

Висновки. Таким чином, аналіз результатів дослідження показав, що виникнення і розвиток проявів герпетичної інфекції у підлітків, хворих на ЦД, відбувається на тлі змін стану місцевого імунітету порожнини рота. Однією з причин активації механізмів ушкодження СОПР у хворих на діабет є гіперпродукція активних форм кисню лейкоцитами. Про це свідчать значення сНСТ-тесту, який є непрямим показником гомеостазу, і характеризує ступінь функціонального роздратування фагоцитів у підлітків, хворих на ЦД, і має значення вище, ніж у підлітків без фонові патології. У відтвореному в присутності стимуляторів НСТ-тесті кількість активованих нейтрофілів і індекс їх активності у відсутності проявів ХРГС на тлі ЦД у порівнянні з показниками контрольної групи не мали суттєвих відмінностей, при рецидиві ХРГС були достовірно знижені. З огляду на те, що індукований НСТ-тест є біохімічним критерієм здатності лейкоцитів до завершення фагоцитозу, можна зробити висновок про зниження потенційної активності фагоцитуючих клітин при загостренні ХРГС на тлі ЦД. Нами встановлено, що у хворих на діабет із загостренням ХРГС при значному збільшенні значень сНСТ-тесту відбувається пригнічення фагоцитарної активності нейтрофілів. У підлітків без фонові патології ХРГС протікає при збільшенні продукції активних форм кисню і ФА лейкоцитів порожнини рота, що вказує на збалансовані киснеутворюючу і фагоцитарну функції.

Ключові слова: цукровий діабет, герпетичний стоматит, порожнина рота, діти.



ВИЗНАЧЕННЯ МІЖАЛЬВЕОЛЯРНОЇ ВИСОТИ У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ІНДЕКСОМ ШИМБАЧІ

Куроедова В.Д., Макарова О.М, Гутовська І.О.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ. Висота прикусу є одним із важливих параметрів, який значно пов'язаний із функціональним станом жуваального апарату. Зменшення висоти прикусу приводить до погіршення естетики обличчя, зміни оклюзійних та нейром'язових співвідношень, нерідко є причиною виникнення дисфункцій СНЩС.

Актуальність. Всі методи визначення висоти априкусу можна поділити на преекстракційні (з початковою висотою прикусу), та постекстракційні. До поширених преекстракційних методик відносяться:

- 1) Бічне ТРГ за допомогою воскових шаблонів;
- 2) Фото профілю;
- 3) Окреслення профілю;
- 4) За допомогою акрилової маски;
- 5) За допомогою дакометра;
- 6) Вимірювач Вілліса (лінійка Венери і лінійка Аполлона);
- 7) Фонетичні проби.

До постекстракційних (з втраченою висотою прикусу) належать:

- 1) Використання розмірів передніх зубів, при відсутності бічної групи зубів для визначення висоти прикусу (індекс Шимбачі);
- 2) За допомогою воскових валиків;
- 3) По силі стиснення зубів, Vimeter (1959);
- 4) Запис електричної активності м'язів (за допомогою електрофіографії);
- 5) Методика ТРГ діагностики (висота прикусу, яка базується на концепції Славічека);
- 6) По естетиці обличчя.

Пошук оптимальної висоти прикусу та методики її визначення й досі залишаються дискутабельними та актуальними при плануванні ортодонтичної корекції та ортопедичної реабілітації.

Мета роботи. Метою нашого дослідження було визначення міжальвеолярної висоти у ортодонтичних пацієнтів за індексом Шимбачі.

Матеріали та методи: Нами проведено морфометричне дослідження контрольно-діагностичних моделей щелеп 300 пацієнтів різного віку, що перебували на ортодонтичному лікуванні на кафедрі післядипломної освіти лікарів-ортодонтів Української медичної стоматологічної академії. Всі обстежені були розподілені за віком та видом співвідношення зубних рядів у сагітальній та вертикальній площинах.

