Вищий державний навчальний заклад України «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Український Стоматологічний Альманах

4

Полтава 2010

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ

науково-практичний рецензований журнал
№4, 2010

Редакційна колегія:

Головний редактор – **В. М. Ждан**
Заст. головного редактора – **М. Д. Король**
Голова редакційної ради – **К. М. Косенко**
Літературний редактор – **Т. О. Лещенко**
Відповідальний секретар – **Н. В. Куліш**
Науковий редактор – **І. П. Кайдашев**

Члени редакційної колегії:

В. М. Бобирьов, П. Т. Максименко, В. П. Міщенко, Т. О. Петрушанко, Л. О. Хоменко, А. П. Гасюк, Г. А. Лобань, Л. М. Тарасенко, П. С. Фліс.

Редакційна рада:

В. І. Гризодуб (Харків), **М. Я. Нідзельський** (Полтава), **Є. В. Ковальов** (Полтава), **А. В. Борисенко** (Київ), **В. Ф. Макеєв** (Львів), **А. К. Ніколішин** (Полтава), **І. С. Мащенко** (Дніпропетровськ), **В. В. Рубаненко** (Полтава), **Т. П. Скрипнікова** (Полтава), **В. М. Мудра** (Луганськ), **М. М. Рожко** (Івано-Франківськ), **Г. П. Рузін** (Харків), **В. С. Оніщенко** (Київ), **О. В. Рибалов** (Полтава), **Ю. І. Силенко** (Полтава), **П. І. Ткаченко** (Полтава).

Засновник:

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Журнал зареєстровано: 3 жовтня 2000 року, свідоцтво: серія КВ, №4591
Державним комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України

Передплатний індекс: 06358

Мова видання:
українська, російська, англійська.

Адреса редакції:

36002, м. Полтава, вул. Навроцького, 7,к. 106,
тел. /факс 0(532) 53-24-01, тел. 0(532) 53-25-21.
e-mail: korolmd@mail. ru, usalmanah@mail. ru

Відповідальний за випуск – **Король М. Д.**
Художній і технічний редактор – **Мирон Ю. В.**
Комп'ютерна верстка та дизайн – **Капустян А. П., Бондаренко О. В.**
Переклад англійською мовою – **Король Т. Г.**
Видавець – **ПП Король М. Д.**

Свідоцтво державного комітету телебачення і радіомовлення України Серія ДК №1691 від 17. 02. 2004р.

Рекомендовано до друку Вченою Радою Української медичної стоматологічної академії та редакційною колегією журналу, протокол №15 від 23. 06. 2010 р.

Журнал включений до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт. Відповідальність за достовірність наведених у наукових публікаціях фактів, цитат, стоматологічних та інших даних несуть автори.

Підписано до друку 10. 07 2010 р.
Формат 60x84/8. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11,5 + 0,5 обкл. Тираж 200 прим.
Заказ № 163.
ПП «Інарт», м. Полтава,
вул. Г. Сталінграду, 34/24,к. 1,кв. 128.
Тел. 0(532) 67-65-29.

ЗМІСТ

НАУКОВІ СТАТТІ

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНИЙ

В. Д. Кіндій, Д. Д. Кіндій
ЦИТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА ВИКОРИСТАННЯ НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ЗІ СПЛАВІВ ПІСЛЯ БАГАТОРАЗОВОЇ ПЕРЕПЛАВКИ 6

І. В. Палійчук, Л. Є. Ковальчук
КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕНОМУ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПРОТЕЗНІ СТОМАТИТИ 9

І. В. Палійчук, М. М. Рожко, Р. В. Куцик
ВИВЧЕННЯ РОЛІ ЦИТОКІНІВ СИРОВАТКИ КРОВІ У ВИНИКНЕННІ ПРОТЕЗНИХ СТОМАТИТІВ 15

О. В. Рибась
ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ПРИСТРОЮ ДЛЯ МОРФОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ УСТІВ КАНАЛІВ БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ 19

