

НОВАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ КОРОНКА ПО МАЛАНЬИНУ

Маланьин И.В.

*Кафедра пропедевтики и профилактики
стоматологических заболеваний,
Кубанской государственной медицинской академии,
Краснодар*

Применением комбинированной коронки достигают эстетического эффекта при сохранении прочности всей конструкции. Однако искусственные комбинированные коронки, особенно с пластмассовой облицовкой, имеют ряд существенных недостатков, поэтому поиск новых способов изготовления комбинированных коронок актуален и в настоящее время.

Целью исследования явилось: улучшение качества комбинированных коронок, за счёт упрочнения конструкции, эстетики, а так же предотвращение вероятных пародонтальных осложнений при протезировании.

Изготовление новой комбинированной коронки осуществляется следующим образом: зуб обрабатывают с помощью турбинной установки по общепринятой методике, припасовывая коронку без дополнительного препарирования с вестибулярной поверхности не допрепаровывают. После полировки вестибулярную стенку коронки вырезают таким образом, чтобы была сохранена её целостность в пришеечной части на ширину 0,5 – 1 мм и режущего края. Коронку фиксируют на зуб, желательно на цемент двойного отверждения, не перекрывая фиксационным материалом вестибулярную поверхность. После фиксации коронки проводят травление тканей зуба, которые остались не покрыты коронкой, а так же металлических частей коронки, выходящих на вестибулярную поверхность зуба. Наносится бондинговая система и реставрация вестибулярной поверхности зуба. При этом реставрационный материал перекрывает ободок коронки в пришеечной области, а так же металлические части коронки выходящие на вестибулярную поверхность. Предложенная коронка имеет уровень новизны, что подтверждено патентом Российской Федерации: «Способ изготовления комбинированной коронки №2207824 (Маланьин И.В.)».

Применение коронки по Маланьину апробировано на 100 пациентах (Iгр), 50 больных составили контрольную группу (IIгр), с изготовлением коронок по Белкину.

У пациентов I группы при осмотре через 3 месяца синюшности десны и пародонтальных изменений не обнаружено. Через 1 год клиническая картина была благоприятной. Дискомфорта и болезненных ощущений у пациентов не отмечалось. Увеличения ширины периодонтальной щели при рентгенологическом исследовании не обнаружено. У 1 (1%) пациента наблюдался скол облицовки, в связи с механической травмой зуба. Данный дефект был восстановлен композитом, не снимая конструкции. Расцементировок в данной группе за 12 месяцев не было.

Через 12 месяцев после протезирования у 5 (10%) пациентов контрольной группы (IIгр) выявлена слабо болезненная перкуссия, за счёт воздействия на десну пластмассовой облицовки. У 4 (8%) больных на кон-

трольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели. У 4 (8%) пациентов наблюдались сколы пластмассовой облицовки. У 6 (12%) пациентов отмечались изменения пластмассы в цвете. У 3 (6%) пациентов, в течении 12 месяцев произошла расцементировка коронок.

Таким образом, предложенный способ позволяет за более короткий срок (пропускается этап изготовления пластмассовой облицовки в технической лаборатории) эффективно получить прочную, цветостабильную конструкцию с хорошим эстетическим эффектом. Повышенная прочность данной конструкции, достигается применением бондинговой системы. Она адгезивно связывает в единое целое ткани отпрепарированного зуба, металлическую полукоронку (на которую приходится жевательная нагрузка), и композитную реставрацию. Предложенный способ удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия на слизистую оболочку в пришеечной области, т.к. облицовочный материал индифферентен.

НОВЫЙ СПОСОБ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АУТОРЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ

Маланьин И.В., Глушенко М.А

*Кафедра пропедевтики и профилактики
стоматологических заболеваний,
Кубанской государственной медицинской академии,
Краснодар*

В течение последних трёх десятилетий в отечественной и зарубежной литературе появилось значительное количество работ, посвященных вопросам пересадки зубов и прежде всего - их реплантации (Shon, 1954; А.Р. Линар, 1958; В.И. Кулаженко, 1960; Е.В. Одинец, 1966; Grossman, 1967; В.П. Ковчун, 1968; Messing, 1968; Н.В. Чудецкая, 1970, и др.). Авторы этих исследований предложили оригинальные модификации методик операций пересадки зубов в зависимости от характера заболеваний и повреждений челюстей, усовершенствовали технику вмешательства, изучили результаты операций у различных групп больных.

При реплантации зубов актуальной остаётся проблема возникновения в области реплантированных зубов поднадкостничной гематомы, которая, с одной стороны давит на реплантант, как бы выдавливая его, а с другой вызывает омертвление окружающих тканей и, в конце концов, к отторжению реплантанта. Поэтому поиск новых способов посттравматической аутореплантации зубов остаётся актуален и в настоящее время.

Задачей данной работы явилось повышение эффективности лечения, сокращении его сроков, избежания послеоперационных осложнений, оптимизация процессов регенерации.

При применении предложенного нами способа реплантацию зуба проводят в условиях асептики с применением антибиотиков под местным обезболиванием. Удалённый зуб помещают в физиологический раствор. Лунку покрывают стерильным марлевым тампоном и больному предлагают сомкнуть челюсти.