

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

*Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна*

УДК 616.314.17-002.4-036.12-77

Є. В. Гризодуб

### СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

*Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна*

Автор висвітлює основні аспекти проблеми протезування осіб з генералізованим пародонтитом, наводить основні сучасні дані щодо патогенетичного лікування захворювання.

Приводиться аналіз даних літератури за останні 20 років, обговорюються шляхи становлення сучасних методик шинування при пародонтиті. Аналізуючи всі запропоновані останніми десятиріччями конструкції для шинування зубів, автор доводить патогенетичність методики скловолоконного шинування та необхідність розробки сучасних надійних методів укріплення зубних рядів стрічками за допомогою фотополімерів.

**Ключові слова:** генералізований пародонтит, шинування зубів, шина-протез, ортопедичні методи лікування.

UDC 616.314.17-002.4-036.12-77

Ye. V. Grizodub

### MODERN ASPECTS OF PROSTHODONTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS (LITERATURE REVIEW)

*The Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine*

The author covers the main aspects of prosthetics in persons with generalized periodontitis, and presents major modern data on the pathogenetic treatment of disease. The article provides an analysis of the literature over the past 20 years, highlights the ways to modern techniques of splinting in patients with periodontitis. Analyzing all the proposed within previous years constructions for tooth splinting, the author proves pathogenicity of splinting using fiberglass and a necessity of elaboration of modern methods of strengthening of teeth with photopolymers.

**Key words:** generalized periodontitis, teeth splinting, tire-prosthesis, prosthodontic treatments.

Захворювання пародонта є актуальною проблемою сучасної стоматології. Підвищення якості стоматологічної допомоги дозволяє виявляти захворювання на ранніх стадіях і приділяти чимало уваги їх профілактиці [1]. Однією з найскладніших проблем при комплексному лікуванні запальних хронічних уражень пародонта є саме ортопедичні методи лікування.

Ортопедичні методи, застосовувані для лікування захворювань пародонта, дозволяють зняти запальні явища, поліпшити кровообіг, а отже, і трофіку тканин за рахунок усунення патологічної рухливості [2; 3], нормалізації оклюзійних співвідношень [4], зняття травмуючої дії жувального тиску, тобто їх можна зарахувати до методів функціональної терапії.

Для ортопедичного лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта використовуються різні знімні й незнімні, тимчасові та постійні конструкції лікувальних апаратів [5]. Показання до ортопедичного лікування пародонтиту зумовлені, у першу чергу, необхідністю іммобілізації рухливих зубів і перерозподілу навантаження на зуби з неураженим пародонтом або слизову оболонку протезного ложа. Найважливішим момен-

том є усунення функціонального травматичного переваантаження пародонта шляхом вибіркового зішліфування, шинування та раціонального протезування.

Отже, основні ортопедичні методи лікування захворювань пародонта такі:

- вибіркоче зішліфування [6];
- тимчасове шинування [7];
- ортодонтичне лікування (за необхідності) [8];
- застосування постійних шинуючих апаратів і зубних протезів [9; 10].

Теоретичні основи застосування цих методів, підтверджені клінічними спостереженнями, полягають у такому. При пародонтиті є порушення гістофункціональної кореляції зуба з навколишніми тканинами. Деструкція тканин пародонта призводить до зменшення площі зв'язкового апарату та стінок альвеол, порушення топографії зон стиснення і розтягування під навантаженням, збільшення питомого тиску на тканини, зміни характеру деформації волокон і кісткової тканини за рахунок зміни напрямку просторового зміщення кореня зуба.

Правильно підібраний і проведений комплекс ортопедичних втручань, спрямований не тільки

на відновлення дефектів зубного ряду, а й на надійну стабілізацію зубів, що залишилися, сприяє нормалізації оклюзійних навантажень, трофіки пародонта і репаративних процесів у його тканинах, підвищуючи тим самим ефективність лікування захворювань пародонта [11; 12].

