

Нідзельський М.Я.

ДИНАМІКА ЗВУКОВИМОВЛЯННЯ У ХВОРИХ ПРИ ПОВНІЙ ВТОРИННІЙ АДЕНТІЇ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Відновлення нормального звуковимовляння – одне з основних завдань реабілітації ортопедичних стоматологічних хворих. Його вирішення можливе лише за наявності адекватних сучасних методів дослідження й контролю мовленнєвої функції пацієнтів на різних етапах лікування. З точки зору практичної медицини заслуговує на увагу вже сама методика звукової комп'ютерної спектрографії, використана для виконання роботи.

Мета дослідження – вивчити особливості акустичних параметрів мовлення при повній вторинній адентії.

Застосування звукової комп'ютерної спектрографії показує, що при повній вторинній адентії суттєво порушуються акустичні параметри мовлення. Одержані результати узгоджуються з даними фонетричних досліджень у стоматологічних хворих, які виконані іншими авторами. Вираженість таких порушень, виявлена нами при повній адентії, підтверджує справедливості відомої сентенції про те, що фоностоматологічні зміни після екстракції зубів пропорційні обсягу й топографії оперативного втручання.

У беззубих хворих знижується потужність усіх голосних звуків. Оскільки відомо, що вимовляння цих фонем пов'язане з напруженням і рухами м'язів і м'язів язика, можна припустити, що тривала відсутність зубів порушує координованість цих рухів і знижує тонус м'язової мускулатури. Зниження частоти основного тону фонем [а] і [о] у беззубих хворих, очевидно, пояснюється тим, що дискоординація м'язової активності при вторинній адентії охоплює не тільки м'язи язика, а й м'язові елементи гортані, які відіграють основну роль у формуванні цього акустичного показника.

Виявлено також порушення потужності зубних приголосних [з], [с], [ц], пов'язане з відсутністю анатомічних фокусів утворення цих фонем у беззубих хворих. Аналогічне пояснення може бути застосоване до змін потужності язиково-передньопіднебінних звуків [ш], [ж], [ч], [щ], для фонації яких важлива наявність зубів у фронтальній ділянці. Таким же чином, імовірно, пояснюється й зниження потужності губно-зубного приголосного [в]. У зниженні потужності альвеолярного приголосного [р], очевидно, має значення атрофія альвеолярного відростка верхньої щелепи, яка зазвичай супроводжує повну вторинну адентію. Водночас зниження потужності губно-губного дзвінкого приголосного [б] дозволяє припустити, що певну роль у описаних особливостях звуковимовляння відіграють тонус і скоротливість м'язів, зокрема м'язів губ.

Зміни потужності голосних і приголосних звуків, які спостерігаються в беззубих хворих, слід також вважати наслідком змін резонаторних властивостей ротової порожнини, некерованою турбулентністю повітряного потоку за відсутності зубів.

У процесі спектрального аналізу приголосних звуків української мови під час їх вимовляння беззубими хворими реєструються зміни частоти основного тону. Такі зміни у вигляді зниження частоти язиково-передньопіднебінних приголосних [щ] і [ч] та губно-губного приголосного [б] або у вигляді підвищення частоти язиково-зубного звука [н] і язиково-задньопіднебінного звука [к], очевидно, як і зміни частоти голосних звуків, можна пояснити загальною дискоординацією артикуляційного апарату, яка стосується й гортані.

Таким чином, порушення потужності й частоти звуковимовляння окремих фонем закономірно позначається на якості мовлення беззубих хворих. Одержані результати узгоджуються з відомими даними про те, що великі дефекти зубних рядів, особливо у фронтальній ділянці, роблять мовлення нерозбірливим, мало диференційованим.

Ніколішин І.А., Галич Л.Б.

СПОСІБ РЕМІНЕРАЛІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ БРЕКЕТ-ТЕХНІКИ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

У наш час метод лікування зубощелепних аномалій за допомогою брекет-техніки вважається найефективнішим. Незнімні елементи (брекети, кільця, дуги) фіксуються в порожнині рота на весь курс лікування в середньому терміном на 1,5-3 роки, переважно в осіб молодого віку в період формування опорно-рухової системи організму. У деяких пацієнтів із неякісною гігієною порожнини рота під час лікування за допомогою брекет-техніки може виникати демінералізація емалі у вигляді гострого початкового карієсу в пришийковій ділянці всіх зубів.

Такий стан емалі потребує обов'язкового комплексного лікування пацієнта – ремінералізуючої терапії місцево й системного впливу на мінеральний обмін. Зазвичай для ремінералізації емалі застосовують препарати кальцію і фтору, але більшість із них представлені монопрепаратами, які недостатньо насичують тка-

нини необхідними мікроелементами. Препарати загальної дії на організм мають бути максимально ідентичні складу зубів і кісткової тканини людини.

