

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ЗУБОВ НА ОБЩЕМ ПРИЕМЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Полуян М. С., Тесевич Л. И., Тимошенко М. В.\*

*Белорусский государственный медицинский университет, кафедра челюстно-лицевой хирургии*

*\*Белорусская медицинская академия последипломного образования, кафедра общей стоматологии  
г. Минск*

**Ключевые слова:** гемисекция, ампутация, резекция, протезирование зубов.

**Резюме:** В статье приведены результаты двухлетних наблюдений за состоянием зубов ( $n=56$ ), подвергшихся органосохраняющим операциям и последующему протезированию.

В  $91,1\pm 3,8\%$  случаев ( $n=51$ ) получены удовлетворительные результаты: краевое прилегание, фиксация ортопедической конструкции удовлетворительные, периапикальные воспалительные очаги не выявлены, убыли костной ткани вокруг корня не наблюдалось, жалобы пациентов отсутствовали.

**Summary:** The article presents the results of two-year observations of the condition of the teeth ( $n = 56$ ), subjected to organ-preserving surgery and subsequent prosthetic restoration.

In  $91.1\pm 3.8\%$  of cases ( $n = 51$ ) stable satisfactory results were obtained: marginal fit and fixation of the orthopedic constraction were satisfactory, periapical inflammatory were not detected, bone loss around the preserved root was not observed, and no complaints of patients.

**Актуальность.** По данным стоматологического эпидемиологического обследования взрослого населения Республики Беларусь, проведенного в 2010 г., в возрастной группе 35-44 года отмечена высокая распространенность кариозной болезни (99%). Высокий уровень интенсивности кариеса коррелирует с высокой частотой осложнений в виде пульпитов и апикальных периодонтитов, предполагающих необходимость проведения эндодонтического лечения [1, 2, 4]. Анализ качества эндодонтического лечения показывает, что полноценная obturation корневых каналов составляет 40,4% [1].

Среди причин удаления зубов Schmidt J. (1990), а также Зазулевская Л.Я., Антонова Л.П. (1998) особо выделяют некачественную пломбировку корневых каналов, перфорацию корней зубов штифтами, культевыми вкладками или эндодонтическими инструментами.

По данным Боровского Е.В. (1996) каналы зубов, покрытых металлокерамическими коронками, в 51,3% случаев запломбированы не до верхушки корня. Удаление таких зубов влечет за собой потерю мостовидного протеза, а также значительные дополнительные материальные затраты больного. Все это может привести к возникновению конфликтных ситуаций между пациентом и врачом, нередко приводящих к судебным разбирательствам, которые могут завершиться не в пользу врача [7]. По данным анкетирования 23% пациентов, обратившихся по поводу проведения операции удаления зуба, имеют показания к проведению

органосохраняющих операций. 87% респондентов предпочли проведение хирургического вмешательства с целью сохранения зуба [5].

Безусловно, зубы, подвергшиеся органосохраняющим операциям, нуждаются в протетической реабилитации, однако бытует мнение о ненадежности подобных опор для ортопедических конструкций [6]. В связи с этим врачи-ортопеды, как правило, избегают использования таких зубов, предпочитая полное удаление и увеличение количества опор путем включения рядом стоящих интактных зубов или имплантации в области дефекта [3].

Несмотря на значительные успехи дентальной имплантологии, не требует специальных доказательств огромное преимущество сохранения собственных зубов. Сохранение таких зубов целесообразно как с экономической точки зрения, так и с точки зрения целостности зубочелюстной системы.

**Цель:** определение эффективности ортопедического восстановления зубов, подвергшихся органосохраняющим операциям резекции верхушки корня зуба, гемисекции и ампутации корня зуба.

**Задачи:** 1. Провести анализ результатов органосохраняющих операций зубов резекции верхушки корня зуба, гемисекции и ампутации корня зуба;

2. Провести анализ результатов ортопедического восстановительного лечения зубов, подвергшихся органосохраняющим операциям резекции верхушки корня зуба, гемисекции и ампутации корня зуба.

