

полнительных связей (синергий), облегчающих управление многомерной системой. При некоторых неврологических патологиях наблюдается возбуждение взаимосвязанных колебаний центра тяжести, в т.ч. при неврозах и истерии. Об этом может свидетельствовать замеченная нами высокая степень когерентности колебаний на стабิโลграммах в саггитальной и фронтальной плоскостях в достаточно широких частотных диапазонах (от 4 до 8 Гц). Большое значение функции когерентности свидетельствует о наличии сильной линейной инерционной статистической связи колебаний в двух плоскостях и может быть объяснено либо существованием единого мощного источника колебаний в ЦНС, либо синхронизацией колебаний в саггитальной и фронтальной плоскостях. Выявленный феномен может быть проявлением нарушения программирования регуляции равновесия вертикальной позы и заинтересованности систем, отвечающих за это программирование, в частности лобных отделов. В частности, возможным механизмом, обуславливающим появление площадок функции когерентности, выступает электрическая деятельность мозга, проявляющаяся в тета-ритме ЭЭГ с частотой 4 - 7 Гц и амплитудой в десятки мкВ, при этом выраженность тета-ритма зависит от степени эмоционального, умственного напряжения, фона основной активности и возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кууз Р.А., Фирсов Г.И. Применение методов компьютерной стабิโลметрии для решения задач функциональной диагностики в неврологии //Биомедицинская радиоэлектроника. - 2001. - № 5-6. - С.24-33.

НОВЫЙ СПОСОБ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ЗУБОВ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКО – ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Маланьин И.В., Бондаренко И.С.

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

Постановка временных пломб применяется в тех случаях, когда лечение эндодонтического – пародонтальных патологий не заканчивается в одно посещение. Они предназначены для герметичного закрытия или заполнения дефектов твердых тканей зубов на непродолжительное время. Поэтому к ним предъявляются следующие требования: они должны быть пластичными, легко вводиться и выводиться из нее, не инактивировать лекарственные вещества и обеспечивать герметизм. Так же материалы должны легко приготавливаться; плотно закрывать полость от доступа слюны и бактерий; быть механически устойчивыми в полости рта на протяжении их использования; не иметь или иметь незначительный коэффициент термического расширения; защищать от повреждения пульпу и периодонт; не окрашивать ткани зуба; по цвету соответствовать тканям зуба, быстро и полно-

стью удаляться из полости; иметь хорошее краевое прилегание; не растворяться в ротовой жидкости; не иметь микроподтеканий.

Однако при большом выборе материалов для постановки временных пломб нет материала, отвечающего всем предъявляемым требованиям, поэтому поиск новых способов постановки временных пломб актуален.

В современной стоматологической практике временная пломба должна герметично закрывать полость, чтобы предотвратить проникновение бактерий в систему корневых каналов в период между посещениями. С этой целью чаще всего применяются материалы Cavit и IRM-цемент. Согласно результатам исследования Cavit пропускал краситель на глубину 4,3 мм и на 4,4 мм по краям пломбы. IRM пропитывался красителем на глубину 0,5 мм и на 4,9 мм по краям.

Эти данные противоречат утверждению Saunders (1994), что адекватная толщина временной пломбы составляет 3,5 мм. Толщина временной пломбы должна быть не менее 4 мм (Hansen и Montgomery, 1993). Проникновение слюны в полость спустя 3 мес. после эндодонтического лечения было одинаковым при наличии временной пломбы из IRM толщиной 3 мм и при отсутствии пломбы. Такие пломбы необходимо заменять через 1 мес., в противном случае их проницаемость удваивается.

Состав временного пломбировочного материала может оказывать отрицательное влияние на герметичность постоянной реставрации. Цемент IRM, Cavit, Dical снижали адгезию композита к дентину наполовину по сравнению с контрольными образцами (Macchi at al., 1992). Эвгенол, формакрезол, хлорфенол не способствовали адгезии окончательной реставрации. Накладывать ватный тампон на дно полости перед постановкой временной пломбы не рекомендуется, поскольку это снижает ее герметичность.

Если устья каналов закрывать временным пломбировочным материалом, вероятность размягчения временной корневой повязки слюной, которая может проникнуть через негерметичные края коронковой пломбы, очень невелика.

В связи с вышесказанным нами был разработан способ постановки временных пломб, который заключается в комбинированном способе постановки временной пломбы, на гипсовой (кальция сульфат) основе (Cavit, Coltosol), а сверху цинк-оксид-эвгеноловый цемент (I.R.M.), причем полость перед формированием пломбы высушивают не полностью.

Предложенный способ комбинирования материалов можно объяснить тем, что I.R.M. является самым прочным материалом на силу давления, но он хуже по краевому прилеганию, чем Coltosol.

