

МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

© Богатиренко М. В., Лазуткін В. П., Костіна Т. Л.

УДК 616.314 – 77: [615.46 : 678.5 : 547.391.1]

Богатиренко М. В., Лазуткін В. П., Костіна Т. Л.

ВИВЧЕННЯ КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ УДОСКОНАЛЕНОЇ

МЕТОДИКИ БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

Харківський національний медичний університет

(м. Харків)

Робота є фрагментом комплексної НДП Харківського національного медичного університету МОЗ України «Профілактика, діагностика та лікування основних стоматологічних захворювань» (№ державної реєстрації 0102U001872), згідно з планом наукових досліджень кафедри ортопедичної стоматології «Удосконалення методів ортопедичного лікування стоматологічних хворих з урахуванням індивідуальної реабілітації» (№ державної реєстрації 0198U002619).

Вступ. Дефекти зубних рядів призводять у пацієнтів до порушення функцій жування, дикції та норм естетики, перевантаження періодонту тих зубів, які залишилися; втрати фіксованої міжальвеолярної висоти при втраті останньої пари антагоністів; зміні умов роботи жувальних м'язів і скронево-щелепних суглобів. Важливим наслідком цих порушень є погіршення якості життя пацієнтів і їх соціальної адаптації, а пацієнти окремих професій у зв'язку з цим стають непрацездатними. Усунути вищевказані ускладнення та поліпшити умови реабілітації пацієнтів можливо шляхом безпосереднього знімного протезування [2, 5, 7, 12-13].

Відомий метод ортопедичного лікування безпосередніми протезами, виготовленими за безкюветним способом, запропонованим О. П. Голубнічим (1979), проводиться не менш ніж у два клінічних відвідування та потребує наявності зуботехнічної лабораторії. Безпосередні протези, виготовлені за цим методом, не завжди відповідають функціональним та естетичним вимогам, а саме: поверхня базису протеза не повторює рельєф тканин протезного ложа, що може привести до необхідності перебазування протеза, форма штучного зубного ряду не відтворює форму зубного ряду пацієнта до операції видалення зубів, що змінює звичний зовнішній вид пацієнта, порушує функцію мовотворення, тим чином подовжуючи період адаптації до протеза. Крім того, базис протезу, виготовлений з акрилату стандартного кольору, не відповідає індивідуальним особливостям кольору слизової оболонки [1, 10].

Таким чином, актуальною є необхідність удосконалення методики виготовлення знімних безпосередніх протезів у єдине клінічне відвідування, а також розробки багатощільового конструкційного базисного матеріалу з розширеною гаммою кольорів. Це буде сприяти підвищенню клініко-економічної ефективності ортопедичного лікування, спрямованого на реабілітацію пацієнтів з дефектами зубних рядів, які виникли внаслідок ускладнень захворювань пародонту та інших етіологічних факторів [2-5, 7].

Нами на кафедрі ортопедичної стоматології ХНМУ була удосконалена методика безпосереднього та проміжного протезування, з застосуванням базисного акрилату холодного твердіння «Редонт-колір» з розширеною гаммою кольорів (деклараційний патент України № 38151 та № 37068), яка надає можливість реабілітації пацієнта у єдине клінічне відвідування без участі зубного техника [8-9].

Мета дослідження – визначення клініко-економічної ефективності удосконаленої методики безпосереднього протезування з базисного акрилату холодного твердіння «Редонт-колір» з розширеною гаммою кольорів.

Об'єкт і методи дослідження. Наступне дослідження було виконане у клініці ортопедичної стоматології на базі КЗОЗ «Харківська обласна стоматологічна поліклініка». Всього було запротезовано 25 пацієнтів, для яких було виготовлено 39 безпосередніх знімних протезів, з них 20 протезів було виготовлено за удосконаленою методикою у єдине клінічне відвідування, 19 протезів було виготовлено за методикою О. П. Голубнічого (1979) у два клінічних відвідування [1, 10].

