



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Запорізький державний медичний університет**



Асоціація стоматологів Дніпропетровської області

Асоціація стоматологів Запорізької області

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична
конференція
«Стоматологія Придніпров'я»**

19 квітня 2019

Дніпро-Запоріжжя

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвеєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

компрессионного болевого мышечно-суставного симптома и обеспечить адекватное эффективное лечение.

Романенко Е.Г., Матвеева А.Д.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИОДЕНТИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПУЛЬПИТА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», кафедра детской стоматологии, Украина

Лечение патологии пульпы постоянных зубов с незаконченным формированием корня является одним из ответственных мероприятий в детской стоматологической практике. Важность этого вопроса диктуется необходимостью применения методов и материалов, позволяющих сохранить жизнеспособность пульпы и функциональную ценность зуба, а также обеспечивающих возможность роста и формирования корней[1,2].

Одним из новых современных пульпопокрывающих материалов является «Биодентин» («Biodentine™», Septodont). Порошок содержит трикальций и дикальций силикаты и карбонат кальция. Жидкость содержит водный раствор хлорида кальция с добавлением поликарбоксилата. В процессе застывания материала образуется гидроксид кальция.

«Biodentine™» является биоактивным заменителем дентина за счет схожих с ним механических свойств, поэтому может служить его заменой как в коронарной, так и в корневой части зуба. Данный препарат создает условия для поддержания витальности пульпы путем плотного «запечатывания» поверхности дентина[4], что обеспечивает отсутствие послеоперационной чувствительности и долговечность реставрации витальных зубов. «Biodentine™» показан для непрямого и прямого покрытия пульпы, пульпотомии, закрытия перфораций дна полости зуба и корневых каналов, апексификсации. Препарат имеет улучшенные механические свойства, меньшую растворимость и надежные герметизирующие свойства по сравнению с препаратами на основе гидроксида кальция [3]. «Biodentine™» прост в использовании, обладает хорошей стабильностью, поэтому может использоваться как для защиты пульпы, так и в качестве временной пломбы.

Учитывая вышесказанное, целью работы явилось изучение результатов лечения препаратом «Биодентин» хронических форм пульпита зубов с незаконченным формированием корня.

Материал и методы исследования.: под наблюдением находилось 15 детей в возрасте 8-10 лет, из них 8 мальчиков и 7 девочек. У пяти пациентов был

установлен диагноз хронический гангренозный пульпит, у шести - хронический фиброзный пульпит, у четырёх - хронический гипертрофический пульпит. Для постановки диагноза использованы клинические методы исследования: субъективные данные (сбор жалоб, опрос), объективные данные (осмотр, перкуссия); данные рентгенографического исследования (рентгеновский снимок).

Эффективность применяемых методов лечения оценивали по результатам клинического и рентгенологического методов исследования.

Рентгенологическое исследование проводили в целях диагностики и в диспансерный период наблюдения через 3-6-9 месяцев до полного завершения формирования корней.

Результаты собственных исследований. Лечение хронического гангренозного пульпита проводили в несколько посещений.

В первое посещение под анестезией проводили удаление пульпы и её распада не доходя 2 мм до ростковой зоны, обильно промывали корневые каналы 1% раствором перекиси водорода и 1% раствором гипохлорита натрия поочерёдно. В результате происходила бурная реакция с выделением атомарного кислорода. Каналы промывали многократно и затем высушивали бумажными штифтами. Для разжижения экссудата и усиления лизиса некротических масс, а также нейтрализации бактериальных токсинов в каналы вводили иммобилизованные протеолитические ферменты в виде суспензии Профезима или раствора Иммозимазына турунде в канале на 24 ч под временную пломбу.

Во второе посещение выяснилось, что у трёх пациентов были жалобы на незначительную боль при накусывании. Два пациента жалоб не предъявляли. Явления болезненности при накусывании сразу после проведения ампутационного лечения пульпита у исследуемых следует расценивать как ответную реакцию тканей пульпо-периодонтального комплекса на травму и незначительное раздражение препаратом.

Следует учитывать, что в зубах с незавершенным формированием корня при хронических формах пульпитов инфицирована и костная ткань альвеолы, чему способствуют обширные костно-мозговые пространства, заполненные красным костным мозгом, участвующем в гистогенезах костной и кроветворной ткани. Промывающие растворы и антисептические повязки приводят к значительному уменьшению бактериального загрязнения корневых каналов, но только поверхностных слоев корневого дентина, и, к сожалению, в большинстве случаев не всегда обеспечивают его стерильность. Очевидно, что при лечении гангрены пульпы внутриканально следует вводить антибиотики, воздействующие на анаэробную флору. Предварительно каналы промывают антисептиками, такими как 0,5% раствор этония, 0,02% раствор фурациллина, 0,01% раствор мирамистина.

Всем пациентам провели медикаментозную обработку каналов 0,02% раствором фурациллина. В корневых каналах оставили турунды со смесью ципрофлоксацина, метронидазола и моноциклина на 48 ч под повязку. Эти

смеси при введении в корневой канал проникают за пределы дентина и цемента и создают в окружающей среде концентрацию, достаточную для эффективного подавления роста патогенных микроорганизмов.

В третье посещение у всех больных с хроническим гангренозным пульпитом жалобы отсутствовали, перкуссия зубов была безболезненной. При ревизии в корневых каналах следов экссудата не обнаружено. Корневые каналы заполнили материалом «Биодентин».

Результаты: при клиническом осмотре, проведенного через 3 месяца после лечения препаратом Биодентин» методом витальной пульпотомии, пациенты жалоб не предъявляли. В последующие диспансерные наблюдения через 6 и 9 месяцев по результатам рентгенологического исследования наблюдалось формирование верхушек корней (апексификация). В четырех случаях закрытие верхушки корня было нормальной формы, в одном случае закрытие верхушки корня куполообразной формы, в то время как канал остался в форме раструба.

Лечение зубов с хроническим фиброзным и гипертрофическим пульпитом проводили в одно посещение. В первое посещение под анестезией проводили витальную ампутацию пульпы после тщательной некротомии кариозной полости с помощью острого экскаватора.

Антисептическую обработку проводили 0,06% р-ром хлоргексидина биглюконата. После удаления устьевой части пульпы острым стерильным твердосплавным бором гемостаз, как правило, не требовался. При необходимости использовали гемостатическую губку.

В дальнейшем на устья корневых каналов был наложен материал «Биодентин» и поставлена временная пломба из стеклоиономерного цемента. Результаты: при клиническом осмотре, проведенного через 3 месяца после лечения препаратом «Биодентин» методом витальной пульпотомии, пациенты жалоб не предъявляли. В последующие диспансерные наблюдения через 6 и 9 месяцев по результатам рентгенологического исследования наблюдалось физиологическое формирование корней (возрастная норма).

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты позволяют рекомендовать материал «Биодентин» для широкого применения при лечении хронических пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями ввиду его высокой эффективности.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАНТОМОВ В ПРЕПОДАВАНИИ РАЗДЕЛА «ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Романенко Е.Г., Срибник П.Л., Синьковская О.А, Влад М.И., Остапенко Д.И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»