

УДК 616-089.168:616.-089.843

## КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПРОТЕЗУВАННЯ КОМБІНОВАНИМИ ШТАМПОВАНО-ПАЯНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ ЗА ЗАПРОПОНОВАНОЮ ТЕХНОЛОГІЄЮ ЇХ ВИГОТОВЛЕННЯ

Вищий державний  
навчальний заклад України  
"Українська медична  
стоматологічна академія"

В.Г.Лиштва

Незнімні конструкції мають значні переваги порівняно зі знімними протезами [1, 10], оскільки вони передають жувальний тиск на опорні структури зубів і відновлюють таким чином жувальну ефективність до 100%, мають невелике протезне ложе, до них швидше настає адаптація [2, 8].

Сучасне ортопедичне лікування хворих передбачає не тільки усунення дефектів зубного ряду, а й корекцію форми та кольору штучних зубів із використанням нових методик їх виготовлення.

Останнім часом різко підвищилися вимоги як до самого методу протезування, так і до естетичних якостей зубних протезів [7].

Удосконалення незнімних конструкцій зубних протезів здійснюється в різних напрямках шляхом розробки нових матеріалів і технологій виготовлення [3, 4, 5, 6, 9].

Нами запропонована методика нанесення ретенційних пунктів із рідкого скла з метою якісного нанесення і фіксації облицювального матеріалу на штамповано-паяний мостоподібних протез.

Етапи виготовлення комбінованого штамповано-паяного мостоподібного протеза проводяться з урахуванням нанесення ретенційних пунктів із рідкого скла, що запропоновано автором.

За запропонованою методикою виготовлено 43 мостоподібні протези 21 пацієнту, що складає 38,4% загальної кількості конструкцій зубних протезів.

23 пацієнтам було проведено ортопедичне лікування з виготовленням 69 штамповано-паяних мостоподібних протезів за загальноприйнятою методикою, а це склало 61,6% загальної кількості протезів. Фіксацію виготовлених мостоподібних протезів у дослідних групах проводили цементом "Унице" фірми "Влад-Мива" (Росія).

Усього виготовлено і зафіксовано 112 штамповано-паяних мостоподібних протезів, опорними зубами яких були ікла, премоляри та моляри верхньої і нижньої щелеп. За пацієнтами спостерігали протягом трьох років. Основною скаргою всіх пацієнтів було косметичне невдоволення станом зубів та погане пережовування їжі.

Використання незнімних протезів призводить до втручання у біологічну рівновагу щелепно-лищевої системи та організму в цілому.

До місцевих травматичних причин, які викликають запалення крайового пародонта, належать дефекти протезування: 1) коронка глибоко просунена під ясна; 2) надлишок цементу, який потрапляє в зубоясенний жолобок та в міжзубні проміжки; 3) якість матеріалу, який застосовується для облицювання мостоподібних протезів.

Тому слизова оболонка не залишається байдужою до незнімних конструкцій зубних протезів. Навіть виконана за всіма правилами, штучна коронка викликає зміни слизової оболонки ясенного краю, не кажучи про ті випадки, коли вона широка або глибоко просувається в ясенний жолобок.

Для виявлення запалення слизової оболонки крайового пародонта у хворих, яким були виготовлені комбіновані штамповано-паяні незнімні протези, використовували розчин Шіллера-Писарєва.

Клінічну оцінку стану тканин крайового пародонта та якості протезування проводили в різні терміни користування незнімними протезами, а саме: через 24 год. після фіксації, через 7 діб та через 1 місяць.

У першій дослідній групі, пацієнтам якої виготовляли штамповано-паяні мостоподібні протези за загальноприйнятою методикою, спостереження через 24 год. після фіксації незнімних конструкцій на цемент "Унице" проба Шіллера-Писарєва була слабо позитивною (+) у 15 пацієнтів, що становить 65,2%; позитивною (++) - в 4 пацієнтів, що становить 17,4%; різко позитивною (+++) - також у 4 пацієнтів (17,4%).

