

4. Левко В.П. Клініко-експериментальне обґрунтування підвищення ефективності процесів адаптації при лікуванні знімними видами зубних протезів в ранні терміни: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд.мед.наук: спец.14.01.22 / Нац.мед.ун-т ім. О.О. Богомольця.- / В.П. Левко.-Київ, 1999.-16 с.
5. Bassi F. Overdenture therapy and worst-case scenarios: alternative management strategies / F. Bassi // Int. J. Prosthodont. – 2007. – Vol.20, N4. – P.350-353.
6. Hu X.L. Application of implant-supported telescopic overdenture in edentulous cases / X.L. Hu, H.Y. Cui, T. Wang // Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2000. – Vol.41, N7. – P.391-394.
7. Krennmair G. Implant-supported mandibular overdentures retained with ball or telescopic crown attachments: a 3-year prospective study / G.Krennmair, M. Weinländer, M. Krainhöfner // Int. J. Prosthodont. – 2006. – Vol.19, N2. – P.164-70.

Реферати

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОГО ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ

Дворник В.Н., Рубаненко В.В., Баля Г.Н.,
Тумакова Е.Б.

В результате обследования 21 пациента с патологическим стиранием зубов, осложненного частичной потерей зубов, установлена степень функциональной патологии зубочелюстного аппарата, а также определены особенности ортопедического лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: покровный протез, патологическое стирание зубов, дефекты зубных рядов.

Статья надійшла 7.11.2011 р.

FEATURES OF ORTHOPAEDIC TREATMENT PATHOLOGICAL ABRASION HARD TISSUES OF TEETH, COMPLICATED THE PARTIAL LOSS OF TEETH, WITH THE USE OF COVERING PROSTHETIC APPLIANCES

Dvornik V.N., Rubanenko V.V., Balya G.N.,
Tumakova E.B.

As a result of inspection a 21 patient is with pathological abrasion of teeth, which is complicated by the partial loss of teeth, the degree of functional pathology of a masticatory systems, and also certain features of orthopedic treatment of patients, is set with this pathology.

Key words: covering denture, pathological abrasion of teeth, defects of dental rows.

УДК 616.316 – 089.29.3

А. В. Дембицкий, Е. А. Кульчицкий
Киевский Медицинский Университет УАИМ, г. Киев

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

В результате проведённого лечения появилась возможность утверждать, что оставшиеся одиночностоявшие зубы или корни могут быть успешно использованы для улучшения фиксации съёмных пластиночных протезов. Покровные протезы изготовленные по типу полных съёмных, но с дополнительной механической фиксацией, способны обеспечить высокую функциональную эффективность.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, покровные протезы.

Для замещения дефектов зубных рядов большой протяженности применяют съёмные пластиночные протезы с различными элементами фиксации [3, 4, 8, 10].

Потребность населения в съёмном протезировании, по данным разных авторов, возрастает и достигает 26,9-77,3% [8, 9]. Это мотивируется ранней потерей зубов вследствие распространения кариеса и его осложнений, а также болезнями тканей пародонта. Некоторые авторы [1, 3, 9] связывают рост потребности населения в съёмном протезировании с увеличением удельного веса пожилых людей. По их данным, после 60 лет эта потребность достигает 96%. Кроме того, увеличение потребности населения в съёмных пластиночных протезах связано с преимущественно назначаемыми несъёмными конструкциями, а в 15-21% случаев - неудовлетворительной фиксацией съёмных пластиночных протезов и невозможностью пользоваться ими вследствие постоянного ухудшения состояния полости рта и возрастных изменений [8].

В общей структуре съёмных пластиночных протезов частичные съёмные протезы составляют 48,34 ± 2,5% [3, 7, 8]. Сложность клинической картины, неудовлетворительные результаты после протезирования съёмными протезами с удерживающими кламмерами при одиночностоящих зубах породили мнение, что использование таких зубов в качестве опоры малоэффективно, а трудности связанные с протезированием очевидны [5, 6]. При этом существуют свои характерные особенности клинической картины: зубы имеют «невыгодную» для протезирования удлиненную клиническую коронку и, соответственно этому, уменьшенную внутриальвеолярную часть. Угловые нагрузки, присутствующие при жевательной функции, способствуют изменению и нарушению кровотока и трофики тканей пародонта, что приводит к дальнейшей функциональной

