

рмах суглобових розладів або захворювань не-
можливо. В кожній окремій клінічній ситуації слід
обирати індивідуальні методи відновлення стану
м'язово-суглобового апарату в комплексі загаль-
носоматичного лікування. У зв'язку з цим ми

пропонуємо методику підбору оклюзійних шин,
які рекомендуємо застосовувати при неспецифі-
чних запальних і дистрофічних захворюваннях
СНЩС.

Таблиця 1

Тип шини	Мета застосування	Конструктивні особливості
Роз'єднуючі	Профілактика анкілозування суглобів, зняття перевантаження в суглобах	Роз'єднання в межах фізіологічного спокою, збереження можливості горизонтальних зміщень нижньої щелепи
Центруючі (репозиційні)	Профілактика анкілозування суглобів, відно- влення симетрії рухів суглобових голівок, зняття перевантаження меніску	Може мати похилі площини, накусувальні площини, різну товщину зліва і справа

Таким чином, ортопедичне лікування захо-
рювань СНЩС дає позитивні наслідки лише при
урахуванні стану оклюзії та загальносоматично-
го лікування.

Література

1. Morris S. Clark, D.D.S., Carrie Britton, B.S. Bilateral Tem-
poromandibular Joint Dysfunction With Arthritis.
<http://attorneysmedicalservices.doereport.com>

2. Картавцева Н.Г., Каливрадзян Э.С., Пшеничников
И.А., Хондкрян Т.В.. Особенности окклюзионных вза-
имоотношений зубных рядов при диагностике заболе-
ваний височно-нижнечелюстных суставов. Каф. орто-
педической стоматологии ВГМА им. Н.Н.Бурденко
3. В.А.Хватова. Функциональная окклюзия в норме и па-
тологии. – М., 1993. – С. 107-146.

Реферат

ОККЛЮЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС

Новиков В.Н.

Ключевые слова: окклюзионная коррекция, дистрофические заболевания, ВНЧС.

В статье предлагается анализ перестройки окклюзионных взаимоотношений при хронических дис-
трофических процессах в височно-нижнечелюстном суставе. Выбор шины должен проводиться только
после комплексного исследования состояния ВНЧС с учетом суставных, мышечных и окклюзионных
факторов, а также общесоматической патологии.

Summary

OCCUSAL CORRECTION UNDER CHRONIC DYSTROPHIC DISEASES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Novikov V.N.

Key words: occlusal correction, dystrophic disease, temporomandibular joint.

The paper centered around the reconstruction of occlusal interrelation under dystrophic processes in
temporomandibular joint. A splint should be matched after the complex examination of temporomandibular
joint condition taking into account articular, muscular and occlusal factors as well as the presence of sys-
temic pathology.

УДК 616. 314 -76 -77

МЕТОД ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ЗНАЧНІЙ АБО ПОВНІЙ РУЙНАЦІЇ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ

Рибась О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*В статті автором представлена проблема відновлення коронкової частини багатокореневих
зубів. Ця проблема є дискусійною і актуальною на сьогодні. У літературних джерелах запропо-
новано багато варіантів вирішення проблеми дивергенції каналів коренів але в кожному з них є
свої недоліки. Методом, запропонованим автором, було проведено лікування 12 хворих з частко-
вою або повною руйнацією коронок багатокореневих зубів, і в жодному випадку ускладнень після
протезування не виявлено. Результатом лікування було досягнення доброї фіксації покривної
конструкції, структура кукової вкладки передбачала перерозподіл жуваального тиску на всі
корені, що є більш природним.*

Ключові слова: багатокореневі зуби, кукова вкладка, дивергенція.

При значній руйнації коронкової частини зу-
бів, коли неможливе їхнє відновлення пломбу-
ванням, використанням вкладок або напівкоро-

нок, застосовуються різні конструкції незнімних
протезів, які фіксуються в каналі кореня за до-
помогою штифта. Про виготовлення та застосу-

вання таких конструкцій існує багато робіт вітчизняних та закордонних авторів [1, 2, 6, 12, 13].

При значному або повному руйнуванні коронкової частини зубів численні автори [7, 8, 9] пропонують застосовувати литі куксові штифтові вкладки з покривною конструкцією для відновлення фронтальної групи зубів. В якості покривної конструкції ці автори використовували металеві, пластмасові, керамічні, металокерамічні та металопластмасові коронки. Така конструкція, констатують автори, може бути використана в якості опори для мостоподібних протезів та при необхідності є можливість заміни, не вилучаючи литої куксової вкладки з каналу кореня. Ці позитивні якості литих куксових вкладок з покривною конструкцією сприяють все більш широкому застосуванню їх в стоматологічну практику при повній руйнації коронкової частини передніх зубів.

Ортопедичне лікування дефектів та деформацій зубних рядів при руйнуванні коронкової частини жувальних зубів залишається однією з складних проблем стоматології.

Зыбин О. [7] застосовуючі литі куксові штифтові вкладки, вважає, що для відновлення зруйнованих зубів під коронки кращого, ніж індивідуальне литво не існує.

Саакян Ш.Х. [10, 11] для відновлення зруйнованих передніх зубів верхньої та нижньої щелепи застосовувала куксові коронки, які складаються з штучної кукси з штифтом та покривної коронки. Ця конструкція, як вважає автор, має ряд позитивних якостей: вона більш міцна та краще фіксується в каналі кореня; при руйнації коронок покривну конструкцію можна замінити; вона більш естетична; при конструюванні литої куксової вкладки можна змінити напрямок надясеневої частини її по відношенню до кореневого штифта.

Вивчаючи питання вибору кращого технічного метода припасовки вкладок та коронок, автори робіт [14, 15, 16] дійшли висновку, що необхідно не тільки співпадання контурів виливок контурам підготовленого зуба, але й дотримання паралелізму при обробці стінок порожнини зуба.

Нами було проведено лікування пацієнтів з зруйнованою коронковою частиною багатокореневих зубів (рис. 1) із застосуванням литої куксової штифтової вкладки (рис. 2) за власною методикою [3].



