

**Резюме.** Под нашим наблюдением находилось 67 больных хроническим генерализованным пародонтитом 1 и 2 степени тяжести в фазе обострения без существенных сопутствующих заболеваний. При установлении клинического диагноза использовали общепринятые методы.

Пациентов основной группы (36 лиц) лечили с помощью предложенного средства, в контрольной группе (31 лицо) – применяли традиционную терапию. Для оценки эффективности лечения определяли пародонтальный индекс (Russel, 1967), измеряли глубину пародонтальных карманов, с целью объективизации результатов в течение всего наблюдения контролировали гигиеническое состояние ротовой полости. Полученные нами клинические данные оценивали непосредственно после лечения, а также через один и три месяца после него.

**Результаты.** Наблюдение за пациентами основной группы засвидетельствовало, что примененное лечение повлекло быструю ликвидацию симптомов воспаления уже после 1-2 сеансов терапии. Желаемый терапевтический эффект от проведенного лечения в основной группе зафиксирован в 78% случаев, в контрольной – в 51%.

**Выводы.** Предложенные нами врачебные формы – гель и пленка на основе амизона являются эффективными средствами для лечения пародонтитов, они удобны в использовании, не вызывают побочных эффектов и могут быть рекомендованы для широкого клинического применения.

**Ключевые слова:** лечение пародонтита, гель, пленка, амизон.

## EXPERIENCE OF APPLICATION OF COMPOSITIONS WITH AMIZONUM (ENISAMIUM IODIDE) FOR TREATMENT OF PERIODONTITIS

Sulym Y., Petryshyn O., Buchkovska A.

**Abstract.** The study examines the effectiveness of treatment of periodontitis using gel and films containing amizonum (enisamium iodide).

67 patients with chronic generalized periodontitis 1 and 2 degrees of severity in the acute phase under our supervision have been. Patients of the main group (36 people) were treated with products containing amizonum. In the control group (31 people) the traditional therapy was used. Efficacy of treatment was assessed by the dynamics of clinical picture, degree of bleeding, the nature and amount of discharge from the periodontal pockets. We determined the periodontal index, the index of Hygiene and depth of pockets and performed X-rays. The results were evaluated immediately after treatment, and after one and three months after its completion.

Treatment started with the removal of dental plaque, removal of other traumatic factors. Open or closed curettage of periodontal pockets were performed if necessary. The gaps between teeth and periodontal pockets were filled with proposed injected gel and pieces of film. Treatment was carried out until the normalization of the periodontal status of the patient. General treatment prescribed, recommended nutrition, antiseptic rinses.

Observations of the main group of patients showed that the treatment applied resulted in rapid elimination of inflammation symptoms after 1-2 sessions of therapy. After the treatment the gums structure and the color of normalized, mobility of teeth and periodontal pockets decreased or disappeared. The desired therapeutic effect of the treatment in the main group was observed in 78% of cases, in the control group – in 51%. Periodontal index in patients in the control group before and immediately after treatment was  $2,88 \pm 0,06$  and  $0,83 \pm 0,09$  respectively, in the experimental group –  $2,83 \pm 0,08$  and  $0,37 \pm 0,05$  ( $P < 0.01$ ). The above mentioned trend was observed in the future. So, 1 month after the treatment completion rates of periodontal index were:  $0,96 \pm 0,12$  in the control group, and  $0,51 \pm 0,11$  – in the experimental ( $P < 0.01$ ). After 3 months of treatment repeated studies of periodontal indices showed the following values: control group of patients –  $1,12 \pm 0,14$ , research group –  $0,63 \pm 0,09$  ( $P < 0.01$ ).

The dynamics of depth of periodontal pockets correlated with data of Russel index.

**Conclusions.** The medicinal form offered by us – gel and film containing amizonum is effective remedy for the treatment of periodontitis, it is convenient in use, does not cause side effects.

**Key words:** treatment of periodontitis, gel, film, amizonum.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 06.03.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-2-149-379-384

УДК 616.314–77–036

Фастовець О. О., Кривчук О. А.

## ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ У НАЙБЛИЖЧІЙ ТЕРМІН СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України» (м. Дніпро)

ortho.stomat@dma.dp.ua

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота є фрагментом НДР кафедри ортопедичної стоматології «Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційованого підходу в лікуванні та профілактиці дефектів зубів та зубних рядів» (державний реєстраційний номер 0113 У 007668).

