

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ ЗАКАРПАТТЯ  
ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ  
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



## **“АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРОБ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА ТА ПАРОДОНТУ”**

**МАТЕРІАЛИ ПЕРШОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТОМАТОЛОГІВ ЗАКАРПАТТЯ.**

**15-16 ТРАВНЯ 2008 РОКУ**



УЖГОРОД  
2008

*Білий В. М.*  
УДК 616. 314. 08

ББК р 661.210.9

**Редакційна колегія:** Ю.Ю. Переста, М.К. Добровольська,  
В.І. Сливка, О.В. Ігнатенко.

Матеріали першої науково-практичної конференції стоматологів Закарпаття “Актуальні питання профілактики і лікування хвороб твердих тканин зуба та пародонту” (15-16 травня 2008 року). – Ужгород : Ужгородський національний університет, 2008. – 94 с.

Матеріали збірника присвячені удосконаленню наявних і розробці нових методів профілактики і лікування хвороб твердих тканин зуба та пародонту. Опубліковані праці містять опис новітніх технологій в лікуванні основних стоматологічних захворювань.

**Наукові редактори збірника:** д.м.н., професор Ю.Ю. Переста,  
к.м.н., доцент М.К.Добровольська.

© Ю.Ю. Переста, М.К. Добровольська, 2008

© Ужгородський національний університет, 2008

## ЗМІСТ

### ВСТУП

- д.м.н., проф. Ю.Ю. Переста  
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ УЖНУ .....9
- Аспирант Абед Ибрагим Мохаммед Ель-халабй  
ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА СЪЕМНЫМ ОРТОДОНТИЧЕСКИМ  
АППАРАТОМ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ .....10
- Авдеев В.В., Химич В.Ю., Елькіна Т.А.  
ЗАГАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЕННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ.....11
- Бульбук О.І., Локота Є.Ю., Жеро Н.І.  
МЕТОДИКА БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ІЗ ВІДТВОРЕННЯ  
ПОЛОЖЕННЯ, РОЗМІРУ І ФОРМИ ЗУБІВ, ЩО ВИДАЛЯЮТЬСЯ  
.....13
- Вахтангішвілі Г. А., Жеро Н.І., Криванич І.І., Готра Ю.Ю.  
РОЛЬ ХАРЧОВИХ ПРЕФЕРЕНЦІЙ ПАЦІЄНТІВ ЯК ЕТІОЛОГІЧНОГО  
ФАКТОРУ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТУ ТА ТВЕРДИХ ТКАНИН РОТОВОЇ  
ПОРОЖНИНИ.....16
- Вдовенко Л.П.  
МЕТОДИКА ВИГОТОВЛЕННЯ НАБОРУ АДГЕЗИВНОГО  
МОСТОПОДІБНОГО  
ПРОТЕЗУ.....17
- Гелей В. М.  
МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ  
ПЕРІОСТИТИВ В АМБУЛАТОРНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ  
ПРАКТИЦІ.....18
- Гелей В.М.  
ВИКОРИСТАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ  
ІМУНОМОДЕЛЮЮЧОЇ ДІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ  
ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРІОДОНІТУ .....20

формою і оклюзійною поверхнею, дало можливість адгезивні мостоподібні протези в залежності від локалізації дефекту розподілити на певні групи. Виготовлення тої чи іншої конструкції адгезивного протеза дає можливість провести необхідну корекцію проміжної частини безпосередньо до відповідного розміру дефекту в порожнині рота пацієнта, зокрема відношення до слизової оболонки беззубої ділянки альвеолярного відростка та оклюзійної поверхні зубів-антагоністів. Крім того, наявність у наборі композитної форми різців, або ікол, і/або премолярів або молярів на верхню та нижню щелепи дозволяє проводити корекцію кольору до оточуючих зубів. Корекцію форми та кольору проводять шляхом зішліфування контактних поверхонь, відповідно до оточуючих зубів і накладання відповідного кольору, внаслідок чого відтворюють індивідуальність форми. Після цього адгезивний мостоподібний протез входить до набору (гарнітуру) готовий для фіксації в порожнині рота пацієнта.

Важливим позитивним моментом запропонованої методики є швидка адаптація хворих до таких конструкцій (1-2 дні), на відміну від хворих, яким проведено лікування незнімними традиційними мостоподібними протезами і необхідний тривалий час на підготовку до протезування та виготовлення конструкції протеза.

Отже, запропонована методика виготовлення набору адгезивного протеза та їх застосування, дозволяє в одне відвідування із врахування індивідуальних особливостей відновити у хворого малий дефект зубного ряду.

## **МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ПЕРІОСТИТІВ В АМБУЛАТОРНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Гелей В. М.

*Закарпатська обласна стоматологічна поліклініка.*

*м. Ужгород*

В амбулаторній практиці стоматолога-хірурга одонтогенні періостити щелеп складають досить суттєвий відсоток.

Найчастіше вони виникають у пацієнтів із зниженим рівнем загального і місцевого імунітету після перенесених захворювань бактеріальної або вірусної етіології на фоні несанованої ротової порожнини, ураженої множинним карієсом і незадовільного гігієнічного стану.

