

5. Lalor P.A. Sensitivity to titanium / P.A. Lalor, P.A. Revell, A.B. Gray // Bone J. Surg. — 1991. — 73. — P. 25-28.

6. Ymanaka S. Metal allergy and its screening methods associated with dental practice / S. Ymanaka // Dentistry in Japan. — 2002. — P. 187-194.

ЭКСТРАКТОР МИРГАЗИЗОВА — ХАФИЗОВА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Р.М.Миргазизов^{1,3}, Б.С. Бернацкий², Р.А. Арипов³, Д.А. Азизова^{1,3},
Р.Г. Хафизов^{1,3}, М.З. Миргазизов^{1,2}

¹*ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,*

г. Казань

²*Фонд развития высоких стоматологических технологий «Биосовместимые
материалы и имплантаты», г. Москва*

³*Стоматологический центр «Имплантостом», г. Казань*

В силу развития медицинской техники и технологий, внедрения инноваций в стоматологию, все чаще становится актуальным восстановление целостности зубного ряда за счет проведения имплантации непосредственно после удаления несостоятельных корней с последующим немедленным восстановлением коронковой части зуба. При этом успех непосредственной имплантации зависит от качества проведенных предварительных манипуляций, заключающихся в подготовке имплантационного ложа, включающего в себя атравматичное удаление корня зуба, при котором кортикальная пластинка лунки остается неразрушенной.

Для имплантологии требуется максимальное сохранение костной ткани. Это значит, что при удалении зубов необходимо избегать травмы вестибулярной и оральной костных пластинок лунки. Для решения поставленных задач нами разработано устройство для атравматичного удаления корней зубов (Патент № 90981). При использовании данного устройства исключается вероятность повреждения тканей, окружающих корень

несостоятельного зуба, тем самым предотвращаются осложнения после удаления в виде отечности и воспалительных процессов, а также необходимость в восстановлении недостающего объема костной ткани при установке дентальных имплантатов.

Предлагаемое устройство для экстирпации корней зубов содержит самонарезающийся винт; соединительный винт; ключ № 1; удлиненный ключ № 2 (для ввинчивания винтов); ключ № 3 (для экстракции корней); защитную пластину (для перераспределения давления).

Использование данного устройства проводится следующим образом: после предварительно проведенной анестезии производят препарирование канала корня зуба под необходимый размер винта, затем с использованием ключа № 1 винт вкручивается в препарированный канал корня зуба, затем в этот винт вворачивается соединительный винт. В тех случаях, когда возникают затруднения с вворачиванием винта из-за значительной высоты коронок, окружающих несостоятельный корень, используют удлиненный ключ № 2, который фиксируется на хвостовой части соединительного винта. После этого на сектор зубного ряда, на котором проводится манипуляция, накладывается силиконовый материал с использованием оттисковой ложки (для предотвращения повреждения опорных зубов), при этом предварительно в ложке делается отверстие, сквозь которое в последующем проходит в полость рта хвостовая часть соединительного винта. Массе дают застыть, после чего поверх слепочной ложки, для придания жесткости, накладывают защитную пластину, затем на хвостовую часть соединительного винта медленно накручивается ключ № 3, посредством чего и производится атравматичная экстирпация зуба.

Преимущество использования предложенного устройства перед традиционными инструментами для удаления зубов заключается в атравматичном вмешательстве, что предотвращает возникновение осложнений после проведения экстирпации, тем самым позволяя без проведения дополнительных оперативных вмешательств по восстановлению необходимого объема костной ткани производить непосредственную дентальную имплантацию.

Литература

1. Никитин А.А. Дентальная имплантация в костнореконструктивной хирургии / А.А.Никитин // Пособие для врачей. — Москва, 2006. — 15 с.
2. Параскевич В.Л. Анализ основных клинических концепций дентальной имплантации // Клиническая имплантология и стоматология. Санкт-Петербург. — 1997. — № 1. — С. 60-63.
3. Ремов А.Ю. Дентальная имплантология. Критерии успеха / А.Ю. Ремов, А.И. Жусев. — М., 2004. — 320 с.
4. Babbush C.A. Surgical atlas of dental implant techniques / C.A. Babbush. — Philadelphia: Saunders, 1980. — 326 p.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАНЕВОГО ПЛЕНОЧНОГО ПОКРЫТИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ РАН В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ПО ДАННЫМ ТЕРМОМЕТРИИ

Л.А. Ельчева

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь, кафедра хирургической
стоматологии*

Проблема заживления послеоперационных ран остается актуальной. Применение раневых покрытий в послеоперационном периоде основано на принципе «влажного заживления раны», сформулированного Winter G., Hinmann C.D. и Mibach H. в 1962-1963 гг. Было доказано, что эпителизация ран происходит более активно во влажной среде, а не при экспонировании ран на воздухе и высушивании их поверхностей. Сохраняется высокая активность раневых протеаз и, соответственно, быстрое очищение раневой поверхности. Болевой синдром уменьшается за счет предотвращения высыхания нервных