

Між контрольною і другою групою – на верхній щелепі від 5 мкА до 6 мкА (7-9 мкА), а на нижній щелепі від 4 мкА до 6,5 мкА (14-17,5 мкА).

Між контрольною і третьою групою – на верхній щелепі від 7 мкА до 9 мкА (9-11 мкА), а на нижній щелепі від 6,5 мкА до 8,5 мкА (9,5-12,5 мкА).

Через тиждень показники ЕОД змінилися, у першій групі коливались: на верхній щелепі від 4 до 6 мкА, на нижній щелепі- від 5 до 7 мкА; у другій групі показники становлять на верхній щелепі від 5 до 7 мкА, а на нижній щелепі від 6 до 8 мкА; у третій групі коливались: на верхній щелепі від 6 до 8 мкА і на нижній щелепі від 7 до 9 мкА.

Висновки. За результатами дослідження ми можемо зробити висновки, щодо протезування, показники ЕОД були вище ніж через тиждень після протезування металокерамічними протезами, навіть показники ЕОД прийшли до норми.

Ключові слова: патологічна стертість, електроодонтодіагностика, шліфи, пародонт, дентин.



НЕОБХІДНІСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ ДЕНТИНУ ПРИ ПРОВЕДЕНІ НЕПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ

Малюченко Т.П., Зубченко Ю.П.

Фаховий медико-фармацевтичний коледж Полтавського державного медичного університету, м. Полтава

Вступ. В ортопедичній стоматології після препарування зубів можуть виникати ускладнення у вигляді пульпітів або підвищеної чутливості. Це явище може виникати у результаті відкриття дентинних каналців та потрапляння в них мікробіому й хімічних подразників.

Актуальність. На теперішній час залишається актуальним питання негайної герметизації дентину під час препарування зубів для незнімного протезування. (IDS) являє собою новий підхід в області непрямих реставрацій. Покриття дентину здійснюється негайно після етапу препарування зуба до процедури зняття відбитка. Невідомо, чи можна як і раніше досягти ефективного зв'язку між дентином, покритим шаром адгезивної смоли, і реставрацією після від 2-х до 4-х місяців з моменту фіксації провізорних конструкцій.

Мета роботи полягала у визначенні різниці в силі адгезії постійних E-тах конструкцій з дентином зуба при використанні методики DDS (відстроченої герметизації дентину) і IDS, виходячи з часового проміжку з моменту

препарування до етапу фіксації конструкції (2, 7 і 12 тижнів відповідно), використовуючи при цьому два різних дентин-бондингових агента.

Матеріали та методи.

Двадцять видалених людських молярів було зібрано і розділено на 5 груп. Нами використана двохкомпонентна адгезивна система тотального протравлювання Optibond FL (Kerr) і двохкомпонентна самопротравлююча адгезивна система Clearfil SE Bond (Kuraray). Для кожного дентин-бондингового агента були підготовлені контрольні зразки за допомогою техніки прямого негайного бондинга і реставрації фотокомпозитом Z100. Препарування інших зразків проводилося або за методикою непрямого доступу без процедури пребондинга дентину (DDS), або з негайною герметизацією дентину (IDS), яка вироблялася негайно після етапу препарування. На зуби з IDS були встановлені тимчасові конструкції (Tempfil) на 2 тижні, 7 тижнів і 12 тижнів перед фіксацією вже постійних реставрацій.

Результати. Всі зуби були підготовлені до безперервного тесту міцності на розрив (MTBS) по закінченні 24 годин після остаточного відновлення накладками з композиту (Z100). Від 10 до 11 зрізів ($0.9 \times 0.9 \times 11$ мм) з кожного зуба обрані для проведення тестів. Результати тесту MTBS по кожній з п'яти експериментальних груп зібрані і проаналізовані за допомогою двохфакторного дисперсійного аналізу методом ANOVA (дентин-бондингова система, послідовність застосування), причому кожен зуб (результати тесту MTBS по кожному з 10-11 зрізів) використаний в якості окремого виміру.

Для обох адгезивних систем значення сили зчеплення групи C і всіх груп IDS розрізнялися незначно і перевищили позначку в 45 МПа. Сила зчеплення DDS груп виявилася нижче ніж у інших варіацій ($P < 0.01$), при використанні SE Bond склала 1.81 МПа, при використанні Optibond FL склала 11.58 МПа. Найвище значення сили зчеплення отримано у випадку з Optibond FL в наступних часових діапазонах: 7 тижнів (66.59 МПа) і 12 тижнів (59.11 МПа).

Ці показники виявилися значно вище в порівнянні з SE Bond з аналогічними тимчасовими умовами зі значеннями 51,96 МПа і 45,76 МПа ($P = .001$ і $P = .003$), відповідно.

Висновки. Під час підготовки зуба до покриття непрямою реставрацією, використання методики IDS, яка має за мету нанесення двохкомпонентного дентин-бондингового агента в комбінації з тотальним протравленням або покриття двохкомпонентним самопротравлюючим дентин-бондинговим агентом (до етапу зняття відтиска), призводить до схожих значень сили зчеплення як і в разі свіженанесеного адгезиву. Сила зчеплення не залежить від часу, навіть після закінчення 12 тижнів з моменту препарування до фіксації постійної ортопедичної конструкції.

Ключові слова: адгезивна фіксація, герметизація дентину, ортопедичне лікування.



ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Нідзельський М.Я., Давиденко В.Ю., Кузнецов В.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Вступ. За даними різних авторів, чисельність хворих, що користуються знімними пластинковими протезами становить 26,9 – 77 % від загальної кількості протезоносіїв. Поряд з певними перевагами пластинкові протези мають і ряд недоліків, обумовлені тим, що базис протеза опирається на тканини, які фізіологічно не несуть безпосереднього жувального навантаження, чинить негативну дію, яка пов'язана з порушенням самоочистки, терморегуляції, аналізаторної функції слизової оболонки та тканин протезного ложа. Значний відсоток протезів, які виготовлені з акрилових пластмас, призводить до вторинних патологічних процесів за рахунок механічної травми, токсичної та алергічної дії матеріалу базису протезу на тканини протезного ложа.

Актуальність. Недосконалість технології виготовлення протезів із акрилових пластмас та її складові негативно впливають на тканини протезного ложа, ведуть до ускладнень, які зустрічаються як при адаптації, так і при користуванні ними.

Мета роботи. Відомо, що адаптація до знімних протезів – це складний і багатоплановий процес. Для нього характерний динамічний механізм клінічних, фізіологічних, морфологічних, функціональних показників. На адаптацію та функціональні показники впливає: якість виготовлення знімних протезів, функціональний стан тканин протезного ложа, матеріали для базисів, конструктивні особливості протезів. Актуальність питання полягає в тому, що необхідно створити такий протез, або такі умови його виготовлення, які б запобігли розвитку вторинних патологічних процесів і досягли швидшої адаптації до протезів, що можна зробити за рахунок покращення технології їх виготовлення.

Матеріали та методи. Дослідження міцностних параметрів базисних пластмас, оброблених електромагнітним полем, показали, що вони в два рази перевищували показники щодо таких при традиційній технології.

Результати. Під час спостережень за групами пацієнтів на протязі місяця після здачі протезів вияснили, що ступінь їх фіксації та пристосованість слизової оболонки протезного ложа була дуже доброю в 9 пацієнтів 2 групи; доброю – у 2 пацієнтів цієї групи. У 8 пацієнтів 1 групи фіксація була доброю, дуже доброю у 2 пацієнтів і слабою в 2 пацієнтів.