патологической перестройке костной ткани альвеолярных отростков в области одиночно стоящих опорных зубов. Большое количество ошибок, которые часто встречаются в практике ортопедической стоматологии при протезировании больных с одиночностоящими зубами верхней и нижней челюстей дают повод предполагать, что до настоящего времени четко не определена тактика врачей стоматологов – ортопедов при составлении плана лечения, определении необходимой системы фиксации и её конструкционных элементов. При наличии одиночностоящих зубов в области верхней и нижней челюсти система крепления протеза с использованием интрадентальных аттачменов ни в коем случае не уступает способам фиксации с использованием телескопических коронок и магнитов и имеет несомненное преимущество перед кламмерной фиксацией. Механический метод крепления протезов с помощью системы интрадентальных аттачменов возможно эффективно сочетать с действием непрерывного кругового клапана, оформленного с учетом результатов функциональных проб, что обеспечивает наиболее надежную фиксацию и стабилизацию протезов во время их функционирования [2, 4, 5].

Целью работы было повышение эффективности фиксации протеза у пациента при одиночно сохранившемся зубе, с помощью покрывного съёмного протеза в качестве основной конструкции и интрадентального аттачмена собственной разработки, выполняющего роль удерживающего элемента.

Клинический пример. Пациент К., 1965 г. р., обратилась в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования и замены старых ортопедических конструкций.

Жалобы: на неудовлетворительную эстетику и нарушение пропорций лица, дискомфорт при пользовании съёмным пластиночным протезом с кламмерной фиксацией на верхней челюсти (имеющийся протез не держится), затруднённое пережевывание пищи из-за отсутствия жевательных зубов на нижней челюсти (рис. 1). Объективно отмечено укорочение нижней трети лица, резко очерченные носо – губные и подбородочные складки. При осмотре полости рта было обнаружено: на нижней челюсти 44, 42, 41, 31, 32, 34 зубы. Корни 17, 27, 35 зубов темно-коричневого цвета с разрушенной коронковой частью, из них корень 35 – подвижен в вестибуло – оральном направлении, вход в каналы определяется зондом, зондирование безболезненно. После получения ортопантограммы (рис. 2) можно было судить о состоянии периапикальных тканей сохранившихся корней. На R-снимке - имеются разрежения размером 3 – 3,5 мм. у верхушек 17, 27, 35 корней. Рентгеноконтрастный материал имеется только в канале зуба 11, корень укреплен в кости на протяжении 7 мм. На верхней челюсти – наличие 11 зуба, покрытого литой металлом – пластмассовой коронкой, незначительная равномерная атрофия альвеолярного отростка, волнистая линия гребня, глубокое преддверие, покатый скат альвеолярного отростка, относительно глубокий свод неба. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, достаточно увлажнена; на альвеолярных отростках неподвижна, податлива, I класс по Суппле. Уздечка верхней и нижней губы в норме. Прикус прямой. Диастема и тремы между резцами нижней челюсти.



Рис. 1. Внешний вид пациента К.

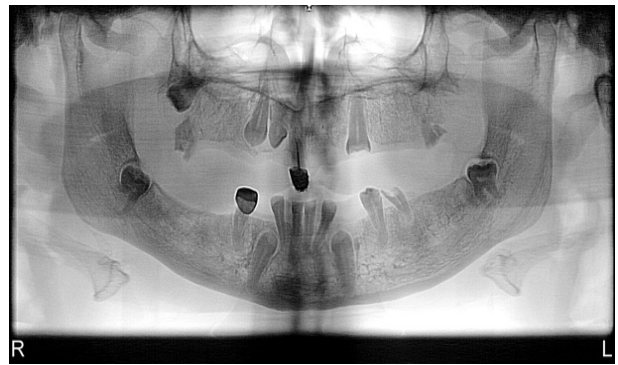


Рис. 2. Ортопантограмма пациента К. (до начала лечения).



Рис. 3. Пациент К. После фиксации интра дентального аттачмена.



Рис. 4. Внешний вид пациента К. (после лечения).

После проведения клинического обследования был определен план лечения:

1. С целью рационального протезирования рекомендовано удаление корней 17, 27 и 35 зубов.
2. Установка брекет – системы на вестибулярную поверхность резцов нижнего зубного ряда для устранения диастемы и трем между ними.
3. Покрыть 35, 45 зубы искусственными металлическими коронками, изготовить частичный съёмный пластиночный протез с удерживающими кламмерами на нижнюю челюсть.
4. Изготовить покрывной протез на верхнюю челюсть с фиксацией на одиночном интрадентальном аттачмене с патричной частью собственной конструкции.