Рис. 1. Зруйнована коронкова частина багатокореневого зуба



Рис. 2. Литя штифтова куксова вкладка багатокореневого зуба

В процесі протезування використовувались всі корені та канали, устя яких виходили в порожнину зуба. В зв'язку з їх дивергенцією (рис. 3) ми зіткнулись з рядом труднощів, стосовно розташування штифтів та рівномірного розподілу жувального тиску на всі корені.





Рис. 3. Дивергенція каналів багатокореневих зубів

Спочатку виконуємо перевірку стану запломбованих каналів та проводимо препарування кореневої поверхні (некротомія, вирівнювання за допомогою кореневого фейсера) з утворенням по периметру кореня уступу під штучну коронку нижче ясеневого краю (рис. 4).



Рис. 4. Стан пломбування кореневих каналів багатокореневого зуба

Проводимо розробку кореневих каналів на 2/3 їх довжини. Виконують моделювання двох штифтів для найменш прохідних каналів (медіальний щічний, дистальний щічний – для верхніх та медіальний вестибулярний, медіальний оральний – для нижніх молярів) так, щоб їх надкореневі частини були паралельні ходу найбільш прохідного каналу, за допомогою пристрою для визначення паралельності вісей кореневих каналів багато кореневих зубів, власної конструкції – мікропаралелометру [5].

Під його контролем встановлюють литі штифти в найменш прохідні канали та фіксують їх склоіономірним цементом. Моделюють куксову частину вкладки, виконану суцільнолитотою з конусоподібним штифтом в найбільш прохідний канал і встановлюють її таким чином, щоб надкореневі частини вже встановлених штифтів найменш прохідних каналів точно збігалися з пазами на оберненій до кореня куксовій частині вкладки, які виконані паралельно до найбільш прохідного каналу.

Знімаємо відбитки: комбінований – основний, анатомічний – допоміжний. Виконуємо припасовку ковпачка [3, 4] та встановлюємо металокерамічні або металопластмасові коронки (рис. 5).



Рис. 5. Зафіксована куксова штифтова вкладка у багатокореневому зубі

Запропонованим способом проліковано 12 пацієнтів.

Таким чином ми досягли доброї фіксації, куксова вкладка мала на своїй зовнішній поверхні цілісну форму, потребувала мінімуму матеріалу для фіксації, перерозподіляла тиск на всі корені, що є більш природнім. Зараз ведеться спостереження за відновлювальними процесами в щелепно-лицевій ділянці після протезування відновлених зубів за власною методикою.

Література

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А. и др. Замещение дефектов зубов и зубных рядов несъемными протезами.- Смоленск- 1995.- 175с.
2. Герасимчук П.Г. Обгрунтування та розробка способу відновлення кукси зруйнованої коронки зуба за допомогою стандартних штифтових конструкцій. Автореферат дис. канд. мед. наук. – Львів. – 1987. – 15 с.
3. Деклараційний патент України № 6211 від Рибась О.В., Рибась А.В., Король М.Д., Король Д.М. Спосіб відновлення коронкової частини багатокореневих зубів.
4. Деклараційний патент України № 6212 Куксова штифтова вкладка для багатокореневих зубів./ Рибась О.В., Рибась А.В., Король М.Д., Король Д.М.
5. Деклараційний патент України № 6213 Пристрій для визначення паралельності осей каналів багатокореневих зубів. /Рибась О.В., Рибась А.В., Король М.Д., Король Д.М.
6. Жулев Е.Н., Несъемные протезы: Теория, клиника и лабораторная техника. - Нижний Новгород. – 1995. – 365с.
7. Зыбин О. Восстановление корней зубов литыми корневыми вкладками // Стоматология. – 1999. - № 3. – С. 43-45.
8. Кузьменков А. Н. Протезирование металлокерамическими штифтовыми конструкциями при разрушении зубов ниже уровня десны // Диагностика и лечение воспалительных и дистрофических заболеваний челюстно-лицевой области. – Смоленск. – 1988. – С. 126-128.
9. Маликов К.С., Тиллаходжаев С.Р. и др. Опыт применения литых штифтовых вкладок при полном разрушении коронковой части зуба // Материал научной конференции стоматологов. – Ташкент. – 1998. – С. 176-180.

10. Саакян Ш.Х. Непосредственные и отдаленные результаты применения культовых коронок // Стоматология. – 1984. - №1. С. 70-72.
11. Саакян Ш.Х. Применение штифтовых вкладок с эстетическим покрытием при полном разрушении коронковой части зубов: Дисс... канд. мед. наук.- М. – 1984.- С. 44-96.
12. Bastos M.T., Mondelli J., Ishikiriyama A., Navarro M.F., Tensile strength of five types of retention for resin-bonded prostheses // J. Prosth. Dent. – 1991. – Vol. 66.-№ 6. –P. 759-762.
13. Crispin B. J. A Longitudinal clinical study of bonded fixed partial dentures // J. Prosthet. Dent.- 1991.-Vol. 66- P. 336-342;)
14. Керн М. Адгезивные мостовидные протезы. Квинтэссенция: Стоматологический ежегодник. – 1992. – С.123-130.
15. Kerschbaum T., Haastert B., Marinello C.P. Risk of debonding in three-bonded fixed partial dentures // J.Prosth. Dent. – 1996. – Vol. 75.-№3. – P. 248 – 253.
16. Miara P., Touati B. A pin-assisted retention technique for resin-bonded restorations // Pract. Periodontics Aesthet. Dent. – 1992. – Vol.4.-№7.- P. 21-27.

Реферат

МЕТОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ИЛИ ПОЛНОМ РАЗРУШЕНИИ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ

Рибась А.В.

Ключевые слова: багатокореневі зуби, куксова вкладка, дивергенція.

В статье автор раскрывает проблему восстановления коронок многокорневых зубов. Эта проблема дискуссионная и является актуальной. В литературных источниках предложено много вариантов решения проблемы дивергенции каналов корней, но в каждом из них есть свои недостатки. Методом, предложенным автором, было проведено лечение 12 больных с частичным или полным разрушением коронок многокорневых зубов, и осложнений после протезирования не выявлено. Результатом лечения было достижение хорошей фиксации покрывной конструкции, структура культовой вкладки предусматривал перераспределение жевательного давления на все корни, что более естественно.