**Вступ.** Повна відсутність зубів – одне з найбільш поширених стоматологічних захворювань серед осіб похилого віку. Так, у віці 60-69 років захворювання діагностується у 9,9%, 70-79 років – у 29,0%, старше 80-89 років – 40,2% і у осіб старше 90 років – 78,4% [1]. При цьому потреба дорослого населення України

у повному знімному протезуванні складає 57,5 осіб (77,35 протезів) на 1000 обстежених [2]. На жаль, ефективність даного виду стоматологічної допомоги залишається недостатньою: за даними ВООЗ (2018) 20-26% хворих не користуються виготовленими їм конструкціями. В зв'язку з цим проблемні питання забезпечення якості повних знімних протезів набувають свого подальшого розвитку [3].

Зазначимо, що натеper для виготовлення базисів часткових та повних знімних протезів в 98,0% випадків використовуються акрилові пластмаси [4]. Не дивлячись на ті переваги, що роблять даний вид стоматологічних матеріалів вельми популярними в зубному протезуванні (висока технологічність, відносно невелика токсичність, низька вартість та доступність, естетичні якості), вони мають низку недоліків, багато з яких прямо залежать від технології виготовлення (недостатня міцність, низька питома ударна в'язкість, усадка до 6-8%). Зазначені негативні якості призводять до великої кількості ускладнень при користуванні протезами, зокрема у перший рік після здачі, коли поломки спостерігаються у 15,0% випадків, тоді як оптимальний термін користування (3-4 роки) витримують тільки 18,0-28,0% конструкцій [5]. Також досить проблематичним є негативний вплив залишкового мономера, що полягає не тільки у безпосередньому ураженні слизової, але і його здатності до зниження місцевого імунітету та порушення мікробіоценозу ротової порожнини [6].

Все вищезазначене обумовлює постійний пошук альтернативних шляхів задля вдосконалення технологічного процесу з метою поліпшення фізико-механічних характеристик, а також підвищення біологічної індивідуальності пластмас. В зв'язку з цим наукові дослідження ведуться у наступних напрямках: співполімеризація; зміни у технологічному режимі полімер-мономерних композицій; повна відмова від акрилатів та застосування литтєвих термопластів або інших матеріалів неакрилової природи; вдосконалення технології виготовлення базисів, насамперед, контроль їх товщини; розробка нових технологій з використанням мікрохвильового опромінення, зовнішніх джерел енергії (ультразвук, магнітне поле) для підвищення якості полімеризації [7].

Проте, слід наголосити, що навіть за умови використання зуботехнічних матеріалів з показниками, які відповідають міжнародним стандартам (ISO) або мають покращені фізико-механічні характеристики, процес адаптації до повних знімних протезів, окрім функціональної ефективності та естетичної відповідності, визначається загальними та місцевими реакціями організму, алергологічним статусом; анатомо-топографічними особливостями протезного ложа; специфікою біоплату та гігієнічним станом ротової порожнини [8-11].

Виходячи з вищезазначеного, з метою конкретизації напрямку подальших досліджень ми визнали за доцільне окреслити можливі шляхи покращення результативності знімного протезування у хворих з повною відсутністю зубів завдяки вивченню ефективності протезування у найближчий термін після здачі протезів.

Отже, **мета** представлено **дослідження** – вивчення причин незадовільних результатів повного

знімного зубного протезування у найближчий термін спостереження.

**Об'єкт і методи дослідження.** В рамках роботи обстежено 114 хворих з повною відсутністю зубів, середнього та похилого віку (60-82 роки). Серед обстеженого контингенту хворих дещо переважали жінки, частка яких склала 56,1%. Зазначені хворі відбиралась за зверненням на кафедру зі скаргами на неможливість користування виготовленими повними знімними протезами з жорсткими базисами у найближчий термін спостереження (через 1-6 місяців після їх здачі). Серед залучених до дослідження хворих 21,9% повні знімні протези виготовлялись вдруге.

Обстеження пацієнтів включало збір скарг і анамнезу та клінічне дослідження за традиційною схемою. Тип беззубих верхніх щелеп визначали за Шредером, нижніх – за Келером, клас слизової оболонки протезного ложа – за Суплі [4].

