

ве вещества, обеспечивающие с одной стороны прочность, а с другой стороны - хорошую абразивную устойчивость.

Применяется Arfeglass, в отличие от Dentacolor, при изготовлении вкладок, виниров, а также в съемном протезе для облицовки телескопических коронок.

На сегодняшний день более 2000 лабораторий разных стран, в том числе и наша, начали работу с этим материалом.

В настоящее время также сделан большой шаг по обновлению материала "Оксомат-3", произведены изменения его химической структуры, что привело к изменению свойств данного материала.

Фотополимерные материалы имеют большое будущее в ортопедической стоматологии, так как при помощи их можно изготавливать зубные протезы, отвечающие всем эстетическим и физико-химическим требованиям.

УДК 616.314-002-036.4-085.-454.1-036.8-07

А.А. Епишова, Н.М. Шеина

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С МАТЕРИАЛОМ "CHARISMA"  
Кафедра терапевтической стоматологии

Восстановительные материалы, отверждаемые светом, все шире применяются в клинической практике терапевтической стоматологии. Из всего многообразия существующих композитов пломбирочный материал "Charisma" занимает одно из ведущих мест по популярности у врачей-стоматологов. Являясь гибридным, композит широко используется для восстановления передних зубов, включая IV класс полостей, где необходима дополнительная повышенная прочность восстановительного материала не в ущерб высоким эстетическим требованиям.

Успех работы с композитами предусматривает правильное выполнение всех этапов системы подготовки кариозной полости, внесения и отверждения пломбирочного материала. Прилагаемая к каждому набору инструкция содержит общую схему действия, но не раскрывает особенностей работы с композитом в зависимости от характера клинической задачи, стоящей перед врачом.

Общая схема последовательности этапов работы с материалом «Charisma» может быть представлена следующим образом:

1. Очистить поверхность зуба пастой, не содержащей фтор.
2. Подобрать нужный оттенок пломбирочного материала.
3. Провести препарирование зуба.
4. Обеспечить чистоту и сухость оперативного поля.
5. Наложить базовый слой (слои).
6. Протравить поверхность эмали.
7. Провести обработку обнаженного дентина дентгезивом.
8. Нанести адгезив-бонд на дентин и эмаль.
9. Заполнить полость композитным материалом.
10. Обработать пломбу.
11. Покрыть зуб фторсодержащим препаратом.

Нами проанализировано более 1000 случаев пломбирования зубов, и наш опыт позволяет отметить некоторые особенности в работе с материалом в зависимости от диагноза и класса кариозной полости. Достойной альтернативой лечения кариеса в стадии пятна (реминерализирующая терапия) является оперативно-восстановительный метод, при котором мы иссекаем измененную ткань зуба и восстанавливаем материалом.

При лечении поверхностного кариеса препарирование кариозной полости заключается лишь в сошлифовывании тканей в области дефекта. Поскольку дентин не обнажается, обработку дентгезивом не проводят. При пломбировании целесообразно использовать прозрачный материал.

Формирование полости при среднем кариесе заканчивается формированием скоса по эмали сначала крупнозернистыми (80 мк), а затем мелкозернистыми. (20-25 мк) алмазными борами. Препарирование дентина проводят только твердосплавным инструментом. Базовый слой (прокладку) не накладывают. При внесении в полости пломбировочный материал не утрамбовывают.

Препарирование тканей при глубоком кариозном дефекте проводят с соблюдением режима препарирования. На проекцию полости зуба вносят препараты, содержащие гидроокись кальция. Изолирующая прокладка кладется только на дно кариозной полости. При среднем и глубоком кариесе дефект дентина восполняется опакowymi цветами, а сверху накладываются один-два прозрачных слоя.

При полостях I класса пломбировочный материал вносят по Блэку послойно, одновременно на дно и стенки.

При полостях II класса необходимо установить прозрачную матрицу и светопроводящие клинья. Заполнение дефекта начинается с восстановления нижней/верхней и контактной поверхностей кариозной полости. Когда, контактная стенка восстановлена, материал вносится на дно и стенки зуба.

Полости III класса: препарирование кариозной полости целесообразно проводить с вестибулярной поверхности с обязательным удалением источенной эмали, т.е. не имеющей дентина.

При полостях IV класса, а также при травматическом повреждении коронки ширину фальца увеличивают в несколько раз. Площадь сошлифованной эмали должна соответствовать площади дефекта или превышать ее.

Этап протравливания эмали в полостях II, IV и V классов исключает внесение кислотосодержащего геля в придесневую зону.

При пломбировании полостей V класса можно ограничиться внесением прозрачных цветовых оттенков. При работе с материалом "Charisma" мы обратили внимание на его высокие механические и эстетические свойства. Они позволяют использовать композит для изготовления вкладок и виниров. Показанием к использованию техники изготовления винира прямым методом может быть эстетическая реставрация при гипоплазии, изменении цвета коронки, аномалии положения зуба, наличие диастемы.

1. Этапы выполнения работы при устранении гипоплазии:

- а) очистка поверхности зуба;
- б) выбор цвета композита проводится по зубу на противоположной стороне челюсти или соседнему зубу; при системной гипоплазии цвет выбирается произвольно, учитывая цвет волос, кожи пациента и его желание;
- в) сошлифовывание эмали с вестибулярной поверхности и режущего края, сохраняя контактные пункты, не доходя до края десны на 1-2 мм в пришеечной области;
- г) протравливание;
- д) промывание, высушивание;
- е) использование дентгезива и адгезив-бонда;
- ж) наложение композита: первый слой непрозрачный, второй слой и моделирование режущего края- прозрачными цветами;

з) полировка винира, обработка зуба фторсодержащим материалом.