Summary

METHOD OF ORTHODONTIC TREATMENT UNDER CONSIDERABLE OR COMPLETE CROWN DESTRUCTION OF MULTIROOTED TEETH

Rybas' A.V.

Key words: multirooted teeth, interlocking inlay, divergence.

The paper focuses on the problem of crown reconstruction of multirooted teeth. This problem is considered to be rather urgent and open to question. Many ways of root canal divergence are offered in the literature, but each of them has its own disadvantages. 12 patients with partial or complete crown destruction of multirooted teeth were treated with the method developed by the author, and no complications were observed. The results of the treatment were the proper fixation of covering construction, because the structure of interlocking inlay provides for disproportionating of mastication stress upon all the roots that is more natural.

УДК [616.314-77:615.843]-07

ГАЛЬВАНОЗ: УТРУДНЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ

Остапченко І.І., Сенчакович Ю.В. Хавалкіна Л.М.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

З появою в зуболікарській практиці металевих протезів у стоматологів і їхніх пацієнтів з'явилися і нові проблеми: на стороннє тіло (зубний протез або пломбу) організм багатьох пацієнтів реагував негативно. Більшість сучасних конструкційних матеріалів для виготовлення вкладок і зубних протезів не є індиферентними для організму людини. При цьому пацієнти скаржаться на присмак металу, печіння і пощипування язика, зміни смакової чутливості, рясне слиновиділення або, навпаки, сухість у роті, першіння в горлі. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів за 2002-2005 роки звернулись 461 пацієнт з подібними скаргами. При цьому діагноз гальваноз при направленні не був встановлений. Більшість пацієнтів замінили ортопедичні конструкції. Нами були ретельно проаналізовані матеріали та розроблений бланк консультативного висновку при обстеженні хворих із проявами гальванозу в порожнині рота.

Ключові слова: гальваноз, діагностика.

З появою в зуболікарській практиці металевих протезів у стоматологів і їхніх пацієнтів виникли і нові проблеми: на стороннє тіло (зубний протез або пломбу) організм багатьох пацієнтів реагував негативно. З'явилися ускладнення, викликані внесенням у порожнину рота біологічно

несумісних металів або їхніх сплавів. Більше 100 років тому, було зроблене припущення, що механізм впливу металевих включень, поміщених на тривалий час у порожнину рота людини, призводить до порушення нормального функціонування організму. Наслідки, що спостерігаються:

* Робота є фрагментом теми: „ Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження тканин пульпи, періодонту та пародонта” державний реєстраційний № 0104V004411. Строк виконання: 2004 – 2008рр.

скарги пацієнтів на погіршення стану здоров'я, істотна зміна хімічного складу слини, інтенсивне руйнування самих протезів. Результат "боротьби" між живим організмом і металом - захворювання пацієнтів на гальваноз.

Нагадаємо, як влаштоване хімічне джерело струму. Якщо у водний розчин лугу, кислоти або солі занурити дві пластинки з металів із різними електродними потенціалами, то між цими металами виникне електрорушійна сила (е.р.с.). Замкнувши між собою зовнішнім провідником занурені пластини, можна спостерігати, що через цей провідник потече електричний струм. Е. р. с. вимірюється у вольтах, електричний струм – в амперах. Електродні потенціали металів визначені стосовно стандартного електродного потенціалу водневого електрода при нормальному тиску $101,325 \text{ Н/м}^2$ і температурі $+25^\circ\text{C}$. Потенціал водневого електрода приймається рівним 0 В. Розчин лугу, кислоти або солі в хімічних елементах прийнято називати електролітом. Величина е.р.с. такого хімічного джерела залежить від : 1. матеріалів електродів і розташування їх в електрохімічному ряді напруг; 2. концентрації розчину електроліту; 3. природи розчинника в самому електроліті. При оцінці рН середовища (слини), у якій знаходяться зубні протези, необхідно враховувати властивості вимірюваного розчину тому, що в протилежному випадку можна одержати значення рН, що суттєво відрізняються від справжніх. Шкали рН для водних розчинів можуть значно відрізнятися одне від одного. Наприклад, для H_2O (вода) вся шкала дорівнює 14 одиницям; для CH_3OH (метиловий або деревний спирт) шкала дорівнює 16,9; для $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH}$ (етиловий спир-) – 19,3; HCOOH (мурашина кислота) – 6,1; NH_3 (аміак) – 32,7 одиниці.

У гальванічних елементах зі складними електролітами на величину генерованої е.р.с. більший вплив робить не значення концентрації в розчинах іонів водню, а активність цих іонів у самому електроліті. Її позначають у вигляді рН. Для розчинів, вказаних вище, шкали рН розташовуються в такому вигляді :

$$\text{H}_2\text{O} - \text{pH} - 0...14;$$

$$\text{CH}_3\text{OH} - \text{pH} - -3,7...+13,6;$$

$$\text{C}_2\text{H}_5\text{OH} - \text{pH} - -4,2...+15,1;$$

$$\text{HCOOH} - \text{pH} - -8,6...-2,5;$$

$$\text{NH}_3 - \text{pH} - +16,4...+49,1.$$

Цей приклад переконує, що тільки в водних розчинах лугів, кислот і солей показники рН за своїми значеннями збігаються. Ще складніше стоїть питання з визначенням рН для електролітів з домішками органічних неводних розчинників.

Хімічний склад слини. Відомо також, що хімічний склад слини постійно змінюється. Змінюється відповідно і рН: від 6,15 до 8,42 [10]. Звертаємо особливу увагу на те, що в даному випадку виміри рН визначали концентрацію іонів водню, а не їх активність. Але ж саме активність іонів найбільше впливає на розвиток е.р.с. Розвинена водневим електродом е.р.с. визначається за формулою: $E = -2,30259 \times RT/F \times \text{pH}$, Де: R – універсальна газова постійна, $R = 8,31441 \text{ Дж/моль} \cdot \text{Д}^-$; T – термодинамічна температура, Д⁻; F – енергія Гельмгольца; рН – концентрація у водному розчині іонів водню. З формули видно, що розвинена е.р.с. залежить від температури і рН.

