

Отже, на основі проведених обстежень можна стверджувати, що в більшості випадків патологія пародонта супроводжується різного ступеня змінами пульпи та верхівкового періодонта. Ендодонтичне лікування в пацієнтів із патологією пародонта має особливе значення. Без проведеного адекватного ендодонтичного лікування неможливо розраховувати на тривалу ремісію при захворюваннях пародонта. З іншого боку, недосконале ендодонтичне лікування з приводу ускладненого карієсу може призвести до погіршення пародонтального статусу вже на ранніх стадіях ураження тканин пародонта.

Гонтарь Е. А. , Гаврилов А. Е. , Латынина Е. И.
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗУБОВ КАРИЕСОМ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В патогенезе многих болезней ведущая роль отводится фактору психологического стресса (в частности "неотреагированным" эмоциям). Есть все основания полагать, что главным патогенетическим механизмом значительной части заболеваний полости рта, относящихся к ведению стоматологов, является нейротрофическое расстройство соответствующих тканевых структур на фоне острого и хронического стресса. В последнее время широко распространены психологические исследования в стоматологии. С этой целью разработана "Клиническая стоматологическая шкала", предназначенная для диагностики психофизиологического состояния больных перед стоматологическим вмешательством.

Целью данного исследования явилось изучение показателя интенсивности кариеса зубов (КПУ) у молодых людей в зависимости от психологического статуса.

Методы и результаты исследования. Было проведено обследование 31 пациента в возрасте 19-20 лет. Оба пола представлены в равной пропорции. В ходе обследования изучали показатель интенсивности кариеса (КПУ), психологический статус с помощью опросника Айзенка по определению темперамента, состоящего из 57 вопросов, и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Изучение психологического статуса позволило разбить исследуемую группу на 4 типологические подгруппы. В флегматоидную группу вошли 6 человек; в меланхолоидную - 9 человек; в сангвиноидную - 6 человек; в холероидную - 10 человек. Изучение средних значений показателя интенсивности кариеса по типологическим подгруппам показало, что во флегматоидной подгруппе он составил $7,4 \pm 0,02$; в меланхолоидной - $7,6 \pm 0,05$; в сангвиноидной - $5,1 \pm 0,04$; в холероидной - $10,9 \pm 0,1$. Среднее значение частоты пульса составило: во флегматоидной подгруппе - $70,6 \pm 1,2$; в меланхолоидной - $68,8 \pm 1,5$; в сангвиноидной - $77,4 \pm 1,4$; в холероидной

- $78,6 \pm 1,8$. Таким образом, при анализе полученных данных четко прослеживается тенденция повышения интенсивности поражения зубов кариесом у лиц с холероидным темпераментом, и, наоборот, снижения показателя КПУ у лиц с сангвиноидным типом темперамента. Разница показателей КПУ между холероидной и сангвиноидной группами весьма существенна - более чем в два раза. При этом среднегрупповые показатели частоты сердечных сокращений практически одинаковы или имеют незначительные отличия.

Выводы. Полученные данные, с нашей точки зрения, представляют определенный научный и практический интерес. Очевидна связь между психосоматическим статусом обследованных лиц, их темпераментом и устойчивостью зубов к кариесу. Полученные данные целесообразно учитывать при проведении как первичной, так и вторичной карие-спрофилактики. Весьма перспективной с этой точки зрения является разработка экспресс-диагностики психоэмоционального статуса пациентов при назначении лечебных и профилактических стоматологических мероприятий, а также для решения весьма актуальной проблемы стоматофобии у наших пациентов.

Гордов В. О.
ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ I, II СТУПЕНІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГЕЛЮ «ХОЛІСАЛ»

Київський медичний університет
Української асоціації народної медицини, м. Київ

Арсенал протизапальних препаратів, які застосовуються в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит (ГП), значно широкий і охоплює майже всі групи лікарських засобів. Усі вони мають ті чи інші обмеження в застосуванні, обумовлені побічною дією. певні проблеми виникають із вибором лікарських засобів у хворих із високим рівнем алергізації, сенсibiliзації в разі надмірного медикаментозного навантаження в осіб із наявністю соматичних і системних захворювань.

На підставі ретельного та глибокого аналізу препаратів, які застосовуються для місцевого лікування запальних процесів у тканинах пародонта, нами було обрано препарат-гель «Холісал», який має антибактеріальну, протигрибкову, протизапальну, знеболювальну та кератопластичну дію.

Мета роботи - клінічна оцінка ефективності застосування гелю «Холісал» у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом перебували 35 пацієнтів віком 35-45 років, хворих на генералізований пародонтит (ГП) I - II ступенів хронічного перебігу.

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