

© Неспрядько В. П., Кирилук В. В.

УДК 616. 314-007-77:615. 46

Неспрядько В. П., Кирилук В. В.

ВПЛИВ ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗУБІВ ТА НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ОРГАНИ І ТКАНИНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Національний медичний університет імені О. О Богомольця

(м. Київ)

Дана робота є фрагментом НДР «Етіологія, ортопедичне лікування і профілактика оклюзійних порушень зубощелепного апарату», № держ. реєстрації 0106U002347.

Клінічна картина часткової втрати зубів визначається безліччю факторів:

- причинами і давністю втрати зубів,
- кількістю і положенням зубів в зубному ряду,
- станом твердих тканин і пародонту зубів, що залишилися,
- видом прикусу,
- спадковістю,
- супутніми захворюваннями,
- віком і психоемоційним статусом пацієнта.

В альвеолярному відростку і тканинах пародонта зубів, які не мають антагоністів, виникають різні зміни морфологічного та обмінного характеру. Так, в беззубому альвеолярному відростку починають переважати атрофічні процеси, швидкість яких і індивідуальні особливості організму визначають стан опорних тканин протезного ложа [37,38].

Зеленская И. М. відзначила, що прискорений темп атрофії практично завжди супроводжується зміщенням вершини альвеолярного гребеня в ділянці передніх і бічних груп зубів в оральну сторону, що призводить до деформації лінії альвеолярних дуг [12]. На думку інших авторів [7,22] в залежності від ступеня атрофії альвеолярного відростка тип слизової оболонки варіює від щільної, мало податливої і гладкої, до пухкої, зміненої в кольорі, з поздовжніми або поперечними складками на вестибулярній або язичній поверхні.

Особливості видалення зубів також впливають на формування їх лунок [5]. Травма країв лунки, що виникає при видаленні зубів зі зруйнованою коронковою частиною, веде до утворення екзостозів. Одним з негативних факторів під час операції видалення зуба є пошкодження м'яких тканин, що оточують зуб, що зустрічається в 3,2% випадків [41].

Параскевич В. Л. зазначив, що значно уповільнює процеси регенерації кісткової тканини травматичне видалення зуба, в більшою мірою, якщо пошкоджена міжкоренева перегородка і кілька стінок лунки [21]. На остаточно анатомічну форму щелепи в ділянці

дефекту зубного ряду суттєво впливають стан видаленого зуба і пародонта, а також власне операція з видалення зуба [36]. Після екстракції зубів часто відбувається значна резорбція гребеня.

Периапікальне запалення, виражений маргінальний пародонти або травми часто викликають серйозні локальні деформації альвеолярного гребеня. Особливо це виражено при видаленні імплантату внаслідок незадовільної остеointegraції або переімплантиту.

При видаленні зубів порушується рівновага замкнутого ланцюга сил, які утримують зуби в стійкому стані і зберігають зубні ряди в артикуляційній рівновазі, що призводить до зміщення і нахилу зубів. Одночасно зі зміщенням зубів в сторону дефекту відбувається переміщення зубів-антагоністів, особливо інтенсивно протікає в осіб молодого віку [17]. Ці порушення найчастіше зустрічаються на нижній щелепі і посилюються зі збільшенням терміну, що пройшов з моменту видалення зуба [16]. При часткової втрати зубів пародонт збережених антагоністів знаходиться в стані більшої напруги, ніж в нормі, і, навпаки, пародонт інших не отримує належної функціонального навантаження. Це діє несприятливо на тканини опорного апарату, викликаючи в них явища дистрофії [27].

До вторинного переміщення зубів слід віднести зміну їх положення при дефектах зубних рядів, при пародонтопатії, одонтогенних пухлинах і функціонального перевантаження [31].