Не останнє місце займає питання електропровідності слини. Склад сплавів для зубних протезів.

Для виготовлення зубних протезів використовують кобальто-хромові, срібно-паладієві сплави; нержавіючі сталі; сплави на основі золота, платини та ін. До їхнього складу входять метали: хром, нікель, залізо, титан, марганець, молібден, кремній, кобальт, паладій, цинк, срібло, золото та ін. Перелічені метали відрізняються один від одного своїми хімічними, електрохімічними, фізичними, механічними властивостями. Як правило, при виплавленні зубних протезів, коли метали знаходяться в рідкому стані, молекули одних металів проникають у кристалічні решітки інших, утворюючи стійкі стани. Але так буває не завжди. Відповідно до законів фізики, при сплавленні металів з різною щільністю більш легкий "спливає" на поверхню більш важкого. Кристалічні решітки сплаву виходять нерівномірними, між окремими ділянками різних металів утворюється гальванічна пара. Потрапивши в розчин електроліту (слини), такий сплав починає розвивати е.р.с., що і є однією з причин виникнення гальваноза.

На сьогоднішній день немає чіткого визначення, яким чином вимірюються електричні параметри (напруга, струм) при гальванозі. Часто обмірювані параметри не відповідають фактичним даним, бо з позицій електротехніки, будь-який гальванічний елемент володіє своєю е.р.с. і внутрішнім опором. У діагностиці гальваноза, саме по внутрішньому опору, можна безпомилково визначити відносну площу поверхні і ступінь поразки корозією металевих протезів. Не завжди величина е.р.с. є основним чинником для видалення з порожнини рота такого протеза. Необхідно в першу чергу обумовити, якими приладами проводилися виміри і які характеристики були в цих приладах при проведенні вимірів. Що ж стосується безпосередньо виміру струму між окремими металевими протезами, то справа тут ось у чому: чим вище чутливість стрілочного приладу, тим більш масивна в нього ру-

хлива система (рамка зі стрілкою) і тим більший час потрібно для встановлення стрілки на вимірювану величину через велику інерційну масу. При зниженні внутрішнього опору приладу знижується його чутливість, погіршуються результати вимірів. Як же знизити ступінь ризику захворювання гальванозом? Насамперед при виготовленні зубних металевих протезів користуватися тільки чистими матеріалами і сплавами. На кожному технологічному етапі суворо дотримуватися рекомендацій виробника дентальних матеріалів. Якість полірування також має вплив на величину електричних потенціалів. Були взяті три зразки однакової форми (опуклої без лунок), обсягу і ваги сплавів з однієї виплавки. Усі три зразки були поміщені в електроліт. Зроблено виміри е.р.с., що розвивається зразками. Розкид значень вимірів не перевищував 0,1 мВ. Далі один зразок полірувався механічним способом, другий - електрохімічним, третій зразок - неполірований, залишився в якості еталонного. Після полірування контролювалися чистота поверхні обох зразків і величини мікронерівностей. Після ретельного очищення всіх трьох зразків кожний з них окремо був поміщений у розчин електроліту. Зробили виміри е.р.с., що розвивається зразками, компенсаційним методом приладом із власним внутрішнім опором більш 500 Ом у діапазоні 50 мВ. Результати експериментів показали, що еталонний (неполірований) зразок розвивав найвищу власну внутрішню е.р.с.; полірований механічним способом зразок також розвивав е.р.с., у 7,3 рази меншу в порівнянні з еталонним зразком; і, нарешті, останній, третій зразок розвивав е.р.с., у 16,2 рази меншу в порівнянні з еталонним.

За результатами експерименту був зроблений висновок щодо зразків: 1. неполірований зразок через нерівності поверхні, наявності мікротріщин на поверхневому шарі, неоднорідності кристалічних решіток показав найгірші результати. 2. На двох полірованих зразках поверхневі електричні потенціали істотно знизилися. 3. Різниця у вимірах між полірованими зразками пояснюється тим, що при однакових механічних параметрах (блиск, шорсткість) механічне полірування ніби "зализує" поверхню, при цьому в деяких місцях залишилися затягнутими мікротріщини інших елементів. 4. Полірування механічним способом видаляє з поверхні зразка окисний шар, у той час як при електрохімічному способі цей шар залишається неушкодженим. 5. за наявності в металевих виробках внутрішніх порожнин різниця між полірованими різними способами виробами повинна зрости. Тому, обов'язково робити 100 % ретельне полірування металевих зубних протезів, кращий вид полірування - електрохімічне, бо після такого виду по-

лірування металевих протезів істотно знижується ризик виникнення гальванозу.

Клінічні прояви непереносимості металевих зубних протезів

Найчастіше застосовуються незнімні протези зі сплавів металів при ортопедичному лікуванні хворих з дефектами зубів і зубних рядів, аномаліями і деформаціями зубощелепної системи. Ці протези виконують не тільки функціональну, але й естетичну функцію. Однак при всій важливості зубного протезування необхідно враховувати, що при його здійсненні в порожнину рота вводяться і знаходяться в ній протягом тривалого часу сторонні тіла, виготовлені з матеріалів, не властивих для організму людини.

Металеві включення в 4—11% випадків у хворих викликали неприємні відчуття у вигляді суб'єктивних симптомів. Пацієнти скаржились на присмак металу, печію, пощипування і поколювання язика, зміни смакової чутливості, відчуття різних присмаків (гіркоти, кислоти), рясне слиновиділення, або, навпаки, сухість у роті, першіння в горлі, оскому на зубах, почервоніння і набряклість слизової оболонки рота та м'яких тканин обличчя (півік, носа, губ, щік).

При розташуванні металевих протезів і пломб на зубах-антагоністах у момент змикання щелеп можуть виникати болі змикаючого характеру, — подчуття "удару струмом". Ці відчуття бувають більш виражені з ранку і значно слабшають після їжі. Гостра і солоня їжа може викликати посилення цих явищ. Нерідко відмічають головні болі, запаморочення, слабкість, швидка стомлюваність, нудота, блювота, розлади травлення, порушення сну, біль в серці.

