

глазурованного шару, який маючи меншу поверхневу шорсткість, попереджує передчасне стирання оклюзійних поверхонь зубів-антагоністів.

Поєднання в 1-ій групі пластмаси та кераміки на оклюзійних поверхнях незнімних конструкцій показало найвищу динаміку приросту площі оклюзійних контактів - 9,93%. Причиною є низька твердість пластмаси та висока шорсткість її поверхні. Крім того, в цій групі спостерігалось нерівномірне стирання оклюзійних поверхонь, що призводить до перенавантаження тканин пародонта, та негативно впливає на час функціонування зубних протезів.

Ключові слова: ортопедичні конструкції, оклюзійні поверхні, акрилова пластмаса, кераміка.

Ожоган З.Р., Бибен А.В.

Клинические аспекты сочетания керамических и пластмассовых окклюзионных поверхностей

Резюме. Цель. Разработка и обоснование методик конструирования окклюзионных поверхностей в несъемных эстетических протезах путем сочетания различных конструкционных материалов.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 65 пациентов, запро-тезированных несъемными эстетическими ортопедическими конструкциями с окклюзионными поверхностями из керамики и акриловых пластмасс.

1 группа: пациенты с сочетанием окклюзионных поверхностей несъемных протезов из керамики и пластмассы - 21 пациент;

2 группа: пациенты с сочетанием окклюзионных поверхностей из керамики - 22 пациентов;

3 группа: пациенты с сочетанием окклюзионных поверхностей из пластмассы - 22 пациентов.

Обследование пациентов проводили через 3,6 и 12 месяцев.

Результаты. Наибольший прирост площади окклюзионных контактов несъемных конструкций состоялся в 1 группе, то есть при сочетании зубных протезов с керамическими и пластиковыми окклюзионными поверхностями. Учитывая, что стирание происходит неравномерно, мы не рекомендуем сочетать различные материалы для облицовки окклюзионных поверхностей зубов-антагонистов.

Выводы. Проведенное исследование доказывает важную роль правильного сочетания материалов для облицовки окклюзионных поверхностей. Физико-химические характеристики материалов, а именно устойчивость к истиранию, играют значительную роль для длительного функционирования зубных протезов.

Исследование доказывает, что наименьший прирост площади окклюзионных контактов наблюдается во 2 группе, при сочетании керамических окклюзионных поверхностей. Причиной является хорошая устойчивость, по сравнению с пластмассой, керамики к истиранию, а также наличие глазированного слоя, имея меньшую поверхностную шероховатость, предупреждает преждевременное стирание окклюзионных поверхностей зубов-антагонистов.

Сочетание в первую группу пластмассы и керамики на окклюзионных поверхностях несъемных конструкций показало самую высокую динамику прироста площади окклюзионных контактов - 9,93%. Причиной является низкая твердость пластмассы и высокая шероховатость ее поверхности. Кроме того, в этой группе наблюдалось неравномерное стирание окклюзионных поверхностей ведет к перегрузке тканей пародонта, и негативно влияет на время функционирования зубных протезов.

Ключевые слова: ортопедические конструкции, окклюзионные поверхности, акриловая пластмасса, керамика.

Received: 29.11.2016

Revised: 6.03.2017

Accepted: 13.03.2017

DOI: 10.21802/gmj.2017.1.9

Yu. Yu. Oliylyk, R.R. Slipetsky

Features of Histological Forms of Tumor Growth in Patients Who Underwent Combined Surgery for Stomach Cancer

Danylo Halysky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Abstract. The morphological type of tumor is a crucial factor in selecting the type and volume of surgery.

The objective of the research was to determine the effect of tumor histological type on survival rates in patients with locally advanced stomach cancer after combined surgery.

Materials and methods. The study included 990 patients; there were 714 men and 276 women. All patients underwent combined surgery: distal subtotal gastric resection was performed in 222 cases; proximal subtotal gastric resection was used in 129 cases; gastrectomy was applied in 639 cases. Statistical analysis of the obtained data was performed using the SPSS 13.0 software program. The results were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. The study of certain morphological types of tumor depending on the patients' age and sex, as well as clinical and morphological features revealed a significant predominance of adenocarcinoma (77.1%) over other types and a significantly smaller number of undifferentiated tumors - 20.6%; squamous cell cancer and small-cell cancer constituted 1.3% and 1.0%, respectively. The average life expectancy after surgery was 37.51 ± 2.69 months ($p = 0.021$); in women, it was slightly higher compared to men - 43.75 ± 5.70 months vs. 35.13 ± 3.02 months ($p = 0.057$). The overall 5-year survival rate for all patients was $17.32 \pm 1.49\%$; for men - $16.11 \pm 1.72\%$ ($p = 0.005$), for women - $20.46 \pm 2.99\%$ ($p = 0.399$); however, these differences were not statistically significant ($p = 0.087$).

