

Удаление восьмых зубов и их зачатков производится под проводниковой анестезией местными анестетиками на основе артикаина и мепивакаина.

Удаление зачатков нижних восьмых зубов мы проводили по следующей методике: разрез по Львову - от переднего края ветви нижней челюсти по краю альвеолярного гребня до дистальной поверхности седьмого зуба, затем разрез продолжали до переходной складки и вдоль нее до уровня седьмого зуба. Отслаивали слизисто-надкостничный лоскут, фиксировали его тупым крючком, острожно при помощи бормашины и костных кусачек формировали костное окно над зачатком восьмого зуба и удаляли зачаток с помощью элеватора. После ревизии раневой накладывали направляющие швы кетгутом таким образом, чтобы часть лунки была открыта сверху.

При удалении зачатков верхних восьмых зубов разрез производили по краю альвеолярного гребня на уровне предполагаемых восьмых зубов и продлевали его, частично окаймляя бугор верхней челюсти. Трепанировали наружную пластинку альвеолярного гребня над местом расположения зачатка и производили удаление с помощью элеваторов изогнутых по оси. Лоскут укладывали на место и ушивали. При удалении зачатков верхних зубов мудрости необходимо соблюдать особую осторожность, чтобы не привести к надлому альвеолярного отростка вместе с бугром верхней челюсти.



УДК 616.314-002-085.242-31:547.953.2:615.038

*О. В. Деньга, д. мед. н., Л. Б. Цевух, к. мед. н.,
Н. Ф. Коновалов, к. мед. н.*

ГУ «Институт стоматологии АМН Украины»
Одесский национальный медицинский университет

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОСТЕОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Повышение эффективности лечения воспалительных процессов в постоянных зубах, находящихся на разных стадиях роста и развития корня является актуальной задачей стоматологии детского возраста. Это связано с целым комплексом факторов: значительная распространённость заболевания, сложность и трудоёмкость врачебных манипуляций, большой процент неудач и осложнений при лечении, а также нередкое отсутствие стабильности результатов, полученных при использовании известных способов лечения.

Цель работы. Исследование процессов регенерации лунки альвеолярного отростка челюстей экспериментальных животных под влиянием остеотропных препаратов - остеобага, цинктерала и гидроксиапатита.

Предпосылками поставленной цели исследования являлись достаточно широкое распространение осложнённой формы кариеса (периодонтита) в постоянных зубах с несформированными корнями у детей, существующие научные экспериментальные и клинические работы в этой области.

В эксперименте на 50 крысах линии Вистар в возрасте 30 дней проводили сравнительную оценку остеотропного действия ряда препаратов, включающих кальций, магний, медь, цинк, витамин D₃. 5 групп животных содержали на высокосахарозной кариесогенной диете Стефани в течение 30 дней. Одновременно с этим каждой группе (за исключением контрольных групп) внутрижелудочно вводили соответственно препараты - остеобаг (содержащий кальций, цинк, медь, магний, витамин D₃), цинктерал (сульфат цинка) и гидроксиапатит в виде водной суспензии. Через месяц под тиопенталовым наркозом крысам удаляли моляр верхней челюсти, вносили в лунку соответственно те же препараты и закрывали циакрином. В течение последующего месяца крыс содержали на кариесогенном рационе и продолжали внутрижелудочное введение препаратов. По окончании сроков наблюдения животных всех групп забивали и вычленили челюсти.

Материалы исследования. фрагменты челюсти экспериментальных животных после экстракции зубов. Иссеченные фрагменты костной ткани челюсти фиксировали в нейтральном 10% формалине, декальцинировали, заливали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Проведенные морфологические исследования позволяют заключить, что процесс регенерации костной ткани альвеолярных отростков у крыс, находящихся на кариесогенном рационе, протекает обычным способом через промежуточную стадию формирования хрящевой ткани за счет дифференциации остеогенных клеток костного мозга. При этом необходимо отметить, что спустя 1 месяц после начала эксперимента процесс регенерации не полностью завершен во всех изученных группах животных, но существенно отличается степенью формирования костной ткани, сохранением признаков регенерации, наличием признаков воспалительной реакции. Наиболее «качественно» процессы регенерации развиваются при введении в альвеолярную лунку после травмы таких препаратов, как цинктерал и остеомег. Спустя 1 месяц после начала эксперимента практически на всем протяжении поврежденной костной ткани отмечается полная регенерация костных пластинок. Лишь местами сохранились участки хрящевой ткани в виде узкой полоски или небольших островков. Каких-либо существенных различий степени регенерации при применении двух указанных препаратов нами морфологически не обнаружено.



УДК 576.8-018+616.314.17-008.1

Х. И. Ирсалиев, С. М. Ризаева, И. М. Байбеков

ТМА, РСЦХ им. В. Вахидова МЗ Узбекистана

**УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
МИКРООРГАНИЗМОВ С КЛЕТКАМИ МЯГКИХ И ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ
ПРИ ПАРОДОНТИТЕ**

Микроорганизмы мягкого и твёрдого зубного налета являются ведущим этиологическим фактором, вызывающих воспалительные, и деструктивные изменения мягких тканей пародонта, альвеолярной кости и зуба.

Ранее нами показано, что в зубных налётах и десневых карманах на поверхности твёрдых и мягких тканей встречаются как кокки, палочки, так и грибы. Последние доминируют в твёрдых зубных налётах.

Исследований взаимодействия тканей с микроорганизмами с использованием электронной микроскопии не проводилось

Образцы костной ткани, полученные во время удалении зубов при пародонтите (6 случаев), и при удалении зубов у пациентов без признаков поражения пародонта (10 случаев), а также микробиоптаты слизистой альвеолярного гребня в области пародонтальных карманов изучались с помощью трансмиссионной электронной и сканирующей микроскопии (ТЭМ, СЭМ),

ТЭМ исследования позволили выявить особенности альтерации клеток слизистой оболочки десны при пародонтите.

На поверхности и в толще эпителия, а также в собственном соединительнотканном слое нередко выявляются многочисленные микроорганизмы. Особенности взаимодействия микроорганизмов с клетками слизистой оболочки десны проявляются в том, что они не фагоцитируются полиморфноядерными нейтрофилами.

При пародонтите микроорганизмы, как палочки, так и кокки, образуют вокруг себя зону лизиса и не подвергаются фагоцитозу микрофагами. Напротив большинство нейтрофилов находится в состоянии деструкции

Характерной особенностью ультраструктурных изменений слизистой оболочки десны является появление в зонах скопления микроорганизмов патологических форм эритроцитов. СЭМ исследования выявили выраженную изрезанность микрорельефа поверхности слизистой оболочки десны. Гребни чередуются с глубокими бороздами. На поверхности гребней и в бороздах определяется детрит и довольно многочисленные эритроциты. Они представлены, как дискоцитам – эритроцитами в виде двояковогнутых дисков, являющиеся нормальными эритроцитами, так и патологическими формами. Среди патологических форм доминируют стоматоциты – эритроциты с углублением, так называемые