Государственное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

«Башкирский государственный медицинский университет

УИРС

на тему: «Анализ зубосохраняющих методов лечения хронических периодонтитов»

Выполнил:

Абдуллина Айгуль Флоридовна

Уфа, 2010 г.

Содержание

Введение

. Резекция верхушки корня зуба

. Короно-радикулярная сепарация

. Гемисекция и ампутация корня

. Реплантация зубов

. Удаление зуба

. Анализ проведения хирургических методов лечения хронических периодонтитов в Бижбулякской Центральной районной больнице за 2009 год

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Вопросы консервативного лечения периодонтитов довольно хорошо разработаны. Однако в ряде случаев невозможно с их помощью добиться извлечения зуба, поэтому лечение периодонтитов проводят и конссервативно-хирургическими методами. На первом этапе осуществляют зндодонтическое лечение во всех проходимых каналах зуба, а затем - хирургическое вмешательство. Хирургические методы позволяют во многих случаях сохранить или весь зуб или его часть, устранить дальнейшее разрушение зуба, создать условия для функционирования зуба в челюсти и дальнейшего рационального протезирования. При хирургическом лечении периодонтитов используют следующие методы:

. Резекцию верхушки корня;

. Корону-радикулярную сепарацию;

. Гемисекцию и ампутацию корней моляров и премоляров;

. Реплантацию зубов;

. Компактостеотомию и кюретаж;

. Удаление зубов.

В каждом случае выбор метода лечения зависит от ряда условий:

. Наличия анатомического препятствия для инструмеентальной обработки и обтурации корневого канала (изгиб, сужение канала, наличие дентиклей, облитерации, пломбировочного материала в канале зуба),

. Близости верхнечелюстной и ноосовой полостей, наличия сросшихся корней в многокорневом зубе, близости нижнечелюстного нерва,

. Анатомического расположения зуба на альвеолярном отростке, положения пораженного корня по отношению к корням соседних зубов и возможности вовлечения их в воспалительный процесс,

. Характера патологического процесса (одонтогенная киста, остеомиелит, опухоли челюстей и др.),

. Наличия мостовидного протеза, в котором штифтовые зубы используются в качестве опоры,

. Наличия отломков инструментов в канале зуба и их локализации,

. Возможности включения зуба или отдельных его корней в мостовидный или бюгельный протез;

. Общего состояния организма, перенесенных иныекционных заболеваний, состояния неспецифической резистентности организма, которые влияют на репаративные процессы в пародонте.

периодонтит сепарация зуб хирургический

1. Резекция верхушки корня зуба

Резекция верхушки корня состоит в отсечении верхушки пораженного корня и удалении патологически измененных тканей, прилежащих к ней.

Резекция верхушки корня с последующим кюретажем полезна при:

. Хроническом гранулирующем и гранулематозном периодонтите, когда консервативными методами не удается устранить хронический воспалительный процесс в периодонте;

. Недопломбирование корневого канала вследствие антомического препятствия (изгиб, сужение, дентикли, облитерация канала зуба);

. Отлом инструментов в канале зуба при их эндодонтической обработке;

. Переломе корня зуба в области верхушки;

. Наличия мостовидного протеза, когда штифтовые зубы используются в качестве опоры, и имеется разрежение кости в области верхушки корня зуба;

. Перфорация стенки корня в верхней его трети;

. Хроническом остеомиелите в том случае, когда верхушка корня находится в очаге поражения;

. повреждении верхушки корня во время удаления рядом расположенного ретенированного зуба;

. одонтогенной кисты;

. чрезмерном выведении за верхушку корня пломбировочного материала, когда вокруг него образуется патологический процесс или имеется длительный болевой синдром;

. взятии биопсийного материала для проведения дифференциальной диагностики опухолей челюстей одонтогенного происхождения.

Чаще всего показанием к операции резекции верхушки корня является наличие гранулемы, гранулирующего процесса или окорневой кисты.

