Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ

**“УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”**

**КОЗАК Руслан Васильович**

# УДК 616.314-001.4-76:615.464

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ**

**ІЗ ПАТОЛОГІЧНОЮ СТЕРТІСТЮ ЗУБІВ**

**КЕРАМІЧНИМИ ВКЛАДКАМИ**

**14.01.22 – стоматологія**

Автореферат

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Полтава - 2008**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України

“Українська медична стоматологічна академія“ МОЗ України, м.Полтава.

**Науковий керівник:**

* доктор медичних наук, професор **Король Михайло Дмитрович,** Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія” МОЗ України, м.Полтава, завідувач кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології.

**Офіційні опоненти:**

* доктор медичних наук , професор **Голік Віктор Павлович** **,**  Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри ортопедичної стоматології;
* доктор медичних наук, професор **Жадько Сергій Ігорович,** Кримський державний медичний університет ім. С.І.Георгієвського МОЗ України, завідувач кафедри ортопедичної стоматології.

Захист дисертації відбудеться «28» жовтня 2008 року об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України “Українська медична стоматологічна академія” (36024, м. Полтава, вул.Шевченка, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” за адресою: 36024, м.Полтава, вул.Шевченка, 23.

Автореферат розісланий «20»вересня 2008 року.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук, професор Т.О.Дев’яткіна

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

Актуальність теми. **Унаслідок стирання емалі та дентину змінюється рельєф жувальної поверхні зубів. Вважають, що надмірне стирання відбувається в більш молодому віці, коли функціонують добре розвинені м’язи щелеп і жувальні рухи інтенсивніші (Добровольський О. В., 2000; Wirz J. et al., 1987).**

Підвищене стирання зубів залежить від виду прикусу. Найбільш значна втрата твердих тканин характерна для прямого прикусу - 53,35% випадків, глибокого прикусу - 49,60% випадків і ортогнатичного - 23,75% випадків. Посилене стирання викликає руйнування анатомічної форми зубів з утворенням характерної форми стертої поверхні (фасетка, узура, ступінчастість, пористість) (Молдованов А. Г., 1996).

Дослідження Х.А. Каламкарова (1988) показали, що за генералізованої форми патологічного стирання твердих тканин зубів відбувається скорочення міжальвеолярної відстані (зниження висоти прикусу) і нижньої третини обличчя. Це зумовлювалося не тільки патологічним стиранням твердих тканин, а і вторинними деформаціями зубів, які утримують оклюзійну висоту.

Труднощі ортопедичного лікування хворих із патологічною стертістю твердих тканин зубів визначаються не тільки видом і ступенем стертості, а й супутніми деформаціями зубних рядів, зміною характеру прикусу і зниженням його висоти, зміною рефлекторних зв’язків у жувальному апараті (Погосов В. Р., 1995; Король М.Д., 1998; Беда В. И., 1999; Онищенко В. С., 1999).

У стоматологічній практиці дуже широко використовують матеріали і технології, що дозволяють створити реставрації кольору природного зуба. Керамічні реставрації фронтальних зубів довели високу ефективність (Радлинский С. В., 1997-2003; Zukunft D., 1978) у порівнянні з композитними вінірами (Марк Вулфорд, 1997), проте все ще тривають дискусії про перевагу кераміки або композиту в реставрації жувальних зубів (вкладки, накладки).

Найбільш тривалі спостереження в стоматології проведені саме за керамікою. У багатьох дослідженнях була відмічена висока ефективність керамічних вкладок, виготовлених за непрямою методикою (Курякина Н. В., 1993; Маланчук В. А., 1997; Лесів А. Й., 2000) або за допомогою комп’ютерного моделювання і виробництва (Паникаровский В. В., 1995). Такі тривалі спостереження відсутні відносно непрямих композитних реставрацій. Крім того, вкрай складно знайти повідомлення про клінічні порівняльні дослідження керамічних і композитних вкладок. Керамічні реставрації служать довше (Каламкаров Х. А., 1991), проте висока вартість і виняткова складність виготовлення обмежують їх використання в клінічній практиці.

З наведених даних літератури видно, що питанню відновлення оклюзійної висоти при патологічній стертості зубів відводиться помітне місце в дослідженнях. Однак дані не завжди узгоджуються, погляди авторів суперечливі. Усі ці фактори були підставою для подальших досліджень проблеми.

Отже, аналіз літературних джерел показав, що в літературі недостатня кількість інформації про можливості відновлення дефектів коронкової частини жувальної групи зубів керамічними вкладками за горизонтальної форми стертості зубів. Саме тому пошук шляхів розв’язання проблем відновлення коронкової частини жувальних зубів є актуальним.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, темами, планами.** Дисертаційна робота виконана в рамках комплексної ініціативної теми кафедр стоматологічного профілю вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава “Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань” (державний реєстраційний № 0106U003237). Автор був безпосереднім виконавцем фрагмента зазначеної науково-дослідної роботи.

Мета і завдання дослідження. **Метою дисертаційної роботи є обґрунтування використання керамічних вкладок у пацієнтів за горизонтальної форми патологічної стертості зубів.**

Для досягнення вказаної мети необхідно було вирішити такі **завдання**:

1. Вивчити поширеність горизонтальної форми патологічної стертості зубів у працівників Полтавського автоагрегатного заводу.
2. Розробити методику визначення міжальвеолярної висоти за горизонтальної стертості зубів.
3. Розробити методику фіксації керамічних вкладок за горизонтальної форми патологічної стертості зубів.
4. Порівняти стирання керамічних вкладок із стиранням реставрації фотополімерними реставраційними матеріалами.
5. Визначити стан пульпи зубів до та після відновлення твердих тканин зубів із горизонтальною формою патологічної стертості зубів.
6. Визначити функціональний стан зубощелепової системи після відновлення зубів із горизонтальною формою патологічної стертості зубів.
7. Розробити та впровадити у практику охорони здоров’я практичні рекомендації про застосування керамічних вкладок за горизонтальної форми паталогічної стертості зубів.

***Об’єкт дослідження:* розробка методики відновлення висоти оклюзії у пацієнтів із горизонтальною формою патологічної стертості зубів, які підлягають ортопедичному лікуванню керамічними вкладками.**

***Предмет дослідження:* ефективність протезування зубів керамічними вкладками при горизонтальній формі патологічної стертості зубів.**

*Методи дослідження.*З метою обґрунтування конструкції керамічних вкладок для заміщення дефектів коронок зубів застосували метод визначення стану міжальвеолярної висоти до протезування. Електрозбудливість зубів до і після користування керамічними вкладками вивчали за допомогою одонтосенсиметра. Ефективність лікування пацієнтів керамічними вкладками визначали за допомогою електроміографії. Для визначення вірогідності результатів дослідження використаний статистичний метод варіаційної статистики за Ст’юдентом-Фішером із межею довірчого рівня p< 0,05.

