

Rycina 11.1 Ząb trzonowy mleczny z próchnicą. (A) Zmiana próchnicowa klinicznie widoczna jako niewielki ubytek. (B) Próchnicowe obnażenie miazgi w wyniku całkowitego usunięcia próchnicy. Zgoda na publikację: M. Vaidyanathan.

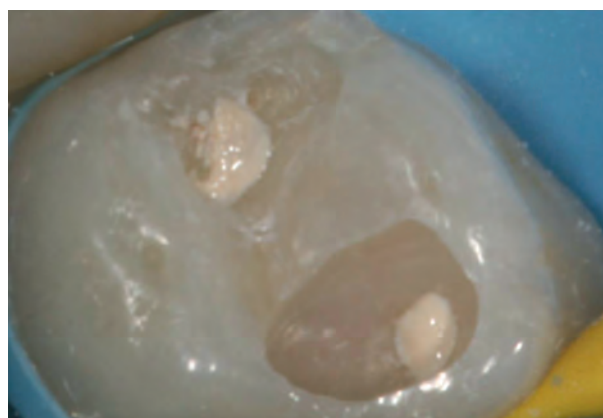
miazgi, takie jak: w wywiadzie ból samoistny, towarzyszący obrzęk, nadwrażliwość na nagryzanie lub patologiczna ruchomość zęba. Podobnie konieczne jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego przed leczeniem w celu sprawdzenia obecności patologicznej resorpcji korzeni, zwapnień miazgi czy istnienia przejaśnienia okołowierzchołkowego, którego obecność zmusza do zastosowania mniej zachowawczego leczenia.

Na pierwszej wizycie należy usunąć rozmiękłą zębinę wiertłem różyczkowym umocowanym w końcówce kątnicy wolnoobrotowej lub ręcznie za pomocą ekskawatora. Połączenie szklwno-zębinowe powinno pozostać wolne od rozmiękłej próchnicy. Zębinę w miejscu, w którym potencjalnie może dojść do obnażenia miazgi, pokrywa się warstwą twardniejącego wodorotlenku wapnia (np. Dycal, Dentsply, Weybridge, Surrey, UK), na który następnie zakłada się szybko wiążący preparat zawierający w swoim składzie tlenek cynku z eugenolem (np. IRM, Dentsply) lub cement glasjonomerowy. Udokumentowana została skuteczność pokrycia pośredniego wodorotlenkiem wapnia zębów siecznych na 92% po 42 miesiącach obserwacji [13] oraz 96% w przypadku zębów trzonowych po roku obserwacji [14]. Aż w 96% przypadków zastosowanie alternatywnie żywicy wiążącej bezpośrednio na zębinę zakończyło się powodzeniem, natomiast w przypadku zastosowania wodorotlenku wapnia skuteczność pokrycia wyniosła 83% [15]. Inne badania wykazują dobrą skuteczność zastosowania cementu glasjonomerowego bezpośrednio na pozostawioną zębinę [16] ze względu na korzyści, jakie przynosi uwalniany przez niego fluor, a następnie użycie ostatecznego wypełnienia. Badania kliniczne dowodzą wyższej skuteczności pokrycia pośredniego miazgi niż pulpotomii z użyciem formokrezolu [17,18]. Niektórzy autorzy zalecają zastosowanie metody dwuetapowej, która polega na otwarciu ubytku po 3 miesiącach od pokrycia pośredniego i usunięciu pozostawionej próchnicy [18]. Ze względu na duże powodzenie jednoetapowego pośredniego pokrycia miazgi, lepsze dla pacjenta

okazuje się wykonywanie regularnych testów na żywotność miazgi niż narażanie go na powtórne otwieranie ubytku.

Pokrycie bezpośrednie miazgi

Bezpośrednie pokrycie miazgi w zębach mlecznych nie jest zabiegiem polecanym, ze względu na ograniczoną efektywność, co podkreśla się w piśmiennictwie. Przetrawe zapalenie miazgi może z czasem doprowadzić do martwicy miazgi lub resorpcji wewnętrznej. Jedynym wskazaniem do zastosowania tego sposobu leczenia jest przypadkowe obnażenie miazgi podczas preparacji ubytku [19] lub bliska utrata zęba [20]. W miejscu obnażenia miazgi zakłada się wodorotlenek wapnia w celu pobudzenia jej komórek do formowania mostu zębinowego poniżej miejsca obnażenia i zachowania jej przy życiu (ryc. 11.2). Pokrycie bezpośrednie nie powinno być stosowane w przypadku próchnicowego obnażenia miazgi.



Rycina 11.2 Pokrycie miazgi wodorotlenkiem wapnia. Zgoda na publikację: T. Kandiah.