Противопоказаниями к операции верхушки корня служат:

. острый и обострившийся хронический периодонтит, острый остеомиелит;

. расположение корней зубов вблизи стенок верхнечелюстной полости или нижнеальвеолярного нерва;

. подвижность зуба третьей степени, связанная со значительным разрушением альвеолы (более, чем на ⅓ длины корня);

. значительным разрушением коронки зуба и прилегающей к ней поддесневой части корня кариозным процессом и невозможность его восстановления пломбировочным материалом или вкладками;

. общие тяжелые заболевания (сердечно-сосудистая патология, острые заболевания крови, некомпенсированный диабет, органические нарушения почек и др.).

Резекцию верхушки корня, как правило, производят у резцов, клыков, премоляров верхней челюсти и резцов, клыков нижней челюсти. При лечении моляров верхней челюсти, премоляров и моляров нижней челюсти эту операцию делают значительно реже. При резекции верхушек корней моляров операция технически более сложна из-за необходимости удалять большое количество кости, плохого контроля за качеством пломбирования при ретроградном заполнении каналов зуба, близости верхнечелюстной пазухи.

Анатомо-клинические исследования, проведенные А.С. Ивановым, подтвердили возможность резекции корней многокорневых зубов. Автором были проведены операции на многокорневых зубах с резекцией верхушек при хронических периодонтитах. Положительный результат был получен у 91,6% больных.

Алгоритм выполнения «Резекции верхушки корня зуба»

Материальное обеспечение:

набор хирургических инструментов: скальпель, распатор, хирургический пинцет, иглодержатель, гладилка, кюретажная ложка, ножницы, крючок

Фарабефа, боры (фиссурный или конический);

карпульный или одноразовый шприц;

иньекционная игла (для карпульного или одноразового шприца);

- карпульный анестетик (Ultracain D-S forte (Aventis); Ubistesin forte,

Mepivastesin (3M Espe); Septanest (Septodont) и др.;

- антисептик 0,02% р-р хлоргексидина, декасан или др.)

средство для гемостаза (3% р-н перекиси водорода, аминокапроновая кислота). Операцию выполняют под местной анестезией с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Предоперационная подготовка состоит из санации полости рта, премедикации седативными и обезболивающими средствами (мепробомат, седуксен и др. по 1-2 таблетки за 1-2 часа до операции; анальгин, ацетилсалициловая кислота, амидотирин по 0,5 г), обработки полости рта слабыми растворами антисептиков. На верхней челюсти при операции на фронтальном участке применяют инфраорбитальную, резцовую и инфильтрационную анестезию с вестибулярной и небных сторон на высоте верхушки корня. На нижней челюсти проводят инфильтрационную анестезию с вестибулярной и язычной сторон, а также проводниковую (мандибулярную или торусальную).

В области фронтальных зубов верхней челюсти при очаге поражения размером до 0,5-0,7 см производят традиционный дугообразный разрез слизистой оболочки альвеолярного отростка на расстоянии 0,5 см от предполагаемой нижней границы трепанационного отверстия. Разрез делают на всю глубину до кости. В области премоляров, моляров верхней и нижней челюстей и фронтальных зубов нижней челюсти некоторые авторы предлагают формировать угловой или трапециевидный лоскут. Этот разрез более физиологичен, он не пересекает сосуды и нервы, идущие к десневому краю. Вертикальный разрез делают в межкорневой области медиальнее пораженного зуба и дополняют горизонтальным по краю десны, который продолжают дистальнее пораженного зуба. При необходимости этот разрез дополняют вертикальным с дистальной стороны. Такая методика формирования лоскута позволяет создать хороший обзор операционного поля, получить лоскут, предупредить образование свища при расхождении краев операционной раны, не травмировать сосудисто-нервный пучок по выходе из подбородочного отверстия, накладывать швы на расстояние от трепанационного отверстия независимо от его размеров.

Слизисто-надкостничный лоскут осторожно отслаивают с помощью распатора и марлевого тампона и удерживают тупым крючком. Довольно часто компактная пластинка в области околоверхушечного очага бывает узуртрирована или истончена в виде пергаментного листа. Плотную компактную пластинку трепанируют фиссурным бором с помощью высокооборотных машин или турбин. В процессе трепанирования компактной пластинки альвеолярного отростка проводят орошение и вымывание костной стружки раствором фурацилина или этакридина лактата. После обнажения верхушек корня ее резерцируют фиссурным бором на уровне нижней границы трепанационного отверстия. Затем костной ложкой или экскаватором производят кюретаж полости, удалив патологически измененные ткани. Фрезой сглаживают острые края трепанационного отверстия. Полость промывают 3% раствором перекиси водорода, и проверяют качество заполнения канала угловым зондом. При некачественном заполнении канала пломбировочным материалом, проводят ретроградное пломбирование канала серебряной амальгамой.

