вались остеогенні клітини. По краю дефекту а зберігалися ошурки та грануляційна тканина. Імплантація "Віаденту" та АН-26 сповільнювала процес утворення кровоносних судин у прилеглій зоні, репара- тивні процеси внаслідок цього були незначними; простежувалася невелика кількість остеогенних клітин. Реакція кісткової тканини на цинк-оксидевгенольні матеріали "Тіедент" та "Ендометазон" мало чим відрізнялася від контролю. При використанні кальційвмісних матеріалів "Фосфаденту-біо" та "Біопульпу" вже у цей термін експерименту зареєстровані активні процеси регенерації: по краю де- феку остеобласти розташовувалися у декілька рядів.

На 30-й день експерименту у контрольній групі межі колишнього дефекту були майже непомітні, відбувалося повне чи часткове його заповнення молодою остеоїдною тканиною. Навколо імплантова- них епоксидних та цинк-оксидевгенольних матеріалів спостерігалося формування сполучнотканин- ної капсули. Поряд з цим навколо "Віеденту" та АН-26 простежувалися ознаки неповноцінної регенерації. Спостерігалися деформації окремих гістіонів, відбувалася їх передчасна мінералізація. Навколо "Тіеденту" та "Ендометазону" зазначені процеси не спостерігалися.

На місці імплантації кальційвмісних матеріалів "Фосфаденту-біо" і "Біопульпу" формувалася мо- лода кісткова тканина, у препаратах не було навіть слідів пломбувального матеріалу, що, на наш пог- лад, зумовлювалося розсмоктуванням матеріалів у процесі регенерації кісткової тканини.

На 180-й день експерименту в контрольній групі кісткова тканина у зоні колишнього дефекту нічим не відрізнялася від прилеглої.

Навколо імплантованих матеріалів "Віеденту" і АН-26 простежувалася сполучнотканинна капсу- ла, а прилегла кісткова тканина ще зберігала ознаки неповноцінної регенерації. Зразки "Тіеденту" та "Ендометазону" також були оточені сполучнотканинною капсулою, а кісткова тканина навколо них була сформована в усіх деталях. На місці імплантації "Фосфаденту-біо" та "Біопульпу" спостерігалася повноцінна кістка.

Таким чином, експериментальні дослідження показали, що матеріали "Віедент" та АН-26 сповільнюють репаративні процеси; цинк-оксидевгенольні цементи "Тіедент" та "Ендометазон" майже не впливають на них, а кальційвмісні силери "Фосфадент-біо" та "Біопульп" прискорюють відновлення кісткової тканини у зоні дефекту.

Використання сучасних методик у лікуванні гострих пульпітів

А.К. Ніколішин, С.І. Геранін

м.Полтава

Проблема лікування захворювань пульпи посідає одне з важливих місць у науковій та практичній стоматології. Насамперед це зумовлено значним підвищенням рівня поширеності та інтенсивності ускладненого карієсу і передусім пульпітів.

Активне впровадження у практику сучасних матеріалів і технологій ендодонтичного лікування потребує перегляду традиційних підходів до лікування пульпітів. Але ще й до цього часу значна частина лікарів муніципальної стоматологічної служби віддають перевагу при лікуванні захворювань пульпи баготосеансному методу арсенодевіталізації, незважаючи на те, що використання миш'яковистої пасти руйнує тканину, яка забезпечує трофіку зубної тканини та її біологічний опір, порушує бар'єр, який запобігає попаданню інфекції у періодонт, та у багатьох випадках сприяє розвиненню токсичного періодонтиту. Зараз усе більшого поширення набуває метод лікування пульпіту в одне відвідування. Порівняно із девітальним, вітальний метод є більш фізіологічним для організму. Але широке впровадження у практику односеансного екстирпаційного методу лікування наштовхується на значні складності у вигляді післяпломбувального болю, гострого запалення періодонта та розвинення хронічних процесів у ньому.