Виготовлення безпосереднього протезу (БП) за удосконаленою методикою проходило за наступними етапами:

1. Первинне обстеження пацієнта, (включає запис анамнезу, фізичних обстежень, запланованої програми лікування);

2. Обтискання розм'якшеною пластинкою базисного воску зубів, що повинні бути видалені, з

МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

покриттям оральної та вестибулярної поверхні альвеолярного відростку, обрізання її згідно з межами базису;

3. Отримання відбитку з зубного ряду разом із восковою пластинкою еластичним матеріалом;

4. Вилучення з відбитка воскової пластинки;

5. Визначення кольору слизової оболонки по шкалі «Vertex dental»;

6. Розміщення та укріплення у відбитку-матриці попередньо підібраних та припасованих штучних пластмасових зубів;

7. Накладання та адаптація на протезному ложі за допомогою вологого ватного тампону ізолюючої харчової полівінілхлоридної плівки;

8. Приготування пластмасового тіста на підфарбованому мономері, згідно з підібраним кольором, та пакування його у відбиток на місце видаленої воскової пластинки;

9. Введення відбитка з штучними зубами та запакованою пластмасою у тістоподібному стані у порожнину рота, накладення на покрите захисною плівкою протезне ложе.

10. По досягненню акрилатом гумоподібної стадії, виведення відбитка з порожнини рота, видалення захисної плівки. Завершальна полімеризація пластмаси у пневмополімеризаторі під тиском повітря 3,5 атм. і температури 45 °С впродовж 20 хв.

11. Вилучення протеза з відбитку, шліфування та полірування;

12. Накладення протеза на протезне ложе, корекція оклюзійних співвідношень за необхідністю [8].

Для оцінювання клініко-економічної ефективності (КЕЕ) кожної з двох методик був розрахований інтегральний показник за модифікованою методикою Янішена І. В. (2004) за формулою:

$$КЕЕ = КФЕ + ВЧ + ЕЕ;$$

де КЕЕ – інтегральний показник клініко-економічної ефективності методики виготовлення протеза; КФЕ – клініко-функціональна ефективність протеза; ВЧ – робочий час, затрачений лікарем та/або зубним техніком на виготовлення одного протеза; ЕЕ – економічна ефективність методики безпосереднього протезування [11].

Клініко-функціональна ефективність (КФЕ) методики безпосереднього протезування була розрахована як виражене у разях співвідношення між кількістю додаткових процедур (корекцій оклюзійних співвідношень та базису), потрібних для адаптації безпосереднього протезу у основній та контрольній групах.

Обчислення виконаного навантаження для лікаря стоматолога-ортопеда та зубного техника, а саме витрати часу (ВЧ) при виготовленні одного безпосереднього протеза, здійснено за допомогою одиниць працеемкості, передбачених наказом МОЗ України від 28. 12. 2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги», та власних фотохронометражних спостережень [6].

Економічна ефективність (ЕЕ) удосконаленої методики безпосереднього протезування у порівнянні

з методикою Голубничого О. П. визначалась за результатами дослідження середніх витрат допоміжних матеріалів (відбиткового матеріалу, гіпсу, воску базисного, ізоляційного лаку).

У якості відбиткового матеріалу при виготовленні безпосереднього протезу за методикою Голубничого О. П. застосовували альгінатний відбитковий матеріал (ВМ) «Уreen» («Spofa Dental», Чехія), за удосконаленою – С-силіконовий ВМ «Zeta plus – putty» («Zhermack», Італія). Для відливки моделей використовувався гіпс марки «GC-Fujirock EP» («GC», Японія), ізоляційний лак – «Ізокол-69» та базисний віск-02 (АТ «Стома», Україна).

З метою отримання об'єктивної оцінки отриманого цифрового матеріалу був використаний метод варіаційної статистики за Ст'юdentом.

Результати досліджень та їх обговорення.

Кількісне співвідношення додаткових лікарських маніпуляцій, потрібних для адаптації безпосереднього протезу у контрольній та основній групах представлено у табл. 1.

Таблиця 1

Кількісне співвідношення додаткових маніпуляцій у контрольній та основній групах безпосереднього протезування

Вид маніпуляції (на 1 протез)	Основна група		Контрольна група	
	Абс.	%	Абс.	%
Корекція оклюзії	5	25	10	52,6
Корекція базису	1	5	5	26,3
Усього протезів	20		19	
Середня кількість корекцій оклюзії	0,25 ± 0,02		0,53 ± 0,03***	
Середня кількість корекцій базису	0,05 ± 0,01		0,26 ± 0,02***	

Примітка: ***p < 0,001 – достовірність відмінностей при порівнянні показників.

