

ванні спостерігали при застосуванні БАБ+іАПФ/сартан і, в більшій мірі, при застосуванні карведілолу з раміприлом (збільшення дистанції ходи на 35,4% в порівнянні з вихідними показниками) і бисопрололу з кандесартаном (на 37,3%), який підсилювався після 1-го року застосування. На тлі застосування цих комбінацій спостерігали значно вищу частоту випадків із суттєвим зростанням толерантності до фізичного навантаження уп-

родовж 3-х років лікування.

2. У хворих із резистентними формами АГ при використанні 3 або 4 антигіпертензивних препаратів позитивний гемодинамічний ефект проявляється лише при досить тривалому (більше 1 року) контролі АТ.

У подальшому при проведенні проспективних досліджень бажано продовжувати аналізувати отримані відмінності.

Список літератури

- Андропова О.В. Факторы, способствующие развитию дегенеративного аортального клапанного стеноза /О.В. Андропова, Е.И.Полубенцева, В.Н.Анохин //Клин. мед. - 2005. - №6. - С. 51-54.
- Дюдина І.О. Вживання впродовж 12 та 36 міс, його предиктори у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю ішемічного походження з систолічною дисфункцією лівого шлуночка та зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка /І.О.Дюдина, Л.П.Паращенко, Н.А.Ткач //Укр. мед. часопис. - 2012. - №5(91). - С. 121-123.
- Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [2-е изд.] /С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. - К.: Морион, 2001. - 408 с.
- Clinical factors associated with calcific aortic valve disease. Cardiovascular Health Study /B.F.Stewart, D.Siscovick, B.K.Lind [et al.] //J. Am. Coll. Cardiol. - 1997. - Vol.29. - P. 630-634.
- Lipkin D.P. Six minute walking test for assessing exepcise capacity in chronic heart failure /D.P.Lipkin, A.J.Scriven, T.Crake, P.A.Poole-Wilson //Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.). - 1986. - Vol.292 (6521). - P. 653-655.

Юзвизи́на Е. В.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И КАЛЬЦИНОЗОМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Резюме. У пацієнтів с гіпертонічної болєзнью (ГБ) и кальцинозом клапанов сердца (ККС) изучали динамику показателей функционального состояния пациентов под влиянием разных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии. Выявлено, что у пациентов ГБ и ККС лечение комбинациями карведилол+рамиприл и бисопролол+кандесартан сопровождается более значительным увеличением дистанции 6-минутной ходьбы по сравнению с исходными показателями.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, кальциноз клапанов сердца, функциональное состояние пациентов, комбинированная антигипертензивная терапия

Yuzvishina E. V.

THE IMPACT OF ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT ON THE FUNCTIONAL CONDITION INDICATORS OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AND HEART VALVES CALCIFICATIONS

Summary. The patients with hypertension disease (HD) and heart valve calcification (HVC) were studied the dynamics of functional state of the patients affected by the different variants of antihypertensive therapy. There was found that the patients with HD and HVC treatment of the following combinations of carvedilol+ramipril and bisoprolol+candesartan is accompanied by a significant increase in 6-minute distance walk in comparison with the baseline ones.

Key words: hypertension, valvular calcification, functional status of patients, combination antihypertensive therapy.

Стаття надійшла до редакції 10.12. 2012 р.

© Чайка В.Г.

УДК: 616.3-008.14:616-77

Чайка В.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра ортопедичної стоматології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМІКИ ЗМІНИ ПЛОЩІ ЗАПАЛЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ ЗНІМНИМИ ПЛАСТИНКОВИМИ ПРОТЕЗАМИ З АМОРТИЗАЦІЙНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Резюме. У статті наведені дані щодо результатів дослідження динаміки зміни площі запалення слизової оболонки ротової порожнини при лікуванні пацієнтів з повною відсутністю зубів знімними пластинковими протезами з амортизаційними властивостями.

Ключові слова: знімні протези, еластичні матеріали, запалення слизової оболонки.

Вступ

Проблема підвищення ефективності лікування повної відсутності зубів була і залишається однією з важливих та складних проблем в клініці ортопедичної стоматології [Луганский, Жолудев, 2006].