Небольшим шаровидным бором расширяют корневой канал, а затем обратноконусным бором формируют в культе корня полость. Промывают ее спиртом, просушивают и пломбируют серебряной амальгамой, тщательно конденсируя ее и удаляя излишки. После этого обрабатывают внутреннюю поверхность лоскута, иссекают грануляции и свищевой ход. Слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место, закрепляют швами из полиамидной нити или кетгута и накладывают давящую повязку. Больному назначают холод в течение 20-30 минут, щадящую дииету, хлорид кальция, дают рекомендации по соблюдению правил гигиены полости рта. Ослабленным больным и при обострении процесса назначают курс антибиотиков и сульфаниламидных препарратов (левомицетин, метронидазол, сульфадиметоксин и др.) одновременно с нистатином или леворином. Швы сннимают на 5-7 день.

В течение трех месяцев больному рекомендуется оберегать прооперированный зуб от больших нагрузок при приеме пищи. В дальнейшем обязательны контрольные рентгенограммы (через 3, 6 и 12 месяцев).

К серьезным осложнениям относятся вскрытие верхнечелюстной пазухи, прободение дна носовой полости, слизистой оболочки и периоста челюсти с небной стороны. Тщательное изучение соотношения корней моляров и верхнечелюстной пазухи, носовой полости на ретгенологических снимках щадящая обработка верхней стенки костной полости способствуют предупреждению этих осложнений. При случайном вскрытии верхнечелюстной пазухи и отсутствия серозно-гнойного содержимого ее не промывают, в полости оставляют смесь антибиотиков и рану зашивают наглухо. Небную стенку полости необходимо обрабатывать под контролем пальца хирурга, который при этом прижимается к слизистой оболочке неба.

. Короно-радикулярная сепарация

Короно-радикулярную сепарацию применяют при лечении моляров нижней челюсти. Под короно-радикулярной сепарацией понимают рассечение зуба на две части в области бифуркации с последующим проведением кюретажа в этой области и покрытием каждого сегмента зуба спаянными коронками. Показаниями к короно-радикулярной сепарации являются поражение пародонта в области бифуркации с лизисом верхушки межкорневой перегородки, перфорация дна полости зуба в процессе лечения зуба, перфорация дна полости зуба в результате деструкционного процесса, наличия дополнительных канальцев, соединяющих полость зуба с периодонтом в области бифуркации. Операция противопоказана в случаях, когда бифуркация находится близко к верхушкам корней, так как обнажение ее привело бы к удалению большей части ткани зуба, кости и к функциональной неполноценности оставшихся фрагментов зуба.

Техника проведения короно-радикулярной сепарации. Корневые каналы моляров нижней челюсти подвергают тщательному эндодонтическому лечению. Под проводниковой мандибулярной или инфильтрационной анестезией коронку зуба распиливают пополам в области бифуркации сепарационным диском (различного диаметра) или длинными конусовидными алмазными либо твердосплавными борами. В области бифуркации тщательно сглаживают нависающие края и проводят кюретаж. Межкорневой патологический карман промывают раствором фурациллина, этакридина лактата и накладывают защитную повязку. Фрагменты зуба фиксируют с соседними зубами шиной из лигатурной проволоки или норакрилом. В дальнейшем изготавливают на каждый из корней коронки, спаивают между собой.

. Гемисекция и ампутация корня

Гемисекцию осуществляют на молярах нижней челюсти и премолярах верхней челюсти, а ампутацию - на молярах верхней челюсти. Ампутация корня включает в себя удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части зуба. Гемисекция означает удаление корня вместе с прилежащей коронковой частью зуба. Эти способы позволяют сохранить часть зуба на альвеолярном гребне, фрагмент сохраняет проприоцептивную чувствительность и функционирует, включенный в ортопедический протез. Некоторые авторы считают, что место ампутации необязательно должно совпадать с анатомической шейкой корня зуба, но необходимо производить на этом уровне. Где заканчивается участок поражения в тканях периодонта.