Conclusions. After surgery, there were no significant differences in the average life expectancy of patients with the same histological

forms of gastric adenocarcinoma between men and women ($p > 0.05$), while significant differences were observed between patients (both men and women) with adenocarcinoma and undifferentiated adenogenic stomach cancer ($p < 0.05$).

Keywords: stomach cancer; histological forms; combined surgery.

Problem statement and analysis of the recent research

Despite advances in early cancer detection, stomach cancer (SC) remains the leading cause of cancer death after lung cancer worldwide [4]. It is mainly due to the fact that a significant proportion of locally advanced forms of SC is diagnosed too late, especially in Ukraine (over 20-25%) [1].

Surgery which involves achieving a R0 resection, is often used in patients with locally advanced forms (T4) of SC [8]. Over recent years, the increase in the rate of complications in the postoperative period as well as survival rate has been actively discussed. Some researchers have reported minor changes in the survival of patients who underwent combined surgery [6]. However, significantly higher rates of complications and mortality as well as a slightly longer duration of in-patient treatment due to extended resections have been indicated by other authors [6].

The microscopic type of tumor is a crucial factor in selecting

the type and volume of surgery [7]. In addition, other clinical and pathological characteristics of tumor such as the depth of invasion, lymph node status, macroscopic type, tumor size and others affect the prognosis of locally advanced SC.

The objective of the research was to study the effect of histological type of tumor on survival and prognosis of patients with locally advanced SC after combined surgery.

Materials and methods

The study included 990 patients; there were 714 men and 276 women. All patients underwent various types of combined surgery for SC in Lviv Regional Clinical Oncology Center. Surgery was considered "combined" when the main type of surgery (subtotal gastric resection or gastrectomy) was combined with en bloc resection or removal of other (related) organs (the mesentery of the transverse colon, the transverse colon, the body and tail of the pancreas, spleen, diaphragm, soft tissue of the anterior abdominal wall). Distal subtotal gastric resection (n=222), proximal subtotal gastric resection (n=129) or gastrectomy (n=639) were performed depending on the location of the primary lesion and other JGCA criteria [5]. The additional organ resection was performed to achieve R0 resection; in some cases, due to iatrogenic damage to the organ. All the data were statistically processed using the SPSS 13.0 software program (Chicago, IL). The obtained numerical indicators were presented as M \pm m, and the difference between groups was compared using the independent bilateral T-test. To compare frequency parameters between groups, the χ^2 -square test (Fisher's exact test) was used. The time interval between the time of surgery and the date of death or last contact (if alive) was used to analyze survival data by means of the Kaplan-Meier method and the log-rank test. In all cases, the results were considered statistically significant at p<0.05

Results

The average age of patients was 60.02 \pm 0.30 years (generally from 21 up to 87 years); male patients prevailed over female patients – men:women = 2.6:1.0 (72.1%: 27.9%). Among all combined surgical procedures, combined gastrectomy predominated over combined subtotal gastric resection and proximal gastric resection - 5:2.9:1.

The average life expectancy of 701 (512 men, 189 women) patients after surgery was 37.51 \pm 2.69 months (p=0.021); in women, it was slightly higher compared to men – 43.75 \pm 5.70 months vs. 35.13 \pm 3.02 months (p=0.057). The median survival time was 12.03 \pm 0.59 months, 20.46 \pm 2.99 months and 16.11 \pm 1.72 months, respectively (Table 1). The highest average life expectancy was in patients with adenocarcinoma – 41.21 \pm 3.29 months; the lowest average life expectancy was in patients with squamous cell cancer – 10.79 \pm 4.73 months (p=0.041); significantly lower average life expectancy was observed in patients with undifferentiated cancer – 25.29 \pm 3.28 months (p=0.015). The study of certain morphological types of tumors depending on the patients' age and sex, as well as clinical and morphological features revealed a significant predominance of adenocarcinoma (77.1%) over other types and a significantly smaller number of undifferentiated tumors – 20.6%; squamous cell cancer and small-cell cancer constituted 1.3% and 1.0%, respectively (Table 2).

