

Необхідно зазначити, що кількість відвідувань з метою корекції протезів була в 2 рази вищою у пацієнтів 1 групи. Ці дані свідчать, що бази си знімних пластинкових протезів, виготовлених за власною технологією, мали перевагу. Підрахунок кількості колоній через місяць після протезування показав, що їх кількість в 1 групі більша в 1,7 рази, ніж у хворих 2 групи. Мікроскопія посівів виявила наступний видовий склад мікрофлори, які представлені в таблиці.

Через місяць після протезування якісний та кількісний склад мікрофлори в пацієнтів обох груп відрізнявся від показників до протезування.

Висновки. Аналіз отриманих результатів показує перевагу запропонованої технології виготовлення знімних пластинкових протезів перед традиційною. За даними мікробіологічних досліджень можна зробити заключення, що бази си знімних протезів, які піддавались обробці в електромагнітному полі, мають більш щільну структуру, високі міцнісні параметри, кращу відповідність та пристосованість до тканин протезного ложа. Це забезпечує значно кращі умови адаптації до протезів, зменшує негативний вплив на тканини протезного ложа і тим самим покращує функціонування протезів.

Ключові слова: знімні протези, акрилові пластмаси, електромагнітне поле.



ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ЩІЛЬНОСТІ ПРИЛЯГАННЯ ШТУЧНИХ КОРОНОК, ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ФІКСАЦІЮ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Оджубейська О.Д., Рамусь М.О., Малюченко М.М.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ. Незнімні конструкції у загальній структурі всіх зубних протезів становлять 70 - 80%, їх розповсюдженість у 3 рази більша, ніж знімних. При виготовленні зубних протезів важливе значення має правильний вибір конструкційного матеріалу, його фізико-механічні, хімічні та біологічні особливості безпосередньо впливають на ефективність лікування.

Актуальність. Існує багато причин нетривалого користування незнімними конструкціями зубних протезів.

Провідними причинами, які призводять до ускладнень та непридатності незнімних конструкцій є такі:

1) 25,2% - карієс та його ускладнення, які виникають унаслідок неправильного препарування зубів та нещільне прилягання штучної коронки до опорних зубів .

2) 20,4% - поломки мостоподібних протезів (відрив проміжної частини за рахунок порушення технологічного процесу виготовлення або неправильного вибору конструкції протеза).

3) 41% - запальні процеси пародонту.

4) 3,1% - запальні процеси у крайовому пародонті при розміщенні краю штучної коронки за лінією ясен.

5) важливою причиною короткого користування незнімними протезами є розцементування коронок, що становить 21% від усіх ускладнень. Причини, які призводять до розцементування незнімних конструкцій: 1) низькі коронки опорних зубів; 2) неякісно виготовлені протези (нещільне прилягання країв коронки до шийки зуба; 3) поломка протеза; 4) порушення правил замішування цементу; 5) порушення технології фіксації; 6) карієс та його ускладнення, запальні процеси крайового пародонта та пародонту.

Мета роботи. Провести дослідження порушення щільності прилягання штучних коронок, та її вплив на фіксацію незнімних конструкцій зубних протезів.

Матеріали та методи. Для об'єктивної порівняльної оцінки протезування незнімними конструкціями нами виготовлені із хромо-нікелевої сталі штамповані коронки та мостоподібні протези з опорою на штамповані коронки, а також суцільнолиті та металокерамічні коронки та мостоподібні протези із хромо-кобальтового сплаву.

Під нашим спостереженням знаходилися 87 пацієнтів віком від 21 до 69 років, які були розподілені на три групи.

Фіксацію виготовлених коронок та мостоподібних протезів проводили за допомогою трьох видів цементів для постійної фіксації різних груп (цинк-фосфатним - Adhesor (SpofaDental, Чехія), цинк- полікарбоксилатним - Adhesor® Carbofine (SpofaDental, Чехія), склоіономерним - *CX-Plus* (Shofu , Японія).

Наша увага була звернена на те, що великий відсоток ускладнень дає застосування незнімних протезів, виготовлених штамповано-паяним методом, зважаючи на значно менше препарування опорних зубів у порівнянні з суцільнолитими, металокерамічними протезами 0,25 – 0,3 мм , 0,3 – 0,5 мм та 1,2 мм відповідно.

Однією із основних причин ускладнень при користуванні штамповано-паяними протезами є те, що вони легко піддаються деформації. Край коронки нещільно охоплює шийку зуба, місце спаювання коронок часто накладається на ясна. В момент припасування і фіксації протеза пародонт опорних зубів, включених у мостоподібний протез, знаходиться в стані напруги. Все це призводить до перенапруження та травми пародонту, запалення ясен, появи патологічних кишень, порушення фіксації.

Аналіз клінічних даних показав, що провідним фактором профілактики порушення фіксації є точність виготовлення протезів, яка в свою чергу залежить

від способу підготовки зуба та дотримання правил технології фіксації. При виготовленні суцільнолитих і металокерамічних коронок та мостоподібних протезів методика препарування зуба (з уступом, точним визначенням краю коронки, оптимальної конусності), безперечно, забезпечує підвищення точності коронки та щільне прилягання її до зуба. Цьому ж сприяють такі технологічні моменти, як точне литво, застосування різних матеріалів для компенсації усадки матеріалів.

