

Насумок

Накладення ортопедичних конструкцій пацієнтам усіх клінічних груп передбачає різні ступені роз'єднання прикусу, що дозволяє стверджувати про досить високу ефективність запропонованої конструкції в реабілітації хворих із генералізованими формами патологічного стирання твердих тканин зубів та індивідуальним підходом до кожного пацієнта.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується вивчити віддалені результати ортопедичної реабілітації хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів з використанням покривних протезів.

Література

1. Эцио Норди. Аттачмены из твердых материалов и с эластичной ретенцией: их применение в прошлом и настоящем / Эцио Норди // Зубной техник.-1993.- 5-6.-С. 42-43.
2. Лещук С.С. Клінічні питання застосування знімних протезів у сучасній ортопедичній стоматології. Частина перша / С.С. Лещук, Ю.В. Вовк // Український стоматологічний альманах. -2002.-№3.-С. 48-51.
3. Лебедеко И.Ю. Телескопические и замковые крепления зубных протезов / И.Ю.Лебедеко, А.Б. Перегудов, Т.Э.Глебова [и др.] //- М., 2004.-С. 182-193.
4. Марков Б.П. Технология изготовления пластиночных протезов с использованием корней зубов / Б.П. Марков, Г.Б. Маркова, Е.Г. Пан [и др.] // Стоматология на пороге третьего тысячелетия: Сб. тез.-Москва: Аиаиздат, 2001.- С.557-559
5. Макеев В.Ф. Перекрывающие протезы – альтернативные варианты использования / В.Ф. Макеев, П.В. Щерба, Н.Р. Ключковская [и др.] // Зубное протезирование.- 2003 .-№ 1.-С.69-71.
6. Chikunov I. Implant-Retained Partial Overdenture with Resilient Attachments / I. Chikunov, P. Doan, F. Vahidi // J. Prosthodont. – 2007. – Vol.15.

Реферати

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТИРАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Баля Г.Н.

Предложена усовершенствованная технология изготовления покрывного протеза с дополнительными элементами фиксации в виде внутридентальных замковых креплений.

Ключевые слова: покрывной протез, элементы фиксации, патологическое стирание твердых тканей зубов, дефекты зубных рядов.

Стаття надійшла 05.05.2013 р.

CHOICE OF ORTHOPAEDIC TREATMENT PATHOLOGICAL ABRASION OF HARD DENTAL TISSUES DEPENDING ON THE MORPHOLOGICAL STATE OF AREA IMPRESSION

Balya G.N.

The proposed advanced technology of coating the prosthesis with additional fixing elements as vnutrishnodentalnyh locking fasteners.

Key words: overdenture, fixation elements, pathological abrasion of hard dental tissues, dental defects.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.314 – 76 – 082

Н.А. Гасюк

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського», м. Тернопіль

БИОМЕХАНИЧНИ АСПЕКТИ ХУДОЖНЬОЇ РЕСТАВРАЦІЇ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ

Питання дефектів ріжучого краю передніх зубів груп в клінічній практиці лікаря стоматолога, на сьогодні є досить актуальним питанням. Для їх усунення застосовують штучні коронки, вініри, композиційні реставрації, парапульпарні штифти. Ми пропонуємо, на вестибулярній і оральній поверхнях пошкодженого зуба формувати зовнішню (емалеву) шорсткість і ретенційні пункти в межах емалі. Сформована шорсткість і ретенційні пункти на вестибулярній і оральній поверхнях ріжучого краю зуба, що реставрується збільшують площу адгезії композитного матеріалу з емаллю зуба.

Ключові слова: дефект, реставрація, коронка, препарування, емаль.

Робота є фрагментом дослідження за ініціативною тематикою, яка виконується працівниками ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» – «Морфологічні закономірності ремоделювання серцево-судинної та травної системи при резекції легень та печінки», номер державної реєстрації – 0111 У 003755.

Естетика зубів у всі часи хвилювала людство, а в сучасному світі красива і здорова посмішка стала невід'ємною частиною успішної людини, його своєрідною «візитною карткою». В даний час в клінічній практиці зустрічаються різні дефекти коронкової частини фронтальної групи зубів. Каріозні і некаріозні ураження (патологічна стертість), травматичний відлом є частими причинами пошкодження ріжучого краю фронтальної групи зубів до 2 мм [2,8].

