

Zašto i kako rekonstruirati kontaktnu točku

Prof. dr. sc. Vlatko Pandurić¹

[1] Zavod za endodonciju i restaurativnu stomatologiju, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Uspješnom terapijom u restaurativnoj dentalnoj medicini nastojimo ponovno uspostaviti ravnotežu između estetike i funkcije. Omjer uspješnosti terapije nije isti rekonstruiramo li zube u vidljivom frontalnom ili manje vidljivom lateralnom segmentu. Svi morfološki detalji koji su karakteristični za zub u prednjem dijelu zubnog luka dodatno naglašava tamna pozadina usne šupljine koja se nalazi iza prednjih zubi. Svi detalji na kruni stražnjih zubi uklopiti će se u okolinu koju čine marginalna gingiva, krune susjednih zubi, zubi antagonista, jezik, sluznica obraza i oni neće biti toliko upadljivi.

U prednjem dijelu rekonstrukciju kontaktne točke nije teško napraviti. Ona nije ni presudna kao u lateralnom segmentu jer prednji zubi služe za odgrizanje zalogaja. Stražnji zubi služe za usitnjavanje i mljevenje hrana koja se tijekom žvačne funkcije duže zadržava u području stražnjih zubi, tako da je i potreba za rekonstrukcijom kontaktne točke time veća i zahtjevnija, a potrebno je i spriječiti ulazak hrane u interdentalne prostore. Kako većina naših pacijenata provodi higijenu samo četkicom i pastom za zube veliki dijelovi krune zuba, osobito proksimalne plohe, ne čiste se dostatno. Vremenom hrana u interdentalnim prostorima može dovesti do nastanka primarnog, ili ako već postoji ispun gdje je aproksimalna ploha rekonstruirana, sekundarnog karijesa. Hrana može predstavljati i lokalnu iritaciju, koja vremenom dovodi do upale gingive, vertikalnog lokaliziranog gubitka kosti i povlačenja gingive. Nastaju parodontni džepovi u koje ponovo ulazi hrana i tako nastaje zatvoreni krug. Pacijent može osjetiti tupu bol koja se vrlo često može krivo procijeniti i tako dovesti do krive dijagnoze i nepotrebnog endodontskog zahvata.

No, krenimo od samog početka, a to je preparacija kaviteta. Preparacijom jednog ili oba proksimalna kaviteta, bez obzira za koji materijal preparaciju radimo, smanjujemo opseg krune u poprečnom presjeku (Slika 1). Proksimalne ispune još uvijek radimo tako da obuhvatimo krunu metalnom ili celuloidnom trakom i stezačem, kako bi unutar zatvorenog prostora mogli nanositi materijal za rekonstrukciju (Slika 2). Traka ne bi smjela biti predebelja jer ćemo tada napraviti razmak koji nije fiziološki, a pogotovo ako imamo dva proksimalna kaviteta. Prianjanje trake uz gingivnu stubu proksimalnog kaviteta ostvarujemo primjenom interdentalnih kolčića (Slika 3). Zbog smanjenog opsega krune traka odstoji od susjednog zuba tako da ga ne dodiruje i time ostavlja prostor koji nije fiziološki a rekonstruirana ploha nema kontakt sa susjednim zubom. Nameće se pitanje kako osigurati kontakt? Savjet bi bio olabaviti stisak stezača i omogućiti traci da se nasloni na susjedni zub. To bi bilo dostatno kod amalgamskih ispuna. Međutim, danas zahtjevi pacijenata za estetskim ispunima koji oponašaju boju prirodnog zuba su pomalo istisnuli amalgam iz svakodnevne uporabe i većina razorenih kruna direktnim postupkom rekonstruira se kompozitnim materijalima. Treba naglasiti da kod većih kavitacija opuštanjem stezača, zbog prevelike udaljenosti gingivne stube od susjednog zuba, možda nećemo moći ponovno uspostaviti željeni kontakt. Također, budući da su trake obično ravne, kontakt koji uspostavimo je previsoko. Tu mogu nastati problemi. Kod artikulacije ispuna i usklađivanja međučeljusnog odnosa, uklanjanjem viška ispuna možemo ponovno dobiti razmak između dva susjedna zuba. Ako se kontakt zadrži i bude previsoko, iznad