Discussion

There were some differences in the average life expectancy by neoplasm morphology; the highest average life expectancy was observed in patients with adenocarcinoma of the stomach – 41.213 \pm 3.291 months, and the lowest one was observed in

Table 1. Average life expectancy of patients with stomach cancer depending on histological forms of tumor growth and gender

№	Histological forms (WHO)	Average life expectancy (months)				Median of average life expectancy (months)		5-year survival rate (%)	
		M	\pm m	95% confidence interval		M	\pm m	M	\pm m
				Lower limit	Upper limit				
All patients									
1.	Adenocarcinoma	41.21	3.29	34.76	47.66	12.85	0.88	19.33	1.83
2.	Small-cell cancer	29.34	28.97	0.00	86.13	0.39	0.05	33.33	27.22
3.	Undifferentiated cancer	25.29	3.28	18.87	31.73	9.73	1.26	12.04	2.55
4.	Squamous cell cancer	10.79	4.73	1.51	20.07	5.29	1.74	-	-
	Total	37.51	2.69	32.24	42.78	12.03	0.69	17.32	1.49
Men									
5.	Adenocarcinoma	37.99	3.59	30.95	45.04	12.03	0.84	17.52	2.05
6.	Small-cell cancer	0.36	0.03	0.29	0.43	0.33	-	-	-
7.	Undifferentiated cancer	24.74	4.03	16.85	32.62	8.45	0.98	12.53	3.27
8.	Squamous cell cancer	6.57	2.48	1.72	11.42	5.29	2.37	-	-
	Total	35.13	3.02	29.21	41.05	11.28	0.77	16.113	1.72
Women									
9.	Adenocarcinoma	50.45	7.48	35.786	65.11	14.69	1.76	24.69	3.96
10.	Small-cell cancer	87.29	0.00	87.29	87.29	87.29	-	1.00	0.01
11.	Undifferentiated cancer	26.33	5.46	15.62	37.04	12.13	1.66	11.47	4.06
12.	Squamous cell cancer	40.34	0.00	40.34	40.34	40.34	-	-	-
	Total	43.75	5.70	32.58	54.93	14.17	1.43	20.46	2.99

patients with squamous cell cancer – 10.793 \pm 4.734 months. There were detected significant differences in life expectancy between these groups of patients (p=0.041) and patients with adenocarcinoma as well as undifferentiated cancer (25.298 \pm 3.281 months) – p=0.015. There were no significant sex differences within the same type of morphology (p>0.05) [3]. The differences between life expectancy of patients with adenocarcinoma and small-cell cancer (29.34 \pm 28.97 months) were insignificant – p=0.491. In both male and female patients, the same patterns were mostly observed; it was apparently due to small number of observations – the differences were not determined between patients with small-cell cancer and squamous cell cancer; however, there was a significant difference between patients with adenocarcinoma and undifferentiated cancer (p=0.011). It should be noted that within each individual morphological form, there were observed minor gender differences; however, all of them were not statistically significant (p>0.05) [6, 8, 9]. There were determined no statistically significant differences in the average age of patients with different morphological types (p>0.1) [2]. Despite the overwhelming number of male patients (p<0.01), the most significant differences in adenocarcinomas and undifferentiated cancer were identified in both men and women (p<0.01) (Table 2), in rest cases there were not significant differences between the proportions of men and women (p>0.05) [6]. The most marked differences in the relative number of exophytic and endophytic tumors were found between adenocarcinoma and undifferentiated cancer (p<0.01) as well as endophytic tumors – between adenocarcinoma and small-cell cancer (p<0.05). There was no significant difference in the number of exophytic and endophytic tumors between the macroscopic forms of adenocarcinoma (p>0.1); however, the number of mesophytic tumors was significantly smaller compared

Table 1. Clinical and morphological data of patients with different histological types of stomach cancer

