

Під нашим наглядом знаходилось 8 пацієнтів у віці від 18 до 40 років. Показаннями до ампутації одного або двох коренів були осередки деструкції кісткової тканини у верхівок коренів верхніх молярів, при непрохідності одного або двох каналів щічних коренів верхніх молярів, або одного кореня першого верхнього премоляра, при оголенні одного із коренів цих зубів при пародонтозі, глибокій кістковій кишені одного з щічних коренів при пародонтиті. Протипоказанням до операції вважали рухомість зуба, значні кісткові кишені усіх коренів, наявність коренів, які зрослися, непрохідність каналів, коренів, які залишилися. Враховували при оперативному втручанні співвідношення коронок і коренів зубів. Так перший премоляр верхньої щелепи має такі співвідношення — 1:1,7, перший і другий моляри-1:2,0.

Показання до операції коронорадикулярної сепарації були осередки деструкції кісткової тканини в міжкореневій перетенці при прохідних кореневих каналах і стійких зубах.

Проведено оперативне лікування 3 пацієнтів віком 30-50 років з деструкцією міжкореневої перетинки перших нижніх молярів.

Простежено віддалені результати лікування протяго 2 років. Зуби стійкі, слугують основою для незнімних протезів, а після коронорадикулярної сепарації — обидва фрагменти коронок спаяні між собою. Зуби приймають участь у жуванні. На рентгенограмі визначається відтворення кісткової тканини.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ ПРОРІЗУВАННЯ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У РЕГІОНІ З ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ В ПИТНІЙ ВОДІ

Т.П.Скрипнікова, Л.Г.Павленко, О.В.Шешукова

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Прорізування постійних зубів — один із важливих показників морфофункціональної зрілості організму в цілому і зубощелепної системи зокрема. Порушення строків прорізування в той чи інший бік призводить до змін резистентності емалі до карієсу (Галенко В.В., Сисун О.І., 1988; Кабулбеков АА, 1991).

Більшість показників процесу прорізування зубів значно відрізняються у різних етнічних контингентів, за різних клімато-географічних та інших умов. Тому вивчення процесу становлення прикусу повинне здійснюватися у окремих регіонах на основі ідентифікованих показників, які б забезпечували можливість їх порівняння.

Вивчення процесу прорізування постійних зубів проводилося при обстеженні 1294 дітей 1-2 групи здоров'я у віковому діапазоні 5-15 років, які народилися і постійно проживають у м.Полтаві.

Проаналізовані регіональні особливості прорізування постійних зубів у дітей м.Полтави (регіону з підвищеним вмістом фтору в питній воді). Прорізування постійних зубів відбувається у більш пізні строки, ніж у дітей м.Єревана (К.Р.Камалян, 1990), м.Києва (ЛБЛепорська, 177, 1993), м.Дніпродзержинська (М ДДрукаров, 1978), м.Москви (ЦМХорош та співавт., 1972), м.Кемерова (КГ.Сомова, 1971). Виявлена тенденція до уповільнення процесу прорізування постійних зубів у дітей, які проживають у регіоні з підвищеним вмістом фтору в

питній воді, узгоджується з результатами процесу прорізування тимчасових зубів у дітей в регіоні ендемічного флюорозу (С.С.Крилов, 1986).

СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПАРАДОНТИТОМ НА ФОНЕ ОБЩЕГО ТИРЕОТОКСИКОЗА

Т.П.Скрипникова, РА.Юхновец, В.К.Григоренко

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

Целью настоящей работы явилось изучение в ротовой жидкости больных парадонтизом на фоне тиреотоксикоза концентрации катионов кальция и магния до и после комплексного лечения.

Обследовано 52 женщины в возрасте 20-44 года больных парадонтизом, которые составили пять клинических групп. Показатели минерального обмена изучались до и после лечения в нестимулированной смешанной слюне.

Лечение больных парадонтизом контрольной группы осуществлялось по общепринятой схеме. Больным парадонтизом на фоне тиреотоксикоза в комплекс лечебных мероприятий были введены элементы дифференцированного лечения: применение дийодтирозиновой пасты под парафин, электрофорез глицерофосфата кальция, антиоксиданту. Эти пациенты лечились у эндокринолога, получали внутрь тиреоидные препараты.

Содержание катионов кальция и магния в ротовой жидкости у больных парадонтизом до и после лечения (М ±)

Групишл обследованних	II	кальці їй, мг/дл	магнпп, мг/дл
1 — здоровіле лица	<)	5,34. ! 0,12	1,51 ! 0,04
II — больные пародонтизом, практически здоровые	12	4,40 ± 0,14	1,31 * 6,0.1
III — больные пародонтизом на фоне тиреотоксикоза ^	12	4,55 ! 0,10	1,29 " 0,02
IV — больные пародонтизом практически здоровые, после лечения	10	4,69 ^ 0,09	1,55 - 0,01
V — больные пародонтизом на фоне тиреотоксикозом после лечения	9	5,6 ; 0,10	1,69 + 0,02

Таким образом, одностороннее изменение концентрации катионов кальция и магния в слюне и крови при тиреотоксикозе свидетельствует о тесной взаимосвязи между составом крови и слюны.

Достоверный подъем уровня кальция, магния в ротовой жидкости отмечается у больных после лечения и свидетельствует о адекватности применяемой терапии.