

O. M. Doroshenko

Evaluating the clinical efficacy of therapeutic and preventive measurements used at patients' adaptation to removable dentures made of different structural materials

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Institute of Dentistry

Introduction. The widespread use of polymeric materials in dentistry, besides positive symptoms, causes a great number of complications, in particular, prosthetic stomatitis.

Purpose. To assess the clinical effectiveness of therapeutic and preventive measurements used at patients' adaptation to removable dentures made of such structural materials as "Ftorax" ("Stoma", Ukraine), "Flexiplast" ("Bredent", Germany) and "Biodentaplast" ("Bredent", Germany). **Methods.** When studying 151 people were made 202 partial removable dentures. Depending on the chosen construction and the material of which it was made prosthesis, the patients were divided into 4 groups: I group - 57 people who were made the dentures of acrylic plastic "Ftorax", II group - 56 people - the dentures with nylon base "Flexiplast", III group - 46 people - the dentures with cast frame "Bio Dentoplast" and basis "Ftorax", IV group - 42 people - the dentures with cast frame and basis "Bio Dentoplast". When studying we used clinical and statistical methods. **Results.** Having analysed the obtained results of the clinical assessment of the state of the prosthetic bed tissues in 151 patients with partial removable dentures we detected the state to depend primarily on the type of the applied structural material and the used adaptogen. According to the clinical examination could be argued that the structural materials "Flexiplast" and "Bio Dentoplast" are detected to affect the state of the prosthetic bed tissues, but significantly less as compared to plastic "Ftorax." The least number of complications was observed in patients with prostheses made with cast frames and bases "Bio Dentoplast."

Conclusion. Using adaptogens in the mentioned people showed their evident positive effect on the prosthetic bed tissues.

Key words: partial removable dentures, mucous membrane of the prosthetic bed tissues, therapeutic and preventive measurements.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

Ю.І. Забуга¹, О.В. Біда¹, В.І. Струк²

КЛІНІКО - ЛАБОРАТОРНЕ ОБГРУНТУВАННЯ АЛГОРИТМА ДІАГНОСТИЧНИХ І ЛІКУВАЛЬНО - ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДИХ ТКАНИН ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ

¹Інститут стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика,

²Буковинський державний медичний університет

Вступ. Актуальність дослідження обумовлена необхідністю забезпечення захисту тканин вітальних зубів від бактеріальної інвазії, механічних, термічних, хімічних подразників,

зокрема після препарування, при виготовленні незнімних конструкцій зубних протезів. Мета. Підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів з дефектами твердих тканин вітальних зубів шляхом розробки та обґрунтування застосування алгоритму діагностичних та лікувальних - профілактичних заходів на етапах ортопедичного втручання.

Матеріали і методи. Обстежено 157 осіб віком 18 - 59 років з використанням клінічних та спеціальних методів дослідження.

Результати. Розроблено алгоритм діагностичних і лікувально-профілактичних заходів на етапах ортопедичного лікування пацієнтів з ураженнями твердих тканин вітальних зубів та обґрунтовано його ефективність на підставі результатів клінічних, лабораторних та електроодонтометричних досліджень.

Висновки. Отримані результати досліджень вказують на високу клінічну ефективність алгоритма діагностичних та лікувальних заходів із застосуванням запропонованих лікувально - профілактичних комплексів на етапах ортопедичної реабілітації пацієнтів з ураженнями твердих тканин вітальних зубів.

Ключові слова: електроодонтометричне дослідження, чутливість тканин зубів, препарування зубів.

ВСТУП

Зростання естетичних та гігієнічних вимог пацієнтів потребує виготовлення сучасних естетичних ортопедичних конструкцій, таких як вкладки, вініри, коронки, напівкоронки, що передбачає препарування твердих тканин зубів не тільки в межах емалі, а й дентину, та може призводити, крім неприємних суб'єктивних відчуттів під час та після маніпуляції, до патологічних змін у пульпі та маргінальному краї пародонту, переміщення опорного зуба за період виготовлення ортопедичної конструкції й проявів післяопераційної підвищеної чутливості дентину як на етапах протезування, так і після його завершення [1,3,4]

Актуальність питання обумовлена необхідністю забезпечення захисту тканин вітальних зубів від бактеріальної інвазії, механічних, термічних, хімічних подразників, зокрема після препарування, при виготовленні незнімних конструкцій зубних протезів [2,3].

