

11. Цибульский А.И. Оценка экологических рисков в рамках целей Водной Рамочной Директивы ЕС в Украине / А.И. Цибульский // Гідроекологія. – Сер. Біол. – 2015. – №3-4(64). – С. 706-709.
12. Шахов В.С. Стан та перспективи розвитку інституту права загального природокористування в сучасному екологічному законодавстві / В.С. Шахов // Актуальні питання кодифікації екологічного законодавства України: зб. тез наук. доп. учасн. «круглого столу». – Х.: Нац. ун-т «Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого», 2012. – С. 67–69.
13. Шкуратова І.І. Управління природно-ресурсним потенціалом в економічній системі регіону / І. І. Шкуратова // Вісник Академії митної служби України. Серія: "Державне управління". – Д.: АМСУ, 2011. – № 1. – С. 92-97.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ

к. мед. н. Кричка Н. В.

Украина, г. Харьков, Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра ортопедической стоматологии

Abstract. On result of the clinical studies, which are directed on improvement quality prosthetic device, is offered categorization of the correlation alveolar offshoot toothless jaws and types of the length of the lips. First of all for realization of the exact orientation occlusal surfaces of the artificial teeth rows in oral space in sagittal, transversal and vertical plane, comparatively individual anatomist-topographical particularities of the chewing device. These problems can dare on stages of the fabrication occlusive platen, production artificial teeth and check to designs of the dentures. The approbation to categorizations in clinic has shown practicability of her (its) use for recovering the functions of the receiving the food, clearness and loudness of the pronunciation of the words and rates of the aesthetics of the person that finally perfects the quality of the treatment sick with full absence teeth.

Keywords: function, classification, effect, fixation, stabilization, prosthetic devices.

В развитых странах мира в настоящее время увеличивается продолжительность жизни населения. В связи с этим увеличивается число лиц с полным отсутствием зубов. Исследования, проведенные в некоторых странах, обнаружили большой процент полного отсутствия зубов у пожилых людей. Так, в США число беззубых пациентов пожилого возраста доходит до 50%, в Швеции - 60%, а в Великобритании и Дании оно превышает 70-75% [1,3,6]. В Украине полное отсутствие зубов встречается у 65% населения.

Полное отсутствие зубов на челюстях обусловлено теми же причинами, что и частичная потеря. Это прежде всего: осложнения кариозной болезни, заболевания пародонта, специфические воспалительные процессы, функциональная перегрузка зубов [2,4,8,10].

Полная потеря зубов приводит к топографическим изменениям соотношений органов и тканей в ротовой полости. Поэтому обследование ротовой полости при полной адентии, имеет специфический характер. Изучению особенностей клинической картины больных с беззубыми челюстями необходимо предоставить особое внимание, что обеспечит успех ортопедического лечения. Детальному обследованию подлежат: слизистая оболочка, костная основа, а именно альвеолярные отростки и альвеолярные части, тело челюстей и твердое небо [5,7,9,11].

Цель работы - определение у больных с полным отсутствием зубов ориентации протетической плоскости в трёх измерениях в полости рта: по отношению альвеолярного отростка к щели ротового отверстия, созданной губами.

Материал и методы. Материалом исследования были 127 больных (77 человек мужского пола и 50 - женского) с полным отсутствием зубов и их протезы. Из них у 109 больных были необычные анатомо-топографические особенности строения протезных лож, а у 18 больных - по несколько пар новых протезов. Это были пластиночные протезы, изготовленные по классической технологии, которые их неудовлетворяли. Измерение высоты

