

Izrada kompozitnog ispuna

PRIKAZ SLUČAJA

Jelena Paliska

[1] studentica 5. godine

U svakodnevnom radu često ćemo biti prisiljeni raditi kompromise između preporučene terapije i one pacijentu financijski prihvatljive.

Potrebna fiksno-protetska sanacija zuba u danom trenutku može biti teško ostvariva za pacijenta te smo tada prisiljeni naći neko alternativno rješenje kojim ćemo pacijentu ponovno uspostaviti izgubljenu funkciju oštećenog zuba. Takvi kompromisi, naravno, nisu uvijek mogući.

Prikaz slučaja

U ovom slučaju radi se o pacijentu koji je ostao bez cijele lingvalne stijenke donjeg desnog pretkutnjaka koji je još uvijek vitalan usprkos velikoj traumi (slika 1). Pacijent trenutno nije u mogućnosti napraviti krunicu na tom zubu te je potrebno neko privremeno rješenje. Kako je taj zub ujedno i zadnji u kvadrantu, konstantno je izložen neprimjerenim žvačnim silama što je vjerojatno i uzrokovalo frakturu. Prilikom restauracije bilo je potrebno vratiti stari izgled krune i ponovno uspostaviti žvačnu funkciju. Pacijent je upozoren da takav ispun nikako ne može predstavljati trajno rješenje te da je uz krunicu potrebno napraviti i mobilne protetske nadomjestke kako bi se zub rasteretio, čime bi se također produžio njegov vijek.


Nakon što je kavitet očišćen čeličnim svrdlom, postavljen je koferdam kako bi bilo osigurano suho radno polje (slika 2). Slijedi jetkanje 37%-tnom ortofosforom kiselinom (slika 3) te nanošenje adheziva i polimerizacija (slika 4).

Prilikom postavljanja kompozita, prvo su napravljene sve stijenke: mezijalna, lingvalna i distalna (slika 5). Kompozit je nanošen u više slojeva i polimeriziran. Boja zuba određena je pomoću Tetric ključa boja te je cervikalno korištena A3 boja (Tetric A3, Ivoclar Vivadent), a prema okluzalno A2 (Tetric A2, Ivoclar Vivadent). Prilikom izrade mezijalne stijenke, korišten je MO stezač s matricom.

Slijedi oblikovanje okluzalne površine (slike 6 i 7). Nakon što je ponovno uspostavljen izgled krune i provjeren zagriz, okluzalna površina je dodatno skraćena kako bi zub što manje bio u okluziji.

Iako se ovakva restauracija ne može smatrati trajnim rješenjem, zubu je privremeno vraćena izgubljena funkcija čime je rasterećena lijeva strana čeljusti.

Ispun je izrađen u sklopu natječaja za najbolji kompozitni ispun koji su organizirali Stomatološki fakultet Sveučilišta

u Zagrebu i Ivoclar Vivadent AG te je na istom osvojio drugo mjesto. 



Slika 4. Nanošenje adheziva



Slika 1. Prvobitno stanje zuba 45 uzrokovano neprimjerenim žvačnim silama



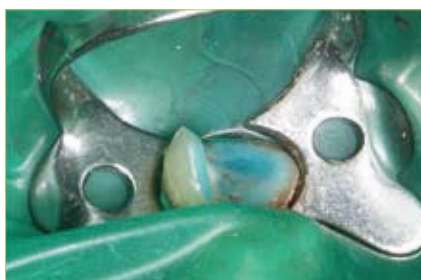
Slika 5. Mezijalna, lingvalna i distalna stijenka



Slika 2. Postava koferdama



Slika 6. Izgled zuba prije provjere zagriža



Slika 3. Jetkanje 37%-tnom ortofosforom kiselinom



Slika 7. Izgled zuba nakon provjere zagriža i dodatnog skraćanja krune

PRIKAZ SLUČAJA

Nataša Medančić¹


[1] studentica 5. godine

Klinasti defekt predstavlja gubitak tvrdog zubnog tkiva u području vrata zuba klinastog oblika. Pravilniji izraz bio bi nekarijesna cervikalna lezija. Cervikalne lezije mogu biti posljedica djelovanja nekoliko čimbenika: karijesa, erozija, abrazije i abfrakcije. Erozije nastaju djelovanjem kiseline koja može biti unesena izvana ili u usta dospijeva uslijed učestalog povraćanja želučanog sadržaja. Ako su defekti uzrokovani nepravilnim četkanjem zubi (abrazija), obično se nalaze na bukalnim plohamu u području vrata zuba, no tada obično nisu klinastog, već su više zdjelastog oblika. Klinasti oblici cervikalnog defekta se javljaju i uslijed abfrakcije - odlamanja dijelova tvrdih zubnih tkiva uzrokovano djelovanjem nepravilnih okluzijskih sila. Pacijent dolazi s opsežnim klinastim defektima na zubima

od 21 do 25 koji su nastali kao posljedica izrazito snažnog četkanja zubi (slika 1). Ovdje se prije svega radi o estetskom, a ne funkcijskom problemu. Zbog financijskih razloga, protetska sanacija nije bila moguća, pa se pristupilo konzervativnoj sanaciji defekata kompozitnim materijalom.

U područje sulkusa postavljene su prozirne matrice koje su onemogućile prodor adheziva i kompozitnog materijala subgingivno, osigurale nam suho radno polje te mogućnost oblikovanja ispuna bez prelaska marginalne gingive (slika 2). Rubovi defekta na svakom zubu blago su zakošeni dijamantnim svrdlom kako bi omogućili dobro prijanjanje kompozitnog materijala. Uslijedilo je jetkanje rubova cakline 37% ortofosforom kiselinom te nanošenje adheziva i polimeriziranje. Kompozit smo

nanosili u dva sloja. Problem je predstavljao izbor boje za ovakav ispun budući da nijedna boja zasebno nije odgovarala. Optimum smo postigli miješanjem tri boje po Tetric ključu: Tetric A2 (Ivoclar Vivadent), Tetric A3 (Ivoclar Vivadent) i Tetric A4 (Ivoclar Vivadent). Nakon toga slijedilo je oblikovanje i zaglađivanje vestibularne plohe te završno premazivanje adhezivom i polimerizacija (slika 3, 4). Pacijentu je savjetovan drukčiji način četkanja zubi od dosadašnjeg, tzv. tehnika po Bassu – malim kružnim pokretima, da bi se spriječio daljnji nastanak cervikalnih defekata.

Rad je napravljen u sklopu natječaja za najbolji kompozitni ispun koji su organizirali Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Ivoclar Vivadent AG te je na istom osvojio prvo mjesto. 



Slika 1. Početno stanje - klinasti defekti na zubima 21-25



Slika 2. Postavljene prozirne matrice



Slika 3. Stanje nakon restauracije



Slika 4. Gotova restauracija