

реставрації було визначено у зубах на нижній щелепі, 841 реставрація - у зубах на верхній щелепі. При цьому у зубах чоловіків було менше реставрацій, ніж у жінок, як на нижній, так і верхній щелепах, зокрема, у чоловіків - 581 та 168, відповідно, у жінок - 451 та 673.

Встановлено, що у всіх 1873 реставраціях було 3230 порушень, при цьому у 1032 відновленнях на нижній щелепі було виявлено 2098 порушень, з них у чоловіків визначено 1351 порушень, у жінок - 747. Серед порушень найчастіше зустрічались невідповідність реставрації твердим тканинам відновлених зубів за кольором, загалом, її встановлено у 700 відновлених. Дефекти крайового прилягання фотокомпозиційного матеріалу до твердих тканин визначено у 143 відновленнях, у чоловіків - у 128 реставрації, у жінок - у 15, крайове забарвлення на межі реставрації встановлено у 263 відновлених зубах нижньої щелепі (при цьому 203 випадки були у чоловіків та 64 у жінок). Щодо показників порушень анатомічної форми відновлень змін не було виявлено.

Кольорова невідповідність була визначена у значно меншій кількості реставрацій, ніж у зубах на нижній щелепі, загалом, таких відновлень було 111, у чоловіків невідповідність була визначена у 38 відновленнях, у жінок - у 73, порушення анатомічної форми виявлені у 41 відновленнях. У відновлених зубах випадків порушень крайового прилягання фотокомпозита до твердих тканин було усього 334, у чоловіків - 121, у жінок - 213, щодо крайового забарвлення, відповідні показання склали 255, 120 та 135. Вторинний карієс діагностовано у 291 випадку, у тому числі у 144 відновлених зубах у чоловіків та у 147 таких зубах жінок.

Висновок. Отже, незалежно від термінів виготовлення реставрацій, різноманітні порушення зустрічаються доволі часто, серед них кольорова невідповідність, крайове забарвлення та вторинний карієс. Виявлено значну кількість порушень фотокомпозиційних відновлень зубів, що доводить необхідність удосконалення відновлювальних матеріалів, адгезивних систем та технологій їх використання.

Список використаних джерел

1. Colak H. Shear bond strength of bulk-fill and nano-restorative materials to dentin. Eur J Dent. 2016. № 10. С. 40-45.
2. Ryge G. Klinicheskiye kriterii. Klinicheskaya stomatologiya. 1998. № 3. 40-46.

ПОРІВНЯЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ТОВЩИНИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ФРАГМЕНТА ІНСТРУМЕНТА ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ КАНАЛУ ШЛЯХОМ БАЙПАСУ.

НАЗАРЯН Р. С., ФОМЕНКО Ю. В., ЩЕБЛИКІНА Н. А.,
КОЛЕСОВА Т. О. ГОЛІК Н. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Під час ендодонтичного лікування іноді виникає таке ускладнення, як відлам інструменту в кореновому каналі. Фрагмент інструменту сам по собі, звичайно, не викликає запального процесу. Однак він стає перешкодою для повної обробки та obturaції каналів зуба. Як результат, в періапикальних тканинах виникає запалення. Немає достовірної інформації про частоту перелому інструментів. Фрагменти інструменту виявляються у 1-6% обстежених зубів із запломбованими каналами [1].

В даний час існує ряд нехірургічних методів лікування зубів, що містять фрагменти зламаних інструментів: 1) його видалення; 2) обхід фрагмента інструменту з подальшим

включенням до складу кореневої пломби; 3) заповнення кореневого каналу до рівня фрагмента [2,3,4].

Оскільки прогноз лікування в останньому варіанті менш передбачуваний, були вивчені перші два варіанти.

Мета. Провести порівняльне дослідження стану твердих тканин зубів за допомогою внутрішньоротової цифрової рентгенографії після видалення зламаного інструменту та після відновлення прохідності кореневого каналу без видалення фрагмента.

Матеріали та методи. *Техніка видалення фрагментів.* Кінчик інструменту Гейтс-Глідден сточують диском, і під контролем зору із застосуванням мікроскопу їм створюють плоску платформу в корені на рівні зламаного торця інструменту, після чого використовують ультразвукову насадку для обведення навколо зламаного інструменту проти годинникової стрілки, щоб вийняти його. Ця процедура пов'язана із втратою кореневого дентину, а тому через втрату дентина може призвести до таких ускладнень, як перфорація та вертикальний перелом кореня.

Техніка обходу фрагментів. Ця процедура дозволяє очистити канал і тим самим вирішити проблему його інфікованості, не видаляючи інструмент. Метод байпасу вважається більш консервативним щодо кількості вилученого дентину порівняно з попереднім методом. Якщо файл був обійдений, то якість obturaції не погіршується. Ця методика залежить від можливості знайти невеликий простір біля зламаного інструмента за допомогою К-файлів невеликого розміру (№ 6,8,10). Для полегшення роботи використовується гель EDTA. Обхід слід здійснити до розміру К -файла 20 або 25 (після зміни розміру кожного файлу, для підтвердження проходження має бути проведена рентгенодіагностика). Далі, у нас є два варіанти завершення формування каналу: або за допомогою файлів вручну, або за допомогою машинних файлів, з якими пов'язано з ризиком повторного перелому інструменту.

