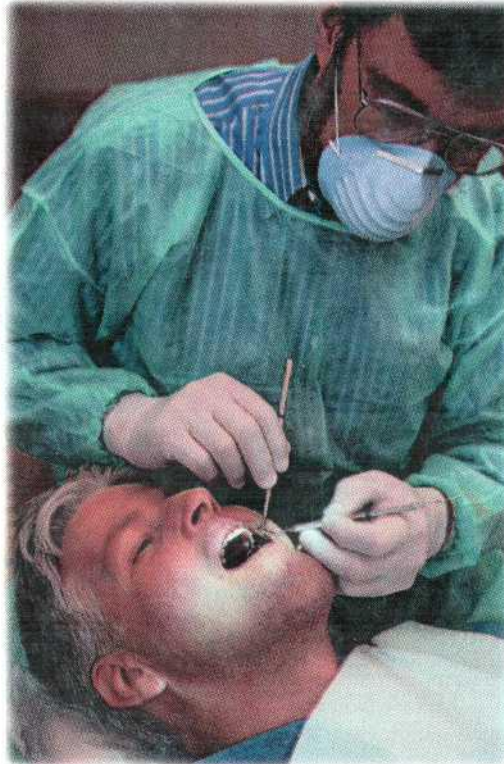
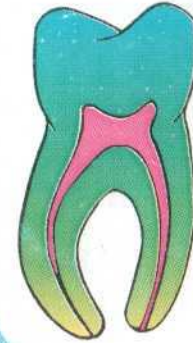


Скрипникова Т. П. Богашова Л. Я. Шевченко И. Б.

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ  
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ  
ХРОНИЧЕСКОГО  
ПЕРИОДОНТИТА  
В ВОЗРАСТНОМ  
АСПЕКТЕ**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ  
УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
АКАДЕМИЯ

*a*

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ  
ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
ПЕРИОДОНТИТА В ВОЗРАСТНОМ  
АСПЕКТЕ**

*Методические рекомендации*

ПОЛТАВА  
**2001**

Рецензенты: - Митченко В. И., профессор, зав. кафедрой пропедевтики хирургической стоматологии УМСА - Петрушанко Т. А., доцент кафедры терапевтической стоматологии.

Скрипникова Т. П., Богашова Л. Я., Шевченко И. Б. Хирургические методы лечения хронического периодонтита в возрастном аспекте. Полтава: Формика, 2001 - 20 с. ИЛ:26.

В настоящем издании изложены показания, противопоказания и различные методы оперативного лечения хронического периодонтита пациентов разного возраста.

Методические рекомендации рассчитаны на врачей-стоматологов, врачей-интернов, студентов стоматологического профиля.

Методические рекомендации утверждены на заседании ЦМК УМСА, протокол № 7 от 26. 04. 2001 г.

*Ответственный за подготовку и издание рекомендаций: ректор Украинской медицинской стоматологической академии проф. Скрипни- ков Н. С. и зав. кафедрой последипломного образования врачей - стоматологов проф. Скрипникова Т. П.*

© Скрипникова Т. П., Богашова  
Л. Я., Шевченко И. Б., 2001.

© ЧФ «Формика», 2001.

Одонтогенные очаги инфекции и их устранение — одна из актуальных проблем стоматологии. Большое внимание в литературе уделяется обоснованию методов оперативного лечения хронического периодонтита.

Важное значение придается сохранению анатомической формы зуба, зубной связки, топографоанатомическим особенностям расположения зубов в альвеолярном отростке верхней и нижней челюстей, соотношению их к дну верхнечелюстной полости и нижнечелюстному каналу.

В настоящем издании представлены разные хирургические методы лечения хронического периодонтита: резекция верхушки корня, ампу- тация корня, гемисекция и коронорадикулярная сепарация зуба, реп- ланация зуба. Разработаны и уточнены показания и противопоказания к этим методам лечения в зависимости от возраста и сопутствующего заболевания.

## **РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ**

С целью сохранения зубов при хирургическом лечении разных форм хронического периодонтита используются различные оперативные вмешательства и, в первую очередь, резекция верхушки корня, которая производится на всех зубах как верхней, так и нижней челюсти (кроме 3-х моляров).

Показаниями к операции в основном являются: хронический пери- одонтит, не поддающийся консервативному лечению; хронические одонтогенные очаги инфекции (околоверхушечные гранулемы, кисто- гранулемы, кисты); осложнения консервативного лечения пульпитов, периодонтитов: перфорация корня зуба у его верхушки, недопломби- рование корневого канала, чрезмерное выведение пломбирочного материала или штифта за верхушку корня, наличие в канале корня зуба отломков эндодонтического инструментария (у его верхушки), осложнение хронического периодонтита субпериостальной гранулемой, обострение хронического гранулирующего периодонтита. При отломе верхушки корня во время травмы производится операция удаления верхушки по типу операции резекции верхушки корня.

