

ниями микроэстетики лица, в том числе за счет увеличения мезио-дистальных размеров фронтальных зубов верхней челюсти и уменьшением аналогических размеров нижних фронтальных зубов. Зубо-альвеолярные формы аномалий II класса по Энгля сопровождаются более выраженными изменениями микроэстетики улыбки по сравнению со скелетными формами.

Summary

MICRO-AESTHETIC PARAMETERS OF SMILE IN CHILDREN WITH DISTAL BITE

Patliakevytch O.A., Makarova O. M.

Key words: distal bite, microaesthetics, aesthetic parameters, "divine proportion", skeletal form, dento-alveolar shape.

This article presents the analysis of facial aesthetic parameters of 30 patients with distal bite of class II by E. Angle, including skeletal and dento-alveolar shape and biometrical parameters measurement. We calculated the indices of frontal teeth proportionality Lu/LI, lower jaw length harmony Sm/Sc, central incisor proportionality DI/Di, index of correlation between upper incisor length and eye length lu/ex-en. The index of frontal teeth proportionality Lu/LI was $2,0 \pm 0,06$ in the general group, $1,97 \pm 0,09$ was in 1 group, $2,04 \pm 0,1$ in 2 group, the normal value is 1,618. The index of lower jaw length harmony Sm/Sc was $1,64 \pm 0,03$ for the general group, $1,64 \pm 0,05$ was in 1 group, $1,64 \pm 0,0$ was in 2 group, the normal value is 1,618. The index of central incisor proportionality DI/Di is $1,66 \pm 0,05$ in general group, $1,66 \pm 0,07$ was calculated for the 1 group, $1,65 \pm 0,08$ was in 2 group, the normal value is 1,618. The index of collateration between upper incisor length and eye length lu/ex-en was $1,09 \pm 0,04$ in general group, $1,07 \pm 0,06$ was in 1 group, $1,12 \pm 0,07$ was in 2 group, the normal value is 1,0. Thus, the distal bite is correlated with face microaesthetic disorders due to increase of the mesio-distal length of upper frontal teeth and reduction of the length of lower frontal teeth. The dento-alveolar shape of the distal bite can contribute to smile microaesthetics disorders more than the skeletal shape.

УДК:616.314.17:612.349.8

Попович І.Ю.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РІЗНИХ СПОСОБІВ ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Генералізований пародонтит займає значне місце серед усіх захворювань тканин пародонта. Основними симптомами даного захворювання є наявність симптоматичного гінгівіту, пародонтальних карманів, над- та під'ясеневих зубних відкладень і безумовно прогресуючої резорбції кісткової тканини з появою патологічної рухливості зубів вже на початкових стадіях розвитку даного захворювання. Усунення всіх цих симптомів є дуже важливим етапом для досягнення довготривалої ремісії генералізованого пародонтиту. Обов'язковим етапом лікування генералізованого пародонтиту є шинування рухомих зубів. Метою нашої роботи стало порівняння різних способів шинування рухомих зубів у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом 2 ступеня тяжкості. Для досягнення поставленої мети нами було проведено стоматологічне клінічне, рентгенологічне, функціональне, лабораторне обстеження 20 пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості та комплексне лікування з шинуванням рухомих зубів різними способами. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність шинування рухомих зубів за допомогою скловолоконних конструкцій на етапі комплексного, поєданого, диференційованого лікування пацієнтів на хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. Даний підхід забезпечує раціональне, якісне лікування пародонтологічних пацієнтів та благоприємний клініко-функціональний прогноз як у найближчі, так і віддалені терміни спостережень.

Ключові слова: шинування зубів, скловолоконна стрічка, генералізований пародонтит, рухомість зубів, стабілізація зубів.

Науково-дослідна робота є фрагментом НДР «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування» (№ 0115U001138).

