

вирусных заболеваний, таких, как естественно-климатические, биологические – лица возрастом 20-29 лет, мужского пола, реактивность – частота заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными заболеваниями: лица, которые болели гриппом, ОРВЗ два года подряд, сниженный уровень Т-лимфоцитов, индекса напряжения; социальные – стаж на предприятии до 5 лет, рабочие основных профессий; санитарно-гигиенические – вредные условия труда на этих предприятиях (пары ртути на заводе газоразрядных ламп, органические растворители на фарфоровом, пыль стекла на заводе медицинского стекла. Соответственно к приведенному комплексу факторов риска возникновения заболеваний гриппом и ОРВЗ была сформирована методика профилактики согласно которой проводились мероприятия для уменьшения влияния действия того или иного фактора.

Ключевые слова: профилактика, острые респираторные вирусные заболевания, грипп, рабочие, промышленных предприятий.

Стаття надійшла 31.10.2011 р.

biological – a person by age 20-29 years, male flap, reactivity – a frequency to diseases by influenza that acute respiratory viral diseases person, who were ill influenza, acute respiratory viral diseases two years contract, reduced level T-lymphocytes, index of the tension; social – a length of service on enterprise before 5 years, worker main profession; sanitary-hygienic – a bad conditions of the labour on these enterprise (the pair to quicksilvers at the factory gas-unloading of the lamps, organic solvents on porcelain, dust of glass at the factory medical glass. Accordingly to brought complex factor risk of the arising the diseases by influenza and acute respiratory viral diseases was formed methods of the preventive according to which were conducted actions for reduction of the influence of the action that or other factor.

Keywords: preventive maintenance, acute respiratory viral diseases, an influenza, workers, the industrial enterprises.

УДК 617.52-001.4/5-089-08-039.76

С.М. Григоров

Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків

МЕТАБОЛІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПРИ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТАХ ПЕРЕБІГУ ПОШКОДЖЕНЬ ЛИЦЬОВОГО ЧЕРЕПА

У пацієнтів з пошкодженнями лицьового черепа досліджено вміст білково-вуглеводних метаболітів кісткового ремоделювання та вивчені показники структурно - функціонального стану кісткової тканини. При ускладненому перебігу пошкоджень лицьового черепа виявлено абсолютне збільшення ($p < 0,05$) концентрації хондроїтин-6-сульфатів, а при аналізі результатів виявлено, що і в абсолютних значеннях, і в структурних показниках питома вага різних фракцій змінюється, що може свідчити про нестабільність механізмів кісткоутворення та про порушення фізіологічних механізмів репаративного остеогенезу. Визначені кореляційні взаємозв'язки між вмістом білково-вуглеводних метаболітів та структурно-функціональним станом кісткової тканини. Денситометричними еквівалентами формування ускладненого перебігу пошкоджень лицьового черепа є збільшення широкосмугового ослаблення ультразвуку та зменшення швидкості його поширення на тлі низьких рівнів хондроїтин-6-сульфатів

Ключові слова: пошкодження лицьового черепа, ускладнений перебіг, діагностика, репаративний остеогенез.

Робота є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи «Патогенетичні механізми виникнення ускладненого перебігу пошкоджень лицьового черепа: діагностика та профілактика».

Механізми метаболічного забезпечення репаративного остеогенезу у пацієнтів з пошкодженнями лицьового черепа (ПЛЧ) не можна вважати достатньо вивченими, насамперед це стосується механізмів забезпечення вуглеводно-білкового обміну (глікозамінглікансульфати та абсолютні і відносні показники їх фракцій, хондроїтинсульфат, сіалові кислоти, глікопротеїни), ферментативного забезпечення процесів репаративного остеогенезу (лужна фосфатаза та її кістковий ізофермент, кисла фосфатаза, остеокальцин). Разом з тим, дослідження механізмів формування структурно - функціонального стану кісткової тканини (КТ) може бути підґрунтям удосконалення лікування та клінічного моніторингу при комплексному урахуванні інших факторів [3, 5]. Швидкість утворення або руйнування матрикса кісткової тканини може бути оцінена або за зміною активності специфічних ферментів кісткоутворюючих чи кісткоруйнівних клітин (лужної й кислої фосфатаз), або шляхом визначення метаболічних компонентів, які надходять у загальний кровообіг під час кісткоутворення. Не дивлячись на те, що ці показники розділять на маркери синтезу й резорбції, варто враховувати, що в умовах патологічного процесу, коли процеси перебудови (накопичення / втрати) кісткової тканини відбуваються одночасно, поєднані і змінені кількісно, кожний із зазначених маркерів може у визначеній мірі бути інформативним для прогнозування ускладненого перебігу ПЛЧ. Відомо, що активність репаративного остеогенезу та формування ускладненого перебігу (УП) ПЛЧ може визначатися особливостями

