

Установка оклюзійних накладок і опори протеза

Вдало виконана опора протеза розподіляє жувальний тиск на максимально можливу кількість природних зубів здатних до навантаження. Проте ця мета не повинна призводити до перебільшення конструкції протеза.

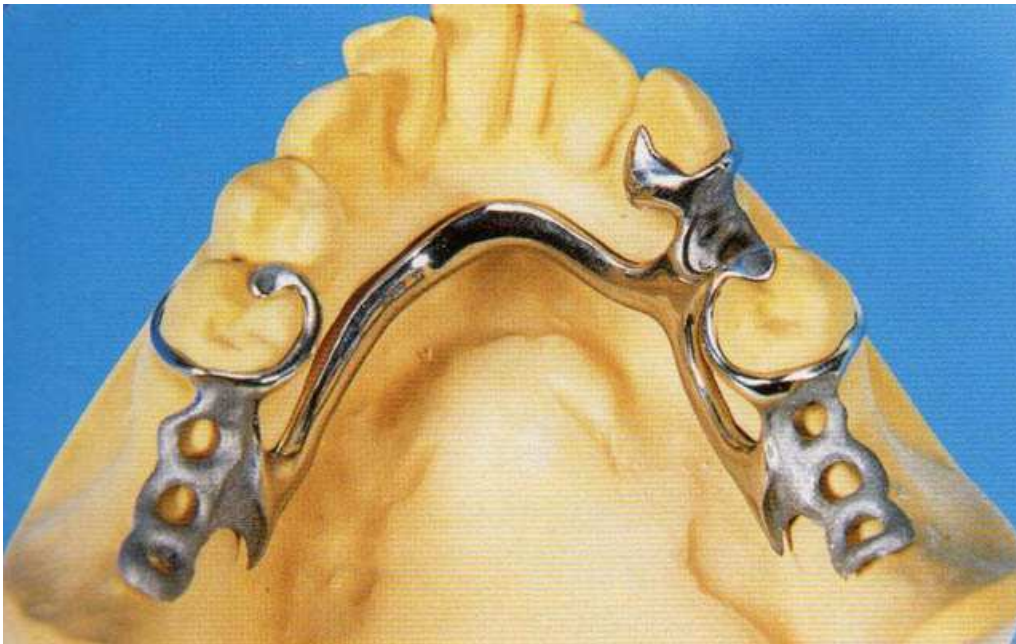
Недоліки через додаткові, зайві кламери

- Перебільшене покриття зуба
- Утворення ніш під додатковими малими з'єднувачами
- Обмежений комфорт протезів через кламерні елементи, що заважають
- Естетика: видимі елементи кламера
- Додаткове препарування: для оклюзійних накладок, для оклюзійних частин кламера

Накладки запобігають осіданню бюгельного протеза. Вертикальна жувальна сила повинна переважно передаватися через накладки (дентальна опора) на періодонт кламерних зубів. Загальне правило: для 1,5 до 2 штучних зубів – одна накладка. У ділянці переходу дуги до сідловидної частини протеза в пацієнтів часто виникають скарги на відчуття тиску, тому потрібен стабільний перехід (малий з'єднувач) від накладки до каркаса. Препарування місця для накладок допомагає уникнути завищення оклюзії. На премолярах, у ситуаціях з кінцевими і включеними дефектами зубного ряду, віддається перевага опорі, віддаленій від сідловидної частини протеза. Поблизу сідловидної частини протеза опорні елементи діють як точки обертання і викликають ротацію кінця кламера на зубі. Опора поблизу сідловидної частини протеза може бути потрібна при невеликих включених дефектах, низьких клінічних коронках, а також при включених фронтальних дефектах зубного ряду. У ситуаціях, де моляри знаходяться по краях, накладки розташовують поблизу сідловидної частини протеза.