Противопоказаниями к операции являются: сопутствующие заболе- вания, снижающие защитные свойства организма такие как энцефалит, язва желудка, диабет, острые респираторные заболевания, токсикоин- фекции, заболевания слизистой оболочки полости рта.

Операция противопоказана людям пожилого возраста (после 60 лет), у которых резко снижены репаративные процессы тканей.

Методика операции производится по классическому методу (А. И. Евдокимова, 1972) под проводниковым или инфильтрационным обезболиванием.

Выбор метода обезболивания зависит от того, на какой челюсти производится операция и верхушка какого зуба удаляется. Разрез производится у верхушки зуба в виде дуги, основанием кверху, отслаивается слизисто-надкостничный лоскут, шаровидным бором удаляется кортикальная стенка альвеолы у верхушки корня, а при обнаружении перфорационного отверстия — оно расширяется фиссурным бором, производится резекция верхушки корня до дна костной полости (при кистах, кистогранулемах), резецированная поверхность корня должна быть косою и располагаться снаружи, чтобы хорошо был виден пломбировочный материал в корневом канале. Затем выскабливаются грануляции, оболочка, избыток пломбировочного материала, полость промывается антисептическими растворами: 1 % р-ром диоксида, 0,5 % р-ром хлоргексидина биглюконата, заполняется веществами, способствующими оптимизации процессов регенерации: костной мукой, порошком гидроксилатапата, колаполом и т. д. При недопломбировке корневого канала на 1/2 производится ретроградное пломбирование корневого канала, которое технически возможно осуществить только корневым каналом зубов верхней челюсти (кроме второго моляра).

Ретроградное пломбирование корневого канала производится практически любым пломбировочным материалом, однако необходимо хорошо высушить рану перед пломбированием. При применении амальгамы для пломбирования канала обычно можно не добиваться идеальной сухости перед пломбированием. Затем лоскут укладывается на место и ушивается кетгутowymi швами.

При осложнении хронического гранулирующего или гранулематозного периодонтита субпериостальной гранулемой, выполняется разработанная нами следующая операция (метод запатентован). Предварительно зуб подвергается эндодонтическому лечению, затем после рентгенологического контроля для определения степени заполнения корневого канала выполняется операция резекции верхушки корня или корней с одновременным выскабливанием поднакостничной гранулемы. При обнаружении у верхушки корня гнойного отделяемого больным назначаются antimicrobные, противовоспалительные и антигистаминные препараты. Больному рекомендуется не давать нагрузку на зуб в течение 3-х, при операции на зубах верхней челюсти и 4-х недель при операции на зубах нижней челюсти (рис. 1-14).



Рис.1. Рентгенограммы больной С., 20 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 35, до операции.



Рис. 2. Рентгенограмма больной С., 20 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 35, после операции через месяц.

Рис. 3. Рентгенограмма больного М., 20 лет. Диагноз: радикулярная киста в области 31, до операции.

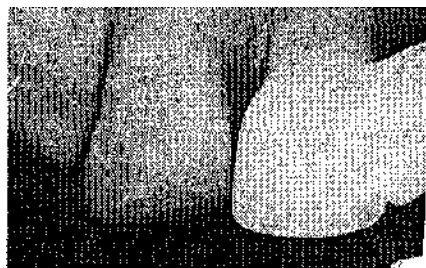


Рис. 5. Рентгенограмма больной С., 28 лет. Диагноз: радикулярная киста в обл. 22, до операции.



Г

Рис. 4. Рентгенограмма больного М., 20 лет. Диагноз: радикулярная киста в области 31, после операции через 3 месяца.



Рис. 6. Рентгенограмма больной С., 28 лет. Диагноз: радикулярная киста в обл. 22, после операции через месяц.



Рис. 7. Рентгенограмма больной Б., 36 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 36, осложненный субпериостальной гранулемой, до операции.

