

Висновки

Таким чином, отримані результати дослідження доводять необхідність проведення інтерпретації даних морфометричних досліджень при складанні плану ортодонтичного лікування з урахуванням національної приналежності обстежуваного пацієнта.

Літератур

1. Алексеев В.П. Краниометрия: методика антропологических исследований / В.П. Алексеев, Г.Ф. Дебец. – М. : Наука, 1964. – 128 с.
2. Бунак В.В. Лицевой скелет и факторы, определяющие вариации его строения / Бунак В.В. – М., Антропологический сборник. – 1960. – Вып. 2. – С. 84-152.
3. Лакин Г.Ф. Биометрия / Лакин Г.Ф. – М. : Высшая школа, 1990. – С. 113-124.
4. Нетцель Ф. Практическое руководство по ортодонтической диагностике / Ф. Нетцель, К. Шульц. – Львов. : ГалДент, 2006. – 175 с.

5. Переверзев В.А. Архитектоника лица (Возрастные аспекты) / В.А. Переверзев. – Волгоград, 1994. – 216 с.
6. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий / Л.С. Персин. – М. : Научно-издательский центр «Инженер», 1998. – 297 с.
7. Руководство по ортодонтии: [под ред. Ф.Я. Хорошилкиной]. – М. : Медицина, 1999. – 797 с.
8. Филимонов Ю.В. Мезиодистальные и вертикальные параметры зубов нормогнатического прикуса взрослого населения Винницы / Ю.В. Филимонов // Украинский стоматологический альманах. – 2006. – Т. 2, № 1. – С. 18-20.
9. Sally C. Walker. Abnormal tooth size and morphology in subjects with cleft lip and/or palate in the north of England. / Sally C. Walker., C. Rye Mattick, Ross S. Hobson, I. Nick Steen // European Journal of Orthodontics. – 2009. – №31. – P. 68-75.
10. Legovic M. A comparison of methods for predicting the size of unerupted permanent canines and premolars. / M. Legovic, A. Novocel, T. Skrinjaaric [et al.] // European Journal of Orthodontics. – 2006. – №28. – P. 485-490.
11. Fattahi H.R. Comparison of tooth size discrepancy in the different malocclusion groups. / H.R. Fattahi, H.R. Pakshir, Z. Hedayati. // European Journal of Orthodontics. – 2006. – №28. – P. 491-495.

Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ЗУБОВ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ У ЛИЦ 18-21 ГОДА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УКРАИНЕ И СТРАНАХ БЛИЖНЕГО ВОСТОКА

Смаглюк Л.В., Трофименко М.В., Карасюнок А.Е., Воронкова А.В.

Ключевые слова: прикус, размеры зубов, пропорциональность зубов.

Были изучены мезио-дистальные размеры зубов при ортогнатическом прикусе у украинцев и иностранцев из стран Ближнего Востока в возрасте от 18 до 21 года. Определена достоверная разница мезио-дистальных размеров зубов, а также нарушение пропорциональности соотношения разных групп зубов по Болтону в зависимости от национальной принадлежности.

Summary

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF TEETH PARAMETERS IN 18-21 YEAR OLD PERSONS WITH ORTHOGNATHIC BITE FROM UKRAINE AND THE MIDDLE EAST COUNTRIES

Smaglyuk L.V., Trofimenko M.V., Karasyunok A.Y., Voronkova A.V.

Key words: bite, sizes of teeth, tooth proportionality.

This research was designed to study mesio-distal sizes of teeth in 18-21 year-old persons having orthognathic bite who are from Ukraine and the Middle East countries. We defined reliable difference of mesio-distal sizes of teeth, and disproportion between different groups of teeth by Bolton depending on the nationality.

УДК [616,31: 616.934] – 071 – 08

Ступак О.П., Ніколішин А.К.

ОСОБЛИВОСТІ САЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У проведених дослідженнях була вивчена функціональна активність слинних залоз у хворих з кандидозами слизової оболонки порожнини рота на тлі цукрового діабету. Розглянуто вплив стоматологічної та загальної соматичної патології на швидкість салівації.

Ключові слова: салівація, функціональна активність слинних залоз, ксеростомія, кандидоз слизової оболонки порожнини рота, цукровий діабет.

Стаття є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»: «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонту та слизової оболонки порожнини рота» (№ Державної реєстрації 0104U004411).

Забезпечення нормального стану органів і тканин органів порожнини рота в першу чергу залежить від функціональної активності слинних залоз. Недостатнє слиновиділення (гіпосалівація) досить часто у хворих призводить до порушення гомеостазу порожнини рота, розвитку дисбактеріозу та кандидозу [2].

На сьогоднішній день до кінця не з'ясований патогенез розвитку даної патології, але можна виділити цілий ряд захворювань, які супро-

дуються сухістю (ксеростомією) слизової оболонки порожнини рота. Це цукровий діабет (ЦД) [9], порушення функціонування вегетативної нервової системи [7], синдром Шегрена, захворювання пародонта [4], протезні та кандидозні стоматити [1] тощо.