З появою нових композиційних матеріалів і розвитком адгезивних технологій стало можливим застосовувати поряд із суто ортопедичними методами терапевтичне (пародонтальне) шинування, яке допомагає розв'язувати проблеми іммобілізації рухливих зубів, відновлення безперервності зубних рядів з мінімальним інвазивним втручанням, дотриманням сучасних естетичних вимог і виключенням тривалого лабораторного етапу [13].

Шинування — один із методів лікування захворювань пародонта, що дозволяє знизити ймовірність видалення зубів [14].

Основне показання до шинування в ортопедичній практиці — наявність патологічної рухливості зубів, яка характеризує функціональний стан пародонта [15]. Захворювання пародонта різною мірою ускладнюють проведення ортопедичного лікування. Навіть у простих випадках (наприклад, при відновленні неускладнених дефектів зубних рядів) захворювання пародонта призводять до труднощів у виборі зубів для здійснення опорної та ретенційної функцій фіксуєчих елементів протезів. При збереженні повного зубного ряду з ослабленим пародонтом ортопедичне лікування припускає шинування рухливих зубів, їх об'єднання в єдиний блок. Частіше доводиться одночасно шинувати і відновлювати цілісність зубного ряду. Шинування бажане і для запобігання повторному запаленню в тканинах пародонта після лікування за наявності хронічного пародонтиту. До вибору конструкцій, що шинують і заміщають при пародонтиті або пародонтозі, слід підходити індивідуально [16].

Шина — пристосування для іммобілізації (повної нерухомості або значно зменшеної рухливості) групи зубів або всього зубного ряду.

Вимоги, що ставляться до шин:

- 1) створювати міцний блок із групи зубів, обмежуючи їх рухливість у таких напрямках: вертикальному, вестибулярному, медіолатеральному (для передніх) і передньозадньому (для бічних);
- 2) бути жорсткою і міцно фіксованою на зубах;
- 3) не здійснювати подразнювальної дії на маргінальний пародонт;
- 4) не перешкоджати медичній і хірургічній терапії ясенної кишені;
- 5) не мати ретенційних пунктів для затримки їжі;
- 6) не створювати своєю оклюзійною поверхнею блокуючих моментів для руху нижньої щелепи;
- 7) не порушувати мову хворого;
- 8) не викликати грубих порушень зовнішнього вигляду хворого;

9) виготовлення шини не повинно бути пов'язане з видаленням значного шару твердих тканин коронок зубів.

Показання до включення зубів у шину залежать від величини атрофії зубної альвеоли і форми захворювання пародонта [17]. Зуби з рухливістю III ступеня підлягають видаленню. Необхідно видалити зуби з рухливістю II ступеня, якщо атрофія кісткової тканини становить більше ніж 2/3 лунки. При пародонтитах зуби з рухливістю I ступеня при атрофії лунки більше ніж наполовину видаляють, а при пародонтозі їх потрібно включити в шину. При хронічних періапикальних змінах зуби з рухливістю I ступеня і з добре пломбованими кореневими каналами підлягають шинуванню. При поганій obturaції кореневого каналу зуб може бути включений у шину лише за відсутності змін у верхівковому періодонті та при спокійному клінічному перебігу (відсутність болю до лікування і через 3–4 тиж. після нього). У разі загострення хронічного пародонтиту зуб не включається до шини. Зуби з рухливістю II ступеня і хронічними навколоверхівковими осередками, навіть якщо канали добре запломбовані, шинуванню не підлягають. Наявність норичевого ходу є протипоказанням до включення зуба в шинуючий блок, навіть якщо канал запломбований [18].

Іммобілізації природних зубів досягають за допомогою тимчасових і постійних шинуючих апаратів, які можуть бути знімними і незнімними [19].

