

Федеральное Государственное Бюджетное
Образовательное Учреждение Высшего Образования
Алтайский Государственный Медицинский
Университет Министерства Здравоохранения России

Ортопедическое лечение ВКЛАДКАМИ

Выполнил: ординатор кафедры
Ортопедической стоматологии АГМУ
Красов Михаил Юрьевич
Барнаул, 2020 г.

Показания:

- В случае необходимости укрепления оставшихся тканей зуба

Вкладка должна перевести нагрузку со «слабых» мест таким образом, чтобы она равномерно распределялась на весь зуб

- При лечении, связанном с реконструкцией окклюзии

Виды вкладок по материалу изготовления

- Металлические – литые
- Фрезерованные - циркон
- Композитные
- Керамические (фрезерованная керамика/прессованная керамика/рексфрактор)

ВИДЫ ВКЛАДОК

- 1. Inlay
- 2. Onlay
- 3. Table Top
- 3. Overlay
- 4. Pinlay

Inlay

Показания для inlay

-1 Класс по Блеку

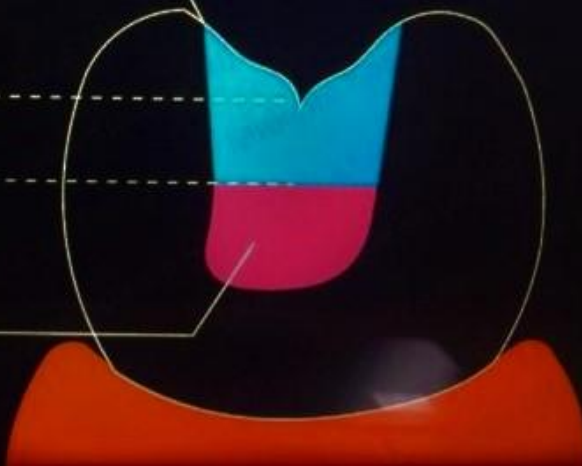
1.5мм и более

Граница препарирования на внутреннем скате бугра

1-1.5 мм

КОМПОЗИТ

DESIGN

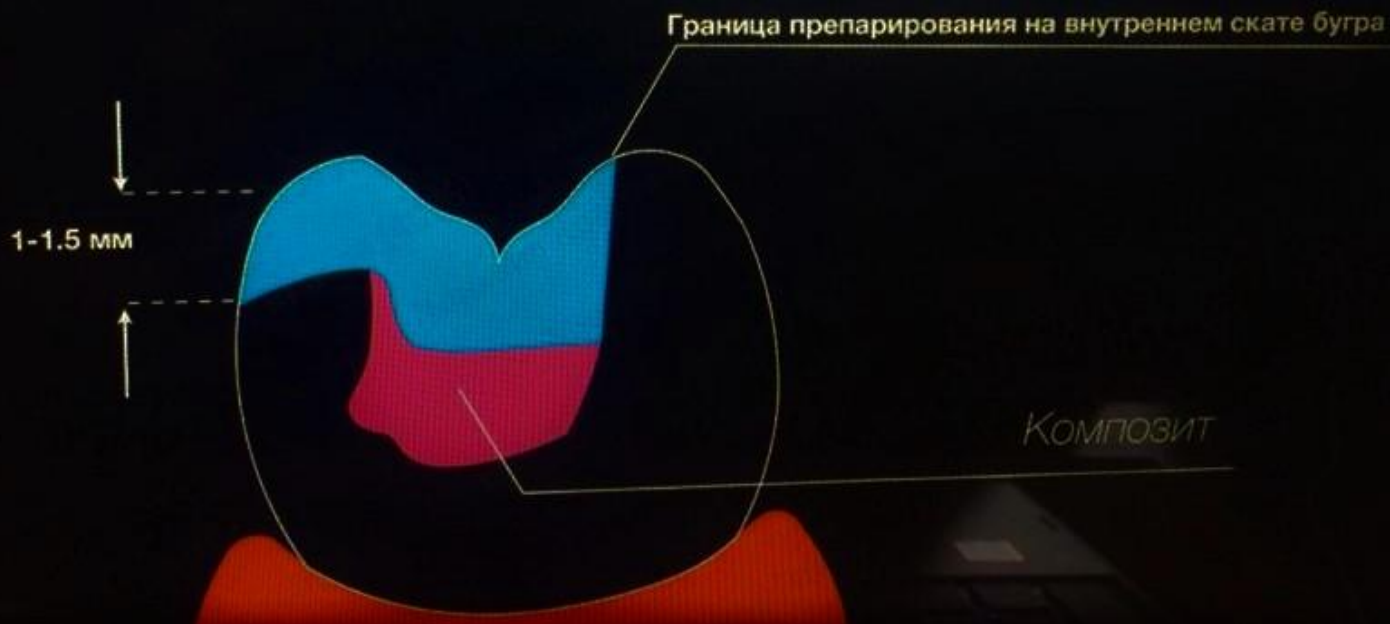


Onlay

Показания для onlay

- 1 Класс по Блеку с истончением бугров до 1,5мм и менее
- выход границы дефекта на наружный скат бугров одной стороны