загальносоматичного стану пацієнта [1], конституційно – біологічними факторами [3, 7], наявністю поєднаної черепно-мозкової травми (ЧМТ) [4], станом клітинної біоенергетики [11] та іншими факторами [9, 10].

Метою роботи було вивчення вмісту вуглеводно білкових метаболітів, як маркерів стану репаративного остеогенезу у пацієнтів з ускладненим та неускладненим перебігом пошкоджень лицьового черепа.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проведено із залученням 81 пацієнта, включаючи $n_1=53$ з УП ПЛЧ ($^1n_1=28$ - без супутньої ЧМТ та $^2n_1=25$ - поєднану з ЧМТ); контрольна група складала $n_0=28$ пацієнтів з неускладненим перебігом (НП) ПЛЧ. Пацієнтам усіх груп проведено комплексне лікування, відповідно до клінічних протоколів. Дослідження виконані на момент первинної госпіталізації пацієнтів з ПЛЧ. Виконання задач дослідження передбачало вивчення клініко – метаболічних взаємозв'язків між ускладненим УП ПЛЧ, наявністю / відсутністю ЧМТ та метаболічними особливостями репаративного остеогенезу. Для виявлення особливостей механізмів формування УП ПЛЧ вивчено концентрацію глікозамінглікансульфатів та їх фракційний склад, зокрема досліджено три їх фракції: ГАГ_I – фракція містить переважно хондроїтин-6-сульфат, ГАГ_{II} – хондроїтин-4-сульфат та ГАГ_{III}, яка містить високосульфовані ГАГ, що важко розчиняються (переважно креатансульфати). Для оцінки стану метаболізму глікозаміногліканів досліджували кількість загальних гексозаміноглікансульфатів у сироватці крові та їх фракційний склад за методом м. Р.Штерн та ін (1982). Першу фракцію склали хондроїтин-6-сульфати, другу – хондроїтин-4-сульфати та дерматансульфат і третю – сума інших високосульфатованих гексозаміногліканів

Дослідження структурно-функціонального стану кісткової тканини проводили за допомогою ультразвукового денситометра “Sonost - 2000” на п'ятковій кістці. Для оцінки результатів денситометрії за міжнародними стандартами ВООЗ (щільність КТ, яка відповідає 1,0 SD (стандартній девіації); I ступінь остеопенії діагностували у разі зменшення показника до (1,0÷1,5) SD; II ступінь – до (1,5÷2,0) SD; III ступінь – до (2,0÷2,5) SD [8, 12]. При визначенні структурно-функціонального стану кісткової тканини (еластичність, щільність, якість, міцність кістки) визначали наступні параметри: швидкість поширення ультразвуку через кістку (ШПУ, м/с), широкосмугове ослаблення ультразвуку (ШОУ, дБ/МГц); розраховували індекс міцності кістки (ІМ, %) [6, 8, 12].

