

Реферат

МОРФО – ФУНКЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ СЕЛЕЗИНКИ НА ТРАВМАТИЧНЕ УРАЖЕННЯ  
Шай О.М.

Ключові слова: травма селезінки, спленектомія, судинне русло, післяопераційні ускладнення.

Останнім часом зростає кількість травм з ураженням селезінки. Найчастіше хірургічне лікування – спленектомія, що веде за собою низку післяопераційних ускладнень. Наведені особливості будови селезінки, судинного русла, та функції органу що пояснюють причини появи ускладнень.

Summary

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL RESPONSE OF SPLEEN TO ITS TRAUMATIC INJURY  
Shay O.M.

Key words: spleen trauma, splenectomy, vascular bed, postoperative complications.

Recently the number of traumas affecting a spleen increases. The most common surgical treatment is splenectomy, that leads to the development of a series of postoperative complications. Therefore much attention is paid to the peculiarities of the spleen structure, including a vascular bed, and to spleen functions which clarify the causes of post-traumatic complications.

УДК: 616.314-77:615.46

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ВИГОТОВЛЕНИХ З РІЗНИХ БАЗИСНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВТОРИННОЮ АДЕНТІЄЮ**

*Шульженко О.Ю., Силенко Ю.І.*

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

*У даній статті розглянуті різні варіанти лікування хворих з вторинною адентією за допомогою знімних протезів з різних базисних матеріалів. Зроблено висновок: недостатньо даних щодо показань і протипоказань, а також ефективності протезування бюгельними протезами з гнучким та жорстким каркасами з урахуванням стану тканин протезного ложа. Це і стало приводом для подальших досліджень у цьому напрямку.*

Ключові слова: вторинна адентія; базисні матеріали; гнучкий та жорсткий каркас.

Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є протезування дефектів зубних рядів знімними протезами. Пацієнти з частковою втратою зубів старші 50 років складають найбільш ширшу групу осіб, що мають потребу у такому виді ортопедичного лікування, - 40,2%. В той же час у осіб молодшого віку знімні протези застосовуються також достатньо часто - від 15 до 20 %. [1]

Ще більше 2,5 тис. років назад робилися спроби замінити дефекти зубних рядів, для чого використовувалися всілякі природні матеріали: дерево, мінерали, кістки тварин, панцирі черепах [2]. Цілеспрямований пошук матеріалів для виготовлення функціональних і естетичних протезів почався в кінці XVIII століття. Справді революційним кроком в розвитку зубного протезування стало відкриття Нільсоном Гудієром в 1839 р. способу вулканізації каучуку, а вже в 1848 р. Делабор застосував його як базисний матеріал для виготовлення знімного протезу. З тих пір каучук протягом майже 100 років зали-

шався незамінним матеріалом для виготовлення базисів знімних протезів. Протези з каучуку для свого часу виявилися дуже технологічними. Але разом з цим вони мали серйозні недоліки і перш за все - пористість, що приводила до адсорбції залишків їжі і мікроорганізмів, що приводило до неприємного запаху і запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота [3, 4].

Як альтернатива каучуку в 1860 р. братами Хайт був запропонований целулоїд, а через 10 років були зроблені спроби виготовлення базису протезів з целулоїду. Але через різкий запах камфори, слабку адгезію до слизової оболонки порожнини рота і достатньо складну технологію виготовлення целулоїд не набув широкого поширення в практиці зубного протезування.

Якісний прорив в зубному протезуванні відбувся в 1935 р., після того, як Кульцер запропонував спосіб переробки акрилатів у вигляді полімер-мономерної композиції. У нашій країні дослідження в цій області почалися в 1938 р. [5]. Перша вітчизняна акрилова пластмаса для зу-

\* Стаття є фрагментом комплексної ініціативної теми науково-дослідної роботи кафедр стоматологічного профілю Вищого державного навчального закладу України „Українська медична стоматологічна академія” “Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань ортопедичними методами” (державний реєстраційний № 0102U001303). Автор є виконавцем фрагменту зазначеної НДР.