Таблиця №1

№ п/п	Діагноз при направленні	Діагноз консультанта
1.	Стоматит	гальваноз
2.	Захворювання СОПР	гальваноз
3.	Грибковий стоматит	гальваноз
4.	Чорний волохатий язик	гальваноз, чорний волохатий язик
5.	Парестезія	гальваноз, парестезія
6.	Глосит	гальваноз
7.	Червоний пласканий лишай	гальваноз
8.	Ерозивний стоматит	гальваноз
9.	Кандидоз СОПР	гальваноз
10.	Десквамативний глосит	гальваноз, десквамативний глосит

На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів на консультативний прийом за 2002-2005 роки звернулись 461 пацієнт із різноманітними скаргами і діагнозами. Діагноз гальваноз при направленні не був встановлений.

Об'єктивні прояви непереносимості металевих включень можуть бути найрізноманітнішими. Відзначено зв'язок між металевими зубними протезами і різними патологічними станами сли-

зової оболонки. У пацієнтів, які користуються зубними протезами, можуть розвиватися вогнища хронічного запалення, характерні для лейкоплакії. Поверхня вогнища має насичений червоний колір, покрита шаром зроговілого епітелію білого кольору. Можуть утворюватися ерозії і тріщини, які дуже повільно загоюються. Такі зміни можливі не тільки при великих незнімних протезах, але навіть при металевих пломбах і мікропротезах. Автори [5,13,14,15] спостерігали в осіб з металевими вклученнями в порожнині рота хейліти, глосити, лейкоплакії, червоний плосканий лишай. Вони відзначили, що видалення металевих вклучень призводить до значного поліпшення при тому ж медикаментозному лікуванні.

Металеві вклучення в порожнині рота також впливають на кількісний і якісний склад слини. При великих дефектах зубних рядів рівень секреції її різко падає, тривала відсутність зубів викликає пригноблення секреторної функції слинних залоз, порушення процесів мінералізації, які нормалізуються після протезування. Змінюється активність ферментів змішаної слини. Особливо це стосується хромонікелевої нержавіючої сталі, що знижує активність обох трансаміназ і лактатдегідрогенази, але підвищується активність кислотої фосфатази [4]. У осіб, що мають у порожнині рота металеві коронки та амальгамові пломби, різко змінюється склад мікроелементів твердих тканин зубів, причому зміни стосуються також зубів, розташованих на протилежній стороні. 40% хворих, що користуються металевими зубними протезами, скаржаться на наявність симптомомкомплексу явищ гальваноза.

Виникнення мікрострумів у порожнині рота і зв'язаних з ними ускладнень пояснюються наявністю в порожнині рота 2 або декількох сплавів металів з різномірними кристалічними решітками. Клінічними спостереженнями встановлено, що патологічні зміни в порожнині рота виникають і при користуванні протезами з однорідних металів. Проведені виміри різниці потенціалів виявили, що в ряді випадків е.р.с між сталевими протезами значно вищі, ніж у сполученнях золото-сталь. Існує думка, що гальванічні струми виникають у результаті порушення технології виготовлення протезів, що призводить до корозії сплавів. Продукти корозії (залізо, мідь, марганець, хром та ін.) надходять у порожнину рота, накопичуються в слині, шлунковому соку, крові, сечі, тканинах організму.

Наявні клінічні спостереження свідчать про те, що в порожнині рота піддаються корозії в основному широко використовувані в стоматології нержавіючі сталі різних марок і амальгамові пломби. Продукти руйнування металів можуть викликати алергічну реакцію. Чим більше в роті металу і паяних з'єднань, тим значніша кількість

металів, що виділяється в слину. Золото, яке застосовується для зубного протезування через наявність домішок піддається корозії, інтенсивність якої залежить від складу сплаву і наявності в порожнині рота протезів з інших металів. Вважається, що електрохімічні процеси, які відбуваються в порожнині рота при наявності металевих вклучень, можуть сприяти алергічним проявам. Як алергени виступають окисли металів, особливо міді. Механізм виникнення алергії може бути представлений таким чином: іони металів, які проникають крізь слизову оболонку порожнини рота, з'єднуються з білками і перетворюються в повноцінні алергени. З'єднання металів, що утворюються з білками, таким чином, не тільки здатні до реакції антиген-антитіло, але й самі стимулюють вироблення антитіл. Найбільш виражені алергенні властивості мають хром, нікель. Алергічний стоматит може супроводжуватися функціональними порушеннями з боку нервової системи: дратівливістю, безсонням, емоційною лабільністю, канцерофобією, а також загостренням хронічних холециститів, гастритів, колітів. Особливо слід зазначити, що в розвитку патологічного процесу велике значення має реактивний стан організму: хронічні захворювання, умови праці і побуту, мобільність нервової системи, алергізація організму, стан імунної системи. Поряд з ускладненнями в порожнині рота відзначаються зміни в інших органах і системах. У хворих спостерігаються різні прояви захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки, невралгічні розлади при наявності в порожнині рота протезів зі сталі та золота.

Утруднення в діагностиці виникають за рахунок відсутності відповідного оснащення (гальванометрів), незнання методиками визначення гальванічних струмів та незнання клінічних проявів гальванозу, їх подібності до інших захворювань. Ми розділяємо точку зору щодо необхідності урахування усіх факторів впливу металевих зубних протезів на тканини органів порожнини рота й організм у цілому з урахуванням достовірних методів діагностики.

Реабілітація хворих з явищами непереносимості матеріалів зубних протезів містить у собі: діагностику, лікування, профілактику і прогноз.

Симптоми, які найчастіше зустрічалися у цих хворих були: металевий присмак — 45%, парастезії у виді печії і пощипування кореня язика або його бічних поверхонь, слизової оболонки щік, піднебіння — 19%, неприємне відчуття "важкості" і оскоми- — 11%, відчуття гіркоти і кислуватого присмаку — 10%, сухість у порожнині рота — 8%, відчуття "струму" — 7% .

Симптоми непереносимості до металевих протезів виникали в різні терміни. Зазвичай протягом першого місяця, або через рік-два після ортопедичного лікування.

