

from the patients with dental caries, the bacterial number was -9.9 ± 1.6 CFU/ml, with periodontitis -7.9 ± 2.6 CFU/ml, in healthy individuals -5.7 ± 2.3 CFU/ml. Combined application of LLLT 5 min exposure accelerates the effectiveness of antibacterial drugs with partial resistance.

Keywords: *Streptococcus salivarius, low-level laser radiation, antibacterial drugs, dental caries, periodontitis.*

Надійшла 15.04.2014 року.

УДК 616.073.7+616-089.843-616.07

Проць Г.Б., Дудій П.Ф., Пюрлик В.П., Пантус А.В.

Планування дентальної імплантації методом конусно-променевої комп'ютерної томографії

Кафедра хірургічної стоматології (зав.каф. – проф. Пюрлик В.П.)

Івано-Франківського національного медичного університету

E-mail: Galina170870@gmail.com

Резюме. Постановка проблеми. Успіх лікування пацієнтів з використанням внутрішньокісткових дентальних імплантів залежить насамперед від ретельного планування і передопераційної підготовки. **Мета** дослідження – підвищити ефективність планування дентальної імплантації шляхом використання конусно-променевої комп'ютерної томографії.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 225 пацієнтів із вторинною адентією віком 30-65 років, яким планувалася дентальна імплантація. У 167 хворим проведена конусно-променева комп'ютерна томографія на конусно-променевому комп'ютерному томографі Morita (J. Morita MFG corp.). При плануванні дентальної імплантації результати оброблялися в програмах: 3D One Volume Viewer, DICOM.

Результати дослідження. При плануванні дентальної імплантації методом конусно-променевої комп'ютерної томографії визначена імплантаційна спроможність беззубого сегменту щелепи, яка базується на оцінці показників імплантаційного поля: висоті та ширині альвеолярного відростку, типі кісткової тканини і мінеральній щільності. При значеннях висоти альвеолярного відростку на нижній щелепі $10-14 \pm 0.2$ мм, на верхній щелепі $9-12 \pm 0.3$ мм, при ширині альвеолярного відростку 3-5 мм, типі кісткової тканини D_1-D_3 , за Мішем, та при значеннях мінеральної щільності від 950-1600 од X. була визначена позитивна імплантаційна спроможність беззубого сегменту щелепи у 64,2 % пацієнтів.

Висновки. Встановлено, що конусно-променева комп'ютерна томографія є високо-інформативною при визначенні імплантаційної спроможності беззубого сегменту щелепи. Доведено, що імплантаційна спроможність беззубого сегменту щелепи визначається наявністю достатнього об'єму кісткової тканини, типом кісткової тканини і наявністю достатньої мінеральної щільності імплантаційного поля.

Ключові слова: *дентальна імплантація, конусно-променева комп'ютерна томографія, ортопантомографія, імплантаційна спроможність.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Широке використання сучасних технологій в стоматології дозволило на якісно-новому рівні підійти до проблеми ортопедичного лікування хворих з повною і частковою адентією. Нові можливості відкрилися завдяки впровадженню в клінічну практику дентальної імплантації [1, 7].

Дентальна імплантація є сучасним, прогресивним і достатньо ефективним напрямом у відновленні функціональної повноцінності зубощелепової системи, який спрямований на відновлення дефектів зубного ряду, нормалізацію процесів жування і на досягнення високого естетичного ефекту [3, 7].

Проведення дентальної імплантації потребує достатнього об'єму кісткової тканини щелепних кісток, дефіцит якої пов'язаний із віковою атрофією альвеолярного гребеня, травматичним видаленням зубів, запальними процесами, новоутвореннями щелеп [1, 3, 8].

Успіх лікування пацієнтів з використанням внутрішньо-

кісткових дентальних імплантів залежить насамперед від ретельного планування і передопераційної підготовки [2, 5, 6, 10].

Вирішальну роль при оцінці висоти, ширини, довжини і кута нахилу альвеолярного відростка під час планування і при контролі внутрішньокісткової імплантації відіграє рентгенологічне обстеження [3, 6].

На думку багатьох авторів, основним і стандартним методом проведення планування дентальної імплантації є ортопантомографія (ОПТГ) [1, 2, 6]. Однак у пацієнтів із дефектами зубних рядів ОПТГ не дозволяє точно оцінити ступінь атрофії альвеолярного відростка в різних площинах, чітко розрахувати відстань від гребеня альвеолярного відростка до важливих анатомічних утворень. Не завжди достовірно визначається геометрія двох верхньощелепних пазух та стан їх слизових оболонок.

З появою конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) виникла можливість отримувати високоякісне детальне зображення кісткової тканини, тканин зуба, періодонту, пародонту, що дозволяє з високою точністю виконувати заміри для планування дентальної імплантації (висота, діаметр, кут нахилу) [2, 3].