Повна відсутність зубів у віці понад 40 років коливається в межах 15% [Варес, 1993], старше 60 років - у 25% обстежених [Лабунець,

2000]. З віком ця кількість значно збільшується у людей похилого віку і перевищує 35 - 40% [Нагурний, 2000]. Враховуючи, що знімні конструкції зубних протезів повинні заново виготовлятися через 3 - 4 роки, то кількість пацієнтів, що потребують протезування значно зростає [Варес, Нагурний, 2002]. Тенденція збільшення кількості пацієнтів з повною втратою зубів є наслідком зростання частки старших вікових груп у загальній масі населення більшості країн світу та зниженням вікового порогу хворих з даною патологією [Лабунець, 2000; Жадько, 2002; Waliszewski et al., 2006]. Найпоширенішим способом відновлення жувальної ефективності при повній адентії є виготовлення знімних протезів з жорстким акриловим базисом, що сягає до 98% [Чулак, Могилевський, 2000].

За даними літератури, від 20% до 26% пацієнтів не користуються знімними протезами, а 37% - не повною мірою задоволені їх якістю. У 64% пацієнтів під базисами протезів розвиваються захворювання слизової оболонки травматичної етіології [Драгобецкий, 1991]. Однією із основних причин відмови від користування повними знімними протезами є не вирішена проблема забезпечення раціонального сприйняття - жувального тиску тканинами протезного ложа, які в наслідок анатомо-фізіологічних особливостей не пристосовані до подібного роду впливу. Не менш важливим є те, що штучні зуби знімних протезів та базис, в якому вони фіксовані конструктивно є "жорстким моноблоком", позбавленим можливості забезпечувати амортизаційні властивості притаманні природним зубам.

У зв'язку з цим виникла необхідність виготовлення таких видів протезів, що дозволили б вирішити проблему толерантного співіснування базису з тканинами протезного ложа у процесі адаптації та подальшого користування протезами.

Метою дослідження було вивчення динаміки площі запалення слизової оболонки ротової порожнини при лікуванні пацієнтів з повною відсутністю зубів знімними пластинковими протезами з амортизаційними властивостями власної конструкції.

Матеріали та методи

Нами проведено лікування 37 пацієнтів з повною втратою зубів з повною втратою зубів знімними пластинковими протезами з амортизаційними властивостями власної конструкції. У відповідності до конкретних клінічних умов при виготовленні знімних протезів, нами досліджено стани протезних лож, а саме: визначені ступені атрофії кісткової основи альвеолярних відростків та слизової оболонки, виявлені та враховані несприятливі фактори для фіксації і стабілізації протезів.

Оцінку податливості слизової оболонки протезного ложа виконано у 29 пацієнтів на етапі планування ортопедичного лікування. При виконанні вимірів податливості слизової оболонки ураховували стан слизової оболонки за класифікацією Супплі [Калинина, Загорский, 1990]. Для узагальненого клініко-статистичного аналізу

отриманих результатів, розраховували середнє значення показника податливості, його середню похибку.

Визначення податливості слизової оболонки проводили у наступних зонах протезного ложа: на гребені альвеолярного відростка, в його вестибулярній та оральній зонах, а також в координатних зонах твердого піднебіння.

Для візуалізації зон запалення, індукованого підвищеним механічним навантаженням на слизову оболонку протезного ложа, а також динаміки їх змін, користувались методикою Н.И.Лесных [1990]. Дана методика заснована на візуальній оцінці забарвлених зон запалення слизової та ділянок їх точних відображень на базисі протеза. Для виявлення зон переважаної, та як наслідок, запаленої слизової оболонки протезного ложа, наносили розчин Шиллера-Писарева. Ділянки запалення чітко контрастували, набуваючи різне за інтенсивністю забарвлення. Топографічне відображення зон переважаної на базисі протеза отримували шляхом нанесення на його внутрішню поверхню емульсії крохмалю. Метод заснований на хімічній реакції крохмалю з йодом, в результаті якої крохмаль забарвлюється в більш чи менш інтенсивний колір. Використовуючи планіметричну сітку, визначали площі зон запалення.

Результати. Обговорення

При лікуванні пацієнтів було визначено стан слизової оболонки за Супплі. Перший клас слизової оболонки за Супплі був виявлений у 13,3% пацієнтів з повною втратою зубів лише на верхній щелепі (табл. 1).

