УДК616.314.5-089-06-084

В.Д. Ахмеров

ПРОФІЛАКТИКА ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АТИПОВОМУ ВИДАЛЕННІ НИЖНЬОГО ТРЕТЬОГО МОЛЯРА

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Одним із актуальних питань амбулаторної хірургічної стоматології лишається проблема видалення ретенованих і дистопованих третіх нижніх молярів, що виконується атипово і супроводжується в значній кількості випадків розвитком запальних ускладнень у післяопераційний період [1,2].

Відомі натепер способи профілактики післяопераційних запальних ускладнень акцентують на медикаментозному впливі на організм пацієнта і не враховують таку важливу ланку патогенезу ускладнень як операційна травма [3].

На наш погляд, медикаментозну терапію необхідно розглядати як складову частину комплексного впливу на патогенез запальних ускладнень.

Іншою важливою складовою частиною такого впливу може стати зменшення об'єму операційної травми що виникає при атиповому видаленні нижніх третіх молярів.

Зазвичай при атиповій екстракції третього нижнього моляра виникає необхідність видалення значного масиву кістки, яка оточує ретенований зуб, що супроводжується виникненням післяопераційного дефекту. Ці обставини сприяють розвитку запальних ускладнень у післяопераційний період і збільшують термін загоєння рани.

З метою зменшення об'єму операційної травми ми застосували принципово інший метод видалення, за якого зуб вивихують не в бік гілки нижньої щелепи або у вестибулярному напрямку, а в бік язикової стінки комірки, яка, як відомо, набагато тонша зовнішньої. За такого напрямку вивихування відпадає необхідність у видаленні значної маси кістки, що оточує коронку з вестибулярного боку або позаду. Тим самим мінімізується об'єм операційної травми і зменшується розмір післяопераційного дефекту кістки.

Запропонований нами спосіб виконують таким чином: після відшарування вестибулярного слизово-окісного клаптя м'яких тканин за допомогою долота і молотка роблять заглиблення з вестибулярного боку між коронкою зуба і кісткою. У створене заглиблення вводять прямий або кутовий елеватор, після чого зуб вивихують у бік язикової стінки.

Позитивний ефект застосування цього способу полягає в більш ранньому зникненні післяопераційного набряку тканин, болю та обмеження відкривання рота і зменшенні кількості запальних ускладнень у вигляді альвеоліту (до 8% проти 12%).

Література

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Бернадский Ю.И. – М.: Медицинская литература, 2000. - 404 с.
2. Бычков А.И. Профилактика и лечение осложнений, связанных с удалением третьего моляра при затрудненном прорезывании: автореф. дис. на соискание учен. степени канд.мед.наук спец.14.01.22 «Стоматология»/ Бычков А.И. – М., 1993.- 21 с.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А.А. – К.: ООО «Червона Рута-Турс», 2002.- 1024 с.

Стаття надійшла 28.04.2011 р.

Резюме

Описаний щадний спосіб атипового видалення нижнього третього моляра, за допомогою якого мінімізується ступінь операційної травми та знижується частота післяопераційних запальних ускладнень.

Ключові слова: третій нижній моляр, атипове видалення, післяопераційні запальні ускладнення.

Резюме

Описан щадящий метод атипичного удаления нижнего третьего моляра, с помощью которого минимизируется объем операционной травмы и снижается частота послеоперационных воспалительных осложнений.

Ключевые слова: третий нижний моляр, атипичное удаление, послеоперационные воспалительные осложнения.

Summary

The article describes atraumatic method of atypical mandibular third molar extraction that decreases the risk of operational trauma and postoperative inflammatory complications as well.

Key words: mandibular third molar, atypical extraction, postoperative inflammatory complications.

О. В. Дембіцький, О. В.Тирон

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ФІКСАЦІЇ ТА СТАБІЛІЗАЦІЇ ЗНІМНИХ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ ЗА НАЯВНОСТІ ОДНОГО – ДВОХ ЗУБІВ АБО КОРЕНІВ НА ЩЕЛЕПІ

Київський медичний університет УАНМ

Актуальність теми. Для відновлення великих дефектів зубних рядів у практиці ортопедичної стоматології застосовують знімні пластинкові протези. Функціональна здатність знімних зубних протезів залежить від якості їх фіксації, яка забезпечується низкою фізико-біологічних чинників і механічних пристроїв для утримання протеза в ротовій порожнині. До фізико-біологічних чинників належать сили адгезії, когезії, тертя, змочуваності, капілярні сили, а також функціональна присмоктуваність.

Механічні пристрої для покращення фіксації протезів використовуються лише за наявності на щелепах збережених власних зубів або їхніх коренів. Починаючи з середини XIX ст., значна кількість спеціалістів зверталась до теми залучення поодиноко збережених коренів і зубів, пропонуючи свої схеми їх використання. Ці пошуки були реалізовані завдяки створенню телескопічної, балкової, замкової, а також і магнітної систем фіксації (Лебеденко И. Ю., Перегудов А.Б.).

Різні способи фіксації покривних протезів покликані, з одного боку, забезпечити достатню та довготривалу величину ретенції, але, з іншого боку, сила фіксації цих елементів не повинна шкідливо діяти на пародонт опорних зубів, який у більшості випадків має знижену функціональну витривалість (Єрис Л. Б., Рубаненко В. В.).

Реконструкцію та відновлення морфофункціональних структур зубощелепної системи пацієнтів при частковій, але значній втраті зубів, за наявності здорових санірованих коренів поодиноких зубів можна здійснити за допомогою покривних знімних протезів з одночасною фіксацією та стабілізацією їх на альвеолярних відростках щелеп і ретенційних елементах куксо-кореневих вкладок коренів зубів. Ці протезні конструкції мають на меті запобігти або уповільнити неминучий процес резорбції альвеолярних відростків щелепних кісток завдяки раціональному розподілу функціонального навантаження між опорними зубами (або їхніми коренями з реставрованою ретенційними елементами коронковою частиною) та альвеолярними відростками щелеп (Щерба П.В., Лещук С.Є.).

Мета дослідження - підвищення ефективності ортопедичного лікування пацієнтів, які мають у ротовій порожнині збережені поодинокі зуби або їхні корені, за допомогою знімного покривного протеза в ролі основної конструкції та інтрадентальних атачментів власної розробки, які виконують функцію утримуючих елементів.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктом дослідження обрано 35 осіб різної статі віком від 55 до 76 років із дефектами зубних рядів великої протяжності та збереженими поодинокими зубами або їхніми коренями. Усі пацієнтів обстежували клінічно з урахуванням стану тканин протезного ложа, а саме: ступеня атрофії альвеолярних відростків, піддатливості слизової оболонки, наявності кісткових виступів, стану коренів та поодиноко стоячих зубів, якості їх пломбування, стійкості, реак-