

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.

**Матеріал 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 «Cadiac 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

етапі в пацієнтів з оклюзійними порушеннями при патологічній стертості твердих тканин зубів, поєднаній з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями є актуальним для нормалізації оклюзійних співвідношень щелеп.

2. За результатами дослідження рухів умовної шарнірної осі суглобових головок скронево-нижньощелепних суглобів за допомогою конділографа «Cadiax Comract» та усунення симптомів напруження жувальних м'язів у пацієнтів з оклюзійними порушеннями при патологічній стертості твердих тканин зубів саме послідовне застосування набору шин-капп із жорстких прозорих пластин матеріалу Ercodent Ercodur (Німеччина) із заданою товщиною від 1,0 до 5,0 мм дозволяє попередити подальше стирання зубів, нормалізувати оклюзійні співвідношення щелеп, роз'єднати прикус на оптимальну товщину на протязі всього зубного ряду, що дає можливість нижній щелепі зайняти положення, при якому відновлюється стан функціональної рівноваги всієї зубощелепної системи.

**Ключові слова:** патологічна стертість зубів, артикуляційна система «Cadiax Comract», дисфункція скронево-нижньощелепних суглобів, дефекти зубних рядів, конділографія, шинкаппа, сплінт-терапія.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Поширеність патологічної стертості твердих тканин зубів сягає досить високого відсотка серед осіб, які звертаються за ортопедичною допомогою, у 8-14% [1]. Термін «патологічна стертість» поєднує різні стани зубощелепної системи, але із загальною клінічною характеристикою – надмірною втратою емалі та дентину. Головними ознаками патологічної стертості зубів є пошкодження рельєфу оклюзійної поверхні зубів, внаслідок чого відбувається втрата вертикальної оклюзійної висоти, створюються умови для формування нестабільних контактів зубів-антагоністів, змінюється положення нижньої щелепи при змиканні. Патологічна стертість супроводжується функціональним перевантаженням тканин пародонта, зниженням міжальвеолярної висоти і висоти нижнього відділу обличчя. При поєднанні патологічної стертості твердих тканин зубів із дефектами зубних рядів і зубощелепними деформаціями клінічна картина стає досить складною: виникає парафункція жувальних м'язів, зсув нижньої щелепи та дисфункція скронево-нижньощелепних суглобів [2, 3, 4]. За результатами проведеного нами обстеження, 230 хворих встановлено, що розповсюдженість патологічної стертості твердих тканин зубів становить 58,6% із переважанням генералізованого характеру ураження в 81,5% і зростання частоти патологічної стертості зубів у віці 50-59 років серед населення Івано-Франківської області. Кількість пацієнтів із даною патологією залежить від умов проживання, віку, наявності супутньої патології, спадкової схильності [5]. На думку деяких авторів, патологічна стертість залежить від виду прикусу. Найбільш значна втрата твердих тканин зубів характерна для прямого прикусу — 53,5% випадків, глибокого прикусу — 49,6% випадків, ортогнатичного — 23,75% випадків [6]. Тому велика кількість праць вітчизняних та зарубіжних авторів свідчить про те, що нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп є головним завданням ортопедичного лікування хворих із патологічною стертістю твердих тканин зубів, зубощелепними деформаціями та дефектами зубних рядів. Для досягнення цього результату можуть бути використані тимчасові конструкції протезів та оклюзійні шини різноманітних конструкцій: стабілізуюча розмикаюча шина, Мічиганська шина, релаксуюча шина з протрузійним та ретрузійним контролем. Шини забезпечують добрі оклюзійні співвідношення для функціонування жувальних м'язів внаслідок усунення звичного змикання нижньої щелепи [7, 13]. На сьогодні, незважаючи на велике різноманіття запропонованих пристроїв, що застосовуються при встановленні комфортного положення нижньої щелепи, та значну кількість наукових досліджень у цьому напрямку, не існує чітких рекомендацій щодо виду шини та строків її корекції при лікуванні [13].

