

жет оказатися в определенній степені полезної при її кратковременному приєднанні. Однак найбільш прийнятним для людини є змішаний тип харчування, що відповідає правилам раціонального харчування.

Ключеві слова: фрукторіанство, тип харчування, вегетаріанство, дієтологія, продукти харчування.

Резюме

Хлинова О. В., Туєв О. В., Василець Л. М. Погляд клініциста на фрукторіанство. Клінічний випадок.

З метою вивчення нетрадиційних методів харчування здійснена демонстрація й аналіз випадку розвитку нутритивної недостатності у пацієнта молодого віку, який обрав за тип харчування фрукторіанство. На клінічному прикладі доведено, що кожна з нетрадиційних систем харчування може виявитися до певної міри корисною при її короткочасному застосуванні. Проте найбільш прийнятним для людини є змішаний тип харчування, що відповідає раціональним правилам харчування.

Ключові слова: фрукторіанство, тип харчування, вегетаріанство, дієтологія, продукти харчування.

Summary

Khlynova O.V., Tuev A.V., Vasilets L.M. A clinician's view on fruitarianism. Clinical case.

In order to study non-traditional methods of power carried out a demonstration and analysis of the case of nutritional deficiency in a young patient who had chosen as the type of food fruitarianism. At the clinical example proves that each of the non-traditional food systems may be useful to some extent when it is short-term use. However, the most appropriate for a man is a mixed type of food that conforms to a balanced diet.

Key words: fruitarianism, food systems, vegetarianism, nutrition, food.

Рецензент: д.медн., проф. В.О. Терьохин

УДК 616.31-089.23-036.8

ФАКТОРИ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ ЯКІСТЬ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ: АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ

І.В. Янішен

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ

Основним напрямом розвитку сучасної стоматології є підвищення ефективності ортопедичного лікування стоматологічних хворих, однак ні профілактичні заходи, ні розробка нових матеріалів, ні вдосконалення існуючих методів та підходів до лікування не зменшили відсоток населення, що потребує заміщення дефектів зубних рядів чи повторного протезування. Як свідчать дані наукової літератури, потреба населення України в ортопедичній стоматологічній допомозі, становить близько 94%, а потреба у виготовленні незнімних конструкцій зубних протезів до 70-80% загальної кількості пацієнтів, які звернулися до стоматолога [4, 5, 8].

Детальний аналіз потреби в ортопедичній допомозі в Україні, проведений В.А. Лабунцом [4, 5], підтвердив переважання включених дефектів зубних рядів (у бокових ділянках - 64,9%, у фронтальній ділянці - 6,0%) над кінцевими дефектами зубних рядів. Але незважаючи на постійне вдосконалення клінічних методик і технологічних процесів, відсоток передчасної заміни ортопедичних конструкцій зубних протезів через ускладнення і непридатності їх до використання залишається високим [2, 3]. Підвищення якості ортопедичного лікування особливо важливо в умовах високої поширеності стоматологічних захворювань, що приводить до втрати зубів [8]. Разом з цим, підвищуються і вимоги до якості протезів, які обумовлені як технологією виготовлення та конструкційними матеріалами, так і естетичними властивостями, а також довготривалістю забезпечення функції ортопедичної конструкції [5].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано у межах основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Харківського національного медичного університету МОЗ України та є фрагментом комплексної НДР «Профілактика, діагностика та лікування основних стоматологічних захворювань» (№ держреєстрації 0110U001872).

Мета дослідження полягала у аналізі кореляційних взаємозв'язків між організаційно-технологічними факторами, що можуть впливати на якість ортопедичних конструкцій.