нижней трети лица при физиологическом покое нижней челюсти осуществляли с помощью штангенциркуля, а длину губ и высоту альвеолярных отростков в области губ и высоту пространства между верхушками альвеолярных отростков челюстей с помощью ученического респедера и линейки с миллиметровой градуировкой. Высоту нижней трети лица при физиологическом покое нижней челюсти определяли анатомо-физиологическим методом с помощью прикусного блока из базисного воска, который размещали в ротовом пространстве между индивидуальными ложками-базисами. На прикусном блоке отмечали проекцию смыкания верхней и нижней губ на протяжении щели ротового отверстия. Измерения проводились при помощи чертежа или с помощью штифтов из проволоки диаметром 0,6 мм, посредством углубления штифтов в прикусной блок. Далее с помощью прикусного блока, который зафиксирован на индивидуальных ложках, гипсовые модели протезных лож челюстей закрепляли в артикуляторе и измеряли сначала длины губ от переходной складки, которая совпадает с краем индивидуальной ложки-базиса к линии на прикусном блоке, что соответствует смыканию краев губ. Таким образом, получали общую длину как верхней, так и нижней губ. После этого измеряли высоту альвеолярного отростка в области губ от переходной складки до верхушки, а затем путём подсчёта разницы между общей длиной губы и высотой альвеолярного отростка определяли ту часть губы, которая находится над верхушкой альвеолярного отростка, то есть определяли тип губы - средняя, короткая или длинная. Мы измеряли пространство между верхушками гребней альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти при функциональном покое нижней челюсти в вертикальной, трансверзальной и сагиттальной плоскостях, а также измеряли длину верхней и нижней губы. Мы усовершенствовали общеизвестную методику лабиометрии: измеряли длину верхней и нижней губы, начиная от переходной складки до края губы в соотношении к высоте альвеолярного отростка соответственно. Промежуток между альвеолярным отростком и ориентацию альвеолярного отростка в сагиттальной, трансверзальной и вертикальной плоскостях измеряли в соответствии с верхушкой альвеолярного отростка в области резцового сосочка, углов щели ротового отверстия и бугров верхней челюсти, а на нижней челюсти - с привязкой к верхушке в области подъязычной уздечки, углов щели ротового отверстия и позадиомолярных бугорков. Результаты измерений длины губ образовывали щель ротового отверстия и расположение альвеолярного отростка в вертикальной, трансверзальной и сагиттальной плоскостях, записывали и определяли класс соотношения альвеолярного отростка, тип длины губ соответственно нашей классификации, которую применяли в конечном диагнозе и по последнему конструировали полные съёмные протезы.

Результаты и их обсуждение. Одной из причин неудовлетворительной фиксации и стабилизации пластиночных протезов является несоответствующая ориентация протетической плоскости искусственных зубных рядов ротовому пространству. Протетические плоскости в таких случаях были сконструированы без учёта соотношения альвеолярных отростков челюстей и ротового отверстия, образованного губами.

Измеряли пространство между верхушками гребней альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти при физиологическом покое нижней челюсти в вертикальной, трансверзальной и сагиттальной плоскостях, а также измеряли длину верхней и нижней губ, то есть проводили лабиометрию по усовершенствованной методике. Каждый типоразмер длины дополняется первой и второй степенью длины губы. Исходя из вышеприведенной раскладки данных измерений, предложили такую рабочую классификацию длины губ: 1-й тип - средняя губа (1-й и 2-й степени) 2-й тип - короткая губа (1-й и 2-й степени) 3-й тип - длинная губа (1-й и 2-й степени).

Характеристики длины губ и критерии их оценки, мы получили при измерении:

первый тип - средняя губа. Половина длины губы, начинается от переходной складки доходит до верхушки альвеолярного отростка, а её вторая половина находится над альвеолярным отростком. Первая степень: половина губы (1/2 всей длины), начинающаяся от переходной складки, увеличивается до 2 мм и находится на уровне верхушки альвеолярного отростка. Вторая степень: половина губы (1/2 всей длины), начинающаяся от переходной складки уменьшается до 2 мм и находится на уровне верхушки альвеолярного отростка;

второй тип - короткая губа. Большая часть длины губы, начинается от переходной складки до верхушки альвеолярного отростка, а её вторая половина находится над альвеолярным отростком. Первая степень: половина губы (1/2 всей длины), начинающаяся от переходной складки увеличивается до 5 мм и находится на уровне верхушки альвеолярного отростка, а её меньшая часть выступает над альвеолярным отростком. Вторая степень: край

губы находится почти на уровне верхушки альвеолярного отростка (в случаях гипертрофии альвеолярного отростка или атрофии мышц, которые образуют губы);