Знімні шини можуть установлюватися і за відсутності деяких зубів. Вони створюють належні умови для гігієни порожнини рота, проведення за необхідності терапії та хірургічного лікування. До переваг незнімних шин зараховують профілактику перевантажень пародонта в будь-якому напрямку впливу, чого не дають знімні протези. Вибір типу шини залежить від безлічі параметрів, тому без знання патогенезу захворювання, а також біомеханічних принципів шинування ефективність лікування є мінімальною [20].

До показань для застосування конструкцій, що шинують, будь-якого типу [21] належать:

- особливості захворювання пародонта;
- гігієна порожнини рота, наявність зубних відкладень;
- кровоточивість ясен, рухливість зубів;
- вираженість зубоясенних кишень і ступінь оголення коренів;
- особливості розташування зубів, ступінь їх зміщення (деформація зубних рядів) [22].

До позитивних ефектів шинування зараховують такі моменти:

- шина зменшує рухливість зубів. Жорсткість конструкції шини не дає зубам розхитуватися, а отже, зменшує ймовірність подальшого збільшення амплітуди коливань зубів і їх випадання (тобто зуби можуть рухатися лише настільки, наскільки це дозволяє шина);

— ефективність шини залежить від кількості зубів: що більше зубів, то вища ефективність шинування;

— шинування перерозподіляє навантаження на зуби. Основне навантаження при жуванні припадає на здорові зуби. Розхитані зуби будуть менш схильними до дії на них, що створює додатковий ефект для загоєння;

— найкращі результати дає шинування передніх зубів (різці й ікла), а найліпшими шинами є ті, які об'єднують найбільшу кількість зубів. Отже, в ідеальному варіанті шина повинна охоплювати весь зубний ряд. Пояснення досить просте — з точки зору стійкості, саме аroachна конструкція є кращою за лінійну.

Ідеологія постійного шинування полягає у виготовленні більш досконалої та дорогої конструкції, якщо захворювання знаходиться у стадії ремісії та на певний термін можна гарантувати збереження зубів, залучених у конструкцію.

Перевагою незнімних шин є те, що вони створюють жорстку систему фіксації, яка не дозволяє перевантажувати пародонт вертикальним і горизонтальним навантаженням [22].

До позитивних властивостей незнімних шин належать:

— їх здатність забезпечувати блокування системи у трьох напрямках: вертикальному, трансверзальному, мезіодистальному;

— залишаючи відкритою ясенну кишеню (виняток — блок повних коронок), роблять його доступним для медикаментозної та хірургічної терапії;

— хворі швидко звикають до незнімних шин, а фонетичні порушення виникають рідко і швидко усуваються без допомоги лікаря.

Однак шини мають низку недоліків, які проявляються подразненням тканин протезного ложа, при цьому значна кількість незнімних шинуючих конструкцій перешкоджає проведенню терапевтичного лікування, потребує препарування опорних зубів і викликає різні труднощі при фіксації шин. Також змінюється гігієна ротової порожнини, а в деяких випадках шини порушують естетику [23].

До незнімних зараховують такі види шин:

1. *Кільцева шина*. Є набором спаяних металевих кілець, які забезпечують міцну фіксацію зубів. Конструкція може мати індивідуальні особливості щодо техніки та матеріалів для виготовлення. Від точності припасування залежить якість лікування. Тому виготовлення шини проходить кілька етапів: зняття відбитка, виготовлення гіпсової моделі, шини і визначення обсягу обробки зубного ряду для надійної її фіксації.

2. *Напівкільцева шина*. Відрізняється від кільцевої відсутністю повного кільця із зовнішнього боку зубного ряду. Це дозволяє досягти більшої естетичності конструкції при дотриманні технології, подібної до створення кільцевої шини.

3. *Ковпачкова шина*. Є низкою спаяних між собою ковпачків, що надіваються на зуби, покриваючи їх ріжучий край і внутрішню частину (з боку язика). Ковпачки можуть бути суцільнолитими або виготовляються з окремих штампованих коронок, які потім між собою з'єднують пайкою. Метод особливо придатний за наявності повних коронок, до яких і кріпиться вся конструкція.