Всім обстеженим проводився аналіз моделей шляхом вимірювання міжальвеолярної відстані в центральній оклюзії – визначення фактичної висоти прикусу, а також вимірювання ширини верхнього центрального різця з подальшим розрахунком “ідеальної” висоти прикусу за індексом Шимбачі.

Результати. Серед загального числа обстежених середня міжальвеолярна висота склала $13,55 \pm 2,55$ мм, що достовірно менше ($p < 0,05$) від визначеної за індексом Шимбачі ($18,38 \pm 1,23$ мм). Таким чином, спостерігається значне зниження фактичної міжальвеолярної висоти порівняно з «ідеальною» майже на 5 мм.

Розподіливши обстежених за видами порушення прикусу у сагітальній площині, ми виявили, що найбільша міжальвеолярна висота відмічалась у пацієнтів із III класом ЗЩА, але при цьому все одно була меншою на 3 мм, порівняно з “ідеальною”.

При I та II класах ЗЩА міжальвеолярна відстань була майже однаковою $13,55 \pm 2,55$ мм та $13,56 \pm 2,55$ мм, що в середньому на 5 мм менше ($p > 0,05$) за розраховану по індексу Шимбачі. Дещо більше значення міжальвеолярної висоти при III класі ЗЩА можна пояснити тим, що мезіальний прикус як правило

супроводжується збільшенням вертикальних параметрів, проте навіть при цьому фактична міжальвеолярна відстань не досягає показників за індексом Шимбачі.

При розподілі пацієнтів за глибиною різцевого перекриття ми отримали досить логічні результати (рис. 3). Зокрема найменшою міжальвеолярна відстань була серед пацієнтів із збільшеною глибиною різцевого перекриття ($12,04 \pm 2,05$ мм), що було значно нижче на $6,4$ мм ($p < 0,05$) за «ідеальною» ($18,44 \pm 1,2$ мм). Різниця між фактичною та «ідеальною» висотою оклюзії при нормальній глибині різцевого перекриття складала приблизно 4 мм ($p > 0,05$) ($14,29 \pm 2,14$ мм та $18,45 \pm 1,15$ мм відповідно).

Найцікавішим є той факт, що навіть у пацієнтів із глибиною різцевого перекриття меншою за $1/3$ коронок нижніх різців, тобто тенденцією до відкритого прикусу, міжальвеолярна висота все одно була меншою, за шукану по індексу Шимбачі, хоча і різниця між ними була мінімальною (приблизно $1,5$ мм), порівняно з іншими двома групами дослідження.

Тотальне зниження висоти прикусу може бути пов'язане із недопрорізуванням бокових зубів, ретенцією других молярів, що в свою чергу є результатом інволютивних змін жувального апарату в зв'язку із значним зниженням жувального функціонального навантаження сучасної людини.

Висновки. Отже, згідно даних проведеного дослідження, всі види ЗЩА характеризуються зниженням міжальвеолярної висоти по відношенню до індексу Шимбачі, навіть ті, що супроводжуються зменшенням глибини різцевого перекриття. Отримані дані наводять на наступні роздуми: або «ідеальна» висота прикусу, розрахована за індексом Шимбачі не така і ідеальна, а її розрахунки дещо завищені і потребують уточнення, особливо для ортодонтичних пацієнтів, або і справді, сучасні ортодонтичні пацієнти мають тотальне зменшення міжальвеолярної висоти.

Ключові слова: висота прикусу, індекс Шимбачі.



ЧИННИКИ, ЯКІ ПРИЗВОДЯТЬ ДО ПІДВИЩЕНОЇ АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ. ТА СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЙОГО ВИКЛИКАЮТЬ

Локота Є.Ю. , Локота Ю.Є.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Актуальність. Цукровий діабет викликає якісні і кількісні зміни в паренхімі основних слинних залоз, що призводить до гіпосалівації пов'язаної з