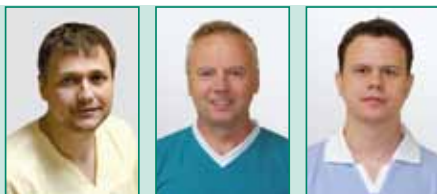


Ендодонтичне лікування внутрішньої резорбції кореня зуба за допомогою скловолоконного композитного кореневого штифта



M. Stošek J. Minčík M. Tulenko

Д-р Максим Стошек

Навчався в університеті м. Кошице (Словаччина). З 2000 р. практикує у власній клініці у м. Пряшеві. Фахівець з мікроскопічної ендодонтії, регулярно проводить курси підвищення кваліфікації, практичні курси для стоматологів Словаччини.

Д-р Йозеф Мінчік

Навчався в університеті м. Кошице (Словаччина). У 1980–1989 рр. – спеціаліст відділення консервативної стоматології I стоматологічної клініки університетської лікарні м. Кошице. З 1990 р. працює у власній клініці. З 2000 р. – керівник секції консервативної стоматології Стоматологічної Асоціації Словаччини. Основні напрямки роботи – естетична та реставраційна стоматологія, ендодонтія, стоматологічна травматологія.

Д-р Маріан Туленко

Навчався в університеті м. Кошице (Словаччина). З 2008 р. працює в клініці д-ра Й. Мінчіка. Член секції молодих стоматологів Стоматологічної Асоціації Словаччини. Публікації та лекції на теми естетичної та реставраційної стоматології, ендодонтії, стоматологічної травматології.

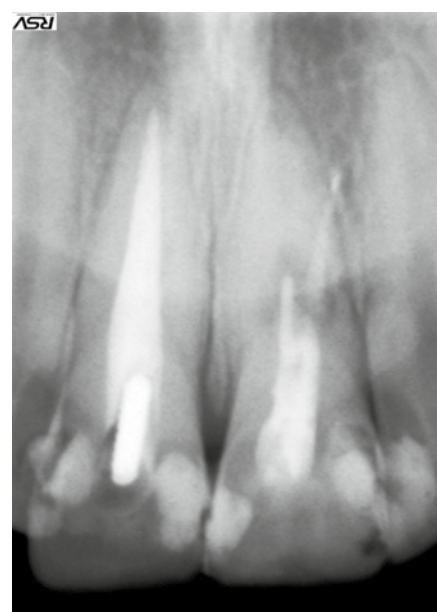
Резорбція кореня зуба є фізіологічним (молочний прикус) чи патологічним процесом, який призводить до руйнування цементу, або ж цементу і дентину. Мінералізовані тканини постійних зубів, які перебувають у нормі, не резорбуються. З боку пульпової камери вони захищені шаром предентину і одонтобластів, а з зовнішньої поверхні кореня – шаром немінералізованого цементу і одонтобластів.

Внутрішня резорбція починається в пульпі. Її, як правило, спричиняє хронічний пульпіт. Дотепер невідомо, чому певні групи зубів, наприклад, різці, підлягають ураженню набагато частіше і важче, порівняно з іншими. Важливими етіологічними факторами є травми та інфекції, характерною ознакою внутрішньої резорбції – незначне розширення стінок кореневого каналу. Іноді резорбція може проявлятися у вигляді рожевої плями, оскільки пульпа, яка розрослася, просвічується крізь тонкі стінки коронки зуба.

Зазвичай пульпа залишається впродовж тривалого часу вітальною та безсимптомною, однак може спостерігатися її некротичний розпад. У більшості випадків діагноз ставити просто: при внутрішній резорбції обриси кореневого каналу на рентгенівському знімку виглядають нечіткими, перерваними, спостерігається легкий вигин (випинання) контуру каналу, а при зовнішній резорбції вони простежуються чітко. Оскільки вітальна пульпова тканина – джерело живлення і життєдіяльності клітин, відповідальних за розвиток резорбції, у всіх діагностованих випадках резорбції необхідне негайне проведення екстирпації пульпи [1].

