

Ознаки гіпосалівації можуть спостерігатися впродовж тривалого часу, як під час лікування, так і після його закінчення. Ці явища значно погіршують якість життя хворих та створюють відчуття дискомфорту.

**Метою дослідження** є оцінка функціональної активності слинних залоз за даними сіалометрії у хворих на рак молочної залози (РМЗ) під час проведення VI циклів ад'ювантної поліхіміотерапії.

**Матеріали та методи.** Для вірогідності результатів до даного дослідження включено однорідну групу пацієнок – 26 жінок із злоякісним захворюванням молочної залози T1N0M0 – T2N1M0 стадій, які отримали на першому етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та VI циклів ад'ювантної ПХТ за однаковою схемою – CAF.

Проведено аналіз функціональної активності слинних залоз за даними сіалометрії: пацієнтки натщесерце збирали ротову рідину впродовж 10 хвилин до мірної пробірки. Після 10-ти хвилинного відстоювання кількість слини фіксувалася. Цю пробу проводили перед початком та по закінченні кожного циклу поліхіміотерапії. Показники сіалометрії порівнювалися з відомими показниками нормальної кількості змішаної слини для різних вікових і статевих груп за Пожарницькою М.М.

**Результати.** Наявність помірної променевої ксеростомії в обстежених хворих підтверджено результатами сіалометрії, проведеної через 14-21 день після променевої терапії та перед початком поліхіміотерапії. Даний показник був достовірно нижчий в 1,5 рази ( $p < 0,05$ ) та склав  $0,50 \pm 0,03$  мл/хв. Після I циклу поліхіміотерапії кількість пацієнок із симптомами ксеростомії склала 65%. Ця кількість послідовно зростала на 10-15% після кожного наступного циклу ПХТ і досягала максимуму після IV-го циклу, коли в 94,4% обстежених виявлено чіткі симптоми гіпосалівації. Однак після V циклу поліхіміотерапії кількість пацієнок із ксеростомією починає знижуватися і після останнього VI циклу ПХТ практично повертається до початкового рівня (61,1%), тобто того рівня частоти ксеростомії, який спостерігався до початку проведення поліхіміотерапії і, вочевидь, був зумовлений променевою терапією.

**Висновки.** Критичним періодом для ксеростомії є IV цикл ПХТ – 94,4% пацієнок мали чіткі симптоми зі зменшенням рівня салівації в 2 рази у порівнянні з вихідним рівнем. Гіпосалівація під час хіміотерапії є зворотньою – на VI циклі ПХТ зменшення об'єму та швидкості виділення слини було незначним.

Отримані нами дані диктують необхідність моніторингу стану органів порожнини рота у онкологічних хворих під час проведення протипухлинного лікування, та розробки профілактичних заходів з метою зниження рівня ускладнень антибластомної терапії.

**Федотова О.Л., Запара П.С.**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра ортопедичної стоматології**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник: професор Янішен І.В.**

Лікування та реабілітація хворих з набутими щелепно-лицьовими дефектами (НЩЛД) є найактуальнішими медико-соціальними проблемами сучасної стоматології. У системі спеціалізованої стоматологічної допомоги важливі адекватні і комплексні реабілітаційні заходи, так як НЩЛД найбільш часто супроводжуються вираженими функціональними і естетичними порушеннями, що призводять до обмеження життєдіяльності, до соціальної дезадаптації і глибоких соціопсихологічних проблем існування хворого.

**Метою нашого дослідження** було проведення огляду літератури з приводу лікування ортопедичних пацієнтів знімними конструкціями зубних протезів. В даний час використовуються зубощелепні протези і протези-обтуратори різних видів, що заміщують

дефекти зубних рядів, відсутні кісткові структури і роз'єднуюють порожнину рота з верхньощелепною пазухою або порожниною носа шляхом застосування обтураторів. Проте вони мають істотний недолік: частина протеза, що закриває дефект, входить в його порожнину і травмує слизову оболонку по краях дефекту. Тому запропоновані конструкції потребують удосконалення. Тому основною метою і завданнями стають пошуки шляхів проведення реабілітаційних заходів та строго індивідуального, диференційованого методологічного підходу до ортопедичного лікування даної групи пацієнтів.

Відомо, що основним конструкційним матеріалом для виготовлення знімних протезів є базисна пластмаса акрилового ряду. Незважаючи на ряд переваг, знімні пластинкові протези мають і недоліки, в основному зумовлені тим, що базис протеза спирається на тканини, які фізіологічно не несуть прямих жувальних функцій. Тиск, що передається на СОПР, розподіляється нерівномірно внаслідок різної її податливості. Внаслідок цього часто виникають патологічні зміни тканин протезного ложа, розвивається атрофія кісткової тканини альвеолярних відростків, що веде до падіння функціональної цінності протеза.

Ортопедичне лікування пацієнтів частковими знімними протезами з акриловим базисом потребує профілактичних заходів, що спрямовані на віддалення на якомога більший термін клінічних проявлень атрофії тканин протезного ложа. Актуальність питання полягає в тому, що необхідно отримати такий протез, який міг би рівномірно розподілити жувальний тиск на протезному ложі, тим самим перешкоджаючи розвитку атрофії альвеолярних відростків у зв'язку з надлишковим тиском. Уповільнення ж зниження висоти альвеолярних відростків і зміни їх конфігурації, в свою чергу, дозволить продовжити термін ефективного користування знімними пластинковими протезами.

Підвищення ефективності лікування пацієнтів знімними протезами з двошаровими базисами проводиться нами шляхом використання властивостей та удосконалення методики виготовлення м'якої підкладки базису при урахуванні індивідуальних особливостей протезного ложа, податливості СОПР та закономірностей перерозподілу жувального тиску у пацієнтів з різними варіантами адентії та дефектами верхньої щелепи.

Ідеальною конструкцією знімного протеза слід вважати таку, при якій жувальний тиск через базис протеза рівномірно передається на тканини протезного ложа. Досягти цього ефекту у зв'язку з неоднаковою податливістю слизової оболонки тканин протезного ложа дуже важко. Рівномірне навантаження на слизову оболонку можливе тільки в тому випадку, якщо спочатку базис протеза буде здавлювати слизову оболонку в ділянках найбільш податливих тканин, потім - менш податливих ділянках і в самий останній момент - у ділянках майже неподатливих тканин протезного ложа. Протез, отриманий з урахуванням цього принципу, у стані спокою спирається тільки на тканини буферних зон, як на подушку, альвеолярний відросток при цьому не навантажується. Під впливом жувального тиску судини буферних зон спорожняються, протез осідає і передає тиск вже не тільки на буферні зони, але і на альвеолярний відросток. Таким чином, останній розвантажується, чим і попереджається його атрофія, тобто забезпечується найбільш доцільний принцип протезування - принцип диференційованого тиску на протезне ложе. Цього ефекту можливо досягати через отримання функціональних відбитків з диференційованим розподілом тиску. Але цей спосіб доволі рідко застосовується при лікуванні пацієнтів із частковою адентією. В результаті, численні вимушені корекції базисів призводять до невідповідності внутрішніх поверхонь базисів рельєфам тканин протезних лож. Саме в таких випадках стає необхідним застосування м'яких підкладок базисів для забезпечення рівномірності розподілу жувального тиску та демпфірування його дії на тканини протезного ложа.

Підводячи підсумок можна сказати, що врахування комплаєнтності матеріалів, тобто застосування найбільш сумісних та побудова ланцюга із основних та допоміжних елементів – ось що значить сьогодні забезпечити якість ортопедичного лікування.