**Материал и методы.** В период с августа 2015 по ноябрь 2017 нами проведено 56 органосохраняющих операций зубов с последующим протезированием. Пациенты в возрасте от 24 до 64 лет, 23 мужчины и 33 женщины. Из них 19 резекций верхушки корня зуба, 4 цистэктомии с резекцией верхушки корня зуба, 24 гемисекции корня зуба, 9 ампутаций корня зуба

Показаниями для проведения органосохраняющих операций зубов были хронические апикальные периодонтиты, неподдающиеся консервативному лечению, хронические одонтогенные очаги инфекции (околоверхушечные гранулемы, кистогранулемы, радикулярные кисты), осложнения консервативного лечения пульпитов и периодонтитов (перфорации, наличие в корневом канале зуба отломков эндодонтического инструментария после неудачной попытки их извлечения).

При отсутствии общих противопоказаний для хирургического вмешательства в амбулаторных условиях, все пациенты проходили предоперационную подготовку, включавшую повторное эндодонтическое лечение операционного зуба с рентгенологическим контролем. При проведении эндодонтического лечения проводилась тщательная многократная антисептическая обработка системы корневых каналов (хлоргексидин 2%, гипохлорид натрия 3% с водным и спиртовым протоколами), герметичное пломбирование методом латеральной конденсации гуттаперчевых штифтов с силлерами на основе эпоксидной смолы. При подготовке зуба к операции цистэктомии пломбировка канала проводилось с созданием цементной «пробки» в апикальной трети канала водозатворяемыми цементами (Рутсил, Триоксидент, Минерал Триоксид Агрегат).

С целью снижения послеоперационных осложнений проводилась периоперационная антибиотикопрофилактика, заключающаяся в назначении

пациенту за 60 минут до хирургического вмешательства 2,0 грамма амоксициллина перорально.

Протоколы органосохраняющих операций включали:

1. Антисептическая обработка полости рта 0,05 % р-ром хлоргексидина биглюконата.

2. Местная анестезия раствором артикаина.

3. Г-образный разрез слизистой оболочки через сосочки зубов, вертикальный разрез выполнялся на один зуб медиальнее оперируемого, производилось отслаивание слизисто-надкостничного лоскута.

4. Трепанация кости шаровидным бором и фрезой (при операции резекции верхушки). Трепанация кости в области удаляемого корня с сохранением межкорневой перегородки (при операции гемисекции). Трепанация кости в области удаляемого корня с обнажением фуркации (при операции ампутации).

5. Резекция верхушки корня зуба при резекции. Распил зуба по фуркации и атравматичное удаление корня щипцами и элеваторами при гемисекции. При ампутации корень отпиливался тонким фиссурным бором и удалялся.

6. Выскабливание грануляционной ткани или оболочки кисты, ревизия лунки.

7. Инстиляция раны 0,05 % раствором хлоргексидина биглюконата, при необходимости химиотаксис.

8. Лоскут мобилизован, уложен на место и фиксирован швами.

При наличии показаний пациенту назначалась дальнейшая антибактериальная и противовоспалительная терапия.

Швы снимались на 7-10е сутки.

Тактика ортопедического восстановления оперированного зуба:

1. Первичная эпителизация лунки и снятие швов (7-10 дней).

2. Изготовление литой культевой штифтовой вкладки и временной коронки (в период 10 -14 дней)

3. Заживление лунки с рентген-контролем (от 3 до 6 недель)

4. Изготовление постоянной ортопедической конструкции в период от 1-2 месяцев до 1 года.

Диспансерное наблюдение пациентов через 6, 12, 24 месяца включало клиническую (перкуссия, пальпация) и рентгенологическую оценку состояния опорных тканей, состояние ортопедической конструкции (краевое прилегание, признаки расцементировки).

Полученные данные, представленные количественными и относительными значениями, подвергнуты статистической обработке с подсчетом ошибки репрезентативности (m) для относительных величин [7].

**Результаты и их обсуждение.** Виды органосохраняющих операций на зубах и их групповая принадлежность приведены в таблице 1.

У прооперированных пациентов были выполнены следующие восстановительные ортопедические конструкции:

1. Одиночная восстановительная металлокерамическая коронка с опорой на однокорневую (при сохранении дистального или небного корней моляров) и двухкорневую (при сохранении щечных или медиальных корней моляров) литую культевую штифтовую вкладку (n= 39 (69,7±6,1%)).