Найбільш типовими є наступні можливі напрямки руху зубів:

- вертикальне переміщення верхніх і нижніх зубів (одностороннє, двостороннє);
- взаємне вертикальне переміщення верхніх і нижніх зубів;
- дистальне і медіальне переміщення верхніх і нижніх зубів;
- нахил зубів у язиково-піднебінному та щічних напрямках;
- поворот зуба навколо осі;
- комбіноване переміщення, до якого відноситься віялоподібна розбіжність зубів при пародонтопатіях [31].

Л. В. Ильина Маркосян та В. А. Пономарьова розрізняють дві клінічні форми вертикального переміщення зубів при втраті антагоністів. При першій формі переміщення зуба супроводжується збільшенням коміркового відростка. Співвідношення поза- і внутрішньо альвеолярної частини зуба при цьому не змінюється, тобто спостерігається зубо-альвеолярне подовження. При другій формі висування зубів відбувається на тлі збільшеного альвеолярного гребеня, але з оголенням частини кореня зуба. Друга форма відповідає більш пізнім стадіям перебудови альвеолярної частини [31].

Відсутність функціонального навантаження на область дефекту зубного ряду сприяє атрофії альвеолярного гребеня щелепи і утворенню зубощелепної деформації, тобто атрофія від бездіяльності [21]. Найбільш інтенсивно резорбція кістки відзначається на ранніх стадіях атрофічного процесу. Seibert J. S виділив три класи атрофії альвеолярного відростка [40]:

Клас 1 – втрата ширини гребеня (щічно-язичний напрямок) з збереженням нормальної висоти (апикально-корональної напрямки).

Клас 2 – втрата висоти гребеня (апикально-корональної напрямки) з збереженням нормальної ширини (щічно-язичний напрямок).

Клас 3 – втрата кістки по ширині і висоті (в щічно-язичних і апикально-корональних напрямках).

Атрофічні процеси можуть посилюватися розвитком запальних процесів в лунці видаленого зуба [39]. Вони більш виражені при видаленні зубів на тлі деструктивних уражень, а також при вторинному загоєнні ран [32]. При цьому відзначається більш виражена деформація альвеолярного відростка. За даними Ashman R. B. після видалення зубів альвеолярний відросток атрофується на 40-60 %, звужується до вершини і переміщується в язичну сторону [34]. Цей процес не залежить від положення і кількості видалених зубів [30]. Найбільш інтенсивно резорбція кісткової тканини відзначається на ранніх стадіях атрофічного процесу.

Таким чином, оптимізація процесів регенерації кісткової тканини, раннє створення функції і дозоване навантаження на зуби, які залишилися є необхідною умовою після операції видалення зуба. Недолік кісткової тканини, дефекти альвеолярних відростків, виникають після видалення зубів, вимагають застосування спеціальних методів лікування (альвеолопластика, синус-ліфтинг та ін.) з використанням препаратів, що стимулюють остеогенез. За даними Щербаків А. С. у дорослих пацієнтів через 5-10 років після видалення зубів у 97-98 % випадків виявляється різного ступеня деформація щелеп, що закономірно веде до ослаблення функції зубів, що залишилися і знижує ефективність ортопедичного лікування [31].

Доведено, що при частковій втраті зубів відбувається порушення морфофункціонального стану опорного апарату зубів, що залишилися, перебудова жувальних м'язів і елементів скронево-нижньощелепного суглоба [29]. Заміщення дефектів зубних

рядів є основою профілактики захворювань зубощелепної системи, шлунково-кишкового тракту і позитивного впливу акту жування на вегетативні реакції організму [23].

Багатьма авторами зазначено, що мостоподібні протези при правильному плануванні та оптимальному використанні не викликають патологічних змін в пародонті і сприяють нормалізації оклюзійних взаємовідносин [10]. У роботах як вітчизняних [11], так і зарубіжних вчених [33,35] встановлено, що безпосереднє і раннє заміщення дефектів зубних рядів ефективніше і швидше відновлює обмінні процеси, нормалізує трофіку тканин альвеолярного відростка.