Через 7 днів після фіксації протезів у цій групі слабо позитивну (+) пробу виявляли в 47,8%; позитивну (++) - в 3 пацієнтів, що становило 13,0%, і 8,7% пацієнтів мали різко позитивну пробу (+++).

Через 1 місяць спостереження запалення слизової оболонки крайового пародонта в першій дослідній групі значно знизилася, слабо позитивна проба (+) була в трьох пацієнтів, що становило 13,0%, проти 65,2% через 24 год. після накладання протезів; проба була позитивною (++) та різко позитивною (+++) по одному пацієнту відповідно, що складає по 4,3%.

Через 24 год. після фіксації штамповано-паяних мостоподібних протезів, виготовлених за запропонованою методикою (2 дослідна група), слабо позитивну (+) пробу виявляли в 47,6% пацієнтів проти 65,2% пацієнтів першої дослідної групи. Два пацієнти (9,5%)

мали позитивну (++) реакцію слизової оболонки, а в першій дослідній групі цей показник становив 17,4%. Різко позитивною (+++) проба Шіллера-Писарева в цій групі становила 4,8% проти 17,4% у першій групі.

Після фіксації мостоподібних протезів, виготовлених за власною методикою, через 7 діб слабо позитивна (+) проба була виявлена в 4 пацієнтів, що становило 17,4% проти 47,8% у першій дослідній групі. Позитивну (++) реакцію слизової оболонки спостерігали в одного пацієнта, а це становило 4,8%, майже втричі нижче за показник у першій дослідній групі. Різко позитивної (+++) проби Шіллера-Писарева в другій дослідній групі через 7 днів спостереження не виявлено.

Треба зазначити, що через 1 місяць після фіксації незнімних мостоподібних протезів, виготовлених за власною методикою, слабо позитивної (+), позитивної (++) і різко позитивної (+++) реакції слизової оболонки крайового пародонта опорних зубів не спостерігалось.

Отже, ступінь і тривалість запальних процесів слизової оболонки крайового пародонта опорних зубів залежать від якості виготовлених комбінованих мостоподібних конструкцій зубних протезів та матеріалу для облицювання зубних протезів. Як показали наші дослідження, тривалість запальних процесів слизової оболонки крайового пародонта опорних зубів, на які були зафіксовані незнімні протези, була значно меншою в пацієнтів, яким виготовили зубні протези за запропонованою методикою.

Найближчі та віддалені результати лікування оцінювали за розробленими нами критеріями якості протезування штучними коронками (Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 21349 від 23.07.2007 р.) безпосередньо після фіксації протезів, а також через тиждень, рік та 2 роки. Критерії якості були такі: анатомічна форма поверхні протеза, анатомічна форма краю протеза, крайове забарвлення, структура поверхні, кольоростабільність; оклюзія.

Для кожного критерію виділили три ступеня оцінки: «А» – «відмінно», «В» – «задовільно», «С» – «незадовільно», де показники «А», «В» означали придатність протеза до експлуатації, а «С» – необхідність його заміни.

Загальну оцінку «відмінно» - „А” ставили, коли анатомічна форма протеза відповідала груповій належності зуба, антропологічному типу, віку й індивідуальним особливостям пацієнта; були наявні контактні пункти; край протеза плавно переходив до тканин зуба і межа переходу на візуальному й інструментальному огляді була відсутня; крайове забарвлення не виявляло; поверхня протеза була гладенька, блискуча і мікрорельєфна; колір відповідав колірним та індивідуальним ознакам; порушень оклюзії не було.

Оцінку «задовільно» - „В” ставили, коли виявляли незначну невідповідність анатомічної форми чи контактного пункту; недостатність чи надлишок товщини краю протеза по вертикалі; при зондуванні відчувалась межа переходу, але щілина була відсутня; визначалося незначне світло-жовте забарвлення; поверхня протеза в деяких ділянках сприяла відкладанню зубного нальоту; діагностували невідповідність тону кольору, яка задовольняла пацієнта; фіксували порушення оклюзії, які піддавалися корекції в порожнині рота.

