

ділянці, крім того, на перший план, виступають косметичні аспекти ортопедичних конструкцій.

Метою нашої роботи стало виготовлення шини-протезу, який би одночасно заміщував дефект. Враховуючи стан опорних зубів (рухливість), мав шинуючі властивості, був незнімним, а також не заважав подальшому терапевтичному та хірургічному лікуванню. Для вирішення цієї мети нами запропонована конструкція шини-протезу, для відновлення цілостності зубного ряду у фронтальній ділянці: у хворого з локалізованою формою пародонтиту відсутній 31 зуб.

Шина-протез була виготовлена з пластмаси „Синма-74“, охоплювала 43, 42, 41, 32 та 33 зуби з оральної сторони в вигляді назубних кламерів та відновлювала анатомічну форму 32 зуба. Для надання більш пружних властивостей, з оральної сторони, в базис шини-протезу була вварена відлита металева пластина. Припасовка шини-протезу передбачала обов'язкове розвантаження навколо зубних тканин від пластмаси (для подальшого лікування) та корекцію ріжучого краю по прикусу.

Фіксація шини-протезу проводилась за загальноприйнятою методикою з використанням рідкого композиту „EUSCOF“. Таким чином, запропонована конструкція може використовуватись як незнімна шина-протез при пародонтиті.

ОСОБЛИВОСТІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ ПРИ ОДНОБІЧНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Виконавець: Кузь В.С. - студ. III курсу стомат. ф-ту

Наукові керівники: доц. Беліков О.Б., ас. Баля Г.М.

Кафедра ортопедичної стоматології та імплантології

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

При протезуванні хворих після однієї з бічних резекцій верхньої щелепи виникають значні труднощі. Характерними ознаками ортопедичного лікування цієї групи пацієнтів слід визнати: відсутність опори, з одного боку, наявність зсуву по горизонталі під дією сили ваги, наявність перекидаючого моменту, у результаті виникнення важеля 2-го роду. Крім цього, на перший план виступають косметичні порушення в результаті западання тканин губи й щоки, що втратили кісткову основу, утягування їх усередину рубцями, що утворилися.

Тому метою протезування стало виготовлення протезів, що заміщують дефект із урахуванням стану опорних зубів, їхньої форми, нахилу, висоти коронок, стану слизової оболонки (піддатливість, рухливість), стану рубцевої тканини навколо дефекту, стану м'яких тканин передвір'я порожнини рота, ступеню збереження горба альвеолярного відростка верхньої щелепи на стороні резекції.

Для вирішення цієї мети нами запропонований варіант виготовлення протезу хворий після односторонньої резекції верхньої щелепи з видаленням альвеолярного відростка з 12 по 28, з локалізованою, змішаною формою патологічного стирання в ділянці 17, 16, 15, 14 зубів, тобто потребує перебудови висоти прикусу.

Для відновлення анатомічної форми зубів та усунення косметичного дефекту на 13, 12 зуби були виготовлені метаокерамічні коронки, а на 17, 16 суцільноліпні коронки з різко вираженим екватором. В якості фіксуючих елементів протезу, що заміщує, були включені в ділянці 13, 12 зубів дентаальвеолярний кламер, а на 17, 16 опорно-утримуючий кламер із подвоєним плечем Акера. Висоту коронок, з підвищенням висоти прикусу і анатомічну форму жувальних поверхонь 15, 14 зубів відновлено методом реставрації. Для попередження перекидаючого моменту штучні зуби були встановлені зі зміщенням зубної дуги усередину порожнини рота. Базис протеза на стороні резекції з метою запобігання западання тканин губи й щоки, був відмодельований з дублюванням альвеолярного відростка здорового боку щелепи.

Хвора результатами протезування задоволена.