В. П. Голик, В. Г. Томилин, Т. П. Осолодченко
ОЦЕНКА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЖИМОВ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ ПРЕДОХРАНИТЕЛЕЙ 23

А. В. Ярова
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ТИМЧАСОВИХ КОРОНОК: ОЦІНКА ВПЛИВУ НА ІМУНОМЕТАБОЛІЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ 27

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

И. В. Горб-Гаврильченко
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИСКУСТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОВАРИОЭКТОМИИ 33

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Л. А. Анисимова, Г. П. Рузин
ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ФОНЕ ПАРОДОНТИТА 36

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Н. Н. Бреславец
МИКРОСТРУКТУРА ПОЛИМЕРНЫХ ОБЛИЦОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ 41

Мирза А.И., Олещук С.П.
СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КЛИНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА 90

О.І. Мирза, А.В. Штефан, І.В. Міхєєва
АВТОРСЬКИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА БРУКСИЗМ, ТА ПРОФІЛАКТИКА ОКЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ 91

Рубаненко В.В., Баля Г.М.
ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ОКЛЮЗІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ФОРМІ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ 92

Семененко Ю.І., Семененко І.П., Єрис Л.Б.
ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИЙ КОНТРОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРОГО З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНОЮ ПАТОЛОГІЧНИМ СТИРАННЯМ, ВТОРИННОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗУБІВ ТА ЗНИЖЕНИМ ПРИКУСОМ 93

Фастовець О.О.
ОСОБЛИВОСТІ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ 93

Шарпило А. А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС 94

Шеметов О.С., Бондалетов В.А., Тумакова Е.Б.
МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ 95

МАТЕРІАЛИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

«ПОРУШЕННЯ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ТА МЕТОДИ ЇХ ОРТОПЕДИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ»

