

червоне сухе вино «Каберне» та сушену петрушку. Встановлено, що використання виділених нами продуктів з ціллю корекції патологічних зсувів, які розвиваються при даній металотоксикації, призводить до зростання резервних можливостей АОС організму. Вони оказують гальмівний вплив на пероксидацію ліпідів у печінці і сироватці крові, а також сприяють індукції активності цитохромів P-450 і b<sub>5</sub>, зменшують напругу в системі антиоксидантного захисту в печінці й крові. Все це в цілому спрямовано на збереження і підтримку гомеостазу в організмі.

**Ключові слова:** металотоксикація, перекисне окиснення ліпідів, антиоксидантна система, антиоксидантне харчування.

**UDC** 616.314 – 089.28(615.465+615.464) – 07:6.31.092

#### **ADAPTIC POTENTIALITIES of ANTIOXIDATIVE NOURISHING DIET IN TOXICOSIS by METAL DENTURES in EXPERIMENT**

**Nikonov A. Yu., Zaytseva O. V., Zhukov V. I., Stetsenko S. A.**

**Summary.** The indices of lipid peroxidation and the ferments activity of antioxidative system (AOS) were investigated in experiment with 57 not thoroughbred white rats, which during 30 days daily were toxicated per os by cobalt-chromium with nitride-titanium (1:1) water mix with dose of 1 mg/kg body mass. In addition to standard nourishing diet toxicated animals obtained red haricot, walnuts, hasel-nuts, red dry wine «Kaberne», dried parsley. It was detected for the purpose of pathologic shifts correction under this metal toxication using of selected provisions lead to augmentation of organism AOS reserve potentialities. They render inhibit effect on the lipid peroxidation in liver, and blood serum, and also promote the induction of b<sub>5</sub> and P-450 chromocyt activity, reduce tension in system of the antioxidative protection in liver and blood. All it on the whole is directed to the conservation and maintenance of homeostasis in organism.

**Key words:** metal toxication, lipid peroxidation, antioxidative system, antioxidative nourishing diet.

Стаття надійшла 11.09.2010 р.

**УДК** 616.31 – 089.23:514.64

**А. В. Ярова**

### **ТИМЧАСОВІ КОРОНКИ ЯК ФАКТОР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АДАПТАЦІЇ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ**

**Харківський національний медичний університет (м. Харків)**

Дослідження виконано у межах комплексної НДР ХНМУ МОЗ України «Профілактика, діагностика та лікування основних стоматологічних захворювань» (№ держреєстрації 0110U001872), зокрема, відповідно до плану наукових досліджень кафедри ортопедичної стоматології «Удосконалення методів ортопедичного лікування стоматологічних хворих з урахуванням індивідуальної реабілітації» (№ держреєстрації 0110U002619). Автор є безпосереднім виконавцем фрагментів цих досліджень.

**Вступ.** Застосування тимчасових коронок (ТК) на етапах лікування пацієнтів незнімними ортопедичними конструкціями (НОТ) з метою адаптації слизової оболонки (СО) протезного ложа є сучасним та виправданим. Однак, застосування акрилових пластмас для виготовлення ТК, у частині випадків,

може негативно впливати як на стан слизової оболонки порожнини рота (СОПР), так і на процес адаптації до НОТ [4]. У цьому аспекті значимим є рівень вмісту залишкового мономеру (ЗМ), оскільки, як відомо із експериментальних та клінічних досліджень, метилметакрилат (ММК) є гістотоксичною речовиною [10], що може бути чинником формування токсико — алергічних та інших реакцій [1]. З іншого боку, відмова від застосування ТК на етапах лікування може призводити до більш пізнього відновлення функції жування, незадовільної адаптації пацієнтів до незнімних зубних протезів та низького рівня якості життя впродовж ортопедичного лікування [2,9].

Розвиток вітчизняного стоматологічного матеріалознавства, розробка нових матеріалів, включаючи і матеріал для виготовлен-

ня ТК, що відповідає міжнародним вимогам до безпечності та якості. Однак, у повній мірі вирішити проблему впливу ЗМ інженерам — технологам та лікарям ортопедоматологам, на сьогоднішній день, неможливо. Нові підходи до мінімізації рівня ЗМ у тимчасових ортопедичних конструкціях реалізуються за рахунок розробки технології їх вакуумування з використанням системи технічних засобів [8]. Виходячи із викладеного вище, важливим є порівняльний аналіз впливу методики виготовлення ТК на адаптацію СО протезного ложа до незнімних ортопедичних конструкцій.

