ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

 Заведующий кафедрой

 д.м.н., профессор Левенец А.А.

 Преподаватель:

 кмн, доцент Маругина Т.Л.

РЕФЕРАТ

**АПИКАЛЬНЫЕ ПЕРИОДОНТИТЫ.**

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Выполнил:

Шубкин С.Е.

Красноярск, 2022

Оглавление

Определение и этиология периодонтитов ……………………………..1

Классификация периодонтитов …………………………………...........2

Острые периодонтиты …………………………………………………..3

Хронические периодонтиты ……………………………………………4

Хирургические методы лечения периодонтитов ……………………...5

Хирургическое лечение хронических периодонтитов

с сохранением коронки зуба и целостности его периодонта..... ……..6

Резекция верхушки корня зуба …………………………………………7

Ретроградное пломбирование …………………………………………..8

Лечение хронических периодонтитов методами

частичного сохранения коронки зуба и целостности его периодонта..9

Гемисекция корня зуба ………………………………………………….10

Ампутация корня зуба …………………………………………………..11

Коронаро-радикулярная сепарация …………………………………….12

Реплантация зуба ………………………………………………………...13

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭТИОЛОГИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ

Периодонтит — воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры. Среди причин, нарушающих реактивность организма, нужно выделить его сенсибилизацию. Значительную роль в этом процессе, помимо других факторов, играют хронические очаги инфекции, возникающие в результате септического некроза пульпы зубов. Иногда практически у здоровых людей, имеющих инфицированные корни зубов, внезапно возникает гнойное воспаление периодонтита корней этих зубов, болезненная припухлость лимфатических узлов или даже остеомиелит челюстей и флегмона. Провоцирующими в таких случаях оказываются: грипп, переохлаждение, длительное нервнопсихическое и физическое переутомление. Периодонтиты обычно представляют собой местный процесс, однако из-за обилия болевых рецепторов в периодонте боли в остром периоде становятся настолько интенсивными, что отражаются на общем состоянии больного, в частности, обусловливают повышенную нервную раздражимость, бессонницу и пр. При некоторых формах хронического периодонтита очаги воспаления становятся источником общей интоксикации организма.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ

Существует несколько классификаций периодонтитов. Рассмотримклассификацию по Г. И. Лукомскому:

I. Острые (экссудативные) периодонтиты:

1. Серозный.

2. Гнойный.

П. Хронические (пролиферативные) периодонтиты:

1. Фиброзный.

2. Гранулирующий.

3. Гранулематозный.

III. Обострение хронического периодонтита.

В настоящее время хирурги-стоматологи используют классификацию

болезней периодонта ВОЗ:

I. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения.

II. Хронический апикальный периодонтит:

1) апикальная или периапикальная гранулема.

III.Периапикальный абсцесс с полостью:

1) зубной (дентальный);

2) дентоальвеолярный.

IV. Периапикал ьный абсцесс без полости:

1) зубной (дентальный);

2) дентоальвеолярный;

3) периапикал ьный.

V. Корневая киста:

1) апикальная (периодонтальная);

2) периапикальная;

3) остаточная корневая.

**Острые периодонтиты**

Острый серозный периодонтит проявляется нерезкими самопроизвольными болями, усиливающимися при нажатии на зуб и приёме горячей пищи. В отличие от гнойного периодонтита, статика зуба не нарушена, со стороны десны видимых отклонений от нормы нет. Серозные периодонтиты одновременно в нескольких зубах наблюдаются при травме и на начальных стадиях остеомиелита челюстей. Патогистологическая картина характеризуется гиперемией тканей периодонтита, появлением очагов кровоизлияния, отечностью и серозной экссудацией. Процесс этот в большинстве случаев обратимый, поддающийся консервативному лечению, особенно при устранении вызвавшей его причины. Хирургическое лечение обычно не показано. Острый гнойный периодонтит сопровождается интенсивными пульсирующими болями в зубе, иррадиирующими по ходу ветвей тройничного нерва (в ухо, висок, глаз). Больной зуб становится как бы удлиненным и при смыкании испытывает повышенную нагрузку, что вызывает боль, поэтому больной старается держать челюсти разомкнутыми; не только нажатие на зуб, но и легкое прикосновение к нему, как и пальпация десны, усиливает боль.

Вокруг больного зуба появляется коллатеральный отек десны. Подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличиваются, при пальпации болезненны. Температура обычно не повышается, но в отдельных случаях, в зависимости от реактивности организма, наблюдается субфебрильное состояние.