Для відновлення дефектів ріжучого краю передніх зубів груп в клінічній практиці застосовують штучні коронки, вініри, композиційні реставрації, парапульпарні штифти. Застосування композитних матеріалів дозволяє безпосередньо в порожнині рота за одне відвідування відновлювати дефекти ріжучого краю фронтальних зубів [3,6,7]. Але клінічна практика показала, що застосування композитних матеріалів не забезпечує належну довговічність функціонування реставрації. Низькі фізико-механічні властивості композитних матеріалів, слабкий хімічний зв'язок композитного матеріалу з тканинами зуба приводить до таких ускладнень, як сколи та повне руйнування реставрації [1].

Для збільшення фізико-механічної міцності в композитний матеріал вводять різні армуючі елементи, проводячи тим самим армування реставрації. З літературних і патентних джерел відомі способи армування композитних матеріалів при реставрації дефектів ріжучого краю передніх груп зубів із застосуванням парапульпарних штифтів, позолоченої металеві сітки, пористої спеченої титанової пластини, що використовуються при дефектах більше 1/3 довжини коронкової частини передніх груп зубів [4,5]. Армуючий елемент у вигляді позолоченої металеві сітки, який застосовується в стоматології, має наступні розміри: діаметр дроту 0,2 мм, товщина сітки 0,4 мм. Нами встановлено, що при дефекті ріжучого краю передніх груп зубів до 2 мм застосування армованого композитного матеріалу для відновлення цілісності ріжучого краю не представляється неможливим. Реставрації дефекту ріжучого краю фронтальних груп зубів до 2 мм із застосуванням лише композитного матеріалу є недоцільним, оскільки приводить до частих сколів і відломів [9]. В даний час застосовується медикаментозна терапія, спрямована на призупинення процесу зменшення і гіперестезії твердих тканин зуба до 2 мм, але не на усунення дефекту [10,11].

У зв'язку відсутністю ефективних методів відновлення дефектів твердих тканин зуба до 2 мм дана проблема залишається однією з найактуальніших в стоматології.

Метою роботи було удосконалення біомеханічних особливостей художньої реставрації центральних різців, профілактика сколів та відколів.

Матеріал та методи дослідження. Для усунення дефекту ріжучого краю глибиною до 2 мм використовувався світлотверднучий композиційний матеріал Gradia direct anterior™. До реставрації ріжучого краю пошкодженого зуба приступають після визначення кольору майбутньої реставрації, при цьому використовують стандартну шкалу кольорних відтінків реставраційних матеріалів «VITA». Далі формують шорсткість і ретенційні пункти на зовнішній поверхні ріжучого краю пошкодженого зуба в межах емалі.

Формування шорсткості і ретенційних пунктів на зовнішній поверхні ріжучого краю пошкодженого зуба в межах емалі.

Результати дослідження та їх обговорення. В ділянці ріжучого краю на вестибулярній поверхні пошкодженого зуба в медіо-дистальному напрямку проводять атрауматичне (щадне) препарування висотою 2-3 мм з метою формування шорсткості на поверхні емалі. Після формування шорсткості приступають до формування ретенційних пунктів глибиною 0,3 мм з вестибулярної поверхні за допомогою циліндричного бору діаметром 0,5 мм. Дані маніпуляції проводять і з оральної поверхні. Таким чином, на вестибулярній і оральної поверхнях пошкодженого зуба формують зовнішню (емалеву) шорсткість і ретенційні пункти в межах емалі.

Сформована шорсткість і ретенційні пункти на вестибулярній і оральній поверхнях ріжучого краю зуба, що реставрується збільшують площу адгезії композитного матеріалу з емаллю зуба.