**Мета дослідження** полягала порівняльно-му вивченні впливу методики виготовлення тимчасових коронок на адаптацію слизової оболонки протезного ложа до незнімних ортопедичних конструкціями

**Об'єкт і методи дослідження.** У дослідженні задіяні дві групи пацієнтів на трьох етапах ортопедичного лікування незнімними ортопедичними конструкціями. Оцінку стану СО протезного ложа виконували до препарування (I етап), через 5–7 діб після встановлення ТК (II етап), через 5–7 діб після встановлення постійної незнімної конструкції (III етап) та у віддаленому періоді ортопедичного лікування (IV етап). Лікування виконано серед 128 пацієнтів (61 — без вакуумування ТК та 67 — з вакуумуванням ТК).

Для вивчення впливу методики протезування на стан адаптації тканин протезного ложа, на етапах протезування, досліджено частоту набряків слизової оболонки довкола протезного ложа, її гіперемії та гіперестезії опорних зубів, а також досліджено папілярно-маргінально-альвеолярний (РМА) та гігієнічний індекс порожнини рота (ГІ) за модифікованими методиками [7].

При узагальненні результатів дослідження застосовано методи: варіаційної статистики [3,5], аналіз імовірнісного розподілу ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів: розраховували середні показники ( $M_n$ ), їх середню похибку ( $\pm m_n$ ), коефіцієнт варіації ( $C_v$  %) [6].

Деонтологічні аспекти дослідження вирішено у межах існуючих міжнародних конвенцій та законодавства України, принципів біоетики. Робота виконана відповідно до вимог Європейської конвенції (Страсбург, 1986), Статуту Української асоціації з біоетики та нормами GLP (1992 р.), відповідно до вимог та норм ІСН С8Р (2002 р.) і Положення з питань етики МОЗ України від 01.11.2000, № 281; робота розглянута та схвалена комісією з біоетики ХНМУ МОЗ України.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Для вивчення впливу методики протезуван-

ня на стан адаптації тканин протезного ложа, на етапах протезування, досліджено частоту набряків слизової оболонки довкола протезного ложа, її гіперемії та гіперестезії опорних зубів, а також досліджено папілярно-маргінально-альвеолярний та гігієнічний індекс порожнини рота. Серед пацієнтів порівнюваних груп з заміщеними дефектами зубного ряду до трьох одиниць частота набряку СО після I етапу (препарування зубів) достовірних відмінностей у частоті набряку СО не виявлено (становила  $(16,7 \pm 6,8)$  % та  $(15,2 \pm 6,2)$  %,  $p > 0,05$ ), що демонструє порівнюваність цих груп. Однак, після встановлення ТК (II етап), частота набряку СО достовірно відрізнялась та була вищою у групі пацієнтів, в яких застосовано традиційну методику (відповідно  $(23,3 \pm 7,7)$  % та  $(6,1 \pm 4,2)$  %,  $p < 0,05$ ). На III етапі ортопедичного лікування, також мала місце достовірно вища частота набряку СО у групі пацієнтів, де застосовано ТК без їх попереднього вакуумування (відповідно  $(26,7 \pm 8,1)$  % та  $(12,1 \pm 5,7)$  %,  $p < 0,05$ ). Отже, із наведеного можна дійти висновку, що на II та III етапах лікування із заміщенням дефектів зубного ряду до трьох одиниць, мале місце достовірне збільшення частоти набряку СО, що можна пояснити впливом більшої концентрації ЗМ в тимчасових ортопедичних конструкціях без їх попереднього вакуумування; відповідно, удосконалена технологія лікування дозволяє покращити адаптацію пацієнтів до ТК. У пацієнтів порівнюваних груп з заміщеними дефектами зубного ряду понад трьох одиниць достовірних відмінностей у частоті набряку СО не виявлено (становила  $(22,6 \pm 7,5)$  % та  $(18,8 \pm 4,92)$  %,  $p > 0,05$ ), що демонструє порівнюваність цих груп до моменту ТК. Однак, після їх встановлення (II етап), частота набряку СО достовірно відрізнялась та була меншою у групі пацієнтів, в яких застосовано удосконалену вакуумуванням методику (відповідно  $(32,3 \pm 8,4)$  % та  $(14,7 \pm 6,1)$  %,  $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Аналогічна відмінність збереглась і на III етапі ортопедичного лікування, де мала місце достовірно вища частота випадків набряку СО у групі пацієнтів, у яких застосовано тимчасові ортопедичні конструкції без їх попереднього вакуумування (відповідно  $(45,2 \pm 8,9)$  % та  $(20,6 \pm 6,9)$  %,  $p < 0,05$ ). Як можна дійти висновку із наведеного, застосування удосконаленої методики виготовлення тимчасових ортопедичних конструкцій дозволяє зменшити частоту набряків СО як безпосередньо після встановлення тимчасових ортопедичних конструкцій, так і після встановлення незнімної конструкції.