2. При повороте зуба вокруг оси проводят сошлифовывание выступающих краев (контактных поверхностей). В случае необходимости при обширных вмешательствах ВОЗМОЖНО депульпирование. После выполнения необходимых этапов проводят формирование новой коронки зуба.

3. Значительное изменение депульпированных зубов устраняют также сошлифовыванием с вестибулярной поверхности зуба не только эмали, но и значительных слоев дентина. Восстановление анатомической формы коронки проводят опакowymi цветами композита, и лишь на последний (поверхностный) слой и режущий край используются прозрачные оттенки материала.

4. Устранение диастем. Основная особенность также заключается в препарировании: проводят сошлифовывание контактных поверхностей (медиальная на 0,5-1 мм, диастальная как половину ширины диастемы). Шириной 1-1,5 мм делается скос прилежащей эмали на вестибулярной поверхности зубов. Далее, используя традиционную технику, устанавливают медиальную стенку. На дистальной поверхности коронки сошлифованную часть эмали замещают одним слоем композиционного материала.

При эстетической реставрации необходимо помнить, что естественный цвет зубов у одного и того же пациента может быть различным. Как правило, мы наблюдали следующую картину: клыки верхней челюсти более темные, светлее центральные резцы и еще светлее боковые. На нижней челюсти это различие не столь заметно. Кроме того, меняется насыщенность цвета на поверхности коронки одного зуба: в пришеечной области, контактных поверхностях и центральной части более темный, постепенно светлеет и становится совсем прозрачным в области режущего края.

При системном поражении зубов кариозным процессом или при выраженной патологической стираемости возникают ситуации, когда нет ни одного зуба или группы зубов, сохранивших природную форму коронки. Восстанавливаемое зубы не с чем сравнить. Ранее с такой проблемой сталкивались только ортопеды-стоматологи, сейчас с использованием гибридных композиционных материалов эта задача встала и перед терапевтами.

Особо важным в эстетическом отношении является выбор формы передних зубов, которые наиболее видны при улыбке и разговоре. При решении этой задачи мы опирались на исследования Вильямса (1907), который выделил три типа зубов. Наиболее характерные признаки проявляются на центральных и боковых резцах.

Зубы первого типа имеют почти параллельные линии контактных поверхностей. У зубов второго типа эти поверхности резко наклонены к основанию, их мысленные продолжения сходятся у верхушки корня. Эти линии могут быть прямыми, но иногда наблюдается вогнутость медиальной и выпуклость дистальной поверхности зуба. Для зубов третьего типа характерна выпуклость дистальной, а иногда и медиальной стенок. Все поверхности и углы этого типа закруглены и изящны.

Существует определенная связь типов зубов с другими конституциональными особенностями человека, для людей с квадратной или продолговатой формой лица характерен первый вариант формы зубов. Часто их обладателями являются лица выше среднего роста, тип сложения ближе к астеническому. Для конических лиц более характерны зубы второго типа. Пациенты

обычно среднего роста, худощавы. Обладатели овальных и круглых лиц в основной имеют третий вариант формы коронки зуба. Они могут быть невысокого роста, плотного телосложения.

Выбирая форму зуба и его цвет, необходимо определить длину (высоту) коронки. Она будет зависеть от вида прикуса, степени перестройки височно-нижнечелюстного сустава и альвеолярного отростка при длительно существующем его снижении, уровня прохождения линии улыбки.

От правильного решения всех этих задач будет зависеть результат лечения: степень достижения гармонии формы и цвета, прочность и долговечность выполненных работ. Мы надеемся, что наши рекомендации помогут избежать ошибок, а также раскроют перед вами широкие возможности композитного материала "Charisma".

УДК 616.314-008.8

Т.М. Еловикова, Л.А. Казанцева, А.С. Кошеев, Н.Д. Чернышова

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНОЙ ПАСТЫ "ЭЛЕДЕНТ"  
Кафедра терапевтической стоматологии

Результаты обследования больших групп населения страны показали, что регулярно за полостью рта ухаживают в среднем 25-40% обследованных [6]. Существует прямая связь между распространенностью и интенсивностью болезней пародонта и качеством ухода за полостью рта. При регулярном уходе за полостью рта заболевания пародонта выявляются в 2,5-3 раза реже. Регулярная чистка зубов оказывает выраженное профилактическое влияние, особенно в случаях применения специальных лечебно-профилактических зубных паст. Отдельные биологически активные компоненты зубных паст (микроэлементы, кальций, соли, витамины и т.д.) проникают как в твердые ткани зубов, повышая их устойчивость к неблагоприятным факторам извне, так и через слизистую оболочку полости рта, способствуя синтезу сульфатированных гликозамингликанов в тканях пародонта, тем самым улучшая репаративные процессы и лечебный эффект в целом [5,6],

При лечении заболеваний пародонта гигиена полости рта приобретает не только профилактическое, но и лечебное значение. Правильный уход за полостью рта у больных с патологией пародонта в значительной мере содействует успеху проводимого лечения и предупреждает возникновение рецидивов (Воз, 1989), Недооценка гигиенических мероприятий приводит к быстрой утрате полученного лечебного эффекта. Пациент, правильно используя современные гигиенические средства, становится активным помощником врача. Поэтому обучение гигиеническим навыкам при проведении лечебных мероприятий - самый первый этап в комплексной терапии, обеспечивающий снижение образований микробных колоний в полости рта, а также воздействие на весь организм, ибо компоненты лечебно-профилактической зубной пасты являются мощным биологическим стимулятором, ускоряя заживление и эпителизацию ран и задерживая поступление в кровь продуктов распада [5, 6]. Примером такой зубной пасты следует считать пасту "Эледент", разработанную совместно сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии УГМА и акционерного общества "Уральские самоцветы".

Цель данного исследования - изучение в клинике терапев-