

Роск Р.¹, Спорняк-Тутак К.², Ліпські М.³

¹Відділення дитячої стоматології, Поморський медичний університет, Щецин, Польща (кер. – к.мед.н. А. Суцєвіч)

²Відділення хірургічної стоматології, Поморський медичний університет, Щецин, Польща

³Відділення доклінічної терапевтичної стоматології та доклінічної ендодонтії Поморський медичний університет, Щецин, Польща

Rojek R., Sporniak-Tutak K., Lipski M.

Інтердисциплінарне лікування зламу кореня центрального різця верхньої щелепи у 7-річного хлопчика. Опис клінічного випадку

Interdisciplinary Treatment of Root Fracture of Maxillary Central Incisor in 7-year Old Boy. Case Report

Стаття люб'язно надана польським журналом «Magazyn Stomatologiczny»

Список літератури в редакції

РЕЗЮМЕ: Представлено клінічний випадок лікування центрального різця верхньої щелепи у 7-річного хлопчика після травми у вигляді зламу кореня на приверхівковій ділянці. З огляду на численні ускладнення (неправильне накладання шини Тігерштедта, повторна травма зуба та виникнення парафункції) лікування було інтердисциплінарним і тривало 30 місяців.

Ключові слова: злам кореня, інтердисциплінарне лікування.

Summary: Present a case of treatment of a maxillary central incisor in a 7-year old boy after trauma in the form of root fracture in the periapical area. Due to numerous complications (improperly fitted Tiegstedt's splint and subsequent trauma to the tooth and the appearance of parafunctions), treatment was interdisciplinary and lasted 30 months.

Key words: root fracture, interdisciplinary treatment.

Злам коренів зубів не перевищує 7% від травматичних ушкоджень постійних зубів і найчастіше стосується центральних різців верхньої щелепи [1]. Це складна клінічна проблема, що вимагає співпраці багатьох фахівців, зазвичай, педодонта, ендодонтиста, хірурга-стоматолога, а іноді й ортодонта. У разі вертикального зламу збереження зуба у порожнині рота, як правило, неможливе і його необхідно видалити. Якщо злам горизонтальний, за умови дотримання відповідної методики, є доволі високий шанс зберегти зуб у порожнині рота. Вирішальне значення для результату лікування насамперед має

розташування щілини зламу. Оптимістичнішим є прогноз, коли щілина зламу проходить у верхівковій частині коронки, ніж у межах середньої або коронкової ділянок. Особливо в останньому випадку локалізації щілини зламу прогноз значно гірший, що зумовлено значним ризиком інфікування пульпи через щілину зламу з боку ясенної кишені та щодо високої рухомості фрагменту коронки зуба [1–3]. Метою дослідження є представлення лікування центрального різця верхньої щелепи із зломом кореня у приверхівковій ділянці, який, з огляду на численні ускладнення і труднощі, що виникли

при лікуванні, може зацікавити лікаря-практика.

Клінічний випадок

Пацієнт, 7 років, звернувся у приватний стоматологічний кабінет 04.01.2010 р. При обстеженні виявили висування зуба 21 із лунки на довжину 3–4 мм щодо зуба 11. На зуби наклали назубну шину Тігерштедту, зафіксовану практично лише на двох центральних різцях верхньої щелепи. Тому замість іммобілізації зуба 21 шина діяла на нього деструктивно, поглиблюючи щілину зламу кореня і порушуючи пло-



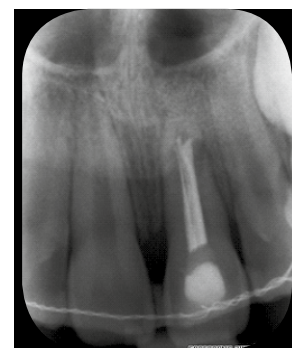
Мал. 1. Радіовізіографічне дослідження, проведене безпосередньо після травми



Мал. 2. Рентгенівський знімок із введеним у кореневий канал інструментом



Мал. 3. Рентгенівський знімок безпосередньо після пломбування каналу



Мал. 4. Дослідження, проведене через 2 місяці після резекції

щину змикання. З опитування виникло, що 20.12.2009 р. пацієнт звернувся на прийом до хірурга-стоматолога з приводу травми зуба 21, яка полягала у зламі кореня на 1/3 віддалі від верхівки, що підтвердив рентгенівський знімок. Під місцевим знеболенням після попередньої репозиції на зуби 12, 11, 21, 22 (відсутні зуби 13 та 23) застосовували напівжорстку іммобілізацію у вигляді дротяної назубної шини Тігершtedта з рекомендацією зняття її через місяць.

