

покращення клініко-лабораторних показників, що обумовлено локальною антисептичною дією препарату з одночасним посиленням протимікробної активності антибіотиків та певним бронхолітичним ефектом і виступає в ролі фактора синергізму, що призводить до зменшення собівартості та строків лікування і покращення якості життя, попередженню рецидивів захворювання.

### Література

1. Дубынина В.П. Небулайзерная терапия острых хронических заболеваний дыхательных путей. Методические рекомендации / В. П. Дубынина // – М. : ООО Интер-Этон.- 2006. – 44 с.
2. Зацепин А.С. Сравнительная оценка эффективности галотерапии при хроническом бронхите и бронхиальной астме, автореферат / А.С. Зацепин // - 2003р.- 29 с.
3. Коваленко С.В. Опыт применения небулайзерной терапии декасаном больных с инфекционным обострением хронического обструктивного заболевания легких в условиях пульмонологического отделения / С.В. Коваленко // Український хіміотерапевтичний журнал.- №1-2(23) – 2010.- С.65-66.
4. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».
5. Нейко Є. М. Досвід застосування комбінованої протизапальної терапії у хворих на інфекційне загострення хронічного обструктивного захворювання легень / Є.М. Нейко, П.Р. Герич, А.М. Василів // Український пульмонологічний журнал. – 2008. - № 3. – 167 с.
6. Фещенко Ф.И. Применение небулайзеров в клинической практике / Ф.И. Фещенко, Л.А. Яшина, А.Н. Туманов [и др.] // Астма та алергія.- 2006.- № 3-4.- С. 59-70.
7. Фещенко Ф.И. Эффективность и безопасность доксофиллина в лечении больных ХОЗЛ / Ф.И. Фещенко, Л.А. Яшина, М.А. Полянская [и др.] // Український пульмонологічний журнал. - 2008.- № 3.- С. 32-36.
8. Фещенко Ю.І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією / Ю.І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. 2009.- № 2.- 6 с.
9. Ячник А.І. Особливості морфо-функціональних змін легень у хворих на ХОЗЛ тяжкого і вкрай тяжкого перебігу за даними багаторазової комп'ютерної томографії в залежності від строків і об'єму лікування / А.І. Ячник, Н.М. Мусієнко, В.А. Ячник [та ін.] // Український пульмонологічний журнал.- 2012.- № 1.- С.17-22

### Реферати

#### ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Ищейкин К.Е., Настрога Т.В., Потязженко М.М., Соколюк Н.Л.,  
Людья Н.О.

В статье приведен опыт практического применения небулайзерной доставки 0,02% раствора декаметоксина совместно с курсом галотерапии в комплексном лечении больных с инфекционным обострением ХОЗЛ. Это способствует сокращению сроков лечения, предупреждению рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** декаметоксин, Декасан, небулайзерная терапия, хроническое обструктивное заболевание легких.

Стаття надійшла 20.02.2013 р.

#### APPLICATION OF HALOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Ischeikin I.K., Nastroga T.V., Potyazhenko M.M., Sokolyuk  
N.L., Lyulka N.O.

The article describes the practical experience of using the nebulized delivery of 0.02% decamethoxin solution with a course of halotherapy in complex treatment of patients with infectious exacerbation of COPD. This helps to reduce the period of treatment, prevent the backset.

**Key words:** decamethoxin, Dekasan, nebulized therapy, chronic obstructive pulmonary disease.

УДК 616.314-002:616.316-008.8

С.В. Ковальов, Н.М.Браїлко, І.Я. Марченко, З.Ю. Назаренко, Л.І. Ляшенко  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

### СТАН СЛИНОВИДІЛЕННЯ ТА ПРОЦЕСІВ РЕМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ НА КЛИНОПОДІБНІ ДЕФЕКТИ

Останнім часом спостерігається значний ріст поширеності клиноподібного дефекту. Змішана слина та здатність до ремінералізації твердих тканин зубів відіграють важливу роль в етіопатогенезі даного захворювання. В роботі проаналізована швидкість виділення змішаної слини до та після стимуляції, а також ступінь ремінералізації твердих тканин упациєнтів, хворих на клиноподібні дефекти.