Методи та матеріали дослідження

Для вивчення клініко - технологічної якості ортопедичних конструкцій зубних протезів із матеріалів вітчизняного виробництва, що здійснено за комплексною програмою та передбачало вивчення наступних видів протезів: 20329 штучних коронок (пластмасові - 13304 од; комбіновані по Белкіну, Бородюку, Ахметову - 7025 од), 15621 мостоподібних протезів (пластмасових - 9789 од; комбінованих - 5832 од), 23538 пластинкових протезів (часткових - 11340 од; повних - 12190 од) та 8903 бюгельних протезів (з фіксуєчими елементами у вигляді кламерів системи Нея - 7100 од та з замковою фіксацією - 1803 од). Критеріями оцінки якості конструкцій зубних протезів у ранньому (до 24 міс клінічної експлуатації) та віддаленому (понад 24 міс клінічної експлуатації) періодах вибрані наступні індикатори: зміна кольору, наявність тріщин, розцементування, поломка конструкції, порушення її форми за рахунок стирання, тріщини базису, порушення фіксації знімних протезів. Формою інформаційного забезпечення дослідження стали результати експертної оцінки, що виконана по картах амбулаторного пацієнта (ф.043/о) 10 лікувально-профілактичних закладів Харківської області: загальна кількість проаналізованих конструкцій зубних протезів - 68391 од; загальна кількість лікарів - ортопедів - стоматологів склала 75 осіб, зубних техніків - 103 особи.

Наведене дозволило при виконанні дослідження урахувати основні закономірності щодо структури ортопедичних конструкцій, впливу кваліфікації лікарів та зубних техніків на частоту та характер показників зниження якості конструкцій на етапах їх клінічної експлуатації. Для кожної із конструкцій зубних протезів по визначених індикаторам оцінки якості розраховано абсолютні та відносні показники, зокрема показник частот для кожної із ознак зниження якості (у відсотках до загальної кількості даного виду ортопедичної конструкції ($P \pm m$) %), а по кожному виду зубних протезів визначено індекс клініко - технологічної якості конструкції (співвідношення кількості конструкцій зі зниженою якістю до загальної кількості ознак зниження їх якості - $I_{ТЯ}$); також, по кожному із видів зубних протезів розраховано рівень експлуатаційної якості

конструкції ЕЯК (питома вага зубних протезів, придатних для клінічної експлуатації).

З метою вивчення впливу окремих факторів, причин та умов, значимих для забезпечення якості конструкцій визначені та обґрунтовано застосовані основні показники кореляційного аналізу (рангової та лінійної кореляції), кореляційні взаємозв'язки визначено [1, 3], застосовуючи формули 1-2:

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x \times d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \times d_y^2}} \quad (1)$$

$$m_\rho = \frac{1 - \rho}{\sqrt{n}} \quad (2)$$

де r_{xy} - коефіцієнт лінійної кореляції, d_x - відхилення значення по координаті X, d_y - відхилення значення по координаті Y, m_ρ - середня похибка показника кореляції, ρ - коефіцієнт кореляції, n - кількість спостережень. У дослідженні застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко - інформаційні методи: кількісний аналіз, експертна оцінка; клініко - статистичні, зокрема: варіаційна статистика [7, 10], імовірнісний розподіл ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [6].

Отримані результати та їхнє обговорення

Клініко - популяційний аналіз причин зниження якості ортопедичних конструкцій дозволив виявити низку впливових факторів; з'ясовано, що вплив цих факторів у ранньому та віддаленому періодах - різниться (рис. 1).

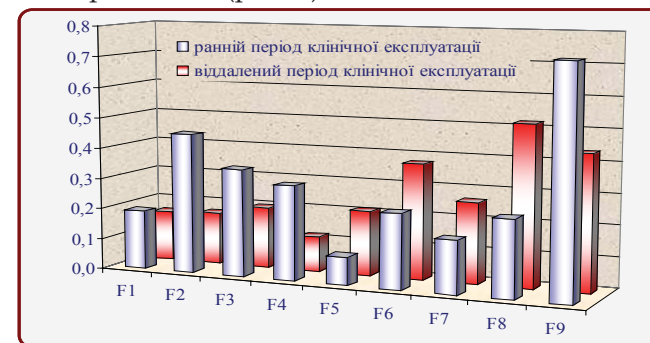


Рис.1. Коефіцієнти системоутворення окремих факторів: вплив на якість конструкції у ранньому та віддаленому періодах.