Але навіть за наявності і поширеності методу КПКТ існують соціальні аспекти застосування методу. Застосування методу КПКТ на всіх етапах хірургічної реабілітації пацієнтів призводить до значних економічних витрат. Виникає потреба в розумному і дозованому підході застосування методу, в мінімізації променевого навантаження, в розробці алгоритму променевого обстеження пацієнтів на хірургічному етапі стоматологічної імплантації.

Мета дослідження: підвищити ефективність планування дентальної імплантації шляхом використання КПКТ.

Матеріал і методи дослідження

Нами обстежено 225 пацієнтів з вторинною адентією віком 30-65 років у відділенні щелепно-лицевої хірургії ОКЛ і на кафедрі хірургічної стоматології ІФНМУ в період з 2005-2013 роки: 80 (35.6%) осіб з повною вторинною адентією, з частковою вторинною адентією – 145 (64.4%) осіб. Імплантацію на нижній щелепі потребувало 98(43.6%) хворих, на верхній щелепі 72 (32%), обох 55(24.4%). Першій групі пацієнтів на всіх етапах виконувалась ОПТГ – 58(25.8%) пацієнтів, другій групі – виконувалась тільки КПКТ – 75(33.3%) пацієнтів, третій групі виконувалась ОПТГ та КПКТ – 92(40.9 %) пацієнти. При плануванні дентальної імплантації визначалася імплантаційна спроможність беззубого сегменту щелепи. Для цього проводилися рентгенологічний аналіз імплантаційного поля з визначенням наступних показників:

- об'єм кісткової тканини (висота та ширина альвеолярного відростка);
- тип кісткової тканини за Мішем [11];
- мінеральна щільність беззубого сегменту щелепи.

Обстеження пацієнтів виконувались за допомогою конусно-променевого комп'ютерного томографу Morita (J. Morita MFG corp.), який об'єднує методи променевого дослідження – ортопантомографію і КПКТ. При обробці даних використовувались програми: 3D One Volume Viewer та DICOM, що дозволяють розставляти віртуальні тривимірні імпланти, відображати щільність кістки в ділянці, прилеглій до імпланту, «промальовувати» канал нижньощелепного нерву. Використовуючи дані функції, можна більш детально спланувати дентальну імплантацію.

До операції і в процесі лікування нами проводилися клінічні і біохімічні дослідження. Всім хворим виготовляли діагностичні моделі. Під час клінічного обстеження вивчали стан кісткової тканини навколо імплантів, візуально і пальпаторно оцінювали щільність покриття імплантів, наявність чи відсутність запальних змін, вивчали стан слизових оболонок порожнини рота, тканин пародонту з визначенням індексів, слідували за перебігом раневого процесу, наявністю гіперемії, набряку, болювого компоненту, характеру контактів країв ран, за стабілізацією імплантів в кістковій тканині.

Статистична обробка кількісних показників проводилася за методами варіаційної статистики на персональному комп'ютері "Pentium" з пакетом програм "Statgraphics" версії 3.0 (США) та "Microsoft Excel" версії 5.0 (США).

Результати дослідження та їх обговорення

При плануванні імплантації за допомогою КПКТ та ОПТГ було визначено імплантаційну спроможність беззубого сегменту щелепи і доведено, що вона визначається наявністю достатнього об'єму кісткової тканини, типом кісткової тканини і наявністю достатньої мінеральної щільності імплантаційного поля.

Встановлено, що на нижній щелепі найбільш представлена висота альвеолярного відростка $11-14 \pm 0.3$ мм у 72(47,1%) пацієнтів, $8-10 \pm 0,2$ мм спостерігалася у 48(31,3%) пацієнтів, а в 33(21,6%) хворих висота складала менше 8 мм. На верхній щелепі висота альвеолярного відростка у 32(25,2%) пацієнтів в ділянці молярів не перевищувала $6,3 \pm 0,2$ мм, а в інших відділах представлена $9-12 \pm 0,3$ мм у 95(74,8%) хворих. Порівнюючи дані ОПТГ і КПКТ виявлено, що викривлення вертикальних розмірів кістки на ортопантомограмі йде як у бік збільшення, так і в бік зменшення і досягає 34%, що не дає достовірної уяви про необхідну довжину імпланту. Похибки пов'язані зі збільшенням та зміною реальних розмірів рентгенівського зображення, індивідуальними особливостями анатомії – ротація тіла нижньої щелепи, розгорнутість альвеолярного відростку верхньої щелепи, асиметрія гребеня.

Метод ОПТГ також не дає точних даних про товщину кістки в ділянці імплантації, з чим пов'язані ризики пошкодження нижньощелепного нерву і перфорації слизової оболонки гайморової пазухи. Тому, ширину альвеолярного відростка визначали методом КПКТ. Переважно, ширина альвеолярного відростка на нижній щелепі становила $4-6 \pm 0,2$ мм у 60(39,2%) хворих, у 70(45,8%) хворих - $4,5 \pm 0,2$ мм, і у 23(15%) хворих ширина була меншою 3 мм. А на верхній щелепі ширина в середньому складала $3-4 \pm 1$ мм у 98(77,2%) хворих, менше 3 мм спостерігалась у 13(10,2%) хворих.