бного протезування Стомакс була створена в 1940 р. А.М. Кипніс в Горьковському медичному інституті, потім з'явилися пластмаси Стомакс-1 і Стомакс-2. У 1941 р. вітчизняні учені - співробітники ЦИТО і експериментального заводу пластмас (І.І. Ревзін, М.В. Вигодська, В.А. Марський, М.Л. Манукян, М.Б. Грімберг і ін.) - створили пластмасу АКР-7, яка довгий час використовувалася для виготовлення зубних протезів. Пізніше з'явилася сучасніша пластмаса АКР-10 (Б.Н. Бинін, В.А. Марський, М.В. Висоцька і ін.). Акрилові пластмаси достатньо швидко витіснили каучук, перш за все, завдяки своїй технологічності, гігієнічності, прекрасним естетичним якостям. Протези, виготовлені з акрилових пластмас, стали більш функціональними [6, 7].

В середині 50-х років І.М. Ревзін, М.А. Вигодська, Е.А. Годзевич запропонували метод сополімеризації, на основі якого був отриманий сополімер метилметакрилату, етилметакрилату і метилакрилату, що отримав назву АКР-15 (Етакрил), який перевершував попередні пластмаси по фізико-механічних характеристиках [8,9].

Але і вони мали цілий ряд недоліків.

Перший істотний недолік зубних протезів, виготовлених з акрилових пластмас, в тому, що в їх основі міститься вільний метиловий ефір метакрилової кислоти, який є протоплазматичною отрутою і поступово, шляхом дифузії, виділяється і потрапляє в порожнину рота.

У 1979 р. В.В. Елісєєв в журналі "Питання онкології" № 6 (з. 65-70) детально описав реакцію тканин білих щурів на імплантацію пластинок, виготовлених з пластмаси АКР-15, і в динаміці показав процес бластоматозного росту навколишніх тканин.

Не бажані результати дослідження були отримані в Ленінградській лабораторії хімічних канцерогенних агентів, якою керував професор Г.В. Плис. Спостереження вели досвідчені клініцисти, професора ортопедичної стоматології Л.І. Перзашкевич і М.З. Штейнгард. У вказаній лабораторії 140 білим щурам вони під шкіру імплантували шматочки базисної пластмаси фторакс і етакрил. Середній латентний період до виникнення пухлин навколо пластинок з фторакса був 14,9 місяців, а навколо пластинок з етакрила - 15,2 місяця.

Другим істотним недоліком протезів з акрилових пластмас є те, що вільний мономер, що знаходиться в них, викликає алергічні реакції локального і загального характеру.

С.І. Жадько, Н.П. Сисоєв і В.Ф. Русаєв представили дані про те, що протези, виготовлені з фтораксу, протакрилу і етакрилу, стали причиною "придушення системи згортання та агрегаційної системи крові, унаслідок зміни тромбоцитів в крові пацієнтів".

Третім істотним недоліком протезів з акрилових пластмас є мікропористість базисів, яка неминує виникає з технологічних причин, - унаслідок усадки, що відбувається в процесі поліме-

ризації. Е.М. Тер-Погосян, З.А. Олейник, П.Т. Петрова (1987) пишуть: "Мікрофлора, що заповнює пори в базисах протезів, викликає зміну стану мікробної рівноваги, що є причиною виникнення запальних процесів".

Четвертим недоліком акрилових пластмас є їх нестійкість до змінних жувальних (механічних) навантажень. Переломи базисів протезів в середньому складають 80% від числа виготовлених протезів [17].

На сучасному етапі зусилля учених були направлені на подальше поліпшення якості акрилових пластмас, з яких, за даними літератури, виготовляється до 98% пластинокових протезів.

Паралельно з акриловими пластмасами досліджувалися матеріали інших груп. Проводилися дослідження по застосуванню термопластів як базисних матеріалів. Був випробуваний цілий ряд матеріалів: полікарбонат, поліпропілен, поліамід, полістирол, вінілові сополімери акрилатів.

В середині 50-х років в США був створений матеріал Ерохолон на основі полістиролу Lectron. Він володів набагато меншою усадкою, ніж інші полімери, проте відрізнявся високим водопоглинанням і крихкістю.

У 1962 р. В.Н. Копейкиним був запропонований матеріал Карбодент. Переробка твердого полімеру здійснювалася методом литва під тиском, при  $t = 220-260$  °С. Матеріал мав дуже хороші фізико-механічні характеристики, але складність технологічного процесу і достатньо швидка зміна поверхневої структури протезів з Карбоденту обмежили його використання [10].