Метою нашого дослідження є підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів з дефектами твердих тканин вітальних зубів шляхом розробки та обґрунтування застосування алгоритму діагностичних та лікувально - профілактичних заходів на етапах ортопедичного втручання.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 157 осіб віком 18 - 59 років, з них - 89 жінок та 68 чоловіків. Із зазначеного контингенту осіб проведено ортопедичне лікування 127 пацієнтів з дефектами твердих тканин вітальних зубів, яким було виготовлено 180 одиниць незнімних конструкцій зубних протезів. 30 досліджених осіб з інтактними зубними рядами та фізіологічними формами прикусу склали контрольну групу.

Всіх обстежених розподілено на три клінічні групи дослідження.

Першу групу – контрольну, створену для порівняння, склали 30 пацієнтів без клінічно діагностованих ознак уражень твердих тканин, зі фізіологічним прикусом, які не мали ортопедичних конструкцій в порожнині рота, а звернулись за консультативною допомогою.

До другої клінічної групи ввійшло 30 осіб, котрим заміщували дефекти твердих тканин зубів незнімними ортопедичними конструкціями, без застосування лікувально - профілактичних комплексів.

Зазначеним особам виготовлено вініри, вестибулярні напівкоронки (деклараційний патент на корисну модель № 37013 від 10.11.2008 р.) та керамічні коронки в кількості 42 одиниці.

У третій клінічній групі ортопедичне лікування 97 осіб проведено згідно алгоритму діагностичних та лікувальних заходів та в залежності від запропонованого лікувально - профілактичного комплексу розподілено на три підгрупи дослідження. Підгрупа III.1. становила 33 пацієнта, котрим у ході ортопедичного лікування застосовували ЛПК №1.

Підгрупа III.2. охоплювала 31 пацієнта, яким проведено ортопедичне лікування із застосуванням ЛПК №2.

Підгрупа III.3 включала 33 особи, яким заміщено дефекти твердих тканин вітальних зубів незнімними конструкціями зубних протезів, застосовуючи ЛПК №3.

Пацієнтам третьої клінічної групи виготовлено вініри, вестибулярні напівкоронки (деклараційний патент на корисну модель № 37013 від 10.11.2008 р.) та керамічні коронки в кількості 138 одиниць.

У всі групи дослідження ввійшли пацієнти з максимально подібними умовами протезування. До груп спостереження не були включені особи з вираженими дистрофічно - запальними змінами тканин пародонту й важкою загальносоматичною патологією.

Алгоритм, відповідно до якого ми проводили лікувально- профілактичні заходи, включав:

- отримання відбитків та виготовлення робочих і діагностичних моделей;
 - визначення чутливості твердих тканин до препарування;
 - визначення електроодонтометричних показників збудливості пульпи;
 - професійна гігієна порожнини рота до ортопедичного лікування;
 - виготовлення форми з термопластичного матеріалу на моделі;
 - препарування вітальних зубів з дотриманням режимів препарування з використанням знеболення ;
 - контроль наявності інфікованого дентину за допомогою карієс- детектора;
 - визначення товщини надпульпарного дентину різних ділянок поверхні препарування;
 - антисептична обробка поверхні зуба;
 - обробка поверхні засобами захисту;
 - виготовлення тимчасових конструкцій з пластмаси за допомогою термопластичних кап;
 - отримання робочих та допоміжних відбитків із сіліконового матеріалу типу А та С;
 - фіксація провізорної конструкції на цемент тимчасової фіксації («Temp NT»);
 - діагностика чутливості твердих тканин препаративаних зубів та збудливості їх пульпи на 1 та 30 добу;
 - очищення поверхні від залишків тимчасового цементу з використанням десенситайзерної пасти;
 - фіксація ортопедичної конструкції;
 - контроль протезування через 1 місяць, 6 місяців та 1 рік.
- Лікувально - профілактичний комплекс № 1 включав:
- професійну гігієну порожнини рота з використанням десенситайзерної пасти Colgate Pro – Relief Pro – Argin.
 - ремінералізувальна терапія включала призначення препаратів кальцію («Кальцемін») по 1 таблетці двічі на добу під час їжі протягом 30 діб).