Найбільш ранніми симптомами ЦД у хворих є поява відчуття сухості слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та губ внаслідок гіпосалівації, яка в свою чергу з часом призводить до компен-

саторного збільшення великих слинних залоз.

Згідно проведених раніше досліджень [5] мікотичні ураження хворих на цукровий діабет настільки характерні, що їх відносять до числа “діабетидів” – специфічних симптомів ЦД.

У зв'язку з цим, метою нашого дослідження було вивчення швидкості секреції ротової рідини у хворих з кандидозом слизової оболонки порожнини рота на тлі цукрового діабету.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань нами були проведені клінічні та функціональні методи дослідження.

У клінічних дослідженнях взяли участь 76 хворих на ЦД типу 1 віком від 18 до 40 років, що знаходились на диспансерному обліку та стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави, та 22 практично здорових людей аналогічного віку, які склали контрольну групу. У 48 хворих на ЦД діагностовано кандидоз СОПР згідно даних бактеріоскопічних та бактеріологічних досліджень.

У всіх пацієнтів вивчали швидкість секреції нестимульованої та стимульованої ротової рідини, на підставі оцінки об'єму нестимульованої ротової рідини за одиницю часу.

Збір ротової рідини у хворих проводили вранці, натщесерце, до ін'єкції інсуліну. Для отримання нестимульованої слини (ротової рідини) використовували мірну центрифужну пробірку з воронкою. Пробірку занурювали в стакан з льодом. Хворий попередньо споліскував рот

водопровідною водою і через 3 хв. починав спльовувати ротову рідину в пробірку. Ротову рідину збирали впродовж 5 хв., якщо у пацієнта слиновиділення знижено – збільшували час забору. Центрифугували ротову рідину при 3000 об./хв. впродовж 5 хв., вимірювали об'єм нестимульованої ротової рідини, відбирали прозорий шар надосадової рідини в чисті пеніцилінові флакони, герметично закривали, заморожували при t-100С і транспортували в лабораторію в термосі зі льодом [3].

Для отримання стимульованої слини у хворих, додатково через 5 хв. після завершення отримання нестимульованої слини, давали ополіскувати ротову порожнину 20 мл 0,5% розчином лимонної кислоти впродовж 5 с.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно результатів проведених досліджень, швидкість секреції нестимульованої та стимульованої ротової рідини у хворих на ЦД типу 1 майже у 2 рази нижча ніж у здорових осіб без фонові патології (табл.).

Причому, у хворих на ЦД з кандидозом слизової оболонки порожнини рота вона була дещо нижчою і дорівнювала $0,32 \pm 0,01$ мл/хв. та $0,94 \pm 0,07$ ($p < 0,001$).

Саме у хворих цієї групи під час огляду були найбільш виражені клінічні ознаки ксеростомії слизової оболонки порожнини рота, а саме: відчуття сухості, печії, болю в порожнині рота під час прийому їжі. Вони постійно мали потребу до змочування ротової порожнини водою [8].

Таблиця

Швидкість секреції ротової рідини у хворих з кандидозом слизової оболонки порожнини рота на тлі цукрового діабету типу 1

Група пацієнтів	Кількість пацієнтів	Салівація, мл/хв.	
		нестимульована	стимульована
Контрольна група	22	$0,72 \pm 0,04$	$1,75 \pm 0,12$
Хворі на ЦД без кандидозу СОПР	28	$0,37 \pm 0,07$ $p_1 < 0,001$	$1,2 \pm 0,04$ $p_1 < 0,001$
Хворі на ЦД з кандидозом СОПР	48	$0,32 \pm 0,01$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$0,94 \pm 0,07$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$

Примітки: p_1 – вірогідність відмінностей до показників контрольної групи;

p_2 – вірогідність відмінностей до показників групи хворих на цукровий діабет без кандидозу слизової оболонки порожнини рота.

Аналізуючи наші дослідження та згідно даних інших авторів, можна зробити припущення, що у хворих з кандидозом слизової оболонки порожнини рота на тлі ЦД виникає “порочне коло”: грибовий стоматит – ксеростомія – ЦД [5]. З одного боку, міцелій та спори грибів роду *Candida* закупорює вивідні протоки слинних залоз, призводячи до зниження швидкості слиновиділення, збільшення в'язкості слини та дисбактеріозу порожнини рота.

З іншого боку, за даними Скиби О.В. [6] істотне підвищення вмісту малонового діальдегіду в ротовій рідині хворих на ЦД на тлі зниження активності ферментів антиоксидантного захисту призводить до ушкодження клітинних мембран великих слинних залоз, а як наслідок зменшення їх функціональної активності.

Крім того, відомо, що у хворих на ЦД внаслідок метаболічних та імунологічних порушень, властивих цьому захворюванню, відбувається гальмування фагоцитозу грибів, а підвищення вмісту глюкози (гіперглікемія) у тканинах і секретах створює сприятливий фон для їх активного росту.

Представлений матеріал є підставою для обов'язкового проведення санації порожнини рота та професійного чищення зубів у хворих, а також призначення в комплекс профілактично-лікувальних заходів при діабетичних кандидозних стоматитах медикаментозних засобів, які стимулюють слиновиділення.