третий тип - длинная губа. Часть губы с меньшей длиной, начинается от переходной складки, доходит до верхушки, находится на уровне альвеолярного отростка, а её вторая половина находится над альвеолярным отростком. Первая степень: половина губы (1/2 всей длины), начинающаяся от переходной складки увеличивается до 5 мм и находится на уровне верхушки альвеолярного отростка, а над ним выступает часть губы с большей длиной. Вторая степень: часть длины губы, находящаяся на уровне верхушки альвеолярного отростка уменьшается до нескольких миллиметров или совсем совпадает с переходной складкой (в случаях значительной или полной атрофии альвеолярного отростка).

Итоговый анализ измерений ориентации альвеолярных отростков при полной адентии в сагиттальной, трансверзальной и вертикальной плоскостях при функциональном покое нижней челюсти показал, что все больные делятся на три группы: 1-я группа (21 больной) - имела прямое (ортогнатическое) соотношение альвеолярных отростков в переднем участке беззубых челюстей; 2-я группа (89 больных) - имела прогеническое соотношение альвеолярного отростка в переднем участке беззубых челюстей; 3-я группа (17 больных) - имела прогнатическое соотношение альвеолярного отростка в переднем участке беззубых челюстей.

Следовательно, при анализе этих наблюдений была доказана закономерность соотношения беззубых альвеолярных отростков при функциональном покое в зависимости от вида прикуса, наличия деформаций и феномена Годона к полной потере зубов, а также типа альвеолярного отростка. Это дало нам возможность сгруппировать различные варианты соотношений беззубых челюстей в отдельные группы в виде классификации. Данную классификацию предложено для использования в диагностике, при выборе и обосновании конструкции съёмных протезов. Эта классификация имеет 3 класса и 3 подкласса и осложнения (рисунок 1).

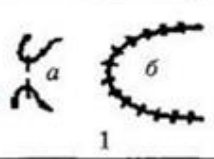
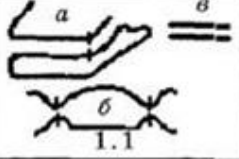
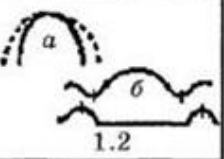
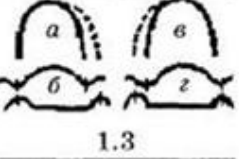
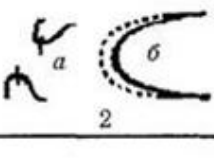
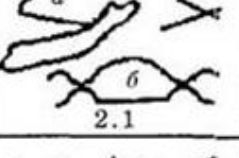
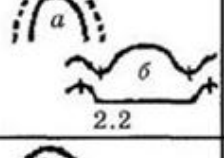
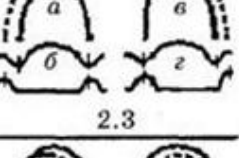


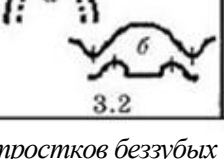
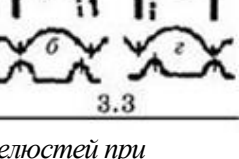
Класс и соотношение альвеолярных отростков	Подклассы		
	1-й	2-й	3-й
1-й Ортогнатическое 			
2-й Прогеническое 			
3-й Прогнатическое 			

Рис. 1. Классификация соотношения альвеолярных отростков беззубых челюстей при физиологическом покое нижней челюсти (а - верхняя, б - нижняя челюсть, в, г - в других плоскостях)

1-й класс: 1-й подкласс (1.1): соотношение альвеолярного отростка нижней и верхней челюсти в боковых участках, на всём протяжении расположены параллельно на одинаковом расстоянии; 2-й подкласс (1.2): несоответствие размеров альвеолярного отростка в боковых участках с обеих сторон из-за нижней челюсти; 3-й подкласс (1.3, а, б - вид в горизонтальной и трансверзальной плоскостях): несоответствие размеров нижней челюсти справа или слева, боковые участки нижней челюсти крупнее верхней.