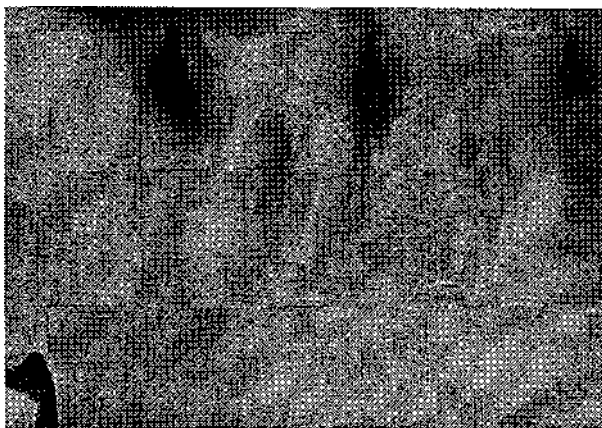


Рис. 8. Рентгенограмма больной Б., 36 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 36, осложненный субпериостальной гранулемой, через месяц после операции.

Рис. 9. Рентгенограмма больной К., 48 лет. Диагноз: радикулярная киста у 22, до операции.



Г



Рис. 10. Рентгенограмма больного К., 48 лет. Диагноз: радикулярная киста у 22, после операции через 3 недели.



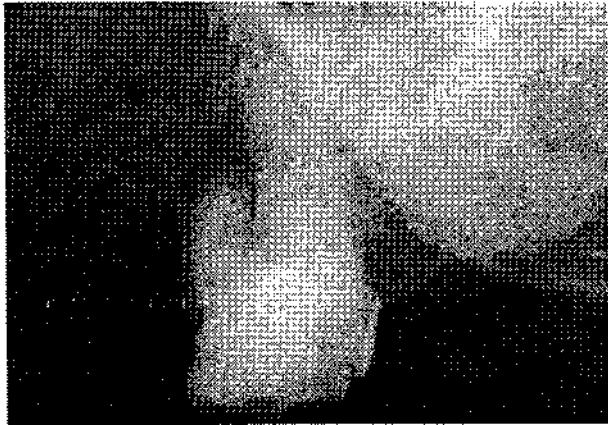


Рис. 11. Рентгенограмма больной Г., 60 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 26, до операции.



Рис. 12. Рентгенограмма больной Г., 60 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 26, после операции через 3 недели. В костную полость помещен гидроксилпатит.

Рис. 13. Рентгенограмма больного Б., 52 года. Диагноз: радикулярная киста в области 22, до операции.



Рис. 14. Рентгенограмма больного Б., 52 года. Диагноз: радикулярная киста в области 22, через 3 месяца после операции. В костной полости гидроксилпатит.

## АМПУТАЦИЯ КОРНЯ

Операция ампутации корня зуба проводится на многокорневых зубах верхней челюсти — молярах (первом и втором).

Показанием к операции являются в основном: непроходимость и в результате этого недопломбировка чаще всего одного из щечных каналов, или наличие кистогранулемы у верхушки корней, кисты, отлом эндодоптического инструментария, выведение штифта за верхушку корня зуба, обнажение корня при пародонтозе (при пломбировании корневых каналов); резорбция стенок лунки корня, перфорация в области трифуркации, облитерация канала.

Противопоказания к операции ампутации такие же, как и к операции резекции верхушки корня зуба.

При этой операции может быть удален один щечный корень или оба. И хотя в литературе имеются сведения об удалении небного корня, мы такой операции не производили, так как небный корень, как правило, хорошо проходим и не вызывает затруднений при пломбировании.

Методика операции. Под туберальной анестезией производится вертикальный разрез впереди зуба или позади него (в зависимости от удаляемого корня — медиального или дистального), отслаивается слизисто-надкостничный лоскут, шаровидным бором удаляется часть наружной стенки альвеолы до обнаружения бифуркации, фиссурным бором удаляется корень, сглаживаются бором острые края альвеолы, коронки зуба, лоскут укладывается на место и ушивается кетгутовыми швами. Нагрузка на оперированный зуб возможна через 3-4 недели (рис. 15,16).

## КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ

Эта операция производится на молярах нижней челюсти. Показанием к ней являются: развитие хронического воспалительного процесса между корнями моляров с деструкцией межкорневой перегородки (межкорневая гранулема); перфорация бифуркации; отлом коронки до бифуркации.

Противопоказаниями к операции являлись: подвижность зуба, недопломбирование корневых каналов, возрастных противопоказаний к этой операции нет.