**Ключові слова:** клиноподібний дефект, змішана слина, ремінералізація твердих тканин зуба.

*Робота є фрагментом науково-дослідницької роботи кафедри «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація» (держреєстрація № 0111u006300).*

Останнім часом спостерігається значний ріст поширеності некаріозних уражень, в тому числі, клиноподібного дефекту. Якщо раніше клиноподібні дефекти були клінічно виражені тільки в осіб середнього та похилого віку, то зараз їх чисельність зростає та все більше зустрічається в молодому віці (17-20 років)[3]. Згідно цих даних, клиноподібні дефекти зустрічаються в 34,75 % випадків, проте кожні 5 років їх приріст складає 3,5 %. Частіше уражуються ікла обох щелеп (36,16-37,64 %), далі перші премоляри (20,58-23,63 %), моляри (13,53-18,82 %) та різці (3,63-8,82 %). Зуби з такими дефектами рідко уражуються карієсом (18,48 %) та бувають в основному в осіб середнього та похилого віку. Етіологічний фактор не встановлений остаточно і на сьогодні, можна зазначити багатофакторність його клініки, етіології та патогенезу. В основному вчені займаються вивченням патологічного стирання зубів та захворюваннями тканин пародонту та зазначають, що клиноподібний дефект є симптомом цих захворювань, проте в даний час це захворювання прогресує в молоді навіть на фоні здорових тканин

пародонту[1,3,4]. Для докладного вивчення етіопатогенезу клиноподібних дефектів доцільно визначити роль слини у розвитку патологічного процесу.

Змішана слина – біологічна рідина, продукт трьох пар великих (біля вушних, піднижньощелепних, підязикових) та багатьох малих слинних залоз, що знаходяться в товщі різних ділянок слизової оболонки порожнини рота (губ, щік, язика, піднебіння). Склад її складний, функції різноманітні – травна, антибактеріальна, антивірусна, зволожуюча, захисна та ін[1,7]. Слина грає велику роль у сприйнятті смакових відчуттів, водно-сольовому балансі, секреції солей деяких металів (срібло, ртуть, свинець, вісмут, залізо, золото), ліків (пеніцилін, сульфаніламід, саліцилова кислота, стрихнін, хінін, алкалоїди), вірусів (сказу, поліомієліту, паротиту, гепатиту), галогенів, миш'яку та ін. Із слини виділяють паротин, який має гормоноподібні властивості. При розмові наявність слини в порожнині рота допомагає вільному руху язика та губ. Слина змочує харчову грудку, полегшує ковтання. Завдяки ферментам, таким як амілаза, харчові речовини розчиняються в ротовій рідині, і процес травлення починається вже в порожнині рота. Ферменти також приймають участь у фосфорно-кальцієвому та вуглеводному обміні. Вони виділяються слинними залозами, мікроорганізмами, поліморфноядерними лейкоцитами. Слина містить мінеральні компоненти (кальцій, фосфор), мікроелементи, фтор, які необхідні для мінералізації твердих тканин зубів (емалі, дентину), а наявність в сліні вітаміну Д сприяє цьому процесу та підвищує міцність емалі [10,11].

Глюкопротеїди слини утворюють на поверхні зуба захисну органічну плівку – пелікулу, яка перешкоджає дії кислот на емаль. Пелікула заходить в ламели емалі. В процесі жування відбувається стирання пелікули і слина постійно оновлює її. Неповноцінна пелікула, що утворюється при порушенні кількісних та якісних параметрів слини, сприяє утворенню карієсу та некаріозних уражень.