Таблиця 2

Кількість корекцій, потрібних для адаптації безпосереднього протезу, та показник порівняльної клініко-функціональної ефективності застосування удосконаленої методики безпосереднього протезування

Група пацієнтів	Кількість протезів	Загальна кількість корекцій	Кількість корекцій на один протез (M ± m)	Клініко-функціональний ефект
Контрольна група	19	15	0,8 ± 0,06	0,5 (у 2,7 рази)
Основна група	20	6	0,3 ± 0,04***	

Примітка: ***p < 0,001 – достовірність відмінностей при порівнянні показників.

МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

Таблиця 3

Вихідні показники для проведення порівняльної оцінки ефективності за часом, затраченим на виготовлення одного безпосереднього протеза

Найменування лікарських процедур у контрольній групі	Витрати часу (хв). згідно наказу № 507 МОЗ України від 28. 12. 2002	Перелік лікарських процедур у основній групі	Витрати часу (хв) за удосконаленою методикою
1. Первинне обстеження пацієнта (включає запис анамнезу, фізичних обстежень, запланованої програми лікування).	12	Процедура № 1;	12
2. Аналіз прицільної рентгенограми;	4	Процедура № 2;	6
3. Зняття 2-х відбитків альгінатними масами;	12	Процедура № 3;	6
4. Підготовка гіпсової моделі для виготовлення безпосереднього протеза за методикою Б. М. Биніна з співавторами;	24	Процедура № 4;	2
5. Визначення центральної оклюзії;	20	Процедура № 5;	10
6. Припасування та накладання безпосереднього протеза;	24	Процедура № 6;	6
7. Нормалізація оклюзійних співвідношень.	12	Процедура № 7;	6
		Процедура № 8;	10
		Процедура № 9;	6
		Процедура № 10;	2
		Процедура № 11;	12
		Процедура № 12.	12
Час, затрачений зубним техніком на виготовлення одного БП, кріплення 1 зуба (хв.)	192	Час, затрачений зубним техніком на виготовлення одного БП, кріплення 1 зуба	-
Сумарна затрата у часі (хв.)	300	Сумарна затрата у часі	90
УОП	5	УОП	1,5
Ефективність за затратами часу		210 (у 3,3 рази)	

Таблиця 4

Вихідні показники для проведення порівняльної оцінки економічної ефективності за застосованими допоміжними матеріалами

Критерії порівняльної оцінки для розрахунку клініко-економічної ефективності методики безпосереднього протезування	Методика Голубничого О. П.	Удосконалена методика
1 Маса упаковки ВМ (г/мл)	800,0	900
2 Вартість упаковки ВМ (грн)	89,90 ³	258,50 ³
3 Середня витрата ВМ для отримання відбитку (г/мл)	17,6 ± 03 г ¹	20,8 ± 2 мл ²
4 Вартість ВМ для отримання відбитку (грн)	1,9778 ³	5,974 ³
5 Маса упаковки гіпсу (г)	3000,0	-
6 Вартість упаковки гіпсу (грн)	230,00	-
7 Середня витрата гіпсу для відливання однієї моделі (г)	112,4 ± 4,5 ¹	-
8 Вартість гіпсу для відливання однієї моделі (грн)	8,62 ³	-
9 Об'єм флакону з ізоляційним лаком (мл)	150	-
10 Вартість флакону з ізоляційним лаком (грн)	15	-
11 Середня кількість ізоляційного лаку, витраченого на ізоляцію гіпсової моделі (мл)	1,5 ± 0,5 ²	-
12 Вартість ізоляційного лаку, витраченого на ізоляцію гіпсової моделі (грн)	0,15 ³	-
13 Маса упаковки базисного воску	-	500
14 Вартість упаковки базисного воску (грн.)	-	70
15 Середня кількість воску, витраченого на виготовлення безпосереднього протезу (г)	-	3
16 Вартість воску, витраченого на виготовлення безпосереднього протезу (грн.)	-	0,42
17 Сумарна вартість ВМ, гіпсу, базисного воску, ізоляційного лаку (грн.)	10,7478	6,394
18 Економічна ефективність	4,3538 (у 1,7 рази)	

Примітка: 1 – за результатами досліджень Янішена І. В. (2004 р.); 2- за результатами власних досліджень; 3 – за даними скринінг-маркетингового дослідження відбиткового матеріалу, гіпсу, базисного воску, ізоляційного лаку.