СТОМАТОЛОГІЯ

Після препарування та проведення профілактичної антисептичної обробки поверхні зуба 0,05% розчином хлоргексидину диглюконата;

Здійснення захисту препарованої поверхні, використовуючи десенситайзер на основі гідроксietилметакрилата та глютаральдегіда («Десенсітал-НГ» (Основа, Україна) й дентин-бондинговий препарат («PQ1- бонд» (Ultradent).

Фіксація тимчасової конструкції після вищевказаних заходів.

До лікувально- профілактичного комплексу №2 ввійшли такі заходи:

- професійна гігієна порожнини рота з використанням десенситайзерної пасти Colgate Pro – Relief Pro – Argin;
- ремінералізувальна терапія, що передбачала призначення препаратів кальцію («Кальцемін») по 1 таблетці двічі на добу під час їжі протягом 30 діб.;
- антисептична обробка поверхні препарування 0,05% розчином хлоргексидину диглюконата;
- нанесення емаль – дентин герметизувальної рідини «Глуфторед» на відпрепаровані поверхні зубів.

-фіксація тимчасової конструкції на цемент, що не містить евгенол («RelyX Temp NE», 3М ESPE), «Freegenol» (“GC”, Японія), «Temp-Bond NE» (“KerrHawe”, США).

Лікувально- профілактичний комплекс № 3 включає:

- професійну гігієну порожнини рота використанням десенситайзерної пасти Colgate Pro – Relief Pro – Argin.
- ремінералізувальну терапію, що передбачала призначення препаратів кальцію («Кальцемін») по 1 таблетці двічі на добу під час їжі протягом 30 діб.
- після препарування проведення профілактичної антисептичної обробки поверхні зуба 0,05% розчином хлоргексидину диглюконата;
- застосування десенситайзера на основі солей калію, кальцію та стронцію («Десенсітал О»).

- фіксація тимчасової конструкції на цемент, що не містить евгенол («RelyX Temp NE», 3М ESPE), «Freegenol» (“GC”, Японія), «Temp-Bond NE» (“KerrHawe”, США).

Ефективність протезування із застосуванням лікувально- профілактичних комплексів оцінювали, порівнюючи результати ортопедичного лікування пацієнтів другої та третьої клінічних груп, враховуючи наявність скарг, стан твердих тканин вітальних зубів при використанні конструкцій, гігієнічний стан ротової порожнини та кислотно - лужний баланс ротової рідини. Важливою частиною досліджень у даній роботі було вивчення реакції тканин зубів на препарування та аналіз можливих ускладнень на етапах ортопедичного втручання. Також багато уваги приділялося дослідженню товщини надпульпарного дентину після препарування та електроодонтометричному дослідженню. Крім того, встановлювали відповідність характеристик протеза та його змін впродовж користування. Зокрема, оцінювали цілісність конструкції, крайове прилягання, відповідність кольору, визначаючи його спектрофотометрично. За потребою проводили рентгенологічне обстеження опорних зубів. Визначали індекс гінгівіту та гігієнічний індекс, що відображувало наявність та інтенсивність запальних процесів маргінального пародонту та слизової оболонки в області шийки зубів, покритих ортопедичною конструкцією.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В результаті електроодонтометричного та дентометричного дослідження встановлено суттєві відмінності показників ЕОД на етапах ортопедичного лікування пацієнтів другої та третьої клінічних груп при коливанні товщини надпульпарного дентину після препарування в межах 1мм до 2,7 мм.

Детально дані електроодонтодіагностики представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Результати електроодонтометричних досліджень на етапах ортопедичного лікування у зазначені терміни (мкА)

Терміни дослідження	Групи дослідження				
	I (конт- рольна)	II	III		
			III.1	III.2	III.3
До препарування	4,9±0,16	5,4±0,09	5,3±0,12		
1 доба після препарування		1,5±0,14	3,85±0,21	2,11±0,21	2,34±0,17
1 місяць після препарування		1,77±0,12	4,10±0,18	2,83±0,11	2,52±0,14

Як видно з таблиці 1, значення ЕОД інтактних зубів пацієнтів контрольної групи становило $4,9 \pm 0,16$ і коливалось в межах $4,2 \pm 0,08$ мкА - $6,1 \pm 0,01$ мкА. Разом з тим, спостерігалися відмінності показників ЕОД до препарування у пацієнтів з дефектами твердих тканин вітальних зубів у порівнянні з контролем ($p < 0,05$).