DESIGN



Onlay с перекрытием вестибулярной поверхности



Показания для onlay

- 1 Класс по Блеку с истончением бугров до 1,5мм и менее
- выход границы дефекта на наружный скат бугров одной стороны

DESIGN

2

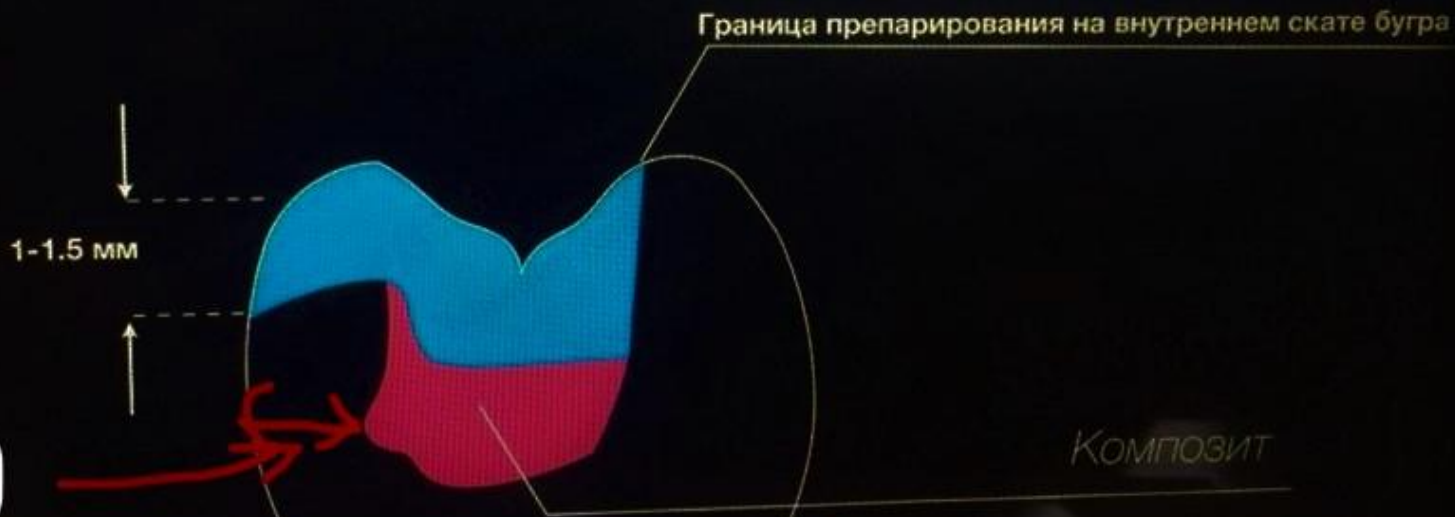


Table Top

Показания для **TABLE TOP**

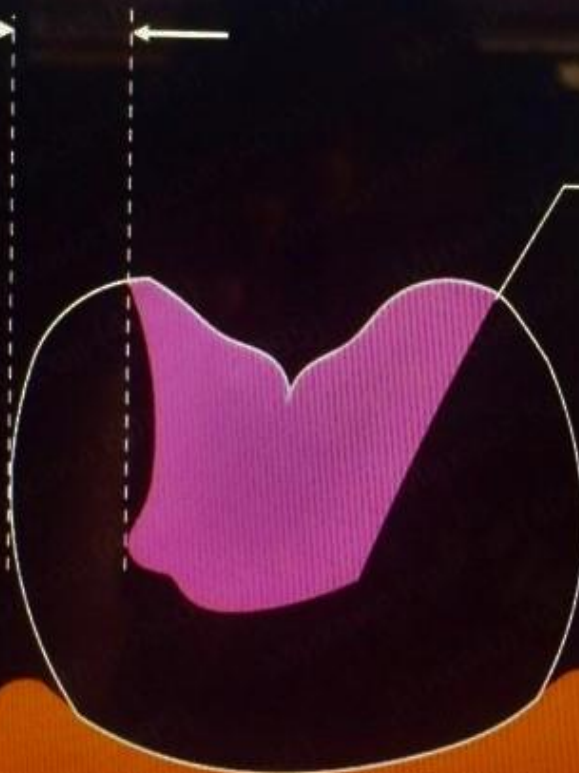
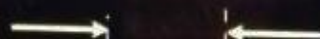
- Витальный зуб с сохранением эмали на жевательной пов-ти более 80%
- **НЕТ** поражения в аппроксимальной зоне и клиновидных дефектов затрагивающих дентин
- Отсутствие необходимости менять цвет зуба
- Используется с целью увеличения высоты коронки зуба и восстановления анатомии при стираемости или после ортодонтического лечения