На сьогоднішній день захворювання тканин пародонта посідають значне місце серед усіх стоматологічних захворювань. Більшість як лікарів-стоматологів, так і пацієнтів не сприймають цю проблему на належному рівні і вчасно не проводять повноцінне обстеження, встановлення діагнозу та лікування пацієнтів на ранньому етапі розвитку захворювання. Тому з кожним роком відбувається поступове збільшення кількості пацієнтів з тяжким перебігом захворювань тканин пародонта. Генералізований пародонтит

(ГП) займає значне місце серед усіх захворювань тканин пародонта [1]. Його поширеність складає від 15 % до 90% в залежності від етнічної групи і популяції [2]. У більшості випадків дане захворювання є синдромом інших захворювань організму. Так, при сахарному діабеті 1 і 2 типів відбувається прискорений розвиток генералізованого пародонтиту. Виявлено, що при СД2 частота генералізованого пародонтиту збільшена на два рази [3]. Основними симптомами даного захворювання є наявність симптоматич-

ного гінгівіту, пародонтальних кишень, над- та підясеневих зубних відкладень і безумовно прогресуючої резорбції кісткової тканини з появою патологічної рухливості зубів вже на початкових стадіях розвитку даного захворювання. Під час лікування ГП лікарі-стоматологи дотримуються принципів комплексного, поєднаного, диференційованого та індивідуального підходів. Усунення всіх цих симптомів є дуже важливим етапом для досягнення довготривалої ремісії генералізованого пародонтиту.

Обов'язковим етапом місцевого лікування генералізованого пародонтиту є шинкування рухомих зубів. Це дозволяє рівномірно розподілити жувальне навантаження, виключити формування вторинної травматичної оклюзії та забезпечити довготривалу стабілізацію пародонта, тим самим попередити передчасне видалення зубів. Ще 10 років тому шинкування зубів проводили лікарі стоматологі-ортопеди. Дане шинкування проводилось за допомогою незнімних та знімних конструкцій зубних протезів та мало багато недоліків. З розвитком технологій на сьогоднішній день найбільш раціональним є шинкування зубів з використанням скловолокна як основи для фіксації рухомих зубів. Такий вид шинкування зубів є різновидом усунення патологічної рухомості зубів з використанням сучасних адгезивних систем, композитних фотополімерних матеріалів та скловолокна [4]. Даний вид шинкування об'єднує функціонально орієнтовані групи зубів в єдиний блок, зменшує їх рухомість, рівномірно розподіляє жувальний тиск під час приймання їжі та створює умови спокою для регенерації і загоєння тканин пародонта після хірургічного лікування. При цьому такий вид шинкування не порушує зовнішній вигляд пацієнта, не травмує тканини пародонта, не перешкоджає догляду за порожниною рота і міцно фіксується на зубах.

Мета роботи

Порівняння різних способів шинкування рухомих зубів у пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом 2 ступеня тяжкості.

Об'єкти і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами було проведено стоматологічне клінічне, рентгенологічне, функціональне, лабораторне обстеження 20 пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом II ступеня тяжкості та комплексне лікування з шинкуванням рухомих зубів. В залежності від способу шинкування усі пацієнти були розділені на дві групи. В першій групі (10 пацієнтів) шинкування рухомих зубів проводилось за допомогою скловолокна та фотополімерних матеріалів, в другій групі (10 пацієнтів) за допомогою ортопедичних знімних конструкцій з шинуючими елементами.

На всіх обстежених була заповнена картка амбулаторного пацієнта, пародонтограма із використанням пародонтометра «ра-он Parometer»

(Orange dental), визначення рухливості зубів за допомогою періотестеру «Periotest M» (Medizintechnik Gulden). Всі пацієнти перебували на диспансерному обліку у стоматолога. Клінічну оцінку проведеного лікування проводили після 6, 12, 18 та 24 місяців закінчення другої фази лікування. Рентгенологічне обстеження здійснювали перед початком лікування та через 1 та 2 роки диспансерного лікування.