	Adenocarcinoma ¹ (n=763)	Small-cell cancer ² (n=10)	Undifferentiated cancer ³ (n=204)	Squamous cell cancer ⁴ (n=13)	p-value
Age, years	60.58±0.34	55.20±2.12	58.84±0.92	59.00±3.01	p ¹⁻² >0.793 p ¹⁻³ <0.363 p ¹⁻⁴ >0.653
Sex					
Women	197 (25.8%)	4 (40.0%)	74 (36.3%)	1 (7.7%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05
Men	566 (74.2%)	6 (60.0%)	130 (63.7%)	12 (92.3%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05
Macroscopic type					
Exophytic	272 (35.6%)	2 (20.0%)	28 (13.7%)	5 (38.5%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05
Endophytic	224 (29.4%)	8 (80.0%)	90 (44.1%)	3 (23.1%)	p ¹⁻² <0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05
Mesophytic	132 (17.3%)	-	32 (15.7%)	3 (23.1%)	p ¹⁻³ >0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
Cancer originating from gastric ulcer	9 (1.2%)	-	1 (0.5%)	-	-
Tumor localization					
Proximal	381 (49.9%)	3 (30.0%)	73 (35.8%)	12 (92.3%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ <0.01
Body	147 (19.3%)	1 (10.0%)	69 (33.8%)	1 (7.7%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05
Distal	185 (24.2%)	4 (40.0%)	33 (16.2%)	-	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.05
Subtotal and total involvement	47 (6.2%)	2 (20.05)	28 (13.7%)	-	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01
Multiple involvement	3 (0.3%)	-	1 (0.5%)	-	
Depth of invasion					
T1	10 (1.3%)	-			
T2	35 (4.6%)	-	14 (6.9%)	1 (7.7%)	p ¹⁻³ >0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
T3	292 (38.3%)	1 (10.0%)	90 (44.1%)	7 (53.8%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ >0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
T4	415 (54.4%)	9 (90.0%)	100 (49.0%)	5 (38.5%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ >0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
Regional lymph nodes					
N0	314 (41.2%)	5 (50.0%)	67 (32.8%)	3 (23.1%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
N1	301 (39.4%)	2 (20.0%)	92 (45.1%)	7 (53.8%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
N2	97 (10.1%)	2 (20.0%)	36 (17.6%)	3 (23.1%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ >0.05 p ¹⁻⁴ >0.05
N3	3 (0.4%)	-	3 (1.5%)	-	
Type of surgery					
Gastrectomy	463 (60.7%)	6 (60.0%)	161 (78.9%)	9 (69.2%)	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05
Distal subtotal gastric resection	185 (24.2%)	4 (40.0%)	33 (16.2%)	-	p ¹⁻² >0.05 p ¹⁻³ <0.05
Proximal subtotal gastric resection	115 (15.1%)	-	10 (4.9%)	4 (30.8%)	p ¹⁻³ <0.01 p ¹⁻⁴ >0.05

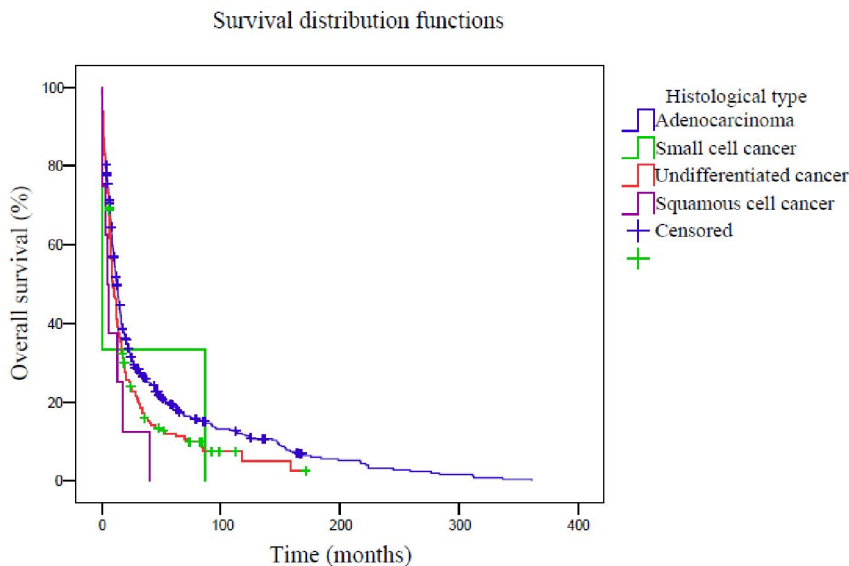


Fig. 1. Comparison of the distribution functions of survival by the histological type in patients who underwent combined surgery

