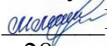


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри  
терапевтичної стоматології ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова  
Завідувач кафедри професор ЗВО  
 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА  
«28» серпня 2023р.  
Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 22	Хірургічні методи лікування періодонтиту
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

## Тема № 22.

### ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРІОДОНТИТУ.

#### Мета заняття:

*загальна:*

- опанувати методи лікування гострого серозного і гнійного верхівкового періодонтиту. *конкретна:*

- засвоїти методи лікування гострого верхівкового періодонтиту;
- навчитись проводити лікування гострого серозного і гнійного періодонтиту.

#### Завдання на формування і перевірку вихідного рівня знань:

1. Стоматологічний та ендодонтичний інструментарій;
2. Топографічні особливості будови порожнини зуба;
3. Етіологія, патогенез періодонтиту;
4. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика гострого верхівкового періодонтиту;
5. Вплив резистентності організму і місцевого імунітету на результат лікування гострого верхівкового періодонтиту;
6. Принципи лікування гострого верхівкового періодонтиту;
7. Шляхи відтоку ексудату із періодонту;
8. Медичні засоби, що мають знеболюючу, антисептичну та протизапальну дію.

#### Література:

1. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
2. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
3. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

*Додаткова:*

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та не каріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. – Івано-Франківськ, 2004.
2. Педорец А.П., Пиляев А.Г., Педорец Н.А. Предсказуемая эндодонтия. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – с.205

#### Завдання для контролю вихідного рівня знань:

Задача	Рівень	Еталони відповідей
1. Хворий 27 років, звернувся на прийом до лікаря-стоматолога зі скаргами на ниючу, непостійну біль у 25 зубі, що виникла добу назад. Біль підсилюється при накушуванні на зуб. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне. Лімфовузли не пальпуються. У 25 зубі каріозна порожнина великих розмірів, що сполучається з порожниною зуба, зондування гирл корневих каналів безболісне. Перкусія 25 зуба безболісна. Реакція на температурні подразники відсутня. ЕОД 25 зуба = 120 мкА. На рентгенограмі періодонтальна щілина чітко прослідковується, кісткова тканина без патологічних змін. Сформулюйте діагноз.	I	Діагноз: гострий серозний верхівковий періодонтит 25 зуба.
2. Хворий 35 років скаржиться на постійну гостру	I	Діагноз: гострий гнійний вер-

<p>пульсуючу біль у 16 зубі, відчуття «вирослого зуба». Біль з'явився 3 дні назад. Зуб раніше не турбував. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне. Підщелепні лімфатичні вузли праворуч збільшені, болючі при пальпації. У 16 зубі каріозна порожнина на жувальній поверхні, що сполучається з порожниною зуба. Зондування гирл кореневих каналів безболісне, вертикальна і горизонтальна перкусія зуба різко болюча, 16 має 1 ступінь рухомості. Реакція на температурні подразники: посилення болю в зубі на гарячу воду. Перехідна складка в області проекції верхівок коренів 16 зуба гіперемійована, болюча при пальпації. ЕОД 16 зуба 150 мкА. На рентгенограмі затемнення структури губчатої речовини кістки в ділянці верхівки 16 зуба. Верифікуйте діагноз.</p>		<p>хривковий періодонтит 16 зуба.</p>
---	--	---------------------------------------

#### **Питання, які підлягають вивченню:**

1. Принципи лікування гострого серозного верхівкового періодонтиту.
2. Принципи лікування гострого гнійного верхівкового періодонтиту,
3. Вплив резистентності організму і місцевого імунітету на результат лікування.
4. Вибір засобів для лікування гострого верхівкового періодонтиту.
5. Знеболювання при лікуванні гострого верхівкового періодонтиту.

#### **Хірургічні методи лікування періодонтиту.**

##### Комбіновані методи лікування періодонтитів:

1. Резекція верхівки кореня
2. Короно-радикулярна сепарація.
3. Гемісекція і ампутація корінь молярів і премолярів.
4. Реплантація зубів.
5. Компактостеотомія і кюретаж.

При проведенні комбінованих методів спочатку проводять терапевтичне ендодонтичне лікування, потім хірургічне.

##### *Резекція верхівки кореня. Показання:*

1. Неефективність лікування хронічного гранулематозного періодонтита
2. Радикулярна киста
3. Наявність обламків ендодонтичних інструментів у нижній третині каналу і неможливість їх видалити
4. Перелом кореня в області його верхівки
5. Надмірне виведення пломбувального матеріалу за верхівку
6. Взяття біопсійного матеріалу при діагностиці пухлин.

##### **Протипоказання:**

1. Загальний важкий стан хворого
2. Гострі процеси в періодонті і щелепах (періостит, остеомієліт)
3. Розташування коренів поблизу гайморової пазухи і нижньощелепного нерва.
4. Рухливість зубів III ступеня.
5. Низький рівень гігієни порожнини рота
6. Наявність захворювань слизової оболонки порожнини рота.