Діагностика непереносимості матеріалів зубних протезів базувалася на скаргах і анамнезі, лабораторних дослідженнях — визначенні рН слини, її в'язкості й електропровідності, електрохімічних потенціалів і смакової лабільності рецептів язика, а також на аналізах слини, сироватки й еритроцитів венозної крові.

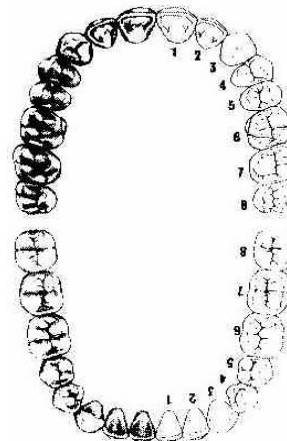
461 хворому, що звернулися на консультативний прийом, був встановлений діагноз гальваноз: 245 хворим замінили протези з нержавіючої сталі на протези зі срібно-паладієвого сплаву і золота, у 198 хворих видалені пломби з амальгами. Всі пацієнти пройшли курс медикаментозного лікування.

Дані клініко-лабораторних досліджень через 1,5 місяця показали, що у 441 пацієнта скарги зникли повністю, у 12 були скарги на присмак металу тільки ранком і у 8 - залишалися без змін. У віддалений термін спостереження (1,5—2-роки) — загострень і рецидивів захворювання не було.

Таким чином, для встановлення достовірного діагнозу - гальваноз, необхідно застосовувати сучасні методи діагностики (в тому числі за Фолем), з урахуванням загального стану здоров'я пацієнта. Ретельно аналізувати отримані дані. Для цього нами розроблений бланк консультативного висновку, якій доцільно використовувати при обстеженні хворих із проявами гальваноза в порожнині рота.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра післядипломної освіти лікарів - стоматологів
Консультативний висновок

Лікуючому лікареві _____
Консультований хворий _____
Об'єктивно _____



t°порожнини рота _____
рН слинної рідини _____
Діагноз консультанта _____

Рекомендовано _____

Лікар консультант _____
Дата _____

Література

1. Аміраєв У. А., Рузуддинов С. Метали в ортопедичній стоматології: Метод, рекомендації в допомогу медичним працівникам. — Фрунзе, 1980. — С. 56
2. Батирь В. И. Роль металевих зубних протезів у змінній змісту мікроелементів слини. Автореф. дис. .с. канд. мед. наук., 1972.
3. Жнивин Ю. Е. Вплив зубних протезів на активність ферментів слизової оболонки порожнини рота: Дис.-канд.-мед. наук. —, 1974.
4. Кудинов Г. А. Значення ортопедичного лікування при деяких хронічних захворюваннях порожнини рота: Дис.канд. мед. наук. — М., 1966. 15. Курляндський В. Ю., Гожа Л. Д., Широкова Ш. Д. // Стоматологія. — 1976. — №5.-С.57-60.

Реферат

ГАЛЬВОНОЗ: ЗАТРУДНЕННЯ В ДІАГНОСТИКЕ
Остапченко И.И., Сенчакович Ю.В., Хавалкина Л.М.
Ключевые слова: гальваноз, диагностика.

С появлением в стоматологической практике металлических протезов у стоматологов и их пациентов появились и новые проблемы: на инородное тело (зубной протез или пломбу) организм многих пациентов реагировал негативно. Большинство современных конструкционных материалов для изготовления вкладок и зубных протезов не являются индифферентными для человеческого организма. При этом пациенты жалуются на привкус металла, жжение, пощипывание языка, изменение вкусовой чувствительности, обильное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, першение в горле. На кафедре последипломного образования врачей-стоматологов за 2002-2005 года обратился 461 пациент с подобными жалобами. При этом диагноз гальваноз при направлении не был установлен. Большинство пациентов заменили ортопедические конструкции. Нами были тщательно проанализированы материалы и разработан бланк консультативного вывода при обследовании больных с проявлениями гальваноза в полости рта.

Summary

GALVANOSIS: DIAGNOSTIC IMPEDIMENTS

Ostapchenko I.I., Sentchakovitch Yu.V., Havalkina L.M.

Key words: galvanosis, diagnosis

The use of metal dentures in dental practice gives rise to new problems of dentists and their patients: organisms of many parents have negative responses to foreign matters (dentures or fillings). The most of up-to-date materials used in making inlays or dentures are not indifferent to the human body. As a rule patients complain of the taste sensitivity changes, hyposalivation, and vice versa sensation of oral dryness, scratchiness. About 461 patients concluded specialists of dental postgraduation department about similar complaints. But galvanosis at the admission to the department was not made. The most patients changes their orthopedic appliances. We have thoroughly analysed materials which are commonly used and created a special form which is filled on under the examination of patients with sings of galvanosis in oral cavity.

УДК 616.314 – 089.28 + 616.31418 –002.4

МЕТОДИКА ВИГОТОВЛЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ЗУБО-НАЯСЕНЕВОЇ КАПИ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Ткаченко І.М.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

В статті описана спроба підвищити якість комплексного лікування тканин пародонта за рахунок застосування індивідуальної зубо-ясеневі шини. При її використанні ми намагалися об'єднати терапевтичні та ортопедичні етапи лікування захворювань тканин пародонта.

Ключові слова: індивідуальна зубо-ясенєва капа, пародонтит, комплексне лікування, ортопедичне лікування тканин пародонту, потреба в лікуванні.

Проводячи обстеження та лікування пацієнтів, які звернулися за ортопедичною допомогою, ми звернули увагу на велику кількість хворих, які мають патологію тканин пародонта. За нашими спостереженнями майже 80 відсотків пацієнтів старших 40 років, з якими ми працювали, мали зміни у тканинах пародонта, які були виражені в більшій чи меншій мірі. Приведені нами результати співвідносяться з даними літературних джерел [5,9].