Серед пацієнтів порівнюваних груп з заміщеними дефектами зубного ряду до трьох

Таблиця 1

Показники адаптації тканин протезного ложа на етапах ортопедичного лікування залежно від обсягів протезування та способу зменшення впливу залишкового мономеру

Показники адаптації тканин протезного ложа та етапи		Клінічні групи пацієнтів					
		уцілому nзаг=128		без вакуумування n2=61		з вакуумуванням n3=67	
		п 1n1=63	м 2n1=65	п 1n2=30	м 2n2=31	п 1n3=33	м 2n3=34
Набряк слизової	I етап	9,5 ± 3,7	12,3 ± 4,1	16,7 ± 6,8	22,6 ± 7,5	15,2 ± 6,2	8,8 ± 4,9
	II етап	14,3 ± 4,4	23,1 ± 5,2	23,3 ± 7,7	32,3 ± 8,4	6,1 ± 4,2	14,7 ± 6,1
	III етап	19,0 ± 4,9	32,3 ± 5,8	26,7 ± 8,1	45,2 ± 8,9	12,1 ± 5,7	20,6 ± 6,9
Гіперемія слизової	I етап	17,5 ± 4,8	23,1 ± 5,2	26,7 ± 8,1	38,7 ± 8,7	19,1 ± 6,0	20,6 ± 6,9
	II етап	23,8 ± 5,4	38,5 ± 6,0	33,3 ± 8,6	51,6 ± 9,0	15,2 ± 6,2	26,5 ± 7,6
	III етап	34,9 ± 6,0	47,7 ± 6,2	46,7 ± 9,1	61,3 ± 8,7	24,2 ± 7,5	35,3 ± 8,2
Гіперестезія опорних елементів	I етап	6,3 ± 3,1	12,3 ± 4,1	13,3 ± 6,2	19,4 ± 7,1	3,0 ± 3,0	5,9 ± 4,0
	II етап	20,6 ± 5,1	30,8 ± 5,7	40,0 ± 8,9	51,6 ± 9,0	3,0 ± 3,0	11,8 ± 5,5
	III етап	12,7 ± 4,2	18,5 ± 4,8	26,7 ± 8,1	35,5 ± 8,6	3,0 ± 3,0	2,9 ± 2,9
РМА	I етап	0,74 ± 0,04	0,79 ± 0,03	0,74 ± 0,06	0,80 ± 0,03	0,75 ± 0,05	0,78 ± 0,03
	II етап	2,20 ± 0,10	2,27 ± 0,04	2,53 ± 0,06	2,78 ± 0,04	1,75 ± 0,05	1,80 ± 0,04
	III етап	1,08 ± 0,05	1,31 ± 0,03	1,20 ± 0,07	1,79 ± 0,03	0,94 ± 0,06	0,87 ± 0,03
ГІ	I етап	0,33 ± 0,06	0,38 ± 0,06	0,30 ± 0,08	0,38 ± 0,05	0,36 ± 0,09	0,39 ± 0,06
	II етап	1,14 ± 0,08	1,43 ± 0,06	1,35 ± 0,10	1,83 ± 0,06	0,91 ± 0,12	1,06 ± 0,05
	III етап	0,56 ± 0,06	0,76 ± 0,06	0,76 ± 0,08	1,12 ± 0,04	0,33 ± 0,09	0,43 ± 0,05

Примітка: п — пацієнти з заміщеними дефектами до 3 одиниць;

м — пацієнти з заміщеними дефектами понад 3 одиниці;

I етап — на момент закінчення препарування опорних елементів (зубів);

II етап — 5–7 діб після встановлення тимчасової конструкції;

III етап — 5–7 діб після встановлення постійної незнімної конструкції;

IV етап — у віддаленому періоді ортопедичного лікування.