Після обстеження пацієнта прийняли рішення зняти деструкційну шину. Потім репонували фрагмент коронки, намагаючись мінімізувати щілину зламу і на 4 тижні накладали напівжорстку іммобілізацію, об'єднуючи всі різці шиною із композитного матеріалу Gradia Flow (GC Europe), підсилену ортодонтичним дротом, згідно з рекомендаціями Andreasen та співавт. (мал. 1) [1]. З огляду на ширину щілини зламу і повторне ушкодження зуба 21, спричиненого некоректним накладанням попередньої шини, прийняли рішення, що фрагмент коронки через високий ризик ускладнень з боку пульпи підлягатиме ендодонтичному лікуванню. На наступному відвідуванні (через 1 тиждень) під місцевим знеболенням 4% Ubistesin mite (ESPE) усували частково девітальну пульпу, а потім виконували контрольний рентгенівський знімок із введеним у канал інструментом (мал. 2). На підставі знімка визначали робочу довжину

каналу (19,5 мм) та обробляли його ручними інструментами до розміру 70. У процесі обробки канал промивали за допомогою шприца з ендодонтичною голкою NaviTip (Ultradent), використовуючи для цього 2% розчин гіпохлориту натрію (Chloran, Chema), а також лубрикант File Eze (Ultradent). Канал тимчасово заповнювали гідроксид-кальцієвим препаратом (DT Temporary Dressing Ca(OH)₂, Dental Therapeutics AB) і призначали прийом через тиждень. На наступному відвідуванні проводили остаточну обтурацію кореневого каналу гутаперчевими штифтами до щілини зламу та ущільнення герметиком AN Plus (DeTrey), використовуючи техніку бічної конденсації (мал. 3). Через ймовірність виникнення ускладнень внаслідок проштовхування матеріалу у щілину зламу і виявлення запальних змін на ділянці верхівки, після остаточної обтурації каналу запланували хірургічне втручання, що передбачало видалення відламаного верхівки і ревізію попередньо обтурованої частини кореневого каналу зуба 21.

Під місцевим знеболенням препаратом 4% Ubistesin mite 12.02.2010 р. надсікали м'які тканини у присінку порожнини рота на ділянках зубів 12 і 21 та ясенної гірлянди. Препарували слизово-окісний клапоть, оголювали кістку альвеолярного відростка і дрилем усували кісткову тканину на рівні верхівки зламаного кореня зуба. Відламану верхівку видаляли, а дефект

кістки заповнювали матеріалом Bio-Oss (Geistlich Biomaterials) і покривали мембраною Bio-Gide (Geistlich Biomaterials). Рану ушивали вузликовим швом. Профілактично пацієнт приймав антибіотик Zinnat susp. 100 мл (GlaxoSmithKline), 5 мл кожні 12 год. Для полоскання порожнини рота рекомендовано Eludril fl (Pierre Fabre). Загоєння проходило належним чином – не виявлено жодних ускладнень безпосередньо після втручання. Шви знімали через 5 днів. Наступного дня після зняття швів пацієнт прийшов на прийом у стоматологічний кабінет у зв'язку з черговою травмою. При огляді встановили бічний вивих попередньо резектованого зуба 21. Коронка зуба змістилась у напрямку піднебіння. Крім того, виявили незначну кровоточивість із ясенної кишені та очевидну рухомість зуба (II ступінь). Ушкоджену композитну шину знімали, а потім після знеболення 4% Ubistesin mite зуб репонували і повторно іммобілізували композитним матеріалом Gradia flow і ортодонтичним дротом на 8 тижнів. Після цього проводили контрольне рентгенологічне обстеження (мал. 4) і знімали композитну шину із зуба 21. З огляду на надмірне висування зуба 21 прийнято рішення про корекцію довжини коронки лікованого зуба (мал. 5). Крім того, при опитуванні пацієнт не висловлював жодних скарг. Контрольний огляд з одночасним рентгенологічним контролем був



