

что в обе эти группы были отнесены случаи с обострением процесса. Поскольку наши данные позволяют сделать однозначный вывод, что обострение процесса является определяющим фактором, влияющим на резорбцию тканей зуба, мы провели анализ, исключив все случаи обострения. В этом случае критерий Хи-квадрат, равный 0,66 ($p=0,041$), указывает на достоверность гипотезы о связи патогистологических проявлений при хроническом течении периодонтита с резорбцией корня.

Исходя из данных проведенного исследования, можно заключить, что обострение процесса статистически достоверно чаще приводило к резорбции цемента вокруг апикального отверстия. Сама по себе резорбция не является постоянным процессом и может подвергаться обратному развитию. В клинических условиях определить степень резорбции не представляется возможным до тех пор, пока деструкция тканей зуба будет иметь столь выраженный характер, что сможет быть определена рентгенографически. Тем не менее, установление факта, что между остротой течения процесса и наличием апикальной резорбции существует тесная связь, а степень разрушения тканей зуба может быть весьма распространенной и выраженной вплоть до разрушения дентина, можно заключить, что подходы к эндодонтическому лечению зубов с обострением процесса и с асимптоматическим течением должны быть разными. И при обострении включают комплекс мероприятий, направленных на регенерацию тканей, тогда как при хроническом течении основным является надежное запечатывание апикального отверстия, что будет достаточным для спонтанного восстановления резорбированного цемента.

Політун А. М., Бешарова Т. К., Значкова О. А.
ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНИХ МЕТОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОДОНТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ У РАЗІ ВИВЕДЕННЯ ПЛОМБУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ В КАНАЛ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Київський медичний університет УАНМ
Стоматологічний медичний центр НМУ
ім. О. О. Богомольця

Розробка нових методів лікування ускладнень ендодонтичних втручань є актуальною проблемою внаслідок їх поширеності, тяжкості клінічного перебігу та наявності залишкових явищ. Найтяжчі ускладнення обумовлені виведенням пломбувального матеріалу за межі анатомічної довжини кореневих каналів зубів у періапикальні тканини, підборідний отвір, канал нижньої щелепи, що викликає безпосередній вплив на нижній альвеолярний нерв. Клінічні прояви обумовлені груповою належністю зуба, кількістю та токсичністю силера і проявляються больовим синдромом і невротією нижнього альвеолярного нерва.

Широкое коло клінічних симптомів пов'язано з тим, що анатомічно нижній альвеолярний нерв – це структура магістрального типу, в зону іннервації якої входять різні тканини. Саме тому прогноз щодо динаміки лікування залежить від преморбідного стану нерва, віку пацієнта та наявності в нього супутніх хвороб судинної, ендокринної та нервової систем.

Метою нашого дослідження є підвищення ефективності ендодонтичних втручань шляхом розробки нових способів комплексного нехірургічного лікування хворих з ускладненнями пломбування кореневих каналів зубів, спрямованого на відновлення стану нерва і трофіки тканин у зоні порушеної іннервації.

Протягом 2009-2010 рр. у Стоматологічному медичному центрі НМУ ім. О. О. Богомольця ми обстежили 46 пацієнтів з ускладненнями пломбування кореневих каналів зубів нижньої щелепи, які звернулися по допомогу в різні терміни після виникнення захворювання, в тому числі й після хірургічного лікування. З них у 21 хворого (45, 7%) діагностовано больовий синдром та у 25 осіб (54, 3%) - невротією нижнього альвеолярного нерва.

Усіх пацієнтів обстежувала команда фахівців, до якої входили стоматолог, невротолог, хірург-стоматолог. До комплексу обстеження, крім клінічних, входили рентгенологічні методи (прицільні рентгенограми, ортопантограма, комп'ютерна томографія) та електронейроміографія (ЕНМГ). Цей метод дає інформацію про анатомічну цілісність нерва і його функцію у відсотках відносно протилежного боку та вікових стандартів. Дані комплексного обстеження є базою для планування патогенетичного лікування і прогнозування його результатів.

Розроблений нами курс фізіотерапевтичного лікування в комплексній терапії охоплював такі процедури:

1. Лазеротерапія з параметрами: низькоенергетичне лазерне випромінювання напівпровідниковим (діодним) випромінювачем у червоній ділянці видимого діапазону спектра $\lambda=658$ нм, вихідна потужність 20 мW, частота 100 Hz.

2. Діадинамічний електрофорез у знеболювальному режимі препаратами «Актовегін» та «Мільгамма», які вводили через день.

Усі процедури виконував лікар-стоматолог послідовно в один день, тобто за одне відвідування хворий отримував 2 процедури щоденно, один курс складав 10 процедур, у разі необхідності повторні курси терапії проводили з інтервалом 2 місяці.

Результати лікування оцінювали за даними опитування, клініко-функціональних зіставлень у динаміці лікування через 3, 6 місяців та 1 рік. Позитивним результатом вважали зникнення або зменшення клінічних проявів, нормалізацію функціональних показників.

Після першого курсу лікування у хворих із больовим синдромом при ускладненні пломбування кореневих каналів зубів покращення самопочуття вияви-

ли в 10 осіб (47, 6%), не зазнали суттєвих змін 3 хворих (14, 3%). Повне клінічне одужання після 2-3 курсів лікування було у 8 пацієнтів (38, 1%).