Другий клас слизової оболонки за Супплі на верхній та нижній беззубих щелепах спостерігався значно частіше, 53,3% та 57,1% відповідно. Частка пацієнтів, що мали верхні беззубі щелепи з 3 класом слизової оболонки 33,4% протезного ложа, переважала аналогічний показник на нижній беззубій щелепі 14,3%. На нижніх щелепах у 28,6% пацієнтів діагностовано 4 клас протезного ложа, тоді як на верхніх щелепах серед даної групи пацієнтів ознак 4 класу не було виявлено. Таким чином, узагальнюючи показники стану слизової оболонки протезного ложа верхньої та нижньої щелепи за Супплі нами встановлено, що у найменшій кількості пацієнтів (6,9 %) був зафіксований 1 клас, у 13,8 % - 4

Таблиця 1. Показники стану слизової оболонки беззубих щелеп.

	Стан слизової оболонки протезного ложа за Супплі							
	1 клас		2 клас		3 клас		4 клас	
	n	M,%	n	M,%	n	M,%	n	M,%
Верхня щелепа	5	13,3	20	53,3	12	33,4	-	-
Нижня щелепа	-	-	21	57,1	5	14,3	10	28,6
Всього	5	6,9	41	55,2	17	24,1	10	13,8

Примітки: тут і в подальшому n - абсолютна кількість пацієнтів; M - відносна кількість пацієнтів.

Таблиця 2. Показники типів беззубих щелеп.

	Стан слизової оболонки протезного ложа за Супплі								Всього	
	I тип		II тип		III тип		IV тип			
	n	M,%	n	M,%	n	M,%	n	M,%	n	M,%
Верхня щелепа за Шредером	5	13,3	15	40,0	17	46,7	-	-	37	100
Нижня щелепа за Келлером	5	14,3	10	28,6	16	42,8	5	14,3	36	100

клас, тоді як третій та другий класи зустрічалися найчастіше, 24,1 % та 55,2 % відповідно.

Такий розподіл протезного ложа беззубих щелеп за Супплі обумовив необхідність компенсувати незначну податливість слизової оболонки протезного ложа в визначених зонах за рахунок лікування повними знімними протезами з амортизаційними властивостями.

При огляді беззубих верхніх щелеп пацієнтів нами враховувались такі показниками атрофії альвеолярного відростка, як відстані вершини альвеолярного відростка від місць прикріплення тязів та вуздечок, висота піднебіння за Шредером. Найменша кількість пацієнтів 13,3% мала I тип, переважна більшість 46,7% були III типу, дещо менше - другого типу 40,0%, IV типу нами не виявлено. За класифікацією Келлера переважну більшість серед пролікованих займали беззубі нижні щелепи III та II типів, а саме 42,8% та 28,6% відповідно. Перший та IV типи зустрічалися у однаковій кількості пацієнтів - по 14,3% (див. табл. 2).

Такий розподіл типів беззубих щелеп за даними класифікаціями обумовив необхідність компенсувати значну атрофію кістки альвеолярного відростка за рахунок застосування амортизаційного прошарку в базисах повних знімних протезів для зменшення тиску на тканини протезного ложа.

Таблиця 3. Податливість слизової оболонки залежно від зони протезного ложа.

Зони протезного ложа	Податливість слизової оболонки протезного ложа при різних локалізаціях дефектів зубних рядів (мм)		
	ділянка	щелепа	
		нижня	верхня
Гребінь альвеолярного відростка	фронтальна	0,82±0,02 ¹	0,94±0,01
	бокова	0,42±0,02 ¹	0,69±0,02
Вестибулярна зона альвеолярного відростка	фронтальна	0,60±0,01 ²	0,53±0,01
	бокова	0,49±0,03	0,47±0,02
Оральна зона альвеолярного відростка	фронтальна	0,53±0,01 ²	0,40±0,01
	бокова	0,58±0,02 ²	0,37±0,02
Піднебінний шов			0,30±0,02
Задня зона піднебіння			0,61±0,01
Передня зона піднебіння			0,40±0,01

Примітки: а). ¹ - достовірно (при $p < 0,05$) менша податливість на нижній щелепі у порівнянні з верхньою; б). ² - достовірно (при $p < 0,05$) менша податливість на верхній щелепі у порівнянні з нижньою.

Суттєве значення для протезування повними знімними протезами має податливість слизової оболонки, так як від неї залежить метод отримання функціонального відбитка.