Для шинкування використовували фотополімерний нанопаповнений матеріал «Сeram X one» (Dentspy Sirona), матеріал для об'ємного внесення «SDR» (Dentspy Sirona), скловолоконну стрічку «Поліглас» (ЄСТА) шириною 2 мм. Шинкування у фронтальній ділянці проводили із включенням ікл з обох сторін, в боковій ділянці при необхідності шинували моляри і премоляри. При III ступені тяжкості пародонтиту за показаннями здійснювали шинкування максимальної кількості зубів (шинкування по дузі). Перед проведенням шинкування зубів ендодонтичну підготовку не виконували, якщо за даними рентгенологічного обстеження не було виявлено патологічних змін в періапикальній ділянці зуба.

Методика шинкування рухомих зубів складалась з наступних етапів:

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Знеболення в разі необхідності.
3. Проведення професійної гігієни порожнини рота.
4. Оцінка оклюзійних контактів.
5. Препарування жолобка для розміщення скловолоконної стрічки.
6. Ізоляція операційного поля за допомогою кофердаму.
7. Адгезивна підготовка опорних зубів.
8. Поетапна фіксація скловолоконної стрічки за допомогою матеріалу об'ємного внесення «SDR».
9. Покриття скловолоконної стрічки за допомогою фотополімерного композитного матеріалу.
10. Перевірка і корекція оклюзійних контактів, шліфування та полірування шини.

В другій групі шинкування рухомих зубів пацієнтів проводили за допомогою знімних ортопедичних конструкцій (бюгельних протезів) з шинуючими елементами.

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного дослідження з'ясовано, що пацієнти першої групи, яким шинкування рухомих зубів було здійснено за допомогою скловолоконної стрічки та фотополімерних матеріалів мали довготривалу ремісію протягом усього періоду спостережень. В той час як два пацієнти другої групи мали загострення через 12 місяців після проведеного комплексного лікування. Показники періотестометрії у пацієнтів першої та другої груп до проведення лікування мали значення стабільності в межах від «+23» до «+32».

Одразу після проведеного лікування значення стабільності зубів лежали в межах «+3» - «+7» (першої групи) та «+9» - «+14» (другої групи). Через 6, 12, 18 та 24 місяців після проведеного лікування не визначалось зменшення стабільності зубів у першій групі. Стабільність зубів, яким було проведено шинкування, у другій групі через 6 місяців зменшилась на 2 одиниці, через 12 місяців на 5 одиниць, через 18 місяців на 8 одиниць та на 10 одиниць в порівнянні з показниками, які були одразу після виготовлення ортопедичної конструкції.

При цьому у пацієнтів першої групи на протязі всього періоду спостережень клінічно визначалась позитивна динаміка патологічного процесу в тканинах пародонту зі зменшенням глибини пародонтальних карманів від 0,5 до 1,5мм, яким не було проведено хірургічне лікування, та з формуванням повноцінної кортикальної пластинки альвеолярного відростку і збільшення щільності кісткової тканини альвеолярного відростку за даними рентгенологічних методів дослідження. У пацієнтів другої групи також визначалась позитивна динаміка патологічного процесу в тканинах пародонту зі зменшенням глибини пародонтальних карманів до 0,5мм у восьми із десяти пацієнтів. У двох пацієнтів спостерігалось загострення процесу в тканинах пародонту зі збільшення глибини пародонтальних карманів на 1,5 – 2,5мм.

Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ШИНИРОВАНИЯ ПОДВИЖНЫХ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Попович И.Ю.

Ключевые слова: шинирование зубов, стекловолоконная лента, генерализованный пародонтит, подвижность зубов, стабилизация зубов.