Методика операции: под проводниковой анестезией при помощи двустороннего диска разделяли коронку до бифуркации, бифуркацию разрушали фиссурными или конусовидным алмазным бором, выскабливали грануляции, рану промывали антисептическими растворами, наз-

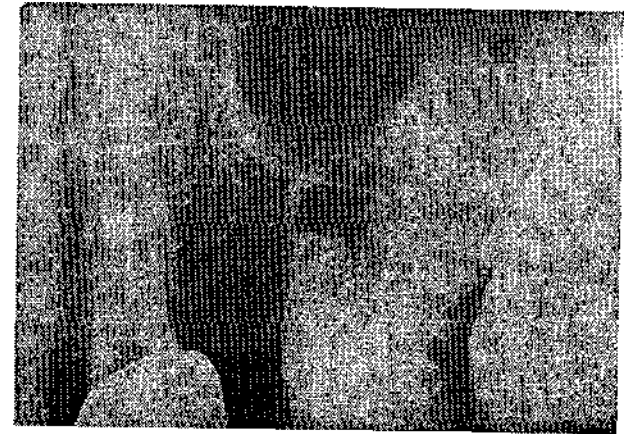


Рис. 15. Рентгенограмма больной Б., 45 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 26, до операции.



Рис. 16. Рентгенограмма больной Б., 45 лет. Диагноз: хронический гранулематозный периодонтит 26, после операции через 3 месяца.



начали полоскание. Через 3 недели после операции на оба фрагмента коронки зуба рекомендовали изготовить коронки и спаять их между собой. При отсутствии колонковой части зуба рекомендуется восстановить ее штифтами и фотополимерами в виде двух премоляров (рис.17,18).



Рис. 17. Рентгенограмма больного О., 32 года. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит 46, межкорневая гранулема. До операции.

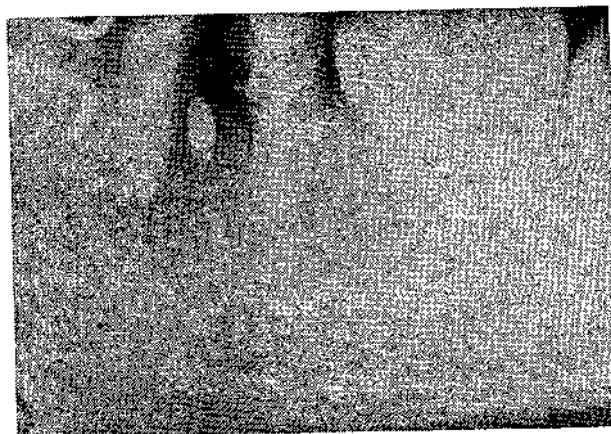


Рис. 18. Рентгенограмма больного А., 46 лет. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит 36, межкорневая гранулема. После операции.

## ГЕМИСЕКЦИЯ ЗУБА

Операция гемисекции производится на жевательных зубах нижней челюсти — первом и втором молярах.

Показаниями к этой операции являлись: незапломбированные корневые каналы из-за их искривления, непроходимости, наличия инородного тела, наличие глубокого костного кармана у одного из каналов, перфорация бифуркации и корневого канала в верхней его части.

Необходимым условием для этой операции выявлялось правильное соотношение величины коронки зуба к корню. Для первых моляров нижней челюсти правильное соотношение длины коронки к длине корня — 1:1,2; для вторых моляров — 1:1,5.

Противопоказания к операции: подвижность зуба, нарушение соотношения величины коронки и корня; наличие глубоких костных карманов у обоих корней или у корня, подлежащего сохранению, недопломбировка корневого канала, подлежащего сохранению. Возрастных противопоказаний к этой операции нет.

Методика операции заключалась в следующем: после тщательной эндодонтической терапии и наложения пломбы коронка зуба распиливается при помощи диска до бифуркации, бифуркация разрушается тонким фиссурным или конусовидным алмазным бором до появления подвижности сегментов. Часть коронки вместе с корнем зуба удаляется при помощи клювовидных щипцов. Чаще удаляется медиальный корень в связи с определенными трудностями пломбирования каналов этого корня.

В том случае, если коронковая часть удаляемого корня хорошо сохранена и медиальные каналы частично запломбированы, мы разработали новый вид операции (метод запатентован): производится операция гемисекции по вышеизложенной методике, затем резекция верхушки извлеченного корня, корневые каналы ретроградно расширяются и пломбируются, лунка и корень обрабатываются 1 % раствором диоксида, а затем корень вновь возвращается в лунку. Через 3 недели после приживления оба фрагмента рекомендуется восстановить двумя коронками, спаяв их между собой. В случае невозможности восстановить коронками, можно применить фотополимерные материалы. •

Сочетанная операция гемисекции с реплантацией показана в молодом и зрелом возрасте, если пациенты не страдают заболеваниями, снижающими защитные силы организма.

