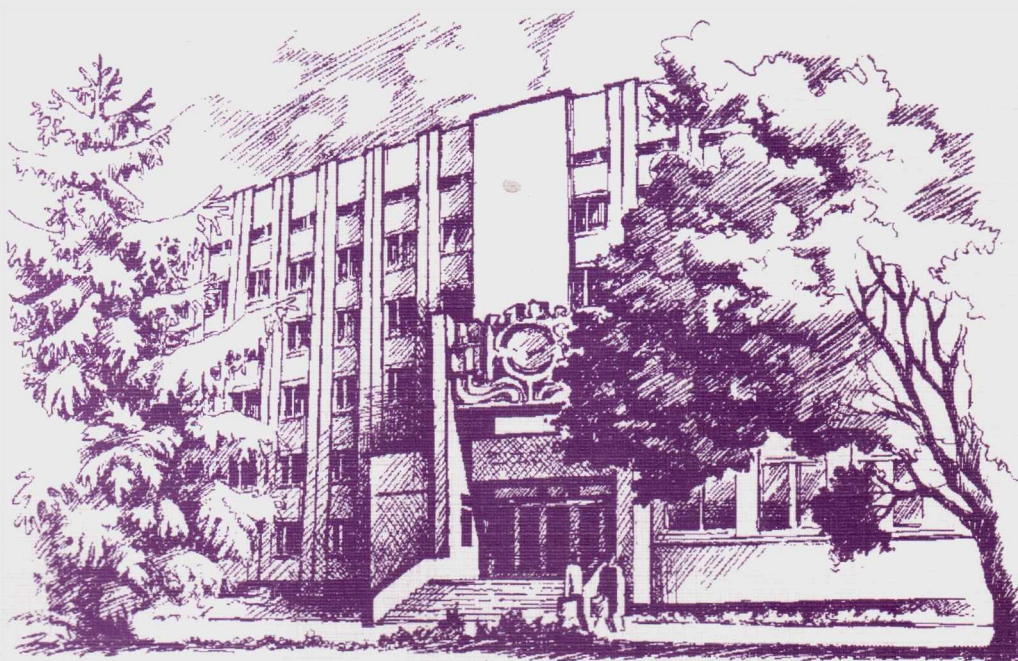


Міністерство охорони здоров'я України  
Вищий державний навчальний заклад України  
"Українська медична стоматологічна академія"



# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

Полтава 2010

|   |            |
|---|------------|
| <b>Москаленко П.А., Семененко Ю.И., Куонг Ву, Яценко О.И.</b> .....   | <b>40</b>  |
| ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРОМИОГРАММ СОБСТВЕННО ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ ГОЛОВКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА  |            |
| <b>Острооголов Д.Ф.</b> .....   | <b>44</b>  |
| МАТЕМАТИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА АРМИРОВАНИЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ  |            |
| <b>Петрушанко Т.О., Попович І.Ю.</b> .....  | <b>47</b>  |
| ОЦІНКА МІЦНОСТІ З'ЄДНАННЯ НОВОГО САМОКЛЕЮЧОГО ЦЕМЕНТУ «BIS-СЕМ» ЩОДО ПОВЕРХНІ ДЕНТИНУ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ТА СКЛОПЛАСТИКОВИХ ШТИФТІВ «ПАСС»                                     |            |
| <b>Пюрик Я.В.</b> .....   | <b>49</b>  |
| КІСТКОВА РЕПАРАЦІЯ ЩЕЛЕП ПІД ВПЛИВОМ СУМІШІ БІОАКТИВНОГО СКЛА І АУТОЛОГІЧНОГО КІСТКОВОГО МОЗКУ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ТА ОСТЕОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ                        |            |
| <b>Рубаненко В.В., Мартыненко И.Н., Дворник В.Н.</b> .....  | <b>54</b>  |
| КАЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЕЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ЗАПИСЕЙ У ЛИЦ С ПОЛНОЙ ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ   |            |
| <b>Рябокоть Є.М., Гладка О.М.</b> .....   | <b>58</b>  |
| ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ БІОФІЗИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРІЕСУ ЗУБІВ  |            |
| <b>Рябокоть Є.М., Черепинська Ю.А., Худякова М.Б.</b> .....   | <b>61</b>  |
| ВМІСТ ІЛ-1В В РОТОВІЙ РІДИНІ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ІІ СТУПЕНЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ТА УЛЬТРАЗВУКОВОГО НАПРАВЛЕНОЇ ДІЇ (ВЕКТОР-ТЕРАПІЯ) СКЕЙЛІНГУ |            |
| <b>Рябокоть Є.М., Крилова О.В., Худякова М.Б.</b> .....   | <b>63</b>  |
| ПЕРЕКИСНЕ ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ДИКЛОФЕНАКУ В ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ХРОНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ           |            |
| <b>Сидорова А.І., Петрученко Н.В.</b> .....   | <b>65</b>  |
| СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ГІГІЄНИЧНИЙ СТАТУС ТА ІНФОРМОВАНІСТЬ ВАГІТНИХ СТОСОВНО ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА  |            |
| <b>Смаглюк Л.В., Воронкова Г.В.</b> .....   | <b>68</b>  |
| АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ МОРФОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОНТРОЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ ЩЕЛЕП ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКУПЧЕНИМ ПОЛОЖЕННЯМ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ                 |            |
| <b>Смаглюк Л.В., Трофименко М.В.</b> .....  | <b>71</b>  |
| СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 6-9 РОКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ КОВТАННЯ ТА МОВЛЕННЯ  |            |
| <b>Смаглюк Л.В., Фетісова Г.Л.</b> .....  | <b>73</b>  |
| ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СПАДКОВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ   |            |
| <b>Стариков Д.Б., Писаренко О.А., Нідзельський М.Я.</b> .....   | <b>75</b>  |
| МАЛІ СІДЛОВИДНІ ПРОТЕЗИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В КЛІНІЦІ  |            |
| <b>Ступак О.П., Ніколішин А.К.</b> .....  | <b>80</b>  |
| ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КАНДИДОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 1  |            |
| <b>Шиленко Д.Р., Писаренко Е.А., Удальцова-Тарнавская К.А., Сенчакович Ю.В., Казакова К.С.</b> .....  | <b>83</b>  |
| ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ КОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ.  |            |
| <b>Клінічна медицина</b>  |            |
| <b>Абилова Е.И.</b> .....   | <b>88</b>  |
| ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА   |            |
| <b>Андрійчук Д.Р.</b> .....   | <b>92</b>  |
| РОЛЬ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В ПАТОГЕНЕЗІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ   |            |
| <b>Балицька О. П.</b> .....   | <b>95</b>  |
| АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПОШИРЕНИХ СХЕМ КОМБІНАЦІЇ ІНГІБІТОР АПФ+ДІУРЕТИК ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ                                      |            |
| <b>Башлакова Н.А., Тябут Т.Д., Буглова А.Е., Маслинская Л.Н.</b> .....  | <b>98</b>  |
| КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ   |            |
| <b>Белегай Р.І., Купновицька І.Г.</b> .....   | <b>101</b> |
| МІСЦЕ ГЛУТАРГІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ВИНИКЛА НА ҐРУНТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ  |            |
| <b>Бельська І.В., Клименко О.В.</b> .....   | <b>104</b> |
| ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ  |            |

**МАЛІ СІДЛОВИДНІ ПРОТЕЗИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В КЛІНІЦІ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Лікування одностороннього кінцевого дефекту не завжди має адекватне технічне рішення, тому ця проблема часто стає перед лікарем стоматологом - ортопедом. Альтернативою є застосування «малих сідловидних» зубних протезів із замковою фіксацією, які можуть бути розташовані тільки в ділянці дефекту. Протезування хворих з однобічними дефектами зубного ряду є важливою мірою профілактики можливих подальших оклюзійних деформацій та усієї зубощелепної системи. Застосування комбінованих елементів фіксації розширює показання до виготовлення малих сідловидних знімних протезів у клініці ортопедичної стоматології.*

**Ключові слова:** малі сідлоподібні протези; стабілізація; ретенція; замкове кріплення; екстракоронрні атакмени; шарнірні атакмени.