4. *Вкладкова шина*. Метод подібний до попереднього з тією різницею, що ковпачок має виступ, який установлюється у заглиблення на верхівці зуба, що підсилює його фіксацію, як і всієї конструкції шини в цілому. Як і в попередньому випадку, шина кріпиться до повних коронок для додавання максимальної стійкості конструкції.

5. *Коронкова і напівкоронкова шини*. Напівкоронкова шина використовується при задовільному стані ясен, тому що ризик її травматизації коронкою значний. Зазвичай використовують металокерамічні коронки, що мають максимальний естетичний ефект. За наявності атрофії альвеолярних відростків щелепи виготовляють екваторні коронки, які майже доходять до ясен і за рахунок цього дозволяють проводити лікування зубо-ясенної кишені. Проте виготовлення такої шини потребує віртуозної майстерності, бо підготувати і зафіксувати її досить складно. Для зменшення ймовірності відшарування напівкоронки від зуба рекомендується використання штифтів, які ніби «прибивають» коронку до зуба.

6. *Інтердентальна шина*. Сучасний варіант шини за методикою є з'єднанням двох сусідніх зубів спеціальними вставками, які взаємно зміцнюють ці зуби. Можуть використовуватися різні матеріали, проте останнім часом перевага віддається фотополімерам, склоіономерним цементам, композитним матеріалам.

7. *Шини Треймана, Вайгеля, Струнца, Мамлока, Когана, Бруна та ін.* Деякі з цих «іменних» шин уже втратили свою актуальність, деякі зазнали модернізації.

8. *Незнімні шини-протези* є особливим різновидом шин. Вони поєднують у собі розв'язання двох завдань: лікування захворювань пародонта та протезування відсутніх зубів. Шина при цьому має мостоподібну конструкцію, де основне жувальне навантаження припадає не на сам протез на місці відсутнього зуба, а на опорні майданчики сусідніх зубів.

Таким чином, варіантів шинування незнімними конструкціями досить багато, що дозволяє лікарю вибрати методику залежно від особливостей захворювання, стану конкретного пацієнта і багатьох інших параметрів [24; 25].

Незнімні шини мають як позитивні, так і негативні властивості. Шини зі спеціальними коронками забезпечують надійне зміцнення рухливих зубів, але, прилягаючи до ясен, подразнюють тканини, поглиблюють перебіг патологічного про-

цесу та створюють перешкоду для проведення терапевтичного лікування. Крім цього, конструкції потребують значного препарування зубів і мають складну фіксацію.

Шинування знімними конструкціями може застосовуватися як за наявності суцільного зубного ряду, так і за відсутності деяких зубів [24]. Знімні шини звичайно зменшують рухливість зубів не в усіх напрямках, але до позитивних моментів зараховують відсутність необхідності шліфування чи іншої обробки зубів, створення добрих умов для гігієни порожнини рота, а також проведення лікування.

При збереженні цілісності зубних рядів використовують такі види шин:

1. *Шина Ельбрехта*. Сплав каркаса еластичний, але досить міцний. Це забезпечує захист від рухливості зубних рядів у всіх напрямках, окрім вертикального, тобто відсутній захист при жувальному навантаженні. Саме тому така шина застосовується при початкових стадіях захворювання пародонта, коли помірне жувальне навантаження не призводить до прогресування захворювання. Шина може мати верхнє (близько верхівки зуба), середнє або нижнє (прикореневе) розташування, а також може бути широкою. Вид кріплення і ширина шини залежать від конкретної ситуації, а тому шина і підбирається лікарем індивідуально для кожного пацієнта. Існує можливість приварювання штучних зубів при видаленні рухливих.

2. *Шина Ельбрехта з T-подібними кламерами у ділянці передніх зубів*. Така конструкція дозволяє досягти додаткової фіксації зубної дуги. Однак ця конструкція придатна лише при мінімальній рухливості зубів і за відсутності вираженого запалення пародонта, тому що вона може викликати додаткове травмування тканин пародонта за наявності виражених запальних змін.