Слід зауважити, що нами використовувалися імпланти з мінімальним значенням діаметру 3мм і мінімальною довжиною – 8мм. У випадках, коли висота (менше 8мм у 33(21,6%) хворих на нижній щелепі і 32(25,2%) хворих на верхній щелепі), та ширина (менше 3мм у 23(15%) хворих на нижній щелепі та 13(10,2%) хворих на верхній щелепі) були недостатні, дентальна імплантація не виконувалася, і хворим проводили кістково-пластичні операції. Потреба в операції підняття дна гайморової пазухи була показана у 32 випадках. Виконано 7 операцій сінусліфтингу одномоментно з постановкою імплантів, у 25 випадках – сінусліфтинг проводився без одномоментного встановлення імплантів (відтермінована імплантація). Збільшення висоти альвеолярного відростка на нижній щелепі досягалася за допомогою

автогенних кісткових блоків (6 хворих) і аугментацією штучною кісткою (27 хворих). Хворим, в яких спостерігалася зменшення ширини, проводилося розщеплення альвеолярного відростка за методикою Split Contral (Німеччина), встановлюючи імпланти і щілини заповнювали остеотропними матеріалами (4 хворих), за вінірною методикою аугментацію проводили 3 хворим, і 16 хворим нарощування відбувалося за допомогою автогенних кісткових блоків.

Таким чином, проводячи рентгенологічний аналіз імплантаційного поля встановлено, що висота та ширина альвеолярного відростка була оптимальною у 63,4% пацієнтів на нижній щелепі та у 64,6% хворих на верхній щелепі. Це дозволило провести дентальну імплантацію без використання кістковопластичних операцій.

Використання КПКТ дозволяє маркувати потрібну ділянку щелепи, визначити положення нижньощелепного каналу і оптимальний розмір імпланту (рис. 1).

При аналізі кольорових гістограм, отриманих при КПКТ, визначали типи кісткової тканини за Мішем (Mish, 1927), (D_1, D_2, D_3, D_4) в структурі імплантаційного поля, що дало можливість вибрати оптимальну форму і розмір імпланту, спрогнозувати можливі ускладнення дентальної імплантації та передбачити можливі терміни остеоінтеграції (рис. 2).

Перший тип кісткової тканини (D_1) – велика кількість компактної речовини, незначна кількість губчастої, був виявлений у 26% пацієнтів (рис. 3), D_2 тип – кількість компактної речовини рівна губчастій, серед обстежених пацієнтів в "чистому" вигляді не був виявлений, D_3 тип – незначна кількість компактної речовини і велика кількість щільної губчастої речовини – у 71% пацієнтів (рис. 4), D_4 тип – незначна кількість компактної речовини, велика кількість "пухкої" губчастої речовини був виявлений в 3% випадках.

Важливим елементом аналізу клінічної ситуації є визначення рентгенологічної щільності кісткової тканини на ділянці імплантації з урахуванням її топографії. Профіль кісткової тканини ми вимірювали за допомогою програмного забезпечення та визначали його в одиницях Хаунсфілда (рис.5).

За результатами наших досліджень, відносна щільність кортикальної кісткової тканини верхньої щелепи дорівнювала 1498 ± 101 ОД, нижньої щелепи – 1859 ± 165 ОД. Порівняно з кортикальною кісткою, щільність губчастої кістки на верхній щелепі менша на 10,3%, на нижній щелепі - на 23,7%

Таким чином, для успішного проведення дентальної імплантації необхідно провести чітке і ретельне планування. За допомогою ОПТГ можливе вимірювання тільки висоти альвеолярного відростка, що не дозволяє проводити оптимальний обсяг рентгенодіагностичних заходів при плануванні дентальної імплантації, а обстеження за допомогою КПКТ дозволяє скласти повний і детальний план дентальної імплантації з урахуванням всіх анатомічних і естетичних побажань пацієнта і визначити імплантаційну спроможність беззубого сегменту.

Висновки

1. Встановлено, що КПКТ є високоінформативною при визначенні імплантаційної спроможності беззубого сегменту щелепи.
2. Доведено, що імплантаційна спроможність беззубого сегменту щелепи визначається наявністю достатнього об'єму кісткової тканини, типом кісткової тканини і наявністю достатньої мінеральної щільності імплантаційного поля.
3. Визначена позитивна імплантаційна спроможність беззубого сегменту щелепи при значеннях висоти альвеолярного відростка на нижній щелепі $10-14 \pm 0,3$ мм, на верхній щелепі $9-12 \pm 0,2$ мм, при ширині альвеолярного відростка 3-5 мм, тип кісткової тканини D_1-D_3 за Мішем та при значенні мінеральної щільності від 900 до 1600 ОД X.