Хворі знаходились під нашим спостереженням протягом двох років. Пацієнтам усіх дослідних груп виготовлено 38 штампованих, 54 суцільнолитих і 62 металокерамічних коронок. До цієї кількості входять коронки, які є опорами мостоподібних протезів.

Результати. У кожній групі проводили ретельне обстеження краю коронки за допомогою розробленого нами градуйованого зонда. Оцінювали порушення щільності крайового прилягання виготовлених коронок та розцементування коронки, що потребує заміни.

Через два роки користування незнімними конструкціями зубних протезів виявлено, що кількість порушень щільності прилягання штучних штампованих коронок до 0,5 мм більше ніж у суцільнолитих та металокерамічних і становить 5,3% та 4,9%, 2,2% відповідно. Щільність прилягання штучних коронок більше 0,5 мм також відрізняється, але штампованих коронок розцементовувалось у два рази більше ніж у суцільнолитих і металокерамічних коронок (5,3% і 2,5%, 1,3% відповідно).

Треба зазначити, що серед штампованих коронок порушення щільності прилягання до 0,5 мм було найбільше у тих, які фіксувалися, Adhesor (8,1%) та Adhesor® Carbofine (6,9%). Порушення фіксації коронок, які цементувались склоіономерним цементом *CX-Plus* - 1,2% .

Серед суцільновідлитих і металокерамічних коронок, які цементувались цементами Adhesor® Carbofine, порушення фіксації до 0,5 мм визначено у 4,9% . Найкращі показники мали суцільноліті та металокерамічні коронки, фіксовані склоіономерним цементом *CX-Plus* -2,1%.

Порушення щільності прилягання штучних штампованих коронок більше 0,5 мм за кількістю в три рази більше ніж суцільнолитих (16 і 5 випадків відповідно). 8,9 % штампованих коронок, фіксація яких проводилась цементом Adhesor, потребувала повторної фіксації, або переробки у зв'язку з їх розцементуванням. Після фіксації цементом Adhesor® Carbofine порушення щільності штампованих коронок було у 3,4% пацієнтів.

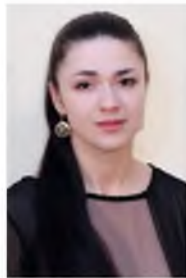
Фіксація суцільнолитих коронок цинк-фосфатними цементами Adhesor порушувалась у 4,8%. Виявлений один випадок (2,1%) розцементування суцільнолітої коронки, фіксованої *CX-Plus*.

Через два роки після фіксації суцільнолитих та металокерамічних коронок, порушення щільності прилягання більш ніж на 0,5 мм або повного розцементування у тих, які були зафіксовані цементами Adhesor® Carbofine, *CX-Plus*, не виявлено.

Висновки. Таким чином, при дослідженні щільності прилягання штучних коронок до природних зубів не виявлено закономірності розцементування їх у

залежності від застосованих окремих груп цементів для фіксації металевих конструкцій зубних протезів. Водночас можна стверджувати, що кращі результати через тривалий час користування незнімними протезами отримані при застосуванні цинк-полікарбоксилатного цементу Adhesor® Carbofine. Склоіономерний цемент *CX-Plus* при всіх дослідженнях показав найкращі результати, ніж цинк-фосфатний та цинк-полікарбоксилатний цемент.

Ключові слова: фіксація, розцементування, щільність прилягання.



НЕОБХІДНІСТЬ САНІТАРНО-ОСВІТНЬОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО І МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Павленкова О.С., Ващенко І.Ю., Садовські М.О.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ. Актуальною донині залишається профілактика стоматологічних хвороб у дітей, незважаючи на широкий асортимент медичних послуг і товарів для гігієни ротової порожнини. Безперечно, це стосується дітей дошкільного й молодшого шкільного віку, бо саме в цей період формуються правильні звички догляду за порожниною рота, відбувається зміна тимчасового прикусу на постійний.

Актуальність. Здоров'я органів ротової порожнини залежить саме від профілактичних заходів у момент прорізування й мінералізації зубів.

Мета роботи. Як відомо, карієс- одна з найпоширеніших хвороб у світі. У дитячому віці він посідає перше місце серед хронічних хвороб і трапляється в 5-8 разів частіше, ніж хвороба, що займає друге місце за поширеністю, — бронхіальна астма. За даними різних авторів, від 80% до 90% дітей із молочним прикусом, близько 80% підлітків на момент закінчення школи (зі змінним прикусом або сформованим постійним прикусом) мають каріозні порожнини, а 95-98% дорослих мають запломбовані зуби. Статистичні дані показують, що в екваторіальних зонах (Африка, Азія) карієс менш поширений, ніж на приполярних територіях (Скандинавія, Північна Америка). У країнах, що розвиваються, також виявлено вищий рівень поширеності карієсу. З метою вивчення світових тенденцій захворюваності на карієс та інші стоматологічні хвороби в штаб-квартирі Всесвітньої організації охорони здоров'я в 1969 році