

Abstract. Bone conditions around abutment tooth is one of the criteria for choosing an orthopedic prosthesis. Those can be estimated only by auxiliary radiological methods.

The initial changes of jaws cortical plate destruction before its complete destruction, cannot be visualized with help of orthopantomography, and pathological changes can only be observed in the mesiodistal areas of the interdental *septa*.

Dentists often use panoramic zonography in their practice, without paying attention to such important indicator as bone resorption near the abutment teeth in *vestibular-oral direction*.

The *vestibular-oral* projection of a cone-beam computed tomography (CBCT) indicates the bias of using a two-dimensional image to obtain an accurate X-ray picture of alveolar bone conditions and to assess functional state of studied abutment teeth.

Panoramic zonography (medial, distal) was used to assess the bone destruction level around all sides of supporting teeth in the frontal and lateral sites. Detailed study of indicators in vestibular-oral direction was conducted in sagittal projection. A dental tape-measure was used as a tool.

We analyzed bone destruction/resorption of about 80 teeth, which were planned as an abutment teeth for non-removable metal-ceramic constructions. The gender was not taken into account when entering the resorption rating table. Bone resorption levels were compared between experimental groups. The feature was determined after comparison of the CBCT- numerical values of bone resorption around future abutment teeth for metal-ceramic prostheses in frontal and lateral sites of dentition. The feature was presented with the increased levels of alveolar bone destruction exactly in *vestibular-oral direction of frontal and lateral jaws sites*. It was concluded that CBCT is only appropriate method for timely detection of such changes and prognosis of orthopedic treatment duration.

Key words: orthopantomography, cone-beam computed tomography, *metal-ceramic* bridge dentures, abutment teeth.

Рецензент – проф. Новіков В. М.
Стаття надійшла 25.11.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-241-243

УДК 616.314–026.372–089.22

Король М. Д., Скубій О. М., Король Д. М., Черевко Ф. А., Давидова О. В.

ШИНУВАННЯ ЗУБІВ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЇХ РУХОМОСТІ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

korolmd53@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом комплексних ініціативних тем кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології Української медичної стоматологічної академії: “Удосконалення ортопедичних методів профілактики та лікування вторинної адентії, патологічної стерності, уражень тканин пародонту та захворювань СНЩС у дорослих на тлі загальносоматичної патології”, державний реєстраційний № 0111U004872 та “Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, уражень тканин пародонту та СНЩС у дорослих”, № державної реєстрації 0117U000302.

Вступ. У літературних джерелах відомі способи шинування рухомих зубів при хронічних пародонтитах [1,2]. Ткаченко І.М. [3] запропонувала спосіб шинування рухомих зубів у хворих на хронічний генералізований пародонтит II та III ступеня тяжкості, яким передбачено препарування зубів, на які опирається конструкція та фіксацію рухомих зубів за допомогою суцільнолітотої внутрішньо каналної шини із застосуванням полімерного матеріалу подвійного твердіння, яка розміщується у безпосередньо підготовленій спеціальним способом порожнині зуба, в коренево-му каналі та коронці зуба.

Однак відомі способи мають недостатній ступінь ефективності, обумовлений значним препаруванням зубів, на які опираються конструкції, відсутністю проміжків між контактними пунктами зубів, що підлягають шинуванню та неможливістю застосування на зубах, які мають нахил або поворот навколо своєї осі. Перераховані недоліки можуть привести до відломів

коронки зуба, розколу кореня та незадовільної гігієни ротової порожнини [4-6].

Метою дослідження є розробка способу шинування рухомих зубів, досягти мінімального травмування навколишніх тканин (коронки зуба та кореня) за рахунок зменшення ступеню препарування зубів, забезпечити збереження проміжків між контактними пунктами зубів та підвищення ступеню стабілізації рухомих зубів.