Абсолютні значення податливості слизової оболонки на гребені альвеолярного відростка достовірно ($p < 0,05$) відрізнялись залежно від щелепи та коливались у межах від (0,42±0,02) мм - в боковій ділянці нижньої щелепи та до (0,94±0,01) мм - у фронтальній ділянці верхньої щелепи. З'ясовано, що податливість слизової оболонки на верхній щелепі (у фронтальній та в боковій ділянках) достовірно ($p < 0,05$) перевищують відповідні показники на нижній щелепі, а податливість слизової оболонки фронтальної ділянки достовірно ($p < 0,001$) перевищує податливість слизової оболонки бокових ділянок на обох щелепах.

Податливість слизової оболонки у вестибулярній зоні альвеолярного відростка, зокрема у фронтальній ділянці нижньої щелепи характеризується достовірно ($p < 0,05$) більшими значеннями, ніж на верхній щелепі (відповідно (0,60±0,01) мм та (0,53±0,01) мм), тоді як податливість слизової оболонки в бокових ділянках верхньої щелепи та нижньої щелепи - практично однакова. У цілому, податливість слизової оболонки вестибулярної зони альвеолярного відростка верхньої щелепи залежно від локалізації вимірів - не відрізнялась ($p > 0,05$), тоді як на нижній щелепі - виявлена достовірно ($p < 0,05$) більша податливість слизової оболонки у фронтальній ділянці.

Податливість слизової оболонки оральної зони альвеолярного відростка на фронтальній ділянці нижньої щелепи характеризується достовірно ($p < 0,05$) більшими значеннями, ніж на верхній щелепі (відповідно (0,53±0,01) мм та (0,40±0,01) мм); податливість слизової оболонки в бокових ділянках нижньої щелепи також достовірно ($p < 0,05$) більша, ніж на верхній щелепі (відповідно (0,58±0,04) мм та (0,37±0,02) мм). У цілому, податливість слизової оболонки оральної зони альвеолярного відростка верхньої щелепи та нижньої щелепи - однакова ($p > 0,05$). Дослідження податливості слизової оболонки ділянок твердого піднебіння дозволило з'ясувати, що найбільш податливою є слизової оболонки задньої зони - (0,61±0,01) мм, що достовірно ($p < 0,05$) більше, ніж в передній зоні - (0,40±0,01) мм та в зоні піднебінного шва (0,30±0,02) мм.

Узагальнений аналіз отриманих за результатами координатних вимірів даних стосовно податливості слизової оболонки у різних координатних зонах верхньої

Таблиця 4. Зміна площі зон запалення слизової оболонки протезного ложа при лікуванні повними знімними пластинковими протезами з амортизаційними властивостями в динаміці.

	Наявність та площа зон запалення			Всього			
	Відсутня	≤1 см ²	>1 см ²	пацієнти з зонами запалення	S, см ²	% від первісного	M±m, см ²
Акриловий базис	-	18	19	32	41,7	-	1,30±0,15
7 діб	16	14	2	16	9,4	22,54	0,59±0,06
1 міс	28	4	-	4	2,2	5,27	0,55±0,03
6 міс	30	2	-	2	0,52	1,25	0,26±0,05
9 міс	30	2	-	2	0,65	1,56	0,33±0,03

щелепи та нижньої щелепи дозволив проранжувати ці зони за ступенем податливості слизової оболонки: I ступінь - висока, характерна для задньої зони твердого піднебіння та досліджених ділянок гребеня альвеолярного відростка; III ступінь - мінімальна, характерна для шва твердого піднебіння; II ступінь - середня, характерна для інших ділянок протезного ложа.

Отже, удосконалення ортопедичного лікування знімними конструкціями потребує урахування податливості слизової оболонки протезного ложа на етапі планування та в процесі виготовлення знімних конструкції двошарових базисів. Найбільші абсолютні значення податливості слизової оболонки серед пацієнтів дослідженої групи знаходились на рівні від (0,61±0,01) мм до (0,94±0,01) мм, а найменші - (0,30±0,02) мм. Варіативність абсолютних показників може залежати від координатної зони, давності виникнення дефекту зубного ряду (операції видалення зубів), конституційно-біологічних та деяких інших факторів. Ступінь податливості слизової оболонки протезного ложа, залежно від координатної зони, можна оцінювати як високу, середню та мінімальну, що в клінічній практиці дозволить урахувати ці особливості на етапах отримання функціонального відбитку.

