

нику, нирок та локальній терапії з терміну гестації, в якому було діагностовано інфекційний процес піхви, що дозволяє зменшити кількість гестаційних ускладнень. Ефективність терапії залежить від кількості проведених курсів лікування: від трьох курсів — на 36,3 %, від двох — на 27,2 %, від одного курсу — на 21,3 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вагинальний кандидоз / В. Н. Прилепская, А. С. Анкирская, Г. Р. Байрамова, В. В. Муравьева. — М., 1997. — 40 с.

2. Запорожан В. Н., Гоженко А. И., Мищенко В. П. Состояние проблемы гестационных микроэлементозов // Вісн. асоц. акушерів-гінекологів України. — 2001. — № 1 (11). — С. 6-11.

3. Мищенко В. П. Вплив токсичних металів на перебіг пологів у жінок, інфікованих інфекціями групи TORCH // Матеріали X з'їзду акушерів-гінекологів України. — Одеса, 1996. — С. 16.

4. Мищенко В. П. Проблема микроэлементозов в акушерстве и перинатологии // Междунар. мед. журнал. — 2001. — № 2. — С. 38-41.

5. Мищенко В. П., Нікогосян Л. Р. Клінічне значення вмісту в крові вагітних макро-, мікроелементів при бага-

товодді // Вісн. наук. досліджень. — 2003. — № 1. — С. 65-68.

6. Мищенко В. П., Тимофєєва С. В. Пієлонефрит вагітних при вмісті в крові токсичних металів у допустимих концентраціях і вище // ПАГ. — 2000. — № 4. — С. 84-86.

7. Мищенко В. П. Плацентарна недостатність в умовах сучасної екологічної ситуації (діагностика, профілактика та лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. (14.01.01) / Одес. держ. мед. ун-т. — Одеса, 1998. — 32 с.

8. Чайка В. К. Инфектология. — Донецк, 1998. — 177 с.

9. Шендеров Б. А. Микробная экология и функциональное питание. — М.: Изд-во ГРАНТЬ, 1998. — Т. 2. — 416 с.

УДК 616.316-003.96:316.314:615.477.2

Ю. Г. Романова, О. О. Килименчук

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ СЛИННИХ ЗАЛОЗ НА АДАПТАЦІЮ ДО ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Одеський державний медичний університет

Із знімним зубним протезуванням нерозривно пов'язане таке поняття, як адаптація, або звикання, яке може відбуватися тривалий час і викликати стійке негативне ставлення до протеза [1; 2]. Тому важливим моментом є усунення факторів, які подовжують період звикання. Встановлено, що терміни адаптації до знімних зубних протезів залежать від багатьох причин: виду патології зубоцелюпної системи [3], наявності запальних процесів у порожнині рота [4], які можуть бути зумовлені невропатологічним синдромом [5], поганими умовами протезного ложа [6] тощо.

Мета нашого дослідження — вивчення впливу рівня саливації на адаптацію до різних видів знімних зубних протезів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені з залученням осіб із частковою або повною адентією (118 пацієн-

тів), яким вперше проведено ортопедичне лікування знімними зубними протезами: частковими і повними пластинковими та бюгельними протезами.

У хворих вивчали функціональну активність слинних залоз, яку характеризували швидкістю виділення слини за одиницю часу [7].

За рівнем саливації, який визначали до протезування, пацієнти були розділені на 3 групи: 1-ша — з нормальним рівнем (від 0,5 до 1,0 мл/хв); 2-га — з підвищеним рівнем (понад 1,0 мл/хв); 3-тя — зі зниженим рівнем (менше 0,5 мл/хв).

Після протезування за пацієнтами спостерігали з урахуванням двох основних факторів: кількості відвідувань лікаря, пов'язаних із корекцією протеза, і часу повної адаптації. Обов'язковою була перша корекція, необхідність подальших корекцій визначалася скаргами пацієнтів, або їх призначав лікар за результатами першої корекції.

Еквівалентом 100%-ї адаптації була відсутність скарг у пацієнтів на печіння і хворобливі відчуття в порожнині рота у спокої та при прийомі їжі, під час розмови, а також відсутність змін слизової оболонки порожнини рота.

