

## 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, сокращения 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.

Далее приступают к обработке реплантата: пломбируют кариозные полости, если они не были запломбированы ранее, производят резекцию верхушки корня и расширяют каналы при помощи эндодонтического инструмента. Реплантант захватывают стерильным тампоном, смоченным физиологическим раствором. Орошение зуба и эндодонтического инструмента производят непрерывно через каждые 2-3 с. Расширенные каналы обрабатывают гипохлоридом натрия. Канал культы корня в области его окончания (4–5 мм) расширяют до границ цемента и он, таким образом, принимает вид конуса с вершиной, обращённой в сторону коронковой части зуба. Затем, при помощи каналонаполнителя, канал пломбируют цементом; лишь конусовидно расширенную часть заполняют амальгамой. Шейку зуба осторожно, чтобы не повредить надкостницу корня, очищают от обрывков слизистой оболочки, от зубных отложений, и подготовленный таким образом реплантант погружают в физиологический раствор, где он находится до помещения его в лунку.

Следующим этапом операции является обработка лунки реплантата; удаляют тампон, лунку промывают физиологическим раствором и вводят в неё в смеси Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1 в дозе 0,5-1 гр., при этом лекарственную смесь размещают в лунке реплантированного зуба, в апикальной части (в составе данной смеси не должно быть пенициллина, обладающего, как известно, свойством повреждать местные ткани и неблагоприятно в данном случае воздействующего на ткани периодонта).

Далее обработанный зуб помещают в лунку. Его покрывают двумя – тремя стерильными марлевыми тампонами и больному предлагают сомкнуть челюсти. Тампоны пациент удерживает 15 – 20 минут. Реплантированный зуб не выводят из контакта с зубами антагонистами, тем самым он не выключается из артикуляции.

Затем в проекции верхушки корня реплантируемого зуба делают дренажный канал круглого сечения, диаметром 3-4 мм., проходящий от поверхности слизистой до дна лунки, в который устанавливают эластичный упругий дренаж в форме спирали. Он создаётся с помощью калиброванного трубчатого мукоостеома, торцовый конец, которого выполнен с режущей кромкой, а другой конец соединён с приводом вращения.

В целях закрепления реплантированного зуба в послеоперационном периоде применяют шинирование с помощью GlasSpan®. Шины можно снимать через 3 – 4 недели.

При аутореплантации зубов применение предложенного способа было апробировано у 50 пациентов, 25 больных составили контрольную группу, лечение которых производили традиционным способом.

У 20 пациентов контрольной группы, реплантация зубов которым производилась традиционным способом, возникали резкие самопроизвольные боли в области реплантированного зуба, возникающие в течение первых двух – трёх дней после операции. В связи с резкой болезненностью у двух пациентов пересаженные зубы пришлось удалить. У двух пациентов оставленная гемостатическая губка в ближайшие дни

после операции разбухла и вытолкнула реплантированный зуб. У 19 пациентов контрольной группы отмечалась отёчность и гиперемия слизистой оболочки, окружающей реплантированный зуб. У трёх больных повысилась температура тела до 37,1 – 37,5°C. У 18 пациентов после снятия шин отмечалась подвижность реплантированного зуба.

У 2 пациентов основной группы (при применении предлагаемого способа) отмечалась отёчность и гиперемия слизистой оболочки, окружающей реплантированный зуб, что связывалось с неудовлетворительной гигиеной полости рта.

При применении предложенного способа проведенные нами наблюдения показали, что до 10% больных уже на 3 – 4 день послеоперационного периода имеют обычно возможность пережевывать пищу реплантированными зубами. К середине второй недели количество таких пациентов увеличивается до 80%. В последующем, когда боли стихают, активное участие аутореплантированного зуба в акте жевания необходимо, так как чем раньше возобновится функция реплантанта, тем быстрее он укрепитесь на лунке. Мы наблюдали многих больных, когда только восстановление антагониста реплантированного зуба путём протезирования, либо использование реплантанта в качестве опорного для несъёмного протеза с включением его, таким образом, в акт жевания приводило в конечном итоге к укреплению пересаженного зуба в его лунке. Поэтому по мере стихания периодонтитных болей всякий раз настоятельно рекомендуется больным пользоваться аутореплантированными зубами для откусывания и пережевывания пищи. Исходя из этих же соображений, в ходе подготовки реплантата к пересадке, никогда не выключаем его из прикуса.

Шины из GlasSpan® снимают через 3 – 4 недели. В некоторых случаях после снятия шины образуется подвижность реплантированного зуба. Но даже, если она значительная, то оснований для опасений нет, так как обычно уже через 5 – 6 дней после этого реплантированный зуб укрепляется и ничем не отличается от окружающих.

Нами установлено, что предложенный способ посттравматической реплантации зуба с применением препаратов Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон является принципиально новым, патогенетически обоснованным подходом к лечению данной патологии. Действие препарата Виферон биологическое, мягкое, поскольку происходит коррекция аутофлоры тканей периодонта. Дексаметазон уменьшает трофику тканей и значительно сокращает число и силу болезненных периапикальных реакций.