Розрахунок об'єму вибіркової сукупності пацієнтів в порівнюваних клінічних групах (мінімально необхідна кількість об'єктів дослідження) виконано за спеціальною формулою [15] визначення розміру об'єму вибіркової сукупності, що у відповідності з базовими теоретичними принципами медичної статистики [13] гарантує кількісно-якісну репрезентативність висновків. При виконанні дослідження застосовано клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи [16], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів. При аналізі результатів дослідження використовувалися ліцензовані програмні продукти (“STATISTICA”, “EXCEL” з додатковим набором програм [14]) на ПЕОМ, що дозволило забезпечити необхідну стандартизацію процесу та процедури клініко - статистичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлено (табл. 1), що рівень вмісту загальних глікозамінглікансульфатів у сироватці крові пацієнтів контрольної групи становить (12,6±0,14) од, що достовірно ($p<0,05$) перевищує відповідний показник, як серед пацієнтів з УП ПЛЧ без ЧМТ, так і з ЧМТ (відповідно (10,64±0,41) од та (9,87±0,46) од). При ускладненому перебігу ПЛЧ виявлено абсолютне збільшення ($p<0,05$) концентрації хондроїтин-6-сульфатів; так якщо в контрольній групі їх рівень становить (5,69±0,10) од, то серед пацієнтів з УП ПЛЧ – (6,53±0,28) од. Слід також зазначити, що серед пацієнтів з УП ПЛЧ без ЧМТ рівень ГАГ_I характеризується тенденцією до більш виразного збільшення, ніж за наявності ЧМТ (відповідно – (6,75±0,33) од та (6,32±0,34) од; $p>0,05$). При аналізі результатів виявлено, що і в абсолютних значеннях, і в структурних показниках за наявності УП ПЛЧ питома вага ГАГ_I зростає, що може свідчити про нестабільність механізмів репаративного остеогенезу у цієї категорії пацієнтів.

Таблиця 1

Вуглеводно-білкові метаболіти кісткового ремоделювання

Метаболічні показники		Пацієнти з НП ПЛЧ $n_0=28$	Пацієнти з ускладненим перебігом ПЛЧ			
			Разом $n=53$	без ЧМТ $^1n_1=28$	з ЧМТ $^2n_1=25$	
1	Глікозамінглікансульфати (ГАГ; усі фракції), од	12,6±0,14	10,32±0,28 ^a	10,64±0,41 ^a	9,87±0,46 ^a	
2	I фракція (ГАГ _I)	абс., од	5,69±0,10	6,53±0,28 ^a	6,75±0,33 ^a	6,32±0,34 ^a
		% ГЗГС	47,1±3,6	62,9±4,1 ^a	63,0±3,7 ^a	64,4±3,3 ^a
3	II фракція (ГАГ _{II})	абс., од	3,74±0,08	2,33±0,16 ^a	2,41±0,23 ^a	2,21±0,18 ^a
		% ГЗГС	30,5±2,0	22,4±1,7 ^a	22,8±1,5 ^a	22,1±1,3 ^a
4	III фракція (ГАГ _{III})	абс., од	2,60±0,03	1,56±0,17 ^a	1,82±0,31 ^a	1,33±0,10 ^{a,б}
		% ГЗГС	21,3±1,0	15,2±0,8 ^a	17,1±1,2	13,4±0,7 ^{a,б}
5	Хондроїтинсульфат, г/л	0,978±0,002	0,144±0,010 ^a	0,137±0,019 ^a	0,152±0,016 ^{a,б}	
6	Сигалові кислоти (СК), ммоль/л	1,740±0,140	3,130±0,140 ^a	2,920±0,110 ^a	3,390±0,121 ^{a,б}	
7	Глікопротеїни (ГП; сіроглікоїди), г/л	0,319±0,038	0,518±0,029 ^a	0,531±0,021 ^a	0,517±0,016 ^a	

Примітка: ^a - достовірність відмінностей між контролем та при ускладненому перебігу пошкоджень лицьового черепа на рівні $p<0,05$; ^б - достовірність відмінностей, залежно від наявності ЧМТ на рівні $p<0,05$

Протилежна тенденція спостерігається за показниками концентрації хондроїтин-4-сульфатів у пацієнтів з УП ПЛЧ. Вона проявляється абсолютним зменшенням ($p<0,05$) концентрації хондроїтин-4-