За допомогою штучних коронок і мостоподібних протезів відбувається відновлення цілісності зубних рядів, висоти прикусу, функції жування, мови, естетики. Однак, слід враховувати, що ортопедичний апарат в порожнині рота – це чужорідне тіло, яке впливає на тканини і середовища порожнини рота [8].

За даними Копейкіна В. Н. (1988) 80 % незнімних зубних протезів, що застосовуються в ортопедичній стоматології, продовжують залишатися штамповано-паяними. На його думку, штамповано-паяні конструкції зубних протезів чинять негативний вплив на органи і тканини порожнини рота більшою мірою, ніж будь-коли. Вони впливають на слизову оболонку, викликають явище гальваноза в порожнині рота, є причиною хейлітів, глоситів, лейкоплакід, парестезій.

Малий Ю. А. (1988) виявив судинні зміни в яснах опорних зубів. Колесова Т. В. (1999) виявила пролежні під тілом металокерамічних мостоподібних протезів в 31 % випадків (при сідлоподібній формі проміжної частини).

Думка більшості авторів сходиться на тому, що вплив практично всіх штучних коронок на тканини маргінального пародонту залежить від рівня розташування краю коронки і глибини її занурення під ясна. Якщо коронка не доходить до ясенного краю, то вона не робить негативного впливу на тканини пародонту. У даному випадку можливий естетичний недолік протеза. При під'ясенному розташуванні краю коронок виникають різні морфологічні зміни в м'яких тканинах крайового пародонту. Характер і ступінь виявленості патологічних змін в цих тканинах залежать від глибини просування коронки під ясна і щільності охоплення коронкою кореня зуба в пришийковій ділянці [19].

Патологічний вплив незнімних протезів на тканини пародонту може бути обумовлений не тільки глибоким просуванням коронок під ясна, надмірною товщиною і невідповідним контуром їх країв, сідлоподібної формою і щільним приляганням проміжної частини мостоподібних протезів до слизової оболонки ясен, але і функціональним переважанням пародонту опорних зубів. Переважання може бути обумовлене наявністю супраконтактів при різних видах оклюзії, нераціональної конструкції. Пластмасові та комбіновані коронки при щільному приляганні до слизової оболонки ясна є причиною

гінгівітів і пародонтитів. Набухаючи у вологому середовищі порожнини рота, пластмаса збільшується в об'ємі і здавлює тканини крайового пародонту, крім того, пластмаса є джерелом токсичного впливу через речовини, що входять до її складу.

Досі залишаються недостатньо вивченими функціональні властивості органів і тканин порожнини рота (секреторна функція слинних залоз, смакова чутливість рецепторів язика, больова і тактильна чутливість слизової оболонки ясен, мінеральна насиченість міжальвеолярних перетинок) при різному поєднанні конструкційних матеріалів і технологій зубних протезів, не вирішено питання сумісності матеріалів з органами порожнини рота і організмом в цілому.

Поодинокі роботи присвячені дослідженню тактильної і больової чутливості слизової оболонки при різних станах зубощелепної системи [2].

Стану смакової чутливості у осіб при різних конструкціях зубних протезів присвячені дослідження [28] про непереносимість до сплавів металів, що застосовуються у ортопедичній стоматології свідчить робота [3,6]. На виникнення гальванічних струмів при використанні штамповано паяних мостоподібних протезів і протезів з різнорідних металів вказують багато дослідників [3,15] про вплив матеріалів зубних протезів на органи, тканини і організм свідчать роботи Добеліс М. А [9].

В останні десятиліття значно зросла популярність суцільнолитих, в тому числі і металокерамічних протезів. Найчастішими ускладненнями при їх застосуванні є: каріозне руйнування твердих тканин зубів під короною, розцементування протеза і відколи фарфорового облицювання. Розцементування протеза (3,2 – 20% всіх ускладнень) починається в ділянці краю штучної коронки. У цьому ж місці розвивається і каріозний процес (25 – 70% ускладнень).