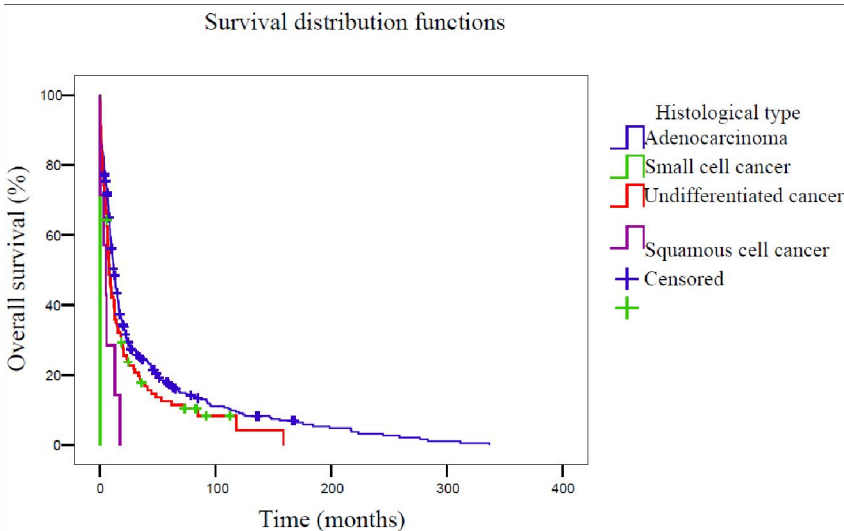


Fig. 2. Comparison of the distribution functions of survival by the histological type in male patients who underwent combined surgery

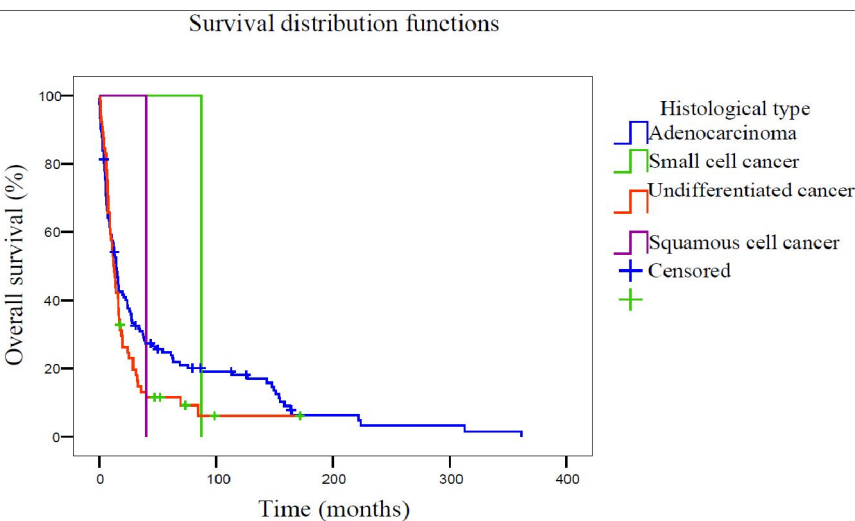


Fig. 3. Comparison of the distribution function of survival by the histological type in female patients who underwent combined surgery

to the previous one ($p < 0.01$). Such value was not typical for other morphological types of tumors; however, undifferentiated tumors had significantly more endophytic forms ($p < 0.01$) [8]. The predominant depth of invasion was T4 ($p < 0.01$).

The status of affected lymph nodes in patients with adenocarcinoma corresponded with category N0 and N1 ($p < 0.01$); similar tendency was typical for patients with undifferentiated cancer ($p < 0.01$); for other morphological types these ratios were not significant ($p > 0.05$) [6, 8].

In patients with adenocarcinoma, combined gastrectomy predominated over combined subtotal and proximal resection 4:2.5:1 ($p < 0.01$); the same tendency was determined for other morphological types; the most expressed tendency was observed in patients with undifferentiated cancer – 6:5:1 [10].