Метод ампутации корня моляра нижней челюсти впервые применил Black (1886). Затем этот метод получал развитие в работах Aneo (1966), Basaraba (1969) и многие другие. В нашей стране ампутацию и гемисекцию применяли В.М. Акраменко (1959), Я.И. Гутнер (1964), А.И. Рыбаков и В.С. Иванов(1973,1980). Показаниями к операции гемисекции и ампутации корня многокорневых зубов являются:

. наличия глубоких, более чем на 1/2 и ¾ длины корня, внутрикостных карманов в области одного из корней многокорневых зубов;

. поражение и убыль кости в области фуркации и обнажение одного из корней;

. переломы корней зубов, вертикальный раскол зуба;

. перфорация в области бифуркации или стенки корневого канала с наличием разрежения альвеолярной кости;

. непроходимость каналов одного из корней многокорневого зуба с хроническим периодонтитом, отлом инструмента, внутриканальные анатомические препятствия, облитерация канала;

. значительное поражение кариесом цемента и дентина одного из корней;

. случай, когда сохранение пораженного корня может способствовать распространению патологического процесса на соседние зубы, несмотря на эндодонтическое лечение;

. наличие мостовидного протеза, когда зуб используется в качестве опоры и имеется значительное разрежение костной ткани у одного из корней;

. наличие околокорневой кисты, когда верхушка корня выступает в просвет кисты более, чем на ¾ длины корня;

. хронический остеомиелит в том случае, когда корень находится в очаге поражения;

. Невозможность проведения резекции верхушки корня из-за анатомических препятствий.

Ампутацию корня осуществляют двумя способами: с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута и без отслаивания. В первом случае в зависимости от того, какие зубы удаляются щечные или небные формируют лоскут с вестибулярной и небной стороны, обычно угловой или трапециевидной формы. После отслаивании лоскута бором проводят частичное удаление альвеолярной стенки, обнажая место фуркации. Фиссурным бором отделяем по эмалево-дентинной границе или экскаватором или щипцами. При затрудненном удалении рассекают кость по всей длине корня и удаляют его по частям. Затем сошлифовывают нависающие края зуба в области фуркации и острые края альвеолы, проводят кюретаж. Лоскут укладывают на место и фиксируют швами.

Второй способ - без отслаивания лоскута - применяют при отсутствии соседнего зуба. С помощью конусного бора иссекают небольшую часть коронки зуба на уровне эмалево-цементной границы, которая прилежит к пораженному корню, в результате чего обнажается поперечное сечение корня. Длинным конусным бором отсекают пораженный корень, после чего его удаляют элеватором или щипцами, сошлифовывают нависающие края в области фуркации. Поверхность смыкания коронки зуба формируют соответственно оставшимся корням зуба.

Техника проведения ампутации корня у витальных моляров верхней челюсти состоит в следующем. Под местной анестезией откидывают слизисто-надкостничный лоскут, фиссурным стерильным бором отсекают корень в месте отхождения его от коронки зуба, удаляют корень, орошают место ампутации теплым изотоническим раствором хлорида натрия или раствором антисептиков. Культю закрывают на 2-3 мин тампоном, смоченным раствором перекиси водорода. Стерильным обратноконусным бором формируют внутри канала полость с площадкой, наносят препараты гидроокиси кальция, после чего на нее без давления накладывают фосфат-цемент. Амальгамовую пломбу накладывают после затвердения цемента.

Послеоперационный период протекает спокойно. Больному проводят антисептическую обработку раны, швы снимают на 6-7 день. Оставшийся фрагмент зуба покрывают коронкой и в зависимости от клинических условий включают в мостовидный или бюгельный протез.

. Реплантация зубов

Существующие виды операций пересадки зубов разделяют на:

реплантацию, когда удаленный, а затем запломбированный зуб пересаживают в свою же лунку;

аутотрансплантацию, при которой зуб пересаживают в другую лунку той же челюсти;

аллотрансплантацию, когда пересаживают зубы, полученные от других лиц.

