



періодонтитів, а також вивчити морфометричні показники фронтальної групи зубів верхньої та нижньої щелепи.

Були використані морфометричний метод дослідження фронтальної групи зубів верхньої і нижньої щелеп – для розробки індивідуальних ендодонто-ендоосальних імплантатів рентгенологічне дослідження для визначення ефективності лікування хронічних верхівкових періодонтитів до лікування та у віддалені терміни, через рік. Статистично – для оцінки вірогідності отриманих даних.

Збереження зубів, які мають патологічні зміни в біля кореневих тканинах, безсумнівні переваги перед дентальною імплантацією, як з економічної точки зору, так і з погляду перспектив функціональних результатів лікування. Саме у цих пацієнтів, завдяки розробці й впровадженню нових хірургічних методик з використанням різних матеріалів, значно розширюються показання до проведення зубозберігаючих оперативних втручань. Ефективність консервативного лікування хронічних періодонтитів у середньому дорівнює 75%, і цей показник варіює залежно від клінічної форми захворювання, засобів та методів лікування, резистентності організму хворого й багатьох інших факторів.

Труднощі лікування хронічного періодонтиту обумовлені тривалістю процесів регенерації кісткової тканини в ділянці вогнища деструкції періапикальної ділянки, що визначається, в основному через 6-12 міс. і більше після завершення ендодонтичного лікування. Також утруднює або навіть виключає можливість прямого ендодонтичного лікувального захворювань тканин періодонту, є анатомічна будова корневих каналів зубів, що, в свою чергу, робить ендодонтичне лікування малоефективним.

Ендодонтичне лікування включає три основних етапи: механічну підготовку (розширення, очищення), антисептичну обробку (дезінфекцію) і пломбування каналів.

Хірургічне лікування хронічних періодонтитів зі збереженням коронки зуба й цілісності його періодонту є метод вибору при лікуванні різців і верхніх премолярів, а також при розташуванні хронічних вогнищ в ділянці верхівок щічних коренів молярів верхніх щелеп. Це обумовлено незначною товщиною зовнішньої стінки альвеол цих зубів (0,3-2,5 мм), яка в основному представлена компактною речовиною. При цьому рухливість зуба й ступінь атрофії альвеолярного відростка в ділянці цього зуба не повинна перевищувати I-II ступеня рухомості. Стан коронкової частини цих зубів може бути різним, включаючи повну її відсутність.

Таким чином, при застосуванні хірургічних методів лікування хронічних періодонтитів треба враховувати процеси остеоінтеграції, які підтримують життєдіяльність кістки, а ендодонто-ендоосальний імплантат, передає механічне навантаження на кістку, схоже на навантаження природного зуба.

Навольський Н. М.

ПОШИРЕНІСТЬ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРИКУСІВ СЕРЕД ДІТЕЙ М. ЧЕРНІВЦІ ВІКОМ 12-14 РОКІВ

Кафедра стоматології дитячого віку

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Поширеність патологічних прикусів в людей різних вікових груп викликають різноманітні функціональні, морфологічні та естетичні порушення (Григорьева Л.П., 1992; Хорошилкина Ф.Я., 1999; Персин Л.С., 2004). Профілактика і лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) та деформацій є актуальною проблемою сучасної стоматології. Цей вид патології трапляється у 14,4%–71,7% пацієнтів (Безвужко Е.В., 2000; Хорошилкина Ф.Я., 2006) і кількість хворих з кожним роком збільшується (Куроедова В. Д. і співавт., 2003; Смоляр Н. І. і співавт., 2007). Враховуючи ріст організму дитини та формування всіх органів і систем, несвоєчасне лікування ЗЩА призводить не тільки до більш стійких і тяжких змін у щелепно-лицевій ділянці, але й до порушень нормальної функції органів дихання, травної та



ендокринної систем організму, стійких психотерапевтичних розладів, що збільшуються з віком.

Для діагностики патологічних прикусів, нами проведено клінічні обстеження дітей віком 12-15 років, які включали збір анамнезу, скарг хворого, зовнішній та внутрішньоротовий огляд. Ортодонтичний діагноз встановлювався у відповідності до класифікації Енгля. Для уточнення діагнозу вивчали діагностичні моделі щелеп. Із цією метою у хворих одержували повні анатомічні відбитки за допомогою 2-х компонентних силіконових матеріалів. Моделі відливали супергіпсом, визначали центральне співвідношення щелеп і фіксували в анатомічному оклюдаторі.

Огляд зубних рядів встановив, що кількість фізіологічних видів прикусів склала 35,38% випадків, а патологічних – 64,62%. Зокрема, поширеність дистальної оклюзії (II клас за Енглем), по відношенню до загальної кількості патологічних прикусів, склала 64,26%, мезіооклюзії (III клас за Енглем) – 4,73% випадків. I клас за Енглем був діагностований у 31,01% обстежених дітей.

Отже, отримані нами дані до певної міри характеризують стан ортодонтичної патології серед дитячого населення Буковини і можуть бути використані для удосконалення лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги у регіоні.

Остафійчук М.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІЗОЦИМУ-ФОРТЕ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СТОМАТИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Ротова порожнина, як початкова анатомо-фізіологічна структура травної системи організму, чутливо реагує на всі патогенні процеси, що відбуваються в шлунково-кишковому тракті. Як правило, при різноманітній за етіологією і патогенезом шлунково-кишкової патології в тканинах ротової порожнини виникають однотипні запально-дистрофічні ураження. Одним з таких проявів стоматопатології є розвиток стоматиту у хворих на ШКП.

Метою стало дослідити лікувально-профілактичну дію на стан слизової оболонки порожнини рота (СОПР) нового препарату – Лізоцима-форте, тим більше, що лізоцим є одним з факторів антимікробного захисту слизової оболонки не тільки ротової порожнини, але й слизової тонкої і навіть товстої кишки.

Дослідження було проведено на 60 хворих з діагнозом гастрит, гастродуоденіт, гастропатія, які поступили на лікування в гастрохірургічне відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні. Діагноз захворювання встановлювали лікарі відділення на підставі оцінки скарг хворих, клінічного, лабораторного та інструментального обстеження. Обстеження хворих з ШКП на стан ротової порожнини здійснювалось нами у відповідності до існуючих рекомендацій, враховуючи скарги пацієнтів, анамнез хвороби, огляд ротової порожнини і доповнюючи дослідженням гігієнічних та пародонтальних індексів. У всіх пацієнтів збирали натщесерце нестимульовану слину.

В слині визначали рівень біохімічних маркерів запалення: активність протеолітичного фермента еластази, вміст продукту перекисного окиснення ліпідів малонового діальдегіду (МДА), активність бактеріального фермента уреазі і активність антимікробного фермента лізоцима. В якості контролю використовували результати обстеження і аналізу у 10 практично здорових молодих людей (20-30 років).

Усі хворі з першого дня перебування в клініці отримували стандартне лікування і додатково Лізоцим-форте (по 2 таблетки за 30 хвилин до прийому їжі per os 3 рази за день на протязі 10 днів). По закінченні лікування у всіх пацієнтів визначали гігієнічні та пародонтальні індекси, повторно проводили біохімічні дослідження слини. Результати дослідів піддавали стандартній статистичній обробці.

У хворих з ШКП суттєво зростає швидкість саливації, яка після лікування знижується.