Додатково вивчали стан слизової оболонки протезного ложа з використанням методики макростіхімічного фарбування. При цьому слизову змащували розчином Шилера-Писарева, потім – 3% розчином толудинового синього. Через 30-60 секунд оцінювали інтенсивність та характер забарвлення відповідно шкалі, що враховує клас слизової. Ділянки запалення зафарбовувались більш інтенсивно у порівнянні з нормальною слизовою оболонкою протезного ложа та мали колір від брунато-фіолетового до темно-фіолетового [12].

Стійкість повних знімних протезів описували трьома рівнями. Перший (добрий) встановлювали за зміщенням повного знімного протеза в межах податливості м'яких тканин із збереженням клапану, що замикає. Другий рівень (задовільний) відповідав зсуву протеза з порушенням периферійного клапану. Для третього рівня стійкості (незадовільного) вважали характерним зміщення протеза та порушення периферійного клапану [4].

Оцінку відповідності базисів повних знімних протезів тканинам протезного ложа здійснювали за допомогою «силіконового тесту». Для його проведення внутрішню поверхню базису повного знімного протеза змащували вазеліном та знімали відбиток з щелепи під тиском прикусу, з використанням силіконового матеріалу «Stomaflex» (Spofa Dental, Чехія). Після виведення протеза з порожнини рота надлишки матеріалу видаляли за зовнішньою границею та відокремлювали масу від базису. За допомогою мікрометра (Falcon, Пакістан) визначали товщину відбитка в ділянці скатів та верхівки альвеолярних гребенів, слизових горбків, перехідних складок, на верхній щелепі – додатково в ділянці буферних зон, на нижній – щічних кишень [13].

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу MS Excel 2003.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Внаслідок проведеного спостереження нами було встановлено, що у 100% випадків скарги хворих про неможливість користування протезами мали об'єктивне підґрунтя. Тоді як за даними анамнезу, зокрема згідно даних історій хвороб, наголошувалась цілковита адекватність проведеного ортопедичного лікування. Відсутність результативності ортопедичного лікуван-

ня пояснювалась неприйняттям хворими конструкцій повних знімних протезів нез'ясованої етіології. У всіх відібраних в дослідження хворих проводилось багаторазове припасування протезів після їх здачі. При цьому кількість візитів до лікаря з метою корекції базисів та оклюзійних співвідношень у період адаптації до протезів коливалась від 3 до 11 (середнє значення для групи обстежених хворих склало  $4,5 \pm 1,0$  відвідувань).

В свою чергу, проведене нами клінічне обстеження тканин протезного ложа дозволило встановити у 21,1% хворих складні анатомо-топографічні умови для фіксації протезів, які характеризувались значною атрофією альвеолярного відростка на верхній щелепі, пласким піднебінням і вираженим торусом (III тип за Шредером), а також значною та (або) нерівномірною атрофією альвеолярної частини нижньої щелепи (II, III, IV типи за Келером). 45,8% із зазначених хворих повні знімні протези виготовляли повторно. Незадовільні результати протезування серед описаного контингенту пацієнтів слід пов'язати з невирним вибором тактики ортопедичного лікування, зокрема необгрунтованим розширенням показань до традиційних конструкцій повних знімних протезів. У зазначених хворих значна атрофія тканин протезного ложа не дозволяла забезпечити фіксацію протеза за рахунок створення клапану, що замикає, а ргіогі. Такі пацієнти потребували додаткової фіксації знімних протезів за допомогою кріплення на імплантатах. Зазначимо, що для всіх вищеописаних випадків можливість для проведення дентальної імплантації існувала як за соціально-економічними, так і клінічними показниками.

У 2,6% хворих обмеженням до виготовлення традиційних конструкцій повних знімних протезів були особливості побудови слизової оболонки порожнини рота. Так, у випадках діагностованого II класу слизової за Суплі доцільним було застосування методики двошарового базису. А у випадку наявності слизового тяжа (IV клас) раціональним було його видалення або теж застосування двошарового базису.

У 5,3% випадків користування повними знімними протезами визначено як неможливе з причини вираженого блювотного рефлексу. З анамнезу відомо, що попередньо дані хворі користувались бюгельними протезами. Скорочення базису в ділянці піднебіння в зазначених хворих було можливим лише при застосуванні додаткової фіксації на імплантати.