Мал. 5. Вигляд після корекції довжини коронки



Мал. 6. Дослідження, проведене через 11 місяців після резекції



Мал. 7. Контрольний рентгенівський знімок через 2 роки після резекції

запланований через 6 місяців. Контрольне клінічне та рентгенологічне обстеження (мал. 6) проводили 30.11.2010 р. Під час обстеження встановили лише значну рухомість зуба 21, натомість виконаний рентгенівський знімок патології не виявив. У розмові з матір'ю пацієнта з'ясувалось, що хлопчик грався із зубом, підштовхуючи його язиком у губно-піднебінному напрямку. Прийнято рішення про незначну стабілізацію зуба за допомогою фіксації до композитно-дротяної шини, щоб унеможливити пацієнтові самоушкодження. Наступне відвідування заплановано через 6 місяців. Проте пацієнт прийшов на прийом лише через рік. Перебіг лікування без ускладнень і застережень. Під час відвідування робили контрольний рентгенівський знімок (мал. 7) і знімали з зубів композитну шину. Патологічної рухомості зуба не виявили, однак, з огляду на попередню поведінку хлопчика, не було прийнято рішення про повне зняття шини. Повторне обстеження пацієнта проводили 14.06.2012 р. Як на клінічному обстеженні, так і на рентгенівському знімку, який приніс пацієнт, відхилене не виявлено. Під час цього відвідування зняли решту шини з різців і провели лакування препаратом Duraphat (Colgate). Контрольний огляд призначили через 6 місяців. Пацієнт перебував під постійним ортодонтичним наглядом.

ОБГОВОРЕННЯ

Описаний клінічний випадок є прикладом нестандартного, інтердисциплінарного лікування зламу кореня зуба 21, спричиненого суттєвим ускладненням під час лікування та безвідповідальною поведінкою пацієнта у процесі та після лікування. Стандартна методика для такого типу травм передбачає оптимальну репозицію зуба і його напівжорстку іммобілізацію протягом як мінімум 4–8 тижнів. Рекомендовано моніторинг процесу загоєння протягом 1 року. У результаті лікування можна досягти з'єднання зламаних фрагментів [2, 3]:

1. За допомогою дентино- і цементоподібної тканини. Тоді спостерігають нормальну рухомість зуба, відсутність будь-яких больових відчуттів, належну реакцію пульпи на подразники, також у докоронковому фрагменті. На рентгенівському знімку видно ледь помітну лінію зламу.
2. За допомогою сполучної тканини, коли вся щілина зламу заповнена періодонтом. Спостерігають підвищену рухомість докоронкового фрагмента зуба, відсутність больових відчуттів, нормальну реакцію пульпи на подразники. На рентгенівському знімку чітко видно щілину зламу та облітерацію каналу в докоронковій частині.
3. За допомогою грануляційної тканини, що утворилась у результаті інфікування пульпи в докоронковому фрагменті. Спостерігають надмірну рухо-

мість зуба, часто його видовження та збільшення віддалі між фрагментами. При застосуванні належної методики процес загоєння в незрілих постійних зубах відбувається найчастіше за участі твердих тканин. Тому особливо важливо, щоби після травми пацієнт негайно звернувся у стоматологічний кабінет, де зуб іммобілізують, згідно з діючими інструкціями. Відповідно надана перша допомога є найефективнішою формою захисту від ймовірних ускладнень, пов'язаних із травмою постійного зуба, яка може призвести до його втрати. В клінічному випадку належна іммобілізація зуба хірургом-стоматологом могла б остаточно завершити весь, як згодом з'ясувалось, дуже складний процес лікування зуба 21. Як медичні, так і немедичні ускладнення під час лікування і відразу після нього, спричинили те, що процес загоєння тривав аж 30 місяців і полягав, безсумнівно, у набагато агресивніших втручаннях із залученням лікарів різних спеціальностей, що значно підвищило вартість лікування. Незважаючи на досягнутий успіх, остаточний прогноз щодо належного функціонування зуба 21 все ще залишається непевним. Звичайно, все це складне стоматологічне лікування було б неможливим без участі батьків та самого пацієнта, який виявив неабияку рішучість та погодився на особливо неприємне хірургічне втручання.

*Переклад з польської
Олександри Яремко*