

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРОТЕЗУВАННЯ КІНЦЕВИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО РЯДУ МОСТОПОДІБНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ НА СКЛЯНИХ ОПОРАХ

¹Лихота А.М., ²Сеник А.Я., ³Лихота С.А.

¹Українська військово-медична академія

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

³Центральна стоматологічна поліклініка МО України

Резюме. Проведено протезування 25 кінцевих дефектів зубних рядів з фіксацією на скляну опору.

Ключові слова: протезування, зубний ряд, кінцеві дефекти, скляні опори.

Вступ. За даними масового обстеження населення України, проведених В.А.Лабунцем і О.М.Сенніковим [3], дефекти зубних рядів спостерігаються у 74,1% від загальної кількості обстежених, двосторонні кінцеві – 12,9%, односторонні – 16,04%.

Заміщення часткових дефектів зубних рядів можливе різними конструкціями протезів, як незнімними, так і знімними.

Кінцеві дефекти великої протяжності, як правило, заміщуються знімними протезами. Однак, на сьогоднішній день широко впроваджуються і незнімні протези з опорою на імпланти [2].

Протезування на імплантат має свої показання і протипоказання, крім того, не всі пацієнти погоджуються на хірургічне втручання. Заміщення кінцевих дефектів незнімними протезами з опорою на скляні опори впроваджується в практику стоматологів, так як вони мають ряд позитивних властивостей, і в тому числі, і відсутність токсичності, тому, що вони в своєму складі не мають свинцю, барію, що входять в склад звичайного скла [1].

Метод протезування на скляних опорах, як і інші методи має свої показання і протипоказання. Цей метод розроблений Ласло Неметом в Угорщині і уже більш 20 років використовується в Європі [1].

Скляна заготовка ZX-27 має унікальні, спеціально задані властивості:

- плавкість – інтервал плавлення 1560-1600°C;
- міцність – при стисканні до 120-150 МПа;
- стійкість до кислотно-лужного середовища;
- легко оброблюється і полірується завдяки вмісту триоксиду бора;
- не має в своєму складі таких токсичних засобів, як свинець, барій, які входять в звичайне скло.

Завдяки низькому вмісту натрію, скляна опора не підвищує рН ротової порожнини.

Використання скляних опор вирішує проблему відсутності в порожнині рота зубів, на які фіксуються незнімні протези, і виключає необхідність в дентальній імплантології.

Основним показанням до використання скляних опор ZX-27 є одно- і двосторонні кінцеві дефекти зубного ряду, проміжна додаткова штучна опора в самій конструкції мостоподібного протеза.

Мета дослідження. Метою нашої роботи явилось вивчення властивостей скляних опор, поведінки в порожнині рота і можливість заміщення кінцевих дефектів мостоподібними протезами.

Матеріали і методи. Скляні заготовки ZX-27 використовуються для виготовлення мостоподібної конструкції, які у хворих не викликають дискомфорту, завдяки ряду переваг.

Скляні опори не розхитують опорні зуби, не мають дії «важеля», так як амплітуда рухомості слизової оболонки, товщиною 2-3 мм близька до фізіологічної рухомості зуба (періодонт опорного зуба). Мостоподібний протез, який фіксується на природній зуб і скляну опору, має майже однакову вертикальну мікрорухливість по всій жувальній площині за кошт фізіологічній рухомості зуба в його лунці (чарунці), мінімальність рухомості слизової оболонки виключає появу «важеля». Опора відіграє роль релаксатора напруги, так як вертикальне навантаження буде рівномірно розподілятися на дві опори (природній зуб і скляну опору) в порівнянні з консольним протезом. Мостоподібний протез з фіксацією на скляні опори щільно прилягає до слизової оболонки, занурюючись в товщу слизової на 0,5 мм, тим самим попереджуючи проникнення мікробів і розвиток пролежнів.

Рівномірний тиск опори забезпечує розвиток фіброзної тканини в рухомій слизовій, робить її малорухомою і збільшує щільність кісткової тканини.

Показання для використання скляної опори: товщина слизової оболонки 2-3 мм, початок протезування після видалення зуба не менше півроку з обов'язковим заміщенням дефекту зубного ряду знімним протезом, альвеолярний відросток овальної форми, наявність антагоніста на протилежній щелепі; при кінцевому дефекті кількість опорних зубів повинна дорівнювати кількості штучних зубів; відстань від альвеолярного гребеня до антагоніста повинна бути не менше 6 мм.

Протипоказання:

- 1) рухомі опорні зуби (пародонтит);
- 2) рухома слизова оболонка;
- 3) товщина слизової менше 1 мм або більше 3-х мм;
- 4) сідлоподібний або вузький альвеолярний відросток;
- 5) глибокий прикус, висота до антагоніста менше 6 мм.

