

Kuzniak Nataliya Bohdanivna,
*Bukovinian State Medical University, Ukraine, Professor, Chair of the surgical
and pediatric dentistry department,*
Tkachyk Stepan Vasilyevich,
*Bukovinian State Medical University, Ukraine, Assistant of surgical and
pediatric dentistry department*

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT CHRONIC PERIODONTITIS

Кузняк Наталія Богданівна,
*Буковинський державний медичний університет, Україна, завідувач
кафедри хірургічної та дитячої стоматології,*
Ткачик Степан Васильович,
*Буковинський державний медичний університет, Україна, асистент
кафедри хірургічної та дитячої стоматології*

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ

Наукова проблема, її значення. В умовах клініки апробована методика ретроградного пломбування кореневого каналу при різних формах хронічних періодонтитів на основі клінічних та рентгенологічних даних доведено ефективність цього методу.

Аналіз дослідження проблеми. 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.

Мета і завдання дослідження. Мета нашого методу – досягнути щільної obtурації кореневого каналу в ділянці верхівки кореня.

Виклад основного матеріалу та узагальнення отриманих результатів дослідження. Під час ендодонтичного лікування корневих каналів будь-якої групи зубів, а особливо лікуванні інфікованих каналів при різних формах періодонтиту та радикулярних кистах складно створити умови, які би перекривали доступ мікроорганізмів та їх токсинів в апікальній ділянці та в ділянці устя кореневого каналу[1]. 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 [2]. 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 [3].

На допомогу стоматологам-ортопедам 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 obtурації 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 obtуровані 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 дорогівартісні 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 кореневих 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 радикулярних 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 [4].

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 радикулярних кистах додатково проводимо резекцію верхівки.



Мал.1



Мал.2



Мал. 3

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 (мал.1). 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 врастають в нього (мал.2). 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 (мал.3). Таке хірургічне втручання дає можливість зберегти зуб, зупинити процес руйнування періодонту та кістки, створити сприятливі 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. Рентгенологічна картина в динаміці приведена на прицільних рентгенограмах (мал.4-7)



Мал.4. Явища хронічного періодонтиту



Мал.5. Стан після ретроградного пломбування



Мал.6. Кістогранульома



Мал.7. Стан після ретроградного пломбування

Висновки. 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.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгендиагностика в стоматологии. - М.: МИА, 1999. - С. 78.
2. Тронсал Л. Клиническая эндодонтия. Пер. с англ.; Под ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - С.67.
3. Хельвинг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология/ Под ред. А.М. Политун, Н.И.Смоляр. пер. с нем. – Львов: ГалДент, 1999. – С.81.
4. Шумский А.В., Поздний А.Ю. Эндодонтия в вопросах и ответах.- Самара: Самарский мед. институт "Ревиз", 2003. – С. 99.