

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до стоматології та може бути використана для профілактики атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи, збереження оптимальних умов для забору кісткової тканини в ретромолярній області та профілактики запальних процесів в ретромолярній області.

Процес загоювання раневої поверхні лунки після видалення кореня уявляє собою довгий процес ремоделювання гребеня альвеолярного відростку (РГАП), що у кінцевому результаті приводить до переміщення великої кількості кісткової структури. Ця унікальна атрофія альвеолярного відростку описується у літературі, як "редукція альвеолярного гребеня" (РАГ) і розглядається як хронічне незворотне поліетіологічне захворювання.

Швидкість редукції альвеолярного гребеня (ШРАГ) дуже інтенсивно протікає на протязі перших 6 тижнів після видалення кореня і як правило заваблює у цей процес ділянки кістки щелепи безпосередньо там де розташовувався корінь. Як наслідок відмічаються зміни розмірів альвеолярного відростку у щічно-язиковому і коронковому напрямках, які найчастіше спостерігаються на верхній щелепі.

Змінений альвеолярний відросток не може забезпечити надійної стабільності циліндричних імплантатів, що призводить до порушення їх функції і виниканню естетичних проблем у протезів які на них фіксуються.

З метою збереження висоти, ширини і форми альвеолярного відростку зроблена велика кількість профілактичних і післяопераційних міроприємств з дуже широким спектром результатів. В принципі усі заходи спрямовані на зведення до мінімуму травмування альвеолярного відростку і навколишніх тканин під час видалення, а це у свою чергу також зводить до мінімуму резорбцію кісткової тканини у процесі загоювання раневої поверхні лунки.

Найближчим до корисної моделі, що заявляється, є спосіб профілактики атрофії альвеолярного відростка [Helmut B. Engels Handbuch zum BDIZ/EDI Implant Register.- Nov.2003.- 630 p.] шляхом терапевтичного та хірургічного лікування. Спосіб-прототип здійснюється наступним чином. Терапевтичне зберігають зуб за допомогою різноманітних конструкцій, які виготовляють у лабораторних умовах або реставрують в клініці. Хірургічне лікування полягає у видаленні зуба в результаті вторинного карієсу або за протетичними показаннями. Недоліки прототипу полягають в тому, що ті конструкції є недовговічними, вимагають високих професійних навичок і реально для якісного лікування необхідні дуже складні умови - зуб знаходиться далеко, атипове його положення не дозволяє якісно відновити зуб. Видалення 8 зуба є травматичним для навколишніх м'яких тканин та гребеня альвеолярного відростка, в результаті чого він руйнується та відбувається значна атрофія ретромолярної кісткової тканини. Зруйнований або атипово розташований 8 зуб підтримує запальний процес в ретромолярній області – перикоронарит.

Нами пропонується рішення, що усуває вказані недоліки.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалити спосіб профілактики атрофії альвеолярного відростку в ретромолярній області шляхом проведення антибактеріальної обробки операційного поля, ремінералізації та реставрації тканин третього моляра та пластики м'яких тканин альвеолярного відростку нижньої щелепи в ретромолярній області для забезпечення збереження тканини зуба (зворотної ретенції) та профілактики атрофії альвеолярного відростку.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі профілактики атрофії альвеолярного відростку зворотною ретенцією за Касіянчуком шляхом проведення консервативного та хірургічного лікування, згідно до корисної моделі, проводять антибактеріальну обробку операційного поля, ремінералізацію та реставрацію тканин третього моляра та пластику м'яких тканин альвеолярного відростку нижньої щелепи в ретромолярній області. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що антибактеріальну обробку операційного поля проводять озоном за допомогою апарату для озонотерапії Хілозон (фірма Kavo) або гелій-неоновий лазером. Спосіб за п.1, який відрізняється тим для реставрації тканин зуба використовують іономер та титанову або золоту мембрану. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що перед проведенням пластики дефект між кісткою та мембраною заповнюють кістковим матеріалом (Root Replika або Bio-Oss).

Спільними ознаками рішення, що заявляється та прототипу є проведення консервативного та хірургічного лікування. Спосіб, що заявляється, відрізняється тим, що проводять антибактеріальну обробку операційного поля, реставрацію, ремінералізацію та пластику м'яких тканин.