Клінічний випадок

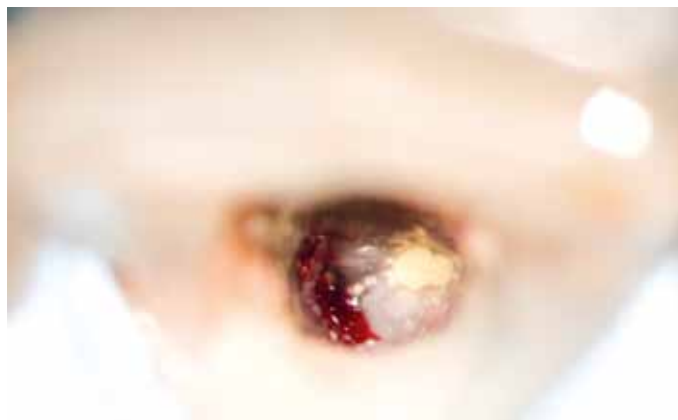
18-річна пацієнтка звернулася в клініку після невдало проведеного первин-



Мал. 1. Невдало проведене первинне ендодонтичне лікування зуба 21. Ділянка резорбції і кореневий канал необтуровані, видно перфорацію (*via falsa*) між зубами 21 і 22

ного ендодонтичного лікування зуба 21. Рентгенівський знімок (мал. 1) демонструє клінічну ситуацію. Ділянка резорбції, розташована в середній третині кореня зуба, запломбована лише частково, а верхня третина кореня не запломбована зовсім. Окрім того, на рентгенівському знімку видно перфорацію (*via falsa*), отриману під час первинного ендодонтичного лікування.

Після препарування та створення порожнини доступу провели обстеження за допомогою операційного мікроскопа (мал. 2): у верхньому лівому кутку проглядається грануляційна тканина,



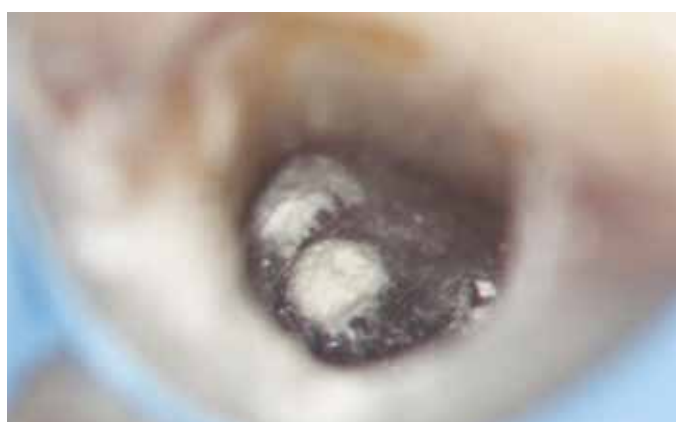
Мал. 2. Під операційним мікроскопом: зліва – залишки внутрішньої грануляційної тканини, справа – пломба в *via falsa* (хибний хід). Грануляційна тканина проростає (перфорує) в періодонтальну щілину



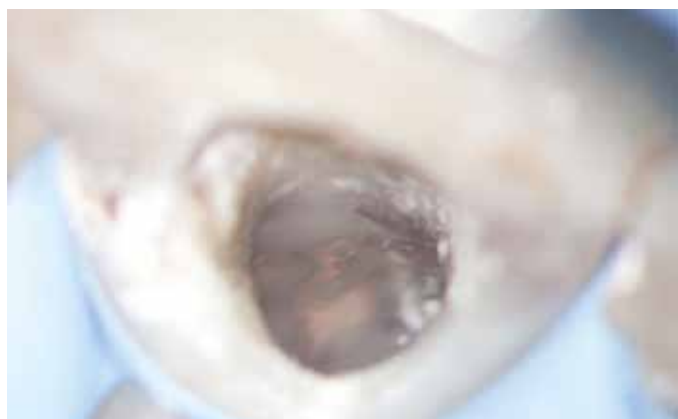
Мал. 3. Після видалення грануляцій та пломбування хибного ходу. Добре видно обидві перфорації



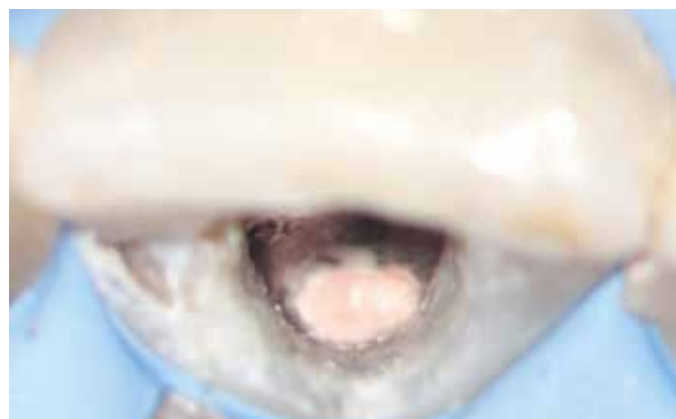
Мал. 4. Спонтанна перфорація гранульоми (угорі зліва) і перфорація/хибний хід (вгорі справа), унизу – вхід у кореневий канал