При лікуванні пульпіту в одне відвідування особливої ваги набуває повноцінна (адекватна) анестезія. У нашій роботі ми застосовуємо анестетик "Артикаїн" з епінефрином (4% розчин для ін'єкцій 1,7 мл) фармацевтичної компанії "Здоров'я" при лікуванні гострого пульпіту екстирпаційним методом. Аналіз попередніх даних свідчить про позитивний результат застосування препарату.

Важливу роль у виникненні ускладнень при односеансному екстирпаційному методі відіграють процеси гемокоагуляції та фібринолізу кров'яного згустка, що утворюється після видалення пульпи. Кровотечу з кореневого каналу зазвичай зупиняють одним із засобів, що мають незначну припікаючу дію (ваготил, рідина фосфат-цементу), чи препаратами на основі хлористого алюмінію (Рацестиптин фірми "Септодонт", Капрамін, набір "Рекорд" фірми "ВладМіВа" та ін.) або використовують діатермокоагуляцію пульпи. Наші попередні дослідження довели високу ефективність для обробки кореневого каналу з метою припинення кровотечі застосування препарату "Каталюгем" фірми "Норд-Ост". Позитивний вплив препарату "Каталюгем" базується на дії хлористого алюмінію та катаміну АБ. Засіб, на відміну від інших препаратів, не має подразнювальної дії та не зафарбовує тверді тканини зубів. У зв'язку з можливим виникненням гематоми при односеансному методі лікування пульпіту після припинення дії анестетика, що містить вазоконстриктор, для запобігання постпломбувального болю після обтурації кореневого каналу слід використовувати силери, які сприяють процесам гемокоагуляції та фібринолізу.

Стан локального гемостазу тканин періодонта у патогенезі гострих та загострених хронічних верхівкових періодонтитів

А.К. Ніколішин, Н.В. Котелевська

м. Полтава

На даний час медикаментозну терапію верхівкового періодонтиту розглядають як невід'ємну частину ендодонтичного лікування. Але проблема лікування хворих на гострі та загострені хронічні верхівкові періодонтити залишається не вирішеною.

Відомо, що запальна реакція у періодонті характеризується фазовістю перебігу і закінчується ре- паративною стадією. На характер перебігу запальних і репаративних процесів уражених тканин впливає рівень локальної активності факторів фібриноутворення і фібринолізису. Основою для клітинної проліферації є фібрин. Але при неспецифічному запаленні внутрішньосудинне відкладення фібрину може бути таким просторим, що тромби будуть перекривати просвіт капілярів, і він стає фактором який заважає регенерації тканин. Очищення вогнища запалення від фібрину відбувається унаслідок активації фібринолітичних механізмів.

Мета нашої роботи – розробити патогенетично обгрунтований метод лікування хворих на гострі та загострені хронічні верхівкові періодонтити на основі вивчення деяких показників гемокоагуляції і фібринолізу.

Матеріал та методи. Досліджено гомогенати тканин періодонта при хронічному верхівковому періодонтиті (грануляційна тканина, гранульоми, оболонки кіст) та при загостренні процесу. Гомогенати готувалися зі зразків тканин періодонта, отриманих при видаленні зубів у хворих з відповідними діагнозами та при цистектомії.

Стан локального гемостазу оцінювали за такими показниками: час рекальцифікації, тромбіновий час, визначення фібринолітичної активності методом лізису еуглобулінів плазми.

Виявлено, що при запальних процесах у верхівковому періодонті коагуляційний потенціал тканин у вогнищі ураження достовірно підвищується ($p< 0,05$). Але фібринолітична активність гомогенатів при загостренні процесів була зниженою. Підтверджені відомі дані, що оболонка одонтогенних кіст має високу фібринолітичну активність. У зв'язку з вищенаведеним для корекції стану локального гемостазу в комплексному лікуванні хворих на гострі та загострені хронічні вер-