Склад та властивості слини залежать від: загальної реактивності організму, стану центральної, вегетативної нервової, серцево-судинної, сечовидільної, ендокринної систем, шлунково-кишкового тракту та ін.. Секреція слини зменшується при ревматоїдному поліартриті, системному червоному вовчаку, системній склеродермії, хворобі та синдромі Шегрена, під впливом радіації та променевої терапії пухлин щелепно-лицевої ділянки; функціонального стану слинних залоз, швидкості секреції слини; якості їжі (тверда їжа стимулює секрецію, активує ферментативні процеси, сприяє самоочищенню зубів). Очищу функцію слина виконує, видаляючи харчові залишки з поверхонь зубів та слизової оболонки порожнини рота. Наявність рефлексогенної зони, утвореної пропріорецепторами жувальних м'язів та інтерорецепторами слизової оболонки порожнини рота, а також місцевої імунної системи, здатність слизової до зроговіння під впливом механічних подразнень та регулювання рН середовища порожнини рота завдяки виділенням малих слинних залоз створює умови для саморегуляції функцій зубощелепної системи [6,9,11].

Хімічна теорія пояснює виникнення клиноподібного дефекту демінералізуючою дією кислот, що потрапляють в організм чи утворюються а процесі бродіння харчових залишків в пришийковій ділянці. Проте, не кругом, де є наліт, утворюються дефекти [2]. В 1905р. Знаменський М.М. висунув припущення, що дефекти є результатом змін, що первинно виникають в органічній субстанції зуба. Він підтверджував це експериментально, нагрівав зуби в автоклаві до 110-125 °С. При цьому відбувалось руйнування органічних речовин, та після обробки цих зубів щіткою та порошком утворювався клиноподібний дефект. Таким чином, кількісний та якісний склад слини відіграє важливу роль у підтримці стоматологічного здоров'я.

**Метою** роботи було обстеження пацієнтів, виявлення хворих на клиноподібні дефекти та визначення у них швидкості виділення слини до та після стимуляції, а також ступеню ремінералізації твердих тканин.

**Матеріал та методи дослідження.** Нами було обстежено 527 практично здорових представників обох статей у віці 18-45 років. Серед них виявлено 47 хворих на клиноподібні дефекти, яких ми розподілили на дві групи. До першої групи увійшли пацієнти від 18 до 30 років, до другої – від 31 до 45 років. Для встановлення діагнозу була використана класифікація В.К. Патрикеева (1968р.). Клінічні прояви клиноподібних дефектів класифікували за загальноприйнятою схемою: 1). збір анамнезу; 2). огляд. Під час обстеження хворих особливо ретельно збирали скарги та анамнез захворювання і з'ясовували причини, що сприяють появі клиноподібних уражень твердих тканин зубів, уточнювали давність захворювання або час його перших ознак, характер перебігу захворювання, лікування, що проводилось раніше та його ефективність. Значна увага приділялась анамнезу життя хворих, а саме: режиму харчування, умовам праці, наявності шкідливих звичок, дотримуваних правил гігієни порожнини рота, правильності чищення зубів тощо. Огляд загального стану пацієнта включав пальпацію щитовидної залози [2,7]. Під час огляду порожнини рота виявляли місцеві подразнюючі фактори: аномалії прикусу та окремих зубів, наявність незнімних протезів, ортодонтичних апаратів, назубного каменю. Докладно вивчали дефекти твердих тканин зубів, їх глибину, форму, розмір, забарвлення.

У хворих ми визначали індекс ремінералізації твердих тканин зуба та досліджували стимуляцію слиновиділення за допомогою жувальної гумки «Eclipse». Для оцінки ступеню ремінералізації нами використовувалась індекс ремінералізації, що показує рівень демінералізації твердих тканин зубів, та дозволяє визначити активність патологічного процесу, а також характеризує ефективність ремінералізуючої терапії [5,11].

Для проведення індексу ремінералізації наносили на маленькій ватній кульці 5% йодну настоянку на добре очищену та висушену ділянку зуба, що досліджувалась. Реєстрація результатів проводилась достатньо швидко, так як йодний спиртовий розчин легко випаровується з поверхні зуба.

**Оцінка ІР проводилась за чотирьох-бальною системою:** а) темно-коричневе забарвлення ділянки зуба - 4 бали; б) світло-коричневе жовте забарвлення ділянки зуба - 3 бали; в) світло-жовте забарвлення ділянки зуба - 2 бали; г) відсутність забарвлення ділянки зуба - 1 бал.

