

4. Лукавенко А.А. Фотодинамическая терапия в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дис. на соискание уч. ст. к. мед. н. – СПб., 2011. – 23 с.
5. Дезінфекція оральних інфекцій при використанні методу HELVO / Й. Нойгенбауер, Й. Маурісіо, Херрера Теа Лінгор [та ін.] // Нов. стоматол. – 2012. – № 1. – С. 60-68.
6. Грачева Е.В. Фотодинамическая терапия. Обзор современных методик лечения заболеваний пародонта /Е.В. Грачева, Е.А. Гриценко// Бюл. мед. Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 358-360.
7. Назарян Р.С. Вивчення нової комбінації фотосенсибілізатора та лазерного випромінювання для антимікробної фотодинамічної терапії / Р.С. Назарян, Н.І. Філімонова, К.Ю. Спірідонова // Інновації в стоматології. – 2014. – № 3. – С. 43-45.

ПЕРИІМПЛАНТИТ – ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

МЕЛЬНИК В.Л., ШЕВЧЕНКО В.К.

Українська медична стоматологічна академія, ННПО,

м. Полтава, Україна

Периімплантит – інфекційно-запальне захворювання, патологічний процес, який вражає м'які і тверді тканини в ділянці зубного імплантату, при прогресуванні веде до резорбції альвеолярної кістки. Найбільш розповсюдженим фактором даного захворювання є недотримання пацієнтом рекомендацій лікаря, не ретельна і нерегулярна гігієна порожнини рота, ігнорування профілактичних стоматологічних оглядів [1].

До виникнення симптомів периімплантиту схильні особи, які страждають бруксизмом, захворюваннями пародонту, цукровим діабетом. При периімплантиті склад мікрофлори, відзначається збільшення кількості грамнегативних анаеробних бактерій і мікрофлори, яка зустрічається при агресивному пародонтиті [2].

Симптоми захворювання найчастіше розвиваються вже на першому тижні після постановки титанового імплантату. набряклість, гіперемія ясен навколо імплантату – перші ознаки периімплантиту. Інші симптоми при прогресуванні патологічного процесу включають кровоточивість ясен та біль, який іррадіює в сусідні ділянки, розростання ясен. На рентгенограмі – резорбція кісткової тканини різної інтенсивності. Виникнення пародонтальних кишень, нориць, рухливості імплантату – симптоми більш пізнього периімплантиту. При цьому страждає загальний стан пацієнта – слабкість, нездужання, головний біль, гострий підщелепний лімфаденіт, підвищення температури тіла. Об'єктивно визначається набряклість, гіперемія і цианотичність ясен біля імплантату [2]. В 90% випадків периімплантит виникає як наслідок помилок лікарів (хірурга-імплантолога, стоматолога-ортопеда, зубного техника). Вони пов'язані з недостатнім обстеженням пацієнта та з поганою підготовкою порожнини рота пацієнта до операції, помилками при плануванні імплантації, недотримання імплантологом хірургічного протоколу операції та помилками при протезуванні [3]. Своєчасне і правильно підібране лікування здатне зберегти імплантат і запобігти руйнуванню альвеолярної кістки. План лікування визначає лікар, враховуючи стадію і причини периімплантиту, стан пацієнта, наявність ускладнень. Лікування даного захворювання найчастіше поєднує в собі консервативні та хірургічні методи і передбачає наступні етапи: професійну гігієну ротової порожнини з очищенням пародонтальних кишень; хірургічна санація ділянки запалення; кісткова пластика; антимікробна терапія [4].

Висновок. Комплексний підхід в дентальній імплантації, профілактика причинних факторів (шкідливі звички, стоматологічна патологія, бруксизм, імунні порушення) – запорука успішного лікування без ускладнень.

Список використаних джерел

1. Влияние хирургического лечения пародонтита с дополнительным источником регенерации на состояние околоимплантатных тканей / М. Д. Перова [и др.] // Ин-т стоматологии: научно-практический ж-л. –2018. – № 4. – С. 37-39.
2. Фаустова М.О. Вплив сучасних антисептичних засобів на формування біоплівки грамнегативними збудниками інфекційно-запальних імплантаційних ускладнень / М.О. Фаустова, О.А. Назарчук // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стомат. акад.: науково-практичний журнал. – 2018. – Т. 18, № 1. – С. 200-204.
3. Воложин Г.А., Алёхин А.П., Маркеев А.М., Тетюхин Д.В., Козлов Е.Н., Степанова М.А. Влияние физико-химических свойств поверхности титановых имплантатов и способов их модификации на показатели остеоинтеграции. // Институт стоматологии. – 2009. – №44.
4. Шумовский Д.Б. Направленная костная регенерация с одномоментной имплантацией во фронтальном отделе нижней челюсти / Д.Б. Шумовский, А.В. Субботин // Новое в стоматологии: научно-практический журнал. – 2018. – № 5.– С.70-72.

IMMUNOLOGIC INDICES OF THE ORAL FLUID DURING SURGICAL SANITIZATION OF THE ORAL CAVITY IN DIABETES MELLITUS PATIENTS

MYTCHENOK M.P., MYTCHENOK O.V.

*Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»,
Chernivtsi, Ukraine*

Topicality. A number of factors influence upon healing of wound after extraction including comorbid somatic diseases in particular. Development of inflammatory diseases in the oral cavity is found to occur against the ground of reduced factors of nonspecific body resistance both at general and local levels [1, 2].

Objective: to study dynamics of immunologic indices of the oral fluid during surgical sanitization of the oral cavity in diabetes mellitus patients.

Materials and methods. 57 patients with type 2 moderate diabetes mellitus with sub-compensated and decompensated forms of the disease, 25 clinically healthy patients were examined. They were divided into four groups. The first group was the control one; the second group included 12 individuals with sub-compensated and 11 with decompensated forms having just experienced tooth extraction; the third group included 12 individuals with sub-compensated and 11 with decompensated forms whose oral cavity was irrigated with lysomuroid; the fourth group included 11 individuals with decompensated forms who combined administration of lysomuroid and tymalin before and during sanitization.

Results. According to the results of examination the patients from the 2nd group with sub-compensated form of the disease before sanitization presented 1,2 times decreased lysozyme activity of the oral fluid in comparison with the control group, and with decompensated form it was twice as much decreased. Corresponding results were found before sanitization in the third and fourth groups.

The level of secretory immunoglobulin A (SIgA) in the oral cavity of patients from the 2nd group with sub-compensated form 1,5 times decreased, and with decompensated form – 2,7 times decreased in comparison with that of the control. Comparison of the indices in the second and third