Отже, у зв'язку з поширенням патологічної стертості та

широким застосуванням оклюзійних шин у сучасній стоматології та великою кількістю спірних рекомендацій про види оклюзійних шин, строки та ефективність їх використання в пацієнтів з оклюзійними порушеннями жувального апарату аналіз результатів лікування хворих з патологічною стертостю зубів оклюзійними шинами на підготовчому етапі є актуальним.

**Мета** дослідження: розробити та застосувати в клініці новий спосіб виготовлення набору шин-капп для проведення сплінт-терапії: лікування та профілактики різних форм патологічної стертості зубів, поєднаній з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями, яке дасть можливість попередити значні розлади у зубощелепній системі.

### Матеріал і методи дослідження

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. Пацієнти належали до дослідної групи, яким буде проведено лікування з приводу поєднаної патології. Клінічна оцінка проводилася на основі збору скарг, анамнезу життя та захворювання, даних об'єктивного огляду. Для постановки діагнозу патологічної стертості зубів використовували класифікацію М.Г.Бушана, яка в повному обсязі відображає клінічну картину і включає клінічні аспекти функціонального і морфологічного характеру [2]. Вивчення діагностичних моделей проводилося з метою визначення ступеня стирання, площини ураження, розповсюдженості патологічного стирання зубів, стану зубних рядів, а при їх аналізі в артикуляторі – характер оклюзійних взаємодій зубів і зубних рядів при різних видах оклюзії, що особливо важливо при діагностиці патології скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) [8, 9, 10, 11, 12].

Багатьма дослідженнями доказано, що завдяки усуненню статистичних та динамічних контактів зубів шляхом ізоляції оклюзійних поверхонь, поступово встановлюється центричне положення нижньої щелепи та здійснюється релаксація жувальних м'язів. До того ж, можливо адаптувати жувальні м'язи до нової оклюзійної висоти [13]. Але у зв'язку зі зміною просторового положення нижньої щелепи застосування лише однієї оклюзійної шини потребує постійної корекції оклюзійних контактів на ній. Крім того, деякі шини можуть бути використані лише під час сну. Тому нами було запропоновано застосувати в клініці новий спосіб виготовлення набору шин-капп із жорстких прозорих пластин матеріалу Ercodent Ercodur (Німеччина) із товщиною від 0,5 до 5,0 мм на верхню або нижню щелепу [16].

Дослідження передбачало провести аналіз зміщення шарнірної осі суглобових головок СНЩС у трьох площинах із застосуванням артикуляційної системи «Cadiax Comract» та отримати розрахунок параметрів, які необхідні для індивідуального налаштування артикулятора.

Для виготовлення шини-каппи пацієнту знімали відбитки з верхньої і нижньої щелеп та відливали гіпсові моделі. Після аналізу зубних контактів із визначенням типу змикання зубів виготовляли восковий оклюзійний базис, який розташовується на жувальній поверхні зубів верхньої щелепи. Визначення конструктивного прикусу (висоту в положенні центральної оклюзії, яка була у пацієнта до втрати твердих тканин зубів) проводили із врахуванням даних конділографії. Моделі фіксували в артикуляторі в конструктивному прикусі [13, 14]. Набір шин-капп для ортопедичного лікування патологічної стертості зубів виготовляли шляхом вакуумного пресування із жорстких прозорих пластин матеріалу Ercodent Ercodur (Німеччина) із заданою товщиною 0,5 або 1,0 мм, 2,0 мм, 3,0 мм, 4,0 мм, 5,0 мм на верхню або нижню щелепу у терміни 14 діб, 1 місяць і 3 місяці до повного відновлення оклюзійної висоти та центрування положення суглобових головок СНЩС. Дані терміни обрано у зв'язку з фізіологічними механізмами процесів адаптації організму людини до протезів та сторонніх тіл [15].

