

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ДИСТОПОВАНИХ ТА РЕТИНОВАНИХ ЗУБІВ

Гуржій О.В., Білоконь С.О.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Атипове видалення дистопованного та ретинованного зуба одна із поширених амбулаторних операцій. Відомо, що навіть при типовому видаленні зуба та відсутності у пацієнта явної соматичної патології частота виникнення післяопераційних ускладнень залишається досить високою. Так, альвеоліт розвивається в 8,8%, атрофія коміркового відростка – 72,2%, вторинна кровотеча – 9,7%, карієс кореня поряд розташованих зубів – 7,2% випадків.

Видалення ж самого дистопованного зуба призводить до утворення досить великої кісткової раневої поверхні і обсяг регенерації значною мірою залежить від простору, розміщеного під слизово-окісним клаптом, ослаблення якого зменшує об'єм, необхідний для відновлення кісткової тканини, тим самим негативно впливаючи на результат лікування. Пусковим механізмом репаративного остеогенезу являється реактивне асептичне запалення в ділянці оперативного втручання, а однією з особливостей операції видалення зуба є саме висока вірогідність інфікування рани мікрофлорою порожнини рота.

Мета роботи – покращення результатів лікування дистопованих та ретинованих зубів шляхом зниження частоти післяопераційних ускладнень.

Для вирішення цього питання нами застосовано метод закриття кісткового дефекту, який утворився після видалення дистопованного зуба, гемостатичною губкою «Gelatamp», фірми Roeko. Губка виготовлена з фармацевтичного желатину та колоїдного срібла, має пористу структуру, внаслідок чого всмоктаний об'єм крові в декілька разів перевищує вагу губки, заповнює раневу порожнину і тим самим запобігає утворенню вторинних порожнин та інфікуванню. Вона повністю розсмоктується протягом 4 тижнів.

Нами проведено лікування 52 хворих віком 15-25 років різної статі (38 жінок – 73,1%, 14 чоловіків – 26,9%), які звернулися до хірурга-стоматолога з приводу видалення зуба за ортодонтичними показниками (13, 23, 18, 28, 38, 48 зуби). В групі спостереження включали хворих без ознак запальних процесів в порожнині рота та без наявної супутньої соматичної патології.

Контрольну групу склали 15 пацієнтів із загальної кількості обстежених, яким операцію видалення дистопованного та ретинованного зуба проводили традиційним методом під місцевим знеболенням: відшарування слизово-окісного клаптя, утворення кісткового вікна, оголення коронки та кореня зуба, видалення його, накладання швів.

Пацієнтам основної групи (37 чоловік) в утворену після видалення зуба кісткову порожнину вводили губку « Gelatamp», формували згусток, слизово-

окісний клапоть укладали на місце та фіксували швами. Загальна терапія не відрізнялася в групах спостереження.

Аналіз результатів лікування проводили за даними клінічних та рентгенологічних методів обстеження.

Рентгенологічні дослідження проводилися пацієнтам через 3, 6 та 9 місяців після оперативного втручання.

При огляді через добу в контрольній групі у всіх хворих спостерігалася гіперемія та набряк м'яких тканин в ділянці втручання, шви були збережені. Ясенна рана покрита тонким шаром фібрину. Пальпаторно в ділянці накладання швів ущільнення тканин. Наявність больових явищ виявлено у 13 хворих (86,6%).

У пацієнтів основної групи на першу добу вигляд рани не відрізнявся від подібної в контрольній групі. Наявність больових явищ виявлена у 28 пацієнтів (75,7%).

На третю добу післяопераційного періоду у всіх хворих обох груп шви були збережені. У ділянці їх накладання явища почервоніння і набряку тканин дещо зменшились у порівнянні з попереднім терміном. Ущільнення тканин у зоні втручання зменшилося, ясенна рана була покрита шаром фібрину. Біль в ділянці операції відчували 11 пацієнтів (73,3%) контрольної групи, 25 (67,6%) – основної.

На сьому добу в 4 чоловік (26,7%) контрольної групи спостереження шви частково були відсутні, краї рани зіяли. Почервоніння тканин спостерігалось лише в зоні накладання швів, а ущільнення пальпаторно визначалося в 6 пацієнтів (40%). Больові явища виявлено в 5 хворих (33,3%), які поступово зникали до 14-15 доби.

В основній групі на сьому добу шви були збережені у всіх хворих, рани загоїлися первинним натягом. Гіперемія і набряк візуально не визначалися. Краї рани були на одному рівні з прилеглою неушкодженою слизовою оболонкою. Ущільнення тканин визначалося лише в 2 пацієнтів (5,4%). Больові відчуття виявлено у 3 хворих (8,1%).

В контрольній групі через 6-9 місяців на рентгенограмах післяопераційні порожнини були заповнені новоутвореною тканиною, а в основній групі – вже через 3-6 місяців кісткова порожнина була виповнена новоутвореною тканиною, яка дещо відрізнялася щільністю від прилеглої кістки.

Таким чином, губка «Gelatamp» забезпечує тривалу антимікробну дію, завдяки чому не виникає ускладнень в післяопераційному періоді, прискорюються процеси епітелізації м'яких тканин. А це в свою чергу, створює оптимальні умови для активної регенерації кісткової тканини (3-6 місяців), а інтенсивність репаративного остеогенезу залежить від розмірів і локалізації післяопераційної кісткової порожнини та віку хворого, що підтверджено рентгенологічно.

Заповнення кісткового дефекту після видалення зубів гемостатичною губкою дозволило скоротити терміни ортодонтичного лікування та реабілітації хворих на 1,5-2 місяці.