2-й класс: 1-й подкласс (2.1, а, б - вид в сагиттальной и горизонтальной плоскостях): альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей в сагиттальной плоскости расположены так, что бугорковые участки верхней челюсти и участки позадиомолярных бугорков нижней смыкаются; 2-й подкласс (2.2, а, б - вид в горизонтальной и трансверзальной плоскостях): несоответствие размеров альвеолярного отростка через увеличение нижней или уменьшение верхней челюсти, 3-й

подкласс (2.3, а, б, в, г - вид в горизонтальной и трансверзальной плоскостях): увеличение размеров альвеолярного отростка справа или слева. При этом, на противоположных сторонах размеры альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти одинаковы.

3-й класс: 1-й подкласс (3.1, а, б - вид в сагиттальной и трансверзальной плоскостях): альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти сближаются в передней области и по сравнению с ними значительно удалены друг от друга в боковых участках. Наиболее отдаленные верхнечелюстные бугры и позадиомолярные бугорки нижней челюсти; 2-й подкласс (3.2, а, б - вид в горизонтальной и трансверзальной плоскостях): несоответствие размеров альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти из-за увеличения верхней или уменьшения нижней; 3-й подкласс (3.3, а, б, в - вид в горизонтальной и трансверзальной плоскостях): несоответствие размеров альвеолярного отростка с правой или левой стороны, где отростки верхней челюсти больше, а нижней меньше. На противоположной стороне размеры отростков верхней и нижней челюсти одинаковые.

Каждый из перечисленных классов и подклассов может иметь осложнения, которые требуют изменений в общепринятую конструкцию протезов или применения нестандартных методов их изготовления на клинических и лабораторных этапах лечения. Наиболее распространенные осложнения: послеоперационные дефекты челюстей, деформации челюстей после травм; микростомия в результате ожогов лица; врожденные дефекты верхней челюсти; губа короткая или длинная; ложный сустав и так далее.

Данные измерений длины верхней и нижней губы в соотношении к альвеолярному отростку в области от начала губы и межальвеолярного пространства позволяют определить ориентацию щели ротового отверстия по отношению к верхушкам альвеолярного отростка. Вследствие этого создаются условия построения протетической поверхности искусственных зубов, которая обеспечивает достаточную фиксацию и стабилизацию протезов, повышает их функциональную эффективность.

Вывод. Исследование длины губ, которые образуют щель ротового отверстия, высоты альвеолярного отростка в области губ и пространства между верхушками альвеолярных отростков беззубых челюстей, которые находятся при функциональном покое нижней челюсти, позволяет изготовить окклюзионные (прикусные) валики на индивидуальных ложках в трехмерных измерениях, то есть в сагиттальной, трансверзальной и вертикальной плоскостях с учётом индивидуальных особенностей, указанных в предложенной нами классификации. С помощью таких окклюзионных (прикусных) валиков сначала определяли центральное соотношение беззубых челюстей функциональным методом, затем получали функциональный оттиск под силой мышц жевательного давления. При этом есть возможность осуществлять имитацию жевательных движений нижней челюсти и разговорные пробы.

При построении окклюзионных валиков в артикуляторе используется полная информация о расположении щели ротового отверстия и её взаимоотношение с альвеолярным отростком, а также пространственной ориентации беззубых челюстей. Применение классификации позволяет значительно точнее ориентировать в ротовой полости протетическую поверхность сначала при определении центрального соотношения беззубых челюстей, а затем при постановке зубов, что в конечном итоге значительно улучшает стабилизацию съёмных протезов на протезных ложах беззубых челюстей, а получение функциональных оттисков при функциональных движениях нижней челюсти и под давлением жевательных мышц повышает точность оттиска, способствует улучшению фиксации протезов путём функционального присасывания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Е.Н. Последствия полной и частичной утраты зубов в повседневной жизни людей пожилого и старческого возраста /Е.Н. Борисова //Клиническая геронтология – 2001.- №9. – С. 32-37.
2. Варес Э.Я. Восстановление полной утраты зубов / Э.Я. Варес – Донецк: Медицина – 1993 – 240с.
3. Воронов А.П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов /А.П. Воронов, И.Ю. Лебеденко, И.А. Воронов–М.:МЕДпресс-информ–2006-320 с.
4. Гришанин Г.Г. Спосіб протезування повними знімними пластинковими протезами // Гришанин Г.Г., Кричка Н.В. - Патент України на корисну модель № 62112 від 10.08.2011р.
5. Калинина Н.В. Протезирование при полной потере зубов /Н.В. Калинина, В.А. Загорский // М. Медицина –1990 – 223с.