Розподіл 33 хворих, що склали 28,9% від загальної кількості спостережень, за виявленими анатомо-топографічними та клінічними особливостями, що унеможлилювали ефективність традиційного повного знімного протезування, приведений на **рис. 1**.

Візуальне обстеження слизової оболонки протезного ложа дозволило виявити ознаки запального процесу, найбільш вірогідною причиною якого була травмуюча дія протезів, у 23,7% хворих. При цьому у більшості із зазначених хворих ураження слизової протезного ложа проявлялось у вигляді катаральних явищ: гіперемії, набрякості та інфільтрації тканин. Порушення цілісності слизової оболонки у вигляді ерозій, афт та виразкового пошкодження, головним чином у ділянці меж протезів, реєстрували лише у 12,3% випадків, що, на наш погляд, пов'язано із тим,



Рис. 1. Розподіл дослідних хворих, в яких традиційне повне протезування не доцільне, % (n=33).

що переважна більшість хворих не користувались протезами із-за незручності або больових відчуттів.

У 5,3% випадків запальні явища на слизовій доповнювались скаргами на біль та печію при вживанні гострої, солоної, кислої їжі, сухістю у порожнині рота в анамнезі. Гіперемія мала розлитий характер та визначалась межами протеза і розташовувалась переважно на твердому піднебінні та вестибулярній поверхні альвеолярного відростка. Симптоми з'являлись при користуванні протезами та зникали через деякий час після їх видалення. Описана клініка дозволила нам припустити токсичний характер стоматиту з огляду на минуле успішне протезування знімними конструкціями з пластмасовими базисами.

У 3,5% досліджених хворих запалення слизової було викликано алергійними реакціями, що було підтверджено відповідними пробами.

Пацієнти з кандидозним ураженням слизової оболонки порожнини рота та грибковими заїдами склали 2,6% від всіх обстежених. Грибкове ураження проявлялось у вигляді вираженої гіперемії, набрякості, сухості слизової оболонки порожнини рота, тріщин з тонкими сірими лусочками в кутах рота. Діагноз мікотичного ураження підтверджений мікробіологічними дослідженнями зіскрібку зі слизової протезного ложа.

Таким чином, ураження слизової оболонки протезного ложа за візуальними проявами діагностувалось у 40 хворих (35,1% від загальної кількості спостережень). Розподіл усіх випадків виявленого

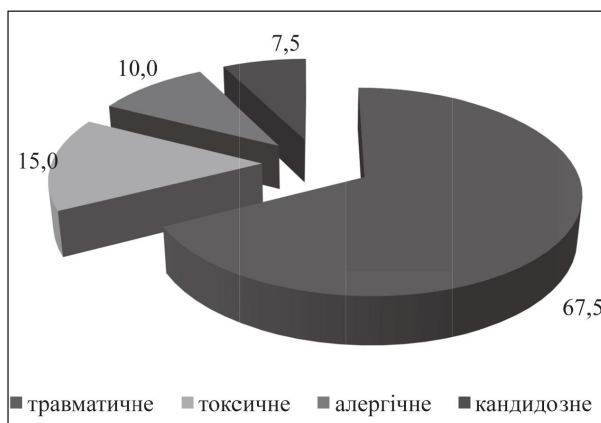


Рис. 2. Розподіл хворих з діагностованим запальним ураженням слизової оболонки протезного ложа за етіологічним чинником, % (n=40).

ураження слизової оболонки протезного ложа за етіологічними чинниками приведений на **рис. 2**.

Слід звернути увагу на те, що у 91,2% дослідних хворих спостерігали запалення слизової оболонки за результатами макрорістохімічного фарбування, що підтверджує обов'язковий негативний вплив пластмасових базисів протезів, навіть за умови додержання технологічного процесу, про що вже йшла мова.

При оцінці стійкості виготовлених повних знімних протезів встановлено, що лише 18,4% з них відповідали першому рівню, тоді як 30,7% – другому, решта 50,9% – третьому (незадовільному).

В результаті проведеного нами дослідження встановлено, що причинами недостатньої фіксації протезів можуть бути не тільки анатомо-топографічні передумови, але й недоліки клініко-технологічного процесу їх виготовлення. Найбільш поширеною причиною, що призвела до неможливості користування повними знімними протезами, слід назвати нещільне прилягання базисів до протезного ложа. Так, застосування «силіконової проби» дозволило виявити його у 61,4% спостережень. У таких хворих спостерігалось балансування протезів, а також неможливість їх фіксації навіть у стані спокою. Причини виникнення даного недоліку можуть бути пов'язані як з неякісним отриманням відбитків, так і порушеннями технології пластмаси на етапі формування.