Після лікування проведено порівняльне дослідження цифрових зображень післяопераційних рентгенограм за допомогою графічного редактора Photoshop CS. Розраховували коефіцієнт збережених твердих тканин - відношення діаметра кореня зуба до діаметра obtурованого кореневого каналу в пікселях. Ми обстежили 7 коренів зуба після видалення інструменту та 8 після байпасу.

Результати. При порівнянні середніх значень коефіцієнта збережених твердих тканин у зубах із фрагментом, який не видаляли (2,45), порівняно із зубами, з яких інструмент вилучили (5,56), значення коефіцієнта приблизно в два рази вище.

Висновок. Втрата дентину збільшує можливість такого післяопераційного ускладнення, як вертикальний перелом кореня. Зуби, в яких інструмент не видаляли, а оминали, мають більший запас твердих тканин, і, відповідно, прогноз подальшої служби зубів кращий, ніж для зубів із видаленими фрагментами.

Список використаних джерел

1. Проблемы эндодонтии. Профилактика, выявление и устранение / Михаэль Хюльсман, Эдгар Шефер [и др.] пер. с англ. / Б.Яблоновский – Москва-Санкт-Петербург-Киев-Алматы-Вильнюс: издательский дом «Азбука», 2009. – 588 с.
2. Нсенгиюмба Франсуа. Ортоградная ревизия корневых каналов при повторном эндодонтическом лечении / Франсуа Нсенгиюмба // Стоматология Казахстан. – 2012. – № 1 (59). – С. 6 - 7.
3. Арутюнов С.Д., Ошибки, осложнения в эндодонтии и методы их профилактики / С.Д.Арутюнов, О.И.Абраимова, Т.В.Будевская // Минск: БГМУ, 2012. – С 42.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ЗАБІЙНО-РВАНИХ РАН В РІЗНІ СТРОКИ З МОМЕНТУ ОТРИМАННЯ ТРАВМИ

НЕПОРОЖНЯ В.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Загоєння рани це складний та динамічний процес, який складається з трьох фаз: запалення, регенерації та реорганізації рубця. Загоєння ран може відбуватися трьома шляхами: загоєння первинним натягом, загоєння вторинним натягом, загоєння під струпом [1, 3, 5, 6, 7, 8].

Отже лікування ран повинно бути комплексним та складатися зі своєчасно проведеної хірургічної обробки та належного медикаментозного лікування з хірургічного втручання і раціонального застосування фармакологічних препаратів.

Вслід за пошкодженням, уражена тканина відновлюється за допомогою координованих біологічних механізмів, що забезпечують процес загоєння.

Хірургічне втручання з мінімальним ризиком виникнення ускладнень може бути досягнуто при проведенні в ранні терміни після травми, коли ступінь альтерації і ексудативних реакцій менш виражена. Отже, результат лікування залежить від фази ранового процесу в момент проведення операції, і може бути передбачений за допомогою клінічних даних, а також за результатами морфологічного дослідження країв рани. [2]

Одним із способів зменшення травматичності хірургічної обробки рани та зниження мікробної засіяності рани служить зниження обсягу операційної рани шляхом застосування більш безпечних методів закриття ран - накладання внутрішніх швів та застосування різноманітних пов'язок, що створюють оптимальні умови для загоєння ран та профілактики нагноєння ран і розходження швів. [9]

Процес загоєння післяопераційної рани залежить від обсягу пошкодження і особливостей організму пацієнта. Профілактичні заходи, спрямовані на попередження утворення рубців, включають застосування малоінвазивних методик, що зменшують травматизацію шкірних покривів, і використання різних терапевтичних та фізіотерапевтичних засобів, що перешкоджають формуванню рубцевозмінених тканин [4]

Список використаних джерел

1. Заживление ран/ К.М. Фенчин – К.: «Здоров'я», 1979. – С. 150-162
2. Морфологічна характеристика перебігу ранового процесу при експериментальному моделюванні різаних і забійно-рваних шкірних ран/ Брайловська Т.В., Федорина Т.А - Біомедицина, no. 1, 2009 pp. 68-74.
3. Патологическая анатомия/ А.И. Струков, В.В. Серов, под ред. В.С. Паукова – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. –С.235-251.
4. Профилактика и лечение патологических рубцов в хирургической практике/ Черняков А.В. // РМЖ. 2017. №28. С. 2063-2068.
5. Basic principles of wound healing/ H. Orsted, D. Keast, L. Forest-Lalande, M. Francoise-Megie// Wound Care Canada – 2011. Vol.9, No.2
6. Cutaneous scarring: Pathophysiology, molecular mechanisms, and scar reduction therapeutics. Part 1. The molecular basis of scar formation/ C. Profyris, C. Tziotzios, Do Vale// J Am Acad Dermatology. – 2012. Vol. 66 pp. 1-10.