

Минимально инвазивное восстановление жевательных зубов

Круглик А.Ю., Круглик Ю.Н., Хомич А.Ф.

Кафедра ортопедической стоматологии БГМУ.

Для восстановления жевательной поверхности зубов, поврежденной кариесом или имеющей эндодонтический доступ, чаще всего применяется композит. Как правило, площадь таких полостей более 0,5 ИРОПЗ. Результаты такого подхода - в виде фразтур стенок зубов, уходящих ниже уровня десны – мы наблюдаем регулярно. Аналогичная ситуация и с композитными пломбами обширных полостей, не приводящими к фразтурам зубов. В таких случаях, как правило, окклюзионная поверхность выводится из контакта с антагонистами, при изготовлении пломбы или естественным износом композиционного материала, истирание которого приблизительно в 4 раза превышает истирание эмали зубов. Результат – зубоальвеолярное выдвигание антагонистов. Почему же происходит превышение показаний к пломбировке жевательных зубов? Из опыта общения с пациентами, важным фактором является страх обширного препарирования зубов. По результатам исследования D. Edelhoff et al., потеря твердых тканей коронковой части зубов при препарировании под коронки, достигает 63-72%. В этой статье хотелось бы рассмотреть альтернативные малоинвазивные ортопедические конструкции (микропротезы). Понятие о микропротезировании предусматривает использование вкладок, виниров и т.п.

По материалу вкладки бывают: 1. Металлические. Как правило, из золотосодержащих сплавов; 2. Композиционные (Таргис). За счет перекрытия композиционным материалом бугров зуба, избавляют от последующих фразтур. Также преимущества возникают вследствие отсутствия усадки в полости рта и непрямого метода изготовления, позволяющего точно воссоздать форму жевательной и аппроксимальных поверхностей. Композиционные вкладки представляют собой хороший компромиссный вариант при отказе пациента от препарирования под полную коронку и экономической недоступности керамических вкладок. По

износостойкости такая конструкция значительно уступает керамике, срок ее службы небольшой; 3. Керамические (наиболее популярны Дуцера, Церек, Имакс). Это группа, представленная различными керамиками. От полевошпатных, дающих непревзойденную эстетическую во фронтальной группе зубов (наряду с невысокой прочностью) до множества упрочненных керамик (дисиликатных, алюмоксидных, циркониумоксид); 4. Комбинированные. Представляют из себя теоретически возможный вариант литой либо гальванопластической металлической вкладки с облицованной керамикой жевательной поверхностью.

По методу изготовления: 1. обжиг на огнеупорной модели (Дуцерам); 2. литье металла либо керамики (Имакс); 3. шликкерное формование (Инцерам); 4. компьютерное фрезерование (Церек).

По топографии дефекта: 1. Инлей. Не покрывает бугры зуба. Фактически, выполняется по тем же показаниям что и более экономичная пломба. Не пригоден при ИРОПЗ более 0,5. Не пригоден для восстановления полостей, простирающихся более чем на половину ската бугра; 2. Онлей. Покрывают один или несколько бугров зуба (но не все бугры). Покрытию подлжат исторченные бугры (полость, простирающихся более чем на половину ската бугра) витальных зубов. Для протезирования депульпированных жевательных зубов не показан, так как в таком случае требуется перекрытие всей жевательной поверхности; 3. Оверлей. Полностью перекрывает всю жевательную поверхность зуба. Показан при патологической стираемости и для депульпированных зубов. 4. Пинлей. Это вкладка, фиксируемая одним или несколькими парапульпарными штифтами. Как правило, такая дополнительная фиксация требуется для металлических оверлеев при патологической стираемости зубов. В обычных же случаях, при наличии в зубе кариозной полости, штифты не требуются а сама полость обеспечивает достаточную ретенцию. Изготовление пинлея крайне сложно и требует внутриротового параллелометра, специальных сверл, штифтовых заготовок. В настоящее время конструкция пинлея вытеснена более совершенными адгезивно фиксируемыми керамическими вкладками.

Таким образом, наиболее актуальной малоинвазивной конструкцией являются именно накладки (онлей и оверлей). Они имеют значительные преимущества перед коронками при ИРОПЗ 0,6-0,8; полостях, поражающих более половины длины ската бугров; патологической стираемости зубов. В то же время вкладки относительно противопоказаны пациентам с неудовлетворительной гигиеной полости рта, высокой интенсивностью кариеса зубов. Так как значительная часть поверхности коронки зуба не покрывается вкладкой, у недостаточно мотивированных пациентов будет интенсивно продолжаться кариозный процесс. В таких случаях более оправданна коронка. Отдельные особенности клинического использования присущи металлическим и керамическим вкладкам. Металлические вкладки достаточно просты в изготовлении, могут применяться при поддесневых дефектах зубов. В то же время они малоэстетичны и, в случае плоских оверлеев, обладают слабой ретенцией. Металлические вкладки демонстрируют высокую надежность, если кроме накладки восстанавливают полость глубиной не менее 1,8 мм. Керамические вкладки, используемые в области жевательных зубов, следует изготавливать из упрочненной керамики. Керамические вкладки высоко эстетичны, их надежность полностью обеспечивается за счет прочного соединения с подлежащими тканями зубов, путем адгезивной подготовки поверхности зуба и самой вкладки и использования композитного цемента. Керамические вкладки изготавливаются только при наддесневых полостях (возможность изоляции от секрета десневой борозды), все края керамических вкладок должны располагаться в пределах эмали, (обеспечивает более сильную и надежную адгезию). Бруксизм является относительным противопоказанием к керамическим вкладкам, в случае если не используются ночные каппы. К основным недостаткам керамических вкладок следует отнести то, что технология их изготовления сложна и экономически затратна, требует использования коффердама и четкого соблюдения адгезивного протокола.