Наукова новизна. **Уперше комплексно оцінені особливості застосування керамічних вкладок і композитних реставрацій для лікування пацієнтів із горизонтальною формою патологічної стертості зубів.**

Запропоновані методики визначення міжальвеолярної висоти за горизонтальної форми патологічної стертості зубів і спосіб остаточної фіксації конструкцій протезів на цемент (Патент України на корисну модель “Спосіб остаточної фіксації незнімних стоматологічних конструкцій” № 26292).

**Уперше комплексно досліджений функціональний стан жувального апарату до і після лікування хворих із дефектами коронок зубів керамічними і композитними вкладками. Встановлено, що ефективність відновлення висоти прикусу керамічними вкладками значно вища, ніж при використанні фотополімерних реставраційних матеріалів.**

Практичне значення одержаних результатів. **Рекомендована функціонально обґрунтована методика заміщення дефектів коронок зубів за горизонтальної стертості зубів.**

**Розроблені рекомендації щодо необхідності врахування стану пульпи зубів при препаруванні під керамічні вкладки для заміщення коронкової частини зуба в пацієнтів із горизонтальною стертістю зубів.**

**Результати дослідження впроваджені в роботу стоматологічної поліклініки вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава, стоматологічних відділень Полтавської обласної клінічної стоматологічної поліклініки, у навчальний процес кафедр пропедевтики ортопедичної стоматології, ортопедичної стоматології та імплантології вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава.**

Особистий внесок здобувача. **Дисертація є науковою працею здобувача. Автор самостійно проаналізував літературу з досліджуваної проблеми та здійснив патентно-інформаційний пошук; виконав клінічні дослідження; провів математично-статистичну обробку одержаних результатів дослідження на персональному комп′ютері; проаналізував та інтерпретував отримані результати, що дозволило дійти відповідних висновків і розробити практичні рекомендації. Провідною є участь дисертанта в підготовці до друку матеріалів досліджень.**

**Апробація результатів дисертації.** На етапах виконання дисертаційної роботи основні положення доповідалися на підсумковій науковій конференції молодих учених “Медична наука – 2005” (Полтава, 2005); Міжнародній науково-практичній конференції “Досягнення і перспективи розвитку ортопедичної стоматології та ортодонтії в Україні” (Полтава, 2006); на обласній науково-практичній конференції “Методи поліпшення ортопедичної стоматологічної допомоги на Полтавщині” (Полтава-Лубни, 2007) та на апробаційній раді №2 “Стоматологія” вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” (Полтава, 2007).

**Публікації.** Основні положення дисертації висвітлені в 10 друкованих працях, із них 4 опубліковані у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України (2 без співавторства), 3 тез конференцій, отримано Деклараційний патент України на корисну модель “Пристрій для топографо-анатомічного та морфометричного аналізу ортопантомограм“ і патент України на корисну модель “Спосіб остаточної фіксації незнімних стоматологічних конструкцій”.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена українською мовою на 139 сторінках і складається із переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, опису об’єктів та методів досліджень, розділу власних досліджень, розділу аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, 3 додатків. Бібліографія містить 278 найменувань, із яких 88 латиною. Робота ілюстрована 11 таблицями і 55 рисунками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Об’єкти і методи досліджень.** Для вирішення поставлених у роботі завдань проводили клінічні дослідження. Нами обстежено 52 пацієнти контрольної та дослідних груп віком від 25 до 45 років, яким були виготовлені незнімні конструкції зубних протезів на верхню і нижню щелепи з дефектами коронкової частини зубів при патологічній стертості.

Залежно від методу надання стоматологічної допомоги пацієнти із горизонтальною формою патологічної стертості зубів були розподілені на дві групи: 2 група – 14 пацієнтів, яких лікували за допомогою керамічних вкладок за власною методикою та композитного матеріалу EsthetX фірми “Dentsply” (Німеччина). Керамічні вкладки виготовляли із кераміки Duceram фірми “Ceramco” (Німеччина) і фіксували цементом Jen-Dua Cem США; 3 група – 17 пацієнтів, яких лікували за допомогою композитного матеріалу EsthetX фірми “Dentsply” (Німеччина).

Пацієнти контрольної групи з інтактними зубними рядами брали участь у додаткових методах дослідження. У дослідних групах обстежено 31 пацієнта із горизонтальною формою патологічної стертості зубів верхньої і нижньої щелеп, у яких усього підлягали дослідженню 868 зубів. Крім цього, обстежено 21 пацієнта контрольної групи, в якій було 6 жінок і 15 чоловіків. У цій групі обстеженню також підлягали всі зуби верхньої та нижньої щелеп, крім 18,28,38,48, усього обстежено 588 зубів.

У контрольній групі найбільше осіб віком 20-29 років, що становить 30,8% від загальної кількості обстежених, тоді як у дослідних групах по 8 пацієнтів у віковій групі 30-39 років, що становить 15,4%.

9,6% пацієнтів третьої дослідної групи були віком 20-29 років, а в другій дослідній групі пацієнтів цього віку всього 3,8%. Кількість пацієнтів віком 40-49 років у дослідних групах однакова – по 7,7%.

Фіксацію керамічних вкладок проводили за запропонованою методикою (патент на корисну модель № 26292 від 10 вересня 2007 року). Нами розроблений спосіб остаточної фіксації керамічних вкладок для заміщення дефектів зубних рядів при горизонтальній патологічній стертості зубів, що передбачає нанесення цементу на внутрішню поверхню стоматологічної конструкції та встановлення її на підготовлену опору. Фіксацію до підготовленої опори здійснюють за допомогою скелера НУЗК-2-02 з використанням лише вібрації, за рахунок чого фіксаційний цемент розм’якшується і з легкістю заповнює весь проміжок між конструкцією протеза та твердими тканинами зубів, а надлишки виходять назовні. Завдяки цьому можна досягти найщільнішого прилягання протеза та найтоншого шару цементу.

Для визначення величини стирання коронок зубів ми ставили рентгеноконтрастні позначки світлополімерним пломбувальним матеріалом EsthetX (Німеччина) у межах сліпої ямки (екдостеліту) перших постійних молярів нижньої і верхньої щелеп. На панорамному знімку вимірювали відстань між нижньою межею позначки на нижній щелепі та верхньою межею позначки на верхній щелепі до фіксації, одразу після фіксації вкладки та через 3 місяці. Різниця між цими показниками становила собою величину стирання. Панорамний знімок виконували при зімкнутих зубах у положенні центральної оклюзії.

Також вимірювали відстань між сліпою ямкою (екдостелітом) та вершиною медіального і дистального щічних горбиків одразу після фіксації вкладки та через 3 місяці, для того щоб визначити, який з антагоністів стирається більше і величину стирання.

Методом електроодонтодіагностики (ЕОД) обстежено 21 особу з інтактними зубними рядами віком 20-40 років та 31 пацієнта дослідних груп.

Дослідження електрозбудливості чутливих нервів пульпи проводили за допомогою електроодонтосенсиметра ОСМ-50 за методикою Л.Р. Рубіна (1976), окремо для кожного зуба від центрального різця до другого моляра верхньої і нижньої щелеп як лівого, так і правого боку.