Теоретичне підґрунтя для використання способу.

Зворотня ретенція третіх молярів нижньої щелепи (38, 48 нижніх зубів) є необхідною з метою попередження атрофії альвеолярного відростка в ретромолярній області. Під час видалення 8 зуба відбувається порушення функціонування 37/47 зубів і тому коли при збереженні 8 зуба можна передбачити збереження 37/47 зуба. Видалення 8 зубів вимагає високої кваліфікації лікаря-хірурга та умов стаціонару. 8 зуб часто сприяє підтриманню вигнищ запального процесу в ретромолярній області. Розвивається клініка запального процесу - перикоронарит, в результаті чого проводиться висікання капюшона та консервативна антибактеріальна терапія, що не завжди дає бажаний результат і є відносно короточасним. При цьому пацієнт має ускладнення, больовий синдром та часткова втрата працездатності. Проведення зворотної ретенції передбачає збереження тканини зуба власного організму та створення оптимальних умов для подальшої імплантації та протезування.

Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином.

За необхідністю препарують коронкову частину зуба під локальною анестезією щадячим препаруванням сильним водним охолодженням. Після цього проводять консервацію поверхні: покривають зуб титановою або золотою мембраною; за необхідністю - покривають зуб тонким шаром іономера. За необхідністю проводять ремінералізаційну терапію. При незначній препаровці достатньо провести тільки її. Кістково-зубну кишеню заповнюють кістковим матеріалом, проводять пластику м'яких тканин.

Приклад практичного використання способу.

Пацієнтка К., 32р., звернулась із гострим болем в ділянці нижньої щелепи. Обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин слизової в ретромолярній області. Регіональні лімфатичні вузли збільшені та пальпаторно болючі. Відкриття рота обмежене. Візуально в ретромолярній області 8 зуб вкритий набряклим слизовим капюшоном, при надавлюванні болючість, виділення гнійно-серозного ексудату. Температура субфебрильна. Проведено антибактеріальну та антигістаміну терапію та антисептичну обробку операційного поля. На наступний день визначається незначне зменшення болю, збільшення відкриття рота, незначне виділення серозного

ексудату. Під місцевою анестезією розчином лідокаїну проведено висікання слизового клаптя над 8 зубом та антисептичну обробку. Огляд через 2 дні: відкривання рота обмежене, присутній незначний серозний ексудат, болючість м'яких тканин при надавлюванні в ретромолярній області. Продовжується антибактеріальна та антигістамінна терапія. Пацієнтка знаходиться на лікарняному протязі 5 днів. На 7 дні стан пацієнтки задовільний. Через 3 місяці - повторне звернення із клінікою перикоронарита. Додатково проводять антибактеріальну терапію та висікають слизовий клапоть у ділянці 8 зуба. Пацієнтка знаходиться на листку непрацездатності 3 дні. Після третього звернення проведено видалення 8 зуба.

Пацієнтка С., 29 років, звернулась із схожою клінічною картиною - перикоронарит у ретромолярній ділянці справа. Проведено місцеве знеболення 2% розчином лідокаїну. Проведено кюретаж навколо 8 зуба та медобробка ретромолярної ділянки, курс лазеротерапії. Призначено антибактральну та ан-тигістамінну терапію. Через 2 години пацієнтка відмічає відсутність болю, незначне обмеження відкривання рота. На наступний день проведено повторну медобробку ретромолярної області, лазеротерапія гелій-неоновим лазером. Через три дні пацієнтка скарг не пред'являє. Планово проведено зворотню ретенцію із пластикою слизової в ретромолярній області. Пацієнтка звернулась рекомендовано на контрольний огляд через місяць: в ретромолярній області слизова блідо-рожевого кольору, без видимих патологічних змін, не болюча пальпаторно. Гігієна ретромолярної області відмінна. Циркулярна зв'язка навколо 7 зуба збережена.

Технічний результат: збереження тканини зуба (зворотня ретенція) дозволяє попередити атрофію альвеолярного відростка та зробити оптимальні умови для подальшої імплантації та/або протезування.