Распространение гноя по системе фолькмановских и гаверсовых каналов кости ведет к накоплению его под надкостницей челюсти, в результате чего развивается периостит. На верхней челюсти проникновение экссудата под надкостницу в сторону верхнечелюстной пазухи обуславливает явления синусита. Благоприятный исход гнойного периодонтита возможен при своевременном устранении причины. Периодонтит может осложниться периоститом,

 остеомиелитом челюсти, флегмоной или перейти в хроническую форму. Патогистологическая картина характеризуется обильной инфильтрацией периодонта лимфоидными элементами, гнойными очагами с большим количеством гистиоцитов. Лечение проводится в соответствии с данными клинического обследования и рентгенографии. Подробные сведения о местном лечении периодонтитов излагаются в руководствах по терапевтической стоматологии. В случае выраженного отека слизистой оболочки десны, сглаженности переходной складки преддверия полости рта показана периостэотомия. Достать гной из околоверхушечного очага возможно следующим образом:

1. Через корневой канал (вскрытие полости зуба и обработка канала).

2. Если корни зуба изогнуты и искривлены, а в канале находится сломанный эндодонтический инструмент, то производят разрез по переходной складке преддверия полости рта в проекции причинного зуба, рассекают надкостницу, трепанируют наружную кортикальную пластинку.

3. Когда воспалительный процесс не купируется, проводят дополнительно разрез слизистой оболочки по переходной складке.

4. Удаление зуба показано при разрушении коронки, когда зуб не представляет функциональной ценности.

**Хронические периодонтиты**

Фиброзный хронический периодонтит клинически протекает при слабо выраженных объективных и субъективных данных. При этом отмечается небольшая болезненность при надкусывании на зуб, перкуссия зуба слабо положительная. На рентгенограмме зубов с фиброзным периодонтитом отмечается расширение периодонтальной щели, что связано с утолщением периодонта за счет развития в нем фиброзных волокон.

Воспаление поддерживается главным образом за счет наличия гнилостного распада в канале зуба, а также постоянной травмой периодонта, пародонтитом.

Гранулирующему хроническому периодонтиту свойственно разрастание грануляций за пределы периодонтальной щели с рассасыванием кортикальной пластинки. Микроскопическая картина характеризуется скоплением грануляционной ткани, инфильтрированной лейкоцитами, гистиоцитами, плазматическими клетками.

Клинические симптомы более выражены, чем при фиброзном периодонтите. Жалобы на боль при приеме твердой и горячей пищи, перкуссия зуба и пальпация десны болезненна, наличие свища на десне. Свищевой ход располагается на уровне верхушки пораженного зуба в виде точечного отверстия или участка выбухающих грануляций. Выделения из свищевого хода незначительные: серозно-гнойные, кровянисто-гнойные. У некоторых больных из устья свищевого хода выбухают грануляции. Течение гранулирующего периодонтита может обостряться в результате закрытия свища, травмы, после гриппа и переохлаждения организма. На рентгенограмме в области верхушки корня определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими, размытыми контурами.

При успешном лечении гранулирующий периодонтит переходит в фиброзный или полностью вылечивается.

Гранулематозиый хронический периодонтит часто развивается из гранулирующего и протекает менее активно. Разрастание грануляционной ткани в

окружности верхушки корня постепенно покрывается фиброзной капсулой,

тесно спаянной с цементом корня, образуется гранулема. Фиброзная капсула

возникает вследствие созревания периферических слоев грануляционной ткани.

Клиническое течение гранулематозного периодонтита часто бессимптомное. Больные жалоб на боли не предъявляют, только при случайном рентгенологическом исследовании обнаруживается гранулема. Со временем гранулема, увеличиваясь в размерах, проявляется безболезненным выбуханием без четких границ с вестибулярной стороны на поверхности альвеолярного отростка. В период обострения воспалительного процесса нарушается целостность капсулы гранулемы, что проявляется гиперемией слизистой оболочки десны, сглаженностью переходной складки, резко болезненной перкуссией зуба.

На рентгенограмме в околоверхушечной области определяется округлый очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами от 0,3 до 1,0 см. По гистологическому строению гранулёмы различают трех видов:

1. Простые, состоящие из элементов соединительной (грануляционной) ткани.

2. Эпителиальные (грануляционная ткань пронизана тяжами эпителия).