Показания:

. Острые и хронические периодонтиты, когда консервативные и физические методы лечения не дают положительного результата, а резекция верхушки корня, ампутация и гемисекция не показаны;

. Осложнения во время консервативного лечения (перфорация стенок канала, наличие инструмента в канале корня, облитерация канала и др.);

. Полный вывих зуба;

. Ошибочное удаление зуба;

. Деструктивный процесс, когда кариозная полость расположена глубоко под десной;

. Гайморит одонтогенного происхождения с целью купирования воспалительного процесса;

. Аномальное положение зубов и отсутствие результатов ортодонтического лечения.

При решении вопроса проведения реплантации зуба учитывают общее состояние, возраст больного, состояние костной ткани, характер патологического процесса.

Противопоказания:

. Общие заболевания и физиологические состояния, при которых затормаживаются процессы заживления (открытая форма туберкулеза, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания крови);

. Неблагоприятное для удаления анатомическое расположение корней зубов, ведущее к повреждению, перелому, отлому корней зуба или его лунки;

. Воспалительные заболевания в полость рта

. Воспалительно-дистрофическая форма пародонтоза II-III стадии;

. Плохой уровень гигиены полости рта.

Перед проведением операции реплантации зуба больному проводят санацию полости, зуб, подлежащий реплантации, подвергают эндодонтическому лечению, коронку зуба восстанавливают пломбировочными материалами.

Техника проведения. После проведения проводниковой или инфильтрационной анестезии, гладилкой аккуратно отслаивают десну от шейки зуба на всем протяжении. Удаление проводят без повреждения стенок альвеолы и корней зуба. Удаленный зуб помещают в изотонический раствор хлорида натрия с антибиотиками (тетрациклин, пенициллин и др.) из лунки зуба выскабливают патологические грануляции, промывают растворами фурациллина, этакридина лактата, затем лунку закрывают стерильным тампоном. Обрабатывают зуб, снимают зубные отложения, обрабатывают кариозную полость, накладывают пломбу. Каналы зуба расширяют с помощью дрильбора, формируют площадку, обрабатывают канал спиртом, эфиром и пломбируют фосфат-цементом. Верхушку корня закрывают серебряной амальгамой. Зуб помещают в изотонический раствор с антибиотиками. Лунку зуба орошают смесью антибиотиков и вводят подготовленный зуб в прежне положение, для чего больному дают накусить на тампон. Реплантированный зуб закрепляют проволочными шинами, быстротвердеющими пластмассами или другими способами на 3-5 недель.

При острых воспалительных процессах в зубе и челюсти применяют отсроченную реплантацию зуба, которую выполняют в два этапа. На первом этапе зуб удаляют, подвергают обычной обработке, помещают в раствор антибиотиков и хранят в холодильнике при температуре +4 0С, затем проводят противовоспалительное общее и местное лечение. На втором этапе, через 3-7 дней после стихания воспалительных явлений зуб реплантируют в прежнюю лунку.

В послеоперационном периоде отмечаются самопроизвольные боли, которые нарастают ко 2-3 дню и стихают к 5-6 дню. Наблюдается гиперемия, отечность слизистой оболочки в области реплантированного зуба. Реплантированный зуб не выключается из окклюзии, наоборот, раннее участие (на 5-7 день) в акте жевания ведет к быстрому укреплению в лунке.

. Удаление зуба

Наконец бывают случаи, когда консервативно-хирургическими методами невозможно добиться излечения зуба. В этих случаях необходимо удалить зуб. Удаление зуба показано при: развившейся стадии диффузного гнойного периодонтита, когда невозможно использовать оставшиеся зубы или их корни для съемного и несъемного протезирования острых одонтогенных воспалительных процессах, которые не поддаются эндодонтическому лечению, соматических заболеваниях, которые резко снижают защитные свойства организма и репаративные процессы в пародонте. Применение эндодонтических и хирургических методов лечения периодонтитов, простота их выполнения позволяют излечить все однокорневые и большинство многокорневых зубов с плохо проходимыми каналами.

Для радикального хирургического удаления кисты зуба применяют две основные операции: цистотомию и цистэктомию.