20-21 ТРАВНЯ

Полтава – 2010

томатологами, вертебрологами), а иногда и психиатрами. Врач-стоматолог, оказав, с его точки зрения, необходимую помощь пациенту, не может понять причину подобных жалоб, что нередко выливается в конфликтную ситуацию. Интерес исследователей к патологии ВНЧС, прежде всего обоснован значительным количеством таких больных, недостаточной изученностью этого вопроса и противоречивостью результатов исследований. Широкая распространенность, необычайный полиморфизм, трудности диагностики и лечения ставят заболевания ВНЧС в ряд важных проблем здоровья населения. Заболевание ВНЧС относятся к распространенным патологическим процессам и наблюдаются, по данным различных авторов, у 27,5-56% людей. Эти же авторы утверждают, что у основной массы больных (95,3%), которые обращаются за медицинской помощью по поводу патологии ВНЧС, имеет место дисфункция ВНЧС мышечного генеза. Дисфункция - самое частое поражение височно-нижнечелюстного сочленения, с которым недостаточно знакомы стоматологи всех профилей. (Величко Л. С, Бунина М. А., 1996). Как показывают наблюдения специалистов, изучающих ВНЧС, именно недостаточная осведомлённость стоматологов является причиной того, что пациенты с обширной и разнообразной симптоматикой болевого синдрома мышечно - суставной дисфункции ВНЧС многие месяцы и годы наносят визиты разным специалистам, а дисфункции ВНЧС и жевательных мышц тем временем (через 4-7 лет) трансформируются в различные органические изменения структурных элементов ВНЧС. Исследованию личностных особенностей пациентов с дисфункцией ВНЧС в литературе уделяется недостаточно внимания. В стоматологической практике так же, как и в общей медицине, следует ориентироваться не только на местную симптоматику, но и изучать личностные, характерологические черты пациента (Перзашкевич Л. М., Незнанова Н. Ю., 1986). Считается, что подавляющее большинство больных ортопеда- стоматолога – психически здоровые люди. Однако, во-первых, по официальным данным ВОЗ, распространённость неврозов за последние 65 лет выросла в 24 раза, а психических заболеваний – в 16 раз. Массовые эпидемиологические обследования Г. К. Ушакова (1987) обнаружили различные формы невротических расстройств у подавляющего большинства людей. При этом почти все пациенты с повышенным уровнем тревожности отличаются эмоциональной неустойчивостью, лабильностью, склонностью к фобиям (Бажанов Н. Н., Судаков К. В., Иващенко О. Н., 1977). Во-вторых, доля совершенно свободных от каких-либо психических нарушений лиц («абсолютно» здоровые) - не более 35% от численности всех практически здоровых людей (Селье Г., 1982). У многих людей, считающих себя совершенно здоровыми, имеется много черт, характерных для перехода от нормального к аномальному складу личности (Леонгард К., 1981). Основная трудность диагностики состоит в дифференциации пограничных (неврозы, психопатии, скрытая депрессия) и психосоматических расстройств как отдельных клинических форм, а также в проведении границы между ними и нормой (Кербиков О. В., 1971; Личко А. Е., 1983). Углублённое обследование стоматологических больных выявило у них различные преморбидные особенности личности. У некоторых из них определена акцентуация личности (Трезубов В. Н., Быстрова Ю. А., Булычёва Е. А., 2003), характеризовавшаяся «заострением» таких черт как эмоциональная лабильность, прямолинейность, бескомпромиссность, ранимость, впечатлительность. Другой части обследованных больных свойственны психологические черты, более или менее компенсированные на протяжении жизни. При этом 50 % практически здоровых людей являются «акцентуированными личностями», что можно рассматривать не как аномалию, а как склонность к развитию неврозов. Невротическая симптоматика возникла у них до появления заболеваний ВНЧС (Леонгард К., 1981). Заболевания ВНЧС у людей с психическими расстройствами, по данным W. Kydd (1969), D. Lupton (1969), обнаруживаются в 2 раза чаще, чем у лиц без нарушений психической сферы. На повышение тонуса жевательных мышц в связи с психическими факторами, переутомлением или напряжением указывают разные исследователи (Laskin D. M., 1969; Gamsa A., 1990). Ряд учёных (Трезубов В. Н., Мицкевич И. И., 1996; Булычёва Е. А., Быстрова Ю. А., 2003) отмечают, что главным фактором, предрасполагающим к заболеванию сустава, является хроническое эмоциональное напряжение (повторные стрессы). Патологию ВНЧС часто наблюдали у пациентов, которые длительно подвергались эмоциональному напряжению, а также при маскированной депрессии и нервных заболеваниях (Yap A. U., Tan K. B., Chua E. K., 2002). И. Ю. Семёнов (1997), используя психодиагностические методы обследования у 90 больных, подтвердил, что синдром болевой дисфункции ВНЧС вызван эмоциональными и патохарактерологическими особенностями личности.

Резюмируя данные литературы, можно сделать вывод, что главными факторами, предрасполагающими к заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава, являются хронический эмоциональный стресс и повторные психические травмы, поэтому лечить данную категорию больных нужно в содружестве с другими специалистами.

Шеметов О. С., Бондалетов В. А., Тумакова Е. Б.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Качество протезирования полными съёмными протезами определяется целым рядом субъективных ощущений больного и объективной оценкой их конструкции. При оценке эффективности протезирования учитываются субъективные ощущения пациента,

состояние тканей протезного ложа, степень фиксации и стабилизации протеза, восстановление функции жевания, чистота звукопроизношения, внешний вид пациента.

В условиях клинического приёма больных с полным отсутствием зубов существенную помощь в оценке качества протезирования оказывают субъективно-объективные тесты, которые в конечном итоге заключаются в установлении степени удовлетворённости пациента результатами лечения.

Одним из основных критериев, влияющим на адаптацию к полному съемному протезу, является степень его фиксации и стабилизации.

Степень стабилизации протеза на беззубых челюстях целесообразно оценивать лишь через несколько дней пользования ими. Фиксацию же протеза на верхней челюсти можно проверить сразу после его наложения. Для этого смоченный водой протез вводят в полость рта и прижимают его к тканям протезного ложа. После этого сжимают его большим и указательным пальцами в области премоляров и пытаются оттянуть книзу. Правильно изготовленный протез в этом положении фиксируется с силой в несколько килограмм (С. И. Криштаб, 1986).

