

# МАТЕРІАЛИ ІІІ (Х) З'ІЗДУ Асоціації стоматологів України

(16–18 жовтня 2008 р., м. Полтава)



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

# ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ - В СТОМАТОЛОГІЧНУ ПРАКТИКУ

МАТЕРІАЛИ ІІІ (Х) З'ЇЗДУ  
АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

Полтава • "Дивосвіт"\* 2008

## ЗМІСТ

Особливості постановки штучних зубів з метою підвищення стабілізації повного знімного протеза на нижній щелепі та покращення функціонування язика	
<i>Семененко І. П., ЄрисЛ. Б.</i> .....	439
Особливість конструкції мостоподібного протеза при протезуванні малих дефектів третього класу в осіб з остеопорозом	
<i>Силенко Ю. І., Хребор М. В., БуслоА. М., Ступницький Р. М., Колісник Д. А.</i> .....	440
Фактори, що визначають тактику реабілітації пацієнтів із вродженою адентією латеральних різців верхньої щелепи	
<i>Смаглюк В. І., Смаглюк Л. В.</i> .....	441
Підвищення якості полімерних матеріалів, що застосовуються в ортопедичній стоматології, шляхом удосконалення технології підготовки їх із застосуванням ультразвукової обробки	
<i>Соколовська В. М.</i> .....	442
Деякі основні вимоги до дентальних сплавів металів	
<i>Струк В. І., Король М.Д.</i> .....	442
Безпосереднє протезування: переваги та недоліки	
<i>Тесленко О.І.</i> .....	443
Потенциометрические методы в обследовании пациентов с наличием в полости рта металлических включений, фиксированных на дентальных имплантатах	
<i>Тимофеев А. А., Каминский В. В., Ярифа М. А., Лысенко А. С.</i> .....	444
Клінічні способи виготовлення тимчасових коронок	
<i>Ткаченко І. М., Писаренко О. А., Коробейніков Л. С.</i> .....	445
Распределение жевательного давления при протезировании концевых дефектов зубных рядов с использованием замковых креплений	
<i>Тумакова Е. Б., Дворник В. Н.</i> .....	445
Особливості рентгенодіагностики при плануванні імплантологічного втручання	
<i>Угрин М. М., Солонько М. Ю.</i> .....	446
Гігієнічна оцінка безпеки конструкцій у ортопедичній стоматології	
<i>Філатов І. В.</i> .....	447
Удосконалений пристрій для знімання мостоподібних протезів	
<i>Хопта Р. М., Ожоган З. Р., МізюкЛ. В.</i> .....	448
Нові підходи до визначення ступеня атрофії тканин протезного ложа при користуванні знімними пластинковими протезами з акрилатів	
<i>Хребор М. В., Силенко Ю. І.</i> .....	448
Якісні показники препарування інтактних та депульпованих зубів	
<i>Цветкова Н. В.</i> .....	449
Методи запобігання негативному впливу препарування на опорні зуби при виготовленні незнімних конструкцій протезів	
<i>Цветкова Н. В.</i> .....	450
Стан відпрепарованої поверхні інтактних та депульпованих опорних зубів при протезуванні незнімними конструкціями	
<i>Цветкова Н. В.</i> .....	450
Кровонаповнення судин тканин протезного ложа пацієнтів до та після фіксації протезів на субперіостальні імплантати	
<i>Чертов С. О., Король М. Д.</i> .....	451
Роль визначення задоволеності хворого зубними протезами при дослідженні мовленнєвої адаптації	
<i>Чикор В. П.</i> .....	452
Палатографія як метод дослідження адаптації до повних знімних зубних протезів	
<i>Чикор В. П.</i> ..	452
Дослідження звукопоглинання базисної пластмаси "Фторакс"	
<i>Чикор Т. О.</i> .....	453
Порушення вимовляння приголосних звуків хворими з повною відсутністю зубів на верхній щелепі	
<i>Чикор Т. О.</i> .....	454

## **УДОСКОНАЛЕНИЙ ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЗНІМАННЯ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ**

*Холта Р. М., Ожоган З. Р., Мізюк Л. В.*

м. Івано-Франківськ

Повноцінне функціонування людського організму можливе тільки за умов фізіологічної й функціональної цілісності всіх його органів і систем. Однією з них є зубощелепна система, представлена сукупністю органів, зокрема зубними рядами. Однак у процесі життєдіяльності можливе виникнення часткової або повної втрати зубів. Для заміщення дефектів зубних рядів використовують знімні й незнімні ортопедичні конструкції. Проте під час користування незнімними протезами може *виникнути* необхідність їх зняття.