Вірогідна відмінність ($p < 0,05$) показників третьої клінічної групи, зокрема підгрупи III.1, що становить $3,85 \pm 0,21$ мкА, підгрупи III.2 - $2,11 \pm 0,21$ мкА та підгрупи III.3 - $2,34 \pm 0,17$ мкА від показників другої клінічної групи $1,5 \pm 0,14$ мкА, дає підстави стверджувати про ефективність запропонованих лікувально-профілактичних заходів на першу добу після препарування.

Зауважимо, що через місяць після препарування, встановлено значну різницю у показниках ЕОД осіб другої та третьої клінічних груп в порівнянні з контрольною ($p < 0,05$). Зокрема, висока збудливість тканин зубів у осіб другої клінічної групи ($1,70 \pm 0,12$ мкА) та реакція тканин зубів трьох підгруп третьої клінічної групи в межах $2,52 \pm 0,11$ мкА - $4,10 \pm 0,18$ мкА вказує на ефективність запропонованих лікувально - профілактичних комплексів. Оскільки встановлено достовірні відмінності між показниками ЕОД підгрупи III.1 ($4,10 \pm 0,18$ мкА) та підгрупи III.2 та III.3 ($p < 0,05$) та відсутність значної різниці у показниках ЕОД підгруп III.2 ($2,83 \pm 0,11$ мкА) і III.3 ($2,52 \pm 0,14$ мкА) ($p > 0,05$) через місяць після препарування, слід зазначити, що більш ефективним виявився комплекс лікувально- профілактичних заходів №1, ЛПК №2 та ЛПК №3, маючи позитивний лікувально- профілактичний ефект, дещо менше усували підвищену чутливість тканин зубів на етапах ортопедичного лікування.

Загалом, застосування запропонованих нами лікувально - профілактичних комплексів при ортопедичному лікуванні дозволило не тільки досягти позитивного ефекту по відношенню до негативних наслідків препарування, зокрема, клінічних проявів післяопераційної чутливості на етапах ортопедичного втручання, а й сприяло покращенню показників гігієни, індексу гінгівіту та рівню рН ротової рідини (кислотно-лужної рівноваги).

Результати підрахунку індексу Green-Vermillion у пацієнтів другої та третьої клінічних груп, порівняно з контролем, представлено у таблиці 2.

Показники індексу Green-Vermillion у II-й та III -й групах порівняно з контрольною групою

Групи (n)	До початку лікування, (M ± m)	Перша доба (M ± m)	p	Через 1 місяць, (M ± m)	p	Через 6 місяців, (M ± m)	p	Через 12 місяців, (M ± m)	p
I (контрольна), (n-30)	0,46±0,02								
II, (n-30)	1,21±0,039	0,76±0,028	p<0,05	0,79±0,023	p<0,05	0,85±0,025	p<0,05	0,87±0,022	p<0,05
III, (n-97)	1,23±0,025	0,59±0,03	p<0,05	0,45±0,03	p<0,05	0,48±0,042	p<0,05	0,49±0,023	p<0,05

Примітка: p – достовірність відмінностей.

Виходячи з наведених даних, до лікування у переважній більшості обстежених другої та третьої клінічних груп дослідження відмічався значно гірший рівень гігієни порожнини рота в порівнянні з контрольною групою (p<0,05). Гігієнічний стан порожнини рота характеризувався здебільшого як задовільний чи не задовільний, добрий рівень гігієни порожнини рота не визначено. Зокрема, у контрольній групі середнє значення індексу Green-Vermillion становило 0,46±0,02, а у другій та третій групах відповідно 1,21±0,039 та 1,23±0,035.

Після початку ортопедичного лікування спостерігалась чітка тенденція до покращення загального стану гігієни порожнини рота третьої клінічної групи, пацієнтам якої вході ортопедичного лікування застосовували лікувально-профілактичні комплекси. Зокрема, через добу, один, шість та 12 місяців середніми показниками значення індексу були відповідно 0,59±0,03, 0,45±0,03, 0,48±0,042, 0,49±0,023, які є суттєво меншими за значення індексу до початку лікування (1,23±0,035) (p<0,05).