Лікування однобічного кінцевого дефекту нерідко викликає утруднення в лікаря стоматолога - ортопеда через особливість клінічного плину патології, яка ускладнює протезування в зв'язку з меншою площею альвеолярного гребеня й більше рухливою слизовою оболонкою[4].

Тому протезування хворих з однобічними дефектами зубного ряду є важливою мірою профілактики, що запобігає унеможливленню подальших патологічних змін зубощелепної системи[1,2,5]. Вибір методу лікування при такій патології потребує від лікаря нестандартного підходу до вибору конструкції, особливо при відсутності двох або трьох зубів[4].

Наявність однобічних кінцевих дефектів та протезування їх «малими сідловидними» протезами має потребу у формуванні певних біомеханічних змін.

Під біомеханікою кінцевого сідла розуміють

його переміщення під впливом жувального тиску, розподіл його по протезному ложу та слизовій оболонці протезного поля і пародонта. У першу чергу біомеханіка вивчає фактори, що обумовлюють величину навантаження на протез від жувального тиску. Джерелом цієї сили, як відомо, є скорочення жувальної мускулатури, а величина її визначається консистенцією їжі, величиною і формою жувальної поверхні штучних зубів-антагоністів і станом слизової оболонки, що покриває альвеолярну частину гребеня щелепи [4]. Навантаження, що припадає на кінцеве сідло, можна розподілити між опорним зубом і протезним ложем, використовуючи для цих цілей різні способи з'єднання кламмера з протезом. Вертикальні сили, що припадають на кінцеве сідло, можуть амортизуватися також за рахунок введення в конструкцію базису неметалевих подрібнювачів (амортизаторів) навантаження. Сідло в



подібній конструкції для пом'якшення жувально-го тиску повинні мати прокладку із силіконової гуми. Крім величини тиску, описані сили характеризують напрямок її дії стосовно оклюзійної площини.

При жуванні виділяють дві фази.

У першій фазі безпосередні контакти зубів відсутні, тому що між ними знаходиться їжа (опосередкована оклюзія), вектор жувального тиску має вертикальний напрямок до оклюзійної площини [1, 4].

В другій фазі жування нижня щелепа, а разом з нею і кінцеве сидло наближаються до верхнього. Зуби, подрібнивши їжу, входять у контакт та з бічної оклюзії повертаються в центральну. У цей час язичні схиляють верхніх піднебінних і щічних горбків будують ковзати по щічних нахилах горбків нижніх однойменних зубів. Це ковзання викликає язичне зрушення нижнього і щічне зрушення - верхнього протезів. На балансуєчій стороні протез буде рухатися в зворотному напрямку. У цілому нижній протез зміститься в балансуєчу сторону [3,5].

При добре збереженому альвеолярному гребені бічні зсуви нейтралізуються його схилами. Цього не відбувається при атрофії альвеолярної частини, коли сидло розташовується майже на площині. У цьому випадку збільшується амплітуда бічних зрушень, і сидло через кламмер обертає опорний зуб. Негативний вплив бічних зрушень кінцевого сидла на альвеолярний відросток і опорні зуби можна пом'якшити шляхом застосування суцільного кламмера. З його допомогою жувальний тиск перерозподіляється між природними зубами та протезом.

У пластинковому протезі роль суцільного кламмера виконує край базису, який прилягає до природних зубів. Але це менш ефективний спосіб розподілу жувального тиску, тому що може виникнути травма ясен і розвиток крайового пародонтита з утворенням зубоясневих кишень [4, 7].

Коли становлення зубних рядів з бічної оклюзії в центральну закінчиться, жувальний тиск знову прийме вертикальний напрямок. Біомеханіка кінцевого сидла буде мати інший характер. Чималу роль при цьому відіграє форма альвеолярного відростка [4, 6, 7].

За даними літератури розрізняється чотири типи альвеолярної частини.