Про кінематику сідловидних частин протеза на кінцевих дефектах при оклюзійному навантаженні і про розташування накладок існує безліч досліджень і публікацій. У літературі для ситуацій з односторонніми або двосторонніми кінцевими дефектами зубного ряду найчастіше рекомендується опора, віддалена від сідловидної частини протеза. Дуже рідко згадується опора, наближена до сідловидної частини протеза. Ця ін-

формація базується на клінічних дослідженнях, при яких мезіальна сторона сідловидних частин протеза з віддаленою опорою мала тенденцію до глибшого осідання. Переважає думка, що опори треба розташовувати на відстані від сідловидної частини протеза.



При кінцевих дефектах: накладда далеко від сідла

Місця для оклюзійних накладок препаруються у формі лунки, з урахуванням особливостей динаміки сідловидної частини протеза. Відповідно виконане препарування допускає невелике обертання накладки в її ложі, оскільки неможливо уникнути незначної власної рухомості протеза при жувальних рухах. При препаруванні ложа для накладок треба неодмінно звернути увагу на розташування вісі зубів і напрям введення протеза. Необхідно також забезпечити достатньо місця для кламерних плечей. Препарується тільки шар зубної емалі без ушкодження цілісності дентинного ядра. Інакше потрібна консервація чи протезування дефекту. Горизонтальні розміри (мезіально-дистально, орально-вестибулярно) порожнини для опори залежать від анатомії зуба. Зразком служать наступні рекомендації:

- мезіально-дистальна ширина – приблизно $\frac{1}{5}$ ширини коронки
- орально-вестибулярна ширина – приблизно $\frac{1}{3}$ ширина коронки або половина довжини відстані між вестибулярним і оральним горбиком зуба

Максимальна горизонтальна ширина препарованих лунок не має перевищувати 2,5 мм. Товщина оклюзійних накладок за-

лежить від умов прикусу і має складати від 0,6 до 1,0 мм. Кут між накладкою і основним напрямом дії навантаження складає приблизно 90°. Таким чином, при жувальному тиску накладки не зісковзують, і відсутній горизонтальний тиск на опорні зуби, що пошкоджує маргінальний пародонт. Якщо можливо, лунки для накладок робляться в пломбах з амальгами або у вкладках. Поглиблення для накладок у неметалічних пломбах (композити, кераміка, гальванічні вкладки) вважаються проблематичними. Те ж саме стосується зубів з коронками невідомої товщини стінок: під час підготовки поглиблення для накладки на таких коронках існує ризик перфорації. Це неминуче спричиняє за собою необхідність виготовлення нової коронки.

Ікла та фронтальні зуби – через нахил їх клінічної коронки – часто не підходять для опорних елементів. Накладки на оральних, сильно нахилених поверхнях (особливо на нижній щелепі) не забезпечують відведення жувальних сил по вісі зуба. Існує небезпека, що зуб видавлюватиметься із зубного ряду у вестибулярному напрямі. Цей ефект може бути посилений глибоко розташованим, активним вестибулярним плечем кламера. Якщо не можна уникнути виключення ікла або фронтального зуба з конструкції, то існують дві можливості. У першому випадку невеликі накладки/контропора на протилежному боці зуба забезпечують шинування зуба. Їх необхідно частково препарувати у вигляді уступу, який торкається ріжучого краю. Поглиблення має оформлятися так, щоб накладка знову відновлювала анатомічну форму зуба. Пацієнти часто невдоволені естетикою такого рішення, оскільки разом з вестибулярними плечима кламера на ріжучих краях зуба видно накладку. Друга можливість полягає у виготовленні на зуб коронки, що дає додаткову опорну площу і надійну ретенцію.

Опорні елементи на фронтальних зубах повинні розміщуватися завжди як можна ближче до шийки зуба. Це протидіє несприятливим силам важеля, які можуть видавити зуб у лабіальний бік. Рухомі зуби, зуби з обробленими коренями або з великими пломбами менш придатні для кламерів. У розвернутих або сильно нахилених зубів часто є показання для другої накладки.