

2. Установлено, что у данной категории больных наиболее часто наблюдается медиальное смещение зубов ограничивающих дефект зубного ряда (45,1 %), затем комбинированное - 17,5 %, оральное - 10,1 %, дистальное - 9,6 %, вертикальное - 9,6 %, вестибулярное - 5,6 % и поворот вокруг оси - 2,2 %. При этом, в возрастной группе 15-19 лет преобладают медиальные - 60,6 %, дистальные - 15,2 % и комбинированные - 15,2 % смещения.

3. Установлено, что, в целом, горизонтальная дентальная деформация опорных зубов 1-й степени с наклоном до 30° отмечается в 45,6 % случаев, вторая степень с наклоном более 30° фиксируется в 19,6 % подобных зубов. При этом дентально-альвеолярные деформации зубов и зубных рядов как с атрофией тканей пародонта, так и без атрофии по всем степеням наблюдается крайне редко и составляет всего 1,6 %.

4. Результаты проведенных исследований убедительно свидетельствуют о настоятельной необходимости раннего ортопедического лечения лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов в связи с весьма значительным появлением, вследствие отсутствия такового, с тенденцией усугубляющегося анатомо-топографического положения опорных зубов, вторичных зубочелюстных аномалий и деформаций, а также принятия на государственном уровне ряда неотложных медицинских, социальных и организационных мер по активному выявлению данной заболеваемости и диспансеризации данной категории больных в нашей стране.

Список литературы

1. **Распространенность**, интенсивность, структура, тенденции развития малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста и их осложнений / В. А. Лабунец, Т. В. Диева, Е. И. Семенов [и др.] // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 93-100.
2. **Hack D.** Das Verhalten des unteren zweiten Molaren nach E_x traction des ersten Molaren und Die Folgen / D. Hack // Juand. Diss. Mainz. – 1978. – 45 s.
3. **Risk factors** for tooth loss over a 28 year period / В. А. Burst, А. U. Ismail, Е. С. Morrison [et al.] // J. Dent. Res. – 1990. – V. 69, № 5. – P. 1126-1130.
4. **Карпенко Н. И.** Устранение вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов перед протезированием: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н. И. Карпенко. – Калинин, 1968. – 21 с.
5. **Бондарева Э. И.** К вопросу о частоте и характере проявления феномена Попова-Годона у лиц, имеющих частичные дефекты зубного ряда / Э. И. Бондарева // Вопросы стоматологии: труды Пермского мед. ин-та. – Пермь, 1965. – Т. 2, вып. 57. – С. 335-341.
6. **Гаврилов Е. И.** Клиническая картина при частичной потере зубов / Е. И. Гаврилов // Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. – М.: Медицина, 1973. – С. 5-75.
7. **Король М. Д.** Вторичні деформації зубних рядів / Король М. Д. – Полтава: Астрей. 2003. – 104 с.
8. **Криштаб С. И.** Механизм образования зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов / С. И. Криштаб, А. И. Довбенко // Стоматология. – 1984. – № 5. – С. 60-61.
9. **Триль І. В.** Реабілітація хворих з зубочелюстними деформаціями, обумовленими нахилами зубів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія» / І. В. Триль. – К., 1995. – 19 с.
10. **Клинические классификации**, применяемые в ортопедической стоматологии / [Т. В. Моторкина, С. В. Дмитриенко, А. И. Краюшкин и др.]. – Волгоград, 2005. – 63 с.
11. **Эпидемиология**, этиология и профилактика болезней пародонта: доклад научной группы ВОЗ. – Женева, 1980. – 66 с.
12. **Стоматологические** обследования: основные методы. – Женева: ВОЗ, 1989. – 62 с.