Так, у ранньому періоді клінічної експлуатації визначальними факторами якості конструкцій є структура кадрового забезпечення лікарями стоматологічних поліклінік, зокрема - індекс кадрового забезпечення (F_9 ; КС=0,727) та питома вага ортопедів - стоматологів першої кваліфікаційної категорії (F_2 ; КС=0,453), тоді як у віддаленому найбільш впливовий фактор - кваліфікація зубних техніків: питома вага зубних техніків без кваліфікаційної категорії (F_8 ; КС=0,517).

Зважаючи на те, що на якість ортопедичних конструкцій можуть впливати різні фактори, виконано багатофакторний кореляційний аналіз (метод парної кореляції по Спірмену) для кожного із виду конструкцій (див.табл. 1).

Таблиця 1

Корелограма взаємозв'язків якості ортопедичних конструкцій на етапах їх клінічної експлуатації

Види ортопедичних конструкцій		Організаційно-технологічні фактори								
		F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	F ₇	F ₈	F ₉
Коронки	РПЕ	0,143	0,008	0,325	0,099	0,120	0,325	-0,067	-0,203	0,437
	ВПЕ	0,122	-0,284	0,451	-0,016	0,216	0,300	-0,039	-0,402	0,783
Мосто-подібні протези	РПЕ	-0,085	-0,918	0,665	0,435	-0,077	0,073	-0,029	0,019	0,814
	ВПЕ	0,108	-0,199	0,116	-0,056	0,372	0,617	0,293	-0,815	0,193
Знімні пластинкові протези	РПЕ	0,233	-0,378	0,108	-0,513	-0,016	-0,256	-0,185	0,281	0,799
	ВПЕ	-0,051	0,006	0,164	0,162	-0,039	0,139	-0,011	-0,272	0,503
Бюгельні протези	РПЕ	-0,306	-0,509	0,295	0,179	-0,152	-0,313	-0,400	0,492	0,859
	ВПЕ	0,370	-0,188	-0,066	-0,221	0,211	0,440	0,704	-0,580	-0,256
КС	РПЕ	0,192	0,453	0,348	0,307	0,091	0,242	0,170	0,249	0,727
	ВПЕ	0,163	0,169	0,199	0,114	0,210	0,374	0,262	0,517	0,434

Примітка: F₁ - питома вага ортопедів - стоматологів вищої кваліфікаційної категорії, F₂ - питома вага ортопедів - стоматологів першої кваліфікаційної категорії, F₃ - питома вага ортопедів - стоматологів другої кваліфікаційної категорії, F₄ - питома вага ортопедів - стоматологів без кваліфікаційної категорії, F₅ - питома вага зубних техніків вищої кваліфікаційної категорії, F₆ - питома вага зубних техніків першої кваліфікаційної категорії, F₇ - питома вага зубних техніків другої кваліфікаційної категорії, F₈ - питома вага зубних техніків без кваліфікаційної категорії, F₉ - індекс кадрового забезпечення (лікарі / зубні техніки), I_{тя} - індекс технологічної якості лікування.

