

*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 фонометричних 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 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-