

Определение границ прочности на отрыв определяли по формуле:

$$\delta = \frac{P}{S} \times 0,0981,$$

где: σ – граница прочности на отрыв, МПа;
 P – разрушающая нагрузка, кгс;
 S – площадь поверхности прибора, мм².

Клиническое изучение материала "Стомазит-ТС" было проведено в условиях поликлиники при лечении ортопедических больных в возрасте от 21 до 57 лет в течение 18 месяцев. Всего было сделано 74 фиксации, из них 16 материалом "Стомазит-ТС". В клинических условиях расцементирование определяли визуально, стабильность клевого соединения и очаговую деминерализацию – окрашиванием спиртовым раствором йода и метиленовым синим соответственно. Состояние нульсы определяли по данным электроодонтометрии. Основными случаями применения АМП с фиксацией исследуемым материалом было отсутствие одного зуба в фронтальном участке зубного ряда верхней и нижней челюстей.

Результаты

№	Показатель	Количество испытаний	Полученные значения	Нормы ISO и ТУ.У
1	Адгезивная прочность, МПа	20	11,3±0,56	7
2	Прочность на отрыв, МПа	20	5,32±0,27	3,5

Клиническое исследование 16 зафиксированных АМП материалом "Стомазит-ТС" в течение 18 месяцев показало удовлетворительное состояние клевого шва, отсутствие проявлений очаговой деминерализации в зоне фиксации и токсических проявлений со стороны нульсы.

Выводы. Таким образом, исследованный композиционный материал имеет высокие адгезивные и эстетические показатели, что позволяет рекомендовать его к клиническому использованию как адгезивный материал в клинике ортопедической стоматологии.

ВПЛИВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ТКАНИНИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Кузь Г. М., Дворник В. М., Кузь В. С.

м. Полтава

Протезування хворих із частковою й особливо з повною втраченою зубів є досить складною проблемою сучасної стоматології. Не менш актуальною є проблема впливу матеріалів зубних протезів на тканини протезного ложа та організм в цілому. Такими ж різноманітними є і відповідні реакції організму. В першу чергу це безпосередня дія протеза на тканини й органи ротової порожнини. Така дія спостерігається при контакті протеза з тканинами, які об'єднуються терміном "протезне ложе". Крім безпосередньої, протез чинить опосередковану дію на органи і тканини, які розташовані на відстані від протезу і не стикаються з ним.

Вивчення етіології та патогенезу реакцій тканин протезного ложа дає можливість виявити зміни, причини яких знаходяться в клінічному, технічному виконанні різних процедур при протезуванні, в характері матеріалу, з якого виготовлений протез.

До теперішнього часу акрилові пластмаси в ортопедичній стоматології застосовують як основний матеріал для знімних протезів. За даними Л. Д. Чулака (1997), з них виготовляють до 98% усіх знімних конструкцій. Вони характеризуються високою технологічністю, достатньою гігієнічністю та естетичністю (Орнат, 2002). Проте сучасні базисні матеріали мають цілий ряд суттєвих недоліків, серед яких на перший план виступає негативний вплив інгредієнтів акрилових пластмас на тканини порожнини рота й організм в цілому (Сисоєв М. П., 1991).

За даними В. С. Величко (1999), різними алергічними захворюваннями страждає 5–10% населення. Джерелом сенсibiliзації можуть виступати різні хімічні речовини, в тому числі компоненти, які використовуються в матеріалах для зубних протезів. У складному механізмі тканинних реакцій залишковий мономер відіграє роль подразника алергічної природи.

Клінічні прояви алергії мають складний патогенетичний механізм, тому що часто поєднуються з механічним і токсичним впливом. Тому **метою наших досліджень** став аналіз впливу базисного матеріалу на тканини протезного ложа у пацієнта В. 1926 року народження, який користується повним та час-

тковим знімними пластинковими протезами. Пацієнт звернувся зі скаргами на печію язика, сухість у порожнині рота, біль під протезами під час прийому їжі та ковтання. Неприємні відчуття виникли після виготовлення нових протезів 8 місяців тому. При об'єктивному обстеженні виявлено гіперемію слизової оболонки протезного ложа, сухість та тріщини язика. Додаткові методи обстеження на виявлення кандидозу дали негативний результат. Після зняття протезів неприємні відчуття зникли протягом тижня. Проведена комп'ютерна діагностика за Фолем показала, що найбільш індиферентним матеріалом для знімних протезів є безкольорова базисна пластмаса, з якої і були виготовлені нові протези. Спостереження за хворим протягом 2 тижнів показали, що всі неприємні відчуття, пов'язані з протезуванням, зникли.

Таким чином, при виготовленні часткових та повних знімних пластинкових протезів з акрилових пластмас особливу увагу слід звертати на алергологічний анамнез хворого з метою запобігання розвитку ускладнень протезування.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ГРАНИЦЫ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Куковинец В. Н., Козлов Б. С., Клемин В. А.

г. Донецк

Съемные зубные протезы являются одними из более часто используемых медицинских конструкций в практике ортопедической стоматологии при значительных дефектах зубных рядов.

Съемные частичные пластиночные протезы относятся к группе нефизиологических зубных конструкций. Жевательную нагрузку они передают на кость через слизистую. Данные ткани протезного ложа не приспособлены к ее восприятию. Такая неадекватная нагрузка ведет к нарушению жизнедеятельности мягких тканей и атрофии подлежащей костной ткани. Но при соблюдении правил конструирования таких протезов побочные действия сводятся к минимуму.

Одной из основных позиций, определяющих эффективность при протезировании съемными пластиночными протезами, является расположение границ.

Цель. Обосновать варианты расположения границы пластиночного протеза.

Для детального рассмотрения вопроса конструирования съемного пластиночного протеза в данном аспекте следует различать гингивальную и дентальную границу базиса.

Трудно точно сказать, когда стали научнообоснованно излагать данный вопрос в специальной литературе, особенно по расположению дентальной границы.

Гингивальная граница. при благоприятных анатомических условиях в полости рта, определяется путем осмотра рабочей гипсовой модели по переходной складке с последующим нанесением выбранного расположения химическим карандашом. Для повышения эффективности протезирования, а также в случаях сильной атрофии альвеолярного отростка и патологии слизистой оболочки ее формируют путем снятия функционального оттиска.

Дентальная граница. расположена на зубе базиса съемного протеза, позволяет передать часть нагрузки на ткани, приспособленные к восприятию жевательной нагрузки – пародонт.

Чем ближе границы к окклюзионной поверхности или режущему краю, тем больше нагрузки на зуб. При этом улучшена фиксация и стабилизация протеза. Месторасположение дентальной границы может регулировать нагрузку на оставшиеся зубы. Это можно использовать для распределения жевательного давления на слизистую путем индивидуальных расположений границы пластинчатого протеза.

При нерациональном расположении границ возникают осложнения:

- повреждение маргинального пародонта;
- перегрузка оставшихся зубов;
- возникновение напряжений в базисе, которые приводят к его перелому;
- нарушение дикции;
- попадание пищи под базис.