одиниць частота гіперемії слизової оболонки після I етапу (препарування зубів) достовірно не відрізнялась (становила (26,7±8,1) % та (19,1±6,0) %,  $p>0,05$ ), що демонструє порівнюваність цих груп. Однак, після встановлення тимчасових ортопедичних конструкцій (II етап), частота гіперемії СО достовірно відрізнялась та була вищою у групі пацієнтів, в яких застосовано традиційну методи-

ку (відповідно (33,3±8,6) % та (15,2±6,2) %,  $p<0,05$ ). На III етапі ортопедичного лікування, також мала місце достовірно вища частота гіперемії СО у групі пацієнтів, де застосовано ТК без їх попереднього вакуумування (відповідно (46,7±9,1) % та (24,2±7,5) %,  $p<0,05$ ). Отже, із наведеного можна дійти висновку, що на II та III етапах лікування із заміщенням дефектів зубного ряду до трьох

одиниць, мале місце достовірне збільшення частоти гіперемії СО, що можна пояснити впливом більшої концентрації ЗМ в ТК без їх попереднього вакуумування; відповідно, удосконалена технологія лікування дозволяє покращити адаптацію пацієнтів до ТК.

У пацієнтів порівнюваних груп з заміщеними дефектами зубного ряду понад трьох одиниць достовірних відмінностей у частоті набряку СО не виявлено, однак тенденція до меншої частоти гіперемії мала місце в групі хворих, у яких в подальшому застосовано вакуумування ТК (становила  $(38,7 \pm 8,7)$  % та  $(20,6 \pm 6,9)$  %,  $p > 0,05$ ). На II етапі клінічного моніторингу цих пацієнтів виявлено достовірно більшу частоту випадків гіперемії СО у пацієнтів, в яких застосовано традиційну методику виготовлення ТК (відповідно  $(51,6 \pm 9,0)$  % та  $(26,5 \pm 7,1)$  %,  $p < 0,05$ ). Водночас, виявлено що ця відмінність збереглась і на III етапі лікування, де мала місце достовірно вища частота гіперемії СО у групі пацієнтів, у яких застосовано ТК без їх попереднього вакуумування (відповідно  $(61,3 \pm 8,7)$  % та  $(35,3 \pm 8,2)$  %,  $p < 0,05$ ). Отже, можна дійти висновку, що застосування удосконаленої методики виготовлення ТК дозволяє зменшити частоту гіперемії СО і забезпечити кращу адаптацію СО протезного ложа, що можна пояснити зменшенням токсичного впливу ЗМ.

Частота гіперестезії опорних зубів на етапах ортопедичного лікування пацієнтів порівнюваних груп коливалась у межах від  $(3,0 \pm 3,0)$  % до  $(51,6 \pm 9,0)$  % та була достовірно вищою у пацієнтів з ортопедичними конструкціями обсягом понад три ортопедичні одиниці. Слід зазначити, що на I етапі частота гіперестезії опорних зубів виявилась достовірно вищою серед пацієнтів, у яких застосовано традиційну методику виготовлення тимчасових ортопедичних конструкцій. Однак, саме серед цих пацієнтів на II етапі частота випадків гіперестезії зростає практично в три рази (з  $(13,3 \pm 6,2)$  % до  $(40,0 \pm 8,9)$  %,  $p < 0,05$ ), тоді як застосування конструкцій з вакуумуванням не характеризувалось зростанням частоти гіперестезії опорних зубів у пацієнтів відповідної групи. До того ж, після встановлення постійної конструкції, ця закономірність збереглась, що дозволяє дійти висновку про меншу частоту токсичних реакцій у таких пацієнтів.