сульфатів; так якщо в контрольній групі їх рівень становить $(3,74 \pm 0,08)$ до, то серед пацієнтів з УС ПЛЧ – $(2,33 \pm 0,16)$ од. Слід зазначити, що серед пацієнтів з УП ПЛЧ у поєднанні з ЧМТ рівень ГАГ_{II} характеризується тенденцією до менш виразного зменшення, ніж за наявності ЧМТ (відповідно – $(2,41 \pm 0,23)$ од та $(2,21 \pm 0,18)$ од; $p > 0,05$). При аналізі результатів виявлено, що і в абсолютних значеннях, і в структурних показниках в групах пацієнтів з УП ПЛЧ питома вага ГАГ_{II} достовірно зменшується (у групі контролю – $(30,5 \pm 2,0)\%$, при УП ПЛЧ – $(22,4 \pm 1,7)\%$ та не залежить від наявності супутньої ЧМТ), що пояснюється перерозподілом структури ГАГ на користь збільшення ГАГ_I та ГАГ_{III} і свідчить про наявність у пацієнтів з УП ПЛЧ порушення фізіологічних механізмів репаративного остеогенезу. У пацієнтів з УП ПЛЧ виявлено абсолютне збільшення ($p < 0,05$) концентрації креатансульфатів (ГАГ_{III}); так, якщо в контрольній групі їх рівень становить $(2,60 \pm 0,03)$ до, то серед пацієнтів з УП ПЛЧ – $(1,56 \pm 0,17)$ од.

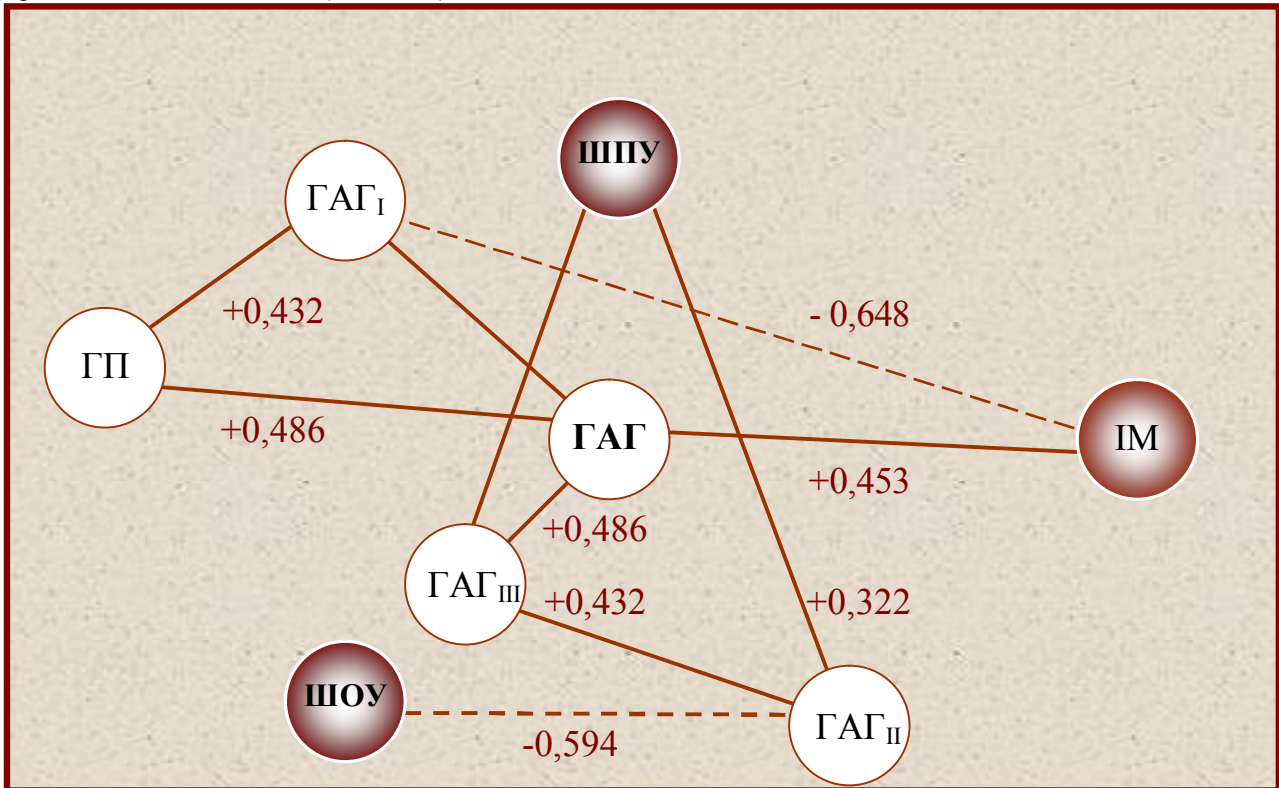


Рис.1. Кореляційні взаємозв'язки між рівнями вуглеводно - білкових метаболітів та показниками структурно-функціонального стану кісткової тканини при ускладненому перебігу пошкоджень лицьового черепа.