Пластмаси з поліамідних з'єднань, не дивлячись на велику міцність, виявилися непридатними для виготовлення базисів протезів, оскільки відрізнялися великою усадкою, підвищеним водопоглинанням, поганим з'єднанням з штучними зубами. У 1968 р. В.П. Гроссман створив литтєвий полімер на основі поліпропілену і поліформальдегіду. За даними М.М. Гернера та співавт. [5], поліпропілен відрізняється підвищеною ударною в'язкістю, але такі його негативні властивості, як погана поліруємість, недостатньо міцне з'єднання з штучними зубами, термолабільність не дозволили широко застосовувати його на практиці. І.Я. Поюровська і Т.Ф. Сутугіна в 1973 р. створили термопластичний литтєвий полімер МСН-У, який був сополімером монометилметакрилата, стиролу і удароміцного бутадієнстирольного каучуку. За фізико-механічними характеристиками він значно перевершував попередні, проте клінічні випробування показали, що протези з цього матеріалу з часом змінюють колір; відмічався також чималий відсоток поломок.

На думку ряду авторів, найбільш ефективним методом отримання базисів протезів є литтєве пресування. При цьому формована маса з лишком подається через литник під тиском в закриту кювету, компенсуючи усадку [10].

Е.Я. Варесом для виготовлення базисів зубних

протезів запропонований метод литва під тиском з використанням литтєвих термопластів поліпропілену і поліетилену. Дослідження автора доводять біологічну нейтральність вказаних литтєвих термопластів. Був запропонований метод литва пластмас з використанням відцентрового прискорення. Пластмаси, отримані методом литва, практично не дають усадки і відрізняються підвищеними фізико-механічними характеристиками [11].

Для термопластичних матеріалів характерна відсутність залишкового мономера. Високий ступінь пластичності, точність при виготовленні, наявність широкої колірної гами дозволяють розширити можливості протетичного лікування пацієнтів (Мишнєв Л.М., 1986; Andreini W.S., 1991; Brionnet J.-M., 2001).

На сучасному етапі слід зазначити наступні види термопластів: нейлон (поліамід) - має внутрішню структуру у вигляді довгих ниток, що переплітаються. Складається з водню, азоту, кисню і вуглецю. Відкритий в 1935г. Вперше був застосований, як базисна пластмаса для знімних протезів в 1954г. Протези володіють високою гнучкістю, естетичні. Пацієнти звикають до протезів дуже швидко. Матеріали представлені на ринку: Valplast, T.C.S., Flexi-Nylon, FLEXI-J, Flexiplast і ін.

Ацеталь (поліоксиметилєн або поліформальдегід) має внутрішню структуру у вигляді решітки, що нагадує метали. Застосовують для виготовлення каркасів бюгельних протезів і опорно-утримуючих кламерів. Матеріали представлені на ринку: Dental D, T.S.M. Acetal Dental, Aceplast. і ін.

Акрилополімер (метілметакрилат) по своїй аморфній структурі близький до акрилових пластмас. Не містять вільного мономера, міцні і естетичні. Застосовуються для виготовлення повних знімних протезів. Матеріали представлені на ринку: The.r.mo Free, Acry-Fry711, Fusicril, T.C.S. Acrylic, Polyan і ін.

Етиленвінілацетат - відрізняється низькою температурою плавлення, високою еластичністю. Майже не вбирає воду і не реагує з кислотами. Застосовують для виготовлення індивідуальних позиціонерів, зубних протекторів і спортивних кап. Матеріали представлені на ринку: Flexidy, Corflex-Orthodontic.

Поліпропілен - кристалічна термопластмаса, головна з групи полеофеїнів. Вперше був вироблений в Італії в 1957 році. Водостійкий матеріал, володіє прекрасною текучістю, доброю зносостійкістю, хімічно, фізично і механічно стійкий при взаємодії з середовищем порожнини рота. Застосовується для виготовлення зубних протезів. Матеріали представлені на ринку: ЛІПОЛ [12].

Стосовно біологічних і адаптаційних властивостей ортопедичних конструкцій з термопластів, за даними И.Д. Трегубова, через 1 тиждень після протезування відмічається зниження реографічного індексу; через 1 місяць - його збільшен-

ня, а через три місяці після протезування в групах, де застосовувалися термопластичні матеріали, ми спостерігали стійку стабілізацію даного показника. Індекс еластичності у пацієнтів через тиждень після протезування знизився до значення  $69,46 \pm 4,78$  %, через місяць він підвищився до  $78,6 \pm 5,06$  %, а через 3 місяці - наблизився до значень, отриманих до лікування, що свідчило про зниження напруженості судинних стінок і високої ефективності застосованих матеріалів. Відмінності показників в найближчі і віддалені терміни спостереження підтверджують факт швидшої адаптації до ортопедичних конструкцій з термопластичних матеріалів.