3. *Знімна шина з литою капою*. Це модифікація шини Ельбрехта, що дозволяє знизити рухливість різців та іклів у вертикальному (жувальному) напрямку. Захист забезпечується за рахунок спеціальних ковпачків у ділянці передніх зубів, які знижують жувальне навантаження на них.

4. *Кругова шина*. Вона може бути звичайною або з кігтеподібними відростками. Використовується при невираженій рухливості зубів, оскільки значне відхилення зубів від своєї осі призводить до труднощів при спробі надягання або зняття протезу. При значному відхиленні зубів від своєї осі рекомендується застосування розбірних конструкцій.

За відсутності деяких зубів також можуть бути використані знімні протези. Враховуючи той факт, що втрата зуба може провокувати захворювання пародонта, стає необхідним розв'язання двох завдань: заміщення втраченого зуба і використання шинування як засобу профілактики захворювань пародонта. У кожного пацієнта наявні свої особ-

ливості захворювання, тому й особливості конструкції шини суворо індивідуальні. Досить часто допускається протезування з тимчасовим шинуванням для профілактики розвитку пародонтозу чи іншої патології. В анамнезі у будь-якому випадку потрібно планувати заходи, що сприяють максимальному лікувальному ефекту у даного пацієнта [26].

Шинування зубів за допомогою зміцнювальних волокон, адаптованих у композитний матеріал, останнім часом у практиці стоматолога набуло широкої популярності [27]. Для багатьох пацієнтів із захворюваннями пародонта такі адгезивні волоконно-композитні конструкції є оптимальним методом ортопедичного лікування. Основні переваги волоконно-композитних адгезивних шин і шин-протезів порівняно з традиційними незнімними протезами — це мінімальна інвазивність, незначна необхідність препарування зубів і високий рівень естетики [28].

Існує кілька типів армуючих волокон (поліетиленові та скловолоконні), основною перевагою яких є те, що їх можна застосовувати як при прямих, так і непрямих реставраціях [28].

На сучасному етапі як зміцнювальні структури найчастіше використовується скловолокно, але воно має низку недоліків. Волокна необхідно повністю занурювати в композит, тому що скловолокно поступово руйнується в присутності вологи. Це, у свою чергу, призводить до того, що шинуюча конструкція стає масивнішою, товщою. Дуже часто час існування шини в умовах порожнини рота не перевищує 2–3 роки. Звичайно, на час «життя» шини впливають й інші фактори. Це і ступінь рухливості зубів, й індивідуальні анатомічні особливості зубощелепної системи, особливості прикусу, харчування, методики виготовлення шини тощо.

Загальновідомим фактом є те, що зчеплення композиційного матеріалу з емаллю зуба набагато сильніше, ніж з дентином, а при глибокому препаруванні основна площа шинуючої конструкції фіксуватиметься на дентині.

Також проблемою скловолоконна є те, що не завжди можливо його рівномірно просочувати бондинговою системою, а потім полімеризувати в умовах клініки.

Ще один недолік полягає у тому, що армувальний матеріал знаходиться в пасивному, ненапруженому стані, через що основне механічне навантаження припадає на адгезивну систему та композиційний матеріал [29].

Відомий вітчизняний матеріал «Армосплінт» [30] є стрічкою спеціального високомодульного плетіння. Основа стрічки — скловолоконні нитки, обплетені поліефірними мікрОВОлокнами (ширина стрічки — 2,0 і 3,0 мм, товщина — 0,25 мм). Показання до застосування матеріалу «Армосплінт» такі:

— накоронкова та внутрішньокоронкова фіксація (шинування) рухливих зубів;

- ретенція зубів з метою закріплення результатів ортодонтичного лікування;
- іммобілізація зуба при травматичному вивиху або підвивиху;
- заміщення дефектів зубного ряду прямим методом;
- виготовлення адгезивних протезів і шинуючих конструкцій непрямим методом (у зуботехнічній лабораторії);
- відновлення коронкової частини зуба.

