

Залежно від схеми лікування хворих було розподілено на дві групи: 1– основна (18 осіб) та 2– контрольна (17 осіб). Лікування проводили в III етапі.

На першому етапі хворим 1 та 2 клінічних груп проводили професійну гігієну порожнини рота; усували місцеві подразники, відновлювали контактні пункти шляхом заміни неякісних пломб та ортопедичних конструкцій, нормалізували оклюзію. Пацієнтам 1 групи як протизапальний препарат призначали гель «Холісал». Гель застосовували у вигляді аплікацій на ясна в пародонтальні кишені 4 рази за день протягом 5-7 днів. Лікування пацієнти здійснювали самостійно в домашніх умовах. Пацієнтам 2 (контрольної) групи призначали аплікації пастою «Мефемінат» 4 рази за добу, «Солкосерил»-гель – 3 - 5 раз за добу з п'ятого дня лікування. Курс лікування склав 10 днів.

На II і III етапах лікування в обох клінічних групах не відрізнялось індивідуально залежно від парадонтологічного статусу.

Пародонтологічний статус хворих оцінювали за допомогою об'єктивних пародонтологічних індексів і функціональних проб. Обстеження хворих проведено на початку I основного етапу лікування та після і через 3 місяці.

Результати та їх обговорення

Клінічне обстеження пацієнтів із ГП виявило різноманітні клінічні ознаки захворювання: гіперемію, набряк, ціаноз ясен; незначні больові відчуття при пальпації; галітоз. Глибина пародонтальних кишень у середньому становила $5,00 \pm 0,42$ мм, при зондуванні вони кровоточили. Оголення шийок і коренів зубів – від 1/3 до 1/2 їх довжини. Виявлено значні відкладення зубного нальоту та зубного каменю над– і під'ясенної локалізації.

Після завершення лікування в пацієнтів першої клінічної групи виражені ознаки запалення в тканинах пародонта зникали на 5 добу, в пацієнтів контрольної групи клінічний ефект констатували лише на 10-14 добу.

Порівняльний аналіз клінічних результатів, отриманих через 3 місяці після завершення лікування виявив, що терапевтичний ефект значно кращий у пацієнтів 1 клінічної групи, на що вказували достовірно нижчі значення індексів РМА, інтенсивності кровоточивості ясен та негативної проби Шіллера – Писарева. Індекс гігієни Гріна – Верміліона був достовірно нижчий у порівнянні з даними в пацієнтів контрольної групи.

Висновок. Проведені дослідження показали високу клінічну ефективність використання гелю «Холісал» як компонента комплексної терапії хворих на генералізований пародонтит. Препарат простий у використанні, економічно доступний.

Голсвчанська О. Д. ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОДОНТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ НМУ імені О. О. Богомольця

Успіх ендодонтичного лікування визначається дотриманням вимог до кожного його етапу – коректна інструментальна обробка, ретельна іригація дезінфікуючими розчинами, щільне пломбування кореневих каналів, подальший захист кореневого каналу від можливого попадання інфікованої рідини з ротової порожнини. Серед ускладнень пломбування кореневих каналів зубів найбільш загрозливим є надлишкове виведення силерів за межі кореневих каналів.

Коректна інструментальна обробка кореневого каналу забезпечується правильним визначенням робочої довжини кореневого каналу та врахуванням його анатомії (викривленість, наявність відгалужень тощо) і підбором відповідних інструментів. Як показав ретроспективний аналіз 96 медичних карт пацієнтів з ускладненнями ендодонтичного лікування, 62 (64, 6%) з них не були обстежені рентгенологічно до початку або під час лікування, не було проведено також електрометричне вимірювання робочої довжини кореневого каналу. Це призвело до надмірної інструментації кореневих каналів по довжині та некоректної обробки апікального отвору без калібрування, що у свою чергу зумовило надлишкове виведення пломбувального матеріалу за межі кореневих каналів зубів, виникнення хронічного больового синдрому та необхідність подальшого неочікуваного лікування.

Ретельне виконання всіх етапів ендодонтичної терапії – діагностичне рентгенологічне обстеження, верифікація робочої довжини зуба електрометричним методом, калібрування верхівкового отвору, надання кореневому каналу форми поступового конусу забезпечить успішний результат лікування кореневих каналів зубів.

Гриновець В. С. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЇ В ГАЛИЧИНІ. СТАНОВЛЕННЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ШКОЛИ У ЛЬВОВІ (XIX-XX ст.) Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Відповідно до історичних джерел зародження львівської університетської стоматологічної школи припадає на час, коли Львів був столицею королівства Галичини і Володимирії (поч. XIX ст.). Перші відомості про кафедру зуболікування при медико-хірургічному інституті у Львівському університеті датуються 1828 роком. Очолив кафедру зуболікування професор зуболікування Карл Прокоп Каліга (Calliga) (1775-1841), який до 1841 р. проводив заняття з лікування зубів та дентистики у Львові.

У 1838 р. К. Каліга, на той час професор зуболікування у Львові, на підставі досвіду, набутого під час

роботи в кабінетах зуболікування Німеччини, Польщі, Росії, у Відні видає друком посібник "Про хвороби зубів та засоби їх лікування" («Ueber die Krankheiten der Zähne und die Mittel sie zu heilen»). Згодом К. Каліра у Львові видає цей посібник польською мовою ("O chorobach zębów i środkach leczenia takowych". – Lemberg, Piller, 1840) та в Мілані італійською мовою ("Manuale per la conservazione dei denti e modo di curarne le malattie". – Milano, Silvestri, 1841) (книги зберігаються в бібліотеках Львова та Відня).