Силу клапана в области мягкого нёба определяют, надавливая на режущие края верхних фронтальных зубов протеза в вестибулярном направлении. На нижней челюсти таким же приёмом устанавливают степень фиксации базиса в дистальных отделах поочередно с правой и левой сторон (П. Т. Танрыкулиев, 1988).

О том, как фиксируются передние участки базиса, можно судить, оттягивая верхний протез вниз, а протез на нижней челюсти – вверх.

Фиксировать полный съёмный протез на нижней челюсти значительно труднее, чем на верхней, в связи с тем, что протезное ложе нижней челюсти имеет худшие анатомо-физиологические условия для протезирования. Оно значительно меньше, чем на верхней, а сила присасывания протеза прямо пропорциональна его прилегающей поверхности (Г. Б. Брахман, 1940). Но решающее значение для фиксации полного съёмного протеза на нижней челюсти имеет не адгезия и не разница атмосферного давления, а активность окружающей мускулатуры.

Для стабилизации протезов на нижней челюсти при значительной атрофии альвеолярного отростка ряд авторов предлагают утяжеление протеза, объёмное моделирование, расширение базисной пластинки в ретромолярной и дистально-язычной областях. В этом случае протез дополнительно удерживается языком и окружающими мягкими тканями.

Установление правильности границ протеза и их исправление можно проводить под контролем специальных проб, предложенных Калининой Н. В. (1972):

Если протез при движении нижней челюсти поднимается медленно и равномерно, значит удлинён его вестибулярный край соответственно участкам прилегания жевательных мышц;

Если протез поднимается только в задней части – удлинён язычный край протеза под челюстно-подъязычной линией. Однако протез всё же должен перекрывать её;

Если протез смещается вперёд, базис чрезмерно удлинён в позадимолярной и прилегающей к ней язычной областях;

Смещение протеза назад зависит от нескольких причин: чрезмерно удлинён губной край протеза, моделировка базиса с вестибулярной стороны чрезмерно объёмна, фронтальные зубы поставлены не в соответствии с нейтральной мышечной зоной.

Соблюдение этих правил врачом-ортопедом даёт возможность поставить больному качественный в функциональном отношении протез.

Для функциональной оценки изготовленного протеза В. И. Наумов (1974) предложил клинические критерии фиксации. Степень фиксации считается удачной, если протез смещается без разрыва кругового замыкающего клапана; слабой – если протез смещается легко; отсутствует – если протез смещается без малейшего давления.

Ряд авторов проводили комплекс исследований качества фиксации полных съёмных протезов с помощью осциллографа «Sanborn 350» и миниатюрного накусочного тензодатчика во время выполнения специальных функциональных движений нижней челюсти.

На основе клинического обследования пациентов с полным отсутствием зубов до и после ортопедического лечения на кафедре ортопедической стоматологии с имплантологией разработаны объективные и субъективные критерии оценки полных съемных протезов, которые сгруппированы в тест «БОФСАУ» (Беликов А. Б., 2002). В основу этих критериев положены состояние базиса протеза, степень прилегания к слизистой оболочке, фиксация, стабилизация, состояние окклюзии, удовлетворенность больного и процессы адаптации. Оценка изготовленных протезов согласно предложенному тесту проводилась по двум параметрам - «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Отклонение хотя бы одного критерия считается «неудовлетворительным» и требует изготовления нового протеза. Предложенный тест позволяет прогнозировать результаты ортопедического лечения и вносить существенные коррективы в процесс адаптации к полным съемным протезам.

При изготовлении полных съемных протезов, особенно в случаях усовершенствования или применения новых технологий, субъективных методов оценки качества протезирования явно недостаточно. На этом основании мы с помощью электромиографии изучили степень восстановления функции жевания у пациентов с полной потерей зубов в разные сроки после ортопедического лечения и пользования протезами.

Полученные данные объективно подтверждают правомерность оценки качества протезирования с помощью разработанного теста «БОФСАУ».