Overlay

Показания для overlay

1.5мм и менее



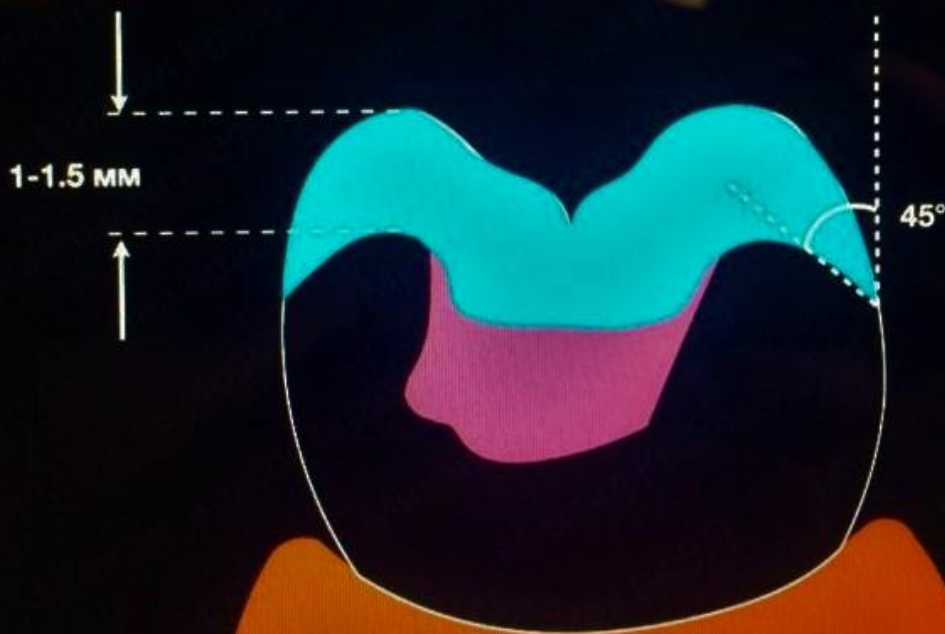
Граница препарирования на наружном скате бугра

+Участие зуба в
окклюзионной реорганизации

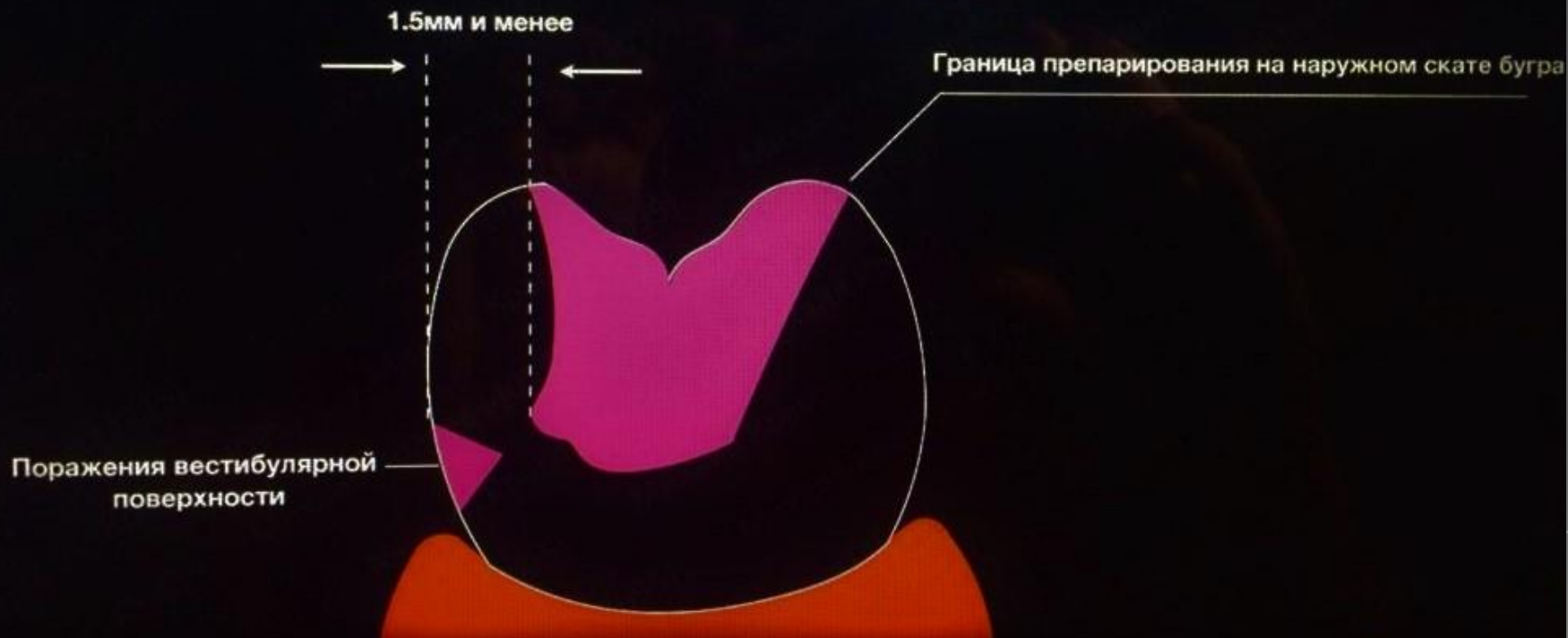
Насколько редуцировать бугры?