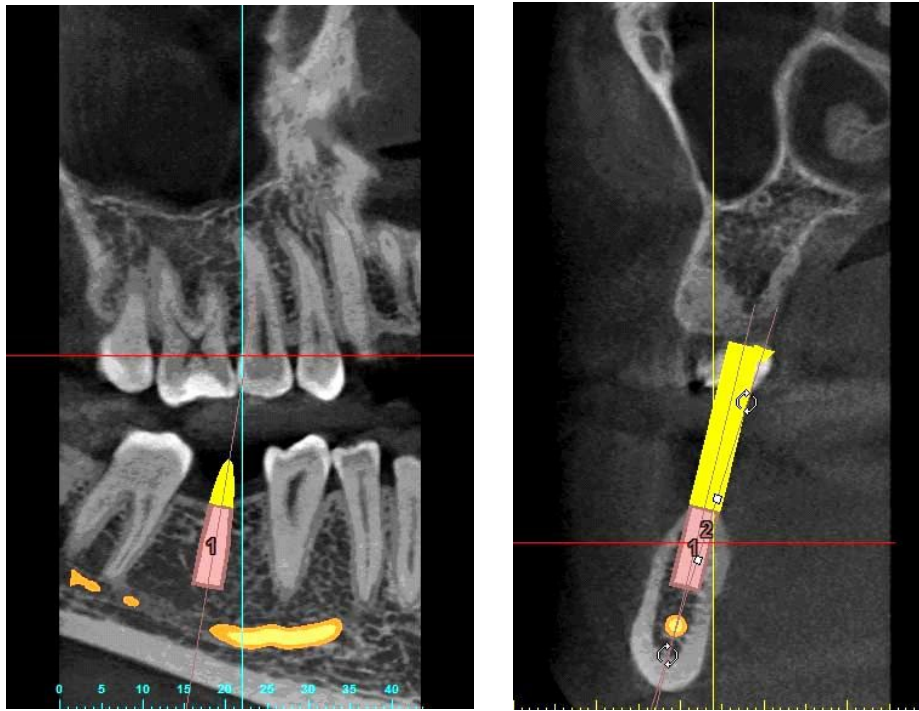
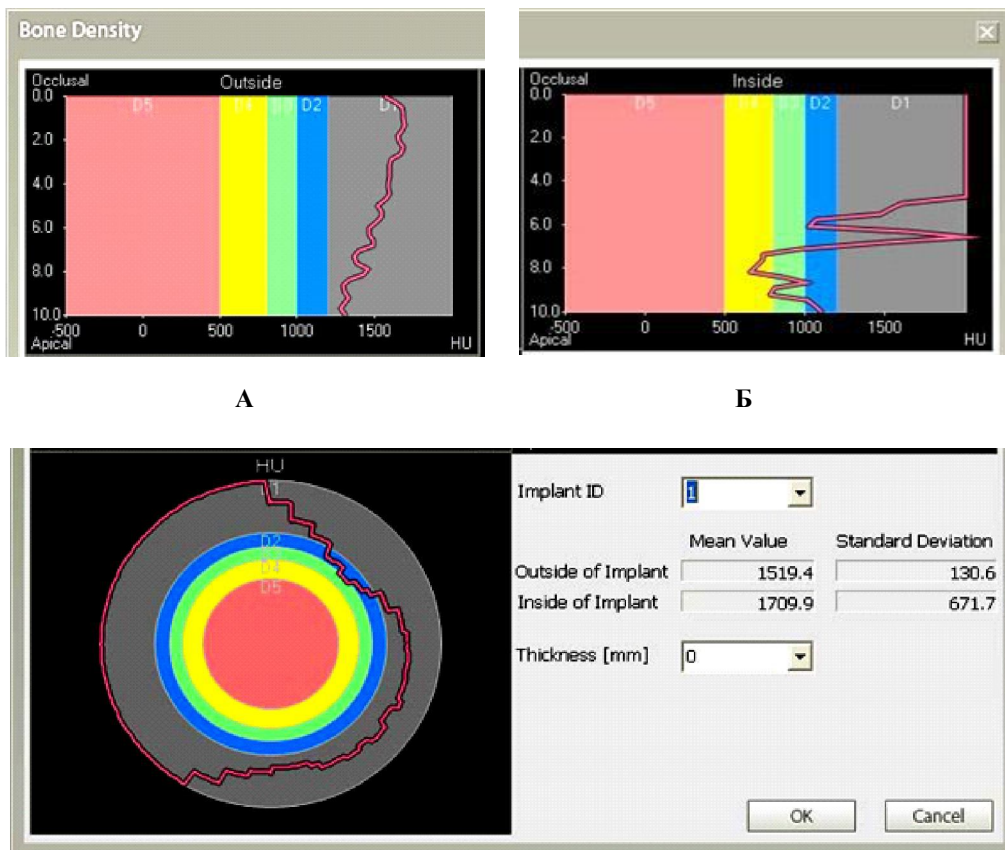


Рис. 1. Планування дентальної імплантації в ділянці 36 зуба у хворої М. Визначення оптимального розміру імпланту і відстані до нижньо-щелепового каналу



В

Рис. 2 Визначення типу кісткової тканини за Мішем за допомогою програми аналізу КПКТ зображень.