REFERENCES

1. **Labunets V.A., Dieva T.V., Semenov E.I. i dr.** The prevalence, intensity, structure, tendency of development of minor bounded edentulous spaces in young patients and their complications. Visnyk stomatologii. 2013;1:93-100.
2. **Hack D.** Das Verhalten des unteren zweiten Molaren nach E_x traction des ersten Molaren und Die Folgen. Juand. Diss. Mainz. 1978: 45.
3. **Burst B. A., Ismail A. U., Morrison E.C. [et al.]** Risk factors for tooth loss over a 28 year period. J. Dent. Res. 1990;5(69):1126-1130.
4. **Karpenko N. I.** Ustranenie vtorichnykh deformatsiy okklyuzionnoy poverkhnosti zubnykh ryadov perez protezirovaniem [The elimination of the secondary deformations of occlusal surface of dentitions before prosthetics: abstract of a candidate's thesis of medical sciences]. Kalinin, 1968:21.
5. **Bondareva E. I.** To the problem of the frequency and character of the display of Popov-Gordon phenomenon in patients with partial defects of dentition. Stomatological problems: works of Perm' Medical Institute. Voprosy stomatologii. Perm', 1965;2(57):335-341.
6. **Gavrilov E. I.** Klinicheskaya kartina pri chastichnoy poteri zubov. Teoriya i klinika protezirovaniya chastichnymi semnymi protezami. [The clinical pattern at partial loss of teeth. Theory and clinics of prosthetics with partial removable dentures]. Moskva, Meditsina; 1973:5-75.
7. **Korol' M. D.** Vtorynni deformatsii zubnykh ryadiv [Secondary deformations of dentitions]. Poltava, Astreya; 2003:104.
8. **Krishtab S.I., Dovbenko A.I.** The mechanism of the appearance of maxillo-dental deformations after partial loss of teeth. Stomatologiya. 1984;5:60-61.
9. **Tril' I.V.** Reabilitatsiya khvorykh z zuboshchelepnyimi deformatsiyami, obumovlenymi nokhylamy zubiv [The aftercare of patients with maxillo-dental deformations, conditioned by teeth inclinations]: Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. . Kyiv, 1995:19.
10. **Motorkina T.V., Ditrenko S.V., Krayushkin A.I. i dr.** Klinicheskie klassifikatsii, primenyemye v ortopedicheskoy stomatologii [The clinical classifications, used in orthopedic dentistry]. Volgograd, 2005:63.
11. **Epidemiologiya**, etiologiya i profilaktika bolezney parodonty. Doklad nauchnoy grupy VOZ [The epidemiology, etiology and prevention of periodontium diseases: the report of the scientific group of WHO]. Zheneva, VOZ; 1980: 66.
12. **Stomatologicheskie** obsledovaniya: osnovnye metody [Dental examinations: the main methods]. – Zheneva, VOZ; 1989:62.

Поступила 18.02.13

УДК616.314-089.28/.29:616.31-002+616-08

Ю. Г. Романова, к. мед. н.

Одесский национальный медицинский университет

КАНДИДА АССОЦИИРОВАННЫЙ ПРОТЕЗНЫЙ СТОМАТИТ И СПОСОБ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Цель исследований заключалась в изучении эффективности лечения обострившегося течения хронического кандидоза у лиц со съемными зубными протезами. Комплекс лечебных мероприятий предусматривал как непосредственное лечение грибкового стоматита, так и обеззараживание съемного протеза. Работа с протезом заключалась в следующем. Вначале проводили его обеззараживание в 0,1 % растворе хлоргексидина. Затем протез чистили профессиональной пастой. Пациенты в домашних условиях проводили обработку стороны протеза, примыкающего к слизистой оболочке, 2,5 % раствором Пимфуцина, капаля в

разных точках, 3-4 раза в сутки. Комплекс антигрибковых мероприятий включал прием внутрь фунгицидного препарата Флюканазол и Иммунал и полоскание рта антисептическим средством Элюдрил.

Результаты исследований показали, что через 2 недели активного лечения показатели обсемененности слизистой оболочки грибами *Candida* уменьшились более чем в 5 раз.

Ключевые слова: кандидоз, ассоциированный протезный стоматит, лечение.

Ю. Г. Романова

Одесский национальный медицинский университет

КАНДИДА АСОЦІЙОВАНИЙ ПРОТЕЗНИЙ СТОМАТИТ І СПОСІБ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Мета досліджень полягала у вивченні ефективності лікування перебігу хронічного кандидозу, що загострився, у осіб із знімними зубними протезами.

Комплекс лікувальних заходів передбачав як безпосереднє лікування грибкового стоматиту, так і знезараження знімного протезу. Робота з протезом полягала в наступному.

Спочатку проводили його знезараження в 0,1 % розчині хлоргексидину. Потім протез чистили професійною пастою. Пацієнти в домашніх умовах проводили обробку сторони протеза, що примикає до слизової оболонки, 2,5 % розчином Пімофуцина, капаючи в різних місцях, 3-4 рази на добу. Комплекс антигрибкових заходів включав прийом всередину фунгицидного препарату Флюканазолу і Иммуналу та полоскання рота антисептичним засобом Елюдрил.

Результати досліджень показали, що через 2 тижні активного лікування показники обсемененності слизової оболонки грибами *Candida* зменшилися більш ніж в 5 разів.

Ключові слова: кандидоз асоційований протезний стоматит, лікування.

