

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІРУРГІЧНИХ ТЕХНІК ПРИ ЛІКУВАННІ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Могитич Д. М., Могитич М. М.

м. Тернопіль, стоматологічна клініка «M-Dental»

Техніка висікання «відкритого вікна» (ВВ) являє собою усунення твердих і м'яких тканин навколо ретенуваного зуба (РЗ) вздовж напрямку бажаного шляху прорізування. Оголоється коронка зуба до емалево-цементного з'єднання, рана покривається пародонтальною пов'язкою, щоб сприяти спонтанному прорізуванню РЗ.

Метод апікально зміщеного клаптя (АЗК) передбачає вертикальний розріз і відшарування клаптя, люксацію зуба і ушивання рани. Рідко застосовується через некомфортне загоєння рани і тенденцію до утворення рубця.

Закрите прорізування (ЗП) також передбачає формування клаптя, усунення кісткової тканини над РЗ і його тракцію до оклюзійної площини, ушивання рани. Цей метод добре прогнозований і симулює природне прорізування зуба.

Підокісний тунельний доступ з вертикальним розрізом (VISTA) – безклаптева хірургічна техніка з мінімальною травмою для м'яких тканин з добрим хірургічним доступом і високим комфортом для пацієнта. Здійснюється два вертикальних розрізи і тракція РЗ еластичним ланцюжком через підокісний тунель з опорою на мініімплант (МІ).

ВВ техніка оптимальна для більшості піднебінно розташованих РЗ, і не передбачає проблем з формуванням кератинізованих ясен навколо прорізаного зуба.

Метод ЗП рекомендований для лабіальноретенуваних зубів, які розміщені апікально, можливі проблеми з кератинізованими яснами прорізаного зуба.

АЗК показаний при лабіальних РЗ, але які розміщені більш коронально.

Методика VISTA з кістковою опорою на МІ показана для складних випадків ретенції зубів, зокрема з високим вестибулярним розташуванням, з транспозицією, горизонтально розміщених РЗ.

ЕФЕКТИВНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ПРЯМИМИ РЕСТАВРАЦІЯМИ КОНТАКТНОГО ПУНКТУ ЖУВАЛЬНИХ ЗУБІВ

Могитич М. М., Могитич Д. М.

м. Тернопіль, стоматологічна клініка «M-Dental»

Лікування жувальних зубів з відновленням контактного пункту вимагає чіткого дотримання протоколу і послідовності клінічних етапів.

Після повної ізоляції робочого поля системою раббердам, виконується препарування контактних поверхонь, повне очищення від нежиттєздатних і каріозних тканин, піскоструминна обробка оксидом алюмінію (розмір частинок 27 мікрон), апроксимальне полірування смужками або дисками.

Фіксація матричної системи: тонка металева контурна матриця повинна охоплювати краї порожнини на проксимальній поверхні, повторювати анатомічну форму контактної поверхні зуба. Фіксація матриці відбувається за допомогою дерев'яного/пластмасового клина і матричного кільця. Додаткова стабілізація клина відбувається за допомогою ущільнення тефлонової стрічки в місці контакту або рідкого кофердаму.

Після виконання адгезивного протоколу, на дентин дна та стінок наносився тонкий прошарок текучого композиту, зокрема SDR, до емалево-дентинного з'єднання. Завдяки виділенню фтору, матеріал виконує роль ізолюючої прокладки та адаптивного шару. Тонкою гладилкою матриця підтискається до сусіднього зуба для створення щільного контактного пункту перед фотополімеризацією.

Побудова стінки відбувається фотополімерним композитом (спочатку дистальна, потім медіальна). Відновлення анатомічної форми зуба – пакуємим композитом відповідного кольору з використанням пошарової техніки і подальшим шліфуванням та поліруванням пломби.

Як показують результати, дотримання всіх етапів і правильна постановка та адаптація матричної системи, дозволяють отримати прогнозований результат і зекономити час лікаря.