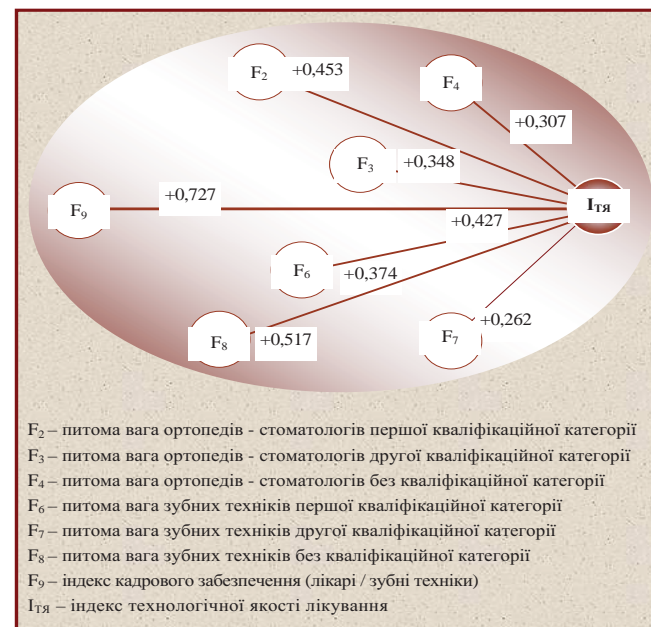


Рис.2. Кореляційні взаємозв'язки між індексом технологічної якості та організаційно - технологічними факторами.

Для забезпечення якості коронок у ранньому періоді найбільш значимими є рівень забезпеченості ЛПЗ лікарями ортопедами - стоматологами другої (та вище) кваліфікаційним категоріями (F₃; r_{xy}=-0,325) та зубними техніками першої кваліфікаційної категорії, а у віддаленому виявлено зворотній середньої сили взаємозв'язок з питоною вагою зубних техніків без категорії (F₆; r_{xy}=-0,402). Для мостоподібних протезів у ранньому періоді їх клінічної експлуатації найбільш значимим виявився вплив кваліфікації лікарів ортопедів - стоматологів, зокрема F₂ (r_{xy}=-0,918), F₃ (r_{xy}=+0,665), F₄ (r_{xy}=+0,435).

Деяко інші закономірності виявлені для знімних пластинкових протезів, а саме: F₂ (r_{xy}=-0,378), F₄ (r_{xy}=-0,513), F₆ (r_{xy}=-0,256). Слід зазначити, що якість бюгельних протезів у більшій мірі визначається кваліфікацією зубних техніків F₇ (r_{xy}=-0,400), F₈ (r_{xy}=+0,482), ніж кваліфікацією лікарів ортопедів - стоматологів F₂ (r_{xy}=-0,509).

Як продемонстровано на корелограмі взаємозв'язків індексу технологічної якості (див. рис. 2), в узагальненому вигляді можна дійти

висновку, що найбільш значимим фактором якості виготовлення ортопедичних конструкцій зубних протезів є структура медичного персоналу ортопедичного відділення та його кваліфікація. При цьому, незалежно від вказаних факторів, клінічна експлуатація ортопедичних конструкцій відзначається зниженням їх якості, що не можна пояснити кваліфікацією персоналу та потребує більш детального вивчення з позицій стоматологічного матеріалознавства та технології виготовлення зубних протезів.

Висновки

1. Якість штучних коронок у ранньому періоді клінічної експлуатації залежить від рівня забезпеченості лікарями ортопедами – стоматологами другої (та вище) кваліфікаційними категоріями (F_3 ; $r_{xy} = -0,325$), а зубо-технічних лабораторій – зубними техніками I кваліфікаційної категорії; у віддаленому періоді – виявлено зворотній середньої сили взаємозв'язок з питомою вагою зубних техніків без категорії (F_6 ; $r_{xy} = -0,402$) та якістю ортопедичної конструкції.

2. Для мостоподібних протезів у ранньому періоді їх клінічної експлуатації найбільш значимим виявився вплив кваліфікації лікарів ортопедів – стоматологів, зокрема F_2 ($r_{xy} = -0,918$), F_3 ($r_{xy} = +0,665$), F_4 ($r_{xy} = +0,435$).