The overall 5-year survival rate for all patients was $17.32 \pm 1.49\%$; for men – $16.11 \pm 1.72\%$ ($p = 0.005$), for women – $20.46 \pm 2.99\%$ ($p = 0.399$) (Table 1, Fig. 1); however, these differences were not statistically significant ($p = 0.087$). As for the difference in the 5-year survival rate by morphology, the difference was significant between male patients with adenocarcinoma and undifferentiated cancer ($17.52 \pm 2.05\%$ and $12.53 \pm 3.27\%$, respectively $p = 0.041$ [3]; in other cases, the 5-year survival was not achieved (Table 1, Fig. 2). In female patients, the highest 5-year survival was observed in patients with adenocarcinoma $24.69 \pm 3.96\%$ (Table 1, Fig. 3), in patients with undifferentiated cancer – 11.47 ± 4.06 , there was no significant difference between them ($p = 0.502$); in other cases, the 5-year survival rate was not reached.

Conclusions

After surgery, there were no significant differences in the average life expectancy of patients with the same histological forms of SC between men and women ($p > 0.05$), while significant differences were observed between patients (both men and women) with adenocarcinoma and undifferentiated adenogenic stomach cancer ($p < 0.05$).

Taking into account the fact that combined surgery for SC is used mainly in older male patients, it should be considered in view of the current trend to the increase in the volume of surgery as well as the expansion of the indications for its performance.

Prospects for further research

Further research should be directed to ascertain the survival of patients with locally advanced SC depending on the HER2 receptor expression of primary tumors.

References

1. Cancer in Ukraine, 2014-2015. Bulletin of National cancer registry of Ukraine 2015;16:24-5.
2. Dzhuraev MD, Egamberdiev DM, Mirzaraimova SS, Khudoyberdieva MS. Surgical treatment results of locally disseminated stomach cancer. Oncology. 2008;10(4):406-408.
3. Ahn HS, Lee HJ, Yoo MW, Jeong SH, Park

DJ, Kim HH, et al. Changes in clinicopathological features and survival after gastrectomy for gastric cancer over a 20-year period. *Br J Surg.* 2011;98(2):255 DOI: <http://doi.org/10.1002/bjs.7310>.

4. GLOBOCAN 2012: cancer fact sheet. Stomach Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2012 Summary. Lyon: IARC. Available from: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/stomach.asp>.

5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma - 2nd English Edition - Japanese. Gastric Cancer. 2011;14(2):113-123. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10120-011-0042-4>.

6. Jeong O, Park Y-K. Clinicopathological features and surgical treatment of gastric cancer in South Korea: the results of 2009 nationwide survey on surgically treated gastric cancer patients. *J Gastric Cancer.* 2011;11(2):69-77. DOI: <http://doi.org/10.5230/jgc.2011.11.2.69>.

7. Li C, Oh SJ, Kim S, Hyung WJ, Yan M, Zhu ZG, et al. Risk factors of survival and surgical treatment for advanced gastric cancer with large tumor size. *J Gastrointest Surg.* 2009;13(5):881-885. DOI: <http://doi.org/10.1007/s11605-009-0800-3>.

8. Lin D, Lu P, Liu C, Wang H, Wu A, Zhao C, et al. Surgical outcomes in patients with T4 gastric carcinoma: a retrospective study of 162 patients. *Chin -Ger J Clin Oncol.* 2009;8:599 DOI: <http://doi.org/10.1007/s10330-009-0121-8>.

9. Saif MW, Makrilia N, Zalonis A, Merikas M, Syrigos K. Gastric cancer in the elderly: An overview. *European Journal of Surgical Oncology.* 2010;36:709-717. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ejso.2010.05.023>.

10. Wen L, Chen XZ, Wu B, Chen XL, Wang L, Yang K, et al. Total vs proximal gastrectomy for proximal gastric cancer: A systematic review and meta-analysis. *Hepato-Gastroenterology.* 2012;59:633-640. DOI: <http://doi.org/10.5754/hge11834>.

Олійник Ю.Ю., Сліпецький Р.Р.

Особливості гістологічних форм росту пухлин у хворих, які перенесли комбіновані операційні втручання з приводу раку шлунка

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Резюме. Морфологічний тип пухлини належить до категорії

факторів, які є визначальними при виборі виду і характеру операційного втручання.

Метою роботи було з'ясування впливу гістологічного типу пухлини на виживання хворих на місцево-поширений РШ, яким виконано комбіновані операційні втручання.