Електроміографічні дослідження проводили за допомогою комп’ютерної програми, розробленої на кафедрі ортопедичної стоматології та імплантології вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” під керівництвом професора В.В. Рубаненка (1996). Для запису електроміограм були використані чотириканальний міограф М-440 фірми “Медикор” (Угорщина), комп’ютер та принтер.

Реєстрацію біопотенціалів проводили за допомогою спеціальних нашкірних електродів, розміщених у пластмасі, розроблених співробітниками кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології вищого державного навчального закладу України “Українська медична стоматологічна академія” під керівництвом професора М.Д. Короля (Деклараційний патент на винахід № 2000074317 від 15.05.2001, бюл. №4), що дозволяло залишати однаковою міжелектродну відстань у всіх повторних дослідженнях.

Електроміограми записували під час довільного жування в такому режимі: калібрувальний сигнал – спокій - стиснення щелеп – жування - ковтання. За такою програмою були обстежені хворі всіх дослідних груп та особи контрольної групи з інтактними зубними рядами.

Електроміографічні дослідження у хворих дослідних груп проводили до лікування, через 1 місяць після фіксації вкладок на моляри та через 3 місяці після остаточного протезування.

Після запису та комп’ютерної обробки електроміограм аналізували такі параметри: амплітуду (максимальна і мінімальна, у мкВ); координати залпів біоелектричної активності, які мають відповідно максимальну і мінімальну амплітуди коливань (у мсек.); показники часу активності та спокою (у мсек.) - відображають тривалість фази біоелектричної активності та фази біоелектричного спокою; коефіцієнт “К” (Георгієв В.І, 1971) - використовується для визначення співвідношення процесів збудження та процесів гальмування при різних функціональних пробах і при стомленні.

Така програма дозволяє більш якісно і точно, а також швидко характеризувати функціональний стан жувальної системи осіб, яким виготовлені незнімні конструкції зубних протезів за горизонтальної форми патологічної стертості (Дворник В.М., 1996, 1997, 1999).

За допомогою реографії (Прохончуков А.А. и соавт., 1980; Логинова Н.К., 1994) здійснювали графічну реєстрацію пульсових коливань електричного опору тканин, який залежить як від серцевої діяльності, так і від стану периферичних судин, їхньої еластичності, здатності протистояти розтягувальному зусиллю пульсового тиску крові. Ця здатність, у свою чергу, пов’язана з функціональним станом судин, із їхнім тонусом та структурою.

Електроміографічну реєстрацію біопотенціалів проводили за допомогою спеціальних нашкірних електродів, розміщених у пластмасі, що дозволяло залишати однаковою міжелектродну відстань у всіх повторних дослідженнях.

У лікуванні хворих на горизонтальну патологічну стертість зубів із застосуванням керамічних вкладок і фотополімерних матеріалів особливо важливими й інформативними є рентгенологічні методи дослідження. З метою вивчення стану зубів, коренів, кісткової тканини, а також для визначення показань до застосування керамічних вкладок пацієнтам дослідних груп проводили внутрішньоротову і позаротову рентгенографію (Obermeyer P., 1986). Для рентгенологічних досліджень застосовували рентгенологічні апарати: дентальний Heliodent vario Sirona (Німеччина) і панорамний Orthopantomograph 5 фірми “Philips”.

Прицільна рентгенографія давала можливість визначити якість фіксації керамічних вкладок, виявити патологічні зміни в пародонті, визначити рівень атрофії альвеолярного відростка.

Всього отримано 114 панорамних рентгенограм. Рентгенологічні знімки аналізували за допомогою „Пристрою для топографо-анатомічного та морфометричного аналізу ортопантомограм” (Деклараційний патент на корисну модель u 2005 03673 від 15.12.2005. Бюл. №12). Контрольні рентгенограми робили до лікування та через 3 місяці після проведення остаточного лікування.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Патологічна стертість зубів - одна з поширених хвороб зубощелепового апарату. Частіше зустрічається горизонтальна форма патологічної стертості зубів.

На першому етапі роботи було поставлено завдання - вивчити поширеність патологічної стертості зубів у працівників ВАТ „Полтавський автоагрегатний завод”. Дослідження проводили під час щорічного профілактичного огляду. На профілактичному огляді нами обстежено 181 працівника заводу, які мають шкідливі умови праці. Із загальної кількості обстежених було 104 чоловіки та 77 жінок, що складає відповідно 57,5% і 42,5%.

Горизонтальна патологічна стертість зубів виявлена в 35 осіб, що складає 19,3% від загальної кількості обстежених працівників. Серед виявлених осіб із генералізованою формою патологічної стертості зубів - 21 чоловічої статі і 14 жіночої, що відповідно становить 11,6% і 7,7%.

Розподіл обстежених за віковими групами нерівномірний. У групах до 29 років та старше 51 року із патологічною стертістю зубів було по 9 пацієнтів, що склало 5,0% від усіх обстежених, а у віці 30-39 років - 6 (3,3%).Найбільше пацієнтів із горизонтальною формою патологічної стертості зубів у віковій групі 40-50 років - 11 осіб (6,1%).

За отриманими результатами обстеження горизонтальна патологічна стертість зубів частіше спостерігалась в осіб чоловічої статі, що становило 11,6% від загальної кількості обстежених. У жінок цей показник майже наполовину менший - 7,7%.

Завдяки ретельному збору анамнезу виявлено, що до патологічної стертості зубів у співробітників заводу здебільшого призводила сукупність різних чинників: серед яких аномальний прикус, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, професійні шкідливості, забруднення навколишнього середовища (пил, вихлопні гази тощо), несвоєчасне або неправильне протезування, погана гігієна порожнини рота, відсутність профілактичних відвідувань стоматолога (здебільшого люди звертаються з уже наявною патологією), фінансова неспроможність людей отримувати повноцінне лікування.

Із професійних шкідливостей, присутніх на виробництві ВАТ „Полтавський автоагрегатний завод”, ми виявили фактори, які посилюють процес патологічного стирання: пил, що має абразивні властивості; вібрація та хімічні сполуки, які значно послаблюють тверді тканини зубів.

Найбільш поширеним видом зубного протезування є незнімне протезування. Широке застосування незнімних протезів обумовлене тим, що вони мають низку переваг перед знімними конструкціями.

Судити про правильність вибору методу протезування можна лише визначивши величину зменшення висоти прикусу через певний проміжок часу після протезування. Для визначення величини стирання зубів та витривалості до стирання відновлювальних конструкцій більшість авторів використовують лише візуальні орієнтири, що є недостатньо точним методом вимірювання та не дає достатньої інформації про якість протезування.

З метою більш точного визначення зменшення висоти прикусу ми запропонували власну методику(патент України на корисну модель “Спосіб остаточної фіксації незнімних стоматологічних конструкцій” № 26292). У день обстеження пацієнтів першої (контрольної) групи відстань між сліпою ямкою (екдостелітом) та щічними горбиками 16, 26, 36, 46 зубів була в межах 5,05±0,15 мм – 4,95±0,16 мм.