При першому типі сидло буде рівномірно притискатися до слизової оболонки протезного ложа. Внаслідок різниці в амплітуді піддатливості зуба і слизової оболонки протезного ложа навантаження на слизову буде нерівномірним: найменше - поблизу опорного зуба і найбільше - на дистальному кінці базису протеза. Це підтверджується і клінічними спостереженнями.

При другому типі може виникнути дистальне зрушення сидла, а через це, відповідна напруга буде діяти й на опорний зуб. Щоб нейтралізувати цю силу, яка впливає на опорні зуби, потрібно їх об'єднати та створити групу, здатну попередити сагітальне зрушення сидла.

При третьому типі альвеолярного гребеня виникають умови для зсуву сидла вперед. Для попередження цього руху у протезі необхідно виготовити суцільний кламмер, що дозволить розподілити виникаючу напругу по всьому зубному ряду.

При четвертому типі альвеолярного гребеня так само, як і при першому сагітальне зрушення протеза мало ймовірно [3, 4].

Від протезування малими сидловидними протезами можна утриматися у людей літнього віку, в тих випадках коли дефекти розташовані на одній стороні верхньої і нижньої щелеп та коли на одній з щелеп мається мостоподібний чи знімний протез. При втраті одного другого верхнього чи другого нижнього моляра протезування недоцільне. У цьому випадку можна обмежитися блокуванням двох молярів антагоністів спаяними разом коронками для попередження зубоальвеолярного переміщення.

Однією із альтернатив, що забезпечує заміщення таких дефектів, є застосування знімних зубних протезів із замковою фіксацією. Такі протези отримали назву «малі сидлоподібні», із-за невеликих розмірів, що сприяє швидкому звиканню до них хворих [2,7]. Оптимальну функціональність цих протезів забезпечує три види стабілізації:

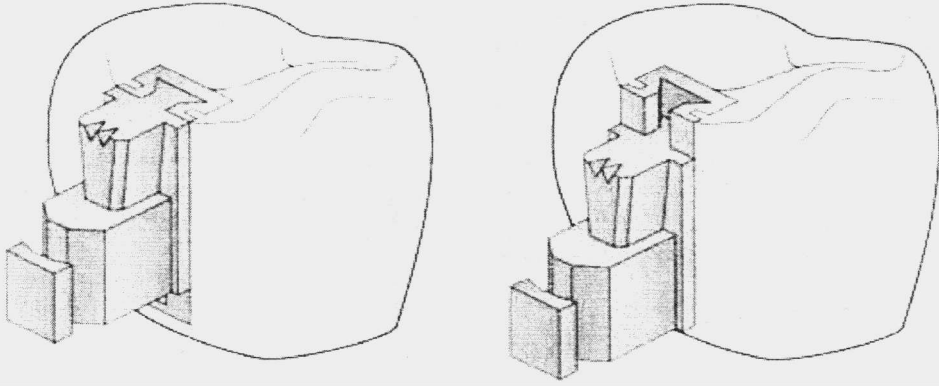
Горизонтальна стабілізація – досягається фрезеруванням опорних коронок при твердій системі кріплення. Забезпечення горизонтальної стабілізації є основним моментом при застосуванні малих сидлоподібних протезів, тому що прийнято вважати, що саме бічні зрушення протезів роблять найбільше згубну дію на пародонт опорних зубів [2].

Вертикальна стабілізація може бути досягнута застосуванням твердих замкових кріплень, шарнірних кріплень з обмеженим вільним ходом, а також при перекритті базисом протеза кортикальної пластинки в ретромолярній зоні на нижній щелепі чи зоні верхньощелепного бугра [1,2].