**Таблица 1.** Виды операций, количество и групповая принадлежность оперированных зубов.

Вид органосохраняющей операции								Всего
Резекция верхушки корня зуба		Резекция верхушки корня зуба с цистэктомией		Гемисекция корня зуба		Ампутация корня зуба		
Количество прооперированных зубов, % от общего количества (M±m)								56 100 %
19 33,9±6,3%		4 7,1±3,4%		24 42,9±6,6%		9 16,1±4,9%		
Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	
14 25,0±5,8%	5 8,9±3,8%	2 3,6±2,5%	2 3,6±2,5%	1 1,8±1,8%	23 41,0±6,6%	9 16,1±4,9%	-	

2. Восстановительная металлокерамическая коронка с опорной вкладкой на рядом стоящем витальном зубе (n=12 (21,4±5,5%)). Подобной конструкции отдавали предпочтение при наличии рядом стоящего зуба с кариозной полостью или пломбой. В таком случае дефект твердых тканей этого зуба восполнялся за счет опорной вкладки.

3. Восстановительная металлокерамическая коронка, являющаяся одной из опор мостовидного протеза небольшой, до трех единиц, протяженности (n=5 (8,9±3,8%)).

В 91,1±3,8% случаев (n=51) мы наблюдали удовлетворительные результаты хирургического и ортопедического восстановительного лечения как клинически, так и рентгенологически: краевое прилегание и фиксация ортопедической конструкции удовлетворительные, периапикальные воспалительные очаги не выявлены, убыли костной ткани вокруг сохраненного корня не наблюдалось, жалобы пациентов отсутствовали.

За двухлетний период наблюдения за состоянием зубов и ортопедических конструкций на 56 зубах, подвергшихся органосохраняющим операциям, в 8,9±3,8% случаев (n=5) наблюдался неудовлетворительный результат в период до 6 месяцев. Не удалось сохранить зубы, подвергшиеся операциям гемисекции корня зуба на нижней челюсти в 5,3±3,0% случаев (n=3) и ампутации корня зуба на верхней челюсти в 1,8±1,8% случаев (n=1) по поводу межкорневых перфораций со значительными межкорневыми гранулемами, а так же резекции верхушки корня на верхней челюсти в 1,8±1,8% случаев (n=1) в связи с ранее недиагностированной трещиной корня.

**Выводы:** 1. 91,1±3,8% удовлетворительных отдаленных результатов применения органосохраняющих операций и последующего протезирования доказывает достаточную эффективность указанного метода лечения осложнений



эндодонтического лечения и возможностей восстановления оперированных зубов непрямыми ортопедическим конструкциями;

2. Несомненным преимуществом является тот факт, что повторное эндодонтическое лечение и ортопедическое восстановление выполнялось одним специалистом, что позволяет объективно оценивать возможности восстановления зуба и наблюдать его в ходе эксплуатации;

3. Редкое применение техник органосохранения и малоинвазивных вмешательств мы объясняем отсутствием единой тактики лечения пациента у специалистов терапевтического, хирургического и ортопедического стоматологического профилей.

### Литература

1. Байназарова Н.Т., Исакова М.К. Анализ качества эндодонтического лечения, профилактика осложнений (по данным литературы)// Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2017, - №3. - С.38-41.

2. Безруков В.М., Григорьянц Л.А. Зубосохраняющие операции в амбулаторной хирургической практике // Труды V съезда СтАР. М., - 1999. - С. 224-226.

3. Брагин Е.А., Строганов Г.Н. Зубосохраняющие операции на многокорневых зубах и использование их в ортопедических целях // Труды V съезда СтАР. М., 1999. - С. 231 -232

4. Григорьянц Л.А., Подойникова М.А. Клиника, диагностика и лечение перфораций зубов //Клиническая стоматология. 1998, - №3. — С. 36-38.

5. Измайлова З.М. Зубосохраняющие операции и определение нуждаемости в них населения// Автореф. дисс. . канд. мед. наук. М., 2003. – 23 с.

6. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Медицина, - С.2002. - 240.

7. Леонтьев В.К., Полуев В.И., Логинов А.А. Управление рисками в стоматологии -одно из важнейших направлений профилактики конфликта в стоматологической практике // Труды VI съезда Стоматолог. Асс. России. -М., 2000. - С.43-46.

8. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для вузов/ Под ред. ч.-корр. РАМН, проф. В.З.Кучеренко.- М.: «Гэотар-Медиа», 2004.- 192 с.