«Современные наукоемкие технологии», Испания (Тенерифе), 20–27 ноября 2015 г.

Медицинские науки

НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Жакупбекова С.Н., Сакенов Т.С., Аубакиров С.Е., Мылтыкбаев Н.Т., Асанидзе З.Э.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: aliyu_kgmu@mail.ru

Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии на сегодняшний день является оптимальное сохранение объема тканей для протезного ложа после операции удаления зубов. Поиск способов повышения эффективности лечения больных в период от экстракции зуба до изготовления постоянной ортопедической конструкции, а также, методов, способствующих снижению атрофии костной ткани, остается одной из важнейших задач ортопедической стоматологии [5].

Показанием к удалению зуба являются кариес и его осложнения, травмы зубов, а так же заболевания тканей пародонта. Все это вызывает значительную убыль костной структуры в области лунки удаленного зуба. В свою очередь атрофия костной ткани альвеолярного отростка челюстей приводит к трудностям при протезировании съемными конструкциями, при протезировании несъемными конструкциями нарушают эстетику, а также является противопоказанием в имплантологии. Поэтому в данном случае потребность в непосредственном протезировании при частичных дефектах зубного ряда непрерывно растет [1,3].

Большинство авторов указывают на ряд положительных особенностей непосредственного протезирования: замещение удаленных зубов, более быстрое и менее болезненное заживление ран, устранение психической травмы, раннее восстановление нарушенных функций, сохранение тонуса мышц, замедление атрофии альвеолярного края [4,6,9].

При непосредственном протезировании удается избежать грубых нарушений внешнего вида больного, быстрее восстановить функцию жевания и речи, сохранить высоту прикуса, предупредить нарушение мышечной деятельности и функций височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования**.** Повышение качества лечения и уменьшение количества осложнений при непосредственном протезировании с применением ортопедических конструкций на основе нейлона.

Задачи исследования. Изучить состояние тканей протезного ложа больных, протезированных различными материалами после операции удаления зубов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 20 больных, обратившихся к хирургу стоматологу с целью удаления зубов на верхней и нижней челюстях в возрасте от 28 до 55 лет, 8 из них женского пола. Всех больных разделили на две группы. В первой группе (10 человек) производили непосредственное протезирование съёмным протезом из акрила. Критерием исключения были больные с отягощенным аллергологическим анамнезом (2 человека). Во второй группе (10 человек) производили непосредственное протезирование съемным протезом из нейлона. Критерием исключения также явился отягощенный аллергологический анамнез (1 человек).

Обследование и общая подготовка к непосредственному протезированию в обеих группах проводились по общепринятой методике. Выявляли показания к удалению зубов. Во время исследования были использованы клинический метод обследования – опрос, осмотр, изучение диагностических моделей челюстей, а также параклинический – лучевая диагностика, а именно прицельная рентгенография отдельных зубов и ортопантомография.

До удаления зубов снимали оттиски с обеих челюстей. Затем отливали модели, на них готовили восковые шаблоны с прикусными валиками для установки модели в центральной окклюзии. После этого модели загипсовывали в артикулятор и производили специальную подготовку, которая заключалась в следующем: зубы, подлежащие удалению, срезали на моделях на уровне шеек; с вершины альвеолярного отростка снимали тонкий слой гипса (не менее 2 мм.) и закругляли края, а так же срезали гипс в области отпечатков корней зубов. Далее проводили постановку искусственных зубов, моделировали восковую конструкцию. Последним клинико-лабораторным этапом непосредственного протезирования являлся подбор материала для базиса протеза. В первой группе применяли акрил, во второй группе – нейлон.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного исследования выявили, что заживление лунок у больных обеих групп проходило практически одинаково. Послеоперационное кровотечение из лунок удаленных зубов продолжалось около 6–8 минут. После удаления зубов гиперемия и отек слизистой вокруг лунок наблюдались в течение 2–3 суток. Формирование сгустка крови и эпителизация лунок проходили в одинаковые сроки.

По данным клинического исследования, проводимого через 5 дней после удаления зубов и непосредственного протезирования, в первой группе выявлено следующее: у 3 больных развилось послеоперационное осложнение – альвеолит; у 3 больных воспалительные реакции в виде нарушения кровообращения десны в области лунки, у остальных больных течение раневого процесса протекало без особенностей.

У больных второй группы течение раневого процесса было без особенностей.

На 12 сутки после удаления зубов и непосредственного протезирования у больных первой группы наблюдалась балансировка протеза, что косвенно характеризовало развитие атрофических процессов в области альвеолярного отростка. Это явилось показанием к перебазировке протеза, так как наблюдалось недостаточное прилегание базиса к протезному ложу, а также наличие щелевых пространств.

