

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