Як видно з даних **табл. 1**, кількість корекцій оклюзійних співвідношень у основній групі склала 5 випадків (25%), а у групі контролю 10 випадків (52,6%). Виявилось, що середня кількість проведених корекцій оклюзійних співвідношень, що припадає на один безпосередній протез, у основній групі ($0,25 \pm 0,02$) пацієнтів, достовірно нижче ($p < 0,001$), ніж у контрольній групі ($0,53 \pm 0,03$).

Зменшення кількості корекцій оклюзійних співвідношень у основній групі у порівнянні з контрольною пояснюється тим, що штучні зуби у безпосередньому протезі відтворювали форму, розмір та розташування власних зубів пацієнта.

Потреба у проведенні корекції базису протезу у перший день у основній групі виникла 1 раз (5%), тоді як у контрольній групі 5 разів (26,3%). Середня кількість корекцій базису, що припадає на один протез, у основній групі ($0,05 \pm 0,01$) є достовірно нижче ($p < 0,001$), ніж у контрольній групі ($0,26 \pm 0,02$).

Більша кількість корекцій базису безпосередніх протезів у контрольній групі обумовлена фантомним видаленням зубів та довільним формуванням майбутнього протезного ложа, проведеним зубним техніком на гіпсовій моделі.

Загалом пацієнтам основної групи було виготовлено 20 часткових безпосередніх протезів за удосконаленою методикою, їх функціональна адаптація потребувала 6 маніпуляцій, що в середньому склало ($0,3 \pm 0,04$) маніпуляції на один протез. Для пацієнтів контрольної групи було виготовлено 19 безпосередніх протезів за методикою контрольної групи, їх функціональна адаптація потребувала 15 маніпуляцій, що в середньому достовірно ($p < 0,001$) склало ($0,8 \pm 0,06$) маніпуляцій на один протез.

Таким чином, за показником КФЕ удосконалена методика безпосереднього протезування у 2,7 рази перевищила методику Голубнічого О. П. (**табл. 2**).

У **таблиці 3** відображені результати визначення ефективності удосконаленої методики за витратами часу на виготовлення одного безпосереднього протеза, виражені у хвилинах та одиницях працеемкості, передбачених наказом № 507 МОЗ України від 28.

12. 2002. Сумарний ефект за збереженим робочим часом для безпосереднього протезування за удосконаленою методикою для стоматолога-ортопеда та зубного техника склав 3,5 УОП (210 хв.), що відповідає 3 годинам 30 хвилинам.

Ефективність удосконаленої методики безпосереднього протезування за витратами часу перевищила методику Голубнічого О. П. у 3,3 рази за рахунок відсутності витрат часу для зубного техника.

Економічна ефективність (ЕЕ) від застосування удосконаленої методики безпосереднього протезування у порівнянні з методикою Голубнічого О. П. була розрахована за результатами власних спостережень середніх витрат допоміжних матеріалів для виготовлення одного безпосереднього протезу, а також її скринінг-маркетингової оцінки (**табл. 4**). За показником економічної ефективності удосконаленої методики безпосереднього протезування (за допоміжними матеріалами) виготовлення безпосереднього протеза дешевше, ніж за методикою Голубнічого О. П. у 1,7 рази за рахунок зниження прямих витрат.

Таким чином, згідно результатам проведеного нами дослідження, – за показником КЕЕ удосконалена методика безпосереднього протезування перевищує методику Голубнічого О. П. у 7,7 рази.

Висновки. За результатами порівняння клініко-економічної ефективності удосконаленої методики безпосереднього протезування та методики Голубнічого О. П. з'ясовано, що остання переважає її у 7,7 рази, Застосування удосконаленої методики безпосереднього протезування надає можливість реабілітації пацієнта у єдине клінічне відвідування без участі зубного техника з індивідуалізацією кольору базису та розташуванням штучних зубів згідно з природними до операції видалення.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати аргументують доцільність подальшої розробки конструкційних акрилових матеріалів і удосконалення методик їх застосування для проміжного та безпосереднього протезування.

