

На основании вышеизложенных теоретических данных можно сформулировать основное отличие металлокерамической коронки (керамическая масса «Duceram Kiss») с плечевой массой и без. В первом случае (применение плечевой массы) у коронки более толстый слой фарфора и менее тонкий слой металла. Отсюда следующие плюсы:

1. Не чернеет десна у шейки зуба.
2. Более эстетичный вид коронки у шейки зуба, так как не просвечивается металл.
3. Повышенная биосовместимость.
4. Более прочная.
5. Более долговечная.

Плечевой масса улучшает эстетические свойства коронки, поскольку дополнительный слой керамики закрывает металл, часто просвечивающийся по краю коронки, так как слой керамики и слой металла обрываются на одном уровне. Кроме того, плечевая масса защищает ткани десны от контакта с металлом и не требует погружения края коронки в десну, обеспечивая благодаря этому высокую адаптацию коронки к зубу.

Клинические и лабораторные этапы изготовления металлокерамической коронки с применением плечевых масс требуют дополнительных пунктов, а именно:

Применение плечевой массы требует особой обработки зуба с формированием пришеечного уступа под определенным углом.

Увеличивается общее время нанесения и обжига керамической массы.

Увеличивается общая стоимость работы.

Но даже при таком компромиссе «плюсов» и «минусов» выбор в пользу применения плечевых керамических масс, а в нашем случае это «Duceram Kiss», очевиден.[2,5]

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.: Медицина, 2009г.
2. Базилян Э.А., Робустова Т.Г. и др./ Под редакцией Э.А. Базиляна Пропедевтическая стоматология». М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2012 г.

ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ И ВОЗНИКНОВЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

¹Татевосян А.С., ²Амоян Э.Ф., ²Хакуй С.А.
¹МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
²МАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»
Краснодар, Россия

В связи с появлением на рынке большого количества современных стоматологических полимеров и постоянным обновлением технологий зуботехнического производства в мире, удовлетворение спроса пациентов на протезы из высококачественных, биосовместимых и эстетических материалов становится реальностью.

В связи с этим нам, как будущим специалистам важно овладеть техникой приготовления, формовки и полимеризации акриловых базисных пластмасс, неукоснительно соблюдать технологию изготовления базисов протезов из этих материалов, уметь анализировать положительные и отрицательные свойства конкретных протезов, этапы их изготовления, что составляет базу профессиональной компетентности.

Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является протезирование дефектов зубных рядов съёмными пластиночными протезами.

Поломки съёмных пластиночных протезов и проявления аллергических реакций могут возникнуть по вине зубного техника во время их изготовления или по вине самого пациента и привести к трещине, полному перелому базиса протеза или отлому искусственного зуба.[3,4]

К поломкам съёмных зубных протезов и возникновению аллергических реакций приводят различные причины:

- нарушение зубным техником технологии применения акриловых пластмасс;
- небрежность пациента при пользовании протезами.

Профессиональный интерес представляют поломки, возникшие из-за нарушения технологии изготовления протезов. В структуре базисов съёмных протезов могут образоваться дефекты: пористость, внутренние напряжения, а также не связанный мономер – метиловый эфир метакриловой кислоты.

Различают газовую и гранулярную пористость. Сокращая время изготовления протеза, зубной техник помещает кювету с пластмассой для её полимеризации не в холодную воду, чтобы затем постепенно повышать температуру во-

дяной бани, а сразу в горячую или кипящую. Реакция полимеризации является экзотермической. Выделяющаяся теплота не может быть быстро отведена от полимеризующейся массы. В этих условиях мономер закипает, и его пары, не имея выхода наружу, вызывают пористую структуру материала.

Гранулярная пористость развивается от недостатка мономера в тех участках, где он может улетучиваться, в результате чего при пресовании не получается гомогенной массы. Она может возникнуть в результате несоблюдения техником количественного соотношения полимера и мономера при замешивании базисной пластмассы. [1,2,3,4]

Гранулярная пористость наблюдается обычно в тонких участках протеза, что повышает вероятность поломки базиса.

Причинами поломок съёмных протезов со стороны пациента являются: небрежное отношение к протезу (падение протеза в раковину, на кафельный пол), откусывание сухарей, орехов и т. д.

Поломки съёмных пластиночных протезов наблюдаются в виде трещин или перелома базиса в области одиночных зубов, покрытых искусственными коронками, кламмеров (крючков для фиксации протеза) или в области царпин, оставшихся при отделке протеза техником, которые в дальнейшем превращаются в трещины.

Оплата труда зубного техника зависит от количества изготовленных им протезов. Стремясь изготовить большее количество протезов, он сокращает температурно-временной режим полимеризации акриловых пластмасс, в результате чего в базисе протеза остаётся мономер, не вступивший в реакцию с полимером. По Копейкину В.Н., остаточный мономер в пластмассе даже при длительной полимеризации достигает 0,5%, который способствует воспалению слизистой оболочки полости рта. У некоторых пациентов отмечаются явления непереносимости базисных полимерных материалов в форме экзем, глосситов, контактных стоматитов с нарушением вкуса, отёком губ, острыми дерматитами лица и рук и другими аллергическими проявлениями. При сокращении времени полимеризации вдвое, остаточный мономер достигает концентрации до 5,2 %. Существует термин «протезные стоматиты»: реактивные изменения тканей протезного ложа при пользовании съёмными протезами. [5]

Плохое гигиеническое состояние протезов способствует возникновению очагов токсикоинфекции в полости рта пациентов в виде

грибковой микрофлоры и усиления воспалительных явлений слизистой оболочки.

Литература:

1. Кабанов Б.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. М.: Медицина, 2009г.
2. Базикян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др./ Под редакцией Э.А. Базикяна Пропедевтическая стоматология». М.: ГОЭТАР-Медиа, 2010г.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
4. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
5. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2010г.
6. Оксман И.М., Гаврилов Е.И. Ортопедическая стоматология, М.: Медицина, 2012 г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Твердохлебова Д.А.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар. Россия.*

С момента изобретения первого прототипа настоящего компьютера, наша жизнь значительно изменилась. Компьютерные технологии настолько тесно внедрились в нашу жизнь, что на данный момент мы даже не осознаем, насколько зависим от их работоспособности.

Иногда взаимодействие с компьютером приобретает формы, подобные по содержанию психологической зависимости. Поскольку научно-технический прогресс постоянно стимулирует развитие и совершенствование компьютерных технологий, они с каждым днем приобретают все большую популярность у всех слоев населения, становятся более доступными, то, можно предположить, что проблема компьютерной зависимости со временем становится все более глобальной.

Благодаря информационным технологиям осуществляется не только передача, обработка и хранение информации, а на их основе формируется новая социокультурная среда со своей определенной спецификой. Компьютерные игры являются одним из компонентов этой среды [3].

В настоящее время многие ученые на основе своих исследований пришли к выводу, что компьютерные игры имеют не только отри-