

СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ДО ПАТОЛОГІЧНОГО ВОГНИЩА В ДІЛЯНЦІ КОРЕНЯ ЗУБА.

Винахід відноситься до медицини, зокрема хірургічної стоматології призначений для проведення органозбері гаючих операцій на зубах.

Відомо, що для проведення операції апікотомії (або резекції верхівки кореня зуба) широко застосовується лінійний розріз, проведений за ходом перехідної складки [Васильєв Г.А. Хирургия зубов и полости рта. - М., 1963. - С. 143-150,].

Головним позитивним моментом такого доступу є можливість розширення операційного поля (у разі виникнення необхідності, шляхом продовження розрізів в обидва боки). Разом з тим, описаний хірургічний розтин має багато критичних зауважень і недоліків: відшарований у такий спосіб слизово-окісний клапоть не завжди дозволяє добре обстежити патологічне вогнище у кістці та проводити всі хірургічні маніпуляції у рані під контролем зору. Під час операції та на етапах заживлення рани відбувається скорочення м'язових волокон слизово-окісного клаптя, за рахунок чого краї рани підвертаються всередину, призводячи до розходження швів, формування грубих деформуючих рубців, зниження висоти передсінка рота.

З 90-х років минулого сторіччя застосовують запропонований Partsh дугоподібний розріз на альвеолярному паростку в проекції кореня причинного зуба [Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия./Под ред. Н.М. Александрова-Л., 1985.-С 158-160.].

Позитивними рисами такого доступу є добрий візуальний контроль за етапами операції, можливість достатньої мобілізації слизово-окісного клаптя. Але і ця методика відшарування клаптя не позбавлена недоліків. Так, при співставленні країв рани, у її кутах утворюються «стоячі конуси», для ліквідації яких необхідні додаткові розрізи. А це, в свою чергу, необгрунтовано подовжує тривалість самої операції: веде до значного порушення кровообігу в клапті та в оточуючих ткани-

нах. Вищезгадані недоліки є причиною масивних післяопераційних набряків, погіршення репаративних процесів у рані, що призводить до післяопераційних ускладнень (розходження країв рани та її нагноювання, формування деформуючих рубців).

В основу винаходу поставлена задача оптимізації репаративних процесів у післяопераційній рані при операції резекції верхівки кореня зуба за рахунок зменшення травматичності слизово-окісного клаптя і оточуючих тканин при його відшаруванні.

Це досягається, як зображено на креслені (фіг.Г). шляхом виконання двох лінійних розрізів (1,2), на вестибулярній поверхні альвеолярного паростка, розташованих під кутом $60-110^\circ$ у вигляді літери V, причому верхівка утвореного кута (3) знаходиться за поздовжньою віссю оперованого зуба, і не доходить до ясенного краю на 0.5-0.1 см. (4).

Спосіб оперативного доступу до патологічного вогнища в ділянці кореня зуба здійснюється таким чином: після місцевого знеболення операційного поля (фіг.1) проводять два лінійні розрізи (1,2) під кутом $60-110^\circ$ (3) у вигляді літери V, вершина утвореного кута знаходиться за поздовжньою віссю оперованого зуба, на відстані 0,5-0,7 см від ясенного краю (4). Напрямок розрізів та вибір кута залежать від висоти альвеолярного паростка, та величини патологічного вогнища, виявленого на рентгенограмі. Відшарування клаптя проводять распатором, який по чергово ставлять на лінії розрізу і просувають у бік основи клаптя. Відшарований у такий спосіб клапоть ставав легко рухомим, що давало можливість візуально оцінити стан передньої стінки альвеолярного паростку, реальне співвідношення довжини кореня до величини деструктивних змін у кістці, і приймати рішення про доцільний рівень апікотомії. Остеотомію та резекцію верхівки кореня зуба виконують за допомогою фісурних борів з кінцевою обробкою патологічного вогнища циліндричними фрезами. Після проведеної *апікотомії*, видалення гранульоми та обробки кісткової рани клапоть повертають на місце та фіксують кетгуттом за наступною методикою (фіг.2): один формуючий вузловий шов (1) накладають на кут

клаптя попередньо точно встановивши його на своє місце, і по одному шву на боках літери V (2,3).

Клінічний приклад виконання способу.