У пацієнтів другої дослідної групи показники відстані між сліпою ямкою (екдостелітом) та горбиками 16, 26 зубів становили відповідно 6,07±0,22 мм і 5,93±0,25 мм, тоді як у 36, 46 зубах - відповідно 3,14±0,21 мм і 2,86±0,21 мм.

Для третьої дослідної групи характерно, що відстань у 16, 26 зубах майже не відрізнялася і була в межах 5,05±0,23 – 5,06±0,28 мм. У 36, 46 зубах ця відстань значно менша і становила відповідно 2,35±0,12 мм і 2,41±0,12 мм.

У пацієнтів другої дослідної групи після фіксації керамічних вкладок на цемент показники відстані між сліпою ямкою (екдостелітом) та горбиками 16, 26 зубів були однаковими і становили 6,5±0,22 мм і 6,5±0,14 мм. На 36 зубах відстань становила 4,07±0,25 мм, а на 46 – 4,0±0,18 мм. Характерно, що через 3 місяці користування керамічними вкладками виміри відстані між сліпою ямкою (екдостелітом) та горбиками 16, 26, 36, 46 зубів були такими ж, як і в день їх фіксації.

Пацієнтам третьої дослідної групи відновлювали зубні ряди шляхом реставраційної терапії фотополімерними матеріалами. У день накладання фотополімерного матеріалу відстань між 16, 26 зубами була відповідно 5,94±0,23 мм і 5,88±0,21 мм, а через 3 місяці користування відбулися зміни: відстань відповідно вже становила 5,59±0,17 мм і 5,65±0,19 мм.

Також відбулося зменшення відстані між сліпою ямкою (екдостелітом) та горбиками 36, 46 молярів. Якщо в день реставрації ця відстань відповідно становила 4,06±0,23 мм і 4,06±0,16 мм, то через 3 місяці ці показники знизилися відповідно до 3,53±0,12 мм і 3,65±0,17 мм.

Нами проведені одонтометричні виміри відстані між сліпими ямками (екдостелітами) 16/46 молярів верхньої і 26/36 нижньої щелеп. У день обстеження пацієнтів у контрольній групі ця відстань становила відповідно 5,9±0,17 мм і 5,81±0,16 мм. У другій дослідній групі відстань між сліпими ямками (екдостелітами) молярів відповідно становила 6,86±0,21 мм і 6,79±0,19 мм, тоді як у третій – 5,94±0,23 мм і 5,88±0,27 мм.

Після фіксації керамічних вкладок на цемент пацієнтам другої дослідної групи відстань між сліпими ямками (екдостелітами) становила відповідно 8,64±0,49 мм і 8,71±0,35 мм, а через 3 місяці користування такими протезами ця відстань майже не змінилася і відповідно становила 8,64±0,39 мм і 8,71±0,27 мм.

У день реставраційної терапії 16, 26, 36, 46 зубів пацієнтам третьої дослідної групи відстань між сліпими ямками (екдостелітами) 16/46 відповідно була 7,53±0,36 мм і 7,59±0,41 мм.

Через 3 місяці користування відновленим фотополімерним матеріалом зубним рядом відстань між сліпими ямками (екдостелітами) 16/46 і 26/36 зубів зменшилась і становила відповідно 6,94±0,29 мм; 6,82±0,28 мм.

Отже, запропонована методика дозволяє найбільш точно вимірювати величину висоти прикусу в осіб, яким жувальна поверхня зубів відновлена вкладками і фотополімерними матеріалами.

Нами встановлено, що з метою косметичного протезування за горизонтальної патологічної стертості зубів треба уникати відновлення групи молярів фотополімерними матеріалами і застосовувати керамічні вкладки.

Визначення збудливості зубів контрольної і дослідних груп проводили окремо для кожного зуба - від центрального різця до другого премоляра верхньої і нижньої щелеп як лівого, так і правого боку.

У день обстеження пацієнтів першої (контрольної) і дослідних груп мають розбіжності показники ЕОД і в окремих групах зубів. Якщо в першій (контрольній) групі пацієнтів 11 і 21 зуби мають показники ЕОД відповідно 3,95±0,24 і 3,86±0,21 мкА, то 31 і 41 зуби реагували на струми відповідно 3,9±0,23 і 4,05±0,19 мкА. Реакція пульпи зубів на електричний струм у другій і третій дослідних групах була значно нижча. 11 і 12 зуби другої дослідної групи реагували на струм відповідно 9,36±0,51 мкА і 9,64±0,41 мкА, тоді як 21 і 22 - відповідно на 9,14±0,51 мкА і 9,43±0,56 мкА.

Показники ЕОД 31,32,41 і 42 зубів мало відрізнялись від показників ЕОД різців верхньої щелепи і відповідно становили 9,43±0,49 мкА; 9,57±0,34 мкА; 9,36±0,34 мкА і 9,43±0,31 мкА. За результатами досліджень показники ЕОД іклів (13, 23, 33, 43 зуби) контрольної групи не відрізнялися на верхній і нижній щелепах і відповідно становили 4,24±0,24 мкА; 4,1±0,22 мкА; 4,1±0,22 мкА і 4,05±0,23 мкА.

У другій і третій дослідних групах ці показники зовсім інші. Показники ЕОД іклів (13, 23, 33, 43 зубів) другої дослідної групи мало відрізнялись між собою, що відповідно становило 10,14±0,68 мкА; 10,21±0,53 мкА; 10,21±0,43 мкА і 10,14±0,51 мкА. Реакція пульпи зубів (13, 23, 33, 43) на струм у пацієнтів третьої дослідної групи майже не відрізнялась від даних, отриманих у пацієнтів другої дослідної групи, і відповідно становила 10,29±0,57 мкА; 10,18±0,44 мкА; 10,18±0,39 мкА і 10,06±0,46 мкА. Результати досліджень ЕОД зубів групи премолярів (14, 15, 24, 25, 34, 35, 44, 45) другої та третьої дослідних груп показали, що реакція пульпи дещо послабилася як на верхній, так і на нижній щелепах.

Для другої групи ці показники становили на верхній щелепі (14, 15, 24, 25 зуби) 10,57±0,69 мкА; 10,64±0,63 мкА; 10,64±0,59 мкА; 10,71±0,62 мкА, а на нижній - 10,43±0,49 мкА; 10,71±0,61 мкА; 10,36±0,36 мкА; 10,36±0,44 мкА, відповідно. На нижній щелепі показники ЕОД пульпи 34, 35, 44, 45 зубів у другій дослідній групі відповідно становили 10,43±0,49 мкА; 10,71±0,61 мкА; 10,36±0,36 мкА; 10,36±0,44 мкА. У третій групі ці показники майже не відрізнялись від показників ЕОД пульпи премолярів другої дослідної групи і відповідно становили 10,47±0,45 мкА; 10,65±0,51 мкА; 10,35±0,32 мкА; 10,41±0,37 мкА.