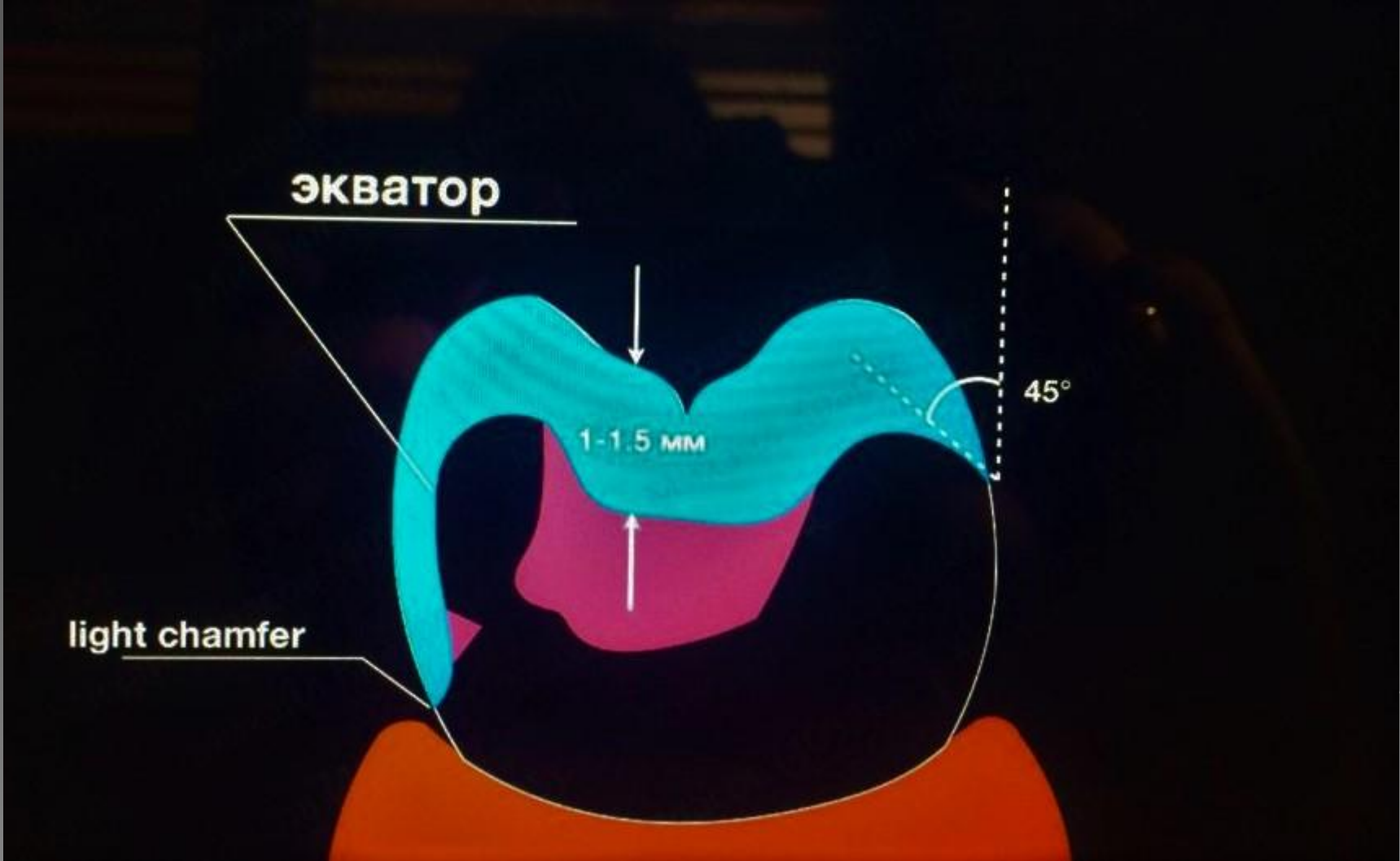
Показания для **overlay**

DESIGN



Показания для **overlay** с перекрытием
вестибулярной поверхности





Виды фиксации вкладок:

- Цирконий и металл - фиксируем на СИЦ или модифицированный сиц (фуджи1, Фуджи плюс)
- Композит и керамику – по адгезивному протоколу.

Адгезивная фиксация. Подготовка керамики

- 20 сек/1 мин плавиковая кислота (4%)
- 20 сек/1 мин ортофосфорная кислота – не обязательный этап
- Силан – втираем кисточкой тонким слоем около 20 сек. Есть рекомендация убирать остатки силана теплым воздухом.

Подготовка керамики



○ До
обработки



○ После
обработки



Подготовка зуба

- Пескоструйная обработка (27 Микрон)
- Ортофосфорная кислота – 30 сек эмаль 15 сек дентин (хотя есть разные видения)
- Праймер – на дентин
- Бонд – хорошо втираем и раздуваем, чтобы был тонкий слой **НЕ СВЕТИТЬ!**
- Затем вносим цемент во вкладку (двойного либо светового отверждения), позиционируем на зуб - засвечиваем немного – чтобы схватился цемент
- Убираем излишки скальпелем
- Наносим глицериновый гель – чтобы убрать ингибированный кислородом слой – окончательно засвечиваем. Штрипсуем, полируем

Препарирование под вкладки:

- Если фиксация когезивная – то создаем зоны ретенции
- Если адгезивная – зоны ретенции не очень важны, *но я стараюсь все равно ИХ СОЗДАВАТЬ*

Принципы препарирования под любые вкладки

- Принцип препарирования:
- Если толщина бугра/стенки меньше 1.5 мм – его надо перекрыть. То есть «спилить» и восстановить вкладкой
- Толщина «вкладки» - не более 2 мм. Все остальное – пломба.
- Если граница поражения переходит на наружный скат бугра – его нужно перекрыть!