Ефективність застосування набору шин-капп ми проводили за ознаками оклюзійних контактів на їх поверхні, усунення симптомів напруження жувальних м'язів упродовж термінів лікування (14 діб, 1 і 3 місяці користування шиною) та стану СНЩС із застосуванням артикуляційної системи «Cadiax Comract».

### Результати дослідження та їх обговорення

Проведення дослідження рухів умовної шарнірної осі

суглобових головок СНЩС за допомогою конділографа «Cadiax Compact» у пацієнтів із патологічною стертістю зубів, поєднаною з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями виявило несинхронні, несиметричні зміщення суглобових головок при рухах нижньої щелепи. При обстеженні пацієнти скаржились на естетичні недоліки внаслідок стирання зубів і зміни їх кольору, дискомфорт при змиканні зубів, порушення жування, фонетичні порушення. У клінічній картині у таких хворих виділяли типові симптоми дисфункції СНЩС: біль та хруст в суглобі, втомлюваність жувальної мускулатури і біль в м'язах, зміщення нижньої щелепи в сторону при вертикальних рухах, відчуття закладеності у вухах, головний біль, бруксизм. Зубощелепні деформації були представлені у вигляді порушення оклюзійної кривої. Отримані результати вказують на наявність функціональних розладів СНЩС і дисфункції жувальних м'язів при патологічній стертістю зубів, поєднаній з дефектами зубних рядів.

Отже, у більшості випадків тимчасові конструкції протезів та оклюзійні шини можуть бути застосовані для нормалізації оклюзійних співвідношень при дисфункції СНЩС та жувальних м'язів. Поетапне підняття прикусу проводили із застосування набору шин-капп у терміни 14 днів, 1 місяць та 3 місяці від 1,0 до 5,0 мм до повного відновлення оклюзійної висоти залежно від ступеня важкості патологічної стертістю зубів. Отже, при горизонтальній формі патологічної стертістю I ступеня виготовляли набір шин-капп: товщиною 1мм на 14 днів та товщиною 2мм — на 1 місяць. При горизонтальній формі патологічної стертістю II ступеня — шини-каппи товщиною 2мм на 14 днів, товщиною 3мм — на 1 місяць. При III ступені горизонтальної форми патологічної стертістю — шини-каппи товщиною 2мм на 14 днів, товщиною 3мм — на 1 місяць, товщиною 4мм — на 3 місяці і товщиною 5 мм до повного відновлення оклюзійної висоти. Саме послідовне застосування набору шин-капп дозволяє попередити подальше стирання зубів, не створює вплив на пародонт зубів, є естетичними та не порушують вимову звуків. Матеріал, з якого виготовлен 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. Шини-каппи можуть бути застосовані протягом всієї доби. Пристрій, який застосували для виготовлення набору шин-капп — це вакуумний формувальний апарат «Ultra – Form Vacuum Former». Для виготовлення капп отримували відбиток зубного ряду пацієнта альгінатною масою «Tropigalgin» (Zhermack, Італія), за яким відливали робочу модель із поліуретанової маси «Euxacto Form» фірми «Bredent» (Німеччина). Із жорсткої прозорої пластинки певної товщини за допомогою вакуумного пресування здійснювали виготовлення набору шин-капп. Кількість капп, необхідних для лікування, розраховували індивідуально для кожного клінічного випадку. Методика проведення: жорстку прозору пластинку поміщали на спеціальний столик та зафіксували, встановлювали параметри роботи пристрою — час нагрівання, тиск. Розігрівали пластинку, притискали по моделі, обрізали по маргінальному краю ясен та полірували. Саме застосування моделі із поліуретанової маси дозволить отримати декілька капп (набір шин-капп для одного пацієнта). Після детальної діагностики і складання плану лікування пацієнту виготовлюється набір необхідних капп, відповідної товщини і їх заміна здійснюється у відповідні терміни лікарем-ортопедом. Заміну капп здійснювали в терміни 14 днів, 1 місяць та 3 місяці.

