

Адгезивный мост



А.И. Варламов,
главный врач,
клиника «Дива»,
врач-консультант
и лектор компании
«Dentsply»
г. Шымкент,
varlamov-a-i@rambler.ru

Пациентка В. 1948 года рождения, обратилась в клинику по поводу включенного дефекта зубного ряда.

Осмотр: Внешний осмотр без изменений.

В полости рта: Прикус физиологический, слизистая оболочка полости рта в пределах нормы, бледно-розового цвета. Определяется неравномерная атрофия десны вокруг всех зубов верхней и нижней челюсти с оголением шеек зубов и корней на одну треть. Скучное серозное отделяемое из десневых карманов, на придесневых поверхностях корней зубов плотные пигментированные зубные отложения. Практически все зубы имеют подвижность первой степени. На панорамном рентгеновском снимке признаки остеопороза. Клиническая картина пародонтоза средней степени тяжести...

На верхней челюсти справа отсутствует зуб 15, зубы 16 и 14 ранее не лечены, между ними незначительна конвергенция, на мезиальной поверхности зуба 14 пигментированное кариозное пятно (рис. 1, 2, 3).



Еще 20 лет назад для такой пациентки был бы лишь один «приговор» – мостовидный протез, в лучшем случае металлокерамический... Сейчас с пациентов есть выбор, небольшой, но все же...

1. имплантат с одиночной коронкой (в эстетичном варианте с абатментом из диоксида циркония и коронкой из прессованной керамики).

2. мостовидный протез (в эстетичном варианте из прессованной керамики или изготовленный по CAD/CAM технологии).

3. адгезивный мост (в эстетичном варианте композитный или из безметалловой керамики).

После анализа данных осмотра, рентгена и анамнеза пациентке были предложены все три варианта, она также была проинформирована о всех плюсах и минусах того или иного метода...

А доводы были таковы...

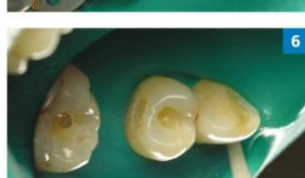
Возраст – 63 года, вредная привычка курение (подряд 2 сигареты – на мой взгляд это круто...). Признаки остеопороза на рентгеновском снимке. Конвергенция соседних зубов скорее всего усложнит последующее

протезирование на импланте и десневая эстетика при таком протезировании весьма сомнительна. Так что имплантацию отодвинули в сторону...

Зубы 16 и 14 практически интактны и мостовидное протезирование пациентка отвергла как «неуманное», после того как была проинформирована об объеме препарирования...

Остался вариант изготовления адгезивного, композитного моста, армированного стекловолокном – в одно посещение, благо что топография дефекта, большое количество «свободного места» интактные контактные стенки позволяли сделать эту работу малоинвазивным способом...

Итак, под анестезией, было выполнено тоннельное препарирование зубов 16 и 14, с сохранением краевых валиков, что хорошо как для эстетики, так и для целостности и прочности и зубов и конструкции (рис. 4, 5, 6).



Препарирование осуществлялось после наложения раббердама, так как у пациентки был насморк и она не могла дышать носом (еще один довод для сомневающихся). В условиях насморка, водно-воздушный спрей турбинного наконечника не дает возможности пациенту дышать ртом, препаратка тогда становится пыткой как для врача, так и для пациента...

После изоляции и проведения адгезивной подготовки, была определена длина необходимого стекловолокна (рис. 7.0) и из тонкой ортодонтической лигатуры был изготовлен вспомогательный элемент, для укладки стекловолокна Dentapreg Splint в подготовленные тоннели (рис. 7.1).

Фиксация стекловолокна в тоннелях была проведена с помощью текучего ком-



позита SDR (Dentsply), в силу своей супертекучести и способности к самоадaptации, он превосходно заполняет все поднутрения и обеспечивает монолитность конструкции (рис. 8).



После фиксации, были восстановлены дефекты на жевательной поверхности, послойно, в биомиметической технике композитом Estet X (Dentsply), фиссуры характеризованы красителем Light Brown (Micherium) (рис. 9).



«Ядро» реставрируемого зуба было заложено оттенком W O - Estet X (Dentsply), имитирующим пульповую камеру и придающим яркость зубу, предотвращающим уход в серость» (рис. 10, 11).



При помощи оттенка OA 3.5 –Spectrum TRN 3 был смитирован дентин реставрируемого зуба (рис. 12, 13), а оттенком A2 – Estet X (Dentsply) – эмаль коронки зуба (рис. 14).



Ну и конечно, чтобы «спрятать» и «растворить» границу между композитом и тканями зуба, необходима «призрачная эмаль» – оттенок прозрачной эмали YE - Estet X (Dentsply), и краситель для имитации фиссур и визуальной сепарации контактных пунктов, также краситель можно использовать между слоями композита, чтобы подкрасить пришеечную часть реставрируемого зуба, для естественности (рис. 15, 16, 17).



Таким образом, в одно посещение, за 3 часа рабочего времени, был восстановлен отсутствующий зуб, в минимально инвазивной технике, в эстетических параметрах.

Проблематику долговечности, прочности, биомеханики, старения адгезивного слоя, усадки и полимеризационного стресса такой конструкции, в данной статье затрагивать я не буду. Много копий сломано и бумаги исписано, много сор и перепалок было на многочисленных семинарах и интернет-форумах. Истина где-то рядом. Главное без фанатизма и со здравым смыслом, без перегибов, соблюсти интересы пациента...

С 2003 года мною был изготовлен не один десяток таких конструкций. Средний срок службы – 5 лет.

Процент неудач – менее 10% и практически всегда неудача связана с человеческим фактором и элементарным форс-мажором – камешки, косточки, орешки – при таких обстоятельствах и свои зубы лопаются и керамика откалывается.

Более того, экспериментально были сделаны четыре работы по реставрации двух отсутствующих зубов, конечно же после полного согласования с пациентами высокого риска такой работы малоинвазивность и обратимость такой конструкции позволяют такие компромиссы. И эти конструкции уже служат людям от 2 до 5 лет (рис. 18).



ПОЧЕМУ БЫ И НЕТ... ■

Работа была сделана лично автором статьи, в клинике Доктора Абдраманова (г. Алматы, ул. Шевченко – уг. ул. Панфилова, тел.: 8 (7272) 61 36 07)