Особенности препарирования под керамические вкладки

- Создай путь введения – то есть легкая конвергенция стенок полости, чтобы не было поднутрений.
- Убери «слабые» места – то, что может сломаться от нагрузки
- Меньше неровностей – лучше прилегание – залей дно жидкотекучим композитом
- Не делай «узких» участков на вкладке
- Керамика «не любит» острые грани. Все неровности должны быть гладкими.

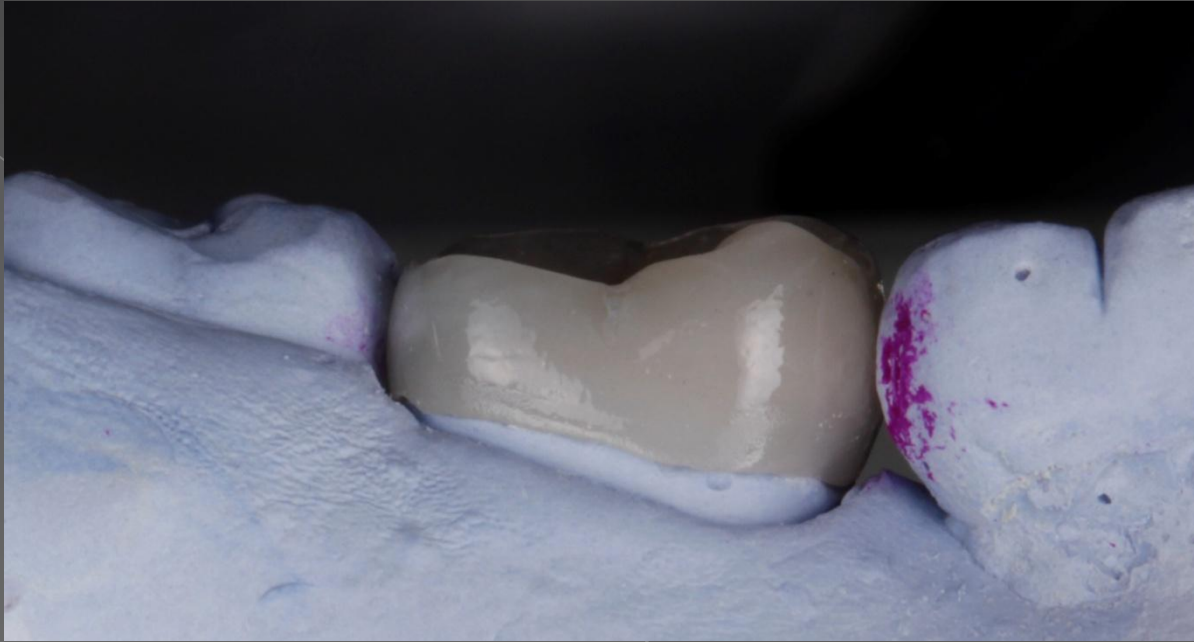
Клинический случай

- 37, Overlay с перекрытием язычной поверхности



Клинический случай

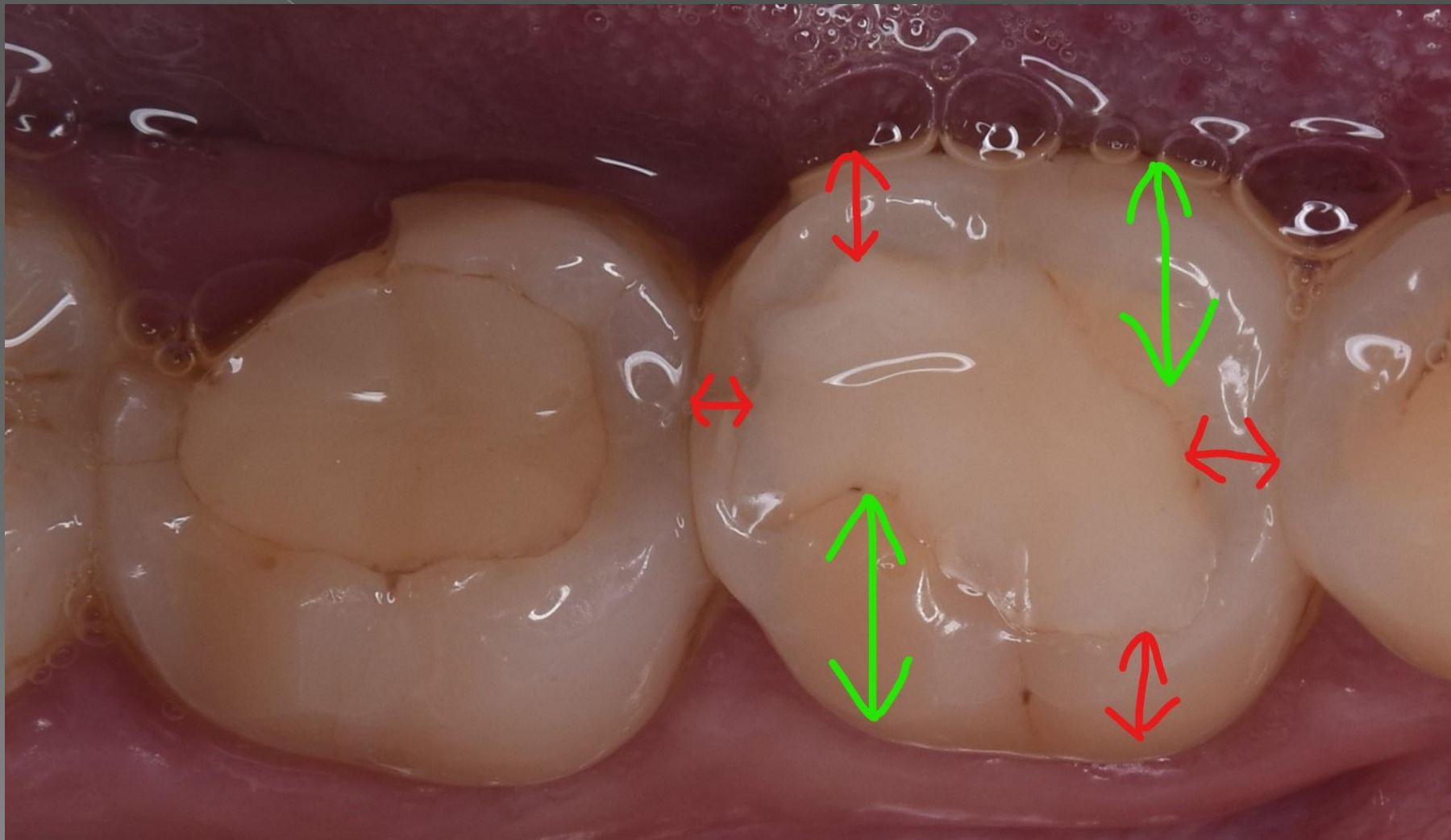




Клинический случай



Клинический случай



ΦΟΤΟ ΠΡΕΠΑ!

CONCLUSIONS

- 1 -ОККЛЮЗИОННАЯ РЕДУКЦИЯ 1-1.5ММ.
- 2 -БУГРЫ МЕНШЕ 1.5 ММ ШИРИНОЙ ПОДЛЕЖАТ ПЕРЕКРЫТИЮ КЕРАМИКОЙ.
- 3 -ДЛЯ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ПЕРЕКРЫТИЕ ВСЕЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ.
- 4 -В СЛУЧАЕ ПОЛОСТИ МО ИЛИ МОД , УГОЛ М-У ИНТАКТНОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА И ПОВЕРХНОСТЬЮ ВКЛАДКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРЯМЫМ.
- 5 -НЕ ДОПУСТИМО ФОРМИРОВАНИЕ АППРОКСИМАЛЬНОЙ ГРАНИЦЫ ПРЕПАРИРОВАНИЯ В ЗОНЕ КОНТАКТНОГО ПУНКТА.
- 6 -ГРАНИЦУ ПРЕПАРИРОВАНИЯ НА ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ (В СЛУЧАЕ ЕЕ НЕ ПОЛНОГО ПЕРЕКРЫТИЯ) СЛЕДУЕТ ОСТАВЛЯТЬ НА СКАТАХ БУГРОВ . И НЕ В ЗОНЕ ФИССУР, ВЕРШИН БУГРОВ , А ТАКЖЕ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ В МБК.
- 7 -СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ОСТРЫХ УГЛОВ НА ПРЕПАРИРОВАННЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ И РЕЗКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТОЛЩИНЫ МАТЕРИАЛА ВКЛАДКИ.