В більшості випадків пацієнти не ставили на перший план зміни, що стосуються тканин пародонта, але спостерігалися нарікання на косметичний дефект зубного ряду у зв'язку зі зміною положення зубів, болісні відчуття при пережовуванні їжі, рухливість окремих зубів чи груп зубів, збільшення вертикальних розмірів зубів за рахунок їх висунання із альвеолярної кістки, оголення шийок зубів, у деяких випадках чутливість до температурних та хімічних подразників. Заглиблюючись у висунуті пацієнтом жалоби, зібравши анамнез життя, провівши загальне, місцеве та додаткове обстеження разом з ортопедичним діагнозом, у зв'язку з яким було звернення до клініки, додатково виставляли діагноз хронічного генералізованого пародонтиту I, II чи III ступеню тяжкості, який навіть в деяких випадках був першочерговим.

Оцінюючи результати проведеного обстеження ми намагалися підібрати адекватне, комплекс-

не лікування з використанням засобів етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії. Захворювання тканин пародонту мають чітку симптоматику, про яку не раз згадувалося – виражена глибина зубоясенної кишені, резорбція кісткової тканини і як наслідок – рухомість зубів (вираженість симптоматичного гінгівіту) [2,7].

Принцип індивідуалізації лікування ґрунтується на обов'язковому вивченні індивідуальних особливостей місцевого та загального стану організму хворого і передбачає:

- етіотропну терапію, спрямовану на знешкодження причинних факторів;

- патогенетичну терапію, яка діє на патогенетичний ланцюжок запально-деструктивного процесу;

- саногенетичну терапію з використанням методів і засобів підвищення захисно-приспосувальних механізмів.

Усунення місцевих подразнюючих факторів та антибактеріальна терапія являються головними, обов'язковими компонентами комплексної терапії пародонтита.

Другим за необхідністю ми виділяли ортопедичне лікування, головна задача якого – повернення жувальному апаратові акомодативної спроможності, забезпечення цілісності зубного ряду та усунення рухливості зубів. Імобілізація окремих зубів або групи зубів, вирівнювання

* Робота є фрагментом ініціативної науково-дослідної теми кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава) "Особливості третинної профілактики захворювань зубощелепної системи із застосуванням нових патогенетичних підходів та технологій", номер державної реєстрації 0197 У 02016420.

оклюзійної площини та силових взаємовідношень між зубними рядами шинуючими апаратами або шинуючими протезами – один із провідних методів у комплексі лікувальних заходів на різних стадіях ураження пародонта. Для комплексного лікування захворювань пародонта й адекватної реабілітації хворих запропоновані спеціальні методи, які можна поділити на такі групи [4]:

- перерозподіл жувального навантаження шляхом ортодонтичного лікування аномалій та деформацій жувального апарату;
- безпосереднє протезування;
- тимчасове протезування;
- ортопедичне лікування із постійним шинуванням.

За ортопедичного лікування тканин пародонта необхідно: перерозподілити жувальне навантаження серед зубів, що залишилися; зняти з окремих зубів або з групи зубів надлишкове навантаження (травматичний вузол), утворене в зв'язку з видаленням зубів або їх супра- (інфра-) оклюзією; відтворити функціональну єдність зубного ряду, з'єднати окремі групи зубів у єдину систему; відтворити стан відносного спокою порушеного пародонта та усунути патологічну рухомість зубів, що залишилися [3].

У разі прогресування захворювання відбувається функціональна та морфологічна дисоціація зубних рядів, виникають передчасні контакти зубів та груп зубів [1,6]. Це вимагає обов'язкового пришліфування зубів, наукові основи якого викладені в роботах В. Jankelson, де запропонований метод статичного пришліфовування, при якому передчасні контакти зубів-антагоністів діагностують у положенні центральної оклюзії.

Дуже цікавим на нашу думку є питання про поєднання окремих етапів терапевтичного та ортопедичного лікування захворювань тканин пародонту. Зі сторони терапевтичної стоматології – внесення лікарських препаратів для лікування захворювання та забезпечення їх пролонгованої дії, а зі сторони ортопедичної стоматології – розробка методів додаткового шинування зубних рядів верхньої та нижньої щелепи. При цьому і додаткова шинуюча конструкція і пристрій для внесення та утримання лікарських препаратів повинні бути зручними у виготовленні та використанні як для пацієнта, так і для лікаря-стоматолога.

Тому метою нашої роботи можна вважати розробку та впровадження у лікувальний процес індивідуальної зубо-наясеневої капи для комплексної допомоги при захворюванні тканин пародонта.

Для виконання поставленої мети ми проводили обстеження 18 пацієнтів, які мали захворювання тканин пародонту. Вік пацієнтів складав від 34 до 65 років. У групі пацієнтів, яку ми досліджували, 12 осіб були представницями жіночої статі, решта – чоловічої. Превалювання жі-

нок у дослідній групі ми пояснюємо більш ретельним ставленням останніх до проблем косметики зубних рядів та порожнини рота в цілому. Для контролю під нашим наглядом знаходилось 10 пацієнтів з встановленим діагнозом хронічного генералізованого пародонтиту I-III ступеню у яких проводилось традиційне лікування.

Лікування захворювань тканин пародонта проводилось за загальноприйнятою методикою, включаючи терапевтичне, ортопедичне і за потребою хірургічне лікування. Для утримання досягнутого результату ми пропонували додатково виготовляти пацієнтам з патологією тканин пародонта індивідуальні зубо-наясеневі капи. Виготовлення кап складалося із кількох послідовних етапів.

1. Перед виготовленням капи ми вважали за необхідне провести зняття зубних відкладень, та провести профілактичну чистку зубів із зняттям поверхневих забруднень.

2. У доступній формі дати пояснення пацієнту про методику застосування капи та догляду за нею. Найбільш ефективним на нашу думку є режим використання запропонованої капи протягом ночі.

3. Знімали повні анатомо-функціональні відбитки з верхньої та нижньої щелепи, при цьому відбитковий матеріал повинен був чітко відображати границі перехідної складки.

4. Після відливки моделі по анатомо-функціональному відбитку наносили межі майбутньої капи. На нашу думку для досягнення кращого результату межі майбутньої капи повинні розташовуватися у нейтральній зоні.