- А – розподіл кісткової тканини за типами за Мішем над проксимальною частиною імпланту;
- Б – розподіл кісткової тканини за типами за Мішем над верхівкою імпланту;
- В – розподіл кісткової тканини за типами за Мішем в імплантаційному полі

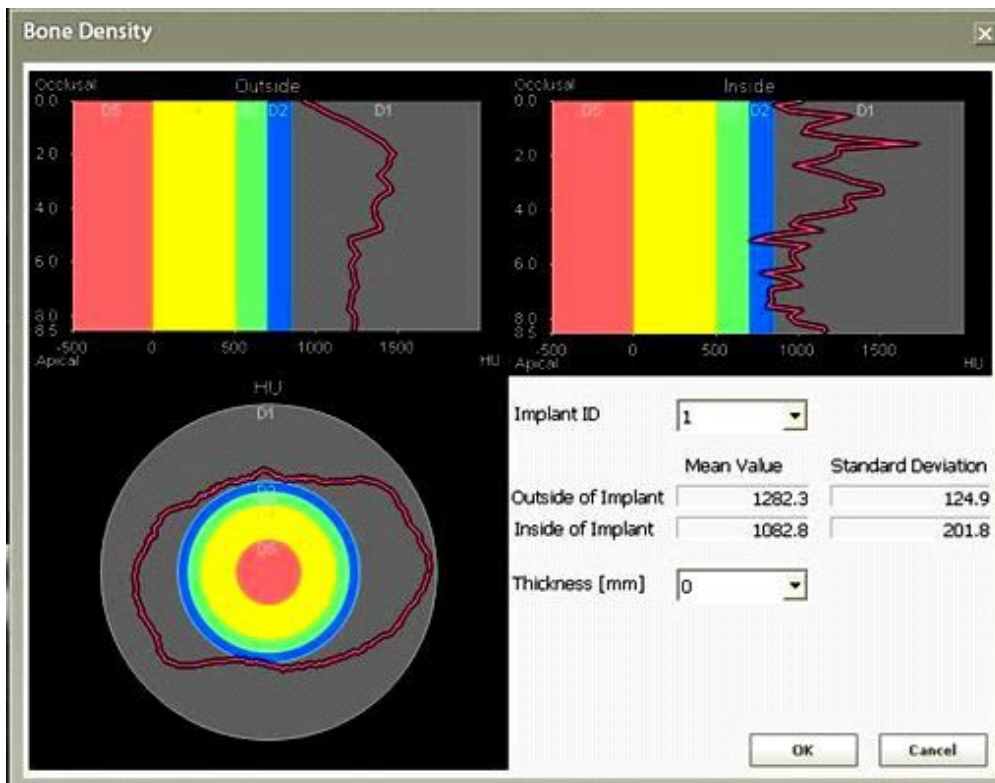


Рис. 3 Визначення типу кісткової тканини при плануванні дентальної імплантації у хворої Б (перший тип кісткової тканини за Мішем)