Клінічний моніторинг пацієнтів на етапах ортопедичного лікування за показником гігієнічного індексу виявив, за цим показником пацієнти усіх груп на I етапі не відрізнялися, однак на II етапі, гігієнічний індекс зростає як у пацієнтів з поодинокими заміщеними дефектами (без вакуумування —  $(1,35 \pm 0,10)$  од,

з вакуумуванням —  $(0,91 \pm 0,12)$  од,  $p < 0,05$ ), так і у разі заміщення більшої кількості дефектів (без вакуумування —  $(1,83 \pm 0,06)$  од, з вакуумуванням —  $(1,06 \pm 0,05)$  од,  $p < 0,05$ ). На III етапі відмічено достовірне зменшення ГІ у сіх групах порівняння, однак у пацієнтів з множинними заміщеними дефектами зубних рядів він залишається достовірно вищим, ніж у групі порівняння (без вакуумування —  $(1,12 \pm 0,04)$  од, з вакуумуванням —  $(0,43 \pm 0,05)$  од,  $p < 0,05$ )

Аналіз структури клінічних груп за показниками гігієнічного індексу пародонта навколо опорних елементів виявив (табл. 2), що на II етапі серед пацієнтів з заміщеними дефектами ТК без вакуумування до трьох одиниць гінгівіт середньої тяжкості мав місце серед  $(46,7 \pm 9,0)$  %, тоді як у разі вакуумування конструкцій, частота гінгівіту середньої тяжкості була достовірно меншою — у  $(15,2 \pm 6,2)$  %,  $p < 0,05$ ). На II етапі серед пацієнтів з заміщеними дефектами ортопедичними конструкціями без вакуумування більше трьох одиниць гінгівіт середньої тяжкості мав місце серед  $(83,9 \pm 6,6)$  %, а тяжкі прояви гінгівіту — у  $(12,9 \pm 6,0)$  % пацієнтів цієї групи.

При цьому слід зазначити, що у разі вакуумування тимчасових ортопедичних конструкцій частота гінгівіту середньої тяжкості була достовірно меншою — у  $(32,4 \pm 8,0)$  % пацієнтів ( $p < 0,05$ ), а випадків тяжкого гінгівіту — не зареєстровано. Наведе свідчить на користь достовірно більш високої частоти гінгівітів середньої тяжкості та тяжких проявів у пацієнтів з поодинокими та множинними заміщеними дефектами ортопедичними конструкціями без вакуумування ТК.

Оцінка запального процесу ясен на етапах ортопедичного лікування, що виконана за індексом ПМА виявила, що середні значення цього показника коливались у межах від  $(0,74 \pm 0,06)$  од до  $(2,78 \pm 0,04)$  од та були найбільшими на II етапі клінічного моніторингу. Окрім того, відзначено, що у пацієнтів, тимчасові ортопедичні конструкції яких виготовлені за удосконаленою методикою цей показник був достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчим як у разі заміщення поодиноких, так і множинних дефектів зубного ряду (відповідно для поодиноких  $(2,53 \pm 0,06)$  од,  $(1,75 \pm 0,05)$  од та множинних —  $(2,78 \pm 0,04)$  од,  $(1,80 \pm 0,04)$  од). На III етапі клінічного моніторингу пацієнтів у всіх групах відмічено достовірне зменшення рівня РМА, однак в групах де застосовано удосконалену методику виготовлення ТК середні значення РМА характеризувалося незначним рівнем (табл. 3).

Таблиця 2

**Структура клінічних груп за показниками гігієнічного індексу пародонта навколо опорних елементів на етапах ортопедичного лікування**

Показники індексу та етапи		Клінічні групи пацієнтів							
		без вакуумування, n2=61				з вакуумуванням, n3=67			
		п 1n2=30		м 2n2=31		п 1n3=33		м 2n3=34	
I етап	0,1÷1,0	11	36,7±7,8	29	93,5±4,4	12	36,4±8,4	27	70,4±6,9
	1,1÷2,0	—	—	2	6,5±4,4	—	—	—	—
II етап	0,1÷1,0	15	50,0±9,1	1	3,2±3,2	20	60,6±8,5	23	67,6±8,0
	1,1÷2,0	14	46,7±9,0	26	83,9±6,6	5	15,2±6,2	11	32,4±8,0
	2,1÷3,0	—	—	4	12,9±6,0	—	—	—	—
III етап	0,1÷1,0	28	93,3±4,6	22	71,0±8,2	11	33,3±8,2	24	70,6±7,8
	1,1÷2,0	—	—	9	29,0±8,2	—	—	—	—

**Примітка:** п — пацієнти з заміщеними дефектами до 3 одиниць;  
 м — пацієнти з заміщеними дефектами понад 3 одиниці;  
 I етап — на момент закінчення препарування опорних елементів (зубів);  
 II етап — 5–7 дів після встановлення тимчасової конструкції;  
 III етап — 5–7 дів після встановлення постійної незнімної конструкції;  
 IV етап — у віддаленому періоді ортопедичного лікування.