Клінічна ситуація ще більше ускладнюється при наявності обширних зон ураження на одній або одночасно на двох щелепах. В такому випадку одночасне видалення декількох зубів або коренів призводить до обширних

кісткових дефектів, проблематичних для подальшого ортопедичного відновлення зубного ряду.

В зв'язку з цим перед амбулаторним хірургом повстає ряд проблем, вирішення яких полягає у забезпеченні повноцінного перебігу запальної реакції і відновленні функціональної цілісності зубного ряду.

Нашою метою стало дослідження клінічної ефективності хірургічного лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп з додатковим призначенням антигомотоксичних препаратів ( АГТП ) у післяопераційному періоді та відстроченого оперативного втручання з застосуванням препарату направленої кісткової регенерації коллапану з антибіотиком лінкоміцином.

#### **Матеріал і методика.**

Під нашим спостереженням знаходилось 47 хворих віком від 20 жінок і 27 чоловіків з гострими одонтогенними періоститами щелеп і множинними ураженнями зубів, ускладненими формами карієса.

У всіх пацієнтів відмічалось погіршення загального стану, підвищення температури тіла до 38,5°C асиметрія обличчя за рахунок набряку відповідної ділянки обличчя, болючість регіональних лімфовузлів під час пальпації.

Оперативне втручання проводилось за двох етапною схемою.

І етап полягав у видаленні причинних зубів, обробці рани стерильною ватною кулькою, зволоженою розчином колоїдного срібла. Одночасно проводили періостомію з дренажуванням рани. Дренаж видаляли на 2-3 день.

АГТП траумель привернув нашу увагу своєю здатністю активізувати процеси місцевого і загального імунітету, стимулювати очищення і загоєння рани, зменшувати набряк, знеболювати і мінімізувати ризик ускладнень у післяопераційному періоді. У перший день після видалення зубів ми призначали траумель С №50 за ініціюючою схемою – по 1 т. під язик до повного розсмоктування кожні 15 хв. на протязі 2 годин, а в подальшому – по 1т- 4 рази на день, через 30 хвилин після їжі. Призначення на фоні дренажного засобу лімфоміозоту по 10 крапель за 30 хв. до їжі на протязі місяця.

Ехінацею композитум вводили п/ш по 2,2 мл 2р. на тиждень. При цьому ми розраховували на специфічну дію нозодів, що входять до її складу. Серед них стрептококовий, стафілококовий, піогенний і грипозний нозод.

Другий етап операції з використанням коллапану з лінкоміцином проводили після зникнення гострих запальних явищ явищ на 10-12 день. Він полягав у проведенні розрізу м'яких тканин по гребню альвеолярного відростку, відведенні слизово-окістного клаптя, формування кісткового ложа, засипання коллапану з лінкоміцином і закриття дефекту клаптем з послідуочим накладанням швів.

#### **Результати та їх обговорення.**

Описана методика оперативного лікування одонтогенних періоститів з застосуванням АГТП протизапальної і імуномодулюючої дії давала можливість вже на другий день покращити запальний стан хворих, зменшити набряк і біль в місцевих м'яких тканинах, припинити виділення з рани, зменшити болючість лімфовузлів. На третій день відновлювалась функція щелеп.

Другий етап оперативного втручання сприяв прискореному протезуванню дефекту зубного ряду вже на 12-15 день після дати повторного оперативного втручання.

#### **Висновки:**

1. Призначення АГТП дренажної, протизапальної і імуномодулюючої дії (лімфоміозоту, траумелю С і ехінацеї композитум) сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, прискореному переходу запалення у репаративну фазу, зменшенню терміну непрацездатності хворого.
2. Двоетапне хірургічне втручання з застосуванням препарату направленої кісткової регенерації коллапану з лінкоміцином дозволяє вже на 12-15 день після повторного оперативного втручання відновити дефект зубного ряду ортопедичними методами.
3. Отримані результати дають можливість рекомендувати методику комплексного лікування одонтогенних періоститів в широкому амбулаторну хірургічну практику.

### **ВИКОРИСТАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ІМУНОМОДЕЛЮЮЧОЇ ДІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕРІОДОНТУ.**

Гелей В.М.

*Ужгородська обласна стоматологічна поліклініка.*

*м. Ужгород*

Останні роки відзначаються важким перебігом гострих і загострених хронічних форм періодонтитів на фоні зниження загального і місцевого імунітету внаслідок перенесених ГРЗ, грипу тощо. Це сприяє в'ялому затяжному перебігу пост екстракційного періоду, виникненню альвеоліту переходу процесу у остеомієліт.

**Метою** нашого дослідження стало вивчення ефективності антигомтоксичних препаратів (АГТП) імуномодулюючої дії на перебіг постекстракційного періоду у хворих з гострим, загостреним і хронічним періодонтитом.