Нами було встановлено, що податливість м'яких тканин в області альвеолярних відростків залежить від їх атрофії. За величиною амплітуди можна уточнити межі протезного ложа і визначити показання до застосування компресійних, декомпресійних та диференційованих відбитків. Найнижчі показники величини податливості вказують на ділянки, які вимагають розвантаження під час отримання функціонального відбитку.

На момент виготовлення знімних протезів з амортизаційними властивостями власної конструкції, на 7 день, через 1, 6 та 9 місяців користування протезами нами було вивчено зміну площі запалення слизових оболонок пацієнтів (табл. 3). Для клініко-морфологічної оцінки зон запалення на етапах клінічної експлуатації повних знімних протезів з амортизаційними властивостями критеріями оцінки були обрані наступні параметри: відсутність запалення, площа зони запалення не перевищує 1 см², площа зони запалення перевищує 1 см². Нами отримані наступні дані: сумарна площа зон запалення слизової оболонки, середня площа запалення слизової оболонки протезного ложа (см²) та середня похибка середньої площі

запалення слизової оболонки протезного ложа (см²) на кожному з етапів спостереження.

При цьому виявилось, що найбільша сумарна площа зон запалення слизової оболонки протезного ложа пацієнтів була максимальною (41,7 см²) при користуванні знімними протезами з жорсткими базисами, а через 7 діб користування знімними пластинковими протезами з амортизаційними властивостями вона знизилась та склала 22,54% від первинної; через 1 місяць спостережень - відповідно 5,27%; через 6 місяців - 1,25%; через 9 місяців сумарна площа зон запалення слизової оболонки протезного ложа пацієнтів незначно підвищилась та склала 1,56% від первинної (табл. 4).

Разом з тим, у всіх періодах на тлі зменшення кількості пацієнтів з наявністю зон запалення слизової оболонки протезних лож, спостерігалось зменшення кількості пацієнтів з площами зон запалення слизової оболонки протезного ложа понад 1 см².

Оцінюючи площі зон запалення слизової оболонки протезних лож пацієнтів ми виявили, що в середньому через 7 діб після виготовлення повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями спостерігається значне (p<0,05) зменшення площі запалення у порівнянні з жорстким базисом: від (1,30±0,15) см² до (0,59±0,06) см². Через 1 місяць після завершення ортопедичного лікування середня площа зон запалення зменшилась (p<0,05) та склала (0,55±0,03) см², через 6 місяців цей показник склав (0,26±0,05) см², а через 9 місяців середня площа зон запалення дещо (p>0,05) підвищилась та склала (0,33±0,03), що свідчить на користь можливого підвищення бактеріальної забрудненості конструкцій та потребує застосування заходів по знезаражуванню протезів.

Таким чином, при ортопедичному лікуванні пацієнтів необхідно враховувати можливість підвищення функціональної ефективності повних знімних протезів за рахунок зменшення площі запалення слизової оболонки протезних лож пацієнтів при застосуванні повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями. Корекція акрилового базису знімного протезу з амортизаційними властивостями дозволяє зменшити площі запалення слизових оболонок протезних лож від первинного у межах 22,54% залежно від терміну користування протезами. При використанні повних

знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями можливо досягти достовірно ($p < 0,05$) меншої площі зон запалення слизових оболонок протезних лож у перший місяць користування протезами. У термін 9 місяців клінічної експлуатації повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями спостерігається не значне зростання площі зон запалення слизових оболонок протезних лож, що потребує корекції з боку гігієнічного догляду зі знімними протезами.

На протязі 9 місяців відшарувань еластичного матеріалу від жорсткого базису не спостерігалось в жодному випадку. Зміну кольору еластичного матеріалу через 6 місяців виявили у 3 випадках, а через 9 місяців після початку користування повними знімними пластинковими протезами - в 12 випадках.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При ортопедичному лікуванні пацієнтів необхідно враховувати можливість підвищення функціональної

ефективності повних знімних протезів за рахунок зменшення площі запалення слизової оболонки протезних лож пацієнтів при застосуванні повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями.