Розрахунок проводили за формулою:  $IP = \text{сума показників в балах}$ , де кількість обстежених зубів  $IP$  – загальний індекс ремінералізації у обстежених оцінюють наступним чином. Темно-коричневого забарвлення свідчить про активну стадію процесу та демінералізацію ділянки зуба з дефектом некаріозного походження; світло-жовте забарвлення вказує на певний рівень процесів ремінералізації твердих тканин цієї ділянки зуба, а відсутність забарвлення демонструє гарний рівень ремінералізації твердих тканин зуба, вказує на стабілізацію патологічного процесу.

Змішану слину збирали методом спльовування в мірну пробірку впродовж 10 хвилин у першій половині дня для виключення впливу фактора часу доби. Слину збирали двічі – до та після стимуляції з невеликим часовим інтервалом. Швидкість виділення слини у пацієнтів була встановлена за часом наповнення (за норму приймали 10 хвилин) нестимульованою слиною, натще поліетиленової пробірки до позначки 10 мл. Стимуляцію слиновиділення проводили за допомогою жувальної гумки «Eclipse» впродовж 5 хвилин.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами проведеного індексу ремінералізації у хворих на клиноподібні дефекти ми встановили, що у першій групі кількість клиноподібних дефектів значно менша (36), ніж в другій (92). Клінічно в першій групі спостерігаються поодинокі клиноподібні дефекти в більшості на початковій стадії розвитку (у межах емалі). В другій групі переважають більш глибокі клиноподібні дефекти, що уражують емаль та дентин, який при зондуванні досить щільний.

Індекс ремінералізації дещо вищий в другій групі (табл.1). Дані результати свідчать про наявність більш глибоких уражень, і, відповідно, більш активних процесів демінералізації та ремінералізації, ніж у пацієнтів першої групи.

	1 група	2 група
Кількість обстежених	24	23
Кількість клиноподібних дефектів (всього на групу обстежених)	36	92
Індекс ремінералізації	1,44±0,3	1,84±0,7

Результати дослідження показали значне збільшення (майже в 3 рази) секреції змішаної слини після її стимуляції жувальною гумкою «Eclipse» у чоловіків та жінок різних вікових груп. За нашими спостереженнями видно, що у пацієнтів другої групи нестимульоване слиновиділення активніше. Це частково обумовлене наявністю в порожнині рота подразнюючих агентів (пломби, ортопедичні конструкції, відсутність зубів та ін.). Відповідно, після стимуляції активніше слиновиділення відбувалось у пацієнтів першої групи, які мали меншу кількість подразнюючих чинників. Результати впливу стимуляції на рівень секреції змішаної слини у практично здорових пацієнтів викладені в таблиці 2.

Група	Вік, років	Число обстежених	Секреція змішаної слини, мл	
			До стимуляції	Після стимуляції
Перша	18-30	24	5,9±0,10	16±0,6
Друга	31-45	23	6,4±0,16	14,6±0,6
Всього		47	6,06±0,08	15,5±0,4

### Підсумок

Зареєстровані нами залежності обґрунтовуються експериментальними дослідженнями, тому, використання жувальної гумки покращує функціональну діяльність слинних залоз, а значить, і стан твердих тканин зубів. Її застосування рекомендоване стоматологами для стимулювання секреції слини, що грає важливу роль у підтримці стоматологічного здоров'я. Наші дослідження обумовлюють необхідність більш ретельного аналізу системних та локальних механізмів розвитку клиноподібних дефектів та їх подальшого лікування.