При застосуванні інжекційних технологій, виготовлення стоматологічних конструкцій у жодного хворого зниження каллікρείна не спостерігалось. Підвищення змісту каллікρείна до  $27,2 \pm 1,1$  МЕ/МЛ, яке відбувалося відразу після накладення протезів, можна пов'язати з травмою протезного ложа і розвиток запального процесу. Після корекції протезів рівень його знижувався до початкових величин і не перевищував  $19,8 \pm 0,7$  МЕ/МЛ.

Одним з показників ефективності протетичного лікування вважається адаптація пацієнтів до протезів. Термопластичні матеріали мали оптимальні фізико-механічні властивості, покращували фіксацію і стабілізацію протетичних конструкцій і сприяли підвищенню естетичної і функціональної цінності знімних протезів. За шкалою «естетика», «комфорт» і «більшові відчуття» якнайкращі показники були у пацієнтів, що користуються протезами з поліпропілену [13].

Аналізуючи отримані дані при оцінці різних методик протезування дітей з дефектами зубних рядів, Т.М. Бакерникова показала, що поверхня акрилових протезів колонізує в 2 рази більше мікроорганізмів, ніж поверхня протезів з термопласту, причому зустрічаються 3 роди мікроорганізмів, що мають патогенні властивості. При користуванні протезів з акрилових пластмас у пацієнтів в порожнині рота виявляється 14 родів мікроорганізмів: Staphylococcus, Streptococcus, Lactobacillus, Bacillus, Peptococcus, Peptostreptococcus, Porfiromonas, Bifidobacterium, Veillonella, Micrococcus, Leptotrichium, Actinomycetes, дріжджеподібні гриби роду Candida і ентеробактерії сімейства Enterobacteriaceae, у тому числі і 3 роди з патогенними властивостями (Staphylococcus, Bacillus, Peptostreptococcus). На поверхні протезів з термопласту виявляється всього 7 родів мікроорганізмів: Staphylococcus, Lactobacillus, Bacillus, Peptococcus, Peptostreptococcus, дріжджеподібні гриби роду Candida і ентеробактерії сімейства Enterobacteriaceae, патогенні мікроорганізми відсутні. У товщі протезів з акрилу виділяється в 2 рази більше бактерій, ніж з глибини протезів з термопласту, 2 роди мають патогенні властивості. В глибині протезів з термопластів зустрічається тільки 1 вид бактерій, що мають

патогенні властивості (стафілококи з лецитіназою, РНК-азною, протеолітичною активністю) [14].

За даними вивчення мікробної обсемененості базисів протезів явними перевагами володіють ортопедичні конструкції з термопласту. А.А. Адамчик в своїх дослідженнях впливу сучасних конструкційних матеріалів на тканини і органи порожнини рота при лікуванні дітей з дефектами зубів і зубних рядів відзначила, що при лікуванні пацієнтів з використанням акрилових пластмас для незнімного протезування у мазках із слизової оболонки порожнини рота виявлено зрушення мікрофлори у бік дріжджеподібних грибів, що виявилось в появі ниток міцелію до 8-10 в полі зору. Відмічено деяке збільшення числа лейкоцитів до 10-12 одиниць в полі зору.

При застосуванні термопластичних матеріалів в мазках слизової оболонки порожнини рота після протезування не виявлена зміна цитологічних характеристик [15].

Трегубов І. Д. дає рекомендації, по застосуванню термопластів в клініці. «Нейлон» рекомендує застосовувати для виготовлення знімних часткових протезів із зубоальвеолярними кламерами, знімних комбінованих протезів, знімних мікропротезів із зубоальвеолярними кламерами, повних знімних протезів і виготовлення ортодонтичних апаратів; «поліоксиметилен» - для виготовлення: естетичних кламерів, знімних мостоподібних протезів на телескопічних і напівтелескопічних видах фіксації, тимчасових протезів, каркасів бюгельних протезів, шинуючих протезів, кап, коронок, мостоподібних протезів і ортодонтичних апаратів; «поліпропілен» - для виготовлення часткових знімних протезів з дентоальвеолярними кламерами, знімних шинуючих протезів і противохрапових пристроїв; «поліметилметакрилат» - для виготовлення повних знімних протезів і часткових знімних протезів; «етиленвінілацетат» - для виготовлення індивідуальних позиціонерів, спортивних кап і мундштуків для дайвінга [13].