Генерализованный пародонтит занимает значительное место среди заболеваний тканей пародонта. Основными симптомами данного заболевания является наличие симптоматического гингивита, пародонтальных карманов, над- и поддесневых зубных отложений и безусловно прогрессирующей резорбцией костной ткани с появлением патологической подвижности зубов уже на начальных стадиях развития данного заболевания. Устранение всех вышеперечисленных симптомов является очень важным этапом для достижения длительной ремиссии генерализованного пародонтита. Обязательным этапом лечения генерализованного пародонтита является шинирование подвижных зубов. Целью нашей работы стала объективная оценка состояния тканей пародонта зубов у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом 2 степеней тяжести, которым было проведено комплексное, дифференцированное, сочетанное лечение с обязательным шинированием подвижных зубов с помощью стекловолоконной конструкции в ближайшие и отдаленные сроки наблюдений. Данный подход обеспечивает рациональное, качественное лечение пародонтологических пациентов и благоприятный клинико-функциональный прогноз как в ближайшие, так и отдаленные сроки наблюдений.

Summary

COMPARATIVE EVALUATION OF VARIOUS SPLINTING TECHNIQUES OF LOOSE TEETH IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Popovych I.Yu.

Key words: splinting of teeth, fiberglass strip, general periodontitis, loose teeth, stabilization of the teeth.

Generalized periodontitis ranks a leading place among all diseases of periodontium. The main symptoms of this disease include symptomatic gingivitis, formation of periodontal pockets, supra- and subgingival dental deposits and progressive resorption of bone tissue resulting in pathological teeth loosening even at the initial stages of the disease progression. Elimination of all the above symptoms is a very important stage for achieving long-term remission of generalized periodontitis. An obligatory stage of treatment of generalized

Висновки

Таким чином результати проведеного дослідження свідчать про доцільність шинкування рухомих зубів за допомогою скловолоконних конструкцій на етапі комплексного, поєднаного, диференційованого лікування пацієнтів на хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. Даний підхід забезпечує раціональне, якісне лікування пародонтологічних пацієнтів та благоприємний клініко-функціональний прогноз як у найближчі, так і віддалені терміни спостережень.

Перспективи подальших досліджень.

В подальшому планується проведення довготривалого моніторингу пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту яким було проведено комплексне лікування зі скловолоконним шинуванням рухомих зубів.

Література

1. Громов О.В. Сравнительная характеристика индексов состояния пародонта в возрастном аспекте / О.В. Громов // Современная стоматология. – 2012. - №4. – С.16-19.
2. Dutta A. Prevalence of periradicular periodontitis in a Scottish subpopulation found on CBCT images. / A.Dutta, F. Smith-Jack, W.P. Saunders // Int. Endod. J. – 2014. – V.47. – P.854-863.
3. Кайдашев И.П. NF –kV-сигнализация как основа развития системного воспаления, инсулинорезистентности, липотоксичности, сахарного диабета 2-го типа и атеросклероза / И.П. Кайдашев // Международный эндокринологический журнал. – 2011. - №3(35). – С.35-43.
4. Ожоган И.А. Клиническая оценка запропонованих методів реставрації та шинування бічних зубів у хворих на генералізований пародонтит / И.А. Ожоган, В.І. Герелюк // Современная стоматология. – 2010. - №1. – С.53-56.

periodontitis is splinting of loose teeth. The purpose of our work was to carry out an objective assessment of the condition of periodontal tissues in patients with chronic generalized periodontitis of II degree of severity who underwent integrated differentiated treatment with obligatory splinting of loose teeth by fiberglass appliance in the immediate and long-term follow-up periods. This approach provides rational and effective treatment of periodontal patients and favourable clinical and functional prognosis for patients in the immediate and long-term follow-up periods.

УДК 616.314-77-085.462

Силенко Б.Ю., Дворник В.М.

