

Функціональні відбитки у всіх хворих отримали на етапі визначення центральної оклюзії по методиці А.С. Щербакова. Після загіпсовки моделей в оклюдатор за допомогою універсального зуболікарського вимірювального приладу Рабовіла вимірювали кути нахилу міжальвеолярних ліній. Виявлено наступне: а) у 7 хворих з атрофією щелеп по Шредеру / Келеру (I/III-2 і I / IV – 5 хворих) кути нахилу міжальвеолярних ліній були у фронтальній ділянці – 94,6 градусів, а в області молярів: зправа - 82,5 градусів і зліва - 83,4 градуси; б) у 5 хворих (II/III -2 і II/IV-3 хворих) - відповідно 86,3 градуси у фронтальній ділянці і в області молярів зправа – 79,9 градусів , зліва – 79,7 градусів і в) у 4 хворих з атрофією щелеп (II/II-3 і III/II – 1 хворий) кути нахилу були відповідно – 77,6 градусів, 73,4 градуси зправа і 72,4 градуси зліва. Постановку зубів „Івоклар„ в протезах для 7 хворих з прогнатією і 5 хворих з помірно вираженою прогенією щелеп виконували по відповідним матрицям комплекта № 1, а в протезах для 4 хворих з різко вираженою прогенією беззубих щелеп постановку здійснювали по відповідним матрицям комплекта № 2. Був проведений хронометраж часу постановки зубів „Івоклар„ для 16 протезів для верхньої щелепи. Постановку зубів здійснювали три зубних техніки однакової кваліфікації, причому кожний з них виконував постановку зубів за допомогою набору вимірювальних щупів і по оклюзійним матрицям.

Результати та їх обговорення. Визначення жувальної ефективності по І.С.Рубінову через 3 – 4 місяці користування протезами показало що вона збільшилась у 12 хворих (7 з прогнатією і 5 з помірно вираженою прогенією щелеп) від 64,9 % до 75,7 % ($70,3 \pm 0,46$ %), а у 4 хворих з різко вираженою прогенією відповідно від 57,9% до 66,5 % ($62,2 \pm 0,69$ %). Ступінь фіксації і стабілізації протезів у 15 хворих (93,8 %) була оцінена як задовільна, а у 1 хворого (6,2 %) з різко вираженою прогенією і крайньою атрофією щелеп - як незадовільне.

Статистична обробка даних хронометража часу постановки зубів „Івоклар„ показала наступне. На постановку всіх верхніх зубів „Івоклар„ в протезах для 12 хворих по ортогнатичному прикусу з використанням набору вимірювальних щупів зубний технік втрачав від 19 хв. 45 с. до 24 хв. 58с. ($22,35 \pm 0,19$ хв), а на постановку зубів „Івоклар„ в протезах для 4 хворих з різко вираженою прогенією – відповідно від 17 хв. 02 с. до 19хв. 52 с. ($18,45 \pm 0,27$ хв), це на 4 хвилини менше часу оскільки верхній зубний ряд вкорочений, а постановка зубів виконується по другим числовим величинам.

Час затрачений зубним техніком на постановку всіх зубів „Івоклар„ по оклюзійним матрицям складав від 4 хв.17с. до 5хв.23с. ($4,83 \pm 0,12$ хв.), що в 4,2 рази менше.

Підсумок. Запропонований метод постановки зубів „Івоклар„ при прогнатії та прогенії беззубих щелеп сприяє підвищенню продуктивності праці зубних техніків на даному етапі роботи в 4,2 рази, а також підвищує ефективність ортопедичного лікування беззубих хворих, так як у зубного техника звільняється час для більш якісного виконання інших етапів лабораторного виготовлення повних знімних протезів.

Розроблений метод конструювання штучних зубних рядів за допомогою оклюзійних матриць повинен широко застосовуватись в практичній ортопедичній стоматології.



УДК 311.14+616.31-073-039.71-05

О. Е. Рейзвіх, к. мед. н.

ДУ «Інститут стоматології НАМН України»

ПОКАЗНИКИ САНАЦІЇ ДИТЯЧОГО ТА ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА ПЕРІОД 1981-2010 РР.

Кількість населення оглянутого в порядку планової санації порожнини рота серед дорослого населення та дітей з року в рік зменшується, що підтверджують дані стану профілактичної роботи з планової системи оздоровлення порожнини рота у населення. В 1981 р. оглянутих в порядку планової санації було 17 889 790 чоловік, в 1996 р. - 15 009 846 чоловік, що на 2 879 944 менше. А в 2010 р. було оглянуто на 2 185 265 особи менше. Зменшення оглянутих спостерігається як серед дорослого так і серед дитячого населення.

Середній показник кількості осіб, потребує санациї порожнини рота із числа оглянутих в порядку планової санації по Україні понад 55 %. Понад 61 % що потребують санації було в західних областях і м. Києві: Закарпатська область - 71,2 %; Івано-Франківська - 61,8 %; Львівська - 69,7 %; м. Київ - 73,6 %.

