

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

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

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

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 присутствуют в виде фрактур стенок зубов, уходящих ниже уровня десны. Аналогичная ситуация и с композитными пломбами обширных полостей, не приводящими к фрактурам зубов. В подобных ситуациях, 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 выдвижение антагонистов. Почему же происходит превышение показаний к пломбировке жевательных зубов? Из опыта общения с пациентами, важным фактором является страх обширного препарирования зубов. По данным специальной литературы, потеря твердых тканей коронковой части зубов при препарировании под коронку, достигает 63-72%. В данной статье авторы рассматривают альтернативные малоинвазивные ортопедические конструкции (микропротезы). Понятие о микропротезировании предусматривает использование вкладок, виниров и т.д.

В соответствии с использованным для изготовления материалом вкладки подразделяют следующим образом.

Металлические (как правило, из золотосодержащих сплавов).

Композиционные (которые за счёт перекрытия композиционным материалом бугров зуба, избавляют от последующих фрактур). Так же преимущества возникают вследствие отсутствия усадки в полости рта и непрямого метода изготовления, позволяющего точно воссоздать форму жевательной и проксимальных 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 её службы небольшой.

Керамические (наиболее популярны «Дуцера», «Церек», «Имакс»). Это группа, представленная различными керамиками. От полевошпатных, дающих непревзойдённую эстетику во фронтальной

группе зубов (наряду с невысокой прочностью) до множества упрочнённых керамик (дисиликатных, алюмоксидных, циркониумоксидных).

Комбинированные, представляющие собой теоретически возможный вариант литой или гальванопластической металлической вкладки с облицованной керамикой жевательной поверхностью.

По методу изготовления различают: обжиг на огнеупорной модели («Дуцерам»); литье металла или керамики «Имакс»; шликкерное формование («Инцерам»); компьютерное фрезерование («Церек»).

По топографии дефекта выделяют:

«Инлей», который 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;

«Онлей», покрывающий один или несколько бугров зуба (но не все бугры). Покрытию подлежат истончённые бугры (полость, простирающихся более чем на половину ската бугра) витальных зубов. Для протезирования депульпированных жевательных зубов не показан, так как в данной ситуации требуется перекрытие всей жевательной поверхности;

«Оверлей», полностью перекрывающий всю жевательную поверхность зуба. Показан при патологической стираемости и для депульпированных зубов;

«Пинлей» - это вкладка, фиксируемая одним или несколькими парапальпарными штифтами. Как правило, такая дополнительная фиксация требуется для металлических оверлеев при патологической стираемости зубов. В обычных же ситуациях, при наличии в зубе кариозной полости, штифты не требуются а сама полость обеспечивает достаточную ретенцию. Изготовление конструкции «Пинлей» крайне сложно и требует внутриротового параллелометра, специальных свёрл, штифтовых заготовок. В настоящее время конструкция «Пинлей» вытеснена более совершенными адгезивно фиксируемыми керамическими вкладками.

Заключение. 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 ситуациях наиболее 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 при изготовлении плоских конструкций «Оверлей», 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 упрочнённой керамики. Керамические вкладки высоко эстетичны, их надежность обеспечивается за счёт прочного соединения с подлежащими тканями зубов, путём адгезивной подготовки поверхности зуба и самой вкладки и использования композитного цемента. Керамические вкладки изготавливаются только при наддесневых полостях (возможность изоляции от десневой жидкости), все края керамических вкладок должны располагаться в пределах эмали, (обеспечивает более сильную и надежную адгезию). Бруксизм является относительным противопоказанием к керамическим вкладкам, в тех ситуациях, когда не используются ночные каппы. К основным недостаткам керамических вкладок следует отнести то, что технология их изготовления сложная и экономически затратная, требует использования коффердама и чёткого соблюдения адгезивного протокола.