

ПРИМЕНЕНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С БАЛОЧНОЙ ФИКСАЦИЕЙ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ю. В. Чижов, И. К. Шамсутдинов

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Л. М. Демнер) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

При наличии только двух клыков на нижней челюсти, особенно при их подвижности, многие врачи рекомендуют эти зубы удалять. В результате возникает необходимость изготовления полного съемного протеза. Если оставшиеся зубы I—II степени подвижности сохранить, то после замещения дефекта частичным съемным пластинчатым протезом применяемые кламмеры еще больше увеличат их подвижность. Чтобы предупредить подобные осложнения, мы с успехом применяем съемные протезы с балочной фиксацией по методу Румпеля и Дольдера в нашей модификации.

При подвижности нижних клыков I степени мы изготавливаем съемные протезы с балочной фиксацией по Дольдеру. Балку яйцевидной формы припаиваем к поверхности искусственных коронок, направленных в сторону дефекта, и балочный несъемный протез закрепляем в полости рта цементом. Изготовленную по балке несъемного балочного протеза матрицу фиксируем в съемном протезе, что обеспечивает шинирование нижних клыков, а также надежную и эстетичную фиксацию протеза.

При подвижности клыков нижней челюсти II степени мы срезаем коронки этих зубов, предварительно их депульпируя, до 2 мм над уровнем десны, изготавливаем корневые колпачки со штифтом, которые соединяем балкой по Румпелю в нашей модификации (закругленные верхние края). Полученная скрытая балочная фиксация эффективна в функциональном и особенно в эстетическом отношении. Такой съемный протез относится к телескопической системе фиксации.

Описанные методы применены нами у 36 больных, которым изготовлено 28 протезов по Дольдеру и 8 по Румпелю в нашей модификации со скрытой балочной фиксацией. Эти методы обеспечивают надежную фиксацию протеза в полости рта, равномерное распределение жевательной нагрузки на периодонт оставшихся корней и слизистую оболочку. При этом улучшаются функция жевания и косметический эффект, сохраняются корни опорных зубов и периодонто-мышечный рефлекс, отодвигаются сроки применения полного съемного протеза на нижней челюсти.

Поступила 9 февраля 1984 г.

УДК 616.314.22—007.57:616.716.4—089.85

МЕТОДИКА ВНУТРИРОТОВОЙ ОСТЕОТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИСТИННОЙ ПРОГЕНИИ

Г. Г. Мингазов, Ф. З. Мирсаева, В. В. Иванов

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — доц. Г. Г. Мингазов) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ

Известно свыше 40 методов оперативного лечения прогении, которые осуществляются внеротовыми доступами. Однако косметические операции, выполняемые на теле челюсти, оставляют после себя рубцы, и поэтому не всегда удовлетворяют пациентов.

Нами предложен метод внутриротовой остеотомии. Под общим обезболиванием со стороны преддверия полости рта и с язычной стороны производим трапециевидный разрез слизистой оболочки полости рта. Распатором отсепаровываем слизисто-надкостничный лоскут. Удаляем второй премоляр или первый моляр в зависимости от выраженности прогении. Циркулярной пилой выпиливаем часть челюсти в виде прямоугольника (глубина распила равна уровню лунки). Второй прямоугольник челюсти выпиливаем впереди ментального отверстия после горизонтального распила челюсти, соединяющего два прямоугольника (рис. 1).

После двусторонней остеотомии, сглаживания острых краев челюсти отломки сдвигаем и фиксируем окружным проволоочным швом из нержавеющей стали (рис. 2). Слизисто-надкостничный лоскут возвращаем на место и ушиваем хромированным