

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО КЛЮЧА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Ханжарова В.А.

Сложность восстановления окклюзионной поверхности жевательных зубов приводит к поиску новых методик пломбирования с применением, в том числе, штампов – ключей. Для этих целей используют различные материалы: термопластические и силиконовые оттисковые массы, «жидкий» коффердам, временные фотополимеризуемые материалы и другие. В статье описана методика реставрации окклюзионной поверхности моляров при помощи штампа, изготовленного из жидкотекучего композита. Описаны достоинства данного метода.

Ключевые слова: реставрация, окклюзионная поверхность, композит, штамп, окклюзионный ключ.

METHOD OF APPLICATION OF OCCLUSAL CHANGER IN CLINICAL PRACTICE OF A DENTIST

Altai State Medical University, Barnaul

V.A. Khanzharova

The difficulty of restoring the occlusal surface of chewing teeth leads to the search for new methods of filling using, among other things, dies – changers. For these purposes, various materials are used: thermoplastic and silicone impression materials, “liquid” rubber dam, temporary photopolymeric materials, and others. The article describes the method of restoration of the occlusal surface of molars with the help of a die made of a flowable composite. The advantages of this method are described.

Keywords: restoration, occlusal surface, composite, die, occlusal changer.

На сегодняшний день проблема реставрации зубов в терапевтической стоматологии с точки зрения сохранности и функции, и эстетики зуба получила широкое распространение. Несмотря на то, что «базовая» анатомическая форма одних и тех же зубов у различных пациентов одинаковая, стоит учитывать тот факт, что существует и индивидуальная анатомия. Если же знания «базовой» анатомии окклюзионной поверхности зубов позволяют воссоздать утраченные функции зубов в плане прикуса и окклюзии, то индивидуальная – особенности морфологии зуба именно у данного пациента, а также вопросы индивидуальной эстетики. С точки зрения эстетики восстановление индивидуальных морфологических особенностей зубов как никогда актуально на сегодняшний день, потому что

у пациентов, обратившихся в стоматологические клиники, требования к качеству и эстетике реставраций возрастают из года в год [4].

Одной из стандартных клинических ситуаций является кариес ранее не леченных зубов. В данном случае можно рассмотреть 2 варианта восстановления окклюзионной поверхности зуба после препарирования кариозной полости: прямой – когда врач-стоматолог непосредственно в полости рта моделирует бугры и фиссуры зуба, однако в данном случае врач ориентируется только на собственный опыт и знания анатомических особенностей отдельных зубов. В таком положении достаточно стандартной считается ситуация завышения межокклюзионного расстояния после окончания моделировки, соответственно, больше потребуются времени для выверения межокклюзионных контактов. К тому же, совершенно идеальная на вид реставрация может оказаться совсем не функциональной [4].

Другим и, на наш взгляд, более перспективным как в плане функциональной, так и в плане эстетической составляющей и временных затрат является непрямой способ – восстановление окклюзионной поверхности зубов после препарирования кариозной полости с помощью окклюзионных ключей, или штампов, при условии, что эмаль окклюзионной поверхности зуба до препарирования была не тронута. В различных источниках для изготовления таких ключей предлагают всевозможные материалы: термопластические [4], силиконовые [3], применение жидкого коффердама [2], временные фотополимеризуемые материалы [1] и другие.

Мы предлагаем использовать жидкотекучий композит и стоматологический микроаппликатор.

Клинический случай: пациентка Н., 22 года, обратилась в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта. Объективно: в области 3.6, 3.7 на окклюзионных поверхностях имеются кариозные поражения, эмаль окклюзионной поверхности зубов практически не тронута (рисунок 1а). После предварительного очищения поверхности зубов был изготовлен окклюзионный ключ с помощью жидкотекучего композита EsFlow, А3 следующим образом: на высушенную окклюзионную поверхность зуба наносили порцию жидкотекучего композита, распределяли по поверхности зуба, в центральную часть порции материала вносился микроаппликатор стоматологический (Euronda, самый тонкий), в область головки микроаппликатора добавлялась еще небольшая порция материала, и далее материал фотополимеризовался (рисунок 1в). После полимеризации окклюзионный ключ извлекали при помощи гладилки и оценивали качество ключа. Очень важно тщательно осмотреть готовый негативный отпечаток поверхности зуба – все анатомические образования должны отпечататься без изъянов, головка микроаппликатора не должна выходить из слоя композиционного материала. После аппликационной и проводниковой (торусальной) анестезии осуществлено препарирование кариозной полости, которое включало стандартные этапы. Произведена оценка полученных полостей: 3.6, 3.7 – полости на окклюзионной поверхности, 1 класс по Блэку. Объем поражений оказался большим, на этапе профилактического