6. Каливраджиян Э.С. Проблемы ортопедической стоматологии на современном этапе развития и пути совершенствования зубного протезирования при полной потере зубов / Э.С. Каливраджиян, Н.А. Голубев, Е.А. Лещева [и др.] // Современная ортопедическая стоматология. – 2005. – № 3. – С. 2–5.
7. Лебедеко И.Ю. Микроциркуляция слизистой протезного ложа при применении различных базисных пластмасс / И.Ю. Лебедеко // Сб. научных трудов «Новое в теории и практике стоматологии». – Ставрополь, 2003. – С. 243–247.
8. Рожко М.М. Стоматология / М.М. Рожко – Київ: ВСВ: Медицина – 2013 – С.435- 487.
9. Dynamic viscoelastic properties of antimicrobial tissue conditioners containing silver-zeolite / M. Ueshige, Y. Ahe., Y. Sato [et al.] // J. Dentistry – 1999 – Vol. 27.7: – 517p.
10. Jagger D.C. Review: The reinforcement of dentures / D.C. Jagger, A. Harrison, K.D. Jandt // Oral Rehabil – 1999 – Vol. 26 – №3 – P.185-189.
11. Mccale J.f. A polyvinylsiloxane denture soft lining material / J.f. Mccale // J. Dentistry – 1998 – Vol. 26 – № 5-6 – 521-526.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДА

¹Оллаберганова Шахноза Мухаммад кизи

²Норбекова Шахризода Муродулло кизи

³Арифджанова Жонона Фаррух кизи

Узбекистан, Ташкент, Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

¹студентка 7 курса,

²студентка 6 курса,

³студентка 4 курса.

Abstract. *The disease of the upper respiratory tract is one of the most common pathologies that affect the lives of both children and adults and, therefore, our work revealed aspects of the treatment of chronic adenoids.*

Keywords: *infection, adenoid, complications, chronic process.*

Проблема лечения хронического аденоида продолжает занимать одно из ведущих мест среди инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов.[1,4] В структуре заболеваний верхних дыхательных путей доля хронического аденоидита составляет 20-50% . По данным литературы при наличии хронических аденоидитов с геперплазией у детей наблюдается постоянный недостаток кислорода, которое приводит к гипоксии головного мозга, а также отмечаются метаболические расстройства в других жизненно важных органах и системах .При постановке диагноза хронического аденоидита, как правило, учитывают только локальные проявления заболевания, и не учитывают состояние адаптивных систем детского организма. Одной из адаптивных систем организма является антиоксидантная система . [1]Углубленные клинические исследования по изучению характеристик системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим аденоидитом не проводились. Такие исследования представляются необходимыми для выяснения механизмов, предрасполагающих к возникновению дезадаптационных тенденций и приводящих к хроническому течению воспалительной патологии глоточной миндалины у детей. На основании результатов клинических и лабораторных исследований доказана эффективность использования противовоспалительного и АО препарата у детей с хроническим аденоидитом.

Ультразвуковое и рентгенологическое исследование как отмечают некоторые авторы , что при гипертрофии глоточной миндалины и ее хроническом воспалении у 90% больных имеется сопутствующий риносинусит, патогенетическая связь с которым подтверждается микробиологическим анализом, идентичностью патогенной флоры на поверхности аденоидов и латеральной стенки полости носа . При параллельном течении ХА и синусита образуется замкнутый порочный круг.[2,3]

Данные многих литературных источников показывают, что первичное поражение может начаться как со стороны глоточной миндалины, так и со стороны придаточных пазух носа . В случае первичного острого гнойного синусита патологический секрет транспортируется из