Край коронки відіграє також важливу роль у розвитку хронічного запалення маргінальних ясен – гінгівіту і пародонтиту [26]. Край штучної коронки і тканина зуба в ділянці межі препарування є своєрідною «слабкою ланкою» при ортопедичному лікуванні хворих незнімними протезами.

Розташування краю суцільнолитих коронок – один зі спірних питань у ортопедичній стоматології [42]. Дискусія йде про форми уступу, допустимої точності прилягання протеза до зуба і глибини його розташування [18].

Довготривалий успіх конструкції з металокераміки з урахуванням позитивних властивостей керамічного облицювання може бути тільки тоді, коли всі клінічні та лабораторні етапи будуть виконані з великою точністю і ретельністю. Велике значення при цьому слід надавати індивідуальним особливостям порожнини рота пацієнта [20].

Встановлено, що в середньому ширина щілини між куксою фантомного зуба і краєм литої коронки дорівнює 42 мкм. Численні роботи присвячені дискусійним питанням про розташування уступу по відношенню до ясенного краю.

На думку Sassen (1981) показанням для під'ясеневого препарування зубів і відповідного розташування краю коронки служать наступні фактори:

- 1) естетичні вимоги;
- 2) каріозне ураження зубів вище маргінального краю;
- 3) коротка коронкова частина зуба з невеликою ретенційною можливістю;
- 4) виготовлення протезів повторно при раніше проведеному під'ясеновому препаруванні.

Проведені автором дослідження показали, що в 30% всіх випадків край коронки може бути досить глибоко занурений в ясеневу щілину.

Під'ясеневе розташування краю коронки небажано з точки зору біології пародонта [25]. Такий тип коронок викликає локалізований гінгівіт, пов'язаний з тим, що між краєм коронки і структурами зуба є відстань від 25-119 мкм, де скупчуються залишки їжі, епітелію. Представляє інтерес дослідження авторів, які встановили, що при під'ясеновому одонтопрепаруванні значно збільшується кількість ясенного ексудату [24]. При над'ясеневій межі препарування ексудату значно менше [13].

Вельми дискусійними, крайніми, суперечливими підходами є форма і ступінь прилягання тіла металокерамічного мостоподібного протеза. У вирішенні цього питання багато авторів виходили з положення про абсолютну індиферентність порцеляни, що і стало підставою до застосування сідлоподібної форми [14].

На думку Каламкаррова Х. А. (1996) сідлоподібна форма тіла мостоподібних металокерамічних протезів у хворих із захворюваннями пародонту сприяє максимальному розвантаженню опорно-утримуючого апарату опорних зубів. Питання про проведення ретракції ясен з метою розширення ясенної борозни дискутується й донині. Незважаючи на значимість ретракції є численні суперечливі думки про її проведення. Насамперед це пов'язано з визначенням негативного впливу ретракції ясен на тканини маргінального пародонта [1].

Ступінь запальних уражень слизової оболонки залежить від топографії дефекту, конструктивних особливостей мостоподібного протезу, в тому числі від розмірів проміжної частини, матеріалу, з якого було виготовлено протез, і від стану опірних і зубів-антагоністів.

Ушкодження слизової оболонки відбувається також із-за контакту проміжної частини мостоподібних протезів із пластмасовим облицюванням з верхівкою альвеолярного паростка, внаслідок деформації згину, що розвивається під впливом жуваального тиску. Виражені зміни відзначають під дотичною і сідлоподібною проміжною частиною із пластмаси.

Морфологічні дослідження довели, що зміни в слизовій оболонці ясен, яка розміщена під промивною конструкцією мають невиражений характер чи зовсім відсутні. При тісному контакті мостоподібного протезу з дотичною проміжною частиною, зміни в слизовій оболонці виявлялися у вигляді потовщення

епітелію за рахунок збільшення об'єму клітин шипоподібного шару і збільшення кількості шарів. На поверхні слизової оболонки виявлено явища паракератозу. В епітелії визначається підвищений вміст РНК, а в цитоплазмі клітин шипоподібного шару – осередки глікогену.