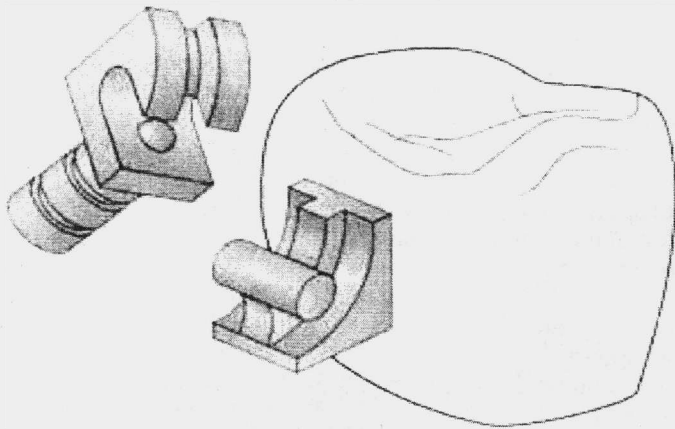
Ретенція – ідеальний спосіб створення надійної ретенції застосування штекерно - поворотних фіксаторів [2].

Існують кілька типів замкових кріплень, які можна використовувати в даному виді протезів що пропонуються різними фірмами.

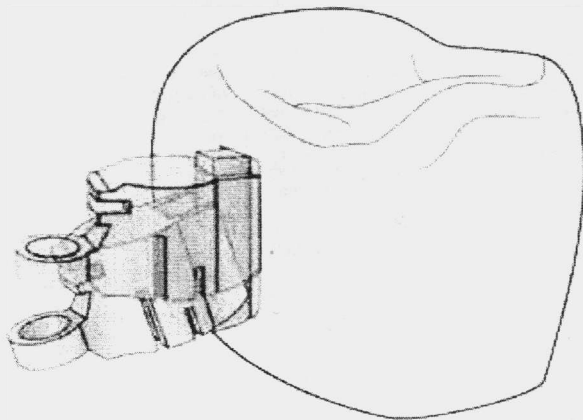
Фіксатори фірм Bredent (Schwenkriegel, Steckriegel bs1); CM (MiniCSG Latch); Degudent (Degusafe); MK1;



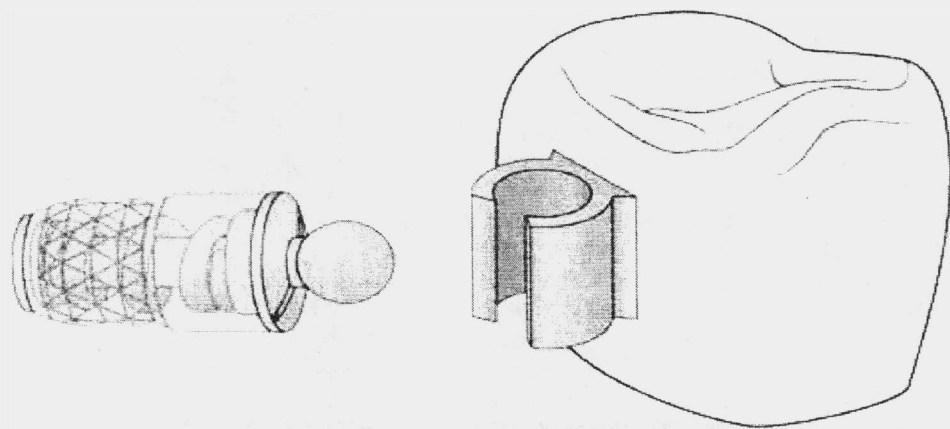
1. Напівлабільні інтра й екстракоронарні аттачмени з можливістю вертикального переміщення. Наприклад, «Crismani unilateral» фірми СМ.



2. Шарнірні аттачмени. Наприклад, аттачмени фірм: Degudent (Deguswing, Ancorvis Attachment Joint, вертикальний шарнір за Гербером); СМ (Mini Dalbo, Hinge, Herber Hinge).



3. Напівлабільні екстра й інтракоронарні аттачмени з можливістю вертикальної рухові й дистальної ротації. Наприклад, «Dalbo Sunilateral», «Crismani coupled» фірми СМ.



4. Лабільні екстракоронарні атачмени. Наприклад, «ASC 52» фірми Degudent. Їхнє застосування без лінгвальної дуги рекомендує фірма Rhein'83.

За рахунок послідовного розташування великої і малої сферичних патриць на балці, відлитої з опорними коронками, досягається надійна фіксація протеза[3].