Yu. G. Romanova

Odessa National Medical University

CANDIDA-ASSOCIATED DENTURE STOMATIT AND THE WAY OF ITS TREATMENT

ABSTRACT

Objective. Studying of efficiency of treatment of the become aggravated course of chronic candidiasis at persons with removable dentures.

Materials and methods. Persons (only 9 people) took part in researches with removable dentures. The diagnosis was made to them: candida-associated denture stomatit

Results. The complex of medical actions provided both direct treatment of candida-associated denture stomatit, and disinfecting of a removable artificial limb. Work with an artificial limb consisted in the following. In the beginning carried out its disinfecting to 0,1 % solution хлоргексидина. Then an artificial limb cleaned professional paste. Patients in house conditions carried out processing of the party of the artificial limb adjoining a mucous membrane, 2,5 % Pimofutsin's solution, dripping in different points, 3-4 times per day. The complex of fungicide actions included Flyukonazol's and Immunal reception and mouth rinsing by an antiseptic Elyudril.

Results of researches showed that in 2 weeks of active treatment indicators of an obsemenennost of a mucous membrane mushrooms of *Candida* decreased more than by 5 times.

Conclusions. As a whole results of researches testified to efficiency of the carried-out treatment.

Keywords: candida-associated denture stomatit, treatment.

В практической работе стоматолога достаточно часто встречается патология слизистой оболочки полости рта с участием грибов рода *Candida*.

За последние десятилетия заболеваемость кандидозом СОПР значительно увеличилась. Это связано с тем, что грибковая инфекция относится к оппортунистической и при определенных иммунодефицитных состояниях может активироваться в полости рта [1].

Патогенез кандидозной инфекции сложный и зависит от экзо- и эндогенных факторов, которые могут способствовать развитию различных типов воспаления слизистой с характерными клиническими признаками. На СОПР живут различные виды дрожжеподобных грибов, чаще всего патологические изменения вызывают *Candida albicans*. По данным литературы, в среднем количество грибов рода *Candida*, заселяющих полость рта, в норме колеблется от 300 до 500 колоний [2].

Особую группу составляют грибковые поражения слизистой оболочки полости рта *протезного происхождения*, когда провоцирующим фактором является базис съёмного протеза [3-5].

Это обусловлено тем, что между челюстью и протезом всегда есть зазор, в котором скапливаются и размножаются бактерии.

Цель исследований. Изучение эффективности лечения обострившегося течения хронического кандидоза у лиц со съёмными зубными протезами.

Материалы и методы исследования. В исследованиях приняли участие лица (всего 9 человек) со съёмными зубными протезами, которые через 3 месяца после протезирования обратились с жалобами на воспаление и боль в области протезного ложа. На основании характерных клинических симптомов и результатов микологического исследования, им был поставлен диагноз: грибковый стоматит, псевдомембранозная форма.

Для постановки диагноза у них изучали состояние слизистой оболочки полости рта (СОПР) [6] и уровень обсемененности СОПР грибами *Candida* [7].

Диагностические исследования проводили, включающие микологические исследования и клинические наблюдения состояния СОПР, проводили до и после окончания курса лечения.

Результаты исследований. Комплекс лечебных мероприятий предусматривал как непосредственное лечение грибкового стоматита, так и обеззараживание съёмного протеза.

Совместно с микологом была назначена фунгицидная терапия и местные антигрибковые мероприятия. Задача же стоматолога-ортопеда заключалась в проведении мероприятий, минимизирующих влияние зубного протеза на рост и размножение грибов *Candida* в полости рта.

Работа с протезом заключалась в следующем. Вначале проводили его обеззараживание в 0,1 % растворе хлоргексидина. Для этого протез помещали в раствор на 30 минут. Затем после промывания под проточной водой поверхность протеза, контактирующего со слизистой оболочкой протезного ложа, чистили профессиональной пастой для чистки зубов (Поліровочная паста NON-DIAMOND POLISHING

PASTE) с использованием резиновых полировочных чашечек.

Далее пациенты в домашних условиях проводили обработку стороны протеза, примыкающего к слизистой оболочке, 2,5 % раствором Пимофуцина, капая в разных точках, 3-4 раза в сутки. Рекомендовалось протез, после последней обработки пимофуцином, оставлять на ночь, а утром тщательно промывать и снова наносить капли пимофуцина.

Комплекс антигрибковых мероприятий включал: 1. Прием внутрь фунгицидного препарата Флюканазол по 50 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней. 2. Прием внутрь Иммунала для повышения неспецифического иммунитета по 15 капель 3 раза в день в течение 14 дней. 3. Полоскание рта антисептическим ополаскивателем Элюдрил для обеспечения местного бактерицидного и антигрибкового эффекта 3 раза в день в течение 2-х недель.

