалами: результати 6-річних клінічних спостережень <i>О.Н. Строяковська</i>	176
Комплексне дослідження структури мікрофлори ротової порожнини на поверхні пломб із різних пломбувальних матеріалів <i>С.К. Суржанський, О.В. Азаров, Г.Ю. Агафонова, К.К. Трофимець</i>	177
Біохімічне обґрунтування методу оперативної підготовки клинодібного дефекту до пломбування <i>С.К. Суржанський, Є.Г. Рубенко</i>	178
Клінічний досвід реставрації зубів композитними вінірами <i>Н. М. Ткачук, Л.В. Іщенко, М.В. Кузьменко, Л.В. Стрюк</i>	179
Ускладнення реставраційних робіт при відновленні депульпованих зубів <i>І. О. Трубка, В.К. Джеломанова, А.А. Смешко</i>	180
Експертна комп'ютерна оцінка якості реставраційних робіт <i>О.А. Удод</i>	181
Комп'ютерні технології оцінки рефлектометричних властивостей емалі зубів <i>О.А. Удод, О.О. Гонтар</i>	182
Вивчення можливості використання поляризованого світла для проведення фотополімерних реставрацій <i>А.А. Удод, О.В. Колосова</i>	183
Метод інфрачервоної спектроскопії у дослідженні полімеризації фотокомпозиційних матеріалів <i>О.А. Удод, Г.Б. Мороз</i>	184
Результати клінічних досліджень якості фотокомпозиційних пломб <i>О.А. Удод, Г.Б. Мороз</i>	185
Електрознеболювання при лікуванні стоматологічних захворювань <i>А.М. Хоцяновський, Г.В. Відерська, М.Ф. Протівень, О.М. Андрушко</i>	185
Аналіз якості пломб з відновлювальних матеріалів, які застосовуються у стоматологічних поліклініках Донецької області <i>С.П. Ярова, І.Г. Донська</i>	186
Спосіб профілактики некаріозних уражень твердих тканин зубів у робітників склопромисловості <i>С.П. Ярова, І.І. Заболотна</i>	187
Епідеміологія стоматологічних захворювань у спортсменів <i>С.П. Ярова, А.М. Попко</i>	188

(88,76±2,34%, $p < 0,05$) ліквідувати патологічний процес у верхівковому періодонті протягом 1...3 діб, чого не вдається зробити при загальноприйнятій схемі лікування. Швидко зникнув самовільний біль та біль при перкусії та накусуванні на уражений зуб.

Отже, запропонована композиція є достатньо ефективним лікувальним засобом, здатним згубно впливати на мікрофлору у кореновому каналі зуба з періодонтитом, а також ліквідувати запальний процес у верхівковому періодонті. Дана композиція є відносно недорогою та досить простою у приготуванні і може рекомендуватись для застосування у практичній стоматології.

Ускладнення ендодонтичного лікування зубів

Т.П. Скрипнікова, Л.Я. Богашова, В.М. Радлінська, В.Н. Чмель

м. Полтава

Поряд зі значним прогресом у стоматології відсоток ускладнень після ендодонтичного лікування не став меншим, а деякі з них з'явилися в останні роки. Однією з причин цього є відсутність у багатьох клініках, кабінетах додаткового навчання лікарів, порушення ними методик, технологій використання нового сучасного обладнання, інструментарію, пломбувальних матеріалів, лікарських речовин тощо. При наданні невідкладної допомоги пацієнтам на хірургічному прийомі лікар стикається з різними ендодонтичними ускладненнями.

Метою нашого дослідження було вивчення ускладнень після ендодонтичного лікування, що потребують поглиблених методів діагностики та хірургічних втручань. Нами проаналізовано 84 історії хвороби пацієнтів. Вони звернулися за допомогою у зв'язку з різними видами ускладнень, які нанесли шкоду стану їх здоров'я.

Одним з ускладнень у разі лікування кореневих каналів є його неповне пломбування. У такому випадку розвивається хронічний запальний процес, а якщо це зуб верхньої щелепи, то може виникнути одонтогенний гайморит. Лікування у разі неможливості розпломбування кореневого каналу може бути хірургічним: резекція верхівки кореня або видалення зуба, лікування гаймориту.

Серйозні ускладнення з'являються після неправильної техніки пломбування кореневого каналу — пломбування їх штифтами зі значним виведенням останніх за верхівку кореня зуба. Виведення штифта не тільки подразнює навколишні тканини верхівки кореня, але й призводить до розгерметизації кореневого каналу. Це викликає у подальшому запальний процес з деструкцією кісткової тканини. Лікування такого хворого залежить від стадії запального процесу, віку пацієнта. У молодому віці показана операція резекції верхівки кореня, у разі значної деструкції кісткової тканини у людей похилого віку — видалення зуба.

У разі пломбування коренів нижніх премолярів, молярів може трапитися виведення пломбувального матеріалу у нижньощелепний канал. Пацієнт звертається в основному з постійним болем у зубах нижньої щелепи, порушенням іннервації: анестезія, парестезія нижньої губи. У таких випадках, якщо призначене медикаментозне лікування не дає ефекту, необхідне хірургічне утручання — видалення пломбувального матеріалу. Воно досить травматичне і може бути пов'язане з іншими ускладненнями.