2. При використанні повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями можливо досягти достовірно ($P < 0,05$) меншої площі зон запалення слизових оболонок протезних лож у перший місяць користування протезами.

3. У термін 9 місяців клінічної експлуатації повних знімних пластинкових протезів з амортизаційними властивостями спостерігається не значне зростання площі зон запалення слизових оболонок протезних лож, що пов'язано із недотриманням пацієнтами вимог гігієнічного догляду за знімними протезами і потребує корекції.

Перспективним напрямком є розробка нових конструкцій та вдосконалення відомих методик виготовлення повних знімних пластинкових протезів з використанням еластичних матеріалів, що покращують їх функціональні характеристики та комфортність у користуванні.

Список літератури

- Варес Э.Я. Восстановление полной утраты зубов /Варес Э.Я. - Донецк, 1993. - 240 с.
- Варес Э.Я. Руководство по изготовлению стоматологических протезов и аппаратов из термопластов медицинской чистоты /Э.Я.Варес, В.А.Нагурный. - Донецк, 2002. - 220 с.
- Драгобецкий М.К. Компенсаторно-приспособительные процессы в органах и тканях полости рта при пользовании съёмными зубными протезами /М.К. Драгобецкий //Стоматология. - 1991. - №5. - С. 88-91.
- Жадько С.И. Повышение качества съёмных пластиночных протезов путем применения рессорной конструкции базиса /С.И. Жадько, К.Г. Кушнир // Совр. стоматология: науч.-практ. стомат. журн. - 2002. - №2. - С. 113-116.
- Калинина Н.В. Протезирование при полной потере зубов /Н.В. Калинина, В.Д. Загорский. - М.: Медицина, 1990. - 224 с.
- Лабунец В.А. Розробка наукових основ планування стоматологічної ортопедичної допомоги на сучасному етапі її розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.00.22 "Стоматологія" / Лабунец В.А. - К., 2000. - 36 с.
- Лесных Н.И. Снижение атрофических процессов при пользовании съёмными протезами на беззубых челюстях: автореф. дис. на соискание уч. степени к.мед.н.: 14.00.21 /Лесных Н.И. -М., 1990. - 22 с.
- Луганский В.А. Дифференцированные функционально-присасывающиеся оттиски. Часть вторая: Ошибки при получении функциональных оттисков у пациентов с полным отсутствием зубов и пути их устранения /В.А. Луганский, С.Е. Жолудев /Панорама ортопедической стоматологии. - 2006. - №2. - С. 36-39.
- Нагурный В.А. Покращення стоматологічної ортопедичної допомоги населенню сільського району шляхом впровадження удосконалених технологій виготовлення зубних протезів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд.мед. наук.: спец. 14.01.22. /Нагурний В.А. - Львів, 2000. - 17 с.
- Чулак Л.Д. Вплив комплексу лікувально-профілактичних заходів на стан альвеолярних відростків щелеп у ортопедичних хворих /Л.Д. Чулак, В.В. Могилевський //Одеський медичний журнал. - Одеса, 2000. - №2. - С. 70-72.
- Waliszewski M. A survey of edentulous patient preference among different denture esthetic groups /M. Waliszewski, A. Shor, J. Brudvik //J. Esthet Rest. Dent. - 2006. - Vol.18(6). - P. 352-369.

Чайка В.Г.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОЩАДИ ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ С АМОТИЗАЦИОННЫМИ СВОЙСТВАМИ

Резюме. В статье приведены данные о результатах исследования динамики изменения площади воспаления слизистой оболочки ротовой полости при лечении пациентов с полным отсутствием зубов съёмных пластиночных протезов с амортизационными свойствами.

Ключевые слова: съёмные протезы, эластичные материалы, воспаление слизистой оболочки.

Chayka V.G., Muntian L.M.

DESCRIPTION OF THE DYNAMICS OF CHANGE FORCES CHEWING PRESSURE AT TREATMENT OF THE TOTALLY EDENTULOUS PATIENTS WITH REMOVABLE LAMINAR DENTAL PROSTHESIS WITH AMORTIZATIONAL CHARACTERISTICS

Summary. The article presents data on the results of the study of the dynamics change of chewing force pressure of totally edentulous patients with removable laminar dental prosthesis with amortizational characteristics.

Key words: dentures, flexible materials, chewing pressure.

Стаття надійшла до редакції 03.12.2012 р.