

Пряма композитна реставрація передніх зубів

Якщо раніше форма порожнини для подальшого пломбування зуба диктувалася властивостями матеріалу і необхідністю створення макроретенції, то сьогодні метою реставрації є мінімальне втручання завдяки адгезії матеріалу. Використання безпосередньої адгезивної композитної реставрації зуба стає все далі нормою. У багатьох випадках тільки пряма композитна реставрація здатна реалізувати концепцію мінімального втручання і через це заслуговує на увагу. Головні тому причини – краща естетика, менша вартість і, передусім, менше втручання в тканини зуба. Крім того, такі композитні реставрації підтвердили свою довговічність.

Клінічний випадок

Пацієнт звернувся з метою відновлення сколювання 11 і 21 зубів, отриманого в результаті спортивної травми (мал. 1). Сколювання відбулося без загрози життєздатності пульпи. Пульпарна камера не розкрита. Температурна проба позитивна, вертикальна і горизонтальна перкусія безболісна (мал. 2).



*Мал. 1.
Початкова
клінічна
ситуація*



*Мал. 2.
Клінічна
картина, вид
з піднебінної
поверхні*

Перед початком лікування проводиться місцева анестезія, підбирається основний відтінок, тип світлопроникнення ріжучого краю. За допомогою артикуляційного паперу перевіряється оклюзія, оскільки краї реставрації, будучи найслабкішою ланкою, мають знаходитися за межами оклюзійних контактів. Виготовляється силіконовий ключ прямим методом, тобто безпосередньо на зубах пацієнта, моделюються втрачені ділянки зубів, і з них знімається частковий відбиток базовою пастою силіконової маси.

Встановлюється кофердам, і проводиться препарування. В процесі обробки зубів я керуюся принципами мінімального втручання в зубні тканини. При цьому логічно було б провести мінімальне препарування в ділянці країв сколювання з метою створення мінімального уступу, але якщо уважніше придивитися на поверхню емалі під іншим кутом, то можна помітити горизонтальні тріщини, що утворилися в результаті травми (мал. 3).



Мал. 3. Горизонтальні тріщини, що утворилися в результаті травми

Ці тріщини згодом можуть легко фарбуватися харчовими барвниками і потребувати додаткової корекції. Тому, якщо орієнтуватися на довговічність реставрації, логічно буде їх також залучити в процес препарування.

Оскільки ділянка переходу композиту в тканини зуба є слабким місцем усіх композитних реставрацій, препарування проведене у вигляді уступу: такий підхід дозволяє забезпечити плавний перехід за кольором і в той же час створити товщину

композиту, достатню для забезпечення міцності і довговічності в місці майбутнього стику матеріалу та емалі зуба. Також в ділянку препарування залучена поверхня емалі, що має мікротріщини. Далі проводимо фінішну обробку країв емалі си-



ліконовою голівкою (мал. 4).

Мал. 4. Вигляд після фінішної обробки країв емалі силіконовою голівкою

Ділянка препарування піддається піскоструминній обробці. Порошок оксиду алюмінію з розміром часток 50 мікрон упродовж 5 секунд з відстані 5 мм застосовується для очищення від змащеного шару, біоплівки і створення мікрошорсткої поверхні. Піскоструминна обробка оптимально зачищає порожнину і одночасно готує поверхню композиту до наступного бондінгу (нанесення адгезивного матеріалу). Під час цієї фази очі пацієнта і лікаря мають бути захищені захисними окулярами і має застосовуватися потужний порохотяг. З внутрішньої поверхні краї емалі відпрепаровані під кутом 90 градусів до подовжньої вісі зуба, оскільки з піднебінної поверхні вимоги до естетики мінімальні, а на перший план виступає здатність витримувати оклюзійні навантаження (мал. 5).



Мал. 5. З піднебінної поверхні краї емалі

відпрепаровані під кутом 90 градусів

Секційні матриці встановлюються для захисту сусідніх зубів від ортофосфорної кислоти, проводимо протравлення емалі (30 секунд) і дентину (15 секунд). Після промивання водою впродовж 30 секунд залишаємо вологий дентин (техніка вологої адгезії), наносимо перший шар адгезиву і розрівнюємо легким струменем стислого повітря, полімеризуємо 20 секунд, потім наносимо другий шар адгезиву, висушуємо. Після цього проводимо фотополімеризацію 40 секунд.

За силіконовим ключем виготовляється піднебінна стінка з відтінку емалі композиту середньої яскравості.

На наступному етапі наносимо тонкий шар текучого композиту на дно порожнини для отримання еластичної підкладки, фотополімеризація 20 секунд. Основне завдання – герметизація дентину для захисту від бактерійного забруднення, досягнення ідеальної геометрії порожнини, корекція мінімальних заглиблень.

Далі в порожнину вноситься відповідна кількість фотополімерного композиту (мал. 6). Важливо нанести матеріал по всій поверхні порожнини. Залишаємо резерв простору на ріжучому краї для нанесення світлопроникненого матеріалу. На наступному етапі створюємо рельєф у вигляді горизонтальних смуг за допомогою інтенсиву (мал. 7). Закриваємо поверхню універсальною емаллю.



Мал. 6. У порожнину внесений фотополімерний композит



Мал. 7. Створений рельєф у вигляді горизонтальних смуг за допомогою інтенсиву

Наприкінці знімаємо кофердам і перевіряємо оклюзію. Обробка форми проводиться алмазним бором. Потім проводиться полімеризація протягом мінімум 60 секунд на кожну поверхню.

Завершальний етап – поліровка поверхні реставрації. Для цієї мети ми використовуємо щітку з козячою щетиною і алмазні пасти. Фінішна поліровка проводиться пастою на основі оксиду алюмінію до стану сухого блиску (мал. 8).



Мал. 8. Вигляд відразу після зняття кофердама. Сильно виражений ефект пересихання емалі

Остаточний вигляд реставрації і посмішки пацієнта представлений на малюнках 9 і 10.



Мал. 9. Зовнішній вигляд реставрації наступного дня



Мал. 10. Зовнішній вигляд посмішки пацієнта
М. М. Мелешко, стоматолог