ФІЗИКО-МЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ БАЗИСНОЇ ПЛАСТМАСИ З МОДИФІКОВАНОЮ ПОВЕРХНЕЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для покращення параметрів міцності пластмаси нами запропоновано новий спосіб удосконалення знімного пластинкового протезу, виготовленого за традиційною технологією, матеріалом нанорозмірної величини – молекулами фулерену C₆₀. Метою роботи стало покращення фізико-механічних параметрів базисів знімних пластинкових протезів шляхом модифікації поверхні і дослідження якості знімних пластинкових протезів. Отримані дані доводять, що пластмаса з нанопокриттям має вищі фізико-механічні характеристики у порівнянні зі звичайною пластмасою. Показник мікротвердості більший в 2,28 рази в модифікованій пластмасі, що свідчить про кращу поверхневу здатність протистояти механічним навантаженням, що спрямовані на поверхню, без змін поверхневої структури. Зразки з нанопокриттям більш стійкі до руйнування бо показник відносної залишкової деформації до руйнування зразка на 2,82% вищий від звичайної пластмаси. Тому, можна стверджувати, що такий матеріал може бути використаний в стоматології для зменшення кількості поломок знімних зубних протезів і продовження їх терміну експлуатації.

Ключові слова: базисні пластмаси, фізико-механічні властивості, нанопокриття.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» «Застосування матеріалів наповнених наночастками» (держдержний реєстрації номер: 0111U006298).

Від 50 до 75 % пацієнтів, що звертаються у клініку ортопедичної стоматології, мають потребу у протезуванні знімними пластинковими протезами, кількість хворих з знімними протезами постійно зростає у зв'язку зі значним поширенням стоматологічних захворювань і прогресуючим старінням населення всієї земної кулі, особливо в індустріально розвинених країнах, де тривалість життя збільшується [1,2,3].

Основними матеріалами, які використовуються для виготовлення базисів пластинкових протезів, є похідні акрилової та метакрилової пластмаси. Їх частка у всіх видах знімних конструкцій складає від 91 до 98% [4,5,6,7]. Акрилові пластмаси, завдяки своїй доступності і іншим позитивним якостям, про які свідчать дані [8], ще довгий час залишатимуться основними конструкційними матеріалами для виготовлення знімних протезів, і тому продовжуються наукові дослідження з покращення якості зубних протезів, виготовлених із полімерних матеріалів [9].

Проте серед великої низки позитивних якостей, акрилова пластмаса має багато недоліків: наявність залишкового мономеру, і як наслідок – токсичні і алергічні прояви в порожнині рота, мікропори в пластмасі, де фіксується мікрофлора, порушення терморегуляції, неадекватний тиск на тканини протезного ложа, функціональні і морфологічні зміни в слизовій оболонці порожнини рота [5,10,11,12].

Не менш важливим недоліком є недостатня міцність протезів, виготовлених із акрилової

пластмаси, що не завжди дає можливість пацієнтам використовувати знімні конструкції протягом всього терміну експлуатації. Переломи протезів досягають 15% в перший рік користування, поломки пластмасових базисів становлять 35-49 % від загальної кількості виготовлених знімних пластинкових протезів. Тривалість користування знімними пластинковими протезами до першої поломки становить у середньому 0,5–1,4 року [9,13,14].

Для покращення параметрів міцності пластмаси нами запропоновано новий спосіб удосконалення знімного пластинкового протезу, виготовленого за традиційною технологією, матеріалом нанорозмірної величини – молекулами фулерену C₆₀.

Мета роботи

Покращення фізико-механічних параметрів базисів знімних пластинкових протезів шляхом модифікації поверхні і дослідження якості знімних пластинкових протезів.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження ми використовували такі зразки матеріалів, як фторвмісний акриловий сополімер «Фторакс» (Україна); фторвмісний акриловий сополімер «Фторакс» (Україна), який покривається шаром наноматеріалу фулерену C₆₀.

Дослідження деяких фізико-механічних властивостей проводили відповідно до загальних вимог ГОСТ 143559-79, а також ГОСТів щодо випробувань до кожного показника на ретельно