

застосування методики протягом 5 років показало її високу ефективність та популярність серед пацієнтів.

## **МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ДО ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНЧАСТИХ ПРОТЕЗІВ**

*М.Я.Нідзельський*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Актуальною проблемою ортопедичної стоматології є оптимізація адаптації до знімних зубних пластинчастих протезів і попередження вторинних патологічних процесів внаслідок користування ними. Комплексний підхід з використанням методів дослідження дозволив розкрити механізми адаптації до повних знімних пластинчастих протезів. Показано, що реакцію організму на накладання протезу можна розглядати як окремих випадок стрес-синдрому. Основна роль у патогенезі цього стану належить активації перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), що відбувається на рівні всього організму і має місцеві прояви в тканинах протезного ложа і в слині. З урахуванням характерної періодичності у функціональних та біохімічних реакціях можна твердити, що стадія тривоги загального адаптаційного синдрому припадає на перші 7 днів від початку користування протезами. Через 30 днів реєструється стадія резистентності і перехід у довготривалу адаптацію, яка триває наступні 1-2 роки. Цей період характеризується стабілізацією функції жування і нормалізацією біохімічних показників слини і крові. Виявлено, що темпи адаптації до повних знімних пластинчастих протезів залежить від типу поведінки хворих, сезонної забезпеченості організму біантиоксидантами, матеріалу базису.

Через три роки від початку користування протезами посилюються процеси атрофії альвеолярного відростка, збільшується десквамація епітелію та інтенсивність, що пояснюється виснаженням адаптаційних механізмів організму хворого і втратою протезами своїх функціональних якостей. У цьому випадку потрібно "адаптувати" сам протез до тканин протезного ложа.

Таким чином, розроблений новий погляд на адаптацію до повних знімних пластинчастих протезів як на конкретний випадок загального адаптаційного синдрому з його характерною стадійністю.

## **ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ АДГЕЗИВНОГО ПОРОШКУ ДЛЯ ХВОРИХ, ЩО КОРИСТУЮТЬСЯ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНЧАСТИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

*М.Я.Нідзельський, М.Я.Червіц, В.О.Стороженко*

**Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава**

Для поліпшення фіксації повних знімних пластинчастих протезів у хворих з незадовільними умовами протезування можуть бути використані спеціальні порошки "Dentina puder" та "Corega super". З цією метою запропоновані адгезивний порошок (пріоритет №94117819 від 30.11.1994 року), який містить ентеросорбент (білу глину), адгезивну гелютворюючу речовину (пектин), антиоксиданти (аскорбінову кислоту і

флакумін). Порошок має жовтуватий колір, нейтральний смак, не подразнює слизову оболонку і не викликає неприємних органолептичних відчуттів. Адгезивні властивості порош.у вивчали в модельній системі за методом Поюровської І.Я. та ін. (1986), оцінювали його гелютворючі властивості і здатність до адсорбції іонів кальцію за загальноприйнятою титриметричною методикою. Доведено, що порошок має гарні гелютворючі властивості. Для надійної фіксації повного протеза верхньої щелепи достатньо гелю, що утворюється з 0,6 г порошку, для протеза нижньої щелепи — з 0,3 г. Показано, що запропонований порошок має адгезивну міцність на 49% вищу за "Dentina puder" і на 11-13% вищу за "Ридент". Це дозволяє використовувати адгезивний порошок для поліпшення фіксації повних зубних пластинчастих протезів на рівні з закордонними аналогами. Цікаво, що в модельній системі порошок викликає збільшення вмісту катіонів кальцію, тоді як пектин здатний зв'язувати дані іони. Очевидно, має місце істотний вихід катіонів кальцію з білої глини, до складу якої він входить. Очікується, що збагачення кальцієм рідкого середовища *in vivo* має справляти протекторну дію на кістку альвеолярного відростка при його атрофії.

Таким чином, адгезивний порошок для потреб ортопедичної стоматології має гарні гелютворючі властивості, перевершує за адгезивністю закордонні аналоги і елімінує кальцій. Подібні властивості можуть забезпечити широке використання адгезивного порошку у хворих, які користуються повними знімними пластинчастими протезами, особливо при незадовільній фіксації на фоні прогресуючої атрофії альвеолярного відростка.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФОРМЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ВАЛИКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПЛАСТИНОЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

*О.А.Писаренко*

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

Одним из этапов в зубном протезировании съёмными пластинчатыми протезами является определение центральной окклюзии. При определении ЦО по ЦИТО необходимы прикусные (окклюзивные) валики.

Для изготовления валиков используют методику, описанную в учебном пособии (В.Н.Копейкин, Л.М.Демнер "Зубопротезная техника" М., 1985, С.287-335)

К недостаткам этой методики можно отнести следующее:

- длительность изготовления окклюзивных валиков по времени;
- использование дорогостоящих пластинок воска;
- необходимость дополнительного создания прямоугольной формы по всей длине валика;
- форма и структура валика не всегда соответствует требованиям.

Чтобы исключить вышеуказанные недостатки, нами созданы формы для изготовления окклюзивных валиков на верхнюю и нижнюю челюсти. Формы изготовлены из резины, но для их изготовления можно применить эластичную пластмассу и другие материалы.