3. І у ранньому, і у віддаленому періодах клінічної експлуатації, якість пластиночних протезів залежить від кваліфікації персоналу, конструкції протезу та технічного оснащення зуботехнічної лабораторії: F_2 ($r_{xy} = -0,378$), F_4 ($r_{xy} = -0,513$), F_6 ($r_{xy} = -0,256$).

4. Якість бюгельних протезів у більшій мірі визначається кваліфікацією зубних техніків F_7 ($r_{xy} = -0,400$), F_8 ($r_{xy} = +0,482$), ніж кваліфікацією лікарів ортопедів – стоматологів F_2 ($r_{xy} = -0,509$).

5. Перспективи подальших досліджень взаємозв'язків між якістю ортопедичних конструкцій у ранньому та віддаленому періодах їх клінічної експлуатації пов'язані з оцінкою впливу властивостей стоматологічних матеріалів та клініко-технологічних факторів лікування.

Література

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Г.Г. Автандилов. – М., Медицина, 1990. – 384 с.
2. Біда В.І. Сучасні погляди на етіологічні фактори та патогенез рецесії ясенного краю при протезуванні незнімними конструкціями зубних протезів / В.І. Біда, І.І. Паливода // Дентальні технології. – 2009. – № 4 (43). – С. 30-33.
3. Коринко Р.О. Прикладные программы для статистического анализа результатов медицинского эксперимента / Р.О. Коринко. – СПб.: Наука, 2001. – 420 с.

4. Лабунец В.А. Повозрастной характер распространенности дефектов зубных рядов и дефектов коронковой части зубов, требующих ортопедического лечения у лиц молодого возраста / В.А. Лабунец, Т.В. Диева, О.В. Лабунец // Одесский медицинский журнал. – 2012. – №4 (132). – С. 47-50.

5. Лабунец В.А. Уровень удовлетворенности лиц молодого возраста в основных видах зубных протезов / В.А. Лабунец, М.С. Куликов, Т.В. Диева // Современная стоматология. – 2013. – № 3. – С. 130–132.

6. Ледоцик Б.О. Проблемы систематических и случайных ошибок под час планирования та виконання наукових досліджень / Б.О. Ледоцик, Н.К. Троцюк // Демографічна та медична статистика у ХХІ столітті: Мат. конф. – Київ, 2004. – С. 121-124.

7. Лищук В.А. Информатизация в клинической медицине / В.А. Лищук // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.

8. Павленко О.В. Шляхи формування системи надання стоматологічної допомоги населенню України: дискусія / О.В. Павленко, О.М. Вахненко // Современная стоматология. – 2013. – № 4. – С. 180-181.

9. Рожкова Н.В. Адсорбция микробов смешанной слюны различными ортопедическими материалами / Н.В. Рожкова, В.А. Лабунец, В.Е. Завадский // Вісник стоматології. – 2011. – № 1. – С. 66-69.

10. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / Заг. ред. В.М. Москаленко, Ю.В. Вороненко. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.

Резюме

Янішен І.В. Фактори, що визначають якість ортопедичних конструкцій: аналіз взаємозв'язків.

На основі вивчення клініко-технологічної якості ортопедичних конструкцій зубних протезів із матеріалів вітчизняного виробництва, що здійснено за комплексною програмою виконано аналіз кореляційних взаємозв'язків між факторами, що визначають якість ортопедичних конструкцій та доведено, що якість штучних коронок у ранньому періоді клінічної експлуатації залежить від рівня забезпеченості лікарями ортопедами – стоматологами, зубо-технічних лабораторій – зубними техніками. Для мостоподібних протезів у ранньому періоді їх клінічної експлуатації найбільш значимим виявився вплив кваліфікації лікарів ортопедів – стоматологів. І у ранньому, і у віддаленому періодах клінічної експлуатації, якість пластиночних протезів залежить від кваліфікації персоналу, конструкції протезу та технічного оснащення зуботехнічної лабораторії. Якість бюгельних протезів у більшій мірі визначається кваліфікацією зубних техніків, ніж кваліфікацією лікарів ортопедів – стоматологів.