Хирургический и ортодонтический этапы комплексного лечения пациентки К., 1965 г. р., происходили последовательно и заняли менее трёх месяцев. Ортопедическая часть лечения началась с снятия искусственной коронки с 11 зуба и укорочения его до десневого края, с последующей препаровкой корневого канала для изготовления литой штифтовой вкладки с корневой защиткой и патричной частью аттачмена по стандартной методике. Моделирование восковой репродукции внутрикорневого аттачмена проводили при соблюдении правил параллелометрии: учитывая путь введения протеза. Такая конструкция опорного элемента выбрана не случайно: корневая защитка литой штифтовой вкладки герметично закрывает поверхность зуба, осуществляя плотный кольцевой охват по всему периметру его внеальвеолярной части, что обеспечивает эффективную защиту корня зуба от разрушения и перелома его при функциональной нагрузке. (рис. 3). После припасовки и фиксации интрадентальной патрицы, проведено определение центральной окклюзии с помощью восковых шаблонов. Затем под индивидуальным жевательным давлением в положении центральной окклюзии получены функциональные оттиски. Дальнейшие этапы изготовления покрывного съёмного протеза практически не отличаются от традиционных, но на этапе наложения готовой конструкции особое внимание следует уделить коррекции границ и качеству замыкающего клапана. Одновременно производилось замещение дефектов нижнего зубного ряда. Были покрыты 35, 45 зубы искусственными металлическими коронками, изготовлен частичный съёмный пластиночный протез с удерживающими кламмерами. Для закрепления эстетического эффекта после ортодонтического лечения, резцы на нижней челюсти были шинированы лигатурной проволокой (рис. 4). После наложения съёмных протезов пациентке объяснили правила пользования протезами и ухода за ними, сроках контрольных осмотров.

Выводы

1. В результате проведённого лечения появилась возможность утверждать, что оставшиеся одиночностоявшие зубы или корни могут быть успешно использованы для улучшения фиксации съёмных пластиночных протезов.
2. Покрывные протезы изготовленные по типу полных съёмных, но с дополнительной механической фиксацией, способны обеспечить высокую функциональную эффективность.

Литература

1. Баля Г. Н. Особенности конструкции покрывного протеза при лечении патологического стирания зубов, осложненного вторичными деформациями зубочелюстной системы / Г. Н. Баля // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. –2007. –Т.7, Вип. 4(20). – С. 14 - 15.
2. Воронов А. П. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов/ А. П. Воронов, И. Ю. Лебеденко, И. А. Воронов. – Москва.: Изд - во МЕДпресс-информ, 2006. - 191-194 с.
3. Глазов Д. О. Использование корней перелеченных зубов для повышения эффективности ортопедического лечения: автореф. дис. на соискание учёной степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22 „ Стоматология ”/ Д. О. Глазов. – Москва, 1999 – 9 с.
4. Загорский В. А. Частичные съёмные и перекрывающие протезы / Загорский В. А. – Москва: Изд - во Медицина, 2007. - 148-155 с.
5. Лабунец В. А. Основы научного планирования и организации ортопедической стоматологической помощи на современном этапе развития. / В. А. Лабунец.- Одесса, 2006. – 428 с.
6. Лебеденко И. Ю. Телескопические и замковые крепления зубных протезов / И. Ю. Лебеденко, А. Б. Перегудов, Т. Э. Глебова. – М. : Изд - во МЕДпресс-информ, 2005. - 108-117 с.
7. Лещук С. Є. Клінічні питання покриття знімних протезів у сучасній ортопедичній стоматологічній практиці(частина перша) / С. Є. Лещук, Ю. В. Вовк // Укр.. стомат. Альманах. – 2002. - № 3. - С. 48 - 51.
8. Парасюк Г. З. Клініко-технологічне обґрунтування використання фіксуючих елементів при лікуванні хворих частковими знімними пластинковими протезами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 „ Стоматологія ”/ Г. З. Парасюк. - Івано-Франківськ, 2004 – 12 с.
9. Стариков Н. А. Перекрывающие протезы в практике ортопедической стоматологии: (обзор) / Н. А. Стариков, Е. Л. Теологова // МРЖ. – 1990. - № 5. – С. 14 – 16.
10. Цимбалитов А.В. Клинические факторы, влияющие на выбор аттачмена при изготовлении комбинированных конструкций зубных протезов / А.В. Цимбалитов, Е.Д. Жидких, А.Н. Юдичев // Зубной техник. – 2000. - № 2. – С. 10 – 12.
11. Щерба П. В. Особливості ортопедичного лікування хворих із поодинокими збереженими коренями і зубами: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 „ Стоматологія ”/ П. В. Щерба - Львів, 2005 – 11 с.