Висновки

Таким чином, кандидозний стоматит і цукровий діабет можна віднести до взаємопосилую-

чих факторів розвитку ксеростомії слизової оболонки порожнини рота у хворих внаслідок порушення функціонування слинних залоз.

При лікування ксеростомії у таких хворих необхідно обов'язково використовувати медикаментозні засоби, які б стимулювали функціональну активність слинних залоз, мали протизапальну, імуномодулюючу дію та зменшували протеолітичну активність ротової рідини.

Література

1. Косенко К.Н. Секреторная активность слюнных желез у пациентов со съёмными зубными протезами, страдающими грибковым стоматитом / К.Н. Косенко, И.А. Паненко, Т.П. Терезина // Вісник стоматології. – 2006. – №1. – С.51-53.
2. Левицкий А.П. Лизоцим вместо антибиотиков / Левицкий А.П. – Одесса, 2005. – 53 с.
3. Левицкий А.П. Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных / А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, Л.Н. Россаханова // Вісник стоматології. – 1995. – Спец. выпуск. – №2. – С. 7-8.

4. Недосеко В.Б. Заболевания слизистой оболочки полости рта, сопровождающиеся изменением биотопа ротовой полости Диагностика. Применение новых технологий лечения / В.Б. Недосеко, И.В. Анисимова // Клиническая стоматология. – 2002. – №4. – С. 40-47.
5. Орехова Л.Ю. Особенности клинических проявлений патологии слизистой оболочки полости рта у больных сахарным диабетом / Л.Ю. Орехова // Пародонтология. – № 4. – 2003. – С. 14-18.
6. Скиба О.В. Структурно-метаболические изменения в тканях полости рта при сахарном диабете та їх профілактика : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / О.В.Скиба. – К., 2006. – 171 с.
7. Слюнные железы (биохимия, физиология, клинические аспекты) / [Л.М. Тарасенко, Г.А. Суханова, В.П. Мищенко и др.]. – Томск, 2002. – 124 с.
8. Ступак О.П. Особливості лікування та профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота у хворих на цукровий діабет типу 1 дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / О.П.Ступак. – Полтава, 2010. – 158 с.
9. Moore P.A. Type 1 diabetes mellitus, xerostomia and salivary flow rates / P.A. Moore, J. Guggenheimer, K.R. Etzel [et al.] // Oral Surg. Oral. Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2001. – №3. – P. 281-291.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ САЛИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ступак Е.П., Николишин А.К.

Ключевые слова: саливация, функциональная активность слюнных желез, ксеростомия, кандидоз слизистой оболочки полости рта, сахарный диабет.

В проведенных исследованиях была изучена функциональная активность слюнных желез у больных с кандидозом слизистой оболочки полости рта на фоне сахарного диабета. Рассмотрено влияние стоматологической и общей соматической патологии на скорость саливации.

Summary

SALIVATION AND ITS PECULIARITIES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Stupak O.P., Nikolishin A.K.

Key words: salivation, functional activity of salivary glands, xerostomia, oral candidosis, diabetes mellitus.

The research was aimed to study the functional activity of salivary glands in patients with oral candidosis against a background of diabetes mellitus. Much attention was paid to the effect of both dental and systemic pathology on salivation rate.

УДК:616.314-77:615.462

Чернявский С.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД ПЕРЕБАЗИРОВКИ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА МАТЕРИАЛОМ «ЛАТАКРИЛ Н ПЛЮС» ФИРМЫ «ЛАТУС»

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

Статья посвящена изучению клинических возможностей использования отечественной акриловой пластмассы «Латакрил Н Плюс» для починки поломок съёмных ортопедических конструкций в сравнении с уже известными и давно зарекомендовавшими себя материалами.

Ключевые слова: съёмный пластиночный протез, лабораторный метод перебазировки.

Вступлення

Поломка съёмных протезов – одна из наиболее часто встречающихся проблем в клинической практике врача - ортопеда. По статистическим данным Э. Ю. Свердлова (1960), перелом базиса съёмного протеза происходит в 18% случаев, Л. А. Елизаровой (1967) — в 24,6%, В. Д. Гроссман (1966), — в 42%. [1]

В современной ортопедической стоматологии остается актуальной проблема улучшения эксплуатационных свойств съёмных зубных протезов. В процессе использования съёмного зубного протеза постепенно происходит атрофия тканей протезного ложа, в результате чего нарушается точность соответствия внутренней поверхности

базиса съёмного протеза рельефу тканей протезного ложа.

Это приводит к неравномерности передачи жевательного давления, что нередко является причиной перелома базиса. В свете вышесказанного для увеличения срока службы базисного зубного протеза важно своевременно выявить дефекты съёмного протеза и провести его перебазировку. Перебазировке с целью реставрации съёмных протезов, изготовленных из акриловой пластмассы. [2]

В случае возникновения поломки, наиболее правильным решением будет переделать протез, но не всегда повторное протезирование возможно из-за материальных трудностей пацие-