Plus. Руйнування в термопласті розпочинається за найвищих напружень порівняно з іншими матеріалами. Тому з позиції забезпечення більшої тривалості експлуатації зубного протеза можна говорити про найефективніше використання саме цього базисного матеріалу. За дослідженими параметрами найгіршим виявився матеріал Фторакс. Villacryl H Plus займає проміжне місце.

Література

David M.Bohnenkamp. Removable Partial Dentures: Clinical Concepts. Dental Clinics of North America, 2014. – 58(1):69–89.

Chuchulska B, Yankov S, Hristov I et al. Thermoplast materials in the dental practice: a review. International Journal of Science and Research, 2017. – 6(12):1074–76.

Нідзельський М.Я., Криничко Л.Р. Структурні зміни поверхні в повних знімних стоматологічних протезах, виготовлених із акрилових пластмас, у процесі користування ними, за даними електронної мікроскопії// Український стоматологічний альманах, 2013. – № 2. – С.10–12.

В.Р. Скальський, В.Ф. Макєєв, О.М. Станкевич, О.С. Кирманов. АЕ-діагностування руйнування стоматологічних реставраційних матеріалів.// Техни¬ческая диагностика и неразрушающий контроль. – 2017. – № 3. – С. 21–28.

ЗАСТОСУВАННЯ CAD/CAM ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ПРОЕКТУВАННЯ РЕЗЕКЦІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУ ПІДБОРІДНОЇ ДІЛЯНКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Дворник В.М., Кузь Г.М., Єрис Л.Б., Тесленко О.І., Тумакова О.Б., Кузь В.С.

Українська медична стоматологічна академія,
кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією
м. Полтава, Україна

Цифрові технології комп'ютерного аналізу зображень, подальшого проектування і виготовлення зубних протезів мають ряд переваг перед традиційними технологіями [1]. Ортопедичні конструкції, виготовлені за CAD/CAM технологією, задовольняють високі естетичні вимоги, мають підвищену міцність. Прецизійна точність конструкцій, можливість моделювання поверхні високої складності, а також обробки будь-яких матеріалів дозволили використовувати CAD/CAM технології для моделювання та виготовлення резекційних ендопротезів щелеп [2]. Часткове ендопротезування нижньої щелепи на сучасному етапі є одним з альтернативних методів реабілітації паці-

єнтів з пухлинами чи травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки [3, 4].

Описання та обговорення клінічного випадку. Для проектування резекційного ендопротезу підборідної ділянки нижньої щелепи використали результати аналізу комп'ютерної томограми пацієнта Я., 29 років. Фронтальна частина нижньої щелепи, зокрема ділянка підборідного торуса, почала руйнуватися внаслідок розвитку доброякісної пухлини. За даними комп'ютерної томограми створили 3D модель щелепи, звернули увагу на наявність деформованої ділянки в зоні ураження. На основі її розмірів і розташування визначили межі резекції, в даному клінічному випадку – між іклами і премолярами та посередині підборідного підвищення (торуса). Важливо, що межі резекції були на відстані не ближче, ніж 2 мм до уражених тканин. Далі побудували зовнішню і внутрішню поверхні протеза. Потім додали бічні, а також верхню і нижню поверхні для створення поверхневої моделі ендопротеза. Після цього до конструкції додали елементи для кріплення на щелепі, що містять отвори для кісткових швів. Наступним етапом проектування є додавання поверхні, що відповідає місцям встановлення абатментів. Відновлення зубного ряду передбачається незнімними металокерамічними конструкціями з опорою на двохетапні імплантати «Vitaplant V2Km 400» (d = 4 мм, l = 10 мм). Збудували відповідні поверхні різьбової частини, шестикутника і конусної поверхні.

Щоб резекція відбулася саме за встановленими межами, на основі спроектованої моделі ендопротеза створено шаблон, по краю якого буде здійснено резекцію підборідної ділянки нижньої щелепи. Шаблон під час операції прикладають до лицьової поверхні кістки і кріплять в тих само місцях, де і протез, щоб точно пройшла резекція.

Модель резекційного ендопротеза та хірургічного шаблона після створення обов'язково перевіряють «доктором тіл», щоб забезпечити відсутність таких дефектів як невидимі отвори, накладання поверхонь, дефектні точки, прогалини тощо. Подальше виготовлення резекційного ендопротеза та хірургічного шаблона передбачено з титану методом фрезерування або 3D-друку.

Висновки. Спроектований резекційний ендопротез підборідної ділянки нижньої щелепи усуває недоліки протезування з опорою на ауто трансплантат чи титанову пластину, створює максимально ефективні умови для протезування з опорою на дентальні імплантати.

Література

1. Цинь Линфен. Характеристика, анализ и преимущества стоматологических CAD/CAM систем / Линфен Цинь // Вісник проблем біології і медицини, 2015. – Випуск 2, том 4(121), – С. 223–226.
2. Єрис Л.Б. Патент на корисну модель №79224. Спосіб реабілітації хворих після резекції нижньої щелепи із застосуванням програмного забезпечення Delcam/ Л.Б. Єрис, С.Г. Ясько, В.М. Дворник, О.О. Горюн. – Бюл. № 7, – 10.04.13. – С. 246.
3. Єрис Л.Б. Застосування програмного продукту Delcam для виготовлення резекційного імплантату при однобічній резекції нижньої щелепи / Л.Б. Єрис // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №4. – С. 32–35.
4. Єрис Л.Б. Сучасні технології виготовлення щелепно-лицевих протезів. / Л.Б. Єрис, В.М. Дворник. – ФОП Гаража М.М., 2016. – 125 с.

ВІДМІННІСТЬ АЛЬВЕОЛІТУ ВІД ЛУНОЧКОВОГО БОЛЮ

Джавдіасл А., Рибачук А.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
м. Київ, Україна

Видалення зуба є найпоширенішим оперативним втручанням у практиці хірурга-стоматолога. Після видалення зуба нерідко можуть виникати ускладнення, у тому числі больові відчуття та ознаки запалення. Альвеоліт – запалення комірки видаленого зуба, яке виникає через 2–3 дні після операції видалення зуба. Характеризується луночковим болем, підвищеною температурою тіла, неприємним запахом із порожнини рота, збільшенням та болючістю лімфатичних вузлів. При цьому луночка зуба на вигляд суха без кров'яного згустка, із сірим чи жовтим нальотом усередині.

Луночковий біль, який виникає після операції видалення зуба, вщухає через 2–3 год, однак інколи не припиняється навіть через кілька днів після видалення зуба. Основною причиною болю є травма, що була нанесена під час операції видалення зуба [1–4].

Мета дослідження: провести диференційну діагностику альвеоліта та луночкового болю для призначення найефективнішого методу лікування.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів, у яких були показання до типового видалення зуба. Після видалення зуба пацієнтів з ускладненнями було розділено на 2 групи по 15 осіб.