Об'єкт і методи дослідження. Поставлене завдання вирішували створенням способу шинування рухомих зубів, що включає препарування зубів, на які повинна спиратися конструкція шини та фіксацію рухомих зубів укладанням шини. Препарування зубів виконували циліндричними борами у вигляді пазів або заглиблень на відстані 2-3 мм від ріжучого краю зубів, глибиною 1,5-2 мм, шириною близько 2 мм. Фіксацію рухомих зубів здійснювали з використанням самарій-кобальтових магнітів, які укладають на попередньо нанесений невеликими порціями у відпрепаровані порожнини зубів фотополімерний матеріал, приділяючи увагу точності співвідношення позитивного та негативного полюсів, при фіксації магнітів у порожнині зуба особливу увагу приділяють якісному відновленню контактних пунктів.

Результати дослідження та їх обговорення. Спосіб шинування рухомих зубів здійснюють наступним чином. Спочатку виконують препарування зубів на які повинна спиратися конструкція шини циліндричними борами у вигляді пазів або заглиблень на відстані 2-3 мм від ріжучого краю зубів, глибиною 1,5-2 мм, шириною близько 2 мм. Після підготовки порож-

нини для укладання магнітів проводять перевірку точності препарування у порожнині рота. Діаметр борів повинен перевищувати діаметр застосованих магнітів. Після перевірки точності препарування у відпрепаровані порожнини вносять фотополімерний матеріал невеликими порціями і, безпосередньо, в нього укладають магніти, приділяючи увагу точності співвідношення позитивного та негативного полюсів. Час дії світлового потоку на фотополімерний матеріал дорівнював 20 секунд на кожен нанесений шар фотополімерного матеріалу, товщина нанесеного матеріалу не повинна перевищувати 1,5 мм. При фіксації магнітів у порожнині зуба особливу увагу приділяють якісному відновленню контактних пунктів. Для цього використовують роздільні пластинки та клини різних розмірів. Обробка готової незнімної ортопедичної конструкції проводиться після полімеризації за загальноприйнятою технологією.

Запропонованим способом шинування рухомих зубів проліковано 37 пацієнтів різного віку із рухливістю зубів I-III ступеня.

Шинування рухомих зубів, запропонованим способом, значно покращує властивості незнімних шинуючих конструкцій та зменшує рухливість зубів, що сприяє значному покращенню гігієнічних умови ротової порожнини за рахунок відтворення контактних

пунктів між зубами та попереджаються відломи коронкової частини зубів та переломи кореня зуба за рахунок менш значного препарування.

Висновок. Запропонований спосіб можна використовувати у бічних ділянках зубного ряду, а також у зубах, які не є депульпованими. В більшості випадків даним способом можна шинувати зуби, які мають поворот навкруги своєї осі або нахил в язиковий, щічний та апроксимальний боки. Можливе застосування запропонованого способу як у фронтальній так і у бічних ділянках зубного ряду за умови рухливості зубів I-III ступеня та нахилі або повороті зубів навкруги своєї осі.

Перспективи подальших досліджень. Відомі способи мають недостатній ступінь ефективності, обумовлений значним препаруванням зубів, на які опираються конструкції, відсутністю проміжків між контактними пунктами зубів, що підлягають шинуванню та неможливістю застосування на зубах, які мають нахил або поворот навколо своєї осі. Перераховані недоліки можуть привести до відломів коронки зуба, розколу кореня та незадовільної гігієни ротової порожнини. Проблема шинування рухомих зубів залишається актуальною, а тому потребує подальшого вивчення.

