



Рисунок 2. (а – фото на следующий день; б – на 3 день; в – на 7 день)

Диспансерное наблюдение за пациенткой осуществлялось на 3,6,9,12, 18 месяцев после последнего введения аутоплазмы. Рецидивов заболевания не отмечается.

Таким образом, нами было обнаружено, что применение аутоплазмы при лечении ХРАС позволяет не только достичь более быстрого снижения болевого синдрома до субъективно терпимого уровня, но и добиться значительного увеличения периода ремиссии у пациентов с тяжелой формой ХРАС.

**Посохова В.Ф.¹, Лыкова И.В.¹, Чуева А.А.², Чуев В.В.²
СОХРАНЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЛУНКИ – КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОТСРОЧЕННОЙ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА**

¹ООО «ВладМиВа», г. Белгород

²НИУ «БелГУ», г. Белгород

Достижения в области барьерных мембран, биоматериалов – заменителей утраченной костной ткани и различных хирургических методов привело к появлению различных техник лечения при планировании отсроченной установки имплантата.

В настоящее время сохранение альвеолярного гребня после удаления зуба может быть предсказуемой процедурой и, безусловно, может помочь врачу-хирургу предотвратить его утрату, тем самым позволяет установить имплантат в положение, удовлетворяющее эстетическим и функциональным требованиям. В публикации основное внимание уделено концепции консервации экстракционных лунок при использовании коллагенового конуса с фосфатами кальция – «Клипдент-МК» без использования мембраны - описан клинический протокол предотвращения резорбции кости и усадки мягких тканей после удаления зуба, проведена оценка деградации *in vitro*. Коллаген (I, II тип) входящий в состав конуса служит раневой повязкой, стабилизирует сгусток и доставляет кровь к медленно резорбируемому фосфату кальция, что имеет решающее значение для инициирования процесса формирования собственной кости и раннего ангиогенеза. Применение коллагенового конуса является простым и доступным способом установки костного трансплантата, обеспечивающим сохранение лунки, исключая необходимость использования мембраны. Клинический протокол довольно прост: удалить зуб, извлечь коллагеновый конус из упаковки, придать форму в зависимости от анатомии корневого канала, поместить сухой конус в лунку удаленного зуба для поглощения крови, аккуратно уложите конус до уровня мягких тканей, наложить сверху не рассасывающийся шовный материал крест-накрест, чтобы обеспечить заживление в течение двух недель. Костная ткань формируется в течение 3–5 месяцев, что предоставляет дополнительную возможность при планировании лечения пациентов с имплантатами. Для оценки деградации *in vitro* выбраны коллагеновые конусы, без (а) и с фосфатом кальция (б). Процесс деградации оценивали в фосфатно-солевом буфере (PBS), через 3, 7, 14 дней соответственно, $n = 3$.

Потеря массы коллагенового конуса составляет около $52,38 \pm 0,7\%$ и 100% после 3 и 7 дней инкубации соответственно, тогда как значения для коллагенового конуса с фосфатом

кальция составляют $21,25 \pm 2,4$ % после 7 дней инкубации. После 14 дней инкубации потеря массы коллагенового конуса с фосфатом кальция составила $40,05 \pm 2,14$ %. Следовательно, трехмерная матрица коллагенового конуса и гидроксиапатита биологического происхождения имеет большую структурную стабильность *in vitro*, что обеспечивает надежный гемостаз и сохранение размеров лунки после экстракции зуба.

**Посохова В.Ф.¹, Поздняков С.Н.¹, Клюкин Б.В.¹, Чуев В.П.².
АЛЬТЕРНАТИВА ПЕРЕБАЗИРОВКИ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ –
ПОЛИМЕРНАЯ МАССА СВЕТОВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ «НОЛАТЕК»**

¹ООО «ВладМиВа», г. Белгород

²НИУ «БелГУ». Кафедра медико-технических систем, г. Белгород

Пациенты, имеющие съемные или частично-съёмные протезы, сталкиваются с необходимостью реконструкции их первоначальной формы, так как со временем происходит атрофия альвеолярных отростков и челюсти в целом. В основном для перебазировки съёмных протезов в условиях клинического приема используют акриловые материалы холодного отверждения.

Альтернативой при перебазировке является полимерная масса светового отверждения, состоящая из уретандиметакрилатной матрицы, наполненной коллоидным диоксидом кремния для придания необходимой текучести (консистенции) и метакриловым предполимеризатом в виде мелкодисперсных гранул, что способствует уменьшению полимеризационной усадки по сравнению с таковой при полимеризации мономеров обычным способом. По свойствам такого рода материал занимает промежуточное «положение» между композитом для восстановления зубов и акриловыми пластмассами. Кроме того, он не содержит метилметакрилата, следовательно более биоинертен, что в целом сокращает традиционный длинный цикл перебазировки, контактную аллергию и загазованность в зуботехнических лабораториях.

Для проведения сравнительной оценки физико-механических свойств выбраны хорошо зарекомендовавшие и широко используемые на российском рынке материалы: акриловая пластмасса для жесткой перебазировки протезов «Белакрил» – Э ХО (хард) («ВладМиВа», Россия), базисный подкладочный материал на основе полиметилметакрилатов для изменения рельефа протезного ложа «Rebase II» («Tokuyama», Япония), светоотверждаемая полимерная масса для прямой перебазировки в полости рта «Нолатек» (набор №5) («ВладМиВа», Россия).

Максимальную температуру разогрева массы и время схватывания определяли в термически изолированной форме из полиэтилена, температуру контролировали с помощью термометра и термопары согласно методикам ГОСТ 5833-2011. Остаточный мономер анализировали с помощью жидкостного хроматографа Shimadzu LC-20, руководствуясь методикой, изложенной в ГОСТ 31572 2012. Для измерения показателей прочности на изгиб, растяжение и сжатие использовали универсальную испытательную машину Instron 3300 (скорость траверсы 0,5 мм/мин). Образцы готовили в соответствии с методиками, представленными в ГОСТ 31572-12 и инструкциями заводов-изготовителей. Температура разогрева полимерной массы после смешивания жидкости с порошком при использовании материалов «Белакрил» – Э ХО (хард) и «Rebase II» – 95,6°C и 89,7°C соответственно, что в 3 раза превышает температуру отверждения полимерной массы «Нолатек». Следовательно, использование светоотверждаемой полимерной массы для прямой перебазировки в полости рта полностью исключает раздражение слизистой оболочки полости рта температурным фактором. Содержание остаточного мономера в полимеризате базисного материала «Нолатек» составляет 0,09 %, что значительно ниже по