Вибір конструкції протезу, кількості опірних зубів не завжди теоретично обґрунтований і проводиться емпірично, що призводить до помилок і, як наслідок, до руйнування зубного ряду.

Значну роль у розумінні суті функціонального навантаження зубів у системі мостоподібних протезів, визначення плану лікування має вивчення законів біомеханіки опірного апарату зуба в нормі і при патології [4].

В останні роки для досягнення цієї мети почали застосовувати математичні розрахунки. Це дало поштовх до розробки теоретичних основ конструювання мостоподібних протезів. Але, запропоновані

на основі теоретичних розрахунків, способи визначення функціональних можливостей пародонту дещо схематичні потребують доопрацювання.

Таким чином, теоретичні дослідження для вивчення основних біомеханічних процесів, що відбуваються в пародонті опірних зубів мостоподібних протезів при сприйнятті зубом функціонального навантаження, створення математичної моделі «пародонт – зуб – протез» є сучасними і актуальними.

Крім того, мостоподібні протези, виконуючи лікувальну функцію, викликають функціональні і морфологічні зміни в тканинах пародонту опірних зубів [24].

Проведений аналіз літературних даних дозволив констатувати, що і металокерамічні конструкції зубних протезів в тій чи іншій мірі впливають на тканини протезного ложа. Негативні моменти пов'язані в більшій мірі з розбіжностями в методичних підходах при лікуванні хворих з дефектами зубних рядів металокерамічними конструкціями.

Література

1. Абакаров С. И. Влияние ретракции десны на ткани пародонта : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / СИ. Абакаров. – М., 1984. – 23 с.
2. Аванесов А. М. Исследование активности антисептиков в полости рта после операции имплантации / А. М. Аванесов, В. С. Булгаков, О. В. Дементьева, С. С. Маплян // Актуальные вопросы стоматологической имплантации: Материалы второй международной научно-практической конференции. – Минск, 1998. – С. 53-55.
3. Ашман А. Сохранение альвеолярного гребня после удаления зубов / А. Ашман // Клиническая стоматология. – 1997. – №3. – С. 54-58.
4. Величко Л. С. Определение остаточной мощности пародонта с учетом угла наклона зубов / Л. С. Величко, Н. М. Полонейчик, А. Е. Крушевский // Стоматология. – 1985. – Т. 64, №4. – С. 20–21.
5. Верлоцкий А. Е. Удаление зубов и заживление экстракционной раны / А. Е. Верлоцкий. – М.: Медгиз, 1950. – 116 с.
6. Воробьев В. А. Атлас напряженного состояния дентальных имплантатных систем / В. А. Воробьев, Т. М. Ратинер, А. С. Рубинов, В. В. Дудкин. – Ангарск, 1997. – 58 с.
7. Гаврилов Е. И. Протез и протезное ложе / Е. И. Гаврилов. – М.: Медицина, 1979. – 264 с.
8. Галинский Ю. Г. Профилактика стоматологических заболеваний, обусловленных наличием в полости рта ортопедических конструкций / Ю. Г. Галинский, О. Я. Зултан, А. В. Цимбалистов // Стоматология. – 1998. – Спец. вып. – С. 42-43. – (Материалы 4 съезда стоматологов, М., 15-19 сент. 1998 г.).
9. Добелис М. А. Роль структурных компонентов компактной костной ткани в ее деформативности и несущей способности / М. А. Добелис, Ю. Ж. Саулгозис // Современные проблемы биомеханики : Вып. 2. Механика биологических тканей. – Рига, 1985. – С. 70-102.
10. Дойников, А. И. Замещение дефектов зубных рядов мостовидными протезами / А. И. Дойников // Руководство по ортопедической стоматологии / Под общ. ред. проф. А. И. Евдокимова. – М.: Медицина, 1974. – С. 154–165.
11. Еслямгалиев Г. Т. Клинические результаты заживления лунок после непосредственного зубочелюстного протезирования / Г. Т. Еслямгалиев, С. А. Исмагулов // Актуальные вопросы стоматологии : сб. тр. – Алма-Ата, 1989. – С. 180-183.
12. Зеленская И. М. Экспериментально-клиническое обоснование методов профилактики атрофии альвеолярного отростка при дефектах зубных рядов : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / И. М. Зеленская. – Краснодар, 1998. – 21 с.
13. Изменения глубины, десневого желобка в процессе изготовления коронок / К. Дайксель, Х. Шнайдер, А. Айгенвиллиг, В. Улих // Стоматология. – 1988. – №2. – С. 82–83.
14. Каламкарров Х. А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов / Х. А. Каламкарров. – М., 1996. – 175 с.
15. Караскуа А. А. Рентгенологическое моделирование установки имплантата / А. А. Караскуа, Т. Э. Анакидзе // Институт стоматологии. – 2000. – №2. – С. 42.
16. Карпенко Н. И. Устранение вторичных деформаций окклюзионных поверхностей зубных рядов перед протезированием : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Н. И. Карпенко. – Калинин, 1968. – 21 с.
17. Колос Г. А. Изменение зубных рядов после частичной потери зубов (профилактика и лечение) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Г. А. Колос. – М., 1986. – 15 с.
18. Лебеденко А. И. Влияние формы уступа на напряженно-деформированное состояние цельно-керамических коронок / А. И. Лебеденко, И. В. Золотницкий, М. В. Быкова // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. – 1998. – №2. – С. 17–19.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