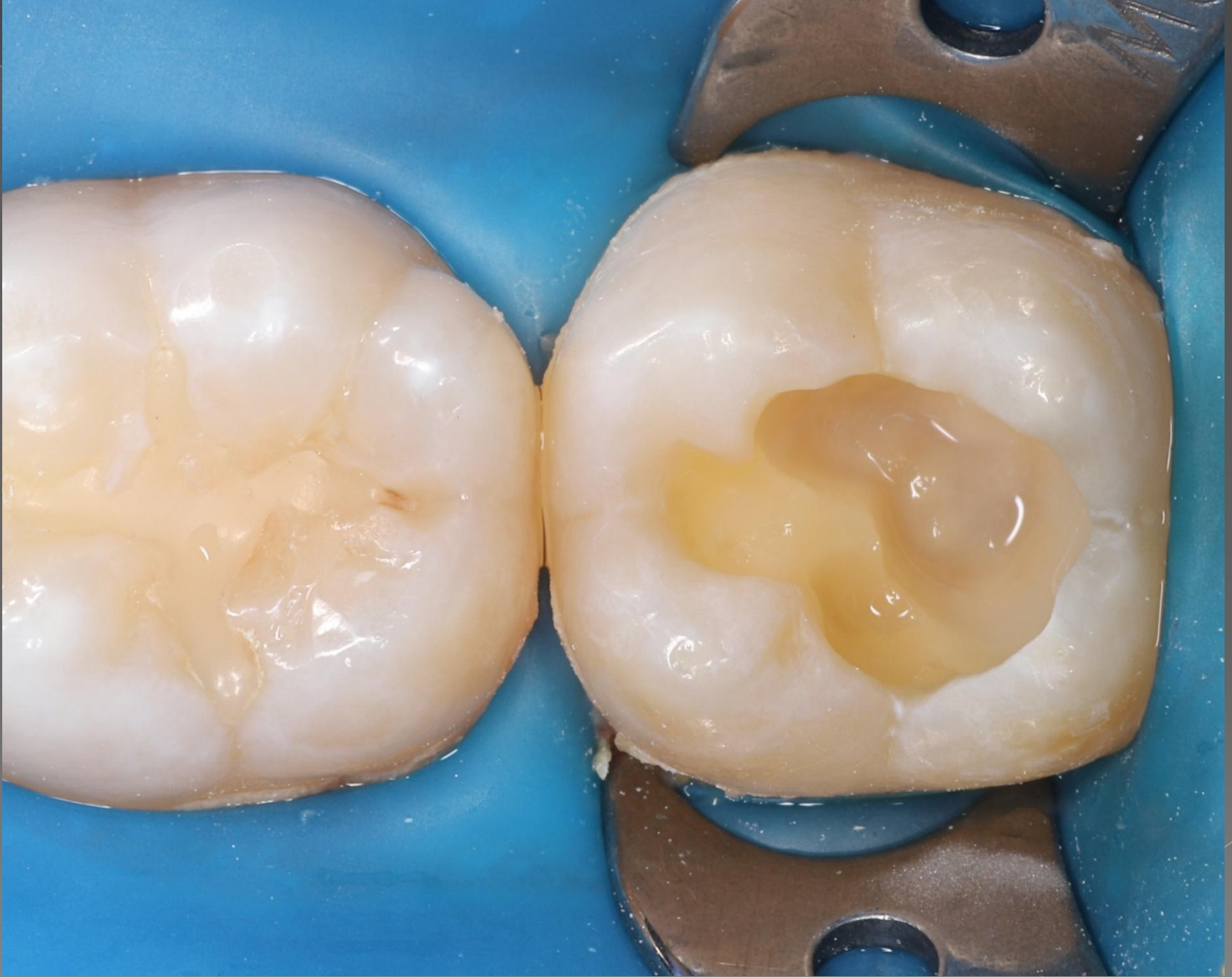










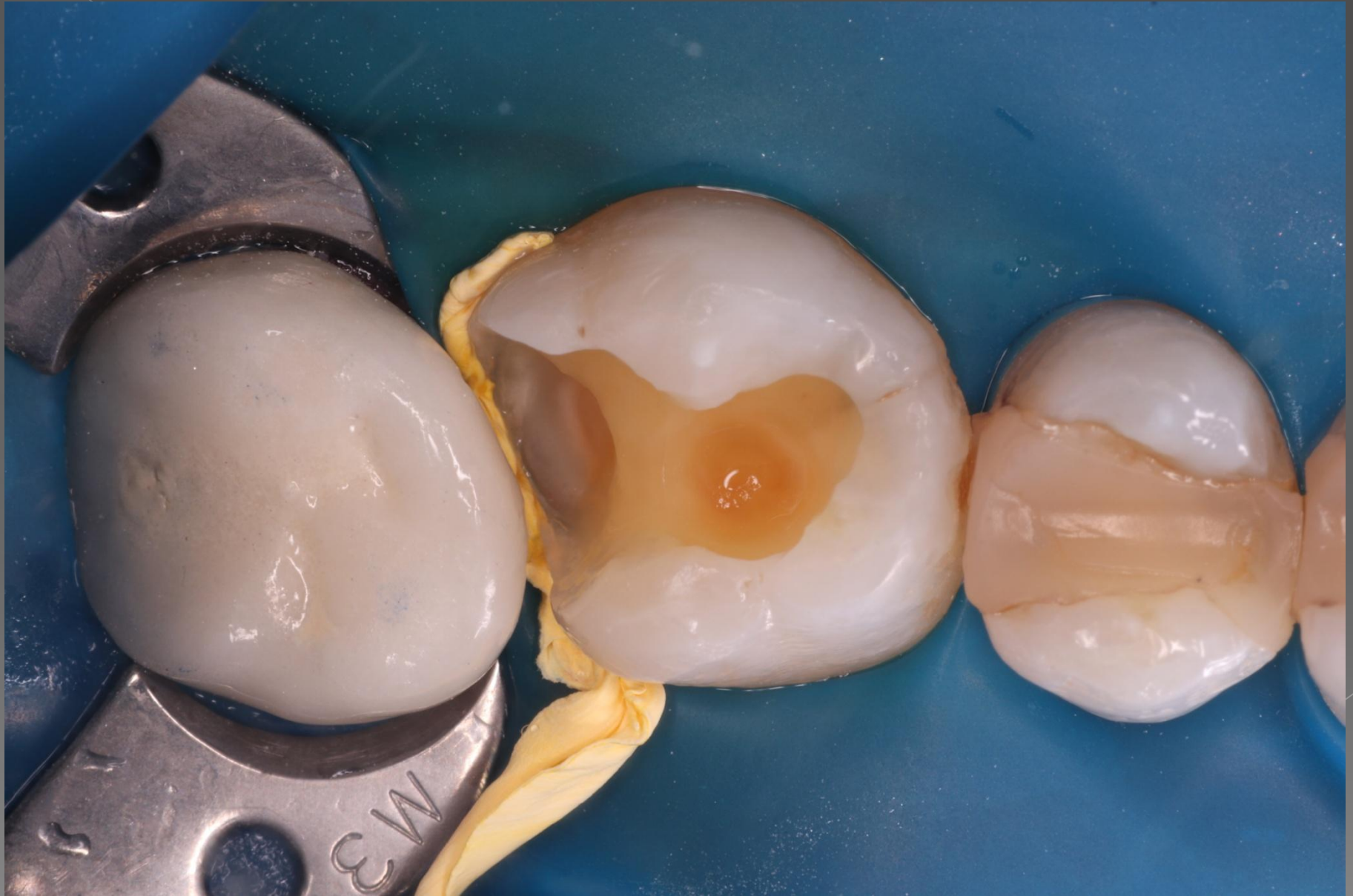