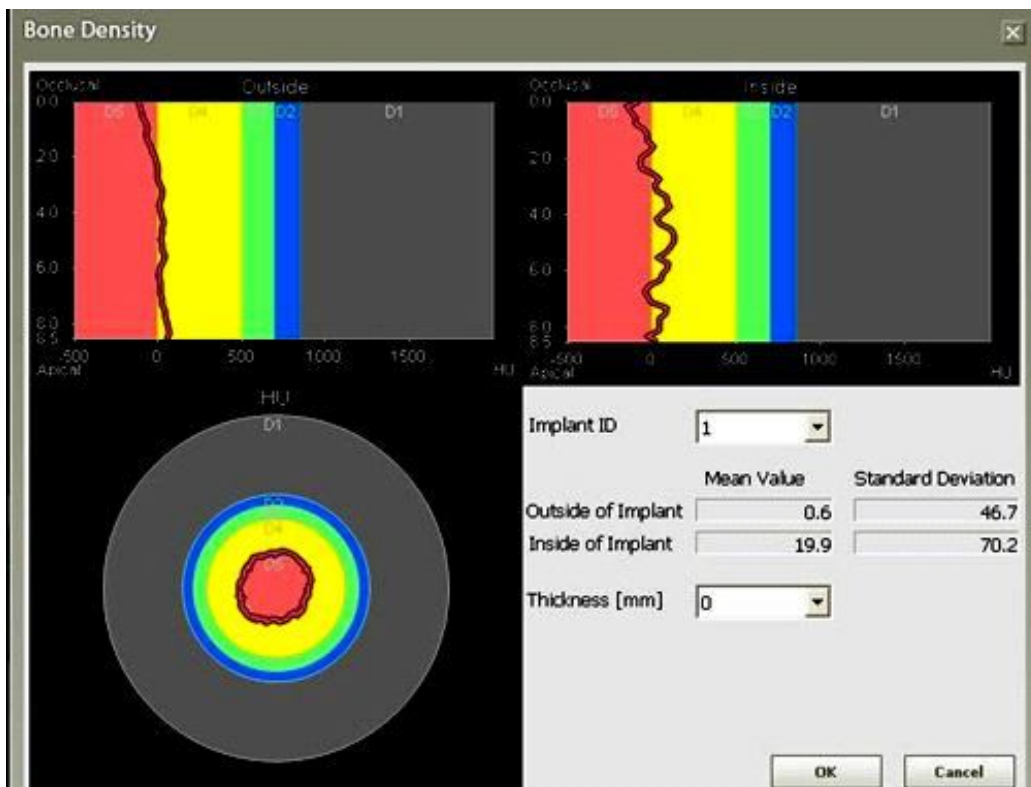


Рис.4 Визначення типу кісткової тканини при плануванні дентальної імплантації у хворої С (третій тип кісткової тканини за Мішем.)

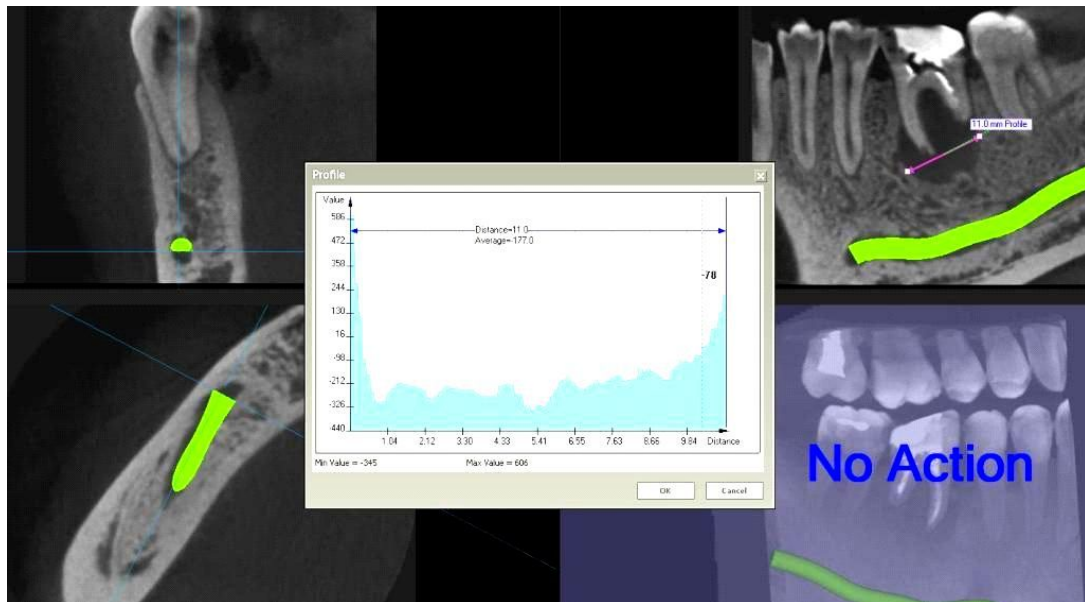


Рис 5. Визначення мінеральної щільності кісткової тканини в ділянці альвеолярного відростка нижньої щелепи у хворій В

4. Виявлено позитивне значення імплантаційної спроможності беззубого сегменту у 64.2% хворих, яким була проведена дентальна імплантація без кістково-пластичних операцій.

Перспективи подальших досліджень

Пропонується розробити алгоритм променевої діагностики на етапах післяопераційного контролю дентальної імплантації і усього реабілітаційного періоду.

Література

1. Амхадова М.А. Современные подходы к обследованию и оперативному лечению пациентов со значительной атрофией челюстей / М.А. Амхадова, Н.А. Рабухина, А.А. Кулаков // *Стоматология*. – 2005. – №1. – С. 41-42.
2. Демидова Е. А. Алгоритм диагностичного супроводу пацієнтів з вторинною адентією при дентальній імплантації / Т. М. Бабкіна, Е. А. Демидова // *Ежегодное 14 заседание международного клуба имплантологов, 4-5 октября 2013 г.*: информ. бюл. – Одесса, 2013. – С. 1.-2.
3. Демидова Е. А. Дентальная имплантация. Лучевые методы диагностики / Е. А. Демидова // *Одесский медицинский журнал*. – 2013. – № 4. – С. 74-79.
4. Диагностическая значимость методик рентгенологических исследований при дистальной имплантации / А.А Кулаков, Н.А Рабухина, А.П Арженцев и др. // *Стоматология*.- 2006 - №1 – с 34-40.
5. Застосування методики тривимірної візуалізації мінеральної щільності кісткової тканини лицевого скелету / В.П.Пюрюк, А.В.Пантус, Г.Б.Проць та інші. // матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія-вчора, сьогодні завтра, перспективи напрямки розвитку». - м.Івано-Франківськ, - 2010.-С.49-50.
6. Иванов С.Ю. Оценка рентгенологических данных при планировании операции дентальной имплантации у пациентов с различными видами адентии/С.Ю. Иванов, И.Ю. Гончаров // *Стоматология*.- 2006.-№5.-С.36-40.
7. Параскевич В.Л. Дентальная имплантация/ В.Л.Параскевич// *Медицинская панорама*.-2002.-С. 323-333.
8. Щитинин В.В. Исследование анатомических особенностей и определения запасов костной ткани альвеолярных отростков челюстей с помощью компьютерной томографии / В.В. Щитинин, А.И. Пыклов // *Российский стоматологический журнал*.-2003.-№1.-С.17-20.
9. CT in transplanted biomodelling for plastic reconstructions in face zone (Text)/T.V.Bulanova, A.U.Vasilyev,M.G.Panin et al.//*European Radiology*.-2003.-Vol.13.-P.466.
10. Nadlolchi A., Roginskij V., Topol'nitskij O., Evseev A. Fronts CT through*.STL to RISM:A few real steps in the future of craniofacial surgery//*Europe congress of radiology*.-2002.-P.269.
11. Jakse N., Khoury F., Antoun H. Tibial bone grafting // *Bone Augmentation in Oral Implantology*. Quintessence publ. – 2007. -