У 9,6% випадків нами спостерігалось необґрунтоване скорочення меж протезів та, відповідно, неможливість фіксації протеза за рахунок функціонального присмокування.

У 9,6% хворих при огляді протезів в порожнині рота встановлено порушення правил постановки штучних зубів, а також відсутність множинних контактів в динамічній оклюзії, що, очікувано, призвело до неможливості відновлення жувальної функції у хворих.

Також у 3,5% випадків нами зареєстровані випадки порушення технології пластмас, що полягали у недбалій кінцевій обробці протезів, наявності шорсткості та пористості пластмаси.

Отже, порушення клініко-технологічного процесу виготовлення повних знімних протезів стали найбільш частою причиною невдалого ортопедичного лікування і зустрічались у 96 хворих (84,2%). Частка кожного порушення в загальній кількості приведена на **рис. 3**.

В свою чергу, частка усіх факторів, що призвели до незадовільних результатів повного знімного протезування, приведений на **рис. 4**. При цьому комбінацію декількох можливих причин незадовільних результатів протезування спостерігали у 27,2% хворих.

Підсумовуючи, за даними проведеного дослідження повторного протезування потребували 89,5% хворих, при цьому 32,5% з них була показана інша тактика лікування (імплантопротетика, виготовлення повних знімних протезів з подвійним базисом або з іншого матеріалу).



Рис. 3. Розподіл випадків порушення клініко-технологічного процесу виготовлення повних знімних протезів, % (n=96).

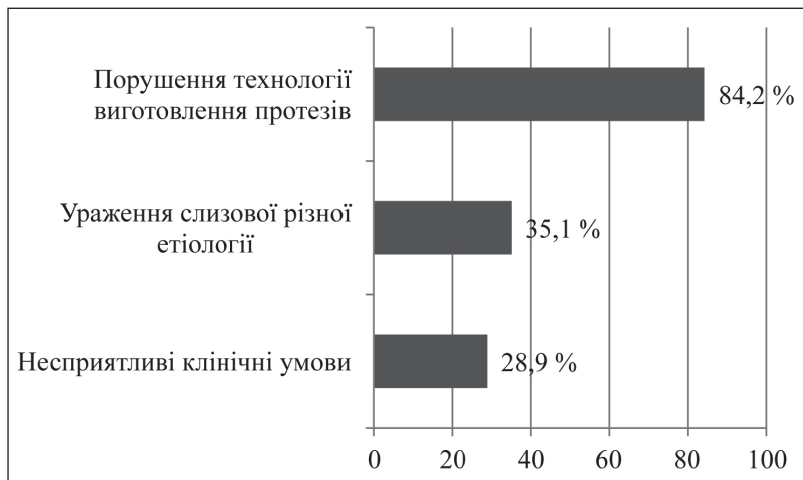


Рис. 4. Частка факторів, що призвели до незадовільних результатів повного знімного протезування, % (n=114).

### Висновки

1. У 100% випадків скарги хворих на неможливість користування протезами мали об'єктивне підґрунтя, при цьому у 28,9% хворих обрано нераціональну тактику ортопедичного лікування та невиправдано розширені показання до повного знімного протезування.

2. Ураження слизової оболонки протезного ложа у хворих з повною відсутністю зубів внаслідок невдалого протезування за візуальними проявами діагностовано у 35,1% випадків, за результатами макрорістохімічного фарбування – у 91,2%.

3. До незадовільних результатів протезування призводять нещільне прилягання базисів протезів до тканини протезного ложа (61,4%), скорочення меж протезів (9,6%), помилки у постановці зубів (9,6%), порушення технології пластмас (3,5%).

**Перспективи подальших досліджень.** Згідно отриманих даних проведеного дослідження неможливість користування повними знімними протезами в більшості випадків пов'язана з недоліками базисів, зокрема їхнім нещільним приляганням до протезного ложа, а також провокуванням запальних реакцій у слизовій оболонці, що вказує на необхідність подальшого пошуку шляхів вдосконалення технологічного процесу.