Таблица

Динамика изменения клинических и микробиологических показателей слизистой оболочки полости рта под влиянием применения лечебного комплекса при обострении хронического кандидоза слизистой оболочки полости рта у лиц со съёмными зубными протезами

Исследуемые показатели	До лечения	Через 2 недели
Уровень обсемененности СОПР грибами Candida (КОЕ/на соскоб)	5750,2±685,5	1015,2 ±92,1
Наличие на СОПР очагов творожистого налета		
От 1 до 5 (кол-во лиц)	2 (22 %)	3 (33 %)
От 6 до 10 (кол-во лиц)	5 (56 %)	0 (0%)
Сливающиеся очаги (кол-во лиц)	2 (22 %)	0 (0 %)

Результаты исследований, представленные в таблице, показали, что до лечения наблюдалась высокая степень обсемененности СОПР грибами Candida. У всех пациентов выявлялись слизистой оболочке щек и в области протезного ложа белые пятна в виде белого творожистого налета, причем у двоих - трудно отделяющаяся пленчатая поверхность из творожистых напластований.

Через 2 недели активного лечения показатели обсемененности СОПР грибами Candida уменьшились более чем в 5 раз, хотя и не достигли показателей нормальных значений. У 6 человек из 10 налета не было вообще, однако слизистая оболочка все еще оставалась гиперемированной.

В целом результаты исследований свидетельствовали об эффективности проведенного лечения.

REFERENCES

1. **Krishnan P.A.** Fungal infections of the oral mucosa. Indian Journal of Dental Research. 2012;23(5):650-9.
2. **Thein Z. M., Seneviratne C. J., Samaranayake Y. H., Samaranayake L. P.** Community lifestyle of Candida in mixed biofilms: a mini review. Mycoses. 2009 52 (6): 465-7.
3. **Puri S, Kumar R, Chadha S, Tati S, Conti HR, Hube B, Cullen PJ, Edgerton M** Secreted aspartic protease cleavage of Candida albicans Msb2 activates Cek1 MAPK signaling affecting biofilm formation and oropharyngeal candidiasis. PLoS One. 2012;7(11):e46020.
4. **Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A, Petruzzi M, Serpico R** Candida-associated denture stomatitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Mar 1;16(2):39-43.
5. **Campisi G., Panzarella V.** Risk factors of oral candidosis: A twofold approach of study by fuzzy logic and traditional statistic. Arch. Oral Biol. 2008 53(4):388-97.
6. **Iveriyeli M. V., Abashidze N. O.** Oral candidiasis: etiology, патогенез, medical help. organization Clinical stomatology. 1999;2: 52-56.
7. **Elinov N. P., Vasilyev N. V., Stepanova A.A. Chilina G. A.** Candida. Candidiasis. Laboratory diagnostics SPb, 2010. — 208.

Поступила 26.04.13

УДК. 616.716.1-089.818.6-036.82

Р. А. Левандовський

Буковинський державний медичний університет,
Приватна стоматологічна клініка доктора
Романа Левандовського, м. Коломия

ПЕРША ЛАНКА ПЕРМАНЕНТНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОДНОСТОРОННЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

В статті наведено конструктивне рішення протезування після резекції верхньої щелепи з приводу видалення злоякісних та об'ємних (великих) доброякісних пухлин. Ортопедична реабілітація за допомогою резекційної апаратури за присутності на здоровій стороні природних зубів або імплантів в якій передбачено розширені межі по перехідній складці на боці резекції з імітацією гайморової пазухи. Проведено у дев'яти хворих. Віддалені результати протезування показали ефективність запропонованого методу як в медичному, так і в соціальному аспектах.

Ключові слова: резекція верхньої щелепи, перманентна концепція ортопедичної реабілітації, штучна гайморова пазуха.

Р. А. Левандовский

Буковинский государственный медицинский университет,
Частная стоматологическая клиника доктора
Романа Левандовского, г. Коломия

ПЕРВОЕ ЗВЕНО ПЕРМАНЕНТНОЙ КОНЦЕПЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В статье приведено конструктивное решение протезирования после резекции верхней челюсти по поводу удаления злокачественных и объемных (больших) доброкачественных опухолей. Ортопедическая реабилитация с помощью резекционной аппаратуры при наличии на здоровой стороне естественных зубов или имплантов, в которой предусмотрены расширенные границы по переходной складке на стороне резекции с имитацией гайморовой пазухи. Проте

© Левандовський Р. А., 2013.