Децю гірший стан гігієни відмічено й у пацієнтів другої клінічної групи. Різниця між середніми значеннями показників індексу Green-Vermillion цієї групи до початку лікування, на першу добу та через один, шість, 12 місяців була теж суттєвою (p<0,05), відповідно 1,21±0,039 проти 0,76±0,028, 0,79±0,023, 0,85±0,025, 0,87±0,022. Однак, порівнюючи зазначені показники другої та третьої клінічних груп, встановлено, що вони достовірно відрізнялися через один, шість та 12 місяців (p<0,05), що вказує на суттєво гірший стан гігієни пацієнтів другої клінічної групи, де не застосовувалися лікувально-профілактичні комплекси. Достовірних відмінностей у показниках індексу гігієни до лікування другої та третьої груп дослідження не виявлено (p>0,05).

Порівнюючи результати визначення рН ротової рідини у пацієнтів всіх груп дослідження, слід зазначити, що значення водневого показника пацієнтів другої та третьої клінічних груп відрізнялися від контрольної. Зауважимо, водневий показник ротової рідини є таким, що характеризує її здатність до мінералізації, тобто перенасичення ротової рідини кальцієм та фосфором. Результати визначення водневого показника ротової рідини пацієнтів другої та третьої клінічних груп, порівняно з контрольною групою, представлено у таблиці 3.

Наведені дані в таблиці 3 свідчать, що до лікування у переважній більшості обстежених другої та третьої клінічних груп водневий показник був відхилений у кислий бік та

достовірно відрізнявся від рН контрольної групи ($p < 0,05$). Вірогідне зростання даного показника від слабо - кислого $6,88 \pm 0,06$ до слабо - лужного $7,30 \pm 0,02$ у пацієнтів третьої клінічної групи та наближення його значень до показника контрольної групи вказує на дієвість лікувально - профілактичних комплексів, що сприяють нормалізації рН ротової рідини.

Таблиця 3

Водневий показник ротової рідини пацієнтів II - ої та III - ої груп порівняно з контрольною групою

Групи (n)	До початку лікування. (M ± m)	Перша доба (M ± m)	p	Через 1 місяць, (M ± m)	p	Через 6 місяців (M ± m)	p	Через 12 місяців. (M ± m)	p
I (контрольна), (n=30)	$7,36 \pm 0,02$								
II, (n=30)	$6,87 \pm 0,07$	$6,98 \pm 0,05$	$p > 0,05$	$7,01 \pm 0,03$	$p > 0,05$	$6,97 \pm 0,04$	$p < 0,05$	$6,91 \pm 0,03$	$p < 0,05$
III, (n=97)	$6,88 \pm 0,06$	$7,02 \pm 0,04$	$p > 0,05$	$7,31 \pm 0,03$	$p < 0,05$	$7,33 \pm 0,02$	$p < 0,05$	$7,30 \pm 0,02$	$p < 0,05$

Примітка: p – достовірність відмінностей.

У другій групі дослідження на етапах лікування, зокрема на першу добу та через місяць, показник рН збільшився зі зсувом у лужний бік, але ці значення були не достовірні ($p > 0,05$). Однак, порівнюючи з контрольною групою, встановлено достовірні відмінності зазначених показників ($p < 0,05$).

Оскільки на етапах оцінки якості ортопедичного лікування особливу увагу зосереджували на маргінальній адаптації ортопедичної конструкції нами на етапах дослідження визначався ясенний індекс GI (Loe, Silness).

Результати визначення індексу гінгівіту GI у пацієнтів другої та третьої клінічних груп, порівняно з контрольною групою, представлено у таблиці 4.

Результати визначення індексу гінгівіту до лікування у пацієнтів другої та третьої клінічних груп суттєво відрізняються від показника контрольної групи ($p < 0,05$). За кількісними результатами та даними об'єктивного обстеження пацієнтів другої та третьої клінічних груп до лікування були констатовані явища катарального гінгівіту середнього ступеню тяжкості. При цьому об'єктивно, поряд з незадовільною гігієною порожнини рота, відмічено гіперемію та набряк ясенного краю. Мали місце скарги на кровоточивість ясен під час чищення зубів.