У тех больных, у которых коронковая часть удаляемого корня разрушена, применяется следующая методика операции: производится

## РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА

Показаниями к реплантации зуба являются многокорневые подвижные зубы как правило, нижней челюсти с запломбированными корневыми каналами не до верхушки корня, а следовательно, с развившимся воспалительным процессом; при недопломбировке корневых каналов и невозможности их перепломбировывания; при недопломбировке корневых каналов и разрушении части лунки и подвижности зуба (когда резекция верхушки корня не показана), пародонтит. Операция реплантации показана в юношеском и зрелом возрасте.

Противопоказания к операции: значительная подвижность зуба, разрушение стенок лунки, перелом корня во время удаления зуба или отлом стенки лунки.

Противопоказанием к ней являются сопутствующие заболевания и состояния, резко снижающие защитные силы организма: энцефалит, острые респираторные заболевания, диабет, стресс и др.

Методика операции заключалась в следующем: под проводниковой анестезией осторожно удаляется зуб, лунка выполняется тампоном, смоченным 1 % раствором диоксида, 0,5 % раствором хлоргексидина биглюконата.

У удаленного зуба, держа его за коронку (необходимо щадить волокна периодонта на корнях зуба) нужно резецировать верхушку корня, тонким фиссурным бором ретроградно расширить корневые каналы, обработать их 1 % раствором диоксида, высушить, запломбировать пломбировочными материалами, способствующими оптимизации процессов репаративного остеогенеза. Пломбировочным материалом необходимо закрыть всю резецированную верхушку корня. После затвердения пломбы зуб помещается в 1 % раствор диоксида, а тем временем удаляется тампон из лунки и производится ревизия лунки, при необходимости удаляется кистозная оболочка со дна лунки, избыточное количество грануляций, ни в коем случае не производится скобление стенок лунки (для максимального сохранения волокон периодонта), после этого зуб вводится в лунку и не фиксируется. Через 3 недели зуб принимает участие в акте жевания, может служить опорой при протезировании.

Максимальное щажение волокон периодонта необходимо в связи с тем, что реплантационный зуб имеет 3 вида приживления: периодонтальный, периодонтально-остеоидный и остеоидный тип. Из них первый — самый благоприятный и физиологичный (рис. 23-26).

Существует отсроченная или двухэтапная операция реплантации, которая производится при развитии или острого воспалительного процесса в периодонте или периостите и заключается на 1-м этапе в удалении зуба, вскрытии субпериостального абсцесса, лечении гнойной раны. На 2-м этапе после ликвидации острого воспаления зуб возвращается в лунку.



Рис. 23. Рентгенограмма больной Г. Диагноз: радикулярная киста в области 37, до операции.



Рис. 24. Рентгенограмма больной Г. Диагноз: радикулярная киста в области 37, после операции.

## СОДЕРЖАНИЕ

Резекция верхушки корня .....	3
Ампутация корня .....	12
Короно-радикулярная сепарация .....	12
Гемисекция зуба .....	15
Реплантация зуба .....	18

\*

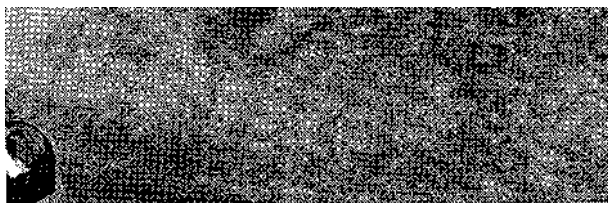


Рис. 25. Рентгенограмма больной К., 32 года. Диагноз: хронический грануломатозный периодонтит 46, до операции.

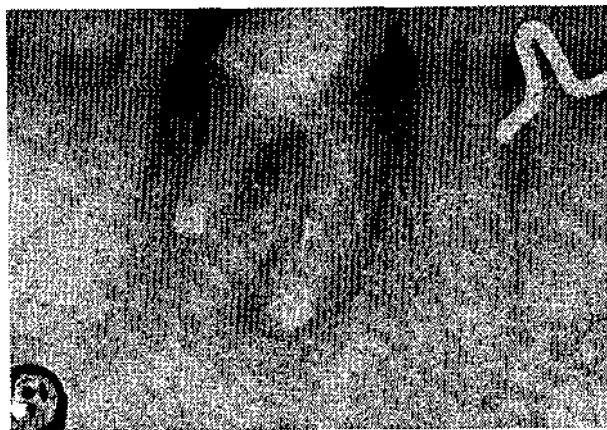


Рис. 26. Рентгенограмма больной К., 32 года, диагноз: хронический грануломатозный периодонтит 46. После операции.

Подписано к печати 07.07.2001. Формат 60x84/16.  
Бумага офсетная № 1. Гарнитура «Thames». Печать  
офсетная. Уел. печ. л. 1,16.

Отпечатано в типографии ЧФ «Формика».