У больных второй группы функциональные качества непосредственного протеза были выше. Это проявлялось более точным соответствием тканей протезного ложа базису протеза.

При клиническом обследовании больных через 6 месяцев у больных двух групп была выявлена равномерная умеренная атрофия альвеолярного отростка в области удаленного зуба: у 3 больных первой группы, у 8 больных второй группы. Выраженная атрофия альвеолярного отростка в области удаленного зуба наблюдалась у 7 больных первой группы и у 2 больных второй группы.

При рентгенологическом обследовании в отдаленные сроки в первой группе выраженная компактная пластинка вершины альвеолярного гребня определялась у 3 больных, в первой же группе – у 8 больных. Эти данные свидетельствуют о замедленной репаративной регенерации костной ткани у больных первой группы.

Выводы. Наши наблюдения за больными во время удаления зубов и в период непосредственного протезирования позволили нам сделать вывод, что применение протезов сразу после удаления позволяет значительно ускорить формирование протезного ложа, уменьшить количество осложнений, которые могут возникуть после удаления зубов, оптимизировать процессы репаративной регенерации костной ткани альвеолрного отростка, восстановить эстетические нормы, что положительно влияет на общее состояние, психику, обеспечивает социально-психологическую адаптацию пациента и имеет выраженное лечебно-профилактическое значение.

Применение непосредственного протезирования различными материалами, а именно нейлоновыми протезами имеет ряд преимуществ перед протезированием протезами из акрила, что согласуется с данными [2,4,7,8,9,10]. Развитие репаративных процессов в ранах, покрытых непосредственными протезами у больных второй группы, имеет некоторую тенденцию к ускорению по сравнению с течением процессов у больных первой группы.

Сохранение с помощью протеза в лунке сформировавшегося сгустка способствует более быстрому образованию в ране тканевого комплекса из соединительной ткани клеток и эпителия, развитие костной ткани происходит под непосредственным воздействием функции мышц и механических раздражений протезом, что обуславливает развитие функционально приспособленной формы и структуры костной ткани. Послеоперационный период при изготовлении непосредственных протезов нейлоном характеризуется отсутствием осложнений, быстрым восстановлением нарушенной речи и функции жевания, улучшением общего состояния больного.

Анализ результатов наших исследований показал, что сокращение периода лечения больного достигается двумя путями: хорошей хирургической подготовкой полости рта и применением метода непосредственного протезирования.

Список литературы

1. Аверко-Антонович, И.Ю. Методы исследования структуры и свойств полимеров/ И.Ю. Аверко-Антонович, Р.Т. Бикмулин. – Казань: – 2006. – 604 с.

2. Адаптационные реакции зубочелюстной системы пациентов при протезировании / А.И. Воложин, А.Б. Денисов, И.Ю. Лебеденко и др. // Рос. стоматол. журн. – 2005. – №1. – С. 4-9.

3. Боровский, Е. В. Биология полости рта/ Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев. Н. Новгород: Мед. кн., 2007. – 207 с.

4. Бушан, М.Г. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика/ М.Г. Бушан, Х.А. Каламкаров. – Кишинев: Штиинца, 2007.-301 с.

5. Клемин В.А., Козлов Б.С., Жданов В.Е. Использование методики иммедиат протезирования в клинике ортопедической стоматологии // Дентал Юг. – 2008. – №9. – С.77-80.

6. Мырочкин В.В. Клинико-функциональное обоснование применения иммедиат-протезов с фиксацией на временных имплантатах после множественного удаления зубов: автореферат дис. ... кан.мед.наук / Мырочкин В.В. – М., 2013. – 25 с.

7. Трегубов, И.Д. Применение термопластических материалов в стоматологии/ И.Д. Трегубов, Л.В. Михайленко. – М., 2007. – 165 с.

8. Appleby R. C., Kirchoff W. F. Immediate maxillary denture impression. //J. Prosth Dent., 2009, №5, P.443.

9. Biofilm microbial communities of denture stomatitis / M.S. Campos, L. Marchini, L.A. Bernardes et al. // Oral Microbiol. Immunol. – 2008. – V. 23, №5. – P. 419-424.

10. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis/E. Emami, P. de Grandmont, P.H. Rompré et al. // JDR. – 2008. – V. 87, №5. – P. 440-444.

ЗВЕНЬЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА: ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИИ. СООБЩЕНИЕ III. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В.В.КУПРИЯНОВА

Петренко В.М.

Российская академия естествознания, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

В 1983 г. появилась на свет книга «Микролимфология», в которой В.В. Куприянов с соавторами заметили, что лимфатическая система (ЛСи) принимает участие во всех жизненных