5. За допомогою світлотвердіючої смоли UL-TRADENT LC BLOK-OUT формували резервуари в капі. Наносили шар матеріалу товщиною приблизно 0,5 мм, якого буде достатньо для розміщення лікарських препаратів. Товща смоли не наносилась у ділянки межі капи, для забезпечення більш щільного прилягання її країв до слизової оболонки.

6. В вакуумному формувальнику розігрівали лист пластику і наносили на підготовлену модель. Після її охолодження та підрізання по заданим межах перевіряли щільність прилягання до слизової оболонки. Слабим пламенем горілки загладжуються краї капи на моделі.

Такі капи ми виготовляли всім 18 пацієнтам які знаходились під нашим наглядом. За рахунок нанесення ізолюючої смоли створювались проміжки між капою та слизовою оболонкою саме в ділянці зубо-наясеневої кишені, яка при патології тканин пародонта є головним об'єктом дії лікарських речовин. За рахунок щільного прилягання країв капи до нейтральної зони та до ріжучих країв зубів можемо думати про пролонговану дію лікарських засобів, які будуть внесені всередину капи для лікування захворювання. Лікарські речовини не контактують з ротовою рідиною і тому концентра-

ція їх не падає протягом досить довгого проміжку часу. Так як капа виготовлена із прозорого матеріалу, пацієнти мають можливість користуватися нею, за потребою, навіть вдень.

В якості наповнювача для кап ми рекомендували використовувати гель для ясен – Метрогіл-Дента та препарат Куріозин, фармацевтичної фірми Гедеон-Ріхтер. Вибір наповнювача для капи залежить від загального стану організму і від особливостей протікання патологічного процесу в тканинах пародонту. За необхідності, якщо у конкретного пацієнта були проведені імунологічні дослідження, в якості лікарської речовини можливе використання препаратів імунокорегуючої та імуностимулюючої дії [8,10].

За рахунок достатньої щільності капи, яка виготовлена в залежності від індивідуальних особливостей зубних рядів, її можна використовувати як додаткову ретенційну конструкцію. За допомогою капи проходить перерозподіл жувального навантаження між зубами, що залишилися. В якості шинуючої конструкції капою можна користуватися і вдень і вночі, як з використанням лікарських препаратів так і без них.

Таким чином при застосуванні нашої індивідуальної капи ми досягли:

1. Пролонгованої дії лікарських препаратів, які використовуються для лікування захворювань тканин пародонта.
2. Можливості використовувати різні лікарські засоби.
3. Застосування капи в якості додаткової шинуючої конструкції для зубних рядів верхньої та нижньої щелепи.
4. Зручності у використанні даної капи. За нашими спостереженнями пацієнти мали змогу користуватися нею і вдень і вночі.
5. Можливість використовувати дану капу самостійно у домашніх умовах в цілях профілактики стоматологічних захворювань.
6. Гігієнічності та простоти у догляді.

Обстеження пацієнтів, які знаходились під нашим наглядом проводилось кожні 3 місяці. При оглядах оцінювалася кількість зубних відкладень, ступінь запального процесу у тканинах пародонту, стан шинуючої конструкції, якщо проводилось шинування.

В результаті проведеного лікування з додатковим застосуванням запропонованої індивідуальної капи можемо зробити висновок про збільшення терміну ремісії у пацієнтів, які додатково використовували запропоновані нами капи. Зважаючи на все вищезазначене ми рекомендуємо використовувати дану конструкцію як додатковий метод при комплексному лікуванні захворювань тканин пародонта.

Література

1. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая периодонтология. - СПб: Питер Пресс, 1995. – 272 с.
2. Горбачева И.А., Кирсанов А.И. Общесоматические аспекты патогенеза и лечения генерализованного пародонтита // Стоматология. – 2001. - №1. – С. 26-34.
3. Громов О.В. Имобилизация подвижных зубов при пародонтите и включенных дефектах зубных рядов // Стоматология. - 1991. - №6. - С. 78-80.
4. Громов О.В. Роль различных шинирующих конструкций на этапах комплексного лечения больных генерализованным пародонтитом: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / Днепропетровский мед. ин-т. – Д., 1990. – 13с.
5. Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – К.: Здоров'я, 2000. – 264 с.
6. Драгобецкий М.К. Избирательная шлифовка зубов // Стоматология. - 1984. - №2. - С. 86-87.
7. Журбанський В.Д., Рафалюк І.Я., Кулій І.В. Комплексне лікування хворих пародонтитом середнього і тяжкого ступеня // Новини стоматології. - 1996. - №2,3. - С. 41-42.
8. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в ткани пародонта / Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Рогова М.А., и др. // Иммунология. – 2000. - №6. – С. 24-26.
9. Павлова В.М. Визначення активної потреби населення в ортопедичній допомозі при захворюваннях тканин пародонту // Вісник стоматології. - 1995. - №1. - С. 57-58.
10. Рабинович О.Ф., Пинегин Б.В., Рабинович И.М. Современные возможности иммунокорректирующей терапии заболеваний слизистой оболочки рта // Клиническая стоматология. – 2002. - №1. – С. 68-69.

Реферат

МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗУБО-ДЕСНЕВОЙ КАПЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Ткаченко И.М.

Ключевые слова: индивидуальная зубо-десневая каппа, заболевания тканей пародонта, комплексное лечение, ортопедическая помощь.

В статье рассмотрена проблема лечения различных форм пародонтитов с использованием индивидуальной зубо-надесневой каппы, которая является одновременно приспособлением для внесения в очаг поражения лекарственных средств и шинирующей конструкцией которая обеспечивает стабильность зубов как на верхней так и на нижней челюстях.

Summary

TECHNIQUE OF INDIVIDUAL DENTOGINGIVAL APPLIANCE IN COMPLEX TREATMENT OF PARODONTAL TISSUE DISEASES

Tkatchenko I.M.

Key words: individual dentogingival appliance, parodontal tissue diseases, complex treatment, orthodontic service.

The paper is devoted to the treatment of various forms of parodontitis applying individual dentogingival appliance,. This appliance is helpful to introduce medicines into the focus of infection and is a splinting construction providing upper and lower jaw teeth fastness as well.