Таблиця 3

**Структура клінічних груп за показником папілярно-маргінально-альвеолярного індексу пародонта навколо опорних елементів на етапах лікування**

Показники індексу та етапи		Клінічні групи пацієнтів							
		без вакуумування, n2=61				з вакуумуванням, n3=67			
		п 1n2=30		м 2n2=31		п 1n3=33		м 2n3=34	
I етап	до 1,0 (P)	25	92,6±5,0	27	87,1±6,0	30	90,9±5,0	31	91,2±4,9
	1,1÷2,0 (M)	5	7,4±5,0	4	12,9±6,0	3	9,1±5,0	3	8,8±4,9
II етап	до 1,0 (P)	1	3,3±3,3	3	9,7±5,3	1	3,0±3,0	2	5,9±4,0
	1,1÷2,0 (M)	3	10,0±5,5	5	90,3±5,3	28	84,8±6,2	28	82,4±6,5
	2,1÷3,0 (A)	27	90,0±5,5	23	74,2±7,9	4	12,1±5,7	4	11,8±5,5
III етап	до 1,0 (P)	9	30,0±8,4	11	35,5±8,6	24	72,7±7,8	28	82,4±6,5
	1,1÷2,0 (M)	21	70,0±8,4	17	54,8±8,9	9	27,3±7,8	6	17,6±6,5
	2,1÷3,0 (A)	—	—	3	9,7±5,3	—	—	—	—

**Примітка:** п — пацієнти з заміщеними дефектами до 3 одиниць;  
 м — пацієнти з заміщеними дефектами понад 3 одиниці;  
 I етап — на момент закінчення препарування опорних елементів (зубів);  
 II етап — 5–7 дів після встановлення тимчасової конструкції;  
 III етап — 5–7 дів після встановлення постійної незнімної конструкції;  
 IV етап — у віддаленому періоді ортопедичного лікування.

Аналіз структури клінічних груп за показником папілярно-маргінально-альвеолярного індексу пародонта навколо опорних елементів на II етапі свідчить, що у більшості пацієнтів лікування яких виконано ТК без вакуумування, частота поширеного запального процесу тканин пародонту була достовірно більшою, ніж в групі порівняння (без вакуумування — поодинокі (90,0±5,5) %, множинні (74,2±7,9) %, ніж

з вакуумуванням — поодинокі (12,1±5,7) % пацієнтів, множинні (11,8±5,5) %,  $p < 0,05$ ). Отже, відмінністю аналізованих груп пацієнтів є більш часті випадки запалення тканин пародонту та більша генералізація цих патологічних проявів, що корелювало з обсягами протезування ( $r_{XY} > 0,30$ ) та гігієнічним індексом, а також етапом ортопедичного лікування ( $r_{XY} > 0,69$ ).

**Висновки.**

1. Застосування удосконаленої методики виготовлення ТК, яка передбачає їх вакуумування, дозволяє зменшити частоту гіперемії СО і забезпечити кращу адаптацію СО протезного ложа, що можна пояснити зменшенням токсичного впливу ЗМ. До того ж, після встановлення постійної конструкції, ця закономірність збереглася, що дозволяє дійти висновку про меншу частоту токсичних реакцій.

2. Удосконалення методики виготовлення ТК дозволяє зменшити частоту гінгівітів середньої тяжкості та тяжких проявів у пацієнтів з поодинокими та множинними заміщеними дефектами, порівнюючи з пацієнтами без попереднього вакуумування ТК.