## Література

1. Vatamaniuk MM, Bielikov OB, Maksymiv OO, Maniukh KI. Povna vtrata zubiv. Poshyrenist. Potreba v ortopedychnomu likuvanni. Bukovynskiy medychnyi visnyk. 2012;16(4):191-5. [in Ukrainian].
2. Labunets VA. Osnovy nauchnogo planirovaniya i organizatsii ortopedicheskoy stomatologicheskoy pomoschi na sovremennom etape ee razvitiya. Odessa: Institut stomatologii AMN Ukrainyi; 2006. 428 s. [in Russian].
3. Yanishen IV. Prychyny znyzhennia yakosti ta yii prohnozuvannia na etapakh klinichnoi ekspluatatsii znimnykh konstruksii zubnykh proteziv. Visnyk problem medytsyny ta biolohii. 2014;3(115):346-51. [in Ukrainian].
4. Voronov AP, Lebedenko IYu, Voronov IA. Ortopedicheskoe lechenie bolnykh s polnym otsutstviem zubov. M.: MEDpress-inform; 2006. 320 s. [in Russian].
5. Afanaseva VV, Lebedenko IYu, Grachev DI, Arutyanyan SD. Povyshenie effektivnosti restavratsii s'yomnykh plastinochnykh zubnykh protezov posle polomki. Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2014;5:4-6. [in Russian].
6. Nidzelskiy Mla, Davydenko Vlu, Davydenko HM, Kuznetsov VV, Sokolovska VM. Porivnialna kharakterystyka rivnia zalyshkovoho monomeru v bazysakh znimnykh proteziv iz akrylovykh plastmas, vyhotovlenykh za riznymy tekhnolohiiamy polimeryzatsii. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2014;2(2):45-8. [in Ukrainian].
7. Kuz VS, Dvornyk VM, Kuz HM. Kharakterystyka suchasnykh bazysnykh stomatolohichnykh materialiv ta yikh vplyv na tkanyny porozhnyy rota. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny. Visnyk ukraïnskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2014;14(2):179-84. [in Ukrainian].
8. Chirkova NV, Komarova YuN. Analiz faktorov, vliayuschih na period adaptatsii u patsientov so s'yomnyimi plastinochnymi protezami. Sovremennaya ortopedicheskaya stomatologiya. 2011;15:50. [in Russian].
9. Sokolovska VM, Nidzelskiy Mla, Dudchenko MO. Vplyv akrylovykh plastmas na slizovu obolonku porozhnyy rota. Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Seksopatologiya. 2015;3-4:212-5. [in Ukrainian].
10. Lutskaia IK, Titov PL, Moiseyevich PN. Allergicheskie reaktsii i neperenosimost materialov, ispolzuemykh v klinike ortopedicheskoy stomatologii. Sovremennaya stomatologiya. 2010;1:18-22. [in Russian].
11. Mykhailenko TM, Kutsyk RV. Analiz mikrobiotsenozu rotovoi porozhnyy v osib z riznym rivnem hihieny znimnykh konstruksii zubnykh proteziv. Halytskyi likarskyi visnyk. 2009;16(3):34-8. [in Ukrainian].
12. Zverhanovskiy AA, Yarovaya AV, Maksimenko PV. Optimizatsiya konstruksii polnogo s'yomnogo proteza s tselyu profilaktiki proteznykh stomatitov. Ukrainskiy stomatolohichnyi almanakh. 2016;1(3):30-4. [in Russian].
13. Zholudev SE. Adgezivnye sredstva v ortopedicheskoy stomatologii. M.: Meditsina; 2007. 109 s. [in Russian].

### ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ У НАЙБЛИЖЧІЙ ТЕРМІН СПОСТЕРЕЖЕННЯ

**Фастовець О. О., Кривчук О. А.**

**Резюме.** В статі приводиться аналіз причин незадовільних результатів знімного протезування у найближчий термін спостереження за даними дослідження 114 хворих з повною відсутністю зубів. Встановлено, що у 100% випадків скарги хворих на неможливість користування протезами мали об'єктивне підґрунтя, при цьому у 28,9% з них обрано нераціональну тактику ортопедичного лікування та не виправдано розширені показання до традиційного повного знімного протезування. Ураження слизової оболонки діагностовано у 35,1% випадків. До незадовільних результатів протезування призводять нещільне прилягання базисів протезів до тканини протезного ложа (61,4%), скорочення меж протезів (9,6%), помилки у постановці зубів (9,6%), порушення технології пластмас (3,5%).