19. Лисенко Ю. Г. Оцінка якості та деяких конструктивних особливостей незнімних мостоподібних металевих протезів : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Ю. Г. Лисенко. – Київ, 1991. – 18 с.
20. Малый А. Ю. Влияние металлокерамических протезов на кровообращение в краевом пародонте : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. Ю. Малый. – М., 1989. – 19 с.
21. Параскевич В. Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики: научно-практическое пособие / В. Л. Параскевич. – Минск : Юнипресс, 2002. – 368 с.
22. Погодин В. С. Получение оттисков с нижней челюсти при наличии складок слизистой оболочки в области протезного ложа / В. С. Погодин // Стоматология. – 1975. – №2. – С. 49–51.
23. Попов С. С. Влияние величины дефектов зубных рядов и протезирования на функцию слюнных желез и состав слюны / С. С. Попов, В. К. Леонтьев // Стоматология. – 1983. – № 1. – С. 52–54.
24. Постолаки И. И. Качество керамических протезов в зависимости от вида уступа препарированных зубов / И. И. Постолаки, Г. Г. Бырса // Стоматология. – 1984. – №5. – С. 63–65.
25. Рыжкова С. А. Зуб – десна – протез / С. А. Рыжкова // Стоматология. – Спец. вып. – 1998. – С. 95–96.
26. Семенюк В. М. Анализ осложнений, клинических и технологических ошибок при лечении дефектов зубов и зубных рядов несъемными протезами / В. М. Семенюк // Актуальные проблемы стоматологии. – М., 2000. – С. 230–233.
27. Тагиев, А. И. Восстановление зубного ряда как профилактика поражения пародонта : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А. И. Тагиев. – М., 1982. – 19 с.
28. Хапилина Т. Э. Ортопедическое лечение больных частичной вторичной адентией съемными зубными протезами замковой фиксацией / дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / Т. Э. Хапилина. – 2000. – 186 с.
29. Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В. А. Хватова. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 1996. – 276 с.
30. Шашкин В. В. Оптимизация репаративной регенерации альвеолярного отростка после операции удаления зуба : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. В. Шашкин. – Пермь, 1989. – 204 с.
31. Щербаков А. С. Аномалии прикуса у взрослых / А. С. Щербаков. – М.: Медицина, 1987. – 191 с.
32. Amler M. H. Pathogenesis of Disturbed Extraction Wounds / M. H. Amler // J. Oral. Surg. – 1973. – Vol. 31, №9. – P. 666-674.
33. Andersen J. N. Immediate and replacement dentures / J. N. Andersen, R. Storer. – Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1981. – 351 p.
34. Ashman R. B. Elastic properties of calculous bone: measurement by an ultrasonic technique / R. B. Asman, J. D. Corioh, C. H. Turner // J. Biomech. – 1987. – Vol. 20. – P. 979–987.
35. Beamont A. J. Limited esthetic try – in for some immediate dentures / A. J. Beamont // J. Prosthet. Dent. – 1987. – Vol. 58, №5. – P. 655–626.
36. Edelhoff D. Эстетическое оформление промежуточной части мостовидного протеза / D. Edelhoff, H. Spiekermann, M. Yildirin // Квинтэссенция. – 2001. – № 1. – С. 15-28.
37. Levis A. J. A clinical and radio-graphic evaluation of removable partial dentures retained by attachment to alveolar bars / A. J. Levis, G. Ericson, S. Eliasson // J. Prosthet. Dent. – 1982. – Vol. 47, №2. – P. 126-132.
38. Miller E. Removable partial prosthodontics / E. Miller, J. Grasso. – London : Baltimore, 1981. – 420 p.
39. Robin J. Etiologie des arveolites – Etlear traitement / J. Robin // Rev. Odontostomat. – 1975. – Vol. 33, №4. – P. 227–235.
40. Seibert J. S. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part 2: Prosthetic periodontal interrelationships / J. S. Seibert // Compend. Contin. Educ. Dent. – 1983. – Vol. 4. – P. 549-562.
41. Shim R. B. Operative emergencies in dental practice / R. B. Shim // Dent. Clin. N. Anier. – 1965. – Vol. 11. – P. 635–649.
42. Tebrock O. C. Tissue retraction for esthetic ceramometal crowns / O. C. Tebrock // J. Prosthet. Dent. – 1986. – Vol. 55, № 1. – P. 21–23.