Як знімні, так і незнімні протези передають жувальне навантаження лише на один вид тканин: незнімні – на опорні зуби, знімні пластинкові – на слизову оболонку протезного ложа. Еволюція протеза, який заміщає часткові дефекти зубного ряду, відбувалася по лінії збереження можливості їх зняти та зменшити протезний базис, рівномірно розподілити жувальний тиск між двома тканинами протезного поля – зубами й слизовою оболонкою, а також збільшення стійкості та здатності до жування.

У разі бюгельного протезування жувальне навантаження передається на опорні тканини фізіологічним шляхом і створюється можливість навантажувати як зуби (залежно від їх стану), так і слизову оболонку протезного ложа. Залишається вільним від протеза ясенний край у ділянці тих зубів, які ще залишилися. Сідла такого протеза покривають лише невелику частину протез-

ного ложа. До того ж бюгельний протез меншою мірою порушує смакову, тактильну й температурну рецепцію, а тому пацієнт швидше звикає до нього. Окрім того, такий протез забезпечує високий жувальний ефект.

Показання до протезування бюгельними протезами: 1. двобічні дистально необмежені дефекти зубних рядів; 2. однібічні дистально необмежені дефекти зубних рядів; 3. включені дефекти зубних рядів (понад 3 зуби); 4. дефекти зубного ряду при захворюваннях тканин пародонта; 5. множинні дефекти зубних рядів.

Складаються класичні бюгельні протези із металевого каркаса, на якому кріплять пластмасові базиси та штучні зуби. Металевий каркас бюгельного протеза складається із дуги, засобів опори і фіксації протеза, решіток та відростків.

Матеріалами, з яких складається класичний бюгельний протез є метали та пластмаси. Для виготовлення металевих каркасів бюгельних протезів використовують кобальто-хромові сплави, нержавіючу сталь, золото-платиновий та срібно-паладійовий сплави. Для виготовлення базисів класичних бюгельних протезів використовуються акрилові пластмаси гарячої полімеризації [16,17].

На сучасному етапі, з появою термопластів, разом з класичними бюгельними протезами з жорстким каркасом, слід відзначити появу бюгельних протезів з так званим «гнучким каркасом» та сідлами із термопластів. Такі бюгельні протези виготовляють методом литьового пресування.

Що стосується показань, протипоказань, а також можливих конструкцій бюгеля методом литьового пресування мають достатньо широку сферу застосування. В принципі, ними можна протезувати будь-який дефект зубного ряду, що підлягає протезуванню частковими знімними протезами.

Деякі автори вважають, що бюгельні протези із термопластів: значно легші металевих, перевіршують металеві по естетиці, не ушкоджують емаль опорних зубів, отже, не потрібно покривати зуби коронками, не викликають алергічних реакцій, пацієнти до них швидше звикають, простіші в обробці і підгонці, менш трудомісткі в роботі, оскільки відсутній етап литва металу [12].

Слід відзначити, що при плануванні конструкції бюгельного протеза потрібно, перш за все, визначити метод його фіксації і стабілізації. Окрім цього, потрібно досягти ще і раціонального розподілу жувального тиску між зубами, що залишилися, і слизовою оболонкою протезного ложа.

Таким чином, із всього вище сказаного робимо висновок, що у доступній нам літературі недостатньо даних, щодо чітких показань і протипоказань до протезування бюгельними протезами з гнучким та жорстким каркасами в залежності від клінічної ситуації. Не показана порівняльна ефективність лікування пацієнтів з різною зубощелепною патологією бюгельними протезами з

гнучкими та жорстким каркасами з урахуванням стану тканин протезного ложа. Що й стало поштовхом до проведення досліджень у цьому напрямку.