На першу добу після початку лікувальних заходів значних покращень показника індексу гінгівіту не встановлено. Однак, через місяць показники другої та третьої груп дослідження достовірно відрізнялися. Зокрема, індекс гінгівіту третьої клінічної групи становив $0,05 \pm 0,006$ проти $0,79 \pm 0,03$ другої клінічної групи ($p < 0,05$) та наближався до показників контрольної групи ($0,04 \pm 0,003$) ($p > 0,05$), що вказує на відсутність запальних процесів маргінального краю ясен та ефективність ортопедичного лікування із застосуванням лікувально - профілактичних комплексів.

Показники індексу гінгівіту GI у II-й та III -й групах порівняно з контрольною групою

Групи (n)	До початку лікування, (M ± m)	Перша доба (M ± m)	p	Через 1 місяць, (M ± m)	p	Через 6 місяців, (M ± m)	p	Через 12 місяців, (M ± m)	p
I (конт- рольна), (n=30)	0,04±0,003								
II, (n=30)	1,47±0,07	1,24±0,05	p<0,05	0,59±0,03	p<0,05	0,63±0,04	p<0,05	0,68±0,03	p<0,05
III, (n=97)	1,43±0,04	1,31±0,03	p<0,05	0,06±0,004	p<0,05 p*<0,05 p**<0,05	0,07±0,005	p<0,05 p*<0,05 p**<0,05	0,08±0,002	p<0,05 p*<0,05 p**<0,05

Примітка: p – достовірність відмінностей, p – порівнянні значень до початку лікування у відповідній групі; p*- при порівнянні значень показників гінгівіту другої та третьої клінічних груп дослідження в зазначений термін; p** - при порівнянні значень показників гінгівіту третьої та першої (контрольної) клінічних груп дослідження в зазначений термін.

Слід зазначити, що стан якості ортопедичної конструкції істотно впливає на стан тканин опорних зубів та розвиток патологічних змін, які призводять до ускладнень протезування. Зокрема, щільність прилягання та анатомічна форма ортопедичної конструкції, відсутність мікропідтікання, адекватна маргінальна адаптація, тощо.

Під час визначення якості крайової адаптації виготовлених ортопедичних конструкцій за допомогою зонду не було визначено межі краю незнімної ортопедичної конструкції і тканин зубів протягом клінічного дослідження, що свідчило про відсутність ретенційного пункту для затримки мікроорганізмів та утворення зубних нашарувань. Пацієнти здебільшого були задоволені якістю проведеного лікування. Ортопедичні конструкції відповідали природнім зубам за анатомічною формою, розміщенням в межах зубного ряду та кольором. Оскільки, контроль складових кольору та його характеристик здійснювався за допомогою спектрофотометра, технічно досягнуто необхідної прозорості, відповідної опалесцентності та транспарентності ортопедичних конструкцій.

ВИСНОВКИ

- Розроблений алгоритм діагностичних та лікувальних заходів із застосуванням запропонованих лікувально - профілактичних комплексів при ортопедичному лікуванні дозволив досягти позитивного ефекту щодо негативних наслідків препарування, зокрема клінічних проявів післяопераційної чутливості, на етапах ортопедичного втручання.

- Встановлено клінічну ефективність лікувально - профілактичних комплексів на етапах ортопедичної реабілітації пацієнтів з ураженнями твердих тканин вітальних зубів.

- Виявлено найбільш виражений клінічний ефект щодо зменшення реакції тканин зубів на препарування ЛПК №1, де поєднано пошарове нанесення на поверхню препарування зубів десенситайзера та дентин - бондингового препарату проти ЛПК №2 та ЛПК №3 (p<0,05).

• За отриманими результатами, при визначенні гігієнічного індексу ОНІ-5, рН ротової рідини, індексу гінгівіту GI встановлено, що пацієнти на етапах ортопедичної реабілітації дотримувались рекомендацій по догляду за порожниною рота та підтримували гігієну на належному рівні, що є дуже важливим фактором для стану ротової порожнини, а також прогнозу ортопедичного лікування. Відмічено найкращі показники рН ротової рідини, індексу гінгівіту GI та гігієни порожнини рота, на рівні значень контрольної групи, у пацієнтів третьої клінічної групи, яким разом із звичайними засобами гігієни порожнини рота застосовували рекомендовані нами лікувально-профілактичні комплекси.