№45.- P.241- 259.

Проць Г.Б., Дудий П.Ф., Пюрюк В.П., Пантус А.В.

Планирование дентальной имплантации методом конусно-лучевой компьютерной томографии

Кафедра хирургической стоматологии (зав.каф. – проф. Пюрюк В.П), Ивано-Франковского национального медицинского университета

Email: Galina170870@gmail.com

Резюме. Постановка проблемы. Успех лечения пациентов с использованием внутрикостных дентальных имплантов зависит в первую очередь от тщательного планирования и предоперационной подготовки. **Целью исследования** – повышение эффективности планирования дентальной имплантации за счет использования конусно – лучевой компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования: Обследовано 225 пациентов с вторичной адентией возрастом 30-65 лет. 167 больным выполнена конусно-лучевая компьютерная томография на конусно-лучевом компьютерном томографе Morita (J Morita MFG corp).

При планировании дентальной имплантации использовались программы: 3Д One Volume Viewer, DICOM.

Результаты исследования: При планировании дентальной имплантации методом конусно-лучевой компьютерной томографии определена имплантационная возможность беззубого сегмента челюсти, которая базируется на оценке показателей имплантационного поля: высоте и ширине альвеолярного гребня, типе костной ткани и минеральной плотности. При значении высоты альвеолярного гребня на нижней челюсти $10-14 \pm 0.2$ мм, на верхней челюсти $9-12 \pm 0.3$ мм, при ширине альвеолярного гребня 3-5 мм, типе костной ткани D₁-D₂ по Мишу, и при значении минеральной плотности от 950-1600 ед.Х. определена положительная имплантационная возможность беззубого сегмента челюсти у 64,2% больных.

Выводы: Установлено, что конусно-лучевая компьютерная томография – высокоинформативная при определении имплантационной возможности беззубого сегмента челюсти. Доказано, что имплантационная возможность определяется наличием объема костной ткани, типом костной ткани и наличием достаточной минеральной плотности имплантационного поля.

Ключевые слова: дентальная имплантация, конусно-лучевая компьютерная томография, ортопантомограмма, имплантационная возможность.

H.B. Prots, P.F. Dudii, V.P. Piuryk, A.B. Pantus

Planning Dental Implantation Using Cone Beam Computed Tomography Method

Department of Dental Surgery (Head of the Department – Prof. V.P. Piuryk) Ivano-Frankivsk National Medical University
e-mail: Galina170870@gmail.com

Abstract. Problem statement. The success of treatment patients using internal bone dental implants depends primarily on thorough

planning and preoperative preparation. The objective of the research was to increase the effectiveness of planning dental implantation using cone beam computed tomography.

Materials and methods. There have been examined 225 patients with secondary adentia from 30-65 years old who were to have dental implantation performed. 167 patients have been conducted cone beam computed tomography at a cone beam computed tomograph Morita (J. Morita MFG corp.). When planning dental implantation the results were processed in programs: 3D One Volume Viewer, DICOM.

Results. When planning dental implantation using cone beam computed tomography there has been determined the implantation ability of the toothless segment of a jaw, based on the evaluation of the indicators of implantation area: height and width of alveolar process, type of the bone tissue and mineral density. At the values 10-14±0.2 mm of the height of alveolar process on the lower jaw, and on the

upper jaw 9-12±0.3 mm, at the width of alveolar process 3-5 mm, type of the bone tissue D₁-D₃ (Misch), and at the value of mineral density from 950-1600 there was determined the positive implantation ability of toothless jaw segment in 64.2% of patients.