Стрічка «Армосплінт» оброблена спеціальною речовиною — апретом, здатним реагувати з функціональними групами на поверхні скловолоконних ниток і мікрОВОЛОКОН. Апретом здійснюється зв'язок між скловолоконною стрічкою і полімерною матрицею композиту.

Найчастіше в клініці використовується прямий метод виготовлення шини на основі волокон і композиту. Прийнято вважати, що при виготовленні шини лабораторним методом можна домогтися більш довгострокових результатів при більш точній методиці [31].

Великих труднощів не виникає, коли ступінь рухливості зубів, що підлягають іммобілізації, невеликий, а прикус відносно в нормі. Але при більш серйозній патології виникають деякі складнощі. По-перше, потрібно вирішити, як правильно одержати відбиток, оскільки зуби, що шинуються, мають рухливість у тій чи іншій мірі й можуть зміщуватися при отриманні відбитка.

По-друге, необхідно точно і правильно зафіксувати готову шину на зубах, що піддаються іммобілізації [32].

### Висновки

В ортопедичній стоматології при комплексному лікуванні запальних захворювань пародонта, як продемонстрував огляд, віддають перевагу шинуванню за допомогою скловолокна. Правильно підібраний і проведений комплекс ортопедичних втручань, спрямований не тільки на відновлення дефектів зубного ряду, а й на надійну стабілізацію зубів, що залишилися, сприяє нормалізації оклюзійних навантажень, трофіки пародонта і репаративним процесам у його тканинах, підвищуючи тим самим ефективність лікування захворювань пародонта.

Проте залишаються нерозв'язаними чимало завдань, що стосуються недоліків такого виду шинування, а саме:

- отримання відбитку з рухливих зубів під час непрямого методу шинування;
  - труднощі нанесення адгезивного матеріалу.
- Розв'язання вказаних завдань допоможе значно підвищити ортопедичну ефективність шинування при генералізованому пародонтиті.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Vodanović M.* Prevention of oral diseases / *M. Vodanović // Acta Med. – Croatica.* – 2013, Jun. – Vol. 67 (3). – P. 251–254.

2. *Белоклицкая Г. Ф.* Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубных рядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита / *Г. Ф. Белоклицкая, О. В. Лузына // Современная стоматология.* – 2004. – № 2. – С. 64–65.

3. *Котенко С. А.* Клинико-функциональная оценка ранних реакций тканей пародонта при проведении вантового шинирования : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / *С. А. Котенко.* – М., 2008. – 22 с.

4. *Значение устранения травматической окклюзии и патологической подвижности зубов в консервативном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Н. М. Жегалина, Т. М. Еловицова, Л. Н. Баян, Е. А. Елизарьева // Проблемы стоматологии.* – 2005. – № 1. – С. 13–15.

5. *Telescopic overdenture: Perio-prostho concern for advanced periodontitis / R. Goswami, P. Mahajan, A. Siwach, A. Gupta // Contemp Clin Dent.* – 2013, Jul. – Vol. 4 (3). – P. 402–405.

6. *Belikova N.* Biomechanical basis splinting of loose teeth while preserving their mobility at physiological / *N. Belikova, T. Petrusshanko // Georgian Med News.* – 2013, Sep. – Vol. 222. – P. 23–28.

7. *Жолудев С. Е.* Шинирование зубов при заболеваниях пародонта / *С. Е. Жолудев, Е. Л. Шустов, Ю. Д. Ворожцов // Уральский стоматологический журнал.* – 2002. – № 1. – С. 42–44.

8. *Дробышев А. Ю.* Лечение больных генерализованной формой пародонтита с применением хирургических, ортодонтических и ортопедических методов / *А. Ю. Дробышев, В. С. Агапов, Л. С. Персин // Стоматология.* – 2002. – № 3. – С. 40–41.

