

Д-р Йозеф Мінчик, д-р Маріан Туленко
Приватна стоматологічна практика, Кошіце, Словаччина

Лікування коронково-кореневого перелому зуба

з використанням скловолоконного штифта

Клінічний випадок

Коронково-кореневі переломи — це переломи зубів, при яких одна або кілька ліній зламу охоплюють як коронкову частину, так і корінь зуба (Andreasen/Andreasen, 1994). Лінія перелому проходить переважно з щічно-коронкового у піднебінно-апикальному напрямку, досягаючи апікальної третини кореня, де часто набуває досить різких обрисів, закінчуючись короткою сходиною, що має коронковий напрямок (мал. 1). Таке складне uszkodження є для лікаря непростим завданням, оскільки для збереження зуба необхідне комплексне лікування, включно з хірургічними, ендодонтичними та ортодонтич-

ними втручаннями. У більшості випадків ми намагаємось зберегти коронковий фрагмент зуба, оскільки його екстракція має ряд недоліків. По-перше, змушує до негайної екстирпації пульпи у несприятливих умовах (кровотеча з пародонту, поганий огляд). По-друге, вже через короткий проміжок часу апікальний фрагмент «заростає» яснами, що додатково потребує його видалення. По-третє, наявний виражений естетичний дефект. Отже, найкращою терапевтичною альтернативою є збереження всього зуба (всіх фрагментів) за допомогою внутрішнього шинування (Ebelseder et al., 1993). Для проведення такого шину-

вання ми в нашій клініці використовуємо зміцнені скловолоконом композитні кореневі штифти (Rebilda Post System, «VOCO»).

Опис клінічного випадку

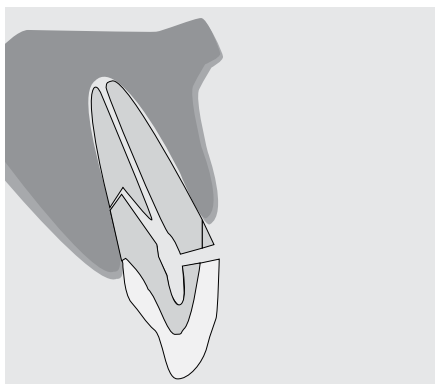
У клініку звернувся 20-річний пацієнт з травмою зуба, отриманою під час спортивного тренування. Коронка зуба 21 знаходилась в супраоклюзії, мала високий ступінь рухомості і болючості. При цьому в цервікальній ділянці коронкової частини зуба визначалась пряма щілина, що злегка кровоточила (мал. 2).

Діагноз комбінованого коронково-кореневого перелому був підтверджений рентгенологічно, при цьому на рентгеновському знімку даний перелом визначається у вигляді еліпса з нечіткими контурами. Нижня лінія еліпса має вигляд внутрікоронкової частини лінії перелому (C-line), верхня лінія – внутрікореневу частину (R-line) (мал. 3).

Відразу після встановлення діагнозу під місцевою анестезією проводили точну репозицію уламків. Щілину по лінії перелому ми закривали фотополімерним склоіономерним цементом на композитній основі (Ionoseal, «VOCO»). Коронковий фрагмент на лабіальній поверхні був додатково зафіксований до суміжних зубів за допомогою скловолоконної стрічки (мал. 4). Завдяки цьому відновлена функція зуба; естетика лише незначно знижена.

Після шинування проводили трепанацію зуба і екстирпацію пульпи. У даному випадку остаточна obturaція кореня при проведенні первинного лікування була неможливою, оскільки спостерігалась сильна кровотеча з кореневого каналу. З цієї причини ми провели тимчасове пломбування каналу гідроокисом кальцію. Під час другого візиту проводили остаточне пломбування кореневого каналу (мал. 5).

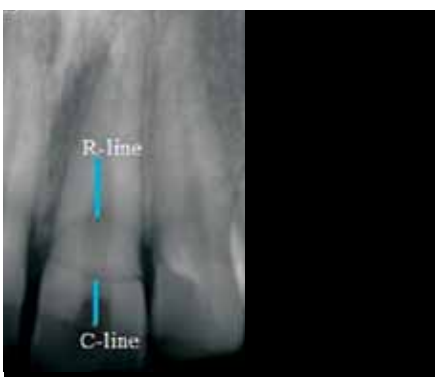
Для забезпечення надійної фіксації репозитивних уламків проводили вну-



Мал. 1. Характерне розташування коронково-кореневого перелому (Ebelseder/Glockner, 2000)



Мал. 2. Коронково-кореневий перелом. Щілина в коронковій частині зуба має пряме сполучення з пульпою



Мал. 3. Рентгеновський знімок зуба 21 з характерним розташуванням лінії коронково-кореневого перелому



Мал. 4. Шинування коронкового фрагмента за допомогою скловолоконної стрічки і композиту



Мал. 5. Остаточна обтурація кореневого каналу зуба 21



Мал. 6. Rebilda Post System («VOCO»)



Мал. 7. Введений у канал штифт Rebilda Post (вигляд з піднебінної сторони)



Мал. 8. Зуб 21 після завершення лікування – функція і естетика повністю відновлені

трішнє шинування за Ebelseder (Ebelseder et al., 1993), причому обидва фрагменти були з'єднані за допомогою скловолоконного композитного штифта (Rebilda Post, «VOCO»; мал. 6). Для цього кореневий канал обробили відповідним бором (за винятком 4 мм апікальної частини каналу). Потім ми припасували штифт у каналі і ек-

траорально вкоротили його на потрібну довжину. Після аплікації самопротравлювальним адгезивом подвійного твердіння (Futurabond DC, «VOCO») підготований скловолоконний штифт повторним рухом ввели в кореневий канал (мал. 7). Після проведення внутрішньої фіксації уламків ми зняли комбіновану ла-

біальну шину. Щілину перелому в коронковій частині зуба, яка раніше була ізольована склоіономерним цементом на композитній основі, ми обережно розшліфували, а потім покрили шаром високоестетичного фотополімерного композиту (Amaris, «VOCO»). Отже, лікований зуб знову може повноцінно нести функціональне навантаження, його природна естетика повністю відновлена (мал. 8).

Висновки

Завдяки застосуванню методик з різних ділянок стоматології можна також реставрувати передні зуби зі складними коронково-кореневими переломами. На підставі нашого клінічного досвіду досягнення повного збереження зуба завдяки внутрішньому шинуванню композитними штифтами, як напр., Rebilda Post, є добрим альтернативним методом лікування, який дозволяє досягнути довговічного та біологічно досконалого результату.

Література

1. Andreasen J.O., Andreasen F.M. Textbook and colour atlas of traumatic injuries of the teeth. — Copenhagen, Manksgaard, 1994.
2. Ebelseder K., Cartellier B., Polanski R., Eskici A. Versuch der Erhaltung von frontzahnen durch innere Schienung bzw. Transfixation. — Quintessenz, 44, 1993 (9). — S. 1597-1610.
3. Ebelseder K., Glockner K. Zahnertaltung nach Kronen-Wurzel-Fraktur. — Stomatologie, 97, 2000 (6). — S. 11-14.