Цистотомия - метод хирургического лечения кисты, при котором удаляют переднюю стенку кисты и сообщают ее с преддверием или с собственно полостью рта. После вскрытия полости кисты ее содержимое высушивают тампоном, дают отток экссудату, затем в полость кисты опрокидывают лоскут слизистой оболочки и ушивают. Основными показаниями к цистотомии являются:

• киста больших размеров, в проекцию которой входят 3 интактных зуба;

• кисты на верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и небной пластинки;

• кисты на нижней челюсти с резким истончением основания челюсти. Предоперационная подготовка при цистотомии касается только причинного зуба. Остальные зубы, даже если они находятся в зоне кисты, после операции остаются покрытыми ее оболочкой. После операции назначается противовоспалительная и противоотечная терапия, обезболивающие средства, тщательная гигиена полости рта. Данная операция менее травматична, легче переносится больными, однако имеет более длительный послеоперационный период.

Цистэктомия - это радикальная операция, при которой проводят полное удаление кисты, ее оболочки, с последующим ушиванием раны наглухо. Данная операция требует предварительного депульпирования всех зубов, корни которых на рентгенограмме проецируются в зону кистозной полости. Основные показания для цистэктомии - киста небольших размеров (в пределах 1-2 зубов), расположенная в зубосодержащих областях, а также киста больших размеров, при отсутствии зубов в ее зоне, если сохранена толщина кости 0,5-1 см (для предохранения от перелома).

После операции назначается противовоспалительная, десенсибилизирующая, противоотечная терапия, обезболивающие препараты и витамины. Очень часто операции по удалению кисты проводят с одномоментной резекцией верхушки корня. Данная операция позволяет хирургическим путем убрать очаг хронической инфекции - кисту и инфицированный участок корня, сохранив при этом зуб.

Зубосохраняющие операции выполняются только, если имеется хороший долгосрочный функциональный и эстетический прогноз для здоровья зубов и десен.

. Анализ проведения хирургических методов лечения хронических периодонтитов в Бижбулякской Центральной районной больнице за 2009 год

За 2009 год к стоматологу-хирургу обратилось 5391 человек.

Из них число посещений с диагнозами:

|  |  |
| --- | --- |
| Периодонтит  | 3202 |
| Периостит  | 169 |
| Хронический остеомиелит | 2 |
| Абсцесс  | 10  |
| Флегмона  | 10 |
| Альвеолит  | 14 |

Были проведены операции по поводу:

|  |  |
| --- | --- |
| Удаление зубов постоянного прикуса | 3612 |
| Удаление зубов молочного прикуса | 797 |
| Разрез внутриротовой | 273 |
| Разрез внеротовой | 12 |
| перевязки | 716 |
| цистотомия | 2 |
| цистоэктомия | 18 |
| Резекция верхушки корня | 7 |
| Реплантация зубов | 10 |
| Ампутация и гемисекция корня | 4 |
| альвеолоэктомия | 12 |
| секвестрэктомия | 3 |
| шинирование | 15 |
| биопсии | 4 |
| Удаление новообразований | 18 |
| Удаление камня слюнной железы | 1 |
| Другие операции | 34 |

По поводу хронического периодонтита были проведены следующие виды операций:

. Резекция верхушки корня:

Х = 7 × 100% = 0,2%

. Реплантация зубов:

Х= 10 × 100% = 0,3%

. Ампутация и гемисекция корня:

Х= 4х100%= 0,12%

. Цистотомия:

Х= 2 х 100% = 0,06%

. Цистоэктомия:

Х=18 х 100%= 0,6%

. Удаление:

Х= 3161 х 100% = 98,7%

Таким образом, в Бижбулякской ЦРБ за 2009 год было проведено 1,7% зубосохраняющих операций, что позволило сохранить пациентам свои зубы, которые играют немаловажную роль в жизнедеятельности каждого из нас!

Заключение

Многочисленные исследования показали, что использование реплантации зубов, резекции верхушки корня, гемисекции, ампутации корня, короно-радикулярной сепарации в 90-92% приводят к благоприятному исходу.

Оставшиеся фрагменты зубов благополучно функционируют в ортопедических протезах и в полном объеме выполняют функциональную функцию, а также сохраняют эстетический вид.

Список использованной литературы

1. Лекция «хирургическим методам лечения периодонтитов», БГМУ.

2. Робустова, хирургическая стоматология.