

УДК: 616.314.17-008.1

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗНЯТТЯ ВІДБИТКІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА**

**Бульбук О.І.**

**Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ**

Актуальною проблемою у стоматології є ортопедичне лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта, як одного з найбільш масових захворювань сучасної людини (Данилевський М.Ф. і ін., 1993). Крім того, суттєвим з погляду проведення якісного ортопедичного лікування є метод отримання відбитків. Аналіз оглянутої літератури показав, що сьогодні існує розбіжність у погляді на вибір оптимального методу зняття відбитка для виготовлення шинуючих конструкцій. Група авторів (Жулев Е.Н., 2003; Копейкин В.Н., 1977) рекомендує використовувати тільки еластичні альгінатні матеріалами, що дозволяють при рухомих зубах уникнути випадкового видалення зубів разом з відбитком та нівелюють неточності пов'язані із рухомістю зубів. Інші автори рекомендують знімати подвійні відбитки за допомогою силіконових відбиткових матеріалів, оскільки зняття таких відбитків потребують сучасні високоточні конструкції та протези.

Метою нашого дослідження було: вивчити та провести аналіз проблеми зняття відбитків при ортопедичному лікуванні у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта.

Ми виділили дві проблеми зняття відбитків при захворюваннях пародонта: зміщення опорних зубів під час зняття відбитка та можливість видалення зуба. Спочатку ми вивчали можливість зміщення опорних зубів під час зняття різноманітних відбитків. Одним із чинників, що впливає на точність зняття відбитків, є рухомість зубів, яка є одним із основних клінічних проявів захворювань пародонта. Нами було проведено серію експериментів для оцінки точності зняття різноманітних відбитків (простих – альгінатних та подвійних – одноетапними і двоетапними методиками зняття).

Для проведення дослідження ми створили модель із рухомими аналогами опорних зубів. Із даної моделі отримували відбитки різних видів та відливали моделі із гіпсу. За допомогою штангенциркуля вимірювали зміну відстані між двома точками на гіпсових моделях та порівнювали із оригіналом. Експеримент проводили у два етапи. На першому етапі ми отримували відбитки альгінатною масою «Урееп» та подвійні (одноетапною та двоетапною методикою) силіконовою масою «Спідекс» із експериментальної моделі, що відтворює рухомість 1 ступеня. На цьому етапі експерименту із моделі були отримані відбитки, відлиті моделі та проведені вимірювання. Аналізуючи результати, ми не отримали достовірних даних про зміну точності знятих відбитків, так як відстань між стержнями на відлитої гіпсових моделях та оригіналі практично не відрізнялася. На другому етапі на експериментальній моделі у гільзі ми зробили надрізи силіконового матеріалу, щоб збільшити рухомість стержня більше 1мм, що відповідає рухомості 2-3 ступеня. Як і на першому етапі отримували відбитки альгінатною масою «Урееп» та подвійні (одноетапною та двоетапною методикою) силіконовою масою «Спідекс». В результаті вимірювань гіпсових моделей, ми отримали такі результати: альгінатні відбитки показали найкращі результати. Добрі результати ми отримали при знятті подвійних одноетапних відбитків. У подвійних двоетапних відбитках відхилення стержня було в межах до 0.5 мм, тобто буде потреба у корекції конструкції та неправильно буде направлено жувальне навантаження, що може ускладнити захворювання тканин пародонта.

### **Висновки**

1. При рухомості 1 ступеня (до 1мм) точність знятих відбитків не залежить від вибраної методики та матеріалу.
2. При рухомості 2-3 ступеня (більше 1мм) найкращий результат отримали альгінатними та подвійними одноетапними відбитками.

УДК 613.6.029:616.51

## **РОБОТА ПОЛІМЕРИЗАЦІЙНОЇ ЛАМПИ ЯК ШКІДЛИВИЙ ФАКТОР В РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

**Буря Л.В., Коваленко Т.І.**

**Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Впровадження фотополімерних матеріалів відкрило величезні можливості в терапевтичній стоматології при пломбуванні, естетичній реставрації і реконструкції зубів, герметизації фіссур.

Полімеризація композиційних матеріалів відбувається за допомогою спеціальних полімеризаційних ламп, що дають дуже інтенсивний світловий пучок (не менш 300 мвт/см<sup>2</sup>). Проведені нами дослідження показують, що всі компоненти випромінювання фотополімеризатора можуть досягати рівнів небезпечних для зору персоналу. У спектрі випромінювання фотополімеризаторів міститься шкідливе для зору синє та ультрафіолетове випромінювання.

