

исследования. С этой целью принято на лечение 68 больных в возрасте от 9 до 23 лет, которые обследованы клинически и рентгенологически. Все они были распределены на три возрастные группы: I гр. — от 9 до 12 лет, II гр. — 13-16 лет, III гр. — 17-23 лет. Лечение больных проводилось комплексно с применением ортодонтических аппаратов, хирургических (удаление зубов, компактостеомелия) и физиотерапевтических (вакуум-терапия, вибрационное воздействие, ультрафонофорез) методов. При выборе способа лечения исходили из возраста пациента, наличия места в зубном ряду, состояния тканей пародонта, интактности зубов и направления их корней, а также сопутствующих зубочелюстных аномалий. Предложены современные рациональные конструкции ортодонтических аппаратов и показаний к их применению. Разработана тактика ортодонтических вмешательств при лечении вестибулярного положения зубов.

ВИГОТОВЛЕННЯ ПРОТЕЗА БЕЗЗУБОЇ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ НЕСПРИЯТЛИВИХ КЛІНІЧНИХ УМОВАХ

Л.Б.Єрус

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є протезування при повній втраті зубів. Випадки, коли протезування виявляється не ефективним, зустрічаються досить часто. Про це свідчать дані літератури (Брахман Б.Г., 1940; Барчуков Є.П., 1975; Рабочіл М.І., 1988; Беліков О.Б., 1994) та наші клінічні спостереження. Пов'язано це з нерівномірною, значною або повною атрофією альвеолярних відростків, топографічними особливостями перехідної складки та нейтральної зони, характером прикріплення вуздечок і язів.

Метою нашого дослідження стала необхідність удосконалення методів фіксації та стабілізації повних знімних протезів.

У цьому повідомленні представлені результати протезування трьох хворих.

При об'єктивному обстеженні порожнини рота у двох хворих визначалась значно рівномірніша атрофія альвеолярного відростка нижньої щелепи, що відповідає II типу за Келлером. У фронтальній ділянці альвеолярні відростки вкриті тонкою слизовою оболонкою, а в бічних ділянках визначаються складки слизової. Верхня щелепа беззуба (I тип за Шредером), складності для забезпечення фіксації і стабілізації не становить. У третього хворого визначалась беззуба нижня щелепа III типу за Келлером. Слизова оболонка силка по всій верхній альвеолярного відростка і по дну порожнини рота. Беззуба верхня щелепа II типу за Шредером.

Враховуючи вищеназвані умови, виготовлення повного знімного протеза на нижню щелепу мало свої особливості на кожному етапі. При виготовленні індивідуальної ложки нами вивчені можливості подовження меж протеза у під'язиковому та ретромолярному просторі. При одержанні функціонального відбитка використовувались проби за Бояновим. Враховуючи нерівномірну

податливість слизової оболонки у перших двох випадках знімався диференційний функціональний відбиток, а у третьому — компресійний.

Приймаючи до уваги значну атрофію альвеолярного відростка нижньої щелепи, постановка штучних зубів здійснена за методикою Коника Г.П., з урахуванням міжальвеолярних співвідношень.

Результатами протезування хворі цілком задоволені, скарг немає.

ЗНАЧЕННЯ ОРТОПЕДИЧНИХ ЗАХОДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

О.Г.Зайцев

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Захворювання тканин пародонту займає друге місце після карієсу та його ускладнень, а з віком ця патологія збільшується. Вітчизняні та зарубіжні автори відмічають, що найбільш результативний метод лікування — комбінований, який включає терапевтичні, хірургічні, ортопедичні та ортодонтичні заходи, тому комплексне лікування тканин пародонту у хворих є важливим і актуальним.

Нами проведено комплексне лікування хворих із захворюваннями тканин пародонту. Основними моментами цього лікування були: видалення зубного каменю, медикаментозна і фізіотерапія, використання фізіотерапевтичних процедур (електрофорез, лазеротерапія); хірургічні: кюретаж, видалення рухомих зубів з III ст. рухомості; ортопедичні: вибіркове пришліфовування зубів, виготовлення тимчасових і постійних шин-протезів.

У проведенні комплексного лікування хворих значну увагу ми приділяли ортопедичним заходам. Групи хворих, яким проводилось комплексне лікування у 10 пацієнтів проведено вибіркове пришліфовування зубів, 8 пацієнтам проведено тимчасове шинування рухомих зубів як знімними так і незнімними конструкціями. Постійне шинування знімними, незнімними конструкціями та з використанням композиційних матеріалів проведено 12 пацієнтам.

При проведенні ортопедичних заходів у конструюванні шин та шин-протезів внесені деякі удосконалення, а також доповнення в технології їх виготовлення ними з використанням сучасних вітчизняних доступних матеріалів, апаратури і обладнання. Особливий інтерес у нашій роботі викликали цільнолітні конструкції з литими коронками та оклюзійними накладками, ретейнери з багатоланковими кламерами, за допомогою яких вдавалося замінити дефект зубного ряду на верхній щелепі, відновити жувальну функцію і шинувати рухомі зуби. На нижній щелепі проводили шинування знімними конструкціями (бюгельними шинами-протезами та частковим пластинчатим протезом з ортодонтичними елементами).

Таким чином, використані нами ортопедичні заходи в комплексному лікуванні тканин пародонту дають можливість стабілізувати процес, провести рівномірний розподіл жувального навантаження, шинувати рухомі зуби та надалі проводити комплексне лікування.