Статистична обробка даних проведена методом варіаційної статистики з використанням програмно-математичного комплексу Excel для Windows XP та статистичного аналізу за критерієм Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження наведено в таблиці. Із 118 пацієнтів, що брали участь в експерименті, більше всього було з нормальним рівнем саливації — 48 (40, 7 %) осіб; з підвищеною саливацією — 32 (27,1 %); зі зниженим рівнем слиновиділення — 38 (32,2 %) осіб.

Звикання до часткового знімного протеза в осіб із нормаль-



**Час адаптації до знімних зубних протезів
залежно від функціональної активності слинних залоз, M±m**

Знімний протез	Нормальний рівень саливації (0,66±0,07), n=48			Підвищена саливація (1,21±0,05), n=32			Знижена саливація (0,41±0,06), n=38		
	К-ть осіб	К-ть корекцій після установки протеза	Час повної адаптації, дні	К-ть осіб	К-ть корекцій після установки протеза	Час повної адаптації, дні	К-ть осіб	К-ть корекцій після установки протеза	Час повної адаптації, дні
Частковий знімний протез									
На в/щ	8	1,25±0,40	27,5±2,5	5	1,60±0,42	32,2±4,1	6	1,75±0,49	42,4±4,8 P ₁ <0,02 P ₂ <0,01
На н/щ	5	1,40±0,35	30,5±2,8	4	1,50±0,55	35,1±4,3	3	1,77±0,55	43,1±3,5 P ₁ <0,05 P ₂ <0,05
На в/щ і н/щ	7	1,42±0,32	32,1±3,0	4	1,60±0,47	35,2±4,5	4	1,82±0,56	48,5±4,7 P ₁ <0,02 P ₂ <0,05
Повний знімний протез									
На в/щ	5	2,20±0,35	41,2±5,5	3	2,67±0,62	46,2±4,3	5	3,40±0,51	57,4±6,3 P ₁ <0,05 P ₂ <0,01
На н/щ	6	2,45±0,39	42,3±5,8	3	2,67±0,62	44,6±4,9	4	4,00±0,65	59,5±7,1 P ₁ <0,05; P ₂ <0,01
На в/щ і н/щ	4	2,52±0,28	45,1±5,2	2	3,00±0,00	46,7±6,7	4	3,75±0,55	62,7±7,9 P ₁ <0,05 P ₂ <0,01
Бюгельний протез									
На в/щ	4	1,00±0,00	19,8±1,6	3	1,30±0,15	22,7±2,5	4	1,25±0,12	29,8±3,2 P ₁ <0,05
На н/щ	6	1,17±0,19	17,5±1,5	4	1,25±0,12	21,5±2,8	5	1,40±0,15	32,8±4,3 P ₁ <0,02
На в/щ і н/щ	3	1,00±0,00	20,2±1,8	4	1,25±0,12	23,9±2,7	3	1,66±0,25	31,5±5,8 P ₁ >0,05

Примітки. 1. В/щ — верхня щелепа; н/щ — нижня щелепа. 2. Вірогідність розрахована: P₁ — по відношенню до даних, зафіксованих у групі осіб з нормальним рівнем слиновиділення; P₂ — по відношенню до найменшого значення показника (в даному випадку — осіб з бюгельними протезами і нормальною саливацією).

ною саливацією в середньому потребувало 1 міс часу й одну корекцію протеза — для більшості пацієнтів (у середньому — 1,35). При підвищеній саливації збільшується кількість корекцій і час адаптації до протеза. Знижена саливація ще збільшує період адаптації (майже в 1,5 разу довше, ніж у осіб із нормальним рівнем саливації).

Адаптація до повного знімного зубного протеза в осіб із нормальним рівнем саливації становила понад 42,9 дня (найбільше для двох щелеп — (45,1±5,2) дня), а кількість відвідувань з метою корекції — в середньому 2,4. При підвищеній функціональній активності слинних залоз період адаптації трохи зростає, а кількість корекцій

збільшується до 2,8 відвідувань. У осіб із низьким рівнем саливації період звикання до протеза зростає більш як на 28 % порівняно з пацієнтами з нормальним слиновиділенням. При цьому кількість корекцій у середньому — 3,7 відвідування.