Відомо, що ультрафіолетове випромінювання небезпечне для поверхневих тканин ока, воно викли-

кає опіки рогівки і помутніння кришталика (катаракту). Світлове випромінювання у видимому синьому спектрі вільно проникає крізь прозорі оптичні середовища ока (рогівку, скловидне тіло, кришталик) і впливає на сітківку ока. При великій інтенсивності це викликає фотохімічні ушкодження сітківки.

Результатами наших досліджень встановлено, що на лікування карієсу зуба фотополімерними матеріалами витрачалось в середньому 25 хвилин. На етапах лікування, що вимагають застосування фотополімеризатора, зорова напруга лікарів підсилюється за рахунок впливу на сітківку ока компонента випромінювання фотополімеризатора. При цьому нами встановлено, що на ці лікувальні маніпуляції припадає близько 40% часу.

Тому ми вважаємо, що для зниження зорового напруження лікарів-стоматологів роботу з фотополімерами раціональніше проводити в першу робочу зміну, так як в другій половині дня час, який витрачався на реставрацію зубів, збільшувався близько на 30%.

УДК 616.314-76:615.46

### ВИКОРИСТАННЯ КЕРАМІЧНИХ ВКЛАДОК ПРИ ЛІКУВАННІ ЗУБІВ

*Гасюк П.А.*

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Лікаря-стоматологу часто доводиться зустрічатися з проблемою великих каріозних порожнин в дистальній групі зубів, покриття яких металокерамічними коронками не є перспективним з ряду причин: низька клінічна висота коронки, під'ясеневе залягання каріозної порожнини та ін. Як правило, такі зуби не депульповані, а пацієнт категорично не хоче видаляти нерв. У таких випадках поставити пломбу на під'ясеневий дефект зуба доволі проблематично. Тому лікарі використовують різні паліативні методи, зокрема, штамповані коронки з нітрид-титановим напиленням. Але це вирішує проблему частково, оскільки при фіксації такої коронки дуже часто під'ясеневий дефект залишається незаповнений цементом, і через 1–2 роки він видаляється разом із зруйнованою коронковою частиною зуба. Після видаляється і корінь зуба, що залишився.

Наш досвід показав, що при вищеописаних випадках прийнятніше застосування вкладок: металевих (що виготовляються прямим і непрямим методом), композитних (непрямий метод виготовлення) і керамічних (непрямий метод та методика Сегес).

1. Металеві вкладки відрізняються міцністю і простотою технології виготовлення. При дотриманні технології препарування зуба і фіксації вони функціонують десятиліттями. Недоліками металевих вкладок є наявність в порожнині рота достатньо великого за об'ємом металу, теплопровідність і можливість явища «гальванізму» при сусідстві з пломбами і коронками з іншого сплаву.

2. Композитні вкладки. Ця технологія активно розвивається останнім часом. Раніше ми виготовляли вкладки з композитів хімічного затвердіння, потім перейшли на СТВ композити, а сучаснішими є композити з різними волоконними наповнювачами. Негативною стороною цих композитів є пористість, невисока гігієнічність і стійкість кольору. Безумовною перевагою є їх технологічність, простота виготовлення, можливість точно підбирати колір або «підфарбовувати» під індивідуальні особливості зуба.

3. Керамічні вкладки володіють всіма достоїнствами композитних вкладок, окрім технологічності. Технологія виготовлення досить тривала і вимагає певних навиків.

Етапи виготовлення вкладок складаються з лікарського і лабораторного.

В даній роботі ми б хотіли звернути увагу на деякі особливості лікарського етапу:

1) Визначення кольору та замалювання індивідуальних особливостей зуба.

2) Препарування порожнини зуба за Блеком. При цьому тонкі краї емалі зрізають, надмірно гострих кутів у напрямі жувального навантаження уникають. Ідеальна товщина вкладки в області горбів зуба — 1,5 мм, в області жувальної поверхні — 0,5 мм. Якнайкращий кут в ділянці опори повинен бути 90°. Бічні стінки зуба повинні бути відпрепаровані під кутом 2–6°. Допускається створення ретенційних порожнин для кращої фіксації вкладки.

3) Для зняття відтисків застосовували вінілполісилоксанові маси і заповнювали порожнину шприцем. Ретракція ясен, як правило, не потрібна. З антагонуючої щелепи відтиски знімали альгінатним матеріалом.