УДК 616.314-007-77:615.46

ВПЛИВ ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗУБІВ ТА НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ОРГАНИ І ТКАНИНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Неспрядько В. П., Кирилюк В. В.

Резюме. Огляд літературних джерел за 1975-2014 роки, вивчення заміщення дефектів зубних рядів незнімними конструкціями. Показано причини та наслідки ускладнень при протезуванні незнімними конструкціями, наведено основні фактори клінічної картини часткової втрати зубів, досліджено травматичне видалення зубів та розглянуто класифікацію атрофії альвеолярного гребня по Seibert J. S. Теоретичні дослідження для вивчення основних біомеханічних процесів, що відбуваються в пародонті опірних зубів мостоподібних протезів при сприйнятті зубом функціонального навантаження, створення математичної моделі «пародонт – зуб – протез» є сучасними і актуальними. Проведений аналіз літературних даних дозволив констатувати, що і металокерамічні конструкції зубних протезів в тій чи іншій мірі впливають на тканини протезного ложа. Негативні моменти пов'язані в більшій мірі з розбіжностями в методичних підходах при лікуванні хворих з дефектами зубних рядів металокерамічними конструкціями.

Дослідження та удосконалення різноманітних конструкцій незнімних протезів при заміщенні часткових дефектів зубних рядів є актуальним та потребує подальшого вивчення та вдосконалення. Розробка та впровадження нової моделі незнімного мостоподібного протезу з використанням сучасних технологій останніх років.

Ключові слова: незнімні конструкції, мостоподібний протез, проміжна частина.

УДК 616.314-007-77:615.46

ВЛИЯНИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ И НЕСЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ОРГАНЫ И ТКАНИ ПОЛОСТИ РТА

Неспрядько В. П., Кирилюк В. В.