Предложенный способ имеет уровень новизны, что подтверждено патентом Российской Федерации: «Способ посттравматической аутореплантации зубов №2217096».

Предложенный способ позволяет: за счёт того, что в проекции верхушки корня реплантируемого зуба делают дренажный канал, получить стойкий лечебный эффект. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, что смесь препаратов Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопока-

заний к применению. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенный способ посттравматической реплантации зуба, как в отношении дозировки препаратов, так и по технике оперативного вмешательства.

### НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ВАКУУМ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ДЁСЕН

Маланьин И.В.

*Кафедра пропедевтики и профилактики  
стоматологических заболеваний,*

*Кубанской государственной медицинской академии,  
Краснодар*

В ряду лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях пародонта большое значение имеют физиотерапевтические процедуры. Они показаны почти при всех формах и стадиях заболевания и широко применяются с целью воздействия на отдельные патогенетические звенья процесса и симптоматического лечения.

Некоторые физические факторы непосредственно воздействуют на клетки и ткани. Кроме того, все они, раздражая богатое рецепторное поле слизистой оболочки полости рта, оказывают рефлекторное действие, благоприятно влияя на нервную систему, её вегетативный отдел, гемодинамику, в результате чего в пародонте улучшается крово- и лимфообращение, трофика и обмен веществ, угнетается рост патологических грануляций, уменьшаются воспалительные и застойные явления, повышается активность элементов соединительной ткани, ускоряется процесс регенерации.

Вышеперечисленные факторы побудили авторов к созданию нового устройства для вакуум электрофореза дёсен.

Техническая сущность устройства состоит в том, что оно содержит индивидуально изготовленные биоэнергетные эластичные каппы для лекарственных препаратов, в наружную поверхность которых при изготовлении введены конгруэнтно контуру десны электроды, а внутренняя поверхность капп соединена, например через штуцер, с вакуумным насосом для создания отрицательного давления.

Устройство изготавливают и применяют следующим образом: После тщательного удаления зубных отложений с верхней и нижней челюстей, и их предварительного высушивания снимают оттиски массой Optosil, для изготовления моделей челюстей из супер-гипса. Далее в зуботехнической лаборатории с помощью вакуумного аппарата по этим моделям изготавливают эластичные каппы. При изготовлении капп в них вводят (вплавляют) активные электроды, изготовленные по форме десны, так же в каппы вставляются штуцер, для соединения с вакуумным насосом.

Препараты вносят в каппу непосредственно перед применением. Далее к штуцеру присоединяют, через эластичную трубку вакуумный насос, для создания отрицательного давления (интенсивность разряжения до 40 мм рт.ст.). Активные электроды подключают к гальваническому аппарату. Пассивный

электрод фиксируют в руке или на предплечье. Прокладку пассивного электрода смачивают водопроводной водой или изотоническим раствором хлорида натрия. Сила тока устанавливается индивидуально, но не более 0,1-0,3 мА на 1см<sup>2</sup> площади активного электрода.

Курс лечения составляет 6-8 процедур по 10-20 минут, в зависимости от степени тяжести, с интервалом между посещениями 1 сутки.

Вакуумный насос и гальванический аппарат являются типичными для данного вида оборудования и не требуют для пояснений дополнительных эскизов.

Устройство для введения препаратов с помощью вакуум-электрофореза дёсен, позволяет внести препараты непосредственно на очаг воспаления, строго дозировано и на определенное время. При таком методе глубина проникновения лекарственного вещества через слизистую оболочку рта увеличивается в 4-5 раз.

Нами проведено с помощью предложенного устройства лечение 50 больных (26 мужчин и 24 женщины в возрасте от 25 до 55 лет) с различными заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом, которым было проведено лечение традиционным методом.

Лечение больных предложенным устройством для введения препаратов с помощью вакуум электрофореза дёсен позволило за короткий срок (6-8 посещений в основной группе против 10-12 посещений в контрольной) получить стойкий лечебный эффект. Клиническое улучшение подтверждалось положительной динамикой изменений клинических индексов.

За период наблюдения (6 месяцев) у больных основной группы не отмечено обострения заболевания. В контрольной группе у 45% обследуемых отмечены рецидивы заболевания уже через 1,5-2 месяца после проведенного курса лечения.

Анализ клинических показателей через 7 дней после лечения устройством для вакуум электрофореза дёсен свидетельствовал об улучшении состояния тканей пародонта, что проявлялось уменьшением воспалительных процессов в десне. Через 6 месяцев после лечения наблюдалось значительное уменьшение глубины пародонтальных карманов, исчезновением воспалительной реакции в десне.

Лечение заболеваний пародонта с помощью устройства для введения препаратов с помощью вакуум электрофореза дёсен позволяет: за короткие сроки (6-8 посещений) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития пародонтита; получить стойкий лечебный эффект; за счет усовершенствованного способа введения с помощью капп точно дозировать лекарственное вещество по активности. Установлено, что лечение пародонтита с применением устройства для введения препаратов с помощью вакуум электрофореза дёсен является принципиально новым, патогенетически обоснованным подходом к лечению пародонтита. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, метод вакуум электрофореза дёсен удобен для использования, хорошо переносятся пациентами, не