Окремо слід зазначити, що серед пацієнтів з УП ПЛЧ з супутньою ЧМТ рівень ГАГ_{III} характеризується достовірно ($p < 0,05$) більш виразним зменшенням, ніж за відсутності ЧМТ (відповідно – $(1,82 \pm 0,31)$ од та $(1,33 \pm 0,10)$ од; $p < 0,05$). При аналізі результатів виявлено, що і в абсолютних значеннях, і в структурних показниках питома вага ГАГ_{III} зменшується, що може свідчити про напруженість компенсаторних механізмів, особливо у разі поєданого перебігу ЧМТ та ПЛЧ, коли, навіть, важкорозчинні ГАГ («резерви метаболічного реагування») зменшуються. Аналіз кореляційних взаємозв'язків між концентрацією різних фракцій ГАГ та показниками структурно-функціонального стану кісткової тканини пацієнтів з ПЛЧ свідчить (рис.1) про те, що зменшення ГАГ_{II} є метаболічним фактором, який з одного боку характеризується позитивним середньої сили взаємозв'язком з ШПУ ($r_{XY} = +0,322$) і середньої сили зворотнім взаємозв'язком з показником ШОУ ($r_{XY} = -0,594$). З урахуванням прямого середньої сили взаємозв'язку між II та III фракціями ГАГ ($r_{XY} = +0,432$), а також між загальним рівнем ГАГ та концентрацією глікопротеїнів ($r_{XY} = +0,486$) і їх взаємозв'язком з I фракцією ГАГ, можна констатувати, що формування ускладненого перебігу ПЛЧ відбувається на тлі збільшення глікопротеїдів та структурної деформації фракцій глікозамінглікансульфатів сироватки крові. Денситометричними еквівалентами цих процесів є збільшення ШОУ та зменшення ШПУ при одночасному зменшенні (абсолютного чи відносного) рівня хондроїтин-6-сульфатів.

Висновки

1. При УП ПЛЧ виявлено абсолютне збільшення ($p < 0,05$) концентрації хондроїтин-6-сульфатів, а при аналізі результатів виявлено, що і в абсолютних значеннях, і при в структурних показниках питома вага різних фракцій ГАГ змінюється, що може свідчити про нестабільність механізмів кісткоутворення (пояснюється перерозподілом структури ГАГ_{II} на користь збільшення ГАГ_I та ГАГ_{III}) та про порушення фізіологічних механізмів репаративного остеогенезу.

2.З'ясовано, що зменшення ГАГ_{II} є метаболічним фактором, який з одного боку характеризується позитивним середньої сили взаємозв'язком з ШПУ ($r_{XY}=+0,322$) і середньої сили зворотнім взаємозв'язком з показником ШОУ ($r_{XY}=-0,594$).

3.Визначені кореляційні взаємозв'язки між вмістом білково-вуглеводних метаболітів та показниками структурно-функціонального стану кісткової тканини. Денситометричними еквівалентами формування УП ПЛЧ є збільшення ШОУ та зменшення ШПУ на тлі низьких рівнів хондроїтин-6-сульфатів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з аналізом динаміки вуглеводно-білкових маркерів механізму ремоделювання кісткової тканини на етапах перебігу ПЛЧ з визначенням інформативних індикаторів клінічного моніторингу стану репаративного остеогенезу.