#### **Матеріал і методика.**

Під нашим спостереженням знаходилось 72 пацієнт працездатного віку від 18 до 60 років. Серед них було 40 осіб жіночої і 3

особи чоловічої статі. 23 з них хворіло на гострий серозний і гнійний періодонтит, 15 мало хронічний фіброзний, гранулюючий або гранулематозний періодонтит, у 34 він був у стадії загострення.

57 чоловік попередньо перенесли ГРЗ, грип, гострий тонзиліт, в лікуванні яких застосовувались антибіотики, протизапальні засоби часто безсистемно у вигляді самолікування.

Основну групу спостереження склали 54 пацієнта, яким після екстракції зуба призначили комплексну терапію з імуномодельюючими АГТП. 18 хворих увійшли до контрольної групи в якій застосовували традиційні знеболюючі і протизапальні алопатичні засоби. Всі препарати були ліцензовані МОЗ України.

Із імуномодельюючих препаратів використовувались траумель С, ехінацея композітум (Cheel). Вибір препарату ехінацея композітум було обумовлено його складом і механізмом терапевтичної дії.

До складу ехінацеї композітум входить 13 рослинних, 6 мінеральних, 2 препарата тваринного походження і 4 нозода : стрептококовий, стафілококовий, біогенний та грипозний. Кожний із них сприяє виведенню токсинів, що накопичились в організмі хворого після перенесених гострих запальних захворювань бактеріального і вірусного походження, а піогенний нозод вважається «гомеопатичним антисептиком і антибіотиком». Усі вони є специфічними імуномодуляторами.

Згідно положень щодо терапії АГТП призначення ехінацеї композітум має бути в комплексі з дренажним препаратом лімфоміозотом та із базисним траумель С протизапальної, знеболюючої, дезінтоксикаційної, імуномодельюючої дії.

Враховуючи дані літератури про те, що АГТП доповнюють алопатичні засоби при комбінованому використанні, ми розробили наступний лікувальний комплекс для хворих основної групи спостереження.

Після екстракції причинного зуба обробляємо рану ватними кульками, змоченими розчином колоїдного срібла або водного розчину метиленового синього.

Лімфоміозот призначили по 10 крапель 3 рази на день за 30 хвилин до прийому їжі, траумель С по 1 таблетці 4 рази через 1 годину після їжі. Ін'єкції ехінацеї композітум № 5 вводили по 2,2 мл 2 рази на тиждень.

Місцево призначали таблетки антисептика хлорофіліпту для розсмоктування 4 рази на день через 30 хвилин після їжі. Полоскання відваром ромашки після їди. Ввечері призначили прийом 250 мл кальцій Д3 Нікомед.

В якості контрольних тестів були вибрані наступні клінічні ознаки : тривалість больової реакції, грануляція, відновлення функції нижньої щелепи. Площа раневої поверхні вимірялась за допомогою планіметричного методу за Л.Н.Поповою, який дає можливість визначити середню швидкість зменшення раневої поверхні в мм на добу.

## Результати і їх обговорення.

В основній групі спостереження у 96% пацієнтів вже на другий день після видалення зуба зникали болючість, гіперемія, набряк м'яких тканин, неприємний запах. На третій день в рані з'явилися грануляції і відновлювалась функція нижньої щелепи. Планіметрія рани свідчила про активний перебіг фази регенерації рани. На протязі 3-х днів нормалізувався запальний стан організму, його температурна реакція. На відміну від основної групи у 48 пацієнтів контрольної групи спостерігався в'ялий перебіг запального процесу в рані, пізніше зникнення місцевої больової реакції, набряку і гіперемії країв рани, поява грануляції відновлення функції нижньої щелепи в середньому на 3,4 +/- 0,1 дня довше. Планіметрія рани свідчила про в'ялий перебіг процесу регенерації в них. Нормалізація загального стану організму і його температурної реакції порівняно з пацієнтами основної групи запізнювалось в середньому на 4,8 +/- 0,2 дні в порівнянні з основною групою спостереження.

## Висновки.

Призначення комплексу медикаментозних засобів з участю АГТП імуномодельюючої, протизапальної, регенеруючої дії із вмістом нозодів ймовірних збудників запального процесу дозволило скоротити терміни непрацездатності, прискорити відновлення структури і функції тканин зубощелепної ділянки, а тому медикаментозне лікування із застосуванням АГТП може бути рекомендований в амбулаторну хірургічну практику.

## ЗБАГАЧЕНА ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА - ОПТИМІЗАТОР РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

*Горицька К.В., Готь І.М., Горицький В.М.*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.*

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*м. Львів*

Незважаючи на щоденне збільшення науково обґрунтованих, новітніх методів та схем лікування травматичних переломів нижньої щелепи, ми зустрічаємося з проблемою сповільненої консолідації відламків на тлі місцевих запальних ускладнень або загально соматичних патологій пацієнта. В описаній клінічній праці, для лікування переломів із ранніми запальними ускладненнями ми застосували збагачену тромбоцитами плазму (ЗТП). Цей метод дозволяє збільшити концентрацію факторів росту безпосередньо у місці хірургічного втручання, в нашому