Протези оцінювали на «незадовільно», якщо навіть за одним із критеріїв він отримав оцінку «С». А саме: значна невідповідність анатомічної форми чи порушення контактного пункту, що призводять до травми пародонта; наявність щілини при зондуванні; пігментація жовтого або коричневого кольору; тріщина або відкол поверхні облицювання коронки; невідповідність тону кольору, що потребує переробки; порушення оклюзії, яка призвела до розвитку травматичної та не піддається корекції в порожнині рота.

Як показали результати досліджень першої дослідної групи пацієнтів (23 пацієнти), яким виготов-

Таблиця 1

Результати клінічної оцінки якості протезування мостоподібними протезами

Термін огляду	Групи	Кількість хворих		Кількість протезів		Загальна оцінка за всіма критеріями (%)		
		абс.	%	абс.	%	А	В	С
Первинний	1	23	52,3	69	100	69 (100)	-	-
	2	21	47,7	43	100	43 (100)	-	-
Усього		44	100	112	-	112	-	-
Через тиждень	1	23	52,3	69	100	69 (100)	-	-
	2	21	47,7	43	100	43 (100)	-	-
Усього		44	100	112	-	112	-	-
Через рік	1	19	82,6	65	94,2	61 (93,8)	4 (6,15)	-
	2	20	95,2	41	95,3	39 (95,12)	2 (4,9)	-
Усього		39	88,6	106	94,6	100 (94,3)	6 (5,7)	-
Через два роки	1	18	78,2	62	89,9	59 (95,2)	2 (3,2)	1 (1,6)
	2	19	90,5	39	90,7	38 (97,4)	1 (2,6)	-
Всього		37	84,1	101	90,2	97 (96,04)	3 (2,9)	1 (0,9)

Примітки: 1 - кількість хворих у відсотках розрахована відносно загальної кількості; 2 - кількість протезів у відсотках розрахована до кожної групи окремо.

ляли комбіновані штамповано-паяні зубні протези за загальноприйнятою методикою, на огляді, відразу, а також через тиждень після їх фіксації, за критеріями анатомічної форми поверхні та краю протеза, крайовим приляганням, крайовим забарвленням, структурою поверхні, кольоростабільністю, оклюзією всі 69 протезів відповідали оцінці „А” - „відмінно”.

У другій дослідній групі пацієнтів (21 пацієнт), яким виготовляли незнімні комбіновані штамповано-паяні зубні протези за запропонованою методикою, також 100% протезів відповідали оцінці „А” - „відмінно” (таблиця 1).

Через рік у першій дослідній групі пацієнтів (19 пацієнтів) проаналізовано 65 (94,2%) протезів і виявлено, що оцінці „А” - „відмінно” відповідає 93,8% протезів, тоді як у другій групі пацієнтів цей показник становить 95,12%.

Оцінку „В” - „задовільно” отримали 4 (6,15%) протези в пацієнтів першої групи і 2 (4,9%) - в пацієнтів другої дослідної групи, де по лінії контакту „зуб - цемент - протез” виявляли світло-жовте крайове забарвлення. За критеріями анатомічної форми поверхні та краю протезів, структурою й оклюзією ці протези відповідали показнику „А” - „відмінно”.

Треба зазначити, що через рік оцінка „С” - „незадовільно” за всіма критеріями не була виставлена жодному протезу як у першій, так і в другій групах.

Через 2 роки в першій дослідній групі пацієнтів (18 пацієнтів) було проаналізовано 62 (89,9 %) протезів, а в другій групі - 39 протезів, що становить 90,7% загальної кількості протезів, виготовлених пацієнтам цієї групи.

Оцінці „відмінно” за всіма клінічними критеріями відповідало 59 (95,16%) протезів першої групи і 38 (97,4%) протезів другої групи.