Conclusions. It was found out, that cone beam computer tomography is highly informational when determining the implantation ability of the toothless jaw segment. It was proved that implantation ability of toothless jaw segment is determined according to the sufficient presence of the bone tissue, a type of bone tissue and the presence of sufficient mineral density of the implant field.

Keywords: dental implantation, cone-beam computer tomography, orthopantomography, implantation ability.

Надійшла 05.05.2014 року.

УДК: 616.314-77+616.31+615.454.1

Рожко М.М., Вербовська Р.І., Геращенко С.Б., Дівнич Т.Я.

Вплив адгезивних кремів для фіксації повних знімних пластинкових протезів на слизову оболонку ротової порожнини

Кафедра стоматології післядипломної освіти (зав. каф. – М.М. Рожко)

Кафедра гістології, цитології та ембріології (зав. каф. – С.Б. Геращенко)

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Резюме. Значний відсоток людей на певному етапі життя зіштовхується з необхідністю відновлення зубних рядів знімними конструкціями зубних протезів. Важливою проблемою ортопедичної стоматології є виникнення побічної дії знімних протезів на м'які тканини ротової порожнини, в першу чергу, на її слизову оболонку. Слизова оболонка ротової порожнини піддається сильному навантаженню. В першу чергу впливу підлягають епітеліоцити, і від їх функціональної лабільності залежить рівень резистентності організму до пошкоджених агентів.

Для реалізації поставленої мети нами досліджено мазки-відбитки слизової оболонки пацієнтів з повними знімними пластинковими протезами, які для покращення фіксації користувались адгезивними креми. Для порівняння було обстежено контрольну групу з дефектами зубних рядів без наявних ортопедичних конструкцій. Матеріалом для дослідження служили мазки-відбитки взяті з протезного ложа пацієнтів у різні терміни спостереження – до протезування, через 7 днів, 15 і 30 днів. Морфометричний аналіз проведено за допомогою аналізатора зображень.

Застосування повних знімних пластинкових протезів призводить до змін у слизовій оболонці ротової порожнини. Достовірно зменшується середнє значення показника площі профілю епітеліоцита у слизовій оболонці верхньої і нижньої щелепи, яке супроводжується збільшенням діаметру ядра і зростанням ядерно-клітинного співвідношення.

При використанні адгезивного крему для фіксації знімних пластинкових протезів протягом 1 місяця виявлено однотипний хвилеподібний характер площі профілю епітеліоцитів слизової оболонки ротової порожнини.

Аналіз сукупності метричних параметрів, що визначають характеристики епітеліального вистелення показав, що розподіл епітеліоцитів слизової оболонки верхньої і нижньої щелеп за величиною показника профілю клітини носить унімодальний характер в усі терміни спостереження.

Ключові слова: адгезивні креми, повні знімні пластинкові протези, епітеліоцити, слизова оболонка ротової порожнини.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

На сьогоднішній день в ортопедичній стоматології активно удосконалюються методи лікування знімними ортопедичними конструкціями [1]. Однак відсоток ускладнень при їх використанні залишається достатньо високим – 20% в перший рік використання [2].

Однією з важливих проблем ортопедичної стоматології залишається можливість виникнення побічної дії знімних протезів на м'які тканини ротової порожнини, в першу чергу, на її слизову оболонку [3].

Вивчення стану слизової оболонки ротової порожнини важливе для оцінки не тільки зубо-щелепної системи, але і всього організму [4].

Поверхневий епітелій є основним структурно-функціональним компонентом слизової оболонки, на якому, в першу чергу, відображається дія різних факторів зовнішнього середовища. Вивчення морфофункціональних особливостей поверхневих шарів епітелію необхідне для розуміння процесів, які відбуваються в слизовій оболонці ротової порожнини при взаємодії з різними ортопедичними конструкціями [5,6].

Слизова оболонка ротової порожнини значно відрізняється від інших слизових оболонок, як морфологічно, так і гістохімічно. Епітелію слизової оболонки ротової порожнини належить важлива роль в реалізації ряду захисних механізмів, до яких належить висока ферментативна активність, висока інтенсивність обмінних процесів і їх можливість до швидкої перебудови [7,8].

Вивчення функціональної патології, як організму в цілому, так і окремих його систем потребує адекватних, інформативних методів дослідження. Дані дослідження допомагають визначити і уточнити діагноз, оцінити реакцію організму на дію зовнішнього середовища, вивчити процеси взаємодії чужорідних об'єктів і оточуючих їх тканин [9].

Метою дослідження було вивчення впливу кремів для фіксації повних знімних пластинкових протезів на слизову оболонку ротової порожнини.

Матеріал і методи дослідження

Проведено спостереження за 40 пацієнтами, яким було виготовлено повні знімні пластинкові протези і рекомендовано для покращення фіксації використовувати адгезивні креми. Ми радили пацієнтам використовувати креми для фіксації протезів, які широко представлені на ринку медичних препаратів: Lacalut dent (Німеччина), Corega, (Великобританія), President (Італія). Для порівняння обстежено 20 пацієнтів з дефектами зубних рядів без наяв-