У день фіксації конструкцій у дослідних групах показники ЕОД різців верхньої щелепи підвищилися. Підвищення показників помітніше в третій дослідній групі, в якій відновлення зубного ряду проводили фотополімерним матеріалом Esthet X**.** У другій дослідній групі пульпа різців верхньої щелепи (11, 12, 21, 22) реагувала на струм від 10,14±0,58 мкА до 10,43±0,44 мкА, а в третій дослідній групі, в якій зубний ряд відновлювали керамічними вкладками, пульпа зубів реагувала на струми від 10,65±0,39 мкА до 10,88 мкА.

Через один місяць користування конструкціями зубних протезів у пацієнтів відбулися зміни показників одонтодіагностики пульпи різців верхньої щелепи в бік їх зниження. Характерно, що пульпа різців верхньої щелепи пацієнтів другої групи реагувала на струм від 7,14±0,49 мкА до 7,43±0,42 мкА, тоді як у третій групі – від 7,24±0,36 мкА до 7,35±0,29 мкА. На нижній щелепі в день обстеження пацієнтів контрольної і дослідної груп показники ЕОД пульпи зубів (31, 32, 41, 42) в окремих групах майже не відрізнялися між собою. У контрольній групі пульпа зубів на подразник реагувала від 3,9±0,23 мкА до 4,05±0,19 мкА, що збігається з даними, наведеними в науковій літературі щодо інтактних зубних рядів.

Реакція пульпи нижніх різців на електричний струм була від 9,36±0,34 мкА до 9,43±0,49 мкА. Пульпа нижніх різців у пацієнтів третьої дослідної групи реагувала на електричний подразник від 9,47±0,33 мкА до 9,53±0,27 мкА.

Як видно із наведених даних, реакція пульпи різців дослідних груп у день обстеження як на верхній, так і на нижній щелепах мало відрізнялась, але ці дані перевищували показники контрольної групи.

У день фіксації керамічних вкладок у пацієнтів другої дослідної групи пульпа нижніх різців (31, 32, 41, 42 зубів) реагувала на подразнення електричним струмом у межах від 10,29±0,42 мкА до 10,43±0,33 мкА.

Відновлення нижніх різців у пацієнтів третьої групи фотополімерним матеріалом викликало підвищення показників ЕОД у межах від 10,59±0,37 мкА до 10,82±0,4 мкА, що перевищує отримані дані в день обстеження і після фіксації конструкцій протезів у пацієнтів другої дослідної групи.

Уже через 1 місяць після відновлення жувального апарату пацієнтам другої і третьої дослідних груп відбулося посилення реакції пульпи різців нижньої щелепи. Коливання показників ЕОД різців нижньої щелепи були в другій групі в межах від 7,07±0,38 мкА до 7,43±0,49 мкА, тоді як у третій – від 7,12±0,43 мкА до 7,47±0,29 мкА. У день обстеження пацієнтів контрольної групи ікла верхньої і нижньої щелеп реагували на подразник від 4,05±0,23 мкА до 4,24±0,24 мкА, що відповідає показникам норми. У той же час показники ЕОД іклів як верхньої, так і нижньої щелеп у другій і третій дослідних групах були майже однакові та коливались у межах 10,06±0,46 мкА – 10,29±0,57 мкА.

Під час фіксації конструкцій реакція пульпи іклів була різною в дослідних групах. У другій дослідній групі пульпа іклів реагувала на струм від 10,86±0,42 мкА до 10,93±0,56 мкА, тоді як у третій дослідній групі коливання показників були в межах від 11,06±0,43 мкА до 11,18±0,53 мкА. Через 1 місяць після відновлення зубних рядів показники ЕОД іклів різко знизилися, але були різними в дослідних групах. Якщо в другій дослідній групі реакція пульпи зубів була від 7,14±0,35 мкА до 7,64±0,49 мкА, то в третій дослідній групі – від 7,17±0,33 мкА до 7,29±0,31 мкА.

Результати ЕОД 14, 15, 24, 25 зубів у день обстеження пацієнтів показали, що в контрольній групі показники були в межах норми, яка описується в науковій літературі (Рубин Л. Р., 1976), та становили від 4,05±0,24 мкА до 4,23±0,23 мкА. У другій і третій дослідних групах показники ЕОД пульпи премолярів верхньої щелепи мало відрізнялися між собою і становили від 10,53±0,52 мкА до 10,71±0,62 мкА. У день фіксації конструкцій пульпа премолярів верхньої щелепи реагувала на подразник вищими показниками. У другій дослідній групі вони становили від 11,21±0,61 мкА до 11,79±0,58 мкА. Показники ЕОД 14, 15, 24, 25 зубів третьої дослідної групи були вищі, ніж показники в пацієнтів другої дослідної групи, і становили від 11,47±0,52 мкА до 11,94±0,46 мкА.

Через 1 місяць після відновлення зубних рядів на верхній щелепі реакція пульпи 14, 15, 24, 25 зубів на електричний струм була значно слабшою, але в другій дослідній групі показники ЕОД були вищі від даних, отриманих у третій дослідній групі. Пульпа премолярів у другій групі реагувала на електричний струм від 7,71±0,39 мкА до 7,93±0,58 мкА, а в третій групі ці показники становили від 7,59±0,31 мкА до 7,76±0,3 мкА. Результати досліджень ЕОД премолярів нижньої щелепи в день обстеження пацієнтів контрольної і дослідних груп мало відрізнялися від результатів, отриманих на верхній щелепі. Пульпа 34, 35, 44, 45 зубів у осіб контрольної групи реагувала на подразник від 3,95±0,24 мкА до 4,14 мкА, що відповідає показникам норми. Показники реакції пульпи на електричний струм у дослідних групах мало відрізнялися між собою і становили від 10,35±0,32 мкА до 10,71±0,61 мкА.

Після фіксації конструкцій на зубних рядах відбулося підвищення показників ЕОД премолярів нижньої щелепи в дослідних групах. У другій дослідній групі, пацієнтам якої виготовляли керамічні вкладки, показники реакції пульпи 34, 35, 44, 45 зубів становили від 11,21±0,48 мкА до 11,71±0,44 мкА. У третій дослідній групі показники ЕОД пульпи зубів ще вищі - від 11,41±0,37 мкА до 11,71±0,34 мкА. Після відновлення зубних рядів через 1 місяць показники реакції пульпи 34, 35, 44, 45 зубів у дослідних групах значно знизилися, але збереглася різниця в показниках другої і третьої дослідних груп.

У другій дослідній групі реакція пульпи 16, 17, 26, 27 зубів була від 11,93±0,67 мкА до 12,21±0,69 мкА, тоді як у третій дослідній групі показники ЕОД становили від 12,18±0,41 мкА до 12,29±0,47 мкА. Через 1 місяць користування керамічними вкладками в пацієнтів другої та третьої дослідних груп відбулося різке зниження показників збудливості зубів. У другій дослідній групі показники ЕОД пульпи зубів дорівнювали від 7,64±0,29 мкА до 7,86±0,63 мкА, а в третій групі пульпа зубів реагувала на подразник від 7,53±0,29 мкА до 7,71±0,46 мкА.