Враховуючи багаторічний досвід застосування різних видів конструкцій для лікування однобічних кінцевих дефектів ми пропонуємо наступні рекомендації:

1. Ортопедичне лікування малим сідлоподібним протезом одностороннього кінцевого дефекту зубного ряду нижньої щелепи можливо:

- при висоті коронкової частини опорних зубів не менше 5мм,
- атрофії пародонту опорних зубів менша одної третини довжини кореня,
- при відсутності не більше 3 зубів (двох молярів і одного премолара).

2. Від ортопедичного лікування односторонніх кінцевих дефектів можна відмовитися:

- при наявності антагоністів у виді мостоподібного чи знімного протеза на стороні дефекту;

- коли дефекти, розташовані на одній стороні верхньої і нижньої щелепи, виникли лише від втрати молярів;

- при втраті тільки нижніх молярів.

3. Незалежно від виду замкового кріплення при виготовленні малих сідлоподібних протезів необхідно покривати опорними коронами не менше двох зубів.

4. Дистальна межа базису малого сідлоподібного протеза повинна бути максимально розширена та перекирвати на верхній щелепі верхньощелепний горбик, на нижній щелепі ретромолярний горбик.

5. Жорстке замкове кріплення малих сідлоподібних протезів варто використовувати:

- при інтактному пародонті опорних зубів,
- помірно податливої або атрофічної слизової оболонки,
- при I-III ступенях атрофії альвеолярного гребня, коли потрібно більшою мірою навантажити опорні зуби.

Таблиця 1  
Конструкції, що застосовуються при протезуванні однобічних кінцевих дефектів зубних рядів їх переваги та недоліки

| Часткові знімні протези  |   | Бюгельні протези  |   | Малі сідлоподібні   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| переваги   | недоліки  | переваги  | недоліки  | переваги  | недоліки   |
| 1.Простота виготовлення (не потрібно лиття).<br>2.Можна замінити утрату навіть одного зуба.<br>3.Відносна дешевизна. 4.До протеза легко додати штучний кламер або зуб кламер і здійснити лагодження протеза. | 1.Жувальний тиск передається на слизову оболонку альвеолярного відростка і регулюється гінгіво-мускулярними рефлексам (непродно).<br>2.Термін звикання довший, ніж до дугового протеза.<br>3.Можливе порушення смаку через закриття передньої частини твердого піднебіння базисом.<br>4. Відновлюють 25-50% жувальної ефективності. | 1.Жувальний тиск передається через сідлоподібні частини на слизову оболонку альвеолярного відростка (гінгіво-мускулярний рефлекс) і через опорно-утри-муючі кламери на пародонт опорних зубів (природний пародонто-мускулярний рефлекс).<br>2.Відновлюють 40-70% жувальної ефективності.<br>3.До них швидше звикання.<br>4.Можна використовувати в якості шину апарата при захворюваннях пародонта. | 1.Складність виготовлення і дорожнеча протеза.<br>2.Конструкція важка, тому при кінцевих дефектах на верхній щелепі мається небезпека відвисання кінцевого сідла.<br>3.При видаленні опорного зуба чи переломі дуги лагодження складне або неможливе. | 1. Жувальний тиск передається через сідлоподібні частини на слизову оболонку альвеолярного відростка (гінгіво-мускулярний рефлекс) та через жорстке замкове кріплення з фрезерованими інтерлоками і приясеневими уступами на пародонт опорних зубів (природний пародонто-мускулярний рефлекс).<br>2.Відновлюють 40-70% жувальної ефективності.<br>3.Швидше звикання.<br>4.Високі косметичні показники.<br>5.Невисока ціна | 1.Складність виготовлення.<br>2.Необхідність підготовки опорних зубів. |

При цьому для розвантаження конструкційних елементів замкового кріплення варто обов'язково застосовувати фрезеровані інтерлоки та прирасеневі уступи на опорних коронках.

6. Напівлабільне кріплення малого сідлоподібного протеза можна використовувати за умови:

- добре вираженого альвеолярного гребеня,
- атрофії пародонту опорних зубів до довжини кореня,

- у тому випадку, якщо пацієнт відмовляється користуватися знімним протезом звичайної конструкції або неможливо провести імплантацію.