Далі приступають до формування порожнини складної геометричної конфігурації по ріжучому краю зуба, що реставрується. Спочатку на поверхні дефекту ріжучого краю формують подовжній паз глибиною 0,5 мм в медіо-дистальному напрямку, відступаючи від апроксимальних поверхонь по 1-1,5 мм з метою запобігання сколів з апроксимальних поверхонь. Далі за допомогою циліндричного бору діаметром 0,5 мм. збільшують глибину сформованого подовжнього паза до 2-3 мм. Додатково циліндричним бором стінки повздовжнього паза скошують під кутом, що не перевищує кут нахилу вестибулярної і оральної поверхонь в області ріжучого краю. За рахунок формування похилих стінок ширина паза збільшується у напрямку до пульпової камери зуба. Площа дна паза стає більше площі паза на поверхні дефекту. Далі приступають до формування 3 - 4 напівциліндричних порожнин, що розташовуються симетрично або асиметрично відносно один одного з боку вестибулярної і оральної стінок паза. Напівциліндричне форма порожнини досягається за допомогою циліндричного бору діаметром 0,5 мм під кутом рівним куту нахилу стінок повздовжнього паза. Глибина препарування твердих тканин зуба при формуванні напівциліндричних поверхонь не перевищує 0,3 мм, а висота напівциліндричних порожнин дорівнює висоті стінок паза. Сформовані напівциліндричні порожнини сполучаються з пазом, при цьому стінки паза переходять у напівциліндричні поверхні. Сполучені напівциліндричні порожнини і паз формують загальну ретенційну порожнину складної геометричної конфігурації. Оральна та вестибулярна стінки даної порожнини формують оральну і вестибулярну стінку паза відповідно, які переходять в ряд симетрично або асиметрично розташованих напівциліндричних поверхонь.

Після кислотного травлення і адгезивної обробки приступають до остаточної реставрації ріжучого краю пошкодженого зуба із застосуванням композитних матеріалів. Ретенційну порожнину пошарово заповнюють макрофілірованим композитним матеріалом до рівня поверхні дефекту, проводять спрямовану полімеризацію з вестибулярної і оральної сторін та з боку поверхні дефекту. Далі за допомогою макрофілірованого композитного матеріалу відновлюють анатомічну форму ріжучого краю. Остаточну реставрацію починають з нанесення макрофілірованого композитного матеріалу на вестибулярну і оральну поверхні відновленого ріжучого краю, в область ретенційних пунктів, створюючи тим самим штучний емалевий шар.

Естетичний ефект досягають після шліфування полірувальними дисками різної абразивності та обробки поверхонь апроксимальних штрипс. Проводять фінішну полімеризацію з оральної та вестибулярної поверхонь відреставрованого ріжучого краю зуба. Повторне шліфування та полірування по можливості проводять на двадцять добу після реставрації. Таким чином, при реставрації композитними матеріалами ріжучого краю фронтальної групи зубів з дефектом до 2 мм формують:

- шорсткість та ретенційні пункти на зовнішній поверхні ріжучого краю пошкодженого зуба в межах емалі;
- порожнину складної геометричної конфігурації по ріжучому краю зуба, що реставрується в межах дентину.

Сформована шорсткість, ретенційні пункти та порожнина складної конфігурації не тільки збільшують площу адгезії композитного матеріалу з тканинами зуба, але й забезпечує ретенцію композитної реставрації у вертикальному, медіо - дистальному і вестибуло - оральному напрямках. Клінічна практика показала високу ефективність даного способу.

Висновок

Розроблений спосіб усунення дефекту ріжучого краю глибиною до 2 мм із застосуванням композитних матеріалів забезпечує довговічність функціонування ряд з високою естетикою реставрації.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується розглянути нові біомеханічні аспекти художньої реставрації латеральних різців верхньої щелепи.