У день обстеження пацієнтів реакція пульпи молярів нижньої щелепи на електричний подразник мало відрізнялася від попередніх показників. У контрольній групі осіб з інтактним зубним рядом показники ЕОД 36, 37, 46, 47 зубів коливалися від 4,38±0,24 мкА до 4,48±0,21 мкА. У дослідних групах показники реакції пульпи 36, 37, 46, 47 зубів на електричний подразник мало відрізнялися між собою. Пульпа нижніх молярів пацієнтів другої дослідної групи реагувала на подразник від 10,57±0,59 мкА до 10,86±0,38 мкА, а в третій дослідній групі – від 10,65±0,45 мкА до 10,76±0,34 мкА.

У день накладання керамічних вкладок пацієнтам другої дослідної групи і відновлення зубних рядів фотополімерними матеріалами відбулося різке підвищення показників ЕОД, але треба зазначити, що найвищі показники були в зубів пацієнтів третьої дослідної групи. Якщо в пацієнтів із керамічними вкладками при їх фіксації реакція пульпи була в межах 12,07±0,44 мкА – 12,21±0,33 мкА, то в пацієнтів третьої дослідної групи пульпа 36, 37, 46, 47 зубів реагувала на електричний подразник від 12,17±0,33 мкА до 12,47±0,33 мкА.

Уже через місяць користування керамічними вкладками і фотополімерною реставрацією молярів нижньої щелепи відбулося різке зниження показників реакції пульпи на подразники. Пульпа молярів нижньої щелепи пацієнтів другої дослідної групи реагувала на електричний подразник від 6,93±0,35 мкА до 7,36±0,39 мкА, тоді як у третій дослідній групі показники ЕОД були в межах від 7,41±0,29 мкА до 7,59±0,29 мкА. Отже, показники електрозбудливості зубів у осіб контрольної групи знаходяться в межах норми. При генералізованій горизонтальній патологічній стертості зубів мають місце значні дефекти емалі та дентину, а це вплинуло на показники ЕОД у день обстеження пацієнтів дослідних груп.

На нашу думку, в день фіксації керамічних вкладок і накладання фотополімерного матеріалу підвищення показників указує на вплив фіксуючого цементу, препарування зубів і обробки кислотами, й особливо це стосується зубів пацієнтів третьої дослідної групи. Через 1 місяць користування керамічними вкладками і відновленими зубними рядами фотополімерними матеріалами відбулося зниження показників ЕОД, але вони не досягли показників контрольної групи.

Об’єктивне уявлення про якість відновлення зубних рядів керамічними вкладками і фотополімерними матеріалами та характер відновлення функції жування може бути побудоване лише на основі даних про характер рухів жувальних м’язів, їхнього тонусу і біоелектричної активності.

З цією метою ми отримали 93 електроміограми у контрольній групі з інтактними зубними рядами у день обстеження, та в пацієнтів дослідних груп у день обстеження і через 1 місяць користування обраними конструкціями.

Генералізована горизонтальна патологічна стертість зубів суттєво впливає на характер запису електроміограм. Характеризуючи електроміограми пацієнтів, яким показано відновлення зубних рядів і підвищення висоти прикусу, необхідно зазначити відсутність розчленованості структури, появу спонтанної активності в одному з м’язів, наявність строго визначеного боку жування, появу низькоамплітудних коливань біострумів.

Вважаємо, що методи відновлення зубних рядів також впливають на термін звикання до них, що відбивається на якості показників електроміограм. Через 1 місяць після фіксації керамічних вкладок у пацієнтів другої дослідної групи і після відновлення зубного ряду фотополімерним матеріалом у пацієнтів третьої дослідної групи визначається більш чітка структура електроміограм.

Електроміографічна картина у хворих дослідних груп зазнає значних змін і характеризується вираженою тенденцією до нормалізації. На електроміограмах пацієнтів з’являється чергування залпів активності з періодами спокою, підвищується амплітуда коливань біопотенціалів.

На електроміограмах пацієнтів дослідних груп найбільш вираженим показником нормалізації акту жування слід вважати зміну боків у довільному жуванні. На фоні розчленованості структури та високоамплітудних коливань це можна вважати повним завершенням процесів адаптації з формуванням нового функціонального рівня нервової рецепції.

Але характер запису електроміограм не дає повного об’єктивного уявлення про механізми нервової регуляції акту жування залежно від методу відновлення зубного ряду. Ці зміни визначаються за допомогою кількісної обробки електроміограм.

Основні зміни відбуваються всередині окремого динамічного циклу і проявляються перерозподілом часу активності та спокою, що особливо наочно виявляється в числових значеннях коефіцієнта “К”, а також показників амплітуди.

Зі зниженням висоти прикусу при горизонтальній патологічній стертості зубів порушується функція жування, що впливає на елементи динамічного циклу. Коефіцієнт “К” в усіх дослідних групах до лікування при довільному жуванні відрізняється від показників у групах через 1 місяць після накладання протезів і відновлення зубних рядів, що складає 0,99 – на робочому боці та 1,01 – на балансуючому боці (p 0,01) проти відповідно 0,74 та 0,98 у контрольній групі; значно знижується амплітуда коливань біострумів на робочому боці (63,85±0,85) та на балансуючому боці (62,42±0,65) у порівнянні з нормою (83,26±0,05 та 82,82±0,58, відповідно).

Залежно від методу відновлення зубних рядів виявляється тенденція до нормалізації показників електроміограм вже через 1 місяць після накладання протезів. У дослідних групах ці показники вже наблизилися до даних, отриманих у день обстеження пацієнтів уже через місяць користування конструкціями, й активність становила 0,231±0,004 та 0,234±0,005, а спокій - 0,231±0,004 і 0,225±0,005, відповідно.

Через 1 місяць користування запропонованими конструкціями значення амплітуди жувальних м’язів пацієнтів дослідних груп наблизились або були вищими від показників, отриманих у день обстеження. Кращими показниками через 1 місяць були амплітудні коливання в другій дослідній групі, що становило 85,14±0,92 на робочому боці та 83,64±0,94 - на балансуючому, тоді як у третій дослідній групі показники були нижчими і відповідно становили 83,69±0,65 і 82,77±0,58. Зі збільшенням терміну користування запропонованими конструкціями відновлення зубного ряду через 1 місяць показники коефіцієнта “К” у дослідних групах мало відрізнялись і становили 1,0 – 1,05.

Отже, проведені клінічні дослідження дозволяють дійти висновку про те, що процес адаптації до керамічних вкладок, якими відновили зубний ряд у пацієнтів другої дослідної групи, і в пацієнтів, яким відновили зубний ряд фотополімерним матеріалом, відбувається майже однаково і відмінностей не має.

