

Исследуемые образцы	Разрушающее напряжение, МПа		Модуль упругости (E), МПа	Водопоглощение мкг/мм ³	Водорастворимость, мкг/мм ³
	при сжатии	при изгибе			
«Нолатек» («ВладМиВа», Россия)	228,5 ± 15,8	122,9 ± 10,3	4854,5 ± 29,0	2,5 ± 0,2	1,12±0,03
VITA CAD-Temp («VITA» Германия)	158,5 ± 16,8	95,5 ± 11,8	3100,5 ± 26,7	3,6 ± 0,2	1,15±0,03
Требования ГОСТ 31574-2012	-	не менее 50,0		не более 50,0	не более 5,0

Таблица 1. Сравнительная оценка физико-механических свойств образцов изготовленных из композиционных блоков «Нолатек» и VITA CAD-Temp, n=5

Показатель прочности: при сжатии для образцов, изготовленных из композиционных блоков «Нолатек» в 2,5 раза больше относительно VITA CAD-Temp, при изгибе на 20% соответственно. Модуль упругости при изгибе для образцов, изготовленных из композиционных блоков «Нолатек» составил 4854,5 ± 29,0 МПа, что на 35% больше в сравнении с образцами, изготовленными из блоков VITA CAD-Temp. Показатели водорастворимости сопоставимы между собой в обоих случаях. Показатель водопоглощения для образцов, изготовленных из композиционных блоков «Нолатек» на 30% больше, чем у образцов VITA CAD-Temp. Физико-механические показатели исследуемых образцов соответствуют требованиям ГОСТ 31574-2012, и по большинству исследуемых показателей превосходят их.

Улучшенные физико-механические свойства блоков «Нолатек» по сравнению с блоками VITA CAD-Temp обусловлены тем, что нами используются в качестве наполнителя барьерные стёкла. Это позволило нам рекомендовать блоки «Нолатек» не только для изготовления временных коронок, но также и для изготовления постоянных коронок.

Копытов А.А., Оганесян А.И.
ФАКТОРЫ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ПРОВЕДЕНИЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ НАЛИЧИИ РЕФРАКТЕРНОГО
ПЕРИАПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

*Медицинский институт НИУ «БелГУ»
кафедра стоматологии общей практики, г. Белгород*

Актуальность. Целью эндодонтической терапии является тщательная механическая и химическая очистка инфицированной системы корневых каналов с последующей полной ее obturацией пломбировочным материалом. Удаление инфицированных веществ и предотвращение дальнейшей интраоперационной / послеоперационной инфекции имеют решающее значение для успеха эндодонтического лечения. Неудача эндодонтической терапии может быть связана с наличием инфицированных поверхностей (веществ) внутри корневого канала или в периапикальной области.

Имеются данные, что восстановление костной ткани в периапикальной области после первичного эндодонтического лечения достигает 86%. В случае неудачной первичной эндодонтии, требующей повторного консервативного вмешательства, восстановление костной ткани наблюдается в 82% случаев [1]. Согласно культуральным и молекулярным исследованиям эндодонтическое воздействие на экстраадикулярную инфекцию малоперспективно.

Морфологические исследования показали, что биопленка формируется на поверхностях корней за пределами апикальных отверстий зубов, удаленных по поводу рефрактерного периодонтита, и гуттаперчевые штифты способны экструдироваться в периапикальные области зубов, что так же приводит к их удалению после повторного эндодонтического лечения по поводу хронического периодонтита. При исключении возможности контаминации в описанных случаях бактериальная ДНК выявлена в 12 из 18 образцов, полученных после удаления зубов. Наибольшая представленность в образцах характерна для *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis* и *Tannerella forsythia*. Таким образом, биопленка, выстилающая периапикальные области, является одной из значимых причин рефрактерного периапикального периодонтита. При этом надо понимать, что биопленка является нормальной «биологической тканью», покрывающей поверхности раздела всех живых организмов, и её видовое представительство определяется локальным гомеостазом хозяина (каждого конкретного больного). Применение компьютерного томографа помогает детализировать факторы, приводящие к необходимости реализации хирургического подхода при отсутствии положительного исхода консервативного лечения [2].

Цель исследования: определение значимости факторов, обуславливающих необходимость хирургического пособия при наличии рефрактерного периапикального периодонтита.

Материалы и методы. Оценке подвергнуты амбулаторные карты больных с наличием компьютерных томограмм (n=84), получивших хирургическое пособие по поводу рефрактерного периапикального периодонтита в МЦСИ НИУ «БелГУ» в 2013-2017 годах.

Результаты исследования. Факторы, приведшие к необходимости проведения апиэктомии: добавочный канал 12 (14,3%), фенестрация 7 (8,3%), чрезмерно разработанное апикальное отверстие 4 (4,8%). Факторы, обусловившие удаление зубов: чрезмерно разработанное апикальное отверстие 15 (17,9%), консервативно недоступный апекс 13 (15,5%), перфорация 13 (15,5%), отлом эндодонтического инструмента 11 (13,1%), перелом корня 9 (10,7%).

Заключение. Большинство случаев, приведших к необходимости хирургического пособия, напрямую не связано с наличием биопленки.

Литература

1. De Chevigny C, Dao TT, Basrani BR, Farzaneh M, Abitbol S, Friedman S. Treatment outcome in endodontics: the Toronto study—phases 3 and 4: orthograde retreatment. J Endod. 2008;34:131–137. DOI: 10.1016/j.joen.2007.11.003.

2. Копытов, А.А. Клинико-топографическое описание соотношения апексов зубов и дна гайморовой пазухи как анатомический аспект классификации одонтогенных гайморитов / А.А. Копытов, Д.М. Яковенко // Эндодонтия Today. – 2011. – № 2. – С. 10-16. – EDN OFYWAJ.

Королькова К.В., Парунов В.А.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛЕТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ КИНЕЗИО- И АКСИОГРАФИИ

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, г. Москва

Введение. Пилоты гражданской авиации длительное время находятся в состоянии хронического стресса, под воздействием радиации и перегрузок, что является потенциальным фактором риска возникновения патологий зубочелюстной системы. Было