9. *Prosthetic rehabilitation of patients with history of moderate to severe periodontitis: a long-term evaluation / C. Graetz, F. Schwendicke, M. Kahl [et al.] // J. Clin. Periodontol.* – 2013, Aug. – Vol. 40 (8). – P. 799–806.

10. *Белоклицкая Г. Ф.* Шинирование подвижных зубов и восстановление включенных дефектов зубных рядов в комплексном лечении генерализованного пародонтита / *Г. Ф. Белоклицкая, О. В. Лузына // Современная стоматология.* – 2004. – № 2. – С. 64–65.

11. *Жулев Е. Н.* Клиника, диагностика и ортопедическое лечение заболеваний пародонта / *Е. Н. Жулев.* – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2003.

12. *Rehabilitation of periodontally compromised teeth with fiber-reinforced composite resin: a case report / M. G. Hoepfner, R. B. Fonseca, E. A. Pfau [et al.] // Quintessence Int.* – 2011, Feb. – Vol. 42 (2). – P. 113–120.

13. *Кирюхин В. Ю.* Биомеханические основы шинирования зубного ряда / *В. Ю. Кирюхин, Р. Ф. Гилязова // Российский журнал биомеханики.* – 2008. – № 3. – С. 37–43.

14. *Андреева В. А.* Современные технологии шинирования и микропротезирования зубов / *В. А. Андреева, И. Г. Чухрай // Современная стоматология.* – 2007. – № 3. – С. 23–27.

15. *Massad J. J.* Treating a failing dentition: stable implant-supported removable restorations / *J. J. Massad, S. Ahuja, M. Verma // Dent Today.* – 2014, Jan. – Vol. 33 (1). – P. 134; 136–139.

16. *Suzuki H.* Case of functional and esthetic rehabilitation by increased occlusal vertical dimension with prosthetic treatment / *H. Suzuki // Nihon Hotetsu Shika Gakkai Zasshi.* – 2008, Jul. – Vol. 52 (3). – P. 416–419.

17. *Clinical and microbiologic effects of lingual cervical coverage by removable partial dentures / A. Ao, N. Wakabayashi, H. Nitta, Y. Igarashi // Int J Prosthodont.* – 2013, Jan-Feb. – Vol. 26 (1). – P. 45–50.

18. *Методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта : метод. указания для студентов и врачей-интернов / В. П. Голик, И. П. Днестровский, В. П. Лазуткин [и др.].* – Харьков : ХГМУ, 2003. – 16 с.

19. *A retrospective comparative 8-year study of cumulative complications in teeth adjacent to both natural and implant-supported fixed partial dentures / S. Yamazaki, H. Arakawa,*

K. Maekawa [et al.] // Int J Prosthodont. – 2013, May-Jun. – Vol. 26 (3). – P. 260–264.

20. Трофіменко О. А. Шляхи оптимізації обґрунтування вибору конструкцій зубних протезів при захворюваннях тканин пародонта / О. А. Трофіменко // Современная стоматология. – 2007. – № 2. – С. 134–139.

21. Бургонский В. Г. Клиническая оценка систем и методов шинирования зубов в комплексном лечении болезней пародонта / В. Г. Бургонский, И. А. Крикотун // Современная стоматология. – 2002. – № 2. – С. 52–56.

22. Ряховский А. Н. Биомеханика шинирования зубов (обзор литературы) / А. Н. Ряховский, А. М. Хлопова // Панаорама ортопедической стоматологии. – 2004. – № 1. – С. 18–28.

23. Long-term tooth loss in periodontally compromised but treated patients according to the type of prosthodontic treatment. A retrospective study / S. Müller, P. Eickholz, P. Reitmeir, T. Eger // J Oral Rehabil. – 2013, May. – Vol. 40 (5). – P. 358–367.

24. Ряховский А. Н. Варианты шинирования при генерализованном пародонтите / А. Н. Ряховский // Стоматология. – 2002. – № 2. – С. 55–57.