### Висновки

1. За результатами проведеного обстеження встановлено, що ортопедичне лікування оклюзійними шинами на підготовчому етапі в пацієнтів з оклюзійними порушеннями при

патологічній стертістю твердих тканин зубів, поєднаної з дефектами зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та зубощелепними деформаціями є актуальним для нормалізації оклюзійних співвідношень щелеп.

2. За результатами дослідження рухів умовної шарнірної осі суглобових головок СНЩС за допомогою конділографа «Cadiax Compact» та усунення симптомів напруження жувальних м'язів в пацієнтів з оклюзійними порушеннями при патологічній стертістю твердих тканин зубів саме послідовне застосування набору шин-капп із жорстких прозорих пластин матеріалу Eucodent Eucodur (Німеччина) із заданою товщиною від 1,0 до 5,0 мм дозволяє попередити подальше стирання зубів, нормалізувати оклюзійні співвідношення щелеп, роз'єднати прикус на оптимальну товщину на протязі всього зубного ряду, що дає можливість нижній щелепі зайняти положення, при якому відновлюється стан функціональної рівноваги всієї зубощелепної системи.

### Перспективи подальших досліджень

Проведене дослідження засвідчило необхідність нормалізації оклюзійних співвідношень щелеп із послідовним застосуванням набору шин-капп при ортопедичному лікуванні та профілактики хворих із патологічною стертістю твердих тканин зубів, поєднаної із зубощелепними деформаціями та дефектами зубних рядів.

### Література

1. Біда В.І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / В.І.Біда – К.:ВАГ “Видавництво “Київська правда”, 2002. – С.96.
2. Бушан М.Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения / М.Г. Бушан. – Кишинев: 1979. – 184с.
3. Струк В.І. Сучасний погляд на поширеність патологічної стертістю зубів / В.І. Струк // Вісник проблем біології і медицини – 2015. – Вип.2, Том 1(18).– С.53-56.
4. Баля Г.Н. Степень нарушения в жевательном аппарате при генерализованных формах патологического стирания зубов, осложненных дефектами зубных рядов. / Г.Н. Баля // Український стоматологічний альманах. – 2006. – №1. – С.11 – 14.
5. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов / Х.А. Каламкарров — М: Медицинское информационное агентство, 2004.– 176 с.
6. Молдованов А.Г. Физиология и патология истирания твердых тканей зубов / А.Г.Молдованов – Симферополь: Таврида, 1992. – 186 с.
7. Макеев В.Ф. Окклюзіно-артикуляційна концепція розвитку синдрому м'язово-суглобової дисфункції в пацієнтів з патологією оклюзії / В.Ф. Макеев, Ю.О. Риберт, Ю.О. Кінаш // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №4. – С.29–32.
8. Шуклін В.А. Функціонально-динамічна оцінка рухів нижньої щелепи як спосіб діагностики дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / В.А.Шуклін // Современная стоматология. – 2010. – №5. – С.92-95.
9. Ferrari U. Применение электронных методов регистрации движений височно-нижнечелюстного сустава на примере системы Cadiax Compact / U. Ferrari, C.Nannini // Новое в стоматологии. – 2004. – №1. – С. 16– 27.
10. Дмитренко І.А. Обґрунтування методики лікування хворих із дефектами зубних рядів та порушеннями функціональної оклюзії / І.А. Дмитренко, З.Р. Ожоган // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т.18, №1. – С 31– 33.
11. Калинин Ю.А. Функциональная клинко- инструментальная диагностика зубочелюстной системы у пациентов с повышенным стиранием зубов / Ю.А. Калинин, М.М. Антоник, И.Ю. Лебеденко // Российский стоматологический журнал. – 2009. – №1. – С 30– 35.
12. Петришин С.В. Застосування сучасних методик діагностики патологічної стертістю твердих тканин зубів, поєднаної з дефектами зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та зубощелепними деформаціями / С.В.Петришин, З.Р. Ожоган // Галицький лікарський вісник. – 2015. – Т.22, №3. – С. 78– 80.
13. Жегулович З.Є. Порівняльний аналіз ефективності використання деяких видів оклюзійних шин при лікуванні оклюзійних порушень / З.Є. Жегулович // Современная стоматология. – 2013. – №3. – С.137– 143.