Технической сущностью способа комбинированной постановки временных пломб являются хорошие клинические результаты за счет комбинирования двух материалов, отсутствие микроподтеканий и хорошее краевое прилегание. В связи с комбинированным способом постановки временной пломбы, мы повышаем ее прочность, обеспечиваем дополнительное сопротивление жевательной нагрузке, исключаются микроподтекания, повышается герметизм пломбы, эффективность лечения кариеса и его осложнений.

Лечение с помощью предложенного метода комбинированной постановки временной пломбы в тех случаях, когда лечение эндодонтически – пародонтальных патологий не заканчивается в одно посещение позволяет оставлять материал в полости зуба на более длительный срок, повышая эффективность воздействия лекарственных веществ в полости зуба. За счет усовершенствованного способа постановки временной пломбы, получается герметично закрытая полость зуба, что исключает доступ слюны и бактерий, повышая лечебный эффект. Увеличивается механическая устойчивость пломбы в полости рта на протяжении использования.

НОВЫЙ ОВАЛЬНЫЙ АНКЕРНЫЙ ШТИФТ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗУБОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДО – ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Маланьин И.В.

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

Одной из задач эндодонтического и пародонтологического лечения является введение зубов в функцию, которая связана со значительными нагрузками. Восстановление зубов после такого лечения должно подразумевать либо покрытие его коронкой, либо накладкой. Другие попытки прямого пломбирования очень часто приведут к отлому бугров, вертикальному перелому коронковой части или к краевой разгерметизации, особенно в проксимальных отделах десневой стенки. Как правило, зубы, нуждающиеся в эндодонтическом лечении, уже потеряли в результате кариеса значительное количество коронковой части, дополнительно слабеющей или утраченной при удалении остатков старой пломбы и кариозного распада в процессе подготовки к лечению корневых каналов. Без восстановления биомеханических и функциональных параметров зубов эндодонтическое и пародонтологическое лечение теряют смысл.

Все известные в стоматологии анкерные штифты имеют круглую форму, а большинство корней овальную, что может привести к чрезмерному расширению канала, истончению стенок корня, либо за счет малого диаметра штифта - к недостаточной стабильности и ретенции. Анализ полученных результатов по определению параметров корневого канала и его стенок у зубов верхней и нижней челюстей показал, что у подавляющего большинства из них, за исключением первых резцов верхней челюсти, передне-задний диаметр превалирует над мезио-дистальным, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности восстановления зубов после лечения эндо – пародонтальных патологий.

Материалы и методы: Предложенный анкерный штифт для восстановления коронковой части зуба после эндодонтического лечения позволяет после эндодонтического лечения в одно посещение провести полную реставрацию коронковой части зуба; максимально повторяющую анатомическую форму кана-

ла корня зуба, когда передне-задний размер корня превалирует над мезио-дистальным, позволяющим создать герметичную obturацию овального канала и не оказывать функционального давления на стенки корня, но обладающий достаточной прочностью и стабильностью.

Штифт имеет неагрессивную верхушку и пазы по внешней поверхности. Вдоль центра штифта выполнена коническая полость, которая снабжена культевой вставкой, выступающей над головной частью штифта, стенка полости и вставка снабжены резьбой, а пазы выполнены сквозными через тело штифта на $\frac{3}{4}$ его длины в плоскости проходящей через центр штифта, причем выступающая часть вставки имеет ретенционные пункты.

Штифт устанавливают следующим образом: После проведенного эндодонтического лечения подготавливают ранее запломбированный канал по его анатомической форме (овал). Затем протравливают подготовленный канал и сохранившиеся ткани зуба. Далее наносят адгезивную систему и полимеризуют её. В канал вносят при помощи каналонаполнителя материал двойного отверждения. Затем производят постановку штифта, пассивно без вкручивания и давления, так чтобы пазы штифта располагался в мезио-дистальном направлении. После выдержанной паузы 30 сек производят вкручивание (по резьбе) в коническую полость, культевой вставки, которая разжимает стенки штифта, тем самым, стабилизируя его в канале. Излишки фиксационного материала при вкручивании выходят через пазы вверх. Материал полимеризуется с помощью стандартного источника полимеризации. Затем на установленном штифте, выступающей части культевой вставки и сохранных тканях зуба производят реставрацию коронковой части зуба по общепринятой методике.

Предложенный штифт позволяет: за одно посещение эффективно получить прочную, герметичную конструкцию с хорошим косметическим эффектом, точно повторяющую анатомическую форму канала корня зуба. Дополнительная механическая связь штифта осуществляется с фиксационным материалом и тканями зуба за счет пазов в стенках штифта и пазового пространства в центре. Разжимающаяся часть улучшает стабилизацию и ретенцию штифта.

Анализируя результаты апробации предложенного овального анкерного штифта можно сделать выводы о том, что предложенный штифт удобен для использования, хорошо переносятся пациентами, не имеет противопоказаний к применению, что позволяет рекомендовать его для восстановления зубов после лечения эндо – пародонтальных патологий в широкую стоматологическую практику.