При бюгельному протезуванні в осіб із нормальною саливацією кількість корекцій станови-



ла 1 відвідування, а час адаптації до протеза — 19,2 дня. Пацієнти з підвищеною саливацією в середньому частіше зверталися до лікаря для корекції протеза, але рідше, ніж за наявності часткового пластинкового протеза, час адаптації до протеза — трохи більше 22 днів. За умов зниженої саливації час адаптації в середньому становив 31,4 дня, тобто на 42 % менше, ніж у осіб із частковим пластинковим протезом.

Висновки

1. Найшвидше звикають до протезів особи з нормальним рівнем саливації, найбільш тривалий період адаптації — в осіб зі зниженим рівнем слиновиділення.

2. У протезоносців із підвищеною саливацією на звикання до протеза потрібно більше часу, ніж особам із нормальною саливацією.

3. Найкоротшим є період адаптації в осіб із бюгельними протезами і нормальною саливацією. Відхилення від нормального рівня саливації при бюгель-

ному протезуванні дещо впливає на час звикання до протеза.

4. Кількість протезів не позначається на часі адаптації у людей з нормальним і зниженим рівнем саливації, але значно збільшується за наявності двох знімних протезів, особливо повних пластинкових, у осіб зі зниженою саливацією.

5. Розташування протеза (на верхній або нижній щелепі) не має значних відмінностей щодо звикання до протеза і кількості відвідувань лікаря з приводу його корекції.

Отже, при виборі конструкції протеза необхідно враховувати рівень саливації. При частковій адентії та зниженій саливації найоптимальнішим варіантом є бюгельний протез. При повній адентії в осіб зі зниженою саливацією доцільно провести екранування базису знімного протеза для захисту слизової оболонки протезного ложа, особливо на етапі адаптації до протеза.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нідзельський М. Я. Механізм адаптації до повних знімних пласти-

ночних зубних протезів і методи їх корекції: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.22/ Нац. мед. університет. — К., 1997. — 34 с.

2. Гаврилюк С. М. Дещо про адаптацію до знімних протезів // Матеріали 1 (VIII) З'їзду асоціації стоматологів України (30 листопада — 2 грудня 1999 р.) — К., 1999. — С. 389.

3. Синицин В. Д., Гуненкова І. В. Зависимость сроков адаптации к различным ортопедическим аппаратам и протезам от вида патологии зубочелюстной системы // Стоматология. — 1986. — Т. 65, № 4. — С. 63-64.

4. Разуменко Г. П. Клинико-морфологическое состояние слизистой оболочки протезного ложа в период адаптации к съемным протезам пластиночного типа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Моск. мед. стомат. ин-т им. Н. А. Семашко. — М., 1987. — 24 с.

5. Гаврилюк С. М. Нарушение адаптации к съемным протезам // Терапевтическая стоматология. — К., 1973. — Вып. 8. — С. 128-130.

6. Незнанова Н. Ю. Нарушение адаптации к съемным пластиночным протезам, методы их коррекции и профилактики: 14.00.21/ Ленингр. мед. ин-т им. И. П. Павлова. — Л., 1989. — 17 с.

7. Леонтьев В. К., Петрович Ю. А. Биохимические методы исследования в клинической и экспериментальной стоматологии: Метод. пособие. — Омск, 1976. — 95 с.

УДК 616.37-002-036.12-07

Д. Ю. Рязанов, С. Е. Гребенников, С. А. Сіцінський

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Вступ

Взаємозв'язок між порушенням функції та виразністю хронічних морфологічних змін підшлункової залози (ПЗ) у оперованих хворих з ускладненим хронічним панкреатитом (ХП) вивчений недостатньо [1; 3].

Загальноприйнято, що у діагностиці ранніх порушень функції ПЗ методи дослідження ендокринної функції мають друго-

рядне значення через низьку чутливість. Провідне значення приділяється методам, які дозволяють оцінити екзокринну функцію ПЗ [2]. Із них останніми роками все більшого значення як «золотий стандарт» набуває метод визначення фекальної еластази-1 (ФЕ-1) за допомогою поліклональних або моноклональних антитіл [5; 7; 9].

Це зумовлено такими перевагами методики: еластаза ви-

сокостабільна, має високу чутливість (75–93 %) і специфічність (90–96 %), низьку індивідуальну варіацію, ферментозамісна терапія не впливає на результат дослідження, він є стандартизованим, з високо відтворюваними результатами, простим і недорогим дослідженням. У порівняльних дослідженнях доведена висока кореляція між визначенням ФЕ-1 та інвазивним секретин-холецистокіні-