14. Ткаченко І.М. Використання знімної шини-капи для ортопедичного лікування підвищеної стертості зубів, ускладненої явищами бруксизму/ І.М.Ткаченко // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Том,17, №31 – С.129–113.

15. Re J.-P., Perez C., Darmouni L., Carlier J.F., Orthlieb J.-D. The occlusalsplint therapy / C. Perez // International Journal of Stomatology and Occlusion Medicine. – 2009. – №2 – P.82–86.

16. Capp N.J. Occlusion and splint Therapy / N.J.Capp // BDJ Books London. – 2002.– P.15–20.

*Петришин С.В., Ожоган З.Р.*

**Использование шин-кап для лечения патологической истираемости твердых тканей зубов совмещенной с дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями**

Кафедра ортопедической стоматологии, ГВУУ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** Цель работы: разработать и использовать в клинике набор шин-кап для проведения сплент-терапии: лечения и профилактики разных форм патологической истираемости зубов совмещенной с дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями, которое даст возможность предупредить значительные нарушения в зубочелюстной системе.

**Материалы и методы:** для запланированного исследования было отобрано 36 пациентов возрастом от 30 до 59 лет с генерализованной формой патологической истираемости зубов совмещенной с дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями.

**Результаты:** Проведенное исследование движений условной шарнирной оси суставных головок височно-нижнечелюстных суставов с помощью кондилографа «Cadiax Compact» у пациентов с патологической истираемостью зубов совмещенной с дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями выявило несинхронные, несимметричные смещения суставных головок при движениях нижней челюсти. В клинической картине у таких больных выделяли типичные симптомы дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Зубочелюстные деформации были представлены в виде нарушения окклюзионной кривой. Полученные результаты указывают на наличие функциональных расстройств височно-нижнечелюстных суставов и дисфункции жевательных мышц при патологической истираемости зубов совмещенной с дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями.

Поэтому, в большинстве случаев временные конструкции протезов и окклюзионные шины могут быть использованы для нормализации окклюзионных соотношений при дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц. Поэтапное поднятие прикуса проводили шинами в термини 14 дней, 1 месяц и 3 месяца от 1,0 до 5,0 мм до полного восстановления окклюзионной высоты в зависимости от степени тяжести патологической истираемости зубов. Именно последовательное использование набора шин-кап позволяет предупредить последующее истирание зубов, не создает влияние на пародонт зубов, есть эстетическими и не нарушают произношение звуков. Материал, из которого изготовлены каппы, обеспечивают лучшую фиксацию и розъединяют прикус на оптимальную толщину на протяжении всего зубного ряда, что даст возможность нижней челюсти занять положение, при котором восстанавливается состояние функционального равновесия всей зубочелюстной системы.

**Выводы.**

1. По результатам проведенного обследования установлено, что ортопедическое лечение окклюзионными шинами на подготовительном этапе у пациентов с окклюзионными нарушениями при патологической истираемости зубов совмещенной с дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями есть актуальным для нормализации окклюзионных соотношений челюстей.

2. По результатам исследования движений условной шарнирной оси суставных головок височно-нижнечелюстных суставов с помощью кондилографа «Cadiax Compact» и устранения симптомов напряжения жевательных мышц у пациентов с окклюзионными нарушениями при патологической истираемости твердых тканей зубов именно последовательное использование набора шин-кап с жестких прозрачных пластин материалу Ercodent Ercodur (Германия) с заданной толщиной от 1,0 до 5,0 мм позволяет предупредить последующее истирание зубов, нормализовать окклюзионные соотношения челюстей, розъединить прикус на оптимальную толщину на протяжении всего зубного ряда, что даст возможность нижней челюсти занять положение, при котором восстанавливается состояние функционального равновесия всей зубочелюстной системы.