Література

1. А. с. СССР № 581934 Устройство для полимеризации зубных протезов из акриловых пластмасс / ЦНИИС г. Москва, УИУВ г. Харьков / заявл. от 17. 05. 1971 ; опубл. 8. 08. 77.
2. Кльомін В. А. Использование имediat протезирования в клинике ортопедической стоматологии / В. А. Кльомін, В. Е. Жданов, Б. С. Козлов // Современная Стоматология. – 2009. – № 1. – С. 116-119.
3. Коротких Н. Г. Роль непосредственного протезирования в комплексной профилактике постэкстракционных деформаций челюстей / Н. Г. Коротких, Н. Н. Лесных // Новые технологии в стоматологии: сб. науч. тр. – Москва – Краснодар, 2004. – С. 105-107.
4. Лазуткин В. П. Пути совершенствования технологии изготовления и починки съёмных протезов из акрилатов : дис. на соиск. научн. степ. канд. мед. наук : 14.01.22 «Стоматология» / Лазуткин Вячеслав Петрович. – Харьков, 1991. – 171 с.
5. Локота Є. Ю. Безпосереднє протезування. Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів стоматологічного факультету / Є. Ю. Локота, О. І. Бульбук, О. В. Бугерчук. – Ужгород: «Говерла», 2008. – 28 с.
6. Наказ МОЗ України від 28. 12. 2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» [Електронний ресурс]: «Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «Ортопедична стоматологія». – Режим доступу: «http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20021228_507dod_1-1-15.pdf».
7. Ортопедическая стоматология / [Аболмасов Н. Г., Аболмасов Н. Н., Бычков В. А., Аль-Хаким А.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 496 с.
8. Пат. 37068 U, UA; МПК А61С 13/00 (2006) Спосіб виготовлення тимчасового знімного зубного протеза для щелепи при частковій адентії / Голік В. П., Богатиренко М. В., Лазуткін В. П.; заявл. 14. 01. 08; опубл. 10. 11. 08, Бюл. № 21.

9. Пат. №38151 U, UA; МПК C07F 9/00, A61 C 19/00 (2006) Пластмаса для виготовлення ортодонтичних апаратів та ортопедичних конструкцій «Редонт-колір» / Голік В. П., Богатиренко М. В., Довгопол Ю. І., Черняєв С. В., Лазуткін В. П. заявл. 14.07.08; опубл. 25.12.2008, Бюл. №24.
10. Удостоверение на рацпредложение №612 от 28. 01. 1979 «Безкюветный способ изготовления съёмного протеза из самотвердеющей пластмассы» / Голубничий А. П. – Харьков, УИУВ, 1979.
11. Янишен И. В. Клинико-лабораторная оценка и обоснование клинического применения нового отечественного альгинатного оттискового материала «Стомальгин-04» : дисс. на соиск. научн. степ. канд. мед. наук. : спец. 14. 01. 22 «Стоматология» / Янишен Игорь Владимирович. – Харьков, 2004. – 178 с.
12. Herman G. L. Estetic and emotional factors in immediate denture construction [Электронный ресурс] / G. L. Herman // Cependium – 1989. – №. 9. – P. 486 -488. – Режим доступа до журн. : <http://www.park56dental.com>.
13. Kelly E. K. The influence of immediate dentures on tissue healing and alveolar ridge form / E. K. Kelly, D. C. Colonel, R. F. Sievers // J. Prosthet. Dent. – 1959. – №9. – P. 738 – 742.

УДК 616. 314 – 77: [615. 46 : 678. 5 : 547. 391. 1]

ВИВЧЕННЯ КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ УДОСКОНАЛЕНОЇ МЕТОДИКИ БЕЗПОСЕРЕДНЬОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

Богатиренко, В. П. Лазуткін, Т. Л. Костіна

Резюме. В статті представлені результати порівняльної клініко-економічної ефективності методики Голубничого О. П. та удосконаленої методики безпосереднього протезування, при чому з'ясовано, що остання переважає її у 7,7 рази. Отримані результати аргументують доцільність безпосереднього протезування за удосконаленою методикою з застосуванням базисного акрилату холодного твердіння з розширеною гаммою кольорів.