Література

1. Жулев Е. Н. Несъемные протезы. Теория, клиника и лабораторная техника. М.: МИА. 2010.
2. Калашников Д. В., Король М. Д. Стан твердых тканей и пульпы зубов при незнімному протезуванні. Галиц. лікар. вісник. 2005, 12 (1): 37—40.
3. Скібіцький В. С. Профілактика запалення пульпи, що виникає після глибокого препарування зубів під незнімні конструкції: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія». К. 2009.
4. Трезубов В. Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: учебник для студентов. 4-е изд. М.: МедПресс. 2011.

Ю.И. Забуга, А.В. Беда, В.И. Струк

Клинико – лабораторное обоснование алгоритма диагностических и лечебно – профилактических мероприятий при изготовлении ортопедических конструкций, которые замещают дефекты твердых тканей витальных зубов

Институт стоматологии НМАПО имени П.Л. Шупика,

Буковинский государственный медицинский университет

Введение. Актуальность исследования обусловлена необходимостью обеспечения защиты тканей витальных зубов от бактериальной инвазии, механических, термических, химических раздражителей, в частности после препарирования, при изготовлении несъемных конструкций зубных протезов.

Цель. Повышение качества ортопедического лечения пациентов с дефектами твердых тканей витальных зубов путем разработки и обоснования применения алгоритма диагностических и лечебно - профилактических мероприятий на этапах ортопедического вмешательства.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели обследовано 157 человек в возрасте 18 - 59 лет с использованием клинических и специальных методов исследования. Результаты. Разработан алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий на этапах ортопедического лечения пациентов с поражениями твердых тканей витальных зубов и обоснована его эффективность на основании результатов клинических, лабораторных и электроодонтометрических исследований.

Выводы. Полученные результаты исследований указывают на высокую клиническую эффективность алгоритма диагностических и лечебных мероприятий с применением предлагаемых лечебно - профилактических комплексов на этапах ортопедической реабилитации пациентов с поражениями твердых тканей витальных зубов.

Ключевые слова: электроодонтометрическое исследование, чувствительность тканей зубов, препарирование зубов.

Yu. I. Zabuha, O. V. Bida, V. I. Struk

Clinical and laboratory study algorithm of diagnostic, therapeutic and preventive measures at manufacturing of prosthetic constructions which substituting defects of hard tissue of vital teeth

Institute of Dentistry

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Bukovinian State Medical University

Introduction. The relevance of the study conditioned by the need of protecting vital teeth tissues from bacterial invasion, mechanical, thermal, chemical irritants, particularly, caused by preparation, the manufacture of non-removable denture constructions.

Purpose of the study is improving the quality of prosthetic treatment of patients with defected hard tissues of vital teeth by means of the development and substantiation of using the algorithm of diagnostics, therapeutic and preventive measures during prosthetic intervention. Materials and methods. To achieve the goal there were examined 157 people, aged 18 - 59, by means of clinical and special research methods.

Results. The algorithm of the diagnostic, therapeutic and preventive measures during the prosthetic treatment of the patients with defected hard tissues of vital teeth was developed and it was substantiated its effectiveness having resulted from the clinical, laboratory and electroodontometric studies.

Conclusion. The obtained results show the high clinical effectiveness of the algorithm of the diagnostic and therapeutic measures using the suggested therapeutic and preventive complexes at the stages of prosthetic rehabilitation of patients with the defected hard tissues of vital teeth. Key words: electroodontometric study, sensitivity of dental tissues, preparation of teeth.

© Е.Ю. КОЛОСОВА, 2013

Е.Ю. Колосова

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Институт стоматологии НМАПО имени П.Л.Шупика

Вступление. Сахарный диабет II типа занимает лидирующее положение среди других типов заболевания, характеризуется значительными расстройствами не только углеводного, но и всех остальных видов метаболизма, что неизбежно откладывает отпечаток на характер течения как самого заболевания, так и сопутствующей патологии полости рта.