Література

1. Hryzodub YeV, Hryzodub VI, Bok VI, vynakhidnyky; Kharkivska medychna akademiya pislyadyplomnoyi osvity. Sposib shynuvannya zubiv pry parodontyti. Patent Ukrainy № 18453 MPK A61C13/23. 2006 Lust 15. [in Ukrainian].
2. Solomatyn OB, Babov YeD, Mykhaylenko IO, Levitov OM, vynakhidnyky; Odeskyi derzhavnyi medychnyi universytet. Sposib shynuvannya bokovykh zubiv. Patent Ukrainy № 67189 MPK A61C13/23. 2004 Lyp 15. [in Ukrainian].
3. Tkachenko IM. Porivnyalna otsinka riznykh metodiv ortopedychnoho likuvannya khvorykh na khronichnyy heneralizovanyy parodontyt II ta III stupenya tyazhkosti [avtoreferat]. Poltava; 2003. [in Ukrainian].
4. Dzhams Belal. Ispolzovaniye magnitnykh sil v ortodontii [avtoreferat]. Kishineu; 2004. 21 s. [in Russian].
5. Rozhko MM, Nespryadko VP. Ortopedychna stomatolohiya. K.: Knyha plyus; 2003. 584 s. [in Ukrainian].
6. Rogozhnikov GI, Kazakov SV, Kirko IM, vynakhidnyky; Ustroystvo dlya magnitnoy fiksatsii syomnogo zubnogo proteza. Patent Rossii № 2188603. 2002 Sent 10. [in Russian].

ШИНУВАННЯ ЗУБІВ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЇХ РУХОМОСТІ

Король М. Д., Скубій О. М., Король Д. М., Черевко Ф. А., Давидова О. В.

Резюме. В роботі представлено спосіб шинування зубів з різним ступенем їх рухомості. Фіксацію рухомих зубів здійснювали з використанням самарій-кобальтових магнітів, які укладають на попередньо нанесений невеликими порціями у відпрепаровані порожнини зубів фотополімерний матеріал, приділяючи увагу точності співвідношення позитивного та негативного полюсів, при фіксації магнітів у порожнині зуба особливу увагу приділяють якісному відновленню контактних пунктів.

Шинування рухомих зубів запропонованим способом значно покращує властивості незнімних шинуючих конструкцій та зменшує рухливість зубів, що сприяє значному покращенню гігієнічних умови ротової порожнини за рахунок відтворення контактних пунктів між зубами та попереджаються відломи коронкової частини зубів та переломи кореня зуба за рахунок менш значного препарування.

Ключові слова: рухомість зубів, препарування, шинування, самарій-кобальтові магніти.

ШИНІРОВАНИЕ ЗУБОВ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИХ ПОДВИЖНОСТИ

Король М. Д., Скубий О. М., Король Д. М., Черевко Ф. А., Давыдова О. В.

Резюме. В работе представлен способ шинирования зубов с разной степенью их подвижности. Фиксацию подвижных зубов осуществляли с использованием самарий-кобальтовых магнитов, которые фиксируют на предварительно нанесенный небольшими порциями в отпрепарированные полости зубов фотополімерный материал, уделяя внимание точности соотношения позитивного и негативного полюсов, при фиксации магнитов в полости зуба особенное внимание уделяют качественному возобновлению контактных пунктов.

Шинирование подвижных зубов, предложенным способом, значительно улучшает свойства несъемных шинирующих конструкций и уменьшает подвижность зубов, которая способствует значительному улучшению гигиенических условий ротовой полости за счет воссоздания контактных пунктов между зубами и предупреждаются отломки коронковой части зубов, переломы корня зуба за счет менее значительного препарирования.

Ключевые слова: подвижность зубов, препарирование, шинирование, самарий-кобальтовые магниты.

SPLINTING OF TEETH WITH DIFFERENT MOBILITY DEGREE

Korol M. D., Skubiy O. M., Korol D. M., Cherevko F. A., Davydova O. V.

Abstract. The paper presents the splinting technique for teeth with different degrees of their mobility. Fixation of mobile teeth was carried out with samarium-cobalt magnets, which were placed on photopolymer material into previously prepared teeth cavities in small portions, considering the exact ratio of positive and negative poles; when fixing magnets in the tooth cavity, special attention is paid to the quality restoration of contact points.

The splinting technique for mobile teeth includes the following steps. The preparation of teeth which should support the splint is performed first with cylindrical burs in the form of grooves or depressions at the distance of 2-3 mm from the cutting edge of the teeth, 1.5-2 mm in depth and about 2 mm wide.