Нами розроблений пристрій для зняття незнімних протезів з мінімальним пошкодженням як тканин пародонта, так і самих конструкцій, що дозволить їх повторне використання.

Він складається з металевих хомутоподібних пластин, які жорстко з'єднані між собою, з можливістю фіксування біля коронки, при цьому вони виконані у вигляді захоплювача на зуб, що в нижній частині має утримуючі горизонтальні площини, де на одній із дугоподібних частин захоплювача на зуб розміщено різьбу горизонтальної орієнтації під болт для стискання дугоподібних частин під розмір нижче від краю коронки; додатково містить захоплювач коронки/мостоподібного протезу й гвинтовий тримач, при цьому захоплювач коронки/мостоподібного протезу виконаний у вигляді чотирьох дугоподібних частин з робочими поверхнями знизу, жорстко з'єднаних зверху балкою з різьбовим отвором вертикальної орієнтації та розміщенням на двох із чотирьох дугоподібних частин різьб горизонтальної орієнтації під болт для щільного фіксування дугоподібних частин на коронці/мостоподібному протезі.

Пристрій для зняття коронок і мостоподібних протезів працює таким чином. Спочатку припасовують утримуючі площини захоплювача на зуб нижче від краю коронки/мостоподібного протезу й стискають їх за допомогою болта. Згодом стискають за допомогою болтів робочі поверхні захоплювача на коронку/мосто-подібний протез так, щоб вони були щільно підігнані до коронки/мостоподібного протезу. Гвинтовий тримач, що вкручується в різьбу на захоплювачі на коронку/мостоподібний протез і впирається у верхню частину захоплювача на зуб, рівномірно прокручуємо. Під дією різьбової сили викручування гвинтовий тримач впирається у верхню частину захоплювача на зуб і рівномірно піднімає коронку/мостоподібний протез.

Конструктивні особливості цього пристрою забезпечують багаторазове його використання, міні- хчальну травматичну дію на ротову порожнину пацієнта й пародонт опорних зубів та знімання як мостоподібних протезів, так і коронок.

## **НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ АТРОФІЇ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ КОРИСТУВАННІ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ З АКРИЛАТІВ**

*Хребор М. В., Силенко Ю. І.*

м. Полтава

Утрата зубів призводить до зменшення об'єму 40-60% альвеолярної кісткової тканини протягом 2-3-х років. Особливо швидкий перебіг атрофії спостерігається в перші 6 місяців і більше виражена в чоловіків, ніж у жінок. Уважають, що в основі виникнення кісткових атрофій лежать зміни механічного навантаження на кістку, циркуляторні розлади, порушення нервової регуляції метаболізму кісткової тканини.

Знімні протези з акрилатів є комбінованими подразниками, які чинять на слизову оболонку та нервово-рецепторний апарат порожнини рота механічний, хіміко-токсичний, сенсibilізуючий та термо-ізолюючий вплив. Сила та характер цього впливу залежить від фізико-хімічних властивостей базису, конструкції, якості виготовлення протеза та терміну користування ним. Негативна дія знімних пластинкових протезів призводить до прискорення атрофічних процесів у тканинах протезного ложа й, як наслідок, невідповідності рельєфу базису протеза рельєфу тканин протезного ложа.

Стан тканин протезного ложа в ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ЛНА) має певні особливості, що проявляються в більш високому рівні протікання реакції ПОЛ крові та ротової рідини, змін гемокоагулюючих властивостей крові та ротової рідини. Накладання часткових знімних пластинкових протезів призводить до посилення змін у тканинах протезного ложа.

Вивчення ступеня атрофії тканин протезного ложа в ЛНА в різні терміни користування частковими знімними протезами стало метою нашого дослідження.

Під спостереженням перебували 27 ЛНА (1 група) та 10 чоловік, які не брали участі в ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС (2 група).