3. Методика виготовлення тимчасових ортопедичних конструкцій та кількість ортопедичних одиниць, якими виконано заміщення дефектів зубного ряду є впливовими факторами щодо зменшення впливу ЗМ і, відповідно, забезпечення захисту СО та тканин пародонта, як після встановлення ТК, так і після встановлення постійної ортопедичної конструкції

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням впливу ТК на індикативні показники якості життя пацієнтів на етапах лікування НОК.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Боровский Е. В. Биология полости рта/Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. — 304 с.
2. Голік В. П. Клініко-технологічні передумови удосконалення лікування із застосуванням тимчасових коронок/В. П. Голік, А. В. Ярова, І. В. Янішен//«Від малюка до дорослого: міждисциплінарні аспекти фундаментальної і практичної медицини.» Харків (24–25 вересня 2009 р.), 2009.-С.25–26.
3. Жмуров В. О. Обработка даних та аналіз результатів клінічних випробувань лікарських засобів/В. О. Жмуров, В. І. Мальцев, Т. К. Єфімцева, Л. І. Ковтун//Український медичний часопис.-2001.-№ 6.-С.34–38.
4. Клємин В. А. Зубные коронки из полимерных материалов/В. А. Клємин, А. Н. Орда.-Донецк.-2002.-139 с.
5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием EXCEL/С. Н. Лапач, А. В. Губенко, П. Н. Бабич.-К.: Моріон, 2001.– 408 с.
6. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных (применение пакета прикладных программ STATISTICA).– М.: МедиаСфера, 2003. — 312 с.
7. Терапевтическая стоматология//Под редакцией проф. Е. В. Боровського.-М.: Медицина.-2003.– 278 с.
8. Ярова А. В. Клініко — технологічні передумови удосконалення лікування із застосуванням тимчасових ортопедичних конструкцій/А. В. Ярова//Медицина І..., 2009. — № 3.-С.56–60.
9. Ярова А. В.. Якість життя у системі оцінки ефективності лікування в ортопедичній стоматології: методологічні та клінічні аспекти/А. В. Ярова, І. В. Янішен//Збірник наукових праць науково-практичної конференції «Демографія, здоров'я, медицина»: Харків, ХНМУ, 2007. — С.116–117.
10. Яровая А. В. Клинико — технологические особенности и материалы для изготовления протезных коронок: эволюция проблемы и перспективы применения/А. В. Яровая//Актуальные проблемы медицины и биологии/Збірник наукових праць НМУ ім. О. О. Богомольця.-Київ, 2004.– С.157–165.

**УДК** 616.31–089.23:514.64

**ТИМЧАСОВІ КОРОНКИ ЯК ФАКТОР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АДАПТАЦІЇ ТК АНІН ПР-ТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ**

**Ярова А. В.**

**Резюме.** За результатами клінічного застосування тимчасових коронок (ТК) із матеріалу «Акродент» у 128 пацієнтів доведено, що вакуумування ТК дозволяє досягати кращої адаптації слизової оболонки протезного ложа: зменшення частоти та поширеності запальних процесів за рахунок мінімізації рівня залишкового мономера. Відзначено позитивний вплив удосконаленої методики виготовлення ТК на усіх етапах ортопедичного лікування незнімними зубними протезами.

**Ключові слова:** тимчасові коронки, залишковий мономер, адаптація протезного ложа.

**УДК** 616.31–089.23:514.64

**ВРЕМЕННЫЕ КОРОНКИ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИИ ТК АНІН ПР-ТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ**

**Яровая А. В.**

**Резюме.** По результатам клинического применения временных коронок (ВК) из материала «Акродент» у 128 пациентов доказано, что вакуумирование ВК позволяет достигать лучшей адаптации слизистой протезного ложа: уменьшение частоты и распространенности воспалительного процесса за счет минимизации уровня остаточного мономера. Отмечено позитивное влияние совершенствованной методики изготовления ВК на всех этапах ортопедического лечения несъемными зубными протезами.

**Ключевые слова:** временные коронки, остаточный мономер, адаптация протезного ложа.

**UDC** 616.31-089.23:514.64**TEMPORARY CROWNS as a FACTOR of PROVISION of ADAPTATION of TISSUES of PROSTHETIC BED in ORTHOPEDIC TREATMENT with FIXED CONSTRUCTIONS****Yarova A. V.**

**Summary.** According to results of clinical application of temporary crowns (TC) of material «Acrodent» in 128 patients it is proved that TC pumping out allows to achieve better adaptation of mucous membrane of orthopedic bed: decrease of frequency and prevalence of inflammatory processes at the account of minimization of the level of residual monomer. Positive influence of improved technique of TC manufacturing is marked at all stages of orthopedic treatment with fixed dentures.

**Key words:** temporary crowns, residual monomer, orthopedic bed adaptation.

Стаття надійшла 26.08.2010 р.