fiziološke razine, hrana se puno lakše utiskuje u prostor između zubi. Problem se može riješiti uporabom konturiranih celuloidnih ili metalnih matrica. One mogu obuhvatiti cijeli opseg krune ili mogu biti segmentirane pa svaki proksimalni kavitet ima svoju matricu (Slika 4) i na taj način omogućavaju rekonstrukciju fiziološke kontaktne točke (Slika 5a, Slika 5b). No njihova cijena je viša od cijene običnih matrica što je razlog zbog kojeg se one ne primjenjuju često. Ponekad kod velikih kaviteta ni s njima ne možemo dobiti željeni efekt. Tada nam ne preostaje ništa drugo nego rabiti instrumente kojima možemo pogurati matricu u željeni položaj. Kako bi zadržali matricu u tom položaju moramo se poslužiti prvim slojem kompozitnog materijala koji nakon polimerizacije drži matricu u postignutom položaju. Preduvjet je, naravno, hibridizacija tvrdih tkiva krune dentinskim adhezivima bez obzira na tip tj., vrstu izabranog adhezijskog sustava (Slika 6). Takvi specijalizirani instrumenti koriste se na način da se postavi prvi sloj konvencionalnog kompozita u kavitet, instrumentom se potisna matrica i polimerizacijom kompozitnom sloja dobijemo držač matrice (Slika 7a, Slika 7b). Kasnije nanosimo kompozitni materijal na klasičan način u kosim slojevima i nadoknadimo izbrušeno i uništeno tvrdo tkivo krune. Ako nemamo takav instrument, možemo si pomoći s običnim okruglim potiskivačem većeg promjera. Na hibridiziranu površinu nanesimo tekući kompozit u sloju ne većem od 1mm, potisnemo nabijač u željeni položaj na fiziološkom mjestu te ga osvijetlimo uređajem za polimerizaciju (Slika 8). Nadalje nanosimo konvencionalni kompozit u kosim slojevima ne debljim od 2 mm. Ako koristimo bulk kompozitne

materijale, prema uputama proizvođača, maksimalna debljina sloja je 4 mm. Izradom kontaktne točke na ovaj način, ne trebaju nam posebno kreirani instrumenti, a usklađivanjem okluzalnih kontakata

nećemo ponovno otvoriti interdentalni prostor.

Potpuni uspjeh rekonstrukcije (Slika 9) direktnim postupkom kompozitnim materijalima možemo smatrati tek kada

budemo sigurni da pri žvakanju hrana neće ući u prostore između kruna zubi i ako smo spasili pacijenta nelagode koju izaziva utiskivanje hrane u interdentalne prostore.



Slika 1. Troglošni amalgamski ispun (klinička situacija prije zamjene ispuna).



Slika 2. Kruna zuba obuhvaćena matricom



Slika 3. Rekonstrukcija proksimalne stijenke sa ispravno postavljenom matricom i interdentalni kolčić



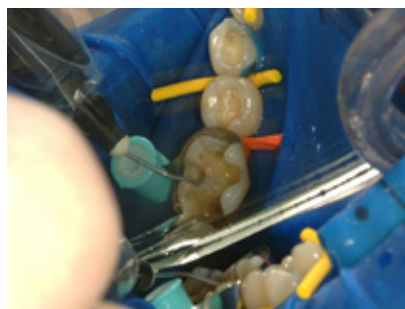
Slika 4. Segmentirane matrice



Slika 5a. Konturirane matrice



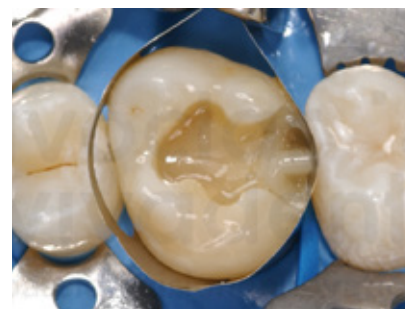
Slika 5 b. Celuloidne i metalne konturirane matrice.



Slika 6. Hibridizacije tvrdih tkiva krune



Slika 7a. Instrument za rekonstrukciju kontaktne točke „Opra Contact“



Slika 7b. Rekonstruirana kontaktna točka



Slika 8. Rekonstrukcija kontaktne točke okruglim nabijačem



Slika 9. Kompozitni ispuni nakon usklađivanja međučeljusnih kontakata i poliranja