Електроміографічні дослідження якості лікування і характеру відновлення функції жування хворих, яким відновлено зубні ряди керамічними вкладками і фотополімером, підтверджують, що вже через 1 місяць вони наближаються до показників контрольної групи. Усе це свідчить про необхідність упровадження запропонованого методу в практичну стоматологію.

**В И С Н О В К И**

**У роботі теоретично узагальнене і по-новому вирішене наукове завдання - підвищення якості лікування керамічними вкладками пацієнтів із горизонтальною патологічною стертістю зубів. Відповідно до завдань дослідження його результати дозволяють дійти таких висновків.**

1. На профілактичному обстеженні 181 робітника ВАТ „Полтавський автоагрегатний завод”, які мають шкідливі умови праці, горизонтальна патологічна стертість зубів була виявлена в 35 осіб, що складає 19,3% від загальної кількості обстежених працівників, а тому вони потребують належної якості профілактики та лікування патологічної стертості зубів.
2. **Розроблена методика визначення міжальвеолярної висоти в лікуванні горизонтальної патологічної стертості зубів, за допомогою якої нами було встановлено, що для забезпечення якісного косметичного протезування при горизонтальній патологічній стертості зубів треба уникати відновлення групи молярів фотополімерними матеріалами, а застосовувати керамічні вкладки.**
3. Запропонований нами спосіб остаточної фіксації керамічних вкладок для заміщення дефектів зубних рядів при горизонтальній патологічній стертості зубів полягає у використанні вібрації, за рахунок чого фіксаційний цемент розм’якшується і легко заповнює весь проміжок між конструкцією протеза та твердими тканинами зубів. Унаслідок цього досягається найщільніше прилягання протеза за найтоншого шару цементу.
4. **Отримані результати порівняння показників стирання при використанні керамічних вкладок значно кращі за показники, які отримані при реставрації зубів фотополімерними матеріалами.**
5. **За результатами проведених досліджень установлено, що за горизонтальної форми патологічної стертості зубів мають місце значні дефекти емалі та дентину, а це впливає на показники електроодонтодіагностики у день обстеження пацієнтів дослідних груп.**

У день фіксації керамічних вкладок і накладання фотополімерного матеріалу показники ЕОД підвищуються, а через 1 місяць користування керамічними вкладками і відновленими фотополімерними матеріалами зубними рядами відбулося зниження показників ЕОД, але вони не досягли показників контрольної групи.

1. Електроміографічні дослідження показали, що процеси адаптації до керамічних вкладок і відновлених фотополімерним матеріалом зубних рядів у пацієнтів другої та третьої дослідних груп відбуваються однаково і не мають відмінностей. Це зумовлене тим, що жувальне навантаження розподіляється рівномірно як у вертикальному, так і в горизонтальному напрямках.
2. Розроблені практичні рекомендації по застосуванню керамічних вкладок за горизонтальної форми патологічної стертості зубів і впровадженні у практичну охорону здоров’я.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для успішного лікування пацієнтів із горизонтальною патологічною стертістю зубів, протезуючи моляри, слід застосовувати керамічні вкладки із метою фіксації міжальвеолярної висоти.

2. Для більш точного прилягання керамічних вкладок за їх постійної фіксації слід застосовувати скелер НУЗК-2-02 із використанням лише вібрації, за рахунок чого цемент розм’якшується і легко заповнює весь проміжок між конструкцією протеза та твердими тканинами зубів, а надлишки виходять назовні.

3. Фотополімерні матеріали не слід застосовувати для відновлення бокової ділянки зубного ряду в пацієнтів, які страждають на горизонтальну патологічну стертість зубів.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Козак Р.В. Одонтометричні показники міжальвеолярної відстані на контрольних моделях до та після лікування / Р.В. Козак // Український стоматологічний альманах. - 2007. - № 5. - С. 46-49.
2. Козак Р.В. Відновлення жувальної ефективності у пацієнтів із горизонтальною патологічною стертістю зубів за даними електроміографічних досліджень / Р.В. Козак // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2007. - Т.7, Вип.4(20).- С.35-37.
3. Алгоритм розшифрування ортопантомограм / Н.В. Головко, С.В. Головко, Д.М. Король, О.Г. Фаловський, Р.В. Козак, О.В. Рибась // Український стоматологічний альманах. - 2006. - Т. 2, № 1. - С. 9 -11. *Особистий внесок: проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів, написання статті.*
4. Козак Р.В. Патологічна стертість зубів у працівників Полтавського автоагрегатного заводу за даними профілактичного огляду /Р.В. Козак, М.Д.Король, В.І. Головко // Український стоматологічний альманах. - 2006. - № 4. - С. 32 - 33. *Особистий внесок: проводив обстеження пацієнтів, аналіз результатів, написання статті.*
5. Деклараційний пат. на корисну модель 11009 UA, МПК 7 А61С13/00,А61С8/00. Пристрій для топографо-анатомічного та морфометричного аналізу ортопантомограм / Д.М. Король, Р.В Козак, М.Д., Король, Ю.И Силенко, Е.В. Стрюк, Н.В. Головко, О.В. Рибась, С.В. Головко, І.В.Павліш - № u 200503673; Заявл. 18.04.2005; Опубл. 15.12.2005, Бюл. № 12. *Особистий внесок: участь у розробці конструкції та її опис.*
6. Пат. на корисну модель 26292 UA, МПК А 61С 13/23 (2007.01). Спосіб остаточної фіксації незнімних стоматологічних конструкцій / Козак Р.В., Король М.Д., Рибась О.В. - № u 2007 05465; Заявл. 18.05.2007; Опубл. 10.09.2007, Бюл. № 14. *Особистий внесок: розробка методики.*
7. Козак Р.В. Особливості препарування дефектів коронок зубів з різною локалізацією порожнини при виготовлені вкладок / Р.В.Козак // Український стоматологічний альманах. - 2006. - Т.3, № 1. - С. 24-25.
8. Козак Р.В. Обоснование протезирования зубов вкладками / Р.В.Козак // Тези підсумкової наук. конф. молодих учених «Медична наука - 2005», 14 грудня 2005р., Полтава / Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії – 2005. - Т.5, Вип. 4(12). - С.61-62.
9. Козак Р.В. Клінічне обґрунтування відновлення висоти центральної оклюзії керамічними вкладками за данними одонтометрії / Р.В. Козак // Тези підсумкової наук. конф. молодих учених «Медична наука - 2008», Полтава/ Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2008. - Т.8, Вип. 3(23). - С.155-156.
10. Козак Р.В. Визначення висоти центральної оклюзії при патологічній стертості зубів : Мат. доп. обласної наук.- практ. конф. [“Методи поліпшення ортопедичної допомоги на Полтавщині”], (Полтава-Лубни, 23-24 березня 2007 р.) / Полтава, 2007. - С. 69-71.

**АНОТАЦІЯ**

**Козак Р.В. Особливості протезування пацієнтів із патологічною стертістю зубів керамічними вкладками.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія” МОЗ України. – Полтава, 2008.