7. Всі пацієнти з малими сідлоподібними зубними протезами повинні перебувати під диспансерним спостереженням з контрольними оглядами не рідше двох разів у рік.

При ортопедичному лікуванні однобічних кінцевих дефектів зубних рядів широко застосовуються часткові знімні, бюгельні протези та малі сідлоподібні протези. Наші клінічні спостереження дають змогу сформулювати переваги чи недоліки вищезазначених протезів та представити їх у вигляді таблиці (таб.1)

Таким чином, широкий спектр елементів фіксації при протезуванні одно та двосторонніх дистально не обмежених дефектів, дає можливість комбінувати їх та отримувати відмінну фіксацію при виготовленні бюгельних та малих сідлоподібних знімних протезів у клініці ортопедичної стоматології. Застосування комбінованих елементів фіксації розширює показання до виготовлення малих сідлоподібних знімних протезів.

#### Література

1. Аболмасов Н.Г. Ортопедична стоматологія / Н.Г.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов, В.А.Бичков, А.Аль-Хаким – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 576 с.
2. Бахмінов А.Е. Замкові кріплення / А.Е. Бахмінов //Дантист. – 2002. – №6(97). – С.21.
3. Вульфес Х. Ідеальна фіксація часткових протезів: індивідуальні ретенційні елементи або замки фабричного виробництва / Х. Вульфес //Зубний технік. – 2002. – №6. – С. 32– 34.
4. Зибін О. Приклад клінічної ситуації виготовлення знімного протеза / О.Зибін // dent-inform. – 2001. – №8. – С. 15– 18.
5. Колосов А. Сучасні замкові кріплення в бюгельном протезуванні /А.Колосов // Зубний технік. – 2000. – №5 – 6. – С. 34– 35.
6. Лазарев А.В. Замкові кріплення фірми «Бредент» – деякі аспекти вибору /А.В.Лазарев // Зубний технік. – 2002. – №6. – 6. – С. 11– 14.
7. Лебеденко І.Ю. Замкові кріплення зубних протезів / І.Ю.Лебеденко, А.Б.Перегутов, Т.Е.Хапіліна – М.: Молода Гвардія, 2001. – 160 с.

#### Реферат

##### МАЛЫЕ СЕДЛОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ И ИХ ПРИЛОЖЕНИЯ В КЛИНИКЕ

Стариков Д.Б., Писаренко О.А., Нидзельский. М.Я.

Ключевые слова: малые седлообразные протезы; стабилизация; ретенция; замковое крепление; экстракоронрные аттачмены; шарнирные аттачмены.

Лечение одностороннего концевго дефекта не всегда имеет адекватное техническое решение, поэтому эта проблема часто возникает перед врачом стоматологом-ортопедом. Альтернативой является применение «малых седловидных» зубных протезов с замковой фиксацией, которые могут быть расположены только в участке дефекта. Протезирование больных с односторонними дефектами зубного ряда является важной мерой профилактики возможных дальнейших окклюзионных деформаций и всей зубочелюстной системы. Применение комбинированных элементов фиксации расширяет показания к изготовлению малых седловидных съёмных протезов в клинике ортопедической стоматологии.

#### Summary

##### SMALL SADDLE-SHAPED DENTURES IN CLINICAL PRACTICE

Starikov D.B., Pysarenko O.A., Nidzel'skiy M.Ya.

Keywords: small saddle-shaped dentures, stabilization; retention; interlock attachment; extracrown attachments; swing attachments.

Correction of one-sided end defect sometimes has no adequate technical decision therefore this problem often arises in the orthopedic practice. There may be alternative consisting in the use of «small saddle-shaped» dentures with interlock attachment, which can be located only in the area of defect. Tooth replacing in patients with the one-sided dentition defects is an important preventive measure against further occlusive deformations of all dental system. Application of combined elements of fixing extends the indications for fabricating small saddle-shaped removable dentures in the orthopedic stomatology department.