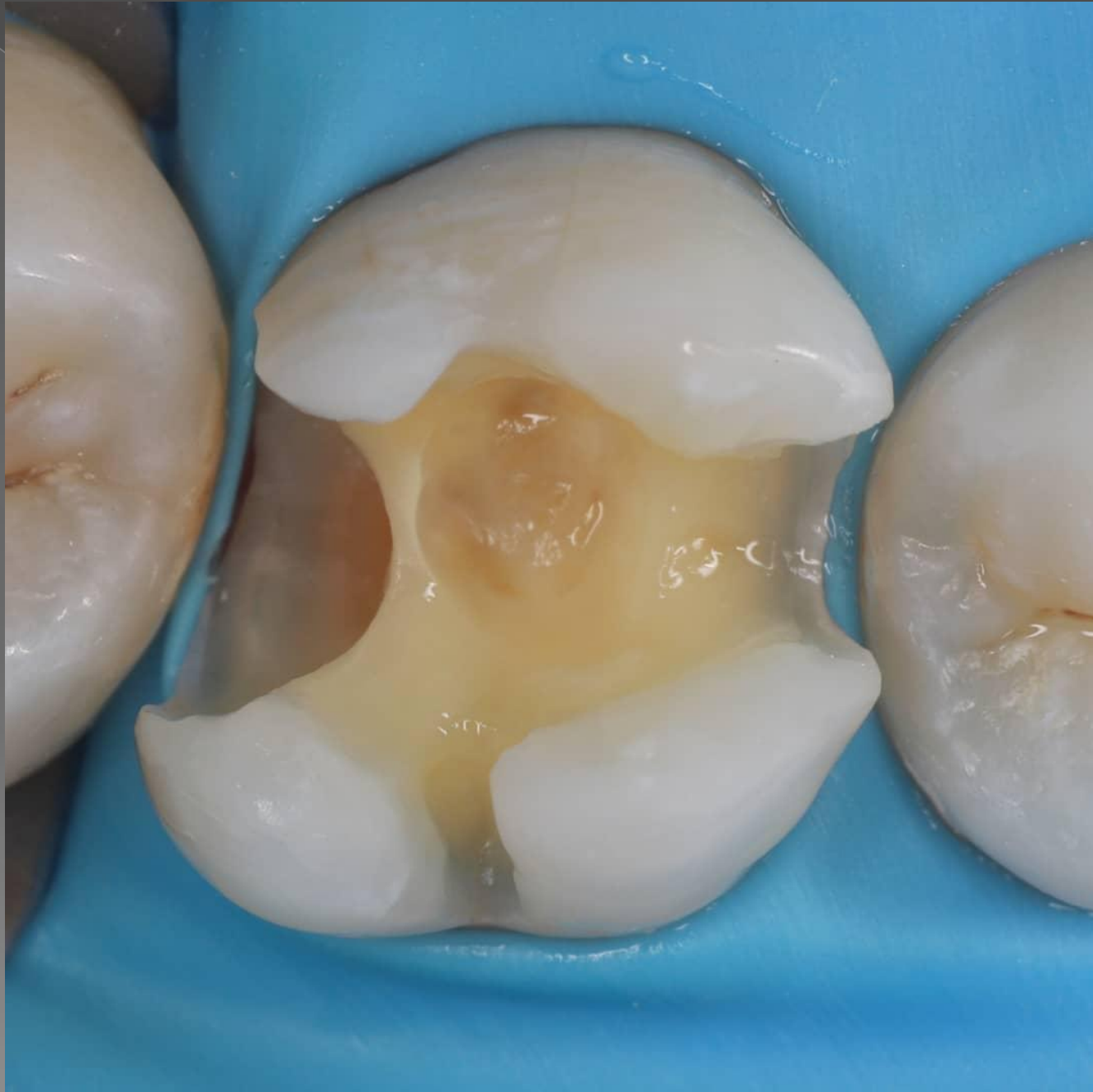


