

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
ТА ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ
О.О. БОГОМОЛЬЦЯ МОЗ УКРАЇНИ



DEPARTMENT OF ORAL,
MAXILLOFACIAL SURGERY OF
NATIONAL O. BOHOMOLETS
MEDICAL UNIVERSITY MINISTRY
OF HEALTHCARE OF UKRAINE

УКРАЇНЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВИХ
ХІРУРГІВ (УАЩЛХ)



UKRAINIAN ASSOCIATION FOR
CRANIO-MAXILLO-FACIAL SURGERY
(UACMFS)

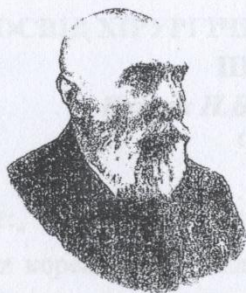
МІЖНАРОДНА АКАДЕМІЯ
«СТОМАТОЛОГІЧНА ІМПЛАНТАЦІЯ,
ОСТЕОІНТЕГРАЦІЯ» (ІАДІО)



INTERNATIONAL ACADEMY
«DENTAL IMPLANTATION,
OSSEOINTEGRATION» (IADIO)

IV З'їзд
УКРАЇНЬСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВИХ
ХІРУРГІВ

ПРИСВЯЧЕНИЙ ДОСЯГНЕННЯМ ВИДАТНИХ
ЩЕЛПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ



Київ – 15 травня 2015



тяжестью патологии. Чрезмерная хирургическая травма может привести к индуцированию иммунодефицитных состояний в организме, а неоправданно щадящая тактика, выбранная хирургом при удалении инородных тел из верхнечелюстного синуса – причиной недостаточной его санации.

Цель исследования: определить объем хирургического вмешательства при ревизии верхнечелюстного синуса с целью извлечения инородного тела морфологических исследований.

Результаты исследования. При хроническом ятрогенном гайморите с наличием пломбировочного материала (корневой герметик) в синусе изменения слизистой оболочки соответствуют фиброзу (в 91% случаев), некрозу (82 %), обнаруживаются колонии грибов (36 %). Хирургическое лечение данной группы больных предполагает извлечение инородного тела и частичное удаление, окружающей его участок мембраны Шнайдера.

При хроническом ятрогенном гайморите с наличием отломка корня зуба в синусе выявляется метаплазия (50 %) и утолщение (66,7 %) слизистой. Хирургическое лечение данной группы больных предполагает извлечение отломка корня и удаление максимально большого участка измененной слизистой оболочки в области обнаружения инородного тела.

При хроническом ятрогенном гайморите с дентальным имплантатом в синусе выявляется атрофия (100 %) слизистой оболочки. Извлечение инородного тела из пазухи у пациентов данной группы можно проводить без удаления слизистой оболочки гайморовой пазухи.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ

Кузняк Н.Б., Ткачик С.В., Бойчук І.Т.

Чернівці, Україна

Резюме: В умовах клініки апробована методика ретроградного пломбування кореневого каналу при різних формах хронічних періодонтитів. На основі клінічних та рентгенологічних даних доведено ефективність цього методу.

Вступ. Основне завдання лікування хронічних форм періодонтиту полягає в створенні умов, які попереджують проникнення мікроорганізмів та



продуктів їх життєдіяльності (токсинів) з інфікованого каналу зуба в періодонт. При періодонтиті виникає картина, при якій один кінець кореневого каналу відкритий в порожнину рота, а другий через апікальний отвір в періодонт. Якщо одна частина кореневого каналу герметично закрита, то токсини, а інколи і самі мікроорганізми виходять через іншу частину каналу, руйнують періодонт в ділянці верхівки кореня, що призводить до появи різних форм періодонтитів. Під час ендодонтичного лікування корневих каналів будь-якої групи зубів, а особливо лікуванні інфікованих каналів при різних формах періодонтиту та радикальних кистах складно створити умови, які би перекривали доступ мікроорганізмів та їх токсинів в апікальній ділянці та в ділянці устя кореневого каналу. Використання нових технологій під час ендодонтичного лікування: операційного мікроскопу, ультразвуку, нікель-титанових інструментів, апекс-локаторів, візіографів забезпечило можливість лікарю досягнути позитивних результатів в тих клінічних випадках, де ще декілька років тому успіх був неможливим. Розвиток сучасної ендодонтії дав пацієнтам надію, що зуб може бути збережений шляхом ендодонтичного лікування. Не менш важливе значення для збереження зуба та неможливості повторного інфікування кореневого каналу має реставрація.

Сучасні адгезивні системи та полімерні матеріали останнього покоління при висококваліфікованій реставрації та чіткому крайовому приляганні, перекривають доступ мікроорганізмів з порожнини рота в кореневий канал.

На допомогу стоматологам-ортопедом прийшли нові технології виготовлення високоточних зубних протезів, за допомогою яких можна досягнути чіткого крайового прилягання та створити неможливим доступ мікроорганізмів з порожнини рота в кореневий канал. І все таки, незважаючи на стрімкий розвиток стоматології, зростаючу конкуренцію, проблема санації і обтурації корневих каналів буде мабуть ще багато років залишатися не вирішеною.

