

ХРОНІЧНІ ПЕРІОДОНТИТИ - АЛЬТЕРНАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ

Н.Б. Кузняк, С.В.Ткачик, В.В.Бедик

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології (зав. – к. мед. наук, доцент Кузняк Н.Б.)
Буковинського державного медичного університету*

Незважаючи на стрімкий розвиток стоматології, зростаючу конкуренцію, проблема санації і obturaції корневих каналів буде мабуть ще багато років залишатися не вирішеною.

В своїй практиці ми щоденно зустрічаємося з різними ускладненнями після ендодонтичного лікування: недопломбовані канали, злам інструмента в кореновому каналі, а кореневі канали obturovanі фіксованими анкерними штифтами за допомогою склоіономерного цементу, зуби відновлені куксовими вкладками, на яких фіксовані коронки, місткоподібні протези, коронки з фіксуєчими елементами для бюгельних протезів, телескопічні коронки.

Всі ці пацієнти пройшли не один етап стоматологічного лікування, можливо лікувалися в різних лікарів і напевне вже не очікують зустрітися із зубним болем, а більше того з явищами запального характеру, внаслідок якого доводиться втрачати зуб, а разом з ним інколи і дороговартісні зубні протези. Як допомогти в таких випадках пацієнту не втратити зуб, та не дати приводу розчаруватися в можливостях стоматологічної допомоги?

Звичайно, в кожному з випадків можливе різне лікування. Інколи при загостренні хронічного периапікального процесу достатньо призначити симптоматичне лікування, курс антибактеріальної терапії і пацієнт відчує покращання. Таке лікування не вирішує проблему радикально, але дає змогу вирішити її в плановому порядку. Якщо в зубі є прямий доступ до кореневого каналу, тоді потрібно скерувати пацієнта до стоматолога-терапевта, а при можливості – до стоматолога-ендодонта.

Розглянемо випадки, коли варто хірургу-стоматологу самому прийняти рішення. Це ті випадки, коли ендодонтичний доступ до кореневого каналу, а саме до верхівки, є досить складним, а інколи ризикованим. Слід пам'ятати, що майже кожен зуб можна зберегти при санованому періодонті.

Хірургічний доступ до верхівок корневих каналів в однокорневих зубах досить

хороший, моляри і премоляри верхньої щелепи (в основному їх щічні корені, які є складними для ендодонтичного лікування) мають добрі умови для хірургічного втручання. Найбільш складним є доступ до верхівок коренів у нижніх великих кутніх зубах. Операція резекції верхівки кореня та ретроградне пломбування кореневого каналу при різних формах періодонтиту та радикулярних кистах - це стандартне хірургічне втручання, мета якого цілком зрозуміла. Ретроградне пломбування кореневого каналу на практиці не завжди є стандартним, а при відсутності сучасного скелера з спеціальними насадками для ретроградного препарування кореневого каналу стає неможливим.

Мета нашого методу – досягнути щільної obturaції кореневого каналу в ділянці верхівки кореня.

В клінічних випадках, де відсутня виражена деструкція кістки в ділянці верхівки кореня і верхня третина його має щільний зв'язок з кісткою, ми резекцію верхівки не проводимо. У випадках вираженої деструкції та при радикулярних кистах додатково проводимо резекцію верхівки.

Після хірургічного доступу, трепанувавши кортикальну частину кістки та відкривши верхню третину кореня, якісним твердосплавним круглим бором, відступивши на 2мм вниз від верхівки кореня на вестибулярній поверхні, перпендикулярно до осі кореневого каналу трепануємо корінь до легкого відчуття провалювання бора в ділянку кореневого каналу. Потім легкими круговими рухами, забираємо всередині дентин кореня вздовж каналу. В результаті такого препарування утворюється порожнина, вхідний отвір якої менший за саму порожнину. Перед пломбуванням промиваємо розчином перекису водню та хлоргексидину. Пломбуємо МТА цементом, оскільки це перший в історії біосумісний пломбувальний матеріал, до якого прилипають волокна sharpey і навіть врослають в нього. Якщо планується резекція верхівки, то трепанацію і препарування кореня проводимо ще на 2-3мм нижче верхівки, пломбуємо порожнину, а після пломбування відрізаємо тонким гострим фісурним бором верхівку по верхньому краю пломбованої порожнини. Промиваємо рану розчином антисептика та ушиваємо слизово-окісний клапоть.

Таке хірургічне втручання дає можливість зберегти зуб, зупинити процес руйнування періодонту та кістки, створити благоприємні умови для відновлення кісткової структури та періодонту. В майбутньому, якщо в такому зубі буде повторно проводитися ендодонтичне лікування, obtурована верхівка значно полегшить роботу лікаря при obtурації самого кореневого каналу.

Результати оцінювали клінічно (відсутність симптомів хронічних періодонтитів) та рентгенологічно. При контрольних оглядах через 5-6 місяців після операції жодних скарг та клінічних ознак хронічного періодонтиту у пацієнтів виявлено не було.

Аналізуючи отримані дані клінічних спостережень та рентгенологічного контролю слід зазначити, що запропонована нами методика ретроградного пломбування кореневих каналів при різних формах хронічних періодонтитів є одним з альтернативних методів хірургічного лікування даної патології.