Показники необхідної санації 1996 і 2010 років серед дорослого населення дещо знизилися з 1996 по 2010 рік з 58,4 % до 50,9 % і серед дитячого населення з 52,8 % до 48,6 %. Проте таке зниження залишається на високому рівні і вимагає проведення санаційних заходів фактично у половини оглянутих.

У 1981 році показник кількості відвідувань до лікарів стоматологів і зубних лікарів на 1 сановану особу. В середньому по Україні складав 4,9 відвідувань, 1996 р. - 4,0, а в 2010 - 3,9. Таким чином, за цей період відвіду-

вань на 1 персону, що санується, зменшилося на 1,0 на кожного відвідувача стоматологічного кабінету. Найбільша кількість відвідувань з метою санації порожнини рота відмічена в Київській (5,2), Запорізькій і Сумській областях - 4,7, в м. Севастополі - 6,4.

Середні показники кількості санованих осіб, в % відношенні до кількості оглянутих і що потребують санації по Україні в 2010 році серед дорослих і дітей складають понад 80 %. А в таких областях як Дніпропетровська - 93,2 %, Закарпатська - 86,4 %, Кіровоградська - 83,5 %, Херсонська - 90,1 %.

Такі високі показники повинні привести кількість тих, що потребують санації до найнижчих показників, а може бути і до тотального оздоровлення всього населення. Нижче за середні показники в 2010 році констатовано в Київській області (64,3 %), Волинській області (69,4 %) і найнижчий показник в м. Севастополі (55,2 %).



УДК 616.311- 053.2:616.33:616.342

Романенко Е. Г., Василичина М. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения [Ю. В. Белоусов, 2007]. Ведущее место в структуре болезней гастродуоденальной зоны у детей занимает хронический гастродуоденит (около 60-74 %). Взаимосвязь болезней полости рта с патологией различных отделов желудочно-кишечного тракта обусловлена морфологическим и функциональным единством пищеварительного аппарата. Поражение слизистой оболочки полости рта может возникать как первично, так и вторично, под влиянием тех или иных патологических процессов нижележащих отделов пищеварительного тракта. При этом слизистая оболочка полости рта является своеобразным «экраном», на котором достаточно закономерно видны первые и, иногда, ранние проявления многих заболеваний пищеварительной системы. Цель данного исследования заключалась в определении частоты и характера основных патологических изменений состояния слизистой оболочки полости рта у детей с хроническим гастродуоденитом.

Под нашим наблюдением находилось 84 больных (45 девочек и 39 мальчиков) с хроническим гастродуоденитом в возрасте 12-17 лет, которые пребывали на лечении в гастроэнтерологическом отделении областной детской клинической больницы г. Днепропетровска. В первую группу вошли 56 больных с хроническим гастродуоденитом в фазе обострения, во вторую - 28 больных с хроническим гастродуоденитом, отягощённым ГЭР. Длительность заболевания у обследованного контингента больных составляла от 1 до 6-ти лет. Диагностика патологии гастродуоденальной зоны проводилась в соответствии с Протоколами диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний у детей МЗ Украины (2010 г.). При постановке стоматологического диагноза использовали классификацию заболеваний слизистой оболочки полости рта (Т.Ф. Виноградова, 1987).

Наиболее характерными клиническими проявлениями изменений слизистой оболочки полости рта у больных с гастродуоденальной патологией (75,1 % всех случаев) были бледность (12,7 %), отечность (25,3 %), петехии (11,2 %), усиление сосудистого рисунка слизистой оболочки (25,9 %). При оценке состояния красной каймы губ у 38,6 % всех больных был выявлен эксфолиативный хейлит в сочетании с заедами в углах рта. Изменения губ, по-видимому, являются следствием развивающихся полигиповитаминозов на фоне нарушения обмена витаминов, особенно группы В.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта значительные изменения наблюдаются в сосочковом аппарате языка. В зависимости от состояния сосочков языка некоторые авторы выделяют гиперпластический глоссит, при котором сосочки хорошо выражены, язык обложен плотным налетом и несколько увеличен в размере за счет отека. Такой язык наблюдается чаще у больных с гастритом при повышенной кислотности.

У обследованных больных расстройства трофики тканей полости рта проявлялись обложенностью (74,5 %), десквамацией (34,3 %), гиперемией и отечностью языка (63 %). Повышение кислотности желудочного сока сопровождалось усилением саливации, гипертрофией сосочков языка. Особенности состояния слизистой языка в группе больных с ГЭР были десквамативные изменения на спинке и боковых поверхностях языка и обильный налет белого цвета, не имеющий четкой локализации и располагающийся очагами. Кроме того, на языке была отмечена выраженная складчатость (15,3 %), гипертрофированные сосочки (23,5 %), отпечатки зубов на боковых поверхностях (38,6 %). В группе больных с хроническим гастродуоденитом без моторных нарушений налет был равномерный по всей поверхности языка, складчатость выявлялась редко - 1,3 %.