##### *Короно-радикулярна сепарація. Показання:*

1. При лікуванні молярів н/щелепи
2. Міжкоренева киста
3. При пародонтиті 2-3 ступеня з лізисом меж кореневої перегородки

Методика. Ендодонтичне лікування, знеболення, розсічення коронки в області біфуркації, кюретаж, фіксація фрагментів за допомогою шинування, виготовлення коронок на кожний фрагмент окремо і фіксація.

*Гемісекція і ампутація коренів молярів і премолярів.*

*Ампутація* – видалення всього кореня до місця його отходження. Проводиться на молярах в/щелепи.

*Гемісекція* – видалення кореня разом із прилягаючою частиною коронки зуба. Проводиться на молярах н/щелепи і премолярах в/щелепи.

Показання:

1. Кісткові кишені глибиною більше 2/3 в області одного кореня.
2. Перелом кореня
3. Радикулярна киста в області одного кореня
4. Неможливість проведення резекції верхівки кореня
5. Неефективність лікування гранулематозного періодонтита з ураженням одного кореня

Методика: ендодонтичне лікування, розсічення кореня й коронки, ампутація або гемісекція (з відшаровуванням слизово-підокісного лоскута або без нього).

*Компактостеотомія і кюретаж.* Показання:

1. Гострий і загострений хронічний періодонтит при неможливості дати відтік ексудата через кореневий канал (щільна кісткова тканина альвеоли).

Методика: розріз слизової в області верхівки кореня, перфорація кістки кулястим бором до верхівки, кюретаж, потім ендодонтичне лікування.

#### Невідкладна допомога при гострому й загостреному хронічному періодонтиті.

1. Знеболення
2. Дати відтік ексудату, при необхідності розкриття абсцесу
3. Призначити фізіотерапевтичні процедури (УВЧ - 10-15 хв, № 3-5 або СВЧ - 5-7 хв, №10, потужністю 5-7 Вт або лазеротерапію - 1-2 хв, № 3-4, 100 мВт/см<sup>2</sup>)
4. Призначити анальгетики (анальгін, темпалгін), жарознижуючі (аспірин), протизапальні (мефенаминова кислота, нимісил), десенсибілізуючі (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегіл, кларитин) засоби і антибіотики (лінкоміцин, амоксицилін, амоксиклав, рифампіцин).

Використання сучасних технологій під час лікування верхівкового періодонтита

З огляду на основні вимоги при ендодонтичному лікуванні зубів, у цей час розроблені алгоритми антисептичної обробки кореневої системи.

Philippe Sliman (2006):

1. 5,25% р-р гіпохлорита натрію
2. 10% перекис сечовини
3. 17% р-р ЕДТА
4. 0,2% р-р хлоргексидина
5. лимонна кислота

Дж. Кантаторе (2004):

1. 8-10 мол 15% р-р ЕДТА (3-4 хв)
2. активувати р-р ультразвуковими файлами (3-4 хв)
3. промити 10 мол 5% гіпохлорита натрію (4 хв)
4. промити дистильованою водою
5. висушити канал стерильним паперовим штифтом
6. obtурувати канал.

Забезпечення:

1. кофердам.
2. ендодонтичні шприци
3. ендодонтичні голки

4. використання системи RinsEndo
5. рентгенографія або апекслокація
6. для посилення антибактеріальної дії: магнітна активація розчинів, фото дезінфекція, що активує (ФАД) з використанням діодного лазера
7. озонотерапія

*Сучасна obturaційна система* – використання штифтів Resilon, які формують «Моноблок».

Resilon - це термопластичний синтетичний полімер.

Склад системи Real Seal и Eriphany на основі Resilon:

1. штифти Resilon
2. Smear Clear (ЕДТА, бром анкіло-три-метил-амін, ефір полі-окси-етило-изоактилоциклогексилози, дистильована вода, pH = 8,0) для видалення смазаного шару
3. праймер-система
4. силер подвійного твердіння.

Штифти Resilon містять:

1. гідроокис кальцію
2. біокераміку
3. вісмут і сульфат барію

Позитивні властивості штифтів Resilon:

1. повністю полімеризуються
2. висока міцність
3. не дають усадки
4. можливе використання в сучасних системах для obturaції System OBTURA або E & Q (температура 160-180 C)

Переваги системи Real Seal и Eriphany на основі Resilon:

1. мінімальний % ускладнень
2. щільне прилягання кореневої пломби до стінки каналу
3. забезпечення надійної 3-х мірної obturaції
4. відсутність післяопераційного болю
5. простота у використанні
6. утворення моноблока системи корневих каналів
7. рентгенконтрастність
8. не дає усадки
9. на 22% зміцнення кореня на злам
10. легко віддаляється при необхідності повторного лікування

Недоліки:

1. висока собівартість
2. необхідність додаткового часу роботи для праймування і фотополімеризації.

