

Ткачик С. В.

**РЕТРОГРАДНЕ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ
ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТІВ**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою було створення умов, які попереджують проникнення мікроорганізмів та продуктів їх життєдіяльності з інфікованого каналу зуба в періодонт та досягнути щільної obturaції кореневого каналу в ділянці верхівки кореня.

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

Хірургічний доступ до верхівок кореневих каналів в однокоренових 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 скейлера з спеціальними насадками для ретроградного препарування кореневого каналу стає неможливим.

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 створення 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 врастають в нього. Якщо ми плануємо резекцію верхівки, то трепанацію і препарування кореня робимо 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, obturoвана верхівка значно полегшить роботу лікаря при obturaції 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 не було виявлено.

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