Ключові слова: ортопедичні конструкції зубних протезів, якість, багатофакторний аналіз.

Янишен И.В. Факторы, определяющие качество ортопедических конструкций: анализ взаимосвязей.

На основе изучения клинико-технологического качества ортопедических конструкций зубных протезов из материалов отечественного производства, осуществленного по комплексной программе: выполнен анализ корреляционных взаимосвязей между факторами, определяющими качество ортопедических конструкций и доказано, что качество искусственных коронок в раннем периоде клинической эксплуатации зависит от уровня обеспеченности врачами ортопедами-стоматологами, зубо-технических лабораторий - зубными техниками. Для мостовидных протезов в раннем периоде их клинической эксплуатации наиболее значимым оказалось влияние квалификации врачей ортопедов-стоматологов. И в раннем, так и в отдаленном периодах клинической эксплуатации, качество пластиночными протезов зависит от квалификации персонала, конструкции протеза и технического оснащения зуботехнической лаборатории. Качество бюгельных протезов в большей степени определяется квалификацией зубных техников, чем квалификацией врачей ортопедов-стоматологов.

Ключевые слова: ортопедические конструкции зубных протезов, качество, многофакторный анализ.

Summary

Janishen I.V. Determining factors of quality orthopedic constructions: analysis of the relationship.

The based on a study of clinical and technological quality of orthopedic constructions of dentures from the domestic production materials, implemented by complex program: appear with analysis of correlations relationship between determining factors of quality orthopedic constructions and proved the following: the quality of artificial crowns in early clinical operation depends on the number of dentists-orthopedist, in dental laboratories - the dental technicians. For bridges - in the early period of their clinical exploitation depends on the dentists-orthopedist qualification. the quality of laminar prostheses (in early, and late periods of clinical use) depends on the staff qualifications, prosthesis design and technical equipment of the laboratory. removable partial dentures Quality is largely determined by dental technicians qualified than dentists qualifications.

Key words: orthopedic construction of dentures, quality, multi-factor analysis.

Рецензент: к.мед.н., доц. С.Ю. Труфанов

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ю.Ю. Ярославская

Харьковский национальный медицинский университет

Введение

Среди различных заболеваний головы и шеи особое место занимает патология жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). По данным различных авторов частота синдрома мышечной дисфункции (СМД) ВНЧС варьирует от 20 до 80% [1, 3, 4, 8]. Многолетние клинические наблюдения группы авторов [4] показали, что 78,3% обследованных больных с патологией ВНЧС составили группу с различными дисфункциональными состояниями, причем около 45% составили пациенты в возрасте от 11 до 25 лет. В последнее время большой интерес для ортодонтот и стоматологов детского возраста представляет СМД ВНЧС в детском и юношеском возрасте [7, 8, 9]. Несмотря на большое число работ вопросы этиопатогенеза, клинического проявления, дифференциальной диагностики остаются малоизученными и спорными. Общность симптомов различных заболеваний, отсутствие данных об объеме обследования больных приводят к ошибкам в диагностике и неэффективному лечению.

Наиболее спорный вопрос в изучении СМД ВНЧС в детском и юношеском возрасте вызывают этиопатогенетические аспекты. Некоторые исследователи связывают возникновение этой группы заболеваний с патологией прикуса [4, 6], другие авторы в большей степени акцентируют внимание на возрастных особенностях растущего организма, точнее на ряде морфологических и психомоторных процессов, возникающих и завершающихся в пубертатном периоде и вызывающих физиологические отклонения в растущем организме [3,10]. Кроме того, некоторые авторы связывают наличие СМД ВНЧС с эндокринными нарушениями, возникающими в пубертатном периоде, в частности с увеличением свободной фракции андрогенов и индекса свободного тестостерона [5], а так же с витаминной недостаточностью, в особенности ви-