Результати проведеного профілактичного огляду працівників ВАТ „Полтавський автоагрегатний завод” свідчать про наявність горизонтальної патологічної стертості зубів у 19,3% працівників від загальної кількості обстежених і необхідність проведення у даної групи пацієнтів якісної профілактики та лікування патологічної стертості зубів.

Запропоновано методику відновлення утрачених твердих тканин зубів за допомогою керамічних накладок типу оверлей на жувальну групу зубів та реставрацію усіх інших зубів фотополімерним матеріалом. Клінічна ефективність запропонованої методики щадного відновлення утрачених твердих тканин в наслідок патологічної стертості краща загальноприйнятої методики реставрування фотополімерними матеріалами. На основі проведених допоміжних досліджень доказано, що відновлення втрачених твердих тканин у наслідок патологічного стирання найбільш доцільно проводити за допомогою безметалових керамічних накладок типу «оверлей».

**Ключові слова:** патологічна стертість, керамічна вкладка, реставрація, щадне відновлення стертих твердих тканин зубів.

**АННОТАЦИЯ**

**Козак Р.В. Особенности протезирования пациентов с патологическим стиранием зубов керамическими вкладками.** - Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология. - Высшее государственное учебное заведение Украины “Украинская медицинская стоматологическая академия” МЗ Украины. - Полтава, 2008.

Результаты проведенного нами профилактического осмотра сотрудников ОАО „Полтавський автоагрегатный завод” свидетельствуют о том, что горизонтальная патологическая стертость зубов была обнаружена у 19,3% лиц от общего количества обследованных работников, которые нуждаются в надлежащем качестве профилактики и лечения патологической стертости зубов.

Среди обнаруженных лиц с генерализованой формой патологической стертости зубов были 21 мужчина и 14 женщин, что составляет 11,6% и 7,7%, соответственно.

Распределение обследованных по возрастным группам было неравномерно. В группах до 29 лет и старше 51 года с патологической стертостью зубов было по 9 пациентов, что составило 5,0% от всех обследованных, а в возрасте 30-39 лет таких пациентов было 6 (3,3%). Больше всего пациентов с горизонтальной формой патологической стертости зубов наблюдалось в возрастной группе 40-50 лет - 11 лиц (6,1%).

Для замещения дефектов твердых тканей зубных рядов среди всех видов протезов чаще всего используются несьёмные конструкции. Главным их недостатком считается то, что они требуют сошлифовывания большого количества твердых тканей зубов, а часто и депульпирования опорных зубов.

Наиболее щадящей методикой является реставрация фотополимерными материалами. Предложена методика возобновления утраченных твердых тканей зубов с помощью керамических накладок типа оверлей на жевательную группу зубов и реставрации всех других зубов фотополимерным материалом.

Первую (контрольную) группу составили лица с интактным зубным рядом. В зависимости от метода предоставления стоматологической помощи пациенты с горизонтальной формой патологической стертости зубов были распределены на две группы: 2 группа - 14 пациентов, которых лечили с помощью керамических вкладок по собственной методике и композитного материала EsthetX фирмы “Dentsply” (Германия). Керамические вкладки изготовляли из керамики Duceram фирмы “Ceramco” (Германия) и фиксировали цементом Jen-dua Cem США; 3 группа - 17 пациентов, которых лечили с помощью композитного материала EsthetX фирмы “Dentsply” (Германия).

Фиксация керамических вкладок проводилась на цемент двойного отверждения Jen-Dua Cem (США). Для улучшения качества прилегания керамической вкладки к твёрдым тканям зуба автором предложена методика окончательной фиксации несьёмных конструкций: после накладывания керамической вкладки на зуб её прижимали наконечником стоматологического скелера и при помощи вибрации проводили конденсацию цемента, тем самым максимально уменьшая его толщину

Клинически проведено сравнение эффективности предложенной автором методики щадящего возобновления утраченных твердых тканей вследствие патологической стертости, относительно общепринятой методики реставрирования фотополимерными материалами.

С целью более точного определения снижения высоты прикуса предложена собственная методика измерения. Исследования проводились сразу после фиксации вкладки или реставрации зубов фотополимерными материалами и через 1 год. Разница между этими показателями представляла собой величину стирания.

Для определения влияния проведенных манипуляций на пульпу зубов проводили электроодонтодиагностику. В отличии от стандартной методики электроодонтодиагностику проводили в области экватора зубов, так как керамика и реставрационный материал являются диэлектриками.

Обьективное представление о качестве восстановления зубных рядов керамическими вкладками и фотополимерным реставрационным материалом можно получить лишь по характеру движения жевательной мускулатуры, её тонуса и биоэлектрической активности. С этой целью было получено 93 электромиограмы пациентов контрольной и исследуемых групп.

В результате проведенных исследований доказано, что удержание высоты прикуса после восстановления утраченных твёрдых тканей зубов в результате патологического стирания керамическими вкладками происходит более длительно, чем при реставрации фотополимерным материалом.

Показано, что у пациентов с патологической стёртостью зубов изменения показателей электровозбудимости пульпы зубов были незначительны и быстро исчезали с течением времени.

Проведенные электромиографические исследования позволяют сделать вывод о том, что процесс адаптации к керамическим вкладкам, которыми восстанавливали зубной ряд у пациентов второй исследуемой группы и у пациентов, которым восстанавливали зубной ряд фотополимерным материалом, происходит практически одинаково. Уже через 1 месяц все показатели электромиографии приближаются к показателям контрольной группы.

Следовательно, керамическая реставрация является наиболее адекватным методом щадящего лечения патологической стираемости зубов.

**Ключевые слова**: патологическая стираемость, керамическая вкладка, реставрация, щадящее восстановление стертых твердых тканей зубов.

**ANNOTATION**

**Kozak R.V. Features of prosthetics patients with pathological abrasion of teeth by ceramic insets. -** Manuscript.

А thesis in search for the scientific degree of a Candidate of medical sciences on the specialty 14.01.22. – Stomatological. – The higher state education institution of Ukraine “The Ukrainian medical dentists academy” MH of Ukraine. – Poltava, 2008.

Results conducted by us prophylactic review of workers of VAT „Poltava avtoagregat factory” is testified to that the horizontal pathological abrasion of teeth was discovered 19,3% from the general amount of the inspected workers, and that is why a prophylaxis and treatment of pathological abrasion of teeth need the proper quality.

The method of proceeding in lost hard fabrics of teeth is offered by the ceramic protective straps of type overley on the masticatory group of teeth and restoration all other teeth by photopolymeric material. Clinically comparatively efficiency of the offered method of sparing renewal of lost hard fabrics in investigation of pathological abrason, in relation to the generally accepted method of restoration photopolymeric materials. On the basis of the conducted auxiliary researches it is well-proven - that preceding in the lost hard fabrics in investigation of pathological elimination it is most expedient to conduct «overley» of ceramic protective straps of type.

**Keywords:** pathological abrasion, ceramic inset, restoration, sparing renewal of the abrasion hard fabrics of teeth.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>