Ключові слова: безпосереднє протезування, базисний акрилат холодного твердіння з розширеною гаммою кольорів, клініко-економічна ефективність.

УДК 616. 314 – 77: [615. 46 : 678. 5 : 547. 391. 1]

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО – ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Богатыренко М. В., Лазуткин В. П., Костина Т. Л.

Резюме. В статье представлены результаты сравнительной клинико-экономической эффективности методики Голубничего А. П. и усовершенствованной методики непосредственного протезирования, причем установлено, что последняя превышает ее в 7,7 раза. Полученные результаты аргументируют целесообразность непосредственного протезирования по усовершенствованной методике с применением базисного акрилата холодного отверждения с расширенной гаммой цветов.

Ключевые слова: непосредственное протезирование, базисный акрилат холодного отверждения с расширенной гаммой цветов, клинико-экономическая эффективность.

UDC 616. 314 – 77: [615. 46 : 678. 5 : 547. 391. 1]

The Study of Clinical and Economical Efficiency of the Improved Method of Immediate Prosthetics

Bogatyrenko M. V., Lazutkin V. P., Kostina T. L.

Abstract. Introduction. To eliminate the complications of the partial edentulism and to improve the conditions for rehabilitation of patients is possible by the immediate removable prosthetics. The immediate dentures made by non-flask method proposed by Golubnichiy A. P. (1979) with the use of self-cured base acrylates does not always correspond to functional and aesthetic requirements. We at the Department of Prosthetic Dentistry of KhNMU improved the method of the immediate and transitional prosthetics with the use of self-cured base acrylate «Redont-colir» with an extended range of colors that enables the rehabilitation of patients in a single clinical visit without a dental technician with the individualization of the basis's color and setting of the artificial teeth according to the natural teeth before extraction.

The aim of this study is to determine the clinical and economical efficiency of the improved method of immediate prosthetics with the use of self-cured base acrylate «Redont-colir» with an extended range of colors.

Materials and methods. Altogether for the 25 patients of the main and control group were made 39 immediate removable dentures, 20 dentures were manufactured by improved method in a single clinical visit and 19 by Golubnichiy A. P. in two clinical visits.

For evaluation of the clinical and economic efficiency (CEE) of each of the two methods was calculated the integral index by modified method of Yanishen I. V (2004) by the formula: $CEE = CFE + WT + EE$ where CEE is integral index of the clinical and economical efficiency of methods of dentures' manufacturing; CFE – clinical and functional efficiency of the prosthetics; WT – working time spent by dentist and dental technician in making one denture; EE – economical efficiency of the immediate prosthetics' method.

МЕТОДИ І МЕТОДИКИ

Results of the study and their discussion. By the index of clinical and functional efficiency the improved method of the immediate prosthetics exceeded the method by Golubnichiy A. P. in 2,7 times; by the time efficiency – in 3,3 times due to the absence of dental technician's working time, by the index of economical efficiency the improved method of the immediate prosthetics is cheaper than the method by Golubnichiy A. P. in 1,7 times. In general by the index of clinical and economical efficiency the improved method of the immediate prosthetics exceeded the method by Golubnichiy A. P. in 7,7 times.

The immediate denture made by improved method does not require a significant correction of the articulatory-occlusal relationships, the inner surface of its basis is fully consistent with the prosthetic bed's relief at the time of imposition of the denture, protects the postoperative wound from the external influences, and at the same time forms the prosthetic bed for future prosthetics, keeps the height of bite, prevents the secondary deformation, restores norms of aesthetics, speech, thereby rehabilitate the patient socially.

Conclusions. By comparison of the results of the clinical and economical effectiveness of the improved method and method by Golubnichiy A. P. it was found that the first one dominates in 7,7 times.

A perspective for further research. These results argue the feasibility of further development of constructional acrylic materials and of improving the methods of their use for transitional and immediate prosthetics.

Keywords: immediate prosthetics, self-cured base acrylate with an extended range of colors, clinical-economical effectiveness.

Рецензент – проф. Новіков В. М.

Стаття надійшла 17. 07. 2014 р.