Методика : Лікар за показаннями підбирає необхідний випадок, знімає двошарові відбитки і передає в зуботехнічну лабораторію. Отримує готовий мостоподібний протез, приміряє і фіксує його в порожнині рота. Спочатку в коронці опору, а потім протез. Зубний технік в лабораторії виготовляє робочу модель з гіпсу IV класу по двошаровому відбитку. Підбирає скляну болванку необхідного розміру – «S» або «L». Болванку фіксує в спеціальний утримувач з вогнетривкою ручкою для роботи над пальником. Нагрівають скляну опору на суміші «пропан-бутан з киснем» при температурі 1500-1600°C, щоб скляна опора стала текучою і м'якою. На моделі в місці, де повинна бути встановлена скляна опора, нагрітою скляною болванкою робиться відбиток, а болванка приймає сідлоподібну форму. Її охолоджують 5 хвилин в спеціальній вогнетривкій ваті, яка додається в набір для виготовлення скляних опор.

Далі болванка обробляється алмазними борами до необхідної форми препарованого зуба, приміряється на моделі і фіксується на ній воском. Моделюється каркас майбутньої конструкції зубного протеза. Далі протез виготовляється традиційним способом.

Результати і їх обговорення. Нами прийнято на лікування 21 пацієнт від 34 до 48 років. 17 жінок і 4 чоловіка. Виготовлено 25 незнімних мостоподібних протези на скляних опорах. Односторонніх кінцевих дефектів запротезовано 21, двосторонніх – 4. 18 пацієнтів звернулося за заміною часткових знімних протезів на незнімні, 3 пацієнта звернулися після втрати опорних зубів, після видалення яких були виготовлені тимчасові знімні протези, а через 6 місяців виготовлені мостоподібні протези на скляних опорах.

Металопластмасових протезів виготовлено 7 і металокерамічних 18. Односторонніх кінцевих дефектів запротезовано 9 і двосторонніх – 16. На одній опорі виготовляли протези, коли в основному, зубний ряд яких закінчувався п'ятим зубом. На верхній щелепі виготовлено 5 протезів і нижній – 4. На двох опорах виготовлені протези, коли були відсутні деякі передні і бічні зуби.

Наводимо приклад витягу з історій хвороби:

Пацієнтка Т., 48 років, історія хвороби № 109, звернулася на кафедру стоматології Інституту стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика зі скаргами на дискомфорт при жуванні.

Пацієнтка мала великі проблеми з зубами. Лікувала зуби, починаючи з тимчасового прикусу, дбайливо відносилася до лікування зубів постійного прикусу. Однак, на верхній щелепі 18 і 28 зуби видалили ще в 32 роки, на 14 і 17 зубах був зафіксований незнімний протез, яким вона користувалась 10 років. Два роки тому протез став хитатися, після зняття його, були видалені корені 17 зуба. Кінцевий дефект був обмежений четвертим зубом.

Зубна формула

п к п п г п п
14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 – 27 28
48 47 46 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37

Прикус ортогнатичний. Відстань між 15 і 45 зубами склала 8 мм.

Тимчасово був виготовлений частковий знімний протез, який замінив наступні зуби 17 16 15 | 26

Через 6 місяців було виготовлено два протези на скляних опорах: на кінцевий дефект справа 18 – 14 | _____, скляна опора замість 16 зуба. Зліва виготовлена штучна коронка на 25 зуб і скляна опора замість 26 зуба.

Висновки:

Таким чином, протезування кінцевих дефектів, проведене незнімними протезами на скляних опорах, заслуговує на увагу. Протези міцно фіксують на скляних опорах, нерухомі під час жування. Пацієнти швидко звикають до такого протезу, із задоволенням відмічають комфорт під час прийому їжі. Потреба в таких протезах з кожним днем зростає, вони складають альтернативу знімному протезуванню і протезуванню на імплантах.

Література:

1. Карапетян К.Л. Замещение дефектов зубных рядов несъемными конструкциями протезов с применением стеклянной опоры ZX-27
К.Л. Карапетян// Зубной техник, М.:ООО"Мед пресса".- 2008.- №2.-С.84-86.
2. Король Д.М. Удосконалення протезування малих включених і кінцевих дефектів на імплантах. Автореф. на здобуття наук. звання канд. мед. наук, спец. 14.22.01 «Стоматологія» / Д.М.Король, Полтава. – 2003. – 20 с.
3. Лабунець В.А. Обґрунтування, що до використання імплантів за даними стоматологічного обстеження / В.А. Лабунець, О.М. Сенніков// Мат.1 (VIII) з'їзду Асоц. стоматологів України, К.-1999.-С.469-471.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА МОСТОПОДОБНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА СТЕКЛЯННЫХ ОПОРАХ

Лихота А.Н., Сенник А.Я., Лихота С.А.

Резюме. Проведено протезирование 25 концевых дефектов зубных рядов с фиксацией зубного протеза на стеклянную опору.

Ключевые слова: протезирование, зубной ряд, концевой дефект, стеклянная опора.

IMPROVEMENT OF PROSTHETIC TERMINAL DEFECTS OF THE DENTITION MOSTOPODOBNYMI KONSTRUKTSIYAMI ON GLASS SUPPORTS

A.Lihota, A.Senik, S.Lihota

Summary. Performed 25 prosthetic terminal defects of dentitions with fixation of the denture on a glass support.

Keywords: denture, dental series, terminal defect, a glass support.