Література

- 1.Григоров С.М. Пошкодження лицьового черепа: діагностична цінність та прогностичне значення клініко - анамнестичних факторів у формуванні ускладненого перебігу / С.М. Григоров // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць Луганського національного медичного університету, 2011. -Вип.4. -С.173-179.
- 2.Григоров С.М. Ускладнений перебіг пошкоджень лицьового черепа: судинно - рефлекторні реакції центрального генезу та їх морфо - фізіологічні патерни. Частина I / С.М. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2011 – ВИП.3.-Т.3 (89)– С.50-56.
- 3.Григоров С.Н. Повреждения лицевого черепа: анализ конституционально – биологических факторов, структуры травм и факторов осложнённого течения / С.М. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. –№3. – С.55-62.
- 4.Григоров С.Н. Повреждения лицевого черепа: общие гомеостатические реакции в формировании осложнённого течения / С.М. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – №2. – С. 205-211.
- 5.Григоров С.Н. Повреждения лицевого черепа: сосудисто - рефлекторные реакции и механизмы осложнённого течения / С.М. Григоров // Вісник проблем біології і медицини. – 2010. – №4. – С. 67-73.
- 6.Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение: Монография /под ред.проф. Коржа Н.А, проф. Поворознюка В.В.-Х.: Золотые страницы, 2002. - 648 с.
- 7.Пат. 55932 U, Україна, МПК (2006) А61В 8/00 Спосіб оцінки кісткової маси за її соматометричним градієнтом / Григоров С.М., Фролова Т.В., Барчан Г.С., Шкляр А.С. (UA). - Заявлено 12.07.2010; заявка № u2010 08695; Опубліковано 27.12.2010 // Бюл., 2010.-№24.
- 8.Пат. 55932 U, Україна, МПК (2006) А61В 8/00 Спосіб оцінки кісткової маси за її соматометричним градієнтом / Григоров С.М., Фролова Т.В., Барчан Г.С., Шкляр А.С. (UA). - Заявлено 12.07.2010; заявка № u2010 08695; Опубліковано 27.12.2010 // Бюл., 2010.-№24.
- 9.Пат. 57093 U, Україна, МПК (2006) А61В 10/00 Спосіб діагностики пошкодження лицьового черепа, поєданого з судинно - рефлекторною дисциркуляцією / Григоров С.М. (UA).-Заявл. 19.07.2010; заявка № u2010 08940; Опубл. 10.02.2011 // Бюл., 2010.-№23.
- 10.Пат. 57094 U, Україна, МПК (2006) А61В 8/06 (2011.01) Спосіб диференційної діагностики типу ауторегуляції мозкового кровообігу при пошкодженнях лицьового черепа / Григоров С.М. (UA). – Заявл. 19.07.2010; заявка №u201008943; Опубл. 10.02.2011 // Бюл., 2011.-№3.
- 11.Пат. 57175 U, Україна, МПК (2006) А61В 8/06 (2011.01) Спосіб діагностики мітохондріально-залежних реакцій окислювального гомеостазу при пошкодженнях лицьового черепа / Григоров С.М. (UA). – Заявл. 05.08.2010; заявка № u201009772; Опубл. 10.02.2011 // Бюл., 2011.-№3.
- 12.Поворознюк В.В., Мазур И.П. Костная система и заболевания парадонта. - Київ: Экспрес, 2003. – с. 445.
- 13.Применение современных статистических методов в клинических исследованиях / Чубенко А.В., Бабич П.Н., Лапач С.Н., Ефимцева Т.К. / Український медичний часопис. - 2003. - №4. - С.139-143.
- 14.Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных (применение пакета прикладных программ STATISTICA).- Москва: Сфера, 2003. - 312 с.
- 15.Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.Ш.Кольцової, О.З.Децик. – Івано-Франківськ. - 1999.- 347 с.
- 16.Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В.М., Вороненко Ю.В. / Підручник.-Тернопіль, 2002. – С.50-75.

Резюме

МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА Григоров С.Н.

У пациентов с повреждениями лицевого черепа исследовано содержание белково-углеводных метаболитов костного ремоделирования и изучены

METABOLIC SUPPORT OF REPARATIVE OSTEOGENESIS BY VARIOUS CLINICAL VARIANTS OF COURSE OF INJURIES OF FACIAL CRANIUM Grygorov S.M.