### Література

- Баханек Т. Сучасні погляди на виникнення та лікування пришийкових порожнин некаріозного походження / Т. Баханек, І. Замосцінська // Новини стоматології. 2001. - №2. - С.18-19.
- Грошиков М.И. Некаріозные поражения твёрдых тканей зуба / М.И. Грошиков. – Москва: Медицина 1985. – 176 с.
- Гаража Н.Н. Частота и причины кариеса и некаріозных поражений зубов у лиц молодого возраста / Н.Н.Гаража, И.С. Гаража, С.Г. Болдырева [и др.] // Мат. юбилейной конф., посвященной 100-летию со дня рождения проф. Е.Е.Платонова. – М., 2001. – С. 134-136.
- Гаража Н.Н. О роли фруктовых соков, «быстрых» напитков и средств гигиены полости рта в возникновении клиновидных дефектов, истирания и эрозии твердых тканей зубов / Н.Н.Гаража, И.С. Гаража, Ф.П. Афанасов [и др.] // XI итоговая конф. студ. и мол. учёных: Сб. науч. работ. – Ставрополь. – 2003. – С. 218-219.
- Дрожжина В.А. Взаимосвязь некаріозных поражений зубов (эрозий, клиновидных дефектов и сочетанных форм поражения) с нарушениями гормонального и минерального гомеостаза у женщин. / В.А. Дрожжина, В.Н. Кустаров, Г.Е. Соловьёвья-Савоярова // Институт стоматологии. – 2007. - №3. – С.104-107.
- Логина Н.К. Функциональная диагностика в стоматологии / Н.К. Логина // – Москва: Издательство Партнёр. – 1998. – 88 с.
- Ніколішин А.К. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів ІV рівня акредитації у двох томах / А.К. Ніколішина // – Т.І. – Вид.2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 392 с.
- Семченко И.М. Клинические проявления клиновидных дефектов зубов / И.М. Семченко // Сб. научных работ: Труды молодых учёных. Юбилейное издание. – Минск, 2001. – С. 121-124.
- Фёдоров Ю.А. Сравнительный электронно-микроскопический анализ структуры твёрдых тканей зуба при некаріозных поражениях второй группы до и после реминерализирующей терапии / Ю.А. Фёдоров, В.А. Дрожжина, О.В. Рыбальченко // Новое в стоматологии. – 1996. - №4. – С. 41-49.
- Шугар Л. Заболевания полости рта / Л. Шугар, Й. Баночи, И. Рац [и др.] // – Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1980. – 38 с.
- Яковлева В.Я. Роль неорганического кальция, фосфора, рН смешанной слюны в оптимизации диагностики, лечения и профилактики гиперестезии при эрозиях и клиновидных дефектах твердых тканей зуба у лиц молодого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук / В.Я. Яковлева // ЦНИИ стоматологии МЗ РФ. – М., 2003. – 24 с.

Реферати

СОСТОЯНИЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ И ПРОЦЕССОВ  
РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КЛИНОВИДНЫМИ  
ДЕФЕКТАМИ

Ковалев Е.В., Браїлко Н.Н., Марченко І.Я., Назаренко З., Ляшенко Л.І.

В последнее время наблюдается значительный рост распространенности клиновидного дефекта. Смешанная слюна и способность к реминерализации твердых тканей зубов играют важную роль в этиопатогенезе данного заболевания. В работе проведен анализ скорости выделения смешанной слюны до и после стимуляции, а так же степень реминерализации твердых тканей у пациентов с клиновидными дефектами.

**Ключевые слова:** клиновидный дефект, смешанная слюна, реминерализация твердых тканей зуба.

Стаття надійшла 28.02.2013 р.

CONDITION OF SALIVATION AND PROCESSES OF  
REMINERALISATION AT PATIENTS WITH CLINOID  
DEFECTS

Kovalev E.V., Brailko N., Marchenko I., Nazarenko Z., Liashenko L.

Last time is observed considerable growth of prevalence of clinoid defect. The mixed saliva and ability to remineralisation of hard tissues of a teeth play the important role in etio-pathogenesis in the given disease. In work the analysis of speed of allocation of the mixed saliva before and after stimulation, and as degree of remineralisation of hard tissues at patients with clinoid defects is carried out.

