

Постендодонтичне відновлення значно зруйнованого моляра — фіксація штифта і відновлення кукси, попередньо виконане на основі лиття

Post-endodontic Restoration of an Extensively Destroyed Molar — Post Luting and Core Build-up from a Cast

Залежно від ступеня руйнування клінічної коронки для забезпечення ретенції відновлюваної кукси після успішно проведеного ендодонтичного лікування у кореневий канал необхідно встановити штифт. Адгезивна фіксація штифта з використанням композитного матеріалу в комбінації з композитом для адгезивної надбудови кукси забезпечує при цьому науково підтверджені переваги щодо міцності при функціональних навантаженнях, герметизації, зчеплення з дентином і емаллю й подальшого препарування [1, 2].

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

У клінічному випадку описано відновлення попередньо ендодонтично лікованого зуба 46, який потребував встановлення металокерамічної коронки. Раніше вже проводили відновлення зуба 46 з використанням суцільнолітої надбудови кукси і металокерамічної коронки (мал. 1). На рентгенівському знімку (мал. 2) видно неповністю запломбовані кореневі канали і світлі ділянки, що є ознакою апікального пародонтиту. Тому для успішного ендодонтичного лікування обов'язковим є коректне пломбування корневих каналів і повторне відновлення зуба. Після видалення коронки

і суцільнолітої надбудованої частини кукси збережені поверхні зуба очищали, забезпечивши таким чином доступ до корневих каналів (мал. 3).

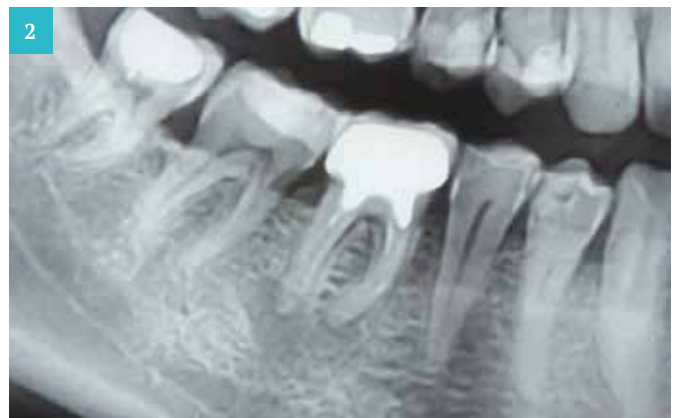
Повторне ендодонтичне лікування каналів проводили за декілька відвідувань. Надійну тимчасову коронку на цей період виготовили у вигляді часткової надбудови кукси з матеріалу Visalys® Core («Kettenbach»). Оскільки збережені тверді тканини зуба не забезпечували достатньої ретенції, то в мезіо-лабіальній і дисто-лінгвальній ділянках встановили парапальпарні штифти відповідно (мал. 4).

Потім за допомогою матеріалу для відновлення кукси по периметру над-

будували корінь, що надалі забезпечило належний доступ до корневих каналів (мал. 5).

Підготовку і повторне пломбування окремих корневих каналів провели лише за 3 відвідування. Завдяки частковому відновленню кукси за допомогою Visalys® Core («Kettenbach») доступ до корневих каналів у будь-який момент можна було закрити тимчасовим матеріалом (мал. 6), а зуб захистити тимчасовою коронкою з Visalys® Temp («Kettenbach»).

Через 5 місяців тимчасова робота зберегла належний клінічний стан (мал. 7). Після проходження часу, необхідного для повного загоєння і зникнення клі-







нічних симптомів, зробили контрольний знімок і переконалися в успішності ендодонтичного лікування (мал. 8, 9). У такий спосіб створили передумови для виготовлення постійної штифтової надбудови кукси. Відтак прийняли рішення встановити два скловолоконні штифти. Для цього відпрепарували ложе для встановлення скловолоконних штифтів, які згодом зафіксували за допомогою Visalys® Core («Kettenbach») (мал. 10). З використанням того самого композиту для відновлення кукси досі наявну

лише часткову надбудову доповнили в ділянці оклюзії, для встановлення металокерамічної коронки провели препарування кукси (мал. 11). Лікування завершили встановленням виготовленої в лабораторії металокерамічної коронки (мал. 12).

ВИСНОВКИ

Сучасні адгезивні матеріали забезпечують стабільне і надійне відновлення навіть значно зруйнованих зубів. У клінічних випадках із незадовільно

відновленими зубами тривала терапія для виправлення дефектів є виправданою, оскільки пропонувані сьогодні матеріали відкривають нові можливості. Комбінація зі скловолоконних штифтів і композитів для відновлення кукси (наприклад, використаний у нашому випадку Visalys® Core компанії «Kettenbach») дозволяє лікарю за допомогою лише двох матеріалів відновити куксу, яку можна препарувати подібно до дентину і яка забезпечує надійну основу для встановлення ортопедичних конструкцій.

*Фото: Dr. Gergely Götz, Угорщина
Матеріал надано компанії Kettenbach*

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Naumann M, Sterzenbach G, Rosentritt M, Beuer F, Frankenberger R. Is adhesive cementation of endodontic posts necessary? J Endod 2008;34:1006-1010.
2. Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik

und Werkstoffkunde (DGZPW) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) für die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund, und Kieferheilkunde (DZMK) 7/2004 V.1.0 gemeinsam mit dem Beirat Endodontologie der DGZ