Усі обстежені мали середні та великі дефекти зубних рядів, усім було необхідне виготовлення часткових знімних пластинкових протезів. Для визначення об'єму атрофії тканин протезного ложа в різні терміни користування протезами нами була розроблена власна методика. Після звикання хворого до протезів (25-30 діб) знімали відбиток корегуючою силіконовою масою, використовуючи базис протеза як індивідуальну відсоткову ложку. Після цього визначали об'єм корегуючої маси. Для цього відокремлювали відбиткову масу від протезу та зважували на аналітичних терезах. Об'єм визначали за формулою:

$$U_1 = t/p,$$

де:  $U_1$  - об'єм корегуючого шару;  $t$  - маса корегуючого шару;  $p$  - питома вага.

Значення об'єму в цьому випадку є початковим виміром та еталоном для порівняння наступних значень ступеня атрофії протезного ложа ( $U_2$ ). Через 3, 6, 12 місяців повторювали вимірювання ( $U_2$ ). Об'ємну атрофію ( $V$ ) визначали за формулою:

$$V = U_2 / U_1$$

Лінійну атрофію визначали, вимірюючи товщину ( $1\mu$ ) корегуючого шару відразу після накладання протезів та через певний проміжок часу (3, 6, 12 місяців) - ( $\mu_2$ ), та за різницею цих показників робили висновок про ступінь лінійної атрофії ( $\mu$ ) тканин протезного ложа:  $\mu = \mu_2 - \mu_1$ .

Як показали наші дослідження, через 1 місяць користування пластинковими протезами в осіб 1 групи атрофічні зміни були недостовірними, через 6 місяців становили 1,62%. На нижній щелепі атрофічні зміни були значнішими й зустрічалися практично в усіх хворих. У другій групі атрофія тканин протезного ложа через 1 місяць після накладання пластинкових протезів становила 1,8%. Через 6 місяців цей показник становив 5,6%.

## ЯКІСНІ ПОКАЗНИКИ ПРЕПАРУВАННЯ ІНТАКТНИХ ТА ДЕПУЛЬПОВАНИХ ЗУБІВ

*Цветкова Н. В.*

**м. Полтава**

Заміщення дефектів зубних рядів незнімними протезами пов'язане з необхідністю значного препарування опорних зубів. Цей процес викликає різноманітну гаму ускладнень як з боку організму в цілому, так і з боку тканин зуба зокрема.

**Метою нашого дослідження** стало вивчення впливу абразивного інструменту, який використовується при препаруванні, на тверді тканини зуба та здатність інтактних та депульпованих зубів протистояти ушкоджуючій дії препарування.

**Матеріали та методи.** Було проведено експеримент на 80 зубах, з яких 38 інтактних та 42 депульпованих. Використовували абразивний інструментарій однакової зернистості. Заміри шорсткості обробленої поверхні проводили за допомогою профілометра, що дало змогу визначити клас шорсткості.

**Результати.** При вивченні величини шорсткості зубів, препарованих алмазним диском на швидкості 30 000 об./хв. та алмазним бором на швидкості 300 000 об./хв. поверхні шліфів зубів як з живою пульпою, так і депульпованих зубів встановлено, що вона залежить від наявності пульпи зуба та швидкості обертів абразивного інструменту<sup>7</sup>:

Поверхня шліфів зубів з наявною пульпою після препарування його алмазним диском та бором не мала грубих слідів обробки, крупних сколів, тріщин та виривів, що відповідає 10 класу. Необхідно зазначити, що при обробці диском на поверхні шліфів спостерігалися поодинокі заглиблення та тріщини. Інша картина постала при препаруванні депульпованих зубів. При вивченні шліфів спостерігалися численні сколи тканин зуба, тріщини та заглиблення на відпрепарованій поверхні (8 клас). Значне погіршення якості шліфів депульпованих відпрепарованих зубів можна пояснити відсутністю органічного складу в тканинах зуба, що має місце при девіталізації зуба.

Проведені дослідження дають можливість зробити такі висновки щодо міцностних характеристик твердих тканин інтактних та депульпованих зубів та їх здатність протистояти механічній дії абразивного інструментарію. Як у вітальних, так і в депульпованих зубів були помітні рельєфні відображення абразивного інструментарію у вигляді поздовжніх підвищень та заглиблень, що чергувалися. Але в інтактних зубів ці прояви були значно меншими, ніж аналогічні створення на поверхні шліфів депульпованих зубів. Отже, інтактні зуби краще протистоять ушкоджуючій дії абразивного інструментарію.