The content of carbohydrate-protein metabolites of bone remodeling was investigated and the indexes of structural-functional state of bone tissue were

показатели структурно – функционального состояния костной ткани. При осложнённом течении поврежденный лицевой черепа выявлено абсолютное увеличение ($p < 0,05$) концентрации хондроитин-6-сульфатов, а при анализе выявлено, что и в абсолютных значениях, и в структурных показателях удельный вес разных фракций изменяется, что может свидетельствовать о нестабильности механизмов костеобразования и о нарушении физиологических механизмов репаративного остеогенеза. Выявлены корреляционные взаимосвязи между содержанием белково-углеводных метаболитов и структурно-функциональным состоянием костной ткани. Денситометрическими эквивалентами формирования осложнённого течения поврежденный лицевой черепа являются увеличение широкополосного ослабления ультразвука и уменьшение скорости его распространения на фоне низких уровней хондроитин-6-сульфатов.

Ключевые слова: повреждения лицевого черепа, осложнённое течение, диагностика, репаративный остеогенез.

Стаття надійшла 9.11.2011 р.

studied in patients with injuries of facial cranium. By complicated course of injuries of facial cranium the absolute increase ($p < 0,05$) of concentration of chondroitin-6-sulfates was revealed, and during the analysis of results it was found out that in absolute values, as well as in structural indexes, the specific weight of various fractions changes, that can be the evidence of instability of mechanisms of osteogenesis and of damage of physiological mechanisms of reparative osteogenesis. Correlation between content of protein-carbohydrate metabolites and structural-functional state of bone tissue was studied. Densitometric equivalents of forming of complicated course of injuries of facial cranium are the increase of broadband ultrasonic attenuation and the decrease of its spreading speed on the background of low levels of chondroitin-6-sulfates.

Keywords: injuries of facial cranium, complicated course, diagnostics, reparative osteogenesis.

УДК 616.314 – 001.4 – 76

В.М. Дворник, В.В. Рубаненко, У.М. Бала, О.Б. Гумакова
В ДНЗ України „Українська медицина стоматологічних академія”, м. Поділля

ОСОБЛИВОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНОГО ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ, З ВИКОРИСТАННЯМ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ

У результаті обстеження 21 пацієнта з патологічним стиранням зубів, що ускладнене частковою втратою зубів, встановлено ступінь функціональної патології зубощелепного апарату, а також визначені особливості ортопедичного лікування хворих з даною патологією.

Ключові слова: покривний протез, патологічне стирання зубів, дефекти зубних рядів.

Ортопедичне лікування патологічного стирання зубів представляє значні труднощі. Серед них особливу групу складають пацієнти з патологічним стиранням твердих тканин зубів, що ускладнене дефектами зубних рядів різної протяжності та локалізації. За даними різних авторів розповсюдженість такого патологічного стану коливається від 26% до 92% [1,2,3]. Труднощі реабілітації хворих з такою патологією визначаються певним поєднанням морфофункціональних порушень, обумовлених оклюзійними змінами, дисфункціональними розладами, естетичними недоліками та ін. [4,5].

Вищевказані фактори визначають необхідність індивідуального підходу до складання плану ортопедичного лікування хворих на патологічне стирання твердих тканин зубів [6,7].

Метою роботи було підвищення ефективності ортопедичного лікування хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів, що ускладнене дефектами зубних рядів шляхом одно етапного протезування з використанням покривних знімних протезів.

Матеріал та методи дослідження. Для визначення особливостей застосування ортопедичних конструкцій хворим на патологічне стирання твердих тканин зубів нами сформована клінічна група у складі 21 хворого на патологічне стирання твердих тканин зубів II-III ступенів тяжкості та наявністю включених та кінцевих дефектів у фронтальній та боковій ділянках. Контрольну групу склали обстежувані з інтактними зубними рядами у кількості 20 осіб.

Обстеження хворих проводили згідно визначеної схеми: з'ясування анамнезу, огляд обличчя та порожнини рота, вивчення гіпсових моделей, рентгенографія зубів та щелеп, електроміографічні дослідження власне жувальних м'язів, (за необхідності – МРТ-дослідження). Перед протезуванням у хворих з даною патологією проводили відповідну терапевтичну, хірургічну і ортопедичну підготовку.

Результати дослідження та їх обговорення. Клінічна симптоматика у переважній кількості хворих супроводжувалася стійкими порушенням естетичних норм, частковою відсутністю зубів, порушенням функції жування, травмою м'яких тканин порожнини рота, утворенням заїдів, неприємними відчуттями в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба і м'язях та ін.