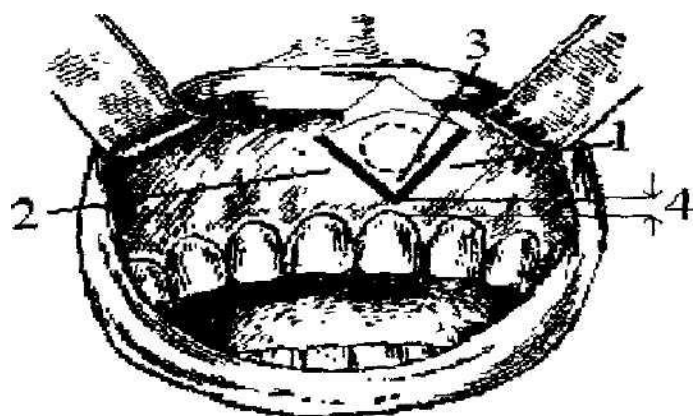
Хвора П., 22 роки на прийомі у стоматологічній поліклініці м. Вінниці проводилась операція резекція верхівки кореня 12 зуба з приводу хронічного гранульоматозного періодонтиту. Під провідниковим знеболенням Sol.Ultracaini DS-1.7 ml на вестибулярній поверхні альвеолярного паростка в межах 11.13 зубів формувался V-подібний клапоть двома лінійними розрізами слизової оболонки та окістя таким чином, щоб кут між розрізами становив 80° . а верхівка кута знаходилась за поздовжньою віссю 12 зуба і не доходила до *ясенного краю* на 0,5см. Вибір кута залежав від висоти альвеолярного паростка, та величини патологічного вогнища, виявленого на рентгенограмі. Відшарування клаптя проводили распатором, який почергово ставився на лінії розрізу і просувався у бік основи клаптя. Оформлений таким чином клапоть ставав легко рухомим. Завдяки цьому мали можливість візуально оцінити стан передньої стінки альвеолярного паростку, реальне співвідношення довжини кореня до величини деструктивних змін у кістці, що дало змогу прийняти рішення про доцільний рівень апікотомії. Після проведеної апікотомії, видалення гранульоми та обробки кісткової рани клапоть повертали на місце та фіксували кетгутом за слідуючою методикою: одиночний формуючий вузловий шов накладали на кут клаптя попередньо точно вклавши його на своє місце. Подальше співставлення країв рани не викликало труднощів. Контрольний огляд через місяць показав: функціональну повноцінність 12 зуба, візуально майже непомітний післяопераційний рубець, та відсутність зменшення висоти передсінка рота.

Переваги запропонованого хірургічного доступу:

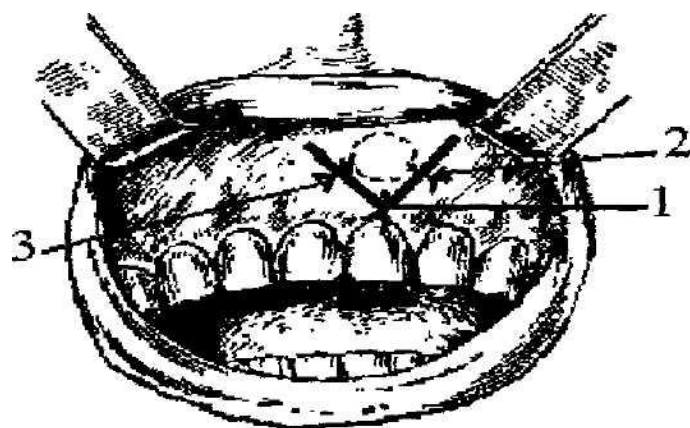
1. Добрий візуальний контроль за хірургічними маніпуляціями на кістці та корені зуба.
2. В разі необхідності можливість продовження розрізу в бік перехідної складки для розширення операційного поля.

3. Оптимальне співставлення країв рани, що виключає підвертання їх все
редину.
 4. Попередження зменшення висоти vestibium oris за рахунок доброї рухо
мості клаптя під час операції та в післяопераційному періоді.
 5. Естетичність та функціональна повноцінність післяопераційного рубця.
 6. Спосіб малотравматичний, простий у виконанні, легко переноситься хво
рими.
-

СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ДО ПАТОЛОГІЧНОГО ВОГНИЩА
В ДІЛЯНЦІ КОРЕНЯ ЗУБА.



ФІГ. 1



Фіг. 2.