Мал. 5. Обидві перфорації закриті ProRoot MTA (Mineral Trioxide Aggregate)



Мал. 6. Розширене устя кореневого каналу



Мал. 7. Остаточна obturaція кореневого каналу розігрітою гутаперчею (BeeFill)

перфорована в періодонт через тонку дентинну стінку. Справа видно перфорацію (*via falsa*), отриману під час першого ендодонтичного лікування. Кореневий канал містить живу тканину, яка кровоточить.

Резорбційну тканину вилучили за допомогою ультразвукових інструментів (мал. 3, 4). Обидві перфорації були за-

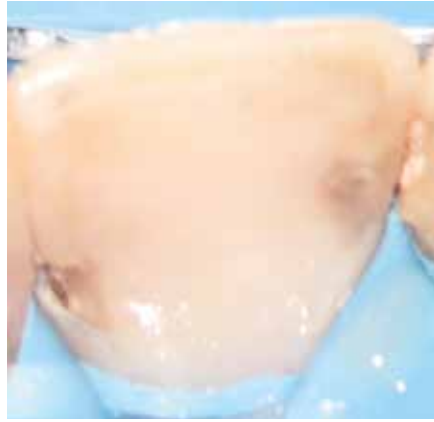
криті ProRoot MTA («Dentsply») – пломбувальним матеріалом, спеціально розробленим для таких показань (мал. 5). Дебридмент проводили за допомогою 5% розчину гіпохлориту натрію, який розчинив недоступні для інструментальної обробки залишки пломбувального матеріалу. Додаткове використання ультразвуку підвищило ефективність

дії розчину для промивання. Після видалення пульпової тканини з кореневого каналу його obtували розігрітою гутаперчею (BeeFill), яка добре піддається конденсації в кореновому каналі (мал. 6, 7).

Оскільки зуб був ослаблений внаслідок значного дефекту твердих тканин, прийняли рішення зміцнити його за допо-



Мал. 8. Підсилений скловолоконком-
 позитний кореневий штифт Rebuilda Post
 («VOCO») перед фіксацією в підготовленому
 кореновому каналі



Мал. 9. Вигляд з піднебінного боку лікова-
 ного зуба 21 після встановлення скловоло-
 конного кореневого штифта



Мал. 10. Кореневий канал і перфорація за-
 пломбовані *lege artis*. Резорбційна лакуна і
 коронка зуба стабілізовані скловолоконним
 композитним кореневим штифтом Rebuilda
 Post. Кореневий штифт майже досягає апи-
 кального дна резорбційної лакуни і є менш
 рентгеноконтрастним, порівняно з гутапер-
 чевою кореневою пломбою

могою скловолоконного кореневого штифта (Rebuilda Post, «VOCO»). Перевага застосування штифтів Rebuilda Post полягає в їхньому модулі еластичності, який збігається з аналогічним у тканинах зуба, а також у надійній адгезивній фіксації в кореновому каналі (мал. 8, 9). Контрольний рентгенівський знімок (мал. 10) підтвердив успішність проведеного лікування ураженого зуба. Кореневий канал і перфорація щільно герметизовані, а зуб надійно відновлений композитним кореневим штифтом.

Висновки

У разі діагностованої внутрішньої резорбції необхідно пам'ятати, що внаслідок значної втрати твердих тканин ослаблюється уражений зуб, якому загрожує перелом. У таких випадках доцільно застосовувати скловолоконні штифти, оскільки вони зміцнюють і стабілізують ослаблений зуб. Окрім того, ми рекомендуємо використовувати операційний мікроскоп, за допомогою якого можна здійснити точний оптичний контроль

процесу лікування. Застосування техніки термопластичної обтурації дозволяє ретельно заповнити та ущільнити резорбційну порожнину. Використовувати в таких ситуаціях метод латеральної конденсації не рекомендовано [2].

Список використаної літератури

1. Wesselink, P.R.: Zahnresorption, in: Stock, Ch. / Wakker, R. / Gulavivala, K.: Endodontie., München. - 2004. - 261-269.
2. Netolicky J. / Zahlavova E.: Quality of root canal filling in teeth with internal resorption-comparasion of diferent filling techniques, LKS, 20, 2010, 6. - 128-133.