У 1905-1907 рр. у Львові при медичному факультеті університету відкрито першу в Україні (у Східній Європі) університетську клінічну базу – стоматологічну амбулаторію для підготовки дипломованих лікарів-стоматологів та надання спеціалізованої допомоги незаможним прошаркам населення Галичини. Очолив клініку доц. А. Гонька, згодом – доц. Т. Богосевич, які успішно захистили докторські роботи, і їм було присвоєно вчені ступені професорів.

Протягом 1913 - 1941 рр. львівську школу стоматології очолював А. Цешинський – учений світового рівня, якому належить вагомий внесок у розвиток української, польської і світової стоматології. У 1907 р. він видав "Радіологічний атлас дентистичних знімків" – перше видання у світі у цьому напрямку, був співавтором "правил ізометрії" в рентгенологічному дослідженні зуба, в 1914 р. створив Інститут стоматології при Львівському університеті, був одним зі співавторів радикальної гінгівектомії (Цешинського-Відмана-Неодіне-Неймана). У 1936 р. Міжнародна федерація дентистів (FDI) відстоїла А. Цешинського найвищій світової стоматологічної нагороди – "Золотої медалі Міллера". Упродовж 1940-1941 рр. він був, по суті, першим представником української стоматології у FDI. У 1941 р. професор А. Цешинський у Львові розстріляний гестапо.

У 30-40-х роках ХХ ст. значний внесок у розвиток львівської стоматологічної школи зробили асистенти, доценти (згодом професори) М. Янковський, М. Женьчак, Й. Яжемб, Й. Петрицький, Т. Овінський, С. Чорткавер, Г. Горчинський. Львівська університетська школа стоматології – єдина в Україні, яка не припиняла своєї діяльності під час німецької окупації за часів другої світової війни. Керівником курсу і клініки стоматології до 1946 р. був доцент Мечислав Янковський. У 1946-1958 рр. курсом та клінікою стоматології при кафедрі шпитальної хірургії керував Олександр Коваль, згодом професор і організатор у 1958 р. стоматологічного факультету. У 1960 р. організована кафедра хірургічної стоматології, а з 1961 р. – ортопедичної та терапевтичної стоматології.

Отже, становлення львівської стоматологічної школи, яка є однією з найстаріших у нашій державі, стало одним із важливих етапів розвитку сучасної стоматології.

Гриновець В. С. КОАГУЛЯЦІЙНА ДИСТРОФІЯ ЯСЕН І ПУЛЬПИ ЗУБА ЯК МІСЦЕВИЙ ПРОЯВ ЗАГАЛЬНОЇ КОАГУЛЯЦІЙНОЇ ДИСТРОФІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Відкриття тромбін-плазмінової системи, яка функціонує не тільки в крові, а й у проміжній сполучній тканині, і, що найважливіше, в кожній клітині організму, дало можливість установити, що дегенеративно-дистрофічні ушкодження органів у людей похилого і старечого віку за своєю суттю є загальною віковою коагуляційною дистрофією (Монастирський В. А., 2004). У зв'язку з цим можна припустити, що за цих умов прояви коагуляційної дистрофії будуть виявлятися також у яснах і пульпі зуба.

З метою перевірки цього припущення за допомогою електронної мікроскопії було проведено дослідження ясен і пульпи зубів у групі пацієнтів віком 60-70 років (14 осіб) із проявами загальної вікової коагуляційної дистрофії. Матеріал для досліджень забирали в процесі лікування з дотриманням норм біоетики.

При дослідженнях у яснах виявлена така тріада ультраструктурних змін: 1) у судинному руслі – дисемінований мікротромбоз, переважно у вигляді так званих гомогенних мікротромбів, що є проявом декомпенсованої гемокоагуляції і має переважно фібринну природу; 2) в основній речовині проміжної сполучної тканини ясен – мукоїд, який є проявом денатурації білків, і фібриноід, який є проявом перетворення фібриногену на фібрин у процесі коагуляції в цьому середовищі; 3) у клітинах – ушкодження мембран різних органел, що проявлялося у вигляді їх розпушення, а також наявність преципітатів, коагулятів або суцільного цитогелю, що є проявом перетворення G-актину (глобулярний актин) на F-актин (фібрилярний актин) та денатурації інших внутрішньоклітинних білків у процесі цитокоагуляції.

При дослідженні пульпи зубів виявлено таку ж тріаду ультраструктурних змін, як і в яснах.

Отже, виявлені коагуляційно-дистрофічні ушкодження ясен і пульпи зуба в людей похилого і старечого віку є місцевим проявом загальної вікової коагуляційної дистрофії.

Гриновець І. С., Калинюк Т. Г., Гриновець В. С. НОВИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ У ФОРМІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПЛІВОК З АМІЗОНОМ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У результаті пошуку ефективних лікарських засобів при захворюваннях пародонта і слизової оболонки порожнини рота нами було вивчено та опрацьовано склад нової форми у вигляді стоматологічних лікарських плівок з амізоном.