

Результаты клинических исследований показали, что при низкой резистентности к кариесу предпочтительнее использовать фторсодержащие бондинговые системы с уменьшенной концентрацией протравливающего агента, например, Solid bond (Kulzer), а также бондинговые системы, не предусматривающие тотального травления дентина, например, Denthesive II (Kulzer). При средней резистентности к кариесу возможно применение высококонцентрированных кислот в составе бондинга с использованием техники тотального травления. Критерием выбора в данном случае может служить улучшение сцепления пломбы с зубом, а следовательно, применение адгезивных систем последних поколений. Клиническое исследование подчеркнуло универсальность бондинговых систем в сочетании с различными пломбировочными материалами.

Литература

1. Иоффе Е., Несмеянов А. Адгезивная технология в современной стоматологии // Новое в стоматологии. 1994. №4. С. 26-27; Мамаладзе М.Т. Основные аспекты постреставрационных осложнений дефектов зубов, восстановленных фотополимеризующимися композиционными материала-

лами, и профилактики фиссурного кариеса: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. Тбилиси, 1998.

2. Уголева С. Значение дентиновых адгезивов при реставрации зубов композитами // Новое в стоматологии. 1995. №3. С. 3-9; Byoung I., Suh M.S., Fadm. Мономеры и полимеры, используемые в зубных адгезивах // Там же, 1997. №8. С. 7-13.

3. Edward J. Swift, Jorge Perdijajo, Harald O. Heymann. Bonding to enamel and dentin: A brief history and state of the art, 1995. // Quintessence Int. 1995. Vol. 26. P. 95-110; Eick J.D., Robinson S.J., Cobb C.M. et al. The dentinal surface: its influence on dentinal adhesion // Ibid, 1993. Vol. 24. P. 571-582; Gilpatrick R.O., Ross J.A., Simonsen R.J. Resin - to - enamel bond strengths with various etching times // Ibid, 1991. Vol. 22. P. 47-49.

4. Мандра Ю.В., Вотяков С.Л., Ронь Г.И., Борисов Д.Р. Воздействие бондинговых систем на минералы твердых тканей зубов человека по данным электронного парамагнитного резонанса // Тез. докл. юбилейной научно-практ. конф. врачей ОКБ №1. Екатеринбург, 1998. С. 164-165.

ТЕХНИКА ЭСТЕТИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕСТАВРАЦИЯ ЗУБОВ С УЧЁТОМ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Ю.А. Болдырев, И.С. Герасимович, Ф.Е. Захаров

Клиника "Салюз Л"

В настоящее время врач-стоматолог, стремящийся к прогрессу в реставрации анатомической формы зуба, не должен забывать, что форму зуба необходимо связывать с индивидуальными цветовыми особенностями данной группы зубов. Зачастую при восстановлении коронковой части пораженного зуба не учитывается, что с возрастом происходят изменения прозрачности и светоотражения зуба.

В стоматологической клинике "Салюз Л", прежде чем начать глубокую реставрацию зубов, врачи снимают слепки и на моделях определяют ход своей дальнейшей работы, т.е. уясняют для себя соотношение контактов бугров зубов антагонистов и правильно выбирают площадки стираемости, которые необходимо отобразить наиболее естественно. Цвет реставрируемого зуба подбирают исходя из цвета рядом стоящих зубов.

Цвет вторичного дентина воспроизводится опакowymi массами, но можно креативами. Правда, в последнем случае теряется глубина цвета, а из-за низкой абразивной устойчивости креативов, восстановленный зуб со временем потеряет и свой первоначальный вид. Поэтому вторичный дентин желательно отображать с помощью интенсивных опавов, располагая их в толще более светлых дентиновых и эмалевых масс.

Начиная реставрацию стертого бугра, опак наносят так, чтобы его верхняя точка являлась контактной поверхностью с зубом антагонистом. При этом нанесенный опак не должен находиться близко к одной из сторон зуба, оставляя место для эмали. Если внимательно изучить структуру вторичного дентина и его переход в эмалевый слой, то можно заметить, что зачастую между ними располагается чуть менее интенсивная полоска,

разделяющая два цветовых тона. Эту цветовую границу между дентином и эмалью имитируют креативами, нанесенными кистью на боковые стороны дентина.

После окончательной обработки и полировки зуба на площадке стираемости при правильном расположении реставрационных массы и креативов можно ясно увидеть эту разделяющую цветовую границу. В процессе возрастных изменений зубов происходит декальцинация эмали, она становится прозрачнее.

Декальцинированная эмаль пропускает через себя больше света и отражается от более темного дентина, из-за чего цвет зуба кажется темнее. На эмали более четко видны трещины, в зависимости от своей глубины трещины эмали имеют различную окраску: либо цвета дентина, либо белесого цвета. Трещина может быть прозрачной, являясь лишь разделителем двух плоскостей, и даёт окраску только при попадании света под углом, отражая его. На окончательной стадии реставрации при формировании эмалевых слоев композитная масса резко обрезаётся тонким инструментом и создаётся ступенька, направленная в толщу зуба. На боковую поверхность этой ступеньки наносится очень тонкий слой креатива, который прижимается следующей порцией эмалевой массы, со-

здавая тончайшую нитевидную границу в толще эмали. Для более естественного воссоздания "пожилого зуба" трещины не должны быть единичными и одинаковыми по своей глубине. Они должны располагаться в толще эмали хаотично, но параллельно друг другу.

Очень часто на окклюзионной поверхности зуба, а именно на верхушках бугров и валиков, мы можем заметить меловидные вкрапления. Их также можно воссоздать путем нанесения белого красителя в толщу эмали.

Изучив под направленным пучком света твердые ткани передних зубов, можно увидеть более или менее выраженные мамелонны. При ярко выраженной декальцинации эмали мамелонны более выражены. Для их выделения после моделировки между лучами следует положить наиболее прозрачную массу. При необходимости ярко выразить структуру мамелоннов используют интенсивные красители, наносимые по их краю.

Предложенная нами технология эстетико-функциональной реставрации зубов с учетом возрастных изменений позволяет создать эстетически верную реставрацию, дающую возможность пациентам чувствовать себя более комфортно в окружении людей, схожих по возрасту.

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРНЕВЫХ АДГЕЗИВОВ

Н.М. Батюков, Г.И. Ронь, Ю.В. Мандра
УГМА

Целью эндодонтического лечения является противовоспалительное воздействие на верхушечный периодонт, стимуляция процессов ренегерации и восстановление полноценной структуры периапикальных тканей, обеспечивающее нормальное функционирование зуба. После очистки, формирования и медикаментозной обработки корневого канала, наиболее важный этап эндодонтического лечения - пломбирование. Только герметичное пломбирование канала на всем протяжении исключает возможность реинфицирования в дальнейшем периапикальных тканей из системы корневого канала и создает условия для их регенерации. Инструментальная обработка корневого канала имеет большое значение для последующего качественного пломбирования.

Современные методики механической

обработки каналов, хотя и достигли определенного совершенства, но не лишены недостатков. В частности, после механической обработки (очистки, формирования) и медикаментозной дезинфекции традиционными средствами, на поверхности дентина корневого канала присутствует так называемый смазанный слой, который представляет собой смесь остатков разрушенных призм гидроксиапатита, денатурированных волокон дентина, органической субстанции и микроорганизмов. Пробки смазанного слоя затрудняют процесс адгезии эндодонтического пломбировочного материала к поверхности дентина корня.

Установлено [1], что у смазанного слоя в корневых каналах есть свои особенности, например, большая плотность, неоднородность расположения в каналах, обсеменен-