Реферати

**ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ
ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВЕЛИКИХ
ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ**

Дембицький А. В., Кульгинський Є. А.

В результаті проведеного лікування з'явилася можливість стверджувати, що поодинокі розташовані зуби, що залишилися, або коріння можуть бути успішно використані для поліпшення фіксації знімних пластинчастих протезів. Покривні протези виготовлені за типом повних знімних, але з додатковою механічною фіксацією, здатні забезпечити високу функціональну ефективність.

Ключові слова: дефекти зубних рядів, покривні протези.

Стаття надійшла 4.11.2011 р.

**ABOUT EXPEDIENCE OF APPLICATION OF
INTEGUMENTARY PROSTHETIC APPLIANCES
AT THE HOLIATRY OF LARGE DEFECTS OF
DENTAL ROWS**

Dembickiy A. V., Kul'ginskiy E. A.

Possibility to assert that teeth which remained, or root, are поодинокі located there can be fixings of removable plantic prosthetic appliances successfully utilized for an improvement appeared as a result of the conducted treatment. Integumentary prosthetic appliances are made on the type of complete removable, but with the additional mechanical fixing, capable to provide high functional efficiency.

Key words: defects of dental rows, integumentary prosthetic appliances.

УДК 616.5-003.829.85

Р.Г. Исмаилов

Городской кожно-венерологический диспансер, г. Баку

**СОСТОЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ -
АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО**

Обследованные пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени активности распространения витилиго. Полученные результаты показывают, что общим для всех групп обследованных было повышение интенсивности ПОЛ, выраженное в избыточном накоплении глутатионпероксида диеновых коньюгат и малонового диальдегида в крови. Выявились изменения и среди ферментов АОС, осуществляющих контроль за уровнем активных форм кислорода в эритроцитах. У пациентов с витилиго установлено снижение активности супероксиддисмутазы и каталазы.

Ключевые слова: витилиго, перекисное окисление липидов, антиокислительная система

Свободно-радикальное окисление - один из универсальных механизмов повреждения клеток, но вместе с тем это необходимая стадия ряда синтезов и метаболических путей их нормального функционирования. Живые клетки должны иметь сбалансированные по мощности антиоксидантные системы защиты. Данные литературы позволяют считать, что значительное повышение активности свободно-радикального окисления липидов может привести к нарушению функции клетки и, как следствие, к развитию патологии. При сравнительном анализе показателей системы ПОЛ (перекисное окисление липидов) - АОС (антиоксидантной системы) у пациентов с разными видами меланозов обнаруживаются значительные различия. [1-5]

Целью работы было изучение состояния компонентов системы ПОЛ - АОС у пациентов с витилиго.

Материал и методы исследования. Были изучены биохимические показатели, характеризующие как состояние ПОЛ (МДА-малоновый диальдегид, ГП ДК-глутатионпероксида диеновые коньюгаты), так и АОС (СОД-супероксиддисмутазы, КТ-каталаза). Исходя из положения, что в процессе развития заболевания интенсивность ПОЛ меняется, обследованные пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени активности распространения витилиго. В 1 группу вошли 31 больной с легкой степенью активности процесса на коже, во 2 — 48 больных с умеренной степенью, 3 группа включала 12 пациентов с выраженной степенью процесса.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные представлены в таблице. Из приведенных в таблице данных следует, что при легкой степени процесса содержание ДК в плазме не отличалось от контрольных величин, в то же время у пациентов с умеренной степенью процесса наблюдалась тенденция к его увеличению. В отличие от этих двух групп у больных 3-ей группы содержание ДК в плазме в среднем превышало контрольные на 20%. Содержание ДК в эритроцитах имело такую же направленность, как и в плазме крови, т.е. наибольшая величина ДК наблюдалась в 3 группе - 153 нмоль/мл (контроль-151,2 нмоль/мл), содержание же этого продукта больных с легкой степенью гипопигментации с тенденцией к увеличению и у пациентов с умеренно выраженным процессом было нормальным.

Одним из главных продуктов ПОЛ является МДА, отражающий активацию процессов перекисидации липидов. Накопление этого продукта ведет к стимуляции реакции ПОЛ, что в свою очередь нарушает мембранный транспорт. МДА служит маркером ряда патологических состояний, характеризующихся активацией данной системы. Из приведенных в таблице данных видно, что у больных с легкой степенью