

SOUHRN

Práce se zabývá současnými možnostmi ošetření u zubů s vnitřním granulomem. Cílem bylo zjistit výskyt nejčastější etiologie, anamnestické údaje, klinické příznaky a formy patogeneze vnitřního granulomu a také stanovit nejvhodnější způsob ošetření takto postižených zubů, včetně definitivního plnění kořenového kanálku. V klinické části byla provedena retrospektivní studie 25 případů (14 mužů a 11 žen) zubů s vnitřním granulomem, které byly zachyceny na naší klinice v rozmezí let 1985 až 2005. V naprosté většině byly vnitřní resorpcí postiženy zuby frontálního úseku chrupu, a to v 84 %. Nejčastěji, celkem osmkrát, byly vnitřní resorpcí postiženy horní postranní řezáky. Nejmladšímu z pacientů bylo sedmnáct let, nejstaršímu 55 let, průměrný věk všech pacientů byl 34,6 let. Nejčastěji, celkem třináctkrát, byl vnitřní granulom lokalizován v gingivální třetině kořene, sedmkrát v polovině kořene a třikrát v apikální třetině. Dvakrát jsme našli vnitřní granulom přímo v korunkové části dřeňové dutiny. V našem souboru bylo akutní trauma nejčastější příčinou, která vedla ve svém důsledku ke vzniku resorpce, a to vždy na zubech ve frontálním úseku chrupu. Projevy vnitřního granulomu bývají velmi často asymptomatické a vnitřní granulom je pak zachycen zcela náhodně. Pouze u jednoho pacienta z našeho souboru došlo k akutní exacerbaci chronického zánětu a pacient přišel s příznaky akutní pulpitidy. Při diagnóze hraje rozhodující úlohu rentgenový snímek. Interpretace rentgenového snímku se při našem klinickém sledování však nejevila zdaleka tak jednoznačná, jak je většinou uváděno v zahraniční literatuře. Nejdůležitější podmínkou pro úspěšné ošetření zubu s vnitřním granulomem je včasná a dokonalá exstirpace zánětlivě změněné vitální dřeně. Technika provedení exstirpace vitální dřeně při ošetřování zubu s vnitřním granulomem je v podstatě stejná jako při exstirpaci z jiných důvodů. Dochází při ní ovšem k výraznějšímu krvácení, zvláště zůstávají-li v kořenovém kanálku zbytky granulační tkáně. K výplachu kořenového kanálku jsme používali nejčastěji 0,12% roztok chlorhexidinu a k odstranění zbytků granulační tkáně provizorní plnění k.k. Ca(OH)₂. K definitivnímu plnění kořenového kanálku byly použity gutaperčové čepy ve spojení s nedráždivým sealerem. Určité odlišnosti v terapii jsou dány velikostí granulomu.

V experimentální části jsme porovnali kvalitu plnění kořenových kanálků u zubů s uměle vytvořeným vnitřním granulomem při použití čtyř různých technik pro plnění kořenového kanálku (centrální čep, laterální kondenzace gutaperči, Thermafil, BeeFill).

Prokázali jsme, že konzervativní terapie u zubů s vnitřním granulomem je možná; spočívá v dokonalé exstirpaci vitální dřevě s následným opakovaným provizorním plněním kořenového kanálku hydroxidem kalcia (krátkodobým či dlouhodobým) a kvalitním definitivním zaplněním kořenového kanálku.

Experimentální studie přinesla jasnou odpověď na otázku kvality plnění u jednotlivých technik. Souhrnně se jako nevhodné pro plnění zubů s vnitřním granulomem ukázaly techniky centrálního čepu (22 spár z 30 řezů) a laterální kondenzace (17 spár z 30 řezů).

Uspokojivých výsledků bylo dosaženo u zubů zaplněných Thermafilem (7 spár z 30 řezů).

Jednoznačně nejlepší technikou pro definitivní plnění zubů s vnitřním granulomem se ukázala přímá aplikace nahřáté gutaperči do kořenového kanálku s resorptivním defektem, v našem případě reprezentovaná přístrojem BeeFil (4 spáry z 30 řezů).

Prognóza úspěšnosti léčby u zubů s vnitřní resorpcí je velice dobrá, pokud nedejde díky resorpci k přílišnému oslabení zbytku zubu. Při vhodné léčbě s využitím moderních endodontických postupů a materiálů je dobrá i prognóza u perforujících resorptivních lézí.