Резюме. Обосновать целесообразность исследования влияния частичной потери зубов и несъемных зубных протезов на органы и ткани полости рта. Обзор литературных источников с 1975-2014 годы, изучение замещения дефектов зубных рядов несъемными конструкциями. Показаны причины и последствия осложнений при протезировании несъемными конструкциями, приведены основные факторы клинической картины частичной потери зубов, исследованы травматическое удаление зубов и рассмотрена классификация атрофии альвеолярного гребня по Seibert J. S. Теоретические исследования для изучения основных биомеханических процессов, происходящих в пародонте опорных зубов мостовидных протезов при восприятии зубом функциональной нагрузки, создание математической модели «пародонт – зуб – протез» являются современными и актуальными. Проведенный анализ литературных данных позволил констатировать, что и металлокерамические конструкции зубных протезов в той или иной степени влияют на ткани протезного ложа. Отрицательные моменты связаны в большей степени с разногласиями в методических подходах лечения больных с дефектами зубных рядов металлокерамическими конструкциями.

Исследования и усовершенствования различных конструкций несъемных протезов при замещении частичных дефектов зубных рядов является актуальным и требует дальнейшего изучения и совершенствования. Разработка и внедрение новой модели несъемного мостовидного протеза с использованием современных технологий последних лет.

Ключевые слова: несъемные конструкции, мостовидный протез, промежуточная часть.

UDC 616.314-007-77:615.46

Effect of Partial Loss and Teeth Dental Prosthesis on Organs and Oral Tissues

Nespryadko V. P., Kyryliuk V. V.

Abstract. To prove feasibility study of the effect of partial loss of teeth and dental prosthesis organs and tissues of the mouth. Literature review for the 1975-2014 years, the study of replacement of defects dentition non-removable structures. Show the causes and consequences of complications of non-removable prosthesis designs are the main factors of the clinical picture of partial loss of teeth, studied traumatic tooth extraction and classification considered alveolar ridge atrophy in Seibert J. S. Replacement dentition defects are the basis of dental disease prevention system, gastrointestinal tract, and the act of chewing positive impact on autonomic reactions.

Many authors stated that prosthetic appliances with proper planning and optimal use do not cause pathological changes in periodontal and occlusal relationship to the normalization of relations. In the works of both domestic and foreign scholars found that direct and early replacement dentition defects more efficiently and faster restores metabolism, normalizes tissue trophic alveolar ridge. Are still poorly understood functional properties of organs and tissues of the oral cavity (secretory function of salivary glands, tongue taste receptor sensitivity, pain and tactile sensitivity of the mucous membrane of the gums, mineral saturation between alveolar partitions) with various combinations of structural materials and technologies dentures, be decided Compatibility of the oral cavity and the body as a whole. Very controversial, extreme, contradictory approaches is the shape and extent of sintered body fit prosthetic appliances. In addressing this issue, many authors started from the position of absolute indifference porcelain, which was the basis for the use of saddle shape.

Morphological studies have shown that changes in the mucosa of the gums, which is located in flushing design with unexpressed nature or nonexistent. In close contact with prosthetic appliances tangent intermediate part, changes in the mucosa manifested as thickening of the epithelium by increasing the volume of cells in like a thorn layer and increase the number of layers. On the mucosal surface phenomena revealed parakeratosis. In the epithelium is determined by the high content of RNA in the cytoplasm and like a thorn layer – cell glycogen. Theoretical studies to examine the basic biomechanical processes occurring in periodontal dental prosthetic appliances carts in the perception of functional tooth load, creating a mathematical model «periodontium – tooth – prosthetic» is a modern and relevant. The analysis of published data allow to state that the design and metal-ceramic dentures in one way or another affect tissue prosthetic bed. Negative points are more associated with differences in methodological approaches in the treatment of patients with dentition defects cermet structures.

Conclusions. The study and improvement of fixed prostheses of different designs of the replacement of partial defect of dentition is urgent and requires further study and improvement.

Development and implementation of a new model of non-removable prosthetic appliances using modern technologies in recent years.

Keywords: non-removable design, prosthetic appliances, intermediate part.

Рецензент – проф. Дворник В. М.

Стаття надійшла 15. 12. 2014 р.