

Полтавський державний медичний університет

Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, яка присвячена 70-й річниці з дня народження доктора медичних наук, професора Михайла Дмитровича Короля

Компромісне відновлення ендодонтично пролікованого моляра із частковою фрактурою стінки

Автори: асистент, PhD **Водоріз Ярослав Юрійович**,
проф., д. мед. н. **Ткаченко Ірина Михайлівна**,
доцент, к. мед. н. **Марченко Ірина Ярославівна**



Актуальність

- ▶ Через військовий стан в країні можливість пацієнтів отримувати повноцінне стоматологічне лікування дещо знизилася. Велика кількість пацієнтів, значна частка яких є військовослужбовцями, внутрішньо переміщеними особами, або тими, хто отримав статус біженця за кордоном і приїжджає в Україну на короткий термін, через обставини що склалися часто не мають часу та можливості пройти заплановане лікування, що передбачає достатню кількість відвідувань. Через вищезгадані факти іноді стандартні протоколи лікування неможливо застосувати і лікарю-стоматологу доводиться вдаватись до компромісних планів лікування задля максимального збереження якості життя пацієнтів.



Мета дослідження

- З'ясувати можливість постендонтичного відновлення моляра з частковою фрактурою стінки без її видалення.
- 

Матеріали і методи

- ▶ За стоматологічною допомогою звернулась пацієнтка К зі скаргою на рухомість стінки зуба, яка з'явилась після накушування твердої їжі. Зі слів пацієнтки зуб 4.6 був пролікований ендодонтично, однак пацієнтка не встигла завершити процедуру постендодонтичного відновлення. Об'єктивно тимчасова пломба зуба 4.6 збережена, резидуальна товщина оральної стінки – 1 мм., решти стінок зуба – 1,5мм. Відмічалася незначна рухомість язичної стінки.. Після видалення тимчасової пломби було з'ясовано, що тріщина проходила по нижній третині язичної стінки на 2/3 її довжини.

- 
- 
- ▶ Після інфільтраційного знеболення 4% артикаїном з епініфриним 1:100000 («Artinibsa» Inibsa, Іспанія) було проведено ізоляцію робочого поля за допомогою рабердаму. Дистальний кореневий канал частково звільнений від гутаперчі та епоксидного силера за допомогою твердосплавного бора H1SNL 008 (Okodont, Німеччина). Внутрішня поверхня зуба було оброблена порошком оксиду алюмінію F120 (ATA, Україна), ортофосфорною кислотою 37% (Latus, Україна). Адгезивний шар – «Optibond FL» (KaVo-Kerr, США).
 - ▶ Поверхня скловолоконного штифта «Glassix» (Nordin, Швейцарія) протравлена ортофосфорною кислотою 37%, силанізована («Proseal» FGM, Бразилія). Штифт зацементовано на глибину 8мм на композитний цемент подвійного твердіння «Breeze» (Pentron, США). На дно та стінки (U – подібна укладка) було встановлено просочену адгезивом скловолоконну стрічку «U.P.» (Inod, Південна Корея) 2мм*15мм таким чином, щоб стрічка щільно контактувала з дном і стінками зуба не доходячи до верхніх країв стінок на 1 мм. Внутрішня частина зуба відновлена композитом, посиленням скловолоконном «everX Flow Bulk» (GC, Японія) та ламінована композитом «Gradia Direct Posterior» PA3 (GC, Японія). Після полімеризації проведена редукція горбів на оклюзійній поверхні. Рекомендовано подальше протезування штучною коронкою.

Результати та їх обговорення

- ▶ За звичайних умов тактика лікування полягала би у видаленні мобільного фрагменту, ізоляції робочого поля і подальшому відновленні. Однак, під час видалення зламаної стінки зуба з високою імовірністю дефект твердих тканин міг перейти в розряд під ясеневих, що могло поставити під питання можливість якісної ізоляції робочого поля, а також надійність і якість подальшого відновлення. За неможливістю ізоляції і належного відновлення даний зуб слід було би видалити, а утворений дефект замінити будь-якими доступними протетичними методами. Хоч ця тактика була би найбільш прогнозованою, вона призвела би до кратного збільшення кількості відвідувань, а також фінансових затрат. Враховуючи вищезгадані фактори, а також обставини за який відбулося лікування (недостатня кількість часу у пацієнта) було прийнято компромісне рішення – провести відновлення зуба без видалення мобільного фрагменту. За результатами лікування – мобільність стінки зуба 4.6 відсутня, створення сприятливі умови для протезування зуба 4.6



Висновки

- ▶ Обрання даної тактики дозволило провести постендодонтичне відновлення зуба в одне відвідування, без компрометації ізоляції робочого поля, збільшення кількості відвідувань та удорожчання вартості лікування
- ▶ Використання комбінації скловолоконного штифта, скловолоконної стрічки, встановленої на дно і стінки зуба, а також композитного матеріалу, посиленого скловолокном у значній мірі покращило прогноз подальшого лікування.