Оцінку „В” - „задовільно” отримали 2 (3,2%) протези першої групи і 1 (2,6%) протез другої дослідної групи, де при зондуванні відчувалася межа переходу „протез - зуб”, але щілина була відсутня. За іншими критеріями ці протези відповідали показнику „А” - „відмінно”.

У першій дослідній групі 1 протезу (1,6%) була виставлена оцінка „С” - „незадовільно”, в якому спостерігали відкол пластмаси по краю.

Усього в двох групах через 2 роки проаналізовано та оцінено 101 протез, що склало 90,2 % загальної кількості виготовлених протезів.

Дворічні клінічні спостереження за пацієнтами дослідних груп, яким відновлювали дефекти зубних рядів комбінованими незнімними штамповано-паяними зубними протезами, показали відмінну якість за всіма критеріями в 95,16% протезів у першій групі і 97,4% - у другій групі пацієнтів. Отримані позитивні результати лікування можна пояснити відмінними фізико-механічними і естетичними властивостями протезів, виготовлених за запропонованою методикою їх виготовлення.

Отже, позитивні результати лікування пацієнтів незнімними комбінованими штамповано-паяними зубними протезами дозволяють рекомендувати запропоновану нами методику виготовлення в практичну стоматологію.

## Література

1. Абакаров С. М. Современные конструкции несъемных протезов / Абакаров С.М.-М.: Высшая школа, 1994. - 65 с.
2. Варес Э.Я. Нуждаемость населения в зубных протезах / Варес Э.Я. // Стоматология. - 1983. - №2. - С. 79-80.
3. Варес Э.Я. Изготовление цельнолитых зубных протезов / Варес Э.Я., Нагурный В.А. - Львов, 1992. - 123 с.
4. Гризодуб В.И. Усовершенствованный способ изготовления металлокерамических конструкций: преимущества и целесообразность / Гризодуб В.И., Голубничий А.П., Иванищенко Л.А. // Современная стоматология. - 2000. - №3. - С.68-69.
5. Іванищенко Л.О. Види ускладнень при протезуванні фарфором і металокерамікою та шляхи їх уникнення / Іванищенко Л.О., Гризодуб В.І., Голубничий О.П. // Актуальні питання ортоп. стомат. - Полтава, 1996. - С. 27 - 30.
6. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии / Копейкин В.Н.-М.: Триада-Х, 1998. - 174 с.
7. Маланчук В.А. О методологических подходах к эстетике в ортопедической стоматологии / Маланчук В.А., Безик В.И. // Вісн.стоматології. - 1997.-№3.-С.422-425.
8. Павленко О.В. Потребна в зубному протезуванні хворих соматичних відділень стаціонарів м. Івано-Франківська / Павленко О.В., Рожко М.М. // Праці ІХ респ. конф. молодих учених-медиків. - Полтава, 1988. - С.141-142.
9. Радько В.М. Усовершенствованная технология изготовления непосредственных несъемных цельнолитых зубных мостовидных протезов: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 / В.М. Радько. - Львов, 1983. - 16 с.
10. Jenson N.J., Thomason J.M., Steele J.O. The influence of denture design on patient acceptance of partial dentures // British Dent. J. - 1995. -Vol.178, N 8. -P.296-300.

Стаття надійшла  
4.07.2008 р.

## Резюме

Автором представлені результати клінічних досліджень в різні строки спостереження пацієнтів, яким виготовлені комбіновані штамповано-паяні зубні протези, фіксацію обличовки яких проводили на ретенційних пунктах із жидкого скла. Представлені результати реакції слизової оболонки з допомогою проби Шиллера-Писарева і клінічних критеріїв оцінки якості виготовлення зубних протезів, на що отримано „Свідчення про реєстрацію авторського права на промисел” № 21349 от 23.07.2007 г.

**Ключевые слова:** ретенційні пункти, штамповано-паяний протез, обличовка протезів, жидкое стекло, критерії оцінки якості.