### Література

1. Жулев Е.Н. Частичные съемные протезы / Е.Н. Жулев - Н. Новгород, - 2000. - 428с.
2. Марченко Ю.М. Очерки по древнеегипетской медицине (часть пятая). Стоматология в древнем Египте / Ю.М. Марченко - М: Сейлинг 1997. - 17с.
3. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология / Курляндский В.Ю. - М: Медицина 1977. - С. 324-412.
4. Кутуева К.Н. Сравнительная оценка каучука и пластмассы по степени бактериального загрязнения / К.Н. Кутуева // Стоматология - 1951. - № 4. - С. 54.
5. Гернер М.М. Основы материаловедения по стоматологии / М.М. Гернер, В.Н. Батовский, В.Н. Шарчилов, М.А. Нападов - М., 1969. - 87с.
6. Бынин Б.Н. Клинико-экспериментальное изучение пластмассы АКР-7 для целей зубопротезирования / Б.Н. Бынин // Стоматология - 1941. - № 3. - С. 10-15.
7. Штампование и прессование пластмассы при изготовлении зубных протезов / [Варес Э.Я., Бойко Л.П., Гаврилюк А.А. и др.]. - Л: Медицина, 1986. - 159с.
8. Ревзин И.И. Современные полимерные материалы, применяемые в стоматологии / Ревзин И.И. // Всероссийский съезд стоматологов, 2-й: Тезисы докладов. - М., 1970. - С 125-126.
9. Выгодская М.Б. Препараты пластмасс на основе сополимеров. Вопросы применения препаратов пластмасс в медицине / М.Б. Выгодская. - М., 1956. - С 207-217.
10. Копейкин В.Н. Новая пластическая пластмасса и аппарат для изготовления зубных протезов методом литья под давлением / В.Н. Копейкин // Стоматология - 1961. - №3. - С. 94-100.
11. Варес Э.Я. Руководства по изготовлению стоматологических протезов и аппаратов из термопластов медицинской чистоты / Э.Я. Варес, В.Н. Нагурный. - Донецк-Львов, 2000. - 276с.
12. Кедровский Г.И. Практическое руководство по изготовлению зубных протезов из термопластов / Г.И. Кедровский, Э.Я. Варес. - Запорожье, 2009. - 91с.
13. Трегубов И. Д. Обоснование к применению современных полимерных материалов в клинике ортопедической стоматологии: Автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук. спец: 14.01.22 «Стоматология» / И. Д. Трегубов. - Волгоград, 2007; - 35с.
14. Бакерникова Т.М. Сравнительная оценка различных методик протезирования детей с дефектами зубных рядов: Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук. спец: 14.01.22 «Стоматология» / Т.М. Бакерникова. - Тверь, 2008. - 22с.
15. Адамчик А. А. Влияние современных конструкционных материалов на ткани и органы полости рта при лечении детей с дефектами зубов и зубных рядов: Автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук. спец: 14.01.22 «Стоматология» / А. А. Адамчик. - Волгоград, 2008. - 36с.
16. Гітлан Є.М. Посібник з бюгельного протезування / Є.М. Гітлан, М.К. Кроть. - К., «Здоров'я», 2001. - 140с.
17. Варес Э.Я. Руководство по изготовлению стоматологических протезов и аппаратов из термопластов медицинской чистоты / Э.Я. Варес, В.А. Нагурный. - Донецк, 2002. - 220 с.

### Реферат

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ, ИЗГОТОВЛЕННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ БАЗИСНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Шульженко А.Ю., Силенко Ю.И.

Ключевые слова: вторичная адентия; базисные материалы; гибкий и жесткий каркас.

В данной статье рассмотрены разные варианты лечения больных с вторичной адентией с помощью съемных протезов из разных базисных материалов. Сделан вывод, что недостаточно данных о показаниях и противопоказаниях, а также эффективности протезирования бюгельными протезами с гибким и жестким каркасами с учетом состояния тканей протезного ложа. Что и стало поводом к проведению дальнейших исследований.

### Summary

DIFFERENTIATED APPROACHES TO APPLICATION OF REMOVABLE PARTIAL DENTURES MADE FROM DIFFERENT BASE MATERIALS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SECOND EDENTIA

Shulgenko A.Y., Silenko Y.I.

Key words: secondary edentia; basis materials; flexible and hard basis.

The different approaches in the treatment of patients with secondary edentia by removable dentures made from different basic materials are described in this article. It is possible to conclude that there is insufficient information about advantages, disadvantages, and effectiveness of removable dentures made from different basic materials with flexible and hard basis. Therefore it is important to continue studying the issue.