**Key words:** Clinoid defect, the mixed saliva, remineralisation of hard tissues of a tooth.

УДК 616.379-008.64-089.5-085.22

С.В. Ковальов, М.А. Шундрик, З.Ю. Назаренко, І.Я. Марченко, Н.М. Браїлко  
ВДНЗ України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2  
ТИПУ ПЕРЕД СТОМАТОЛОГІЧНИМ ВТРУЧАННЯМ

У даній статті вивчено вплив корвалолу на зміни діяльності серцево-судинної системи безпосередньо після проведення місцевого знебоління перед лікуванням одонтопатології у пацієнтів на тлі цукрового діабету 2 типу. Доведено ефективність його застосування на основі аналізу динаміки таких функціональних показників як артеріальний тиск і частота серцевих скорочень. Надані практичні рекомендації щодо особливостей лікування даної категорії пацієнтів.

**Ключові слова:** корвалол, цукровий діабет 2 типу, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”: “Відновлення стоматологічного здоров’я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація” (держреєстрація № 0111u006300).*

За статистичними даними серед пацієнтів амбулаторного стоматологічного прийому не менше 30% страждають різними загальносоматичними захворюваннями в компенсованій формі. Такі пацієнти, навіть якщо не мають больових відчуттів, при проведенні різних стоматологічних маніпуляцій, то постійно знаходяться в напрузі, очікуючи появи болю [3,7]. Також слід зазначити, що зміни гомеостазу, характерні для стресу, можуть спостерігатися ще до стоматологічного втручання, при тривалому очікуванні прийому.

При стресі підвищується активність симпатико-адреналової і гіпофізарно-надниркової систем, відбувається інтенсивний викид у кров’яне русло катехоламінів і кортикостероїдів. Це призводить до підвищення артеріального тиску (на 10-25 мм. рт. ст.); частота серцевих скорочень і частота дихання у особливо тривожних пацієнтів може збільшитися в 2,5 - 3 рази [2]. При цьому в нормі в організмі існують компенсаторно-приспосувальні реакції, які протистоять проявам стресу, проте в умовах патології або супутньою лікарської терапії їх резерв може виявитися недостатнім. Ендогенні катехоламіни можуть спровокувати гострий напад глаукоми, гіперглікемічну кому при цукровому діабеті. Тому дуже важливим є попередження впливу стресорних факторів у процесі стоматологічного втручання на організм пацієнта, особливо на тлі цукрового діабету.

Одним із методів попередження впливу стресорних факторів на серцево-судинну систему при лікуванні одонтопатології є проведення адекватного знебоління [1]. Проте знебоління під час стоматологічного лікування такої категорії пацієнтів може позначитися на їх загальному стані, тому потрібно здійснюватися свідомий вибір тих засобів і методів проведення місцевої анестезії, які були б спрямовані на профілактику небажаних ускладнень [4]. Стресорна реакція може мати місце навіть при проведенні у пацієнта адекватного місцевого знебоління. При цьому на перший план виходять страх і тривожність перед стоматологічним лікуванням.

Проведення ін’єкційного місцевого знебоління – стоматологічна маніпуляція, яка здійснює значний вплив на загальний стан пацієнта. Введення у внутрішнє середовище організму місцевого анестетика може викликати алергічні реакції, а також загальнотоксичну дію при його передозуванні або недостатності систем його метаболізму і виведення. Попадання в організм катехоламінів у складі місцевої анестезії призводить до змін в організмі, подібним до тих, що розвиваються при стресі (підвищення АТ і ЧСС, гіперглікемія). Проте, необхідно враховувати, що відсутність адекватного знебоління у таких пацієнтів ще більш небезпечна і може спричинити за собою різні ускладнення за рахунок наявності реакції організму на біль. Тому при проведенні знебоління необхідно вирішити такі завдання: з одного боку місцева анестезія повинна бути максимально ефективною і повністю усунути больову чутливість в ділянці втручання, з іншого боку - необхідно звести до мінімуму системний вплив на організм.

**Метою** роботи було встановити ефективність використання корвалолу при проведенні місцевого ін’єкційного знебоління перед стоматологічним втручанням у пацієнтів з компенсованою формою цукрового діабету 2 типу для корекції порушень з боку серцево-судинної системи.