Література

1. Терапевтическая стоматология / [Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н.]. – М.: Медицина, 2001. – С. 163-167.
2. Борисенко А.В. Секреты лечения кариеса и реставрации зубов / Борисенко А.В. – Киев: Книга плюс, 2002. – С. 363-365.
3. Борисенко А.В. Композиционные пломбирочные и облицовочные материалы в стоматологии / Борисенко А.В. – Киев: Книга плюс. – 2001. – С. 200-203.
4. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов / Каламкарров Х.А. – М.: МИА, 2003. – С. 57 - 61.
5. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии / Копейкин В.Н. – М.: Медицина, 1993. – С. 121-123.
6. Куцын С.Н. Клиническое использование современных материалов фирмы VOCO / С.Н. Куцын // Стоматология. – 2006. – № 1. – С. 58-59.
7. Луцкая И.К. Основы эстетической стоматологии / Луцкая И.К. – Минск: Современная школа, 2005. – С. 290-291.
8. Макеева И.М. Поражения твердых тканей зуба по типу VI класса / И.М. Макеева // Клиническая стоматология. – 2001. – № 3. – С. 59-59.
9. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология / Санкт-Петербург: Научная литература, 2001. – С. 91-100.
10. Петрович В.Н. Применение парапульпарных штифтов в полостях в II класса по Блэку в эксперименте / Петрович В.Н. – Екатеринбург: Стоматология, 1993. – С. 105-110.
11. Суржанский Ю.Н. Реставрационные материалы и основы практической эндодонтии / Суржанский Ю.Н. – Киев: Книга плюс, 2004. – С. 70-72.

Реферати

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ

Гасюк П.А.

В результате проведенных комплексных исследований неотъемлемым условием для восстановления дефектов твердых тканей на этапе препарирования мы предполагаем создание на вестибулярной поверхности поврежденного зуба наружной (эмалевой) жесткости и ретенционных пунктов в пределах эмали. Создание условий и ретенционные пункты на вестибулярной и оральной поверхностях режущего края зуба, который подлежит реставрации увеличивают площадь адгезии композитного материала с эмалью зуба.

Ключевые слова: дефект, реставрация, коронка, препарирование, эмаль.

Статья надійшла 29.04.2013 р.

BIOMECHANICAL ASPECTS OF ARTIC RESTORATION OF CENTRAL INCISORS

Gasiuk P.A.

As a result of comprehensive research interconnection condition for restoration of defects of hard tissues at the stage of preparation, we anticipate the establishment of a vestibular surface of the damaged tooth outer (enamel), rigidity and retention of items within the enamel. Creation of conditions and retention points in the vestibular and oral surfaces of the cutting edge of the tooth, which is subject to the restoration of the area increases the adhesion of a composite material with enamel.

Keywords: defect restoration, crown, preparation, enamel.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 616.831-005.1-056.5

М.Ю. Дельва

ВІДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Подгата

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЕННЯ ТА АДИПОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ПРИ ЛАКУНАРНИХ ІНСУЛЬТАХ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Нами вивчений вплив постінсультного прийому аторвастатину (20 мг на добу протягом 90 днів) на стан системного запалення, а також на рівень циркулюючого адипонектину і лептину при ішемічних лакунарних інсультах у пацієнтів з абдомінальним ожирінням II ступеня. Прийом аторвастатину достовірно зменшував інтенсивність постішемічної запальної відповіді через 10 діб після лакунарних інсультів у вигляді зниження рівнів С-реактивного протеїну, фактора некрозу пухлини- α , моноцитарного хемоатрактивного протеїну-1, інтерлейкіну-6 у сироватці крові. Аторвастатин знижував рівень хронічного системного запалення через 90 діб після інсульту у вигляді зменшення концентрації С-реактивного протеїну в крові. Прийом аторвастатину не впливав на рівень лептину крові, але асоціювався з достовірним збільшенням рівня циркулюючого адипонектину на 10-у добу після інсульту.

Ключові слова: абдомінальне ожиріння, лакунарний інсульт, аторвастатин, системне запалення, лептин, адипонектин.

Робота є фрагментом НДР „Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних, генетичних та імуні-запальних чинників” (номер держ реєстрації 0111U006303).

Дотепер ішемічні інсульти залишаються однією з найважливіших медико-соціальних проблем, що обумовлено їх високою питомою часткою в структурі загальної захворюваності, смертності та інвалідизації населення. Лакунарні інсульти складають біля 25% усіх ішемічних інсультів.

Останніми роками в науковій літературі з'явилися повідомлення про безпосередній та значимий вплив ожиріння, як окремого феномену, на клінічний перебіг та функціональні наслідки ішемічних інсультів. Зокрема, у