**Ключові слова:** повне знімне зубне протезування, ефективність.

### ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ

**Фастовец Е. А., Кривчук А. А.**

**Резюме.** В статье приводится анализ причин неудовлетворительных результатов съемного протезирования в ближайшие сроки наблюдения по данным исследования 114 больных с полным отсутствием зубов. Установлено, что в 100% случаев жалобы больных на невозможность пользования протезами имели объективное основание, при этом у 28,9% из них выбрана нерациональная тактика ортопедического лечения и неоправданно расширены показания к традиционному полному съемному протезированию. Повреждение слизистой оболочки диагностировано в 35,1% случаев. К неудовлетворительным результатам протезирования приводят неплотное прилегание базисов протезов к тканям протезного ложа (61,4%), укорочение границ протезов (9,6%), ошибки в постановке зубов (9,6%), нарушение технологии пластмасс (3,5%).

**Ключевые слова:** полное съемное зубное протезирование, эффективность.

### REASONS OF THE UNSATISFACTORY RESULTS OF THE COMPLETE DENTURE PROSTHESIS IN THE NEAR TERMS OF OBSERVATION

**Fastovets O. O., Krivchuk O. A.**

**Abstract.** Complete adentia is one of the most common dental diseases among the elderly. However, the effectiveness of this type of dental care remains insufficient.

*So the aim of this study* was to study the reasons of the unsatisfactory results of complete removable dentures prosthesis in the nearest observation period.

*The object and methods of research.* 114 patients with complete absence of teeth, middle and elderly (60-82 years), were examined. Patients were selected according complaints about the impossibility of using complete removable dentures with rigid bases in the nearest term of observation (1-6 months after their delivery).

Patient examination included a collection of complaints and anamnesis and a clinical study. In addition, the condition of the mucous membrane of the prosthetic bed was studied using the technique of macrohistochemical staining.

Also the stability of the complete removable dentures in the oral cavity was studied. An assessment of the conformity of the bases of complete removable prostheses to the tissues of the prosthetic bed was carried out using the «silicone test».

*Results and their discussion.* 21.1% of patients had complicated anatomical and topographic conditions for fixation of dentures. In 2.6% of patients the constraints to the manufacture of traditional designs of complete removable dentures were the peculiarities of the mucous membrane. In 5.3% of cases, the use of complete removable dentures is defined as impossible because of the expressed vomiting reflex.

Visual examination of the mucous membrane of the prosthetic bed allowed revealing signs of inflammation, the most probable cause of which was the traumatic effect of dentures, in 23.7% of patients. In 5.3% of cases, the toxic nature of stomatitis was defined. In 3.5% of patients, inflammation of the mucosa was caused by allergic reactions. Inflammation of the mucous membrane on the results of macrohistochemical staining was observed in 91.2% of examined patients, which confirms the negative influence of plastic bases of dentures.

50.9% of dentures had the third (unsatisfactory) level of stability. Violations of the clinical and technological process of manufacturing complete removable prosthetics have become the most common cause of unsuccessful prosthetic treatment in 84.2% cases.

*Conclusions.* In 100% of patients complaining about the impossibility of using dentures had an objective basis. In 28.9% of patients the irrational tactics of prosthetic treatment and unjustified expanded indications for the traditional complete removable denture prosthesis was chosen.

Irritation of the mucous membrane of the prosthetic bed in patients with complete absence of teeth due to unsuccessful prosthetics on visual manifestations was diagnosed in 35.1% of cases, according to macrohistochemical staining – in 91.2%.

Unsatisfactory prosthetic results lead to a weak adherence of the bases of dentures to the prosthetic bed tissue (61.4%), narrowing of the dentures measures (9.6%), errors in artificial dentition formation (9.6%), violations in plastic technology (3.5%).

*Prospects for further research.* According to the data obtained from the study, the inability to use complete removable dentures in most cases is related to the defects of the bases, in particular their bad adherence to the prosthetic bed, as well as the provocation of inflammatory reactions in the mucous membrane. It indicates the need for further search for ways to improve the technological process in order to improve physically-mechanical characteristics and increase of biological indifference of plastics.

**Key words:** complete denture prosthesis, efficiency.

*Рецензент – проф. Новіков В. М.*  
Стаття надійшла 22.03.2019 року