До сучасних підходів ендодонтичного лікування зубів відноситься тимчасове пломбування каналів препаратами на основі гідроокису кальцію (Каласепт, CalciCur, Vitapex та ін.) з наступним постійним пломбуванням через 7-8 днів.

Ефективною альтернативою резорцин-формалінового методу є методика «депофореза» гідроокису міді-кальцію, розроблена Кнаппвостом як модифікація «класичного» ОН- іонофореза за Бернардом. Гідроокис міді-кальцію – це суміш гідроокису міді (мідного купоросу) і мілкодисперсного гідроокису кальцію. Він володіє вираженою протимікробною дією завдяки протеолітичній дії ОН- іонів, руйнуванню гідроксикупратом мікроорганізмів шляхом взаємодії із сіркою, що міститься в амінокислотах білків бактерій, дезінтеграцією мембран мікроорганізмів завдяки руйнуванню поли- і аміносахарів. В основі лікувальної дії «депофорезу»: протеоліз, знищення бактерій, тривала стерілізація кореневої системи і стимуляція активності остеобластів з утворенням кісткової тканини. *Показання:* гангренозний пульпіт, облітеровані канали при гранулематозному періодонтиті, радикальних кистах, наявність перфорацій, відламків інструментів, при тривалому неефективному ендодонтичному лікуванні.

**Інтерн повинен знати:**

- принципи лікування гострого верхівкового періодонтиту;
- шляхи відтоку ексудату з періодонту;
- вплив резистентності організму і місцевого імунітету на результати лікування гострого верхівкового періодонтиту;
- сучасні засоби знеболення, методику його виконання.

**Інтерн повинен уміти:**

- провести лікування гострого серозного і гнійного періодонтиту
- провести знеболення при лікуванні гострого періодонтиту.

**Завдання для самоконтролю знань-умінь***Задача № 1*

Хворому 28 років встановлено діагноз: гострий серозний періодонтит 35 зуба. У перше відвідування: відпрепарована каріозна порожнина, розкрита порожнина зуба, видалений розпад пульпи, канал зуба оброблений 0,5% розчином хлораміну, канал розширений ручним дріль-бором до верхівки. У кореновому каналі залишена турунда з евгенолом. Порожнина зуба закрита водним дентином. Хворий призначений на повторний прийом через 2 доби. Рекомендовано у випадку наростання болю видалити пов'язку.

Чи правильно проведено лікування 35 зуба. Як необхідно провести подальше лікування? *Задача № 2.*

Діагноз: гострий гнійний періодонтит 13 зуба. Проведено:

у перше відвідування - відпрепарована каріозна порожнина, розкрита порожнина зуба, видалений розпад пульпи, оброблений канал розчином 3% перекису водню. Проведена інструментальна обробка, розширений верхівковий отвір каналу зуба, з каналу виділяється невелика кількість гнійного ексудату. Порожнина зуба залишена відкритою для відтоку ексудату. Рекомендовано: під час прийому їжі закривати каріозну порожнину ватним тампоном, а після їжі - тампон видалити та ретельно прополоскати рот. Призначено: анальгетики, содові ротові ванночки, з'явитись на прийом через 3 доби.

У друге відвідування скарг немає. Перкусія 13 зуба безболісна. Оброблена коронкова порожнина зуба і кореневий канал розчином трипсину. У кореновому каналі залишена турунда з антисептиком, під пов'язкою з водного дентину. Рекомендовано: у випадку появи болю видалити пов'язку. Явка на прийом через добу.

У третє відвідування скарг немає. Видалена пов'язка, канал оброблений антисептиком, висушений і запломбований. На контрольній рентгенограмі кореневий канал запломбований до верхівки. Постійна пломба з композиційного матеріалу.

Чи правильно проведено лікування 13 зуба?

*Задача № 3.*

У хворого 30 років верифікований діагноз: токсичний (миш'яковистий) періодонтит 24 зуба.

Які антидоти необхідно використати при лікуванні?

**Еталони відповідей***Задача №1*

Лікування проведене правильно. У 2-е відвідування при відсутності скарг, необхідно видалити пов'язку, повторно обробити кореневий канал розчином антисептика; висушити; запломбувати канал. Провести контрольну рентгенографію 35 зуба. Накласти ізолюючу прокладку і постійну пломбу.

*Задача №2*

Лікування 13 зуба проведено правильно.

*Задача №3*

Як універсальний антидот: 5% розчин унітіолу, специфічні антидоти миш'яку: препарати йоду, наприклад 1% спиртовий розчин йоду, йодинол і т.п.

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ**

Скласти таблицю «Принципи лікування гострих періодонтитів».