При лікуванні хворих із неврологічними порушеннями, обумовленими ускладненнями пломбування кореневих каналів зубів, після завершення лікування зникнення больового синдрому виявили в 10 хворих (40%); не виявлено суттєвих змін у 3 пацієнтів (12%); лише після проведення 2 - 3 курсів терапії в 9 хворих (36%) виявили за суб'єктивними даними зменшення проявів парестезії різних ступенів інтенсивності; повністю відновлено чутливість губи та прилеглої ділянки шкіри обличчя в 3 обстежених (12%).

Висновки

1. Виведення пломбувальної маси в канал нижньої щелепи – тяжке ускладнення ендодонтичного лікування.

2. Використання фізіотерапевтичних методів у комплексній терапії ускладнень пломбування кореневих каналів зубів є патогенетично спрямованим, сприяє скороченню термінів лікування та підвищенню його ефективності.

3. Фізіотерапевтичне лікування є неінвазивним та медикаментозно ненавантаженим і як наслідок – економічно вигідним.

4. Динамічний контроль стану пацієнтів протягом диспансерного нагляду в різні терміни захворювання дає можливість коригувати курс лікування відповідно до даних обстежень.

Плав'юк Л. Ю. , Герелюк В. І. , Ільків М. М. , Неїко Н. В. , Стасюк Н. О.

РІВЕНЬ АКТИВНОГО МАГНІЮ В КРОВІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність проблеми. Серед актуальних завдань сучасної стоматології захворювання пародонта на рівні з карієсом займають одне з перших місць. За даними ВООЗ, більше 80% населення Землі тією чи іншою мірою страждають на захворювання пародонта. Згідно з дослідженнями А. І. Грудянова та Г. М. Барера, тільки у 12% людей пародонт здоровий, а в інших наявні ураження різних ступенів тяжкості – від початково-запальних до тяжких (деструктивних) змін із втратою зубів (Бостанджян Т. М. ; Любымов В. В. , 2004). Профілактика і лікування захворювань пародонта нині продовжують залишатись однією з актуальних проблем стоматології. За останні роки спостерігається тенденція до зростання поширеності захворювань пародонта, збільшення частоти ускладнених форм, що є однією з причин ранньої втрати зубів (М. Ф. Данилевський, 1999). Упродовж останніх 10 років була генерована значна кількість різноманітних методів і підходів діагностики та лікування генералізованого пародонтиту. Однак проблема його ефективного лікування залишається актуальною. Класич-

ний підхід до загального лікування генералізованого пародонтиту вимагає ефективної корекції з огляду на необхідність підвищення ефективності протизапальної та остеотропної терапії генералізованого пародонтиту.

Проведений аналіз фахової літератури показав, що магній займає важливе місце в біохімічних реакціях регуляції клітинного росту, синтезу білкової молекули, метаболізмі кісткової тканини, процесах регуляції еластичності судинної стінки, створює виражений гальмівний ефект щодо активації хронічних вогнищ запалення в організмі. Магній є фізіологічним антагоністом кальцію, метаболічним кофактором більшості обмінних реакцій, сприяє позитивному ефекту впливу препаратів кальцію на кісткову тканину, зокрема на альвеолярну кістку, знижує вміст ацетилхоліну в ЦНС, периферичній нервовій системі і тому має протизапальну, седативну, анальгезуючу, протисудомну, спазмолітичну, жовчогінну, токолітичну дію. Активна участь цього елемента у фізіологічних процесах є основою багаточисленної клінічної симптоматики при гіпомagneзіємії. Результати плацебо- контрольованого дослідження показали, що гіпомagneзіємія потенціює норадреналінову вазоконстрикцію, порушує утилізацію кальцію під час скорочення гладких м'язів, дестабілізує мембрану клітин, які беруть участь у розвитку запального процесу. Умови сучасного життя призводять до поширення в організмі людини дефіциту магнію: психоемоційний стрес, порушення дієти, малорухомий спосіб життя, алкоголь, прогресуюче старіння населення – і це далеко не повний перелік чинників, які сприяють зниженню рівня магнію в організмі людини. Вищезгадані дані створюють об'єктивні передумови для глибшого вивчення особливостей обміну магнію у хворих на генералізований пародонтит із метою подальшої ефективної корекції в комплексній терапії.

Наукова новизна роботи полягає у вивченні вмісту магнію, використовуючи метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії в сироватці крові, слині та добовій сечі хворих на генералізований пародонтит різних ступенів розвитку.

Мета роботи. Провести порівняльну характеристику концентрації магнію в сироватці крові, слині та добовій сечі у хворих на генералізований пародонтит різних ступенів розвитку.

Методи та результати дослідження. Для дослідження було відібрано 21 хворого на генералізований пародонтит, відповідно група А - 11 осіб початкового – I ступеня розвитку та група В - 10 осіб II – III ступенів розвитку віком від 19 до 44 років. Групу контролю (К) становили 12 осіб із клінічно здоровим пародонтом. Рівень магнію оцінювали за рекомендаціями ВООЗ (2009 р.): у нормі рівень магнію в сироватці дорослих становить 0, 74 – 1, 26 ммоль/л, у слині – 0, 45 – 0, 71 ммоль/л, у добовій сечі – 2, 5 – 8, 5 ммоль/л.

Установлено, що в групі А рівень магнію в сироватці крові має тенденцією до зниження (0, 64±0,