Матеріал і методи. Досліджувана група складалася з 990 пацієнтів, з них - 714 чоловіків і 276 жінок. Усім проведено комбіновані операційні втручання: субтотальних дистальних резекцій шлунка - 222, субтотальних проксимальних резекцій шлунка - 129, гастректомій - 639. Статистичний аналіз отриманих даних виконано в програмі SPSS 13.0. Статистично значимим результатом був визначений за умови, що $p < 0,05$.

Результати. Дослідження окремих морфологічних типів пухлин у розрізі віку, статі і клініко-морфологічних форм виявило суттєве переважає аденокарцином над іншими типами (77,1%), значно менше недиференційованих пухлин - 20,6%, плоскоклітинні і дрібноклітинні раки склали відповідно 1,3% і 1,0. Середня тривалість життя після операції складала $37,51 \pm 2,69$ міс. ($p = 0,021$), при цьому в жінок вона була дещо вищою, ніж у чоловіків $43,75 \pm 5,70$ міс. проти $35,13 \pm 3,02$ міс. ($p = 0,057$). Загальна 5-річна виживаність усіх досліджуваних становила $17,32 \pm 1,49\%$, при цьому серед чоловіків - $16,11 \pm 1,72\%$ ($p = 0,005$), а серед жінок - $20,46 \pm 2,99\%$ ($p = 0,399$), попри те, ці відмінності недостовірні - ($p = 0,087$).

Висновки. Суттєвих відмінностей щодо середніх термінів життя після операцій хворих з однаковими гістологічними формами аденокарцином шлунка між чоловіками і жінками не виявлено ($p > 0,05$) натомість, були суттєві відмінності між хворими з аденокарциноми і недиференційованим аденогенним РШ, як у чоловіків, так у жінок ($p < 0,05$).

Received: 25.11.2016

Revised: 13.03.2017

Accepted: 20.03.2017

DOI: 10.21802/gmj.2017.1.6

УДК 616.314 - 77+616.314

Петришин С.В., Ожоган З.Р.

Застосування шин-капп для лікування патологічної стертості твердих тканин зубів, поєднаної з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями

Кафедра ортопедичної стоматології

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Мета дослідження: розробити та застосувати в клініці набір шин-капп для проведення сплїнт-терапії: лікування та профілактики різних форм патологічної стертості зубів, поєднаної з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями, яка дасть можливість попередити значні розлади у зубощелепній системі.

Матеріали і методи: Для запланованого дослідження було відібрано 36 пацієнтів віком від 30 до 59 років із генералізованою формою патологічної стертості зубів, поєднаною з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями.

Результати: Проведення дослідження рухів умовної шарнірної осі суглобових головок скронево-нижньощелепних суглобів за допомогою конділографа «Cadiax Comrast» у пацієнтів із патологічною стертостю зубів, поєднаною з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями виявило несинхронні, несиметричні зміщення суглобових головок при рухах нижньої щелепи. У клінічній картині в таких хворих виділяли типові симптоми дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів. Зубощелепні деформації були представлені у вигляді порушення оклюзійної кривої. Отримані результати вказують на наявність функціональних розладів скронево-нижньощелепних суглобів і дисфункції

жувальних м'язів при патологічній стертості зубів, поєднаної з дефектами зубних рядів.

Отже, у більшості випадків тимчасові конструкції протезів та оклюзійні шини можуть бути застосовані для нормалізації оклюзійних співвідношень при дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів та жувальних м'язів. Поетапне підняття прикусу проводили із застосуванням набору шин-капп у терміні 14 днів, 1 місяць та 3 місяці від 1,0 до 5,0 мм до повного відновлення оклюзійної висоти залежно від ступеня важкості патологічної стертості зубів. Саме послідовне застосування набору шин-капп дозволяє запобігти подальшому стиранню зубів, не створює вплив на пародонт зубів, є естетичними та не порушують вимову звуків. Матеріал, з якого виготовлений набір шин-капп, забезпечує кращу фіксацію та роз'єднання прикусу на оптимальну товщину на протязі всього зубного ряду, що дає можливість нижній щелепі зайняти положення, при якому відновлюється стан функціональної рівноваги всієї зубощелепної системи.

Висновки.

1. За результатами проведеного обстеження встановлено, що ортопедичне лікування оклюзійними шинами на підготовчому