25. Ткаченко І. М. Застосування сучільнолітотої шини власної конструкції при комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит / І. М. Ткаченко // Галицький лікарський вісник. – 2003. – № 1. – С. 153–155.

26. Котенко С. А. Сравнительная оценка степени подвижности зубов на этапах вантового шинирования при заболеваниях тканей пародонта / С. А. Котенко, А. Н. Ряховский // Новые технологии в стоматологии : материалы

12-й Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб., 2007. – С. 190–191.

27. Опыт использования адгезивных ленточных шин в стоматологической практике / Т. И. Елхова, И. В. Загуменова, И. А. Колодкина, В. М. Лисина // Уральский стоматологический журнал. – 2003. – № 2. – С. 33–34.

28. Підлісний Р. В. Морфоструктурні особливості адгезивних волоконно-композитних пародонтальних шин: електронно-мікроскопічне дослідження / Р. В. Підлісний // Современная стоматология. – 2007. – № 3. – С. 124–130.

29. Шинирование подвижных зубов при лечении генерализованного пародонтита с применением армирующих лент, адаптированных в композите / В. С. Буркот, Р. С. Шмат, А. В. Самойленко [и др.] // Дніпропетровський медичний часопис. – 2008. – № 1. – С. 77–79.

30. Чуев В. В. Применение системы «Армосплит» при лечении заболеваний пародонта и замещении одиночных дефектов зубного ряда / В. В. Чуев, Л. Л. Гапочкина, В. П. Чуев // Дентология. – 2008. – № 4. – С. 134–135.

31. Kumbuloglu O. Pilot study of unidirectional E-glass fibre-reinforced composite resin splints: up to 4,5-year clinical follow-up / O. Kumbuloglu, A. Saracoglu, M. Ozcan // J Dent. – 2011, Dec. – Vol. 39 (12). – P. 871–877.

32. Гризодуб Е. В. Усовершенствование методов шинирования подвижных зубов при заболевании тканей пародонта / Е. В. Гризодуб // Украинский стоматологический альманах. – 2006. – № 2. – С. 34–36.

УДК 616.314-77-06:616.31-02-036.22

В. Г. Шутурминский, канд. мед. наук, доц.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОТЕЗНЫХ СТОМАТИТОВ У ЛИЦ, ПРОТЕЗИРУЕМЫХ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

УДК 616.314-77-06:616.31-02-036.22

В. Г. Шутурминский

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОТЕЗНЫХ СТОМАТИТОВ У ЛИЦ, ПРОТЕЗИРУЕМЫХ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Работа посвящена изучению проблемы протезных стоматитов как осложнения при съемном пластиночном протезировании. Анализируя данные литературы, автор обнаружил отсутствие четких научных данных о распространенности протезного стоматита среди носителей съемных протезов. Поставив цель — изучить распространенность протезного стоматита, автор исследовал статистические данные о работе стоматологической службы Одесского региона, определил, что травматический протезный стоматит присутствовал у 73,2 % больных, токсический и токсико-аллергический — у 29,3 % больных. Также у многих пациентов протезированию сопутствовал микозный стоматит. **Ключевые слова:** протезный стоматит, съемные пластиночные протезы, распространенность осложнений протезирования.

UDC 616.314-77-06:616.31-02-036.22

V. G. Shuturminskiy

### RESULTS OF STUDYING THE PREVALENCE OF DENTURE STOMATITES IN THE PERSONS WITH REMOVABLE PLATE PROSTHESES

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The article studies the prevalence of denture stomatites with prosthetics by the removable constructions of dental prostheses according to archive data of the reports of the dental health centers of Odessa region. Denture stomatites is a vital problem of contemporary prosthetic dentistry. Traumatic denture stomatitis was present in 73.2% of patients, toxic and toxic-allergic — in 29.3% of patients. In many patients prosthetics is also accompanied by mycosis stomatitis.

**Key words:** denture stomatitis, removable plate prostheses, the prevalence of the complications of prosthetics.