3. Кистогранулемы, для которых характерно наличие полости, выстланной эпителием.

Благоприятный исход гранулематозного периодонтита — обратное развитие гранулёмы с превращением ее в фиброзную ткань и восстановление костной ткани в очаге разрежения кости.

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ**

Задачами хирургического лечения больных с одонтогенными околоверхушечными деструктивными очагами являются:

1. Сохранение функции зубов, подвергшихся оперативному лечению.

2. Усовершенствование технологии хирургического вмешательства.

3. Создание оптимальных условий для регенерации костной ткани.

Полость, образовавшаяся после удаления периапикальных деструктивных изменений кости, не всегда заполняется костной тканью. Нередко процесс восстановления не идет дальше формирования соединительнотканных рубцов и затягивается на годы. В 5 % случаев костный дефект вообще ничем не восполняется. Это диктует необходимость заполнения образующихся полостей материалами, стимулирующими процессы костеобразования: «Кафам», «Биоситал», «Колапол».

Хирургическое лечение хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции и кист челюстей методами, сохраняющими больному зубы, требует от врача-стоматолога четкого представления об анатомическом и топографо-анатомическом строении челюстей и, в частности, знания особенностей расположения верхушек корней зубов в альвеолярных отростках челюстей.

 Это нужно для атравматичного выполнения хирургических вмешательств и профилактики ряда послеоперационных осложнений: перфораций верхнечелюстных пазух и полости носа, травматических нижнеальвеолярного или подбородочного невритов и др.

С целью одномоментного и радикального удаления периапикальных очагов одонтогенной инфекции при одновременном сохранении «причинных» зубовв настоящее время используют следующие основные хирургические методы:

-резекцию верхушки корня зуба;

- реплантацию зуба;

- гемисекцию и ампутацию корня зуба.

В настоящее время оперативные методы лечения периапикальных воспалительных заболеваний зубов сформировались в самостоятельные разделы периодонтальной хирургии.

Эти методы можно классифицировать следующим образом:

1. Сохраняющие коронку зуба и целость его периодонта: резекция верхушки корня зуба, цистэктомия, компактостеотомия с последующим кюретажем в области периапикального очага и др.

2. Частично сохраняющие коронковую часть зуба и его периодонт: гемисекция и ампутация корня зуба, коронаро-радикулярная сепарация зуба.

3. Сохраняющие коронковую часть зуба при нарушении целости периодонта: реплантация зуба (первичная, отсроченная).

4. Не сохраняющие зуб: операция удаления зуба, цистэктомия с удалением зуба и др.

В основу приведенной классификации положен принцип учета сохранения коронковой части зуба и его периодонта.От правильного определения показаний к оперативному вмешательству зависит успех последнего. Такими показаниями являются:

1. Хронические периодонтиты, не поддающиеся консервативному лечению.

2. Хронические одонтогенные очаги инфекции (околоверхушечные гранулемы, кистогранулемы и кисты).

3. Переломы верхушечной части корней зубов.

4. Осложнения консервативного лечения пульпитов и периодонтитов: перфорация корня зуба; недопломбирование или чрезмерное выведение пломбировочного материала за верхушку корня зуба, приводящие к функциональным нарушениям; наличие в канале корня зуба отломков эндодонтического инструментария.

Кроме того, необходимо учитывать следующие факторы:

1) наличие общих заболеваний организма, при которых противопоказано вообще любое амбулаторное оперативное вмешательство (декомпенсированные формы ишемической болезни сердца, заболеваний печени и почек, острые инфекционные заболевания, болезни крови и др.);

2) обострение хрониосепсиса;

3) острый и обострившийся хронический периодонтит, острый периостит или остеомиелит челюстей;

4) подвижность зуба И-Ш степени вследствие заболеваний маргинального периодонта или при наличии большого дефекта альвеолярного отростказа счет периапикального воспалительного процесса;

5) зубы, расположены вне зубной дуги;

6) наличие микростомы;

7) низкий уровень гигиены полости рта;

8) несанированная полость рта (наличие кариозных полостей, корней

зубов, зубного налета и зубных отложений);

9) стоматиты или острые воспалительные заболевания краевого пародонта, зева, глотки и гортани;

10) дефекты тканей челюстей метастатического происхождения;

11) отсутствие мотивации к хирургическим зубосохраняющим методам лечения.