Серед препаратів кальцію загальної дії максимально ідентичним складу зубів і кісткової тканини людини є натуральний засіб на основі яєчної шкаралупи «Біокальцевіт». Біологічні властивості «Біокальцевіту» характеризуються збалансованим співвідношенням кальцію, фосфору, вітаміну D3, лимонної й аскорбінової кислот, що забезпечують активне всмоктування кальцію в кишечнику і його інкорпорацію в кісткові структури.

Нами запропоновано спосіб ремінералізуючої терапії: після процедури професійної гігієни в заздалегідь виготовлені індивідуальні капи з прозорого силікону поміщають 10% розчин «Бішофіт Полтавський» і розміщують на зубах на 30 хвилин, щоденно, курсом 10 - 20 процедур і призначають препарат «Біокальцевіт» по 2 таблетки 2 рази за добу після їди.

Запропонований спосіб застосовано у 12 пацієнтів із наявністю гострого початкового карієсу на зубах у вигляді крейдоподібної плями, після проведення ортодонтичного лікування з використанням брекет-техніки. Ремінералізуючу терапію оцінювали за допомогою ТЕР-тесту (1-3 бали – протравлена ділянка блідо-блакитна; 4-6 балів – блакитне забарвлення; 7-9 балів – синє забарвлення; 10-12 балів – темно-синій колір), який засвідчує стійкість емалі до кислотного ушкодження. У пацієнтів до проведення ремінералізуючої терапії емаль зубів з ознаками карієсу забарвлювалась у виражений синій колір, що свідчило про зниження структурно-функціональної резистентності емалі, ТЕР-тест у середньому складав 7,3 бала.

Після проведення ремінералізуючої терапії за запропонованим способом спостерігали забарвлення емалі в блідо-блакитний колір. Показник ТЕР-тесту, в середньому, складав 3,1 бала.

За отриманими результатами ми дійшли висновку про можливість застосування запропонованого способу ремінералізуючої терапії за наявності гострого початкового карієсу після проведення ортодонтичного лікування із використанням брекет-техніки.

Новіков В.М., Коросташова М.А.

ОБҐРУНТУВАННЯ ЕТІОЛОГІЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА В ЖІНОК НА ФОНІ ОБТЯЖЕНОГО ГІНЕКОЛОГІЧНОГО Й ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСІВ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба може відображати і місцеві зміни зубощелепної системи (дефекти й деформації зубних рядів, травми, м'язові порушення), і системні (психоемоційні зміни, порушення метаболізму гормонів, ендокринні порушення тощо). З огляду на це, відомо, що за наявності місцевих змін у зубощелепній системі дисфункція СНЩС розвивається не завжди. Так само і при правильному функціонуванні зубощелепної системи можливі дисфункціональні зміни СНЩС. Тому, оглядаючи пацієнтів із цього контингенту, варто пам'ятати про можливий причинно-наслідковий зв'язок саме змін у організмі людини. До таких змін часто призводять гормональні порушення з боку статевої системи. Недарма з цієї причини жінки частіше, ніж чоловіки, звертаються до лікарів із такою проблемою.

Таким чином, метою роботи стало дослідження гінекологічного й гормонального статусів пацієнтів із дисфункцією СНЩС і виявлення причинно-наслідкового зв'язку.

Матеріали й методи. Обстежено 62 пацієнтів із дисфункціональними розладами СНЩС: 8 чоловіків і 54 жінки віком від 18 до 65 років. Жінки додатково були ретельно опитані відповідно до гінекологічного й гормонального статусів.

Результати. Серед 54 обстежених жінок 16 пацієнток у віці від 43 до 65 років мали клімактеричні зміни. Серед них 5 заперечували порушення гормонального фону й не мали обтяженого гінекологічного статусу. Ще з 11 пацієнток трьом проводились операції з видалення кіст додатків яєчників, двом – ампутація матки, дві мали фіброзно-кістозну мастопатію в анамнезі, дві – захворювання щитоподібної залози (гіпотиреоз, аутоімунний тиреоїдит), двом пацієнткам проводилась замісна гормональна терапія з приводу передчасної менопаузи.

З 38 жінок у віці від 18 до 36 років 9 заперечували порушення гормонального фону й не мали обтяженого гінекологічного статусу. Інші 29 пацієнток мали проблеми: у 7 – порушення менструального циклу, 5 хворіють на мастопатію, 3 мають вузли щитоподібної залози, у 1 – аутоімунний тиреоїдит, у 2 – гіпотиреоз, 3 мали кісти яєчників і порушення менструального циклу, 1 – гіперпролактинемію, 7 мали мастопатію, кісти яєчників і захворювання щитоподібної залози, 1 страждала на безпліддя.

Слід зазначити, що в пацієнток із дисфункцією СНЩС і захворюваннями статевої системи, а також порушеннями гормонального фону дегенеративні зміни в суглобі траплялися частіше, ніж у жінок, які не мали цих системних захворювань.

Висновки. Отже, наші дослідження обґрунтовують зв'язок дисфункції СНЩС із гормональними порушеннями й захворюваннями статевої системи й доводять причину частоти звернень саме жінок.