расширения границы отпрепарированной полости достигли бугров. После кислотного травления тканей зуба была нанесена адгезивная система 5-го поколения. При пломбировании на дно полости в качестве адаптационного слоя наложен жидкотекучий композит EsFlow, полимеризован. На финишном этапе реставрации окклюзионный ключ обрабатывали моделировочной жидкостью «Реставрин». После этого внесли последнюю порцию композита Estelite Palfique, A2. Порцию материала распределили в отпрепарированной полости штопфером и сверху позиционировали предварительно подготовленный окклюзионный ключ. После этого окклюзионный ключ был аккуратно снят, было оценено качество полученного отпечатка поверхности зуба. Излишки материала удаляли с поверхности гладилкой, а по краям реставрации микроаппликатором с использованием моделировочной жидкости притерли композит к тканям зуба. После окончательной оценки качества полученной окклюзионной поверхности композит полимеризовали. После этого следовал этап проверки окклюзионных контактов. Как правило, полученная с помощью окклюзионного ключа реставрация требует минимальных коррекций по окклюзии. Заключительный этап, как положено, шлифовка и полировка реставрации (рисунок 1б).

Таким образом, применение индивидуальных окклюзионных ключей в клинической практике врача-стоматолога в конкретных ситуациях является отличным альтернативным вариантом моделирования окклюзионной поверхности отдельных зубов. Данная методика имеет ряд достоинств:

- экономия времени (на моделирование бугров, фиссур, скатов и краевых гребней прямым способом у врача уходит гораздо больше времени);
- сохранение индивидуальной анатомии и эстетики зубов, а вместе с этим и функции зуба;
- минимальная корректировка межокклюзионных контактов;
- и вместе со всеми вышеперечисленными достоинствами – простота применения, упрощение протокола лечения зубов.

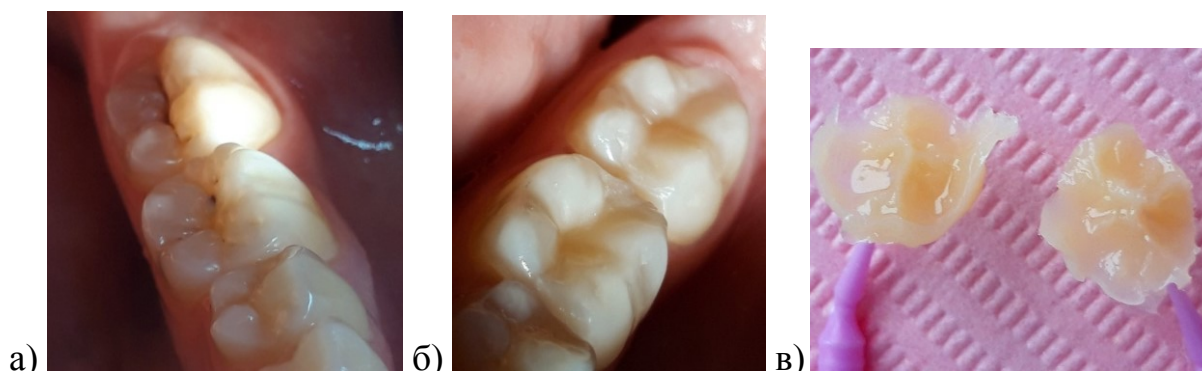


Рисунок 1 – Фотография зубов 3.6, 3.7: а) до начала лечения; б) окончательный вид реставраций; в) использованные в ходе работы окклюзионные ключи.

Список литературы:

1. Галанова Т.А., Петрова Е.В., Пермякова А.В., Гладаревская Е.И., Гинали А.Н. Техника окклюзионного ключа при лечении кариеса боковых зубов. *Смоленский медицинский альманах*. 2020; 3: 58-60.
2. Кондратьева В.С. Нюансы работы с окклюзионным штампом. Клинический случай. *Клиническая стоматология*. 2018; 3: 66-68.
3. Мурашкин А.С. Возможности использования «окклюзионного композитного ключа» в различных клинических ситуациях. *Практика. Терапевтическая стоматология*. 2016; 9(153): 12-20.
4. Туркина А.Ю., Акимова И.В., Акимова М.Ю. Реставрация окклюзионной поверхности моляров с использованием термопластического ключа. *Реставрация*. 2013; 3(67): 10-13.