After the cavity preparation for magnets application, the accuracy of preparation in the oral cavity should be checked. The diameter of the burs should be greater than the diameter of the magnets used. Then, the photopolymer material is introduced into the prepared cavities in small portions and, directly, magnets are placed into it, considering the exact ratio of the positive and negative poles. The duration of the luminous flux on the photopolymer material was equal to 20 seconds for each applied layer of photopolymer material; the thickness of the applied material should not exceed 1.5 mm. Processing the finished fixed orthopedic construction is performed after polymerization according to the standard technology.

Splinting of the movable teeth based on the proposed method significantly improves the properties of fixed splinting structures and reduces tooth mobility, contributes to the significant improvement in the hygienic conditions of the oral cavity by reproducing the contact points between the teeth and prevents fracture of the crown part of the teeth and fractures of the tooth root due to less significant preparation.

Key words: tooth mobility, preparation, splinting, samarium-cobalt magnets.

*Рецензент – проф. Ткаченко І. М.
Стаття надійшла 14.11.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-4-2-147-243-245

УДК 617.51/53:611.77-089.168.1-003.92-042.2.616-073.4-8

Нагірний Я. П.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПЛАНУВАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ УСУНЕННІ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

sunnyolechka1@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом науково-дослідної роботи Української медичної стоматологічної академії МОЗ України: «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя, та профілактики утворення патологічних рубцевозмінених тканин», номер державної реєстрації 0114U001910, 2014-2018 рр.

Вступ. Профілактика і лікування келоїдних і гіпертрофічних рубців шкіри є важливим медико-соціальним завданням, оскільки вони викликають не тільки косметичні і функціональні порушення на обличчі й тілі, а й погіршують якість життя. Крім хірургічних методів лікування патологічних рубців існують різні ефективні терапевтичні методи: фізіотерапія, кріодеструкція, компресійні пов'язки, гормональна і ферментна терапія, Буккі-терапія, а також дермобразія і пілінг [1,2]. У клінічній практиці хірурга стоматолога досить часто існує проблема вибору оптимальної схеми лікування патологічних рубців, так як не завжди вдається розмежувати гіпертрофічні і келоїдні рубці, хоча в численних роботах наводяться їх основні патогномонічні ознаки [3,4].

Метою нашого дослідження є вдосконалення методів лікування рубців шкіри обличчя та шиї у відповідності з чітким проведенням диференційної діагностики рубцевозмінених тканин.

Об'єкт і методи дослідження. Досвід власної роботи при лікуванні 150 пацієнтів з рубцевими деформаціями обличчя і шиї, в основному після опіків,

травм і запальних процесів, дозволив накопичити і оцінити результати реабілітації в найближчі і віддалені терміни після травм і операцій. У даній роботі найбільшу увагу приділено терапевтичній підготовці до оперативного усунення рубцевозмінених тканин, консервативному лікуванню і профілактиці гіпертрофічних і келоїдних рубців в щелепно-лицевої ділянки. Статистична обробка даних проводилася за допомогою простого варіаційного ряду з використанням критеріїв Фішера та Стюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. При обстеженні і лікуванні хворих з рубцевими деформаціями обличчя нами виявлено фактор концентричного рубцювання при загоєнні опікових і післяопераційних ран навколо природних отворів обличчя. У середній і в нижній зонах обличчя рубці мають вид кільцеподібних тяжів або валиків, частіше гіпертрофічного та келоїдного характеру. Наявність таких рубців призводить до характерних анатомічних змін: вивертанню губ і кутів рота, мікростомії, епікантусу в кутах ротової щілини, м'язових контрактур, порушення рельєфу губ, щік, підборіддя і носа [5,6]. У випадках вибору переважно консервативного лікування рубцевих уражень, а також з метою підготовки до оперативного втручання ми, використовуємо наступну схему лікування патологічних рубців [7,8]. За класифікацією розрізняємо рубці: несформовані (ті, що формуються після травми або хірургічного втручання); незрілі і сформовані (з великим терміном після травми); і зрілі. Їх особливості пов'язані з наявністю або відсутністю несприятливих факторів: схильності до патологічного рубцювання, надмірно-