В своїй практиці ми щоденно зустрічаємося з різними ускладненнями після ендодонтичного лікування: недопломбовані канали, злам інструмента в кореновому каналі, а кореневі канали обтуровані фіксованими анкерними штифтами за допомогою шклоіономерного цементу, зуби відновлені



куксовими вкладками, на яких фіксовані коронки, місткоподібні протези, коронки з фіксуючими елементами для бюгельних протезів, телескопічні коронки.

Всі ці пацієнти пройшли не один етап стоматологічного лікування, можливо лікувалися в різних лікарів і напевне вже не очікують зустрітися із зубним болем, а більше того з явищами запального характеру, внаслідок якого доводиться втрачати зуб, а разом з ним інколи і дороговартісні зубні протези. Як допомогти в таких випадках пацієнту не втратити зуб, та не дати приводу розчаруватися в можливостях стоматологічної допомоги. Звичайно, в кожному з випадків можливе різне лікування. Інколи при загостренні хронічного периапікального процесу достатньо призначити симптоматичне лікування, курс антибактеріальної терапії і пацієнт відчує покращання. Таке лікування не вирішує проблему радикально, але дає змогу вирішити її в плановому порядку. Якщо в зубі є прямий доступ до кореневого каналу, тоді потрібно скерувати пацієнта до стоматолога-терапевта, а при можливості – до стоматолога-ендодонта.

Розглянемо випадки, коли варто хірургу-стоматологу самому прийняти рішення. Це ті випадки, коли ендодонтичний доступ до кореневого каналу, а саме до верхівки, є досить складним, а інколи ризикованим. Слід пам'ятати, що майже кожен зуб можна зберегти при санованому періодонті.

Хірургічний доступ до верхівок корневих каналів в однокорневих зубах досить хороший, моляри і премоляри верхньої щелепи (в основному їх щічні корені, які є складними для ендодонтичного лікування) мають добрі умови для хірургічного втручання. Найбільш складним є доступ до верхівок коренів у нижніх великих кутніх зубах. Операція резекції верхівки кореня та ретроградне пломбування кореневого каналу при різних формах періодонтиту та радикальних кистах - це стандартне хірургічне втручання, мета якого цілком зрозуміла. Ретроградне пломбування кореневого каналу на практиці не завжди є стандартним, а при відсутності сучасного скелера з спеціальними насадками для ретроградного препарування кореневого каналу стає неможливим.

Матеріали і методи дослідження. Мета нашого методу – досягнути цільної obturaції кореневого каналу в ділянці верхівки кореня.

В клінічних випадках, де відсутня виражена деструкція кістки в ділянці верхівки кореня і верхня третина його має щільний зв'язок з кісткою, ми



резекцію верхівки не проводимо. У випадках вираженої деструкції та при радикальних кистах додатково проводимо резекцію верхівки.

Після хірургічного доступу, трепанувавши кортикальну частину кістки та відкривши верхню третину кореня, якісним твердосплавним круглим бором, відступивши на 2мм вниз від верхівки кореня на вестибулярній поверхні, перпендикулярно до осі кореневого каналу трепануємо корінь до легкого відчуття провалювання бора в ділянку кореневого каналу. Потім легкими круговими рухами, забираємо всередині дентин кореня вздовж каналу. В результаті такого препарування утворюється порожнина, вхідний отвір якої менший за саму порожнину. Перед пломбуванням промиваємо розчином перекису водню та хлоргексидину. Пломбуємо МТА цементом, оскільки це перший в історії біосумісний пломбувальний матеріал, до якого прилипають волокна sharpey і навіть врослають в нього. Якщо ми плануємо резекцію верхівки, то трепанацію і препарування кореня робимо ще на 2-3мм нижче верхівки, пломбуємо порожнину, а після пломбування відрізаємо тонким гострим фісурним бором верхівку по верхньому краю пломбованої порожнини. Промиваємо рану розчином антисептика та ушиваємо слизово-окісний клапоть. Таке хірургічне втручання дає можливість зберегти зуб; зупинити процес руйнування періодонту та кістки, створити благоприємні умови для відновлення кісткової структури та періодонту. В майбутньому, якщо в такому зубі буде повторно проводитися ендодонтичне лікування, обтурована верхівка значно полегшить роботу лікаря при обтурації самого кореневого каналу.

Результати оцінювали клінічно (відсутність симптомів хронічних періодонтитів) та рентгенологічно. При контрольних оглядах через 5-6 місяців після операції жодних скарг та клінічних ознак хронічного періодонтиту у пацієнтів не було виявлено.

Аналізуючи отримані дані клінічних спостережень та рентгенологічного контролю слід зазначити, що запропонована нами методика ретроградного пломбування кореневих каналів при різних формах хронічних періодонтитів є одним з альтернативних методів хірургічного лікування даної патології.