Выбор хирургического метода лечения зубов с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции зависит:

- от особенностей анатомической формы зуба;

- состояния его твердых тканей и пародонта;

- взаимоотношения верхушек корней зуба и близлежащих анатомических образований челюстей и анатомических особенностей строения альвеолярных дуг челюстей;

- общего состояния организма больного, характера и распространенности периапикального воспалительного процесса.

Безусловно, вопрос о выборе метода лечения должен решаться для каждого больного индивидуально.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ С СОХРАНЕНИЕМ**

**КОРОНКИ ЗУБА И ЦЕЛОСТНОСТИ ЕГО ПЕРИ ОД ОНТА**

Хирургическое лечение хронических периодонтитов с сохранением коронки зуба и целостности его периодонта является методом выбора при лечении резцов, верхних премоляров, а также при расположении хронических очагов в области верхушек щечных корней моляров верхней челюсти. Это обусловлено незначительной толщиной наружной стенки альвеол данных зубов (0,3-2,5 мм), которая в основном представлена компактным веществом. При этом подвижность зуба и степень атрофии альвеолярного отростка в области зуба не должна превышать 1-П степени. Состояние коронковой части этих зубов может быть различным, вплоть до полного ее отсутствия. Наибольшее распространение в практике получила операция резекции верхушки корня зуба, предложенная в 1899 г. С. Partch. Ее методику совершенствовали и положительно отзывались об эффективности данной операции многие отечественные и зарубежные стоматологи и челюстно-лицевые хирурги (Г. А. Хацкевич, 1970; В. В. Фиалковский, 1985; А. Н. Левкович, 1987 и др.). Большинство врачей-стоматологов успешно выполняют резекцию верхушки корня на резцах, клыках, премолярах верхней челюсти и резцах, клыках нижней челюсти. Вмеcсте с тем, эффективное применение данного метода на однокорневых зубах способствовало его распространению на многокорневые зубы.

**РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА**

Под резекцией верхушки корня зуба понимают отсечение и удалениеверхушки корня «причинного» зуба и окружающих её патологических тканей.

Эту операцию можно проводить на всех зубах, но чаще её проводят на резцах,клыках обеих челюстей и премолярах верхней челюсти.

Методика и этапы операции. Форма и размер зависят от локализации,величины, наличия одного или нескольких зубов в области очага деструкции, расположения свищевого хода (если таковой имеется), а также от наличия несъемных протезов зубов, расположения и глубины зубодесневой борозды, толщины кости в области вмешательства, расположения и размера уздечек.

При небольших деструктивных очагах, расположенных в области верхушки одного зуба, и глубоком преддверии полости рта проводится полулунный разрез. Его начинают на 1 мм выше переходной складки нижней челюсти или на 1 мм ниже переходной складки верхней челюсти, разрезая слизистую оболочку и надкостницу в виде полумесяца с выпуклостью, обращенной к зубодесневому краю. Часть разреза должна находиться на прикрепленной десне, отступая от десневого края на 3 мм.

При наличии свищевого хода и очага деструкции, расположенного ближе к краю альвеолярного отростка, разрез проводится по зубодесневому краю горизонтально с дополнительными вертикальными боковыми разрезами к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут формируется так, чтобы он был на 5-10 мм больше предполагаемого костного дефекта.

При этом линия швов не должна попадать на область костного дефекта, во избежание их расхождения. Основание лоскута должно быть как минимум равно его ширине на свободном конце, что уменьшает риск рубцевания.

Выкраивание любого лоскута должно начинаться от зуба в направлении переходной складки, и разрез никогда не должен доходить до места прикрепления мышц губ и щек. Эти ткани обильно васкуляризованы и при рассечении дают длительное кровотечение. Что приводит к сильной болезненности, отеку мягких тканей и появлению кровоподтеков.

Рассмотрим подробно этапы операции:

1. Выкраивание слизисто-надкостничного лоскута. Лоскуты могут быть

прямые, S-образные, овальные, трапециевидные — для однокорневых зубов

переднего отдела. Для резекции корней зубов бокового отдела необходимо

выкраивать угловые лоскуты, отступая от края десны на 3-4 мм.

2. Далее производят отслойку слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора. Сам лоскут удерживают тупым крючком. При операции на многокорневых зубах необходимо создание больших лоскутов (3,0-1,5 см), которые позволяют лучше обозревать операционное поле, меньше травмировать ткани во время работы борами и фрезами.