**Ключевые слова:** патологическая истираемость зубов, артикуляционная система «Cadiax Compact», дисфункция височно-нижнечелюстных суставов, дефекты зубных рядов, кондилография, шина-капа, сплент-терапия.

*S.V. Petryshyn, Z.R. Ozhohan*

**Kappa-Splints Application for the Treatment of Pathological Dental Hard Tissues Abrasion in Combination with Dentition Defects and Dentition Deformations**

Department of Prosthetic Dentistry

Ivano-Frankivsk National Medical University

**Abstract. Research objective:** to develop and implement a new clinical method of producing a set of kappa-splints for splint therapy: treatment and prevention of various forms of pathological teeth abrasion in combination with dentition defects and dentition deformations, which will enable to prevent significant disorders in the dentition.

**Materials and Methods:** 36 patients aged 30-59 have been selected for the targeted research with a generalized form of pathological tooth wear in combination with dentition defects and dentition deformations.

**Results:** After studying the movements of conventional hinge axis in articulate heads of TMJ with the help of condylograph «Cadiax Compact», some asynchronous, asymmetrical bias of articulate heads during the movements of the mandible were revealed in patients with pathological tooth wear in combination with dentition defects and dentition deformations. While examining, the patients complained about the aesthetic defects due to the abrasion of teeth and the change of their colour, the discomfort while closing, chewing and phonetic disorders. In the clinical picture of these patients, the typical symptoms of TMJ dysfunction can be singled out, such as pain and crunch in joints, fatigue of chewing muscles and pain in the muscles, the displacement of the mandible to the side during vertical movements, a feeling of fullness in the ears, headaches and bruxism. Dentition deformations were presented as a violation of the occlusal curve. The results indicate on the presence of functional TMJ disorders and masticatory muscles dysfunction in pathological teeth abrasion in combination with dentition defects.

So, in most cases, temporary prosthesis structures and occlusal splints can be applied to normalize occlusive correlations at the dysfunction of TMJ and masticatory muscles. Gradual lifting of occlusion has been done due to a set of kappa-splints in terms of 14 days, 1 month and 3 months from 1.0 to 5.0 mm to the full restoration of occlusal height, depending on the severity of pathological teeth abrasion. It is the gradual application of a kappa-splints' set which allows prevention of further tooth wear; it doesn't influence the periodontium of teeth; it's aesthetic and does not violate the pronunciation of sounds. The material, which a kappa-splints set is made of, provides better fixation and bite separation with optimal thickness throughout the dentition, which allows the lower jaw to take a position that helps to restore the functional balance of the entire dentition.

**Conclusions:**

1. According to the results of the research it has been established that the orthopedic treatment with the help of occlusive splints at the preparatory stage for the patients with occlusive disorders at pathological dental hard tissues abrasion in combination with dentition defects, periodontium tissue disease and dentition deformations are urgent for the normalization of occlusive correlations of the jaws.

2. After studying the movements of conventional hinge axis in articulate heads of TMJ with the help of condylograph «Cadiax Compact» and eliminating the symptoms of stress in masticatory muscles of the patients with occlusive disorders at pathological dental hard tissues abrasion, it is the gradual application of a kappa-splints set, made of hard transparent plates of Ercodent Ercodur material (Germany) with a thickness of 1.0 to 5.0 mm, which allows prevention of further tooth wear, normalization of occlusive correlations of the jaws, separating a bite with optimum thickness throughout the dentition, thus the lower jaw takes a position at which the state of functional equilibrium of the entire dentition is restored.

**Key words:** pathological tooth wear, articulation system «Cadiax Compact», TMJ dysfunction, dentition deformations, condylography, kappa-splints, splint therapy.

Надійшла: 13.12.2016

Завершено рецензування: 28.02.2017

Прийнято: 6.03.2017