



та визначення можливостей корекції виявлених порушень.

Обстежено 51 хворого на ЦД 2 типу із субкомпенсованою (29 осіб) і декомпенсованою (22 пацієнта) стадіями та 25 соматично здорових пацієнтів. Забір ротової рідини проводили ранком натщесерце протягом 10 хв без стимуляції і додатково 10 хв після стимуляції та паротидного секрету з обох залоз впродовж 30 хвилин. Проведеними нами раніше дослідженнями було встановлено зменшення загальної кількості ротової рідини у хворих на ЦД. Враховуючи цей факт ми вирішили додатково вивчити функціональну активність привушних слинних залоз і встановили значне зменшення кількості паротидного секрету, що спонукало нас до пошуків можливостей підвищення їх секреторної спроможності. З цією метою всім пацієнтам протягом 10 діб призначалися ротові ванночки з «Лізомукоїдом» по 3-4 рази на добу. Однак повторне вивчення параметрів дозволило встановити незначний вплив такого способу застосування його на загальну саливацію і кількість паротидного секрету. Тому додатково через місяць була зроблена спроба вивчити вплив на їх функцію інстиляцій «Лізомукоїду» протягом 10 діб безпосередньо в протокову систему привушних залоз.

У контрольній групі середня кількість ротової рідини в розрахунку на 1 хв склала $0,66 \pm 0,02$ мл і зростала до $0,84 \pm 0,04$ мл після стимуляції. Функціональна ж активність привушних залоз за 10 хв становила $1,72 \pm 0,08$ і $1,98 \pm 0,05$ відповідно. У них прослідковувалася закономірна тенденція до підвищення швидкості саливації та збільшення кількості секрету після застосування ротових ванночок із «Лізомукоїдом» і особливо після інстиляцій його в протокову систему привушних залоз.

Вивчення швидкості саливації дозволило встановити, що кількість нестимульованої ротової рідини у хворих на ЦД знижувалась у 2,0 рази при субкомпенсованій і в 2,2 рази при декомпенсованій стадіях захворювання. Кількість паротидного секрету зменшувалась в 1,3 і в 1,7 разів відповідно. Після стимуляції швидкість саливації і кількість паротидного секрету незначно збільшувалися. Після застосування курсу ротових ванночок із «Лізомукоїдом» протягом 10 діб загальна кількість ротової рідини у пацієнтів підвищувалась в 1,4 та 1,3 разів при субкомпенсованій і декомпенсованій стадіях відповідно. Виявлено незначне підвищення функціональної активності привушних залоз, на що вказувало збільшення паротидної секреції у всіх групах спостереження, але більш відчутно це прослідковувалось у контрольній групі обстежених.

У пацієнтів із субкомпенсованою і декомпенсованою стадіями ЦД після завершення курсу інстиляцій «Лізомукоїду» загальна кількість ротової рідини значно підвищувалась порівняно з показниками другої групи і особливо з висхідними величинами. Секреторна функція привушних залоз при цьому зростала порівняно з первинним обстеженням у 1,4 рази в пацієнтів із субкомпенсованою стадією ЦД і в 1,3 – із декомпенсованою, що вказувало на безпосередній потенціюючий вплив його на їх секреторні складові структури.

Отже, функціональна активність привушних слинних залоз у хворих на ЦД 2 типу знижена та залежить від стадії захворювання. Щоденні інстиляції в протокову систему привушних залоз «Лізомукоїду» протягом 10 діб дозволяють підвищити їх секреторну функцію.

Митченко О.В.

ЗАГАЛЬНОПРИНЯТІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ

Кафедра терапевтичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”

Метою дослідження стало визначення переваг та недоліків лікування хронічних періодонтитів відповідно до загально прийнятих методів лікування. Були поставлені завдання: розробити методіку комплексного лікування антибактеріальних, медикаментозних засобів і ведення ендодонто-ендоосального імплантату для лікування хронічних верхівкових



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