3. Затем трепанируют кость на альвеолярном отростке нижней челюсти бором-фрезой А. С. Иванова. При наличии узуры на поверхности альвеолярного отростка в области верхушки корня зуба шаровидным бором параллельно проекции корня делают канавки, углубляемые фиссурным бором. После

этого фрезой увеличивают костный дефект до полного обнажения верхушки

корня и патологического очага.

4. Далее фиссурным бором проводят резекцию верхушки корня зуба, строго перпендикулярно оси корня зуба, плавными горизонтальными движениями. Затем делают вывих ее на себя с помощью крючка для снятия зубных отложений.

5. Следующий этап — выскабливание грануляционной ткани или обощ лочки кисты и ее патологически измененных тканей с помощью угловых костных ложечек, экскаватора или двухсторонней острой ложечки. Фрезой сгла-

\* живают острые костные края раны и поверхность опила корня. После оста1 новки кровотечения производят ретроградное пломбирование.

6. Ретроградное пломбирование. Копьевидным бором, закрепленном в

угловом наконечнике, расширяют канал корня зуба и создают условия для его

пломбирования (ретенционные пункты). Культю резецированного корня зуба

пломбируют современными пломбировочными материалами.

7. После указанных этапов рану промывают 2%-ным раствором перекиси водорода и зашивают с таким расчетом, чтобы линия швов располагалась

на твердом костном основании. Затем швы обрабатывают. При необходимости трепанационное отверстие в челюсти можно заполнить кровоостанавливающими препаратами (гемостатическая губка) и препаратами, улучшающими оптимизацию репаративного остеогенеза (хонсурид, гидрокс ил апатит).

**РЕТРОГРАДНОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ**

 Несмотря на широкое использование в эндодонтии новых технологий и

' различных современных материалов, в настоящее время в клинической практике довольно часто встречаются случаи, когда консервативным путем невозможно качественно запломбировать корневой канал. Единственной альтернативой в таких случаях является ретроградное пломбирование. Оно решает две

главные проблемы современной стоматологии:

- полноценное и качественное закрытие корневого канала;

- сохранение зуба в зубной дуге.

Цель ретроградного пломбирования — предотвращение проникновения

микроорганизмов и их продуктов из корневого канала в периапикальную область, что достигается благодаря плотной герметизации апикальной зоны.

Каждый резецированный корень нужно препарировать и ретроградно пломбировать. Успешное выполнение данного вмешательства зависит от хирургип

ческих навыков врача и от глубокого знания им анатомического строения корневого канала и его ответвлений.

До настоящего времени наиболее распространенным материалом для

ретроградного пломбирования корней зубов являлась амальгама, впервые рекомендованная Фарраром в 1884 г. Наряду с такими положительными качествами, как малая усадка, способность хорошо сохранять форму, этот материал

имеет и существенные недостатки: сложная техника использования, абсолютная сухость пломбируемой поверхности. Во время вмешательства материал

трудно контролировать, что влечет за собой появление осколков в костной

полости; процессы коррозии вызывают изменение металла, что может привести к гальваническому напряжению и выходу ионов металла в ткань; кроме того, амальгама не уплотняется, и может наблюдаться пигментация ткани в виде

потемнения десны, что нарушает эстетику, особенно во фронтальной области.

В течение последних пяти лет американцы апробировали и стали широко

использовать для ретроградного пломбирования материал «МЕТ» — минерал

триоксид агрегат, который из-за своей дороговизны не получил у нас широкого

распространения. Поиски доступного по цене и удовлетворяющего по физикохимическим свойствам материала позволяют обратить внимание на стеклоиономерные цементы химического отвердевания, обладающие высоким уровнем адгезии к дентину и цементу корня зуба. Запечатывающая способность и антибактериальная активность у них гораздо лучше, чем у амальгамы и цинккарбоксил антных цементов. По данным некоторых авторов, лучший эффект достигается при использовании стеклоиономерного цемента «Clem Hill Superior))

фирмы «Densplay», а также отечественного стеклоиономерного цемента «Стеон».

Эти материалы обладают следующими положительными свойствами:

- хорошей адгезией, что обеспечивает полную герметизацию;

- терпимостью к влажной среде во время полимеризации;

- отсутствием рассасывания.

Общепринятая методика ретроградного пломбирования заключается в

поэтапном запечатывании — пломбировании резецированной верхушки корня.

После резекции верхушки корня образовывается гладкая поверхность,

обращенная к врачу. Она должна быть достаточно широкой, чтобы можно было сформировать полость по I классу. Ширина ткани корня вокруг полости не

менее 2 мм. Если созданного скоса недостаточно для выполнения данной манипуляции (как это бывает со многими молярами), то необходимо еще более

укоротить корень. Затем колесовидным и обратноконусовидным бором обработать устье канала корпя зуба и создать ретенционный пункт. Препаровку

полости желательно осуществлять по оси наибольшей длины зуба, во избежание перфорации при создании ретенционных пунктов. В зависимости от угла

резекции оптимальной является глубина 1,0; 2,1 и 2,5 мм при углах резекции,

соответственно, 90°, 30° и 45°. Окончательная форма полости в большей степени зависит от анатомии раскрывшегося основного канального пространства.

В связи с тем, что медиально-щечный корень первого верхнего моляра в

50 % случаев имеет вторые каналы, то после резекции верхушки необходимо

тщательное ее обследование. Если поперечный срез корня овальный или в виде

гантели, то он имеет два канала. Тогда на верхушке делают не одно круглое отверстие, а два или одно овальное, охватывающее оба канала. Если корень сильно изогнут, то после резекции под углом 45° можно не обнаружить канал корня.

В этом случае следует укорачивать корень до тех пор, пока не будет обнаружен

его канал. В дальнейшем проводится антисептическая обработка в области костного дефекта и гемостаз. Сформированная полость в области верхушки корня

высушивается, протравливается, затем промывается, после чего вновь высушивается воздухом и бумажными адсорбентами. Далее тонкой гладилкой вносится

замешанный стеклоиономерный цемент химического отвердевания и конденi сируется штопфером. На 4-5 мин полость оставляют под сухим марлевым тампоном для окончания процесса полимеризации. Костная полость повторно обрабатывается раствором антисептика, убирается излишек пломбировочного материала. Дефект альвеолярного отростка заполняется остеопластическим матег

 риалом направленного действия на основе гидроксиапатита («Кафам» «Колапол», «Коллапан», «Остам-100», «Гапкол»). Лоскут укладывается на место и

накладываются узловые швы. В послеоперационном периоде проводится эвакуация сукровичного содержимого из раны между швами (в течение 2-3 сут) и

лазеротерапия. Швы снимают на 5-8 сут. С целью сохранения зуба применяют

также гемисекцию, ампутацию корня зуба и коронаро-радикулярную сепарацию. За рубежом эти методы получили более широкое распространение. Имеется большое количество работ иностранных авторов, в которых рассматриваются различные аспекты указанных операций: показания и противопоказания,

техника проведения, результаты клинического использования, методики ортопедического восстановления оперированных зубов и др.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

'\* МЕТОДАМИ ЧАСТИЧНОГО СОХРАНЕНИЯ КОРОНКИ ЗУБА

И ЦЕЛОСТНОСТИ ЕГО ПЕРИОДОНТА

Лечение хронических периодонтитов методами частичного сохранения

коронки зуба и целостности его периодонта выполняют на многокорневых зубах при непроходимости одного из каналов корней зуба, наличии в его верхушечном периодонте воспалительного процесса и при значительном разрушении коронки зуба в области пораженного корня. При этом сохраняющийся

корень должен быть устойчивым, его канал проходимым, а в области верхушки корня не должно быть патологических изменений. Атрофия альвеолярного

отростка на уровне такого зуба не должна превышать I степени.

Коронаро-радикулярную сепарацию проводят на молярах нижней челюсти в случае расположения патологического воспалительного процесса в области бифуркации корней зуба и вершины межкорневой перегородки альвеолы.

ГЕМИСЕКЦИЯ КОРНЯ ЗУБА

Под гемисекцией понимают отсечение и удаление от зуба одного из его

корней вместе с прилежащей к нему частью зуба. Эту операцию выполняют

на молярах нижней челюсти, реже — на премолярах верхней челюсти. Операцию можно проводить с отслаиванием и без отслаивания слизистонадкостничного лоскута. Последняя методика более травматичная, не обеспечивает хорошего обзора операционного поля и поэтому применяется редко.

Методика и этапы операции:

1. Выполняют разрез и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так,

чтобы обеспечить хороший обзор операционного поля, особенно в области

бифуркации корня зуба.

2. С помощью алмазного диска и тонких фиссурных боров рассекают

коронку зуба через бифуркационную зону так, чтобы не травмировать межкорневую перегородку и стенки альвеолы.

3. Щипцами удаляют один из корней зуба вместе с прилежащей к нему

коронковой частью и проводят кюретаж лунки.

4. Гемостаз.

5. С помощью алмазных фасонных головок и боров сглаживают нависающие края прилежащей к ране коронковой части зуба.

6. Окончательный гемостаз и обработка раны.

7. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают в правильное положение и фиксируют швами.

8. На рану накладывают стерильный марлевый шарик на 10-15 мин.

АМПУТАЦИЯ КОРНЯ ЗУБА

Под ампутацией понимают отсечение и удаление целого корня зуба в месте его отхождения от бифуркации (трифуркации) без нарушения целости коронковой части зуба. Эту операцию проводят на молярах верхней челюсти в различных вариантах: удаление одного или обоих щечных корней или одного нёбного корня. Реже данную операцию проводят на премолярах верхней челюсти, когда удаляют один из корней.

Методика и этапы операции:

1. Выполняют разрез, отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так,

чтобы создать более удобный доступ к ампутируемому корню и бифуркации

(трифуркации) корня зуба.

2. Гемостаз.

3. Тонким фиссурным (алмазным, твердосплавным) бором проводят

удаление части альвеолы в области ампутируемого зуба.

4. Отпиливают корень зуба и удаляют его щипцами или элеватором.

5. В области лунки корня удаленного зуба проводят кюретаж.

6. Алмазными борами, фасонными головками, фрезами выравнивают

нависающие края зуба в области его шейки и альвеолы.

7. Осуществляют гемостаз и обработку раны, при необходимости производят ретроградное пломбирование в месте удаления корня зуба серебряной

амальгамой.

8. Промывают рану, устанавливают слизисто-надкостничный лоскут в

прежнее положение и фиксируют его швами.

КОРОНАРО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ

Под коронаро-радикулярной сепарацией понимают рассечение коронки

зуба на две части в области его бифуркации с последующим кюретажем. Эту

операцию выполняют на молярах нижней челюсти (рис.).

проведена коронаро-радикулярная сепарация и одна его часть подготовлена к тракции

Методика и этапы операции:

1. Делают разрез и отслаивают слизистонадкостничный лоскут так,

чтобы обеспечить хороший обзор места бифуркации.

2. С помощью алмазных дисков, боров и фасонных головок распиливают зуб пополам и сглаживают нависающие края коронковых частей зуба.

3. Проводят кюретаж в области бифуркации корня зуба.

4. Проводят гемостаз и обработку раны.

5. Лоскут укладывают в прежнее положение и фиксируют его швами.

6. На рану накладывают стерильный марлевый шарик на 10-15 мин.

Оптимальной областью для использования метода хирургического лечения с сохранением коронки зуба и нарушением целости его периодонта

(реплантация зуба) являются коренные зубы нижней челюсти. Наличие в этой

области толстой компактной пластинки альвеолярного отростка (внутренней —

2,1-2,3 мм; наружной — 2,3-3,4 мм) обеспечивает хорошую сохранность и целость альвеолы и межкорневой перегородки в момент удаления зуба, а в дальнейшем — хорошую фиксацию и стабилизацию реплантата в собственной альвеоле. При этом зуб может иметь подвижность 1—III степеней, но разрушение

коронковой части зуба должно превышать 30 %, а атрофия альвеолярного отростка должна быть не более I—II степени. Корни реплантируемого зуба не должны быть тонкими, расходящимися и не должны иметь искривления.

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА

Реплантация зуба (первичная, отсроченная). Эта операция предусматривает удаление зуба, его эндодонтическое лечение, кюретаж периапикальных

тканей и возвращение зуба в свою альвеолу. Данный метод, предложенный еще

в 1594 г. Амбруазом Паре, в нашей стране и за рубежом получил всестороннее

теоретическое и научно-практическое обоснование. В настоящее время реплантацию зуба используют в стоматологической практике при лечении хронических периодонтитов и их обострении, заболеваний пародонта, травматических

вывихов зубов, нагноившихся околокорневых кист, острых гнойных периоститов и ограниченных остеомиелитов челюстей, переломов и некоторых новообразований челюстей, а также при хирургическом и аппаратно-хирургическом

лечении аномалий положения зубов. В последние годы разработаны методики

реплантации корней зубов (В. И. Кулаженко, 1960); реплантации зуба с сохранением его круговой связки (А. М. Аль-Олофи, Е. Я. Малорян, 1987); с частичным восстановлением корня реплантата алюмооксидной керамикой (Н. Kirschner, 1981).Важно подчеркнуть, что для осуществления указанных операций

применяют методы первичной или отсроченной реплантации зуба.

Методика и этапы первичной реплантации зуба:

1. Выполняют отслаивание десны от шейки зуба с помощью гладилки.

2. Удаляют зуб щипцами (реже — элеватором) при минимальном повреждении альвеолы и зуба.

3. Зуб помещают в изотонический раствор натрия хлорида с антибиотиками, а лунку зуба покрывают стерильным марлевым шариком.

4. Осуществляют обработку реплантата: пломбирование каналов корней зуба и его кариозной полости соответствующими пломбировочными материалами, а также резекцию верхушек корней зуба и формирование полостей

в культях корней зуба с последующей их ретроградной пломбировкой серебряной амальгамой.

5. Тщательно удаляют с реплантата зубные отложения и остатки десны,

но аккуратно, не повреждая оставшийся периодонт.

6. Реплантат вновь помещают в изотонический раствор с антибиотиками и проводят кюретаж лунки. Это следует делать осторожно, удаляя патологические периапикальные ткани и не повреждая остатки периодонта, оставшегося в альвеоле.

7. Лунку зуба промывают раствором новокаина с антибиотиками, после

чего реплантат помещают в альвеолу. При необходимости проводят его иммобилизацию с помощью проволочной (пластмассовой) шины или применяют

зубодесневую повязку.

8. На реплантированный зуб накладывают стерильный шарик и просят

больного сомкнуть челюсти и удерживать его в течение 1-5 мин.

При острых и обострившихся хронических периодонтитах проводят отсроченную реплантацию зуба. В первое посещение зуб удаляют, обрабатывают по вышеописанной методике и ставят на хранение в холодильник в растворе с антибиотиками при температуре +4-6 °С. Спустя трое суток после

стихания острых воспалительных явлений реплантат возвращают в свою альвеолу. В промежутке между посещениями проводят антибактериальное, противовоспалительное, обезболивающее, десенсибилизирующее и местное (теплые ротовые антисептические ванночки, физиотерапия) лечение. Следует отметить, что перед установкой зуба в альвеолу послеоперационную периапикальную полость можно заполнить лекарственными препаратами. Положительный лечебный эффект операции реплантации зуба зависит от типа сращения в периодонте реплантата. Доказано, что при неповрежденном периодонтите образуется периодонтальный тип сращения стенок альвеолы с реплантатом, что наиболее благоприятно и обусловливает полное восстановление

функции реплантированного зуба. Такие зубы могут длительно успешно использоваться в качестве опорных зубов для мостовидных протезов.

На участках повреждения периодонта в 1-4 мм происходит анкилозирование реплантата с альвеолой без их резорбции; при повреждении периодонта

до 9 мм — анкилозирование с частичной резорбцией корня реплантата; при повреждении периодонта на участке более 16 мм — быстрая резорбция корня реплантированного зуба незначительным кратковременным анкилозированием.

В последние годы во всем мире большое внимание стали уделять широкому внедрению зубосохраняющих операций, производимых на амбулаторном хирургическом приеме. В арсенале этих операций лежат давно известные

методики. Однако врачи редко применяют данные операции и часто удаляют

зубы даже в тех случаях, когда возможно их сохранить, используя специальные модификации хирургического вмешательства.

Несмотря на значительные успехи дентальной имплантологии, не требует специальных доказательств огромное преимущество сохранения собственных зубов у пациентов, имеющих патологические изменения в околокорневых

тканях. Сохранение таких зубов целесообразно как с экономической точки

зрения, так и с точки зрения перспектив функциональных результатов лечения.

Благодаря разработке и внедрению новых хирургических методик с использованием различных материалов направленного действия и стеклоиономерных

цементов, значительно расширяются показания к проведению зубосохраняющих операций этим пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы/

В. М. Безруков [и др.]. М, 2002.

2. Боровский, Е. В. Клиническая эндодонтия / Е. В. Боровский. М., 1999.

3. Иорданишвили, А. К Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей/

A. К. Иорданишвили. СПб., 2002.

4. Руководство по стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред.

B. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. М., 2000.

5. Супиев, Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области/

Т. К. Супиев. М., 2001.