На верхній щелепі в разі лікування премолярів і молярів виведення пломбувального матеріалу в гайморову порожнину також призводить до необхідності оперативного утручання. Складні і важко діагностовані ускладнення виникають у результаті непереносимості пломбувальних матеріалів. Складність її виявлення призводить до того, що найчастіше ні пацієнт, ні лікар не можуть передбачити ускладнень, тому що не знають про непереносимість застосованого матеріалу. У пацієнта може бути алергічна реакція на сілер. У такому випадку проведені після пломбування оперативні втручання (резекція верхівки кореня) на деякий час покращують стан хворого. Але потім знову з'являється біль при накушуванні, нориця з гнійним ексудатом і рухомість зуба. На рентгенограмі виявляють деструкцію кісткової тканини у ділянці верхівки кореня чітких контурів. Дані клінічного і рентгено-

логічного дослідження можна класифікувати як секвестрацію зуба. У пацієнта може виникнути алергічна реакція на анкерний штафт. У такому випадку періодично з'являється біль у ділянці верхівки кореня пломбованого зуба, закладеність носа відповідної половини (якщо це зуб верхньої щелепи), біль у ділянці верхівки зуба при пальпації. На рентгенограмі виявляють порушення прозорості гайморової пазухи. При виявленні недопломбованого каналу, деструкції кісткової тканини у ділянці верхівки кореня лікування у лікаря-отоларинголога дає короточасний ефект. І тільки видалення зуба, протизапальна, антимікробна і антигістамінна терапія покращують стан хворого.

Більш тяжке ускладнення у результаті непереносимості пломбувальних матеріалів може проявитися у вигляді неврити або невропатії гілок трійчастого нерва. Незважаючи на призначене лікування, стан хворих не покращується. Біль сильний, довготривалий, з невеликими світлими проміжками важко піддається лікуванню. Резекція верхівки кореня не призводить до тривалого ефекту. І тільки видалення зуба, ретельний кюретаж, а іноді й висічення тканин у ділянці верхівки кореня призводить до одужання.

Отже, при звертанні пацієнта з ускладненнями після пломбування кореневих каналів необхідно розуміти важливість даної проблеми, при необхідності — направити хворого на консультацію у компетентні стоматологічні центри до досвідчених спеціалістів, проводити консилиуми для постановки остаточного діагнозу, використовувати алергологічні тести, діагностику за Фоллем.

Міжпризматична речовина емалі зуба при електронно-мікроскопічному дослідженні

П.М. Скрипніков, А.П. Гасюк, А.В. Марченко

м. Полтава

Емаль зуба є неоднорідною морфологічною структурою. У ній поряд із мінералізованими елементами призматичної емалі знаходяться менш мінералізовані утворення, а також міжпризматична речовина. Зважаючи на це нами проведено дослідження емалі за допомогою світлового та електронного мікроскопів для вивчення її тримірної структурної організації, зокрема міжпризматичної речовини.

Матеріали та методи дослідження. Вивчали товсті, тонкі шліфи нативні та гістохімічно забарвленні ШИК-альціановим синім, гематоксилином та еозином, пірофуксином за Ван-Гізоном, способом Харта. Дослідження об'єктів здійснювали в електронному мікроскопі ЕВМ-100Б при напрузі 75 кВт при первинному збільшенні на екрані мікроскопа в 3000-30 000 разів.

Результати дослідження. Міжпризматична речовина представлена ШИК-Харт-позитивними структурами, які розміщуються уздовж емалево-дентинної межі та з'єднують емаль із дентином у вигляді сітчастого шару. Крім того, волокнисті структури міжпризматичної речовини оточують окремі емалеві призми, а також зовні вкривають емаль у вигляді кутикули. Нарешті, міжпризматична речовина відокремлює окремі пучки емалевих призм ламелами, а також окремі горбки і стилі — ямками, борознами та борозенками. Проведення сканувальна електронна мікроскопія міжпризматичної речовини сітчастого шару емалі в ділянці горба показує, що він складається з фібрил приблизно однакового діаметра. Вони переплітаються між собою і створюють більші та менші утворення округлої або довгастої форми. Необхідно зазначити, що фібрили сітчастого шару розташовуються між шаром неп-ризматичної емалі та волокнистого шару Корфа дентину. Непризматична емаль представлена пластинками, в яких виявляються фенестри.

При значному збільшенні сканувального електронного мікроскопа у міжпризматичній речовині сітчастого шару ділянки горбка виявлено, що її фібрили мають косу павукоподібну будову. В той же час колагенові волокна шару Корфа дентину переважно розміщені горизонтально, вони більшого діаметра. Необхідно зазначити, що порівняно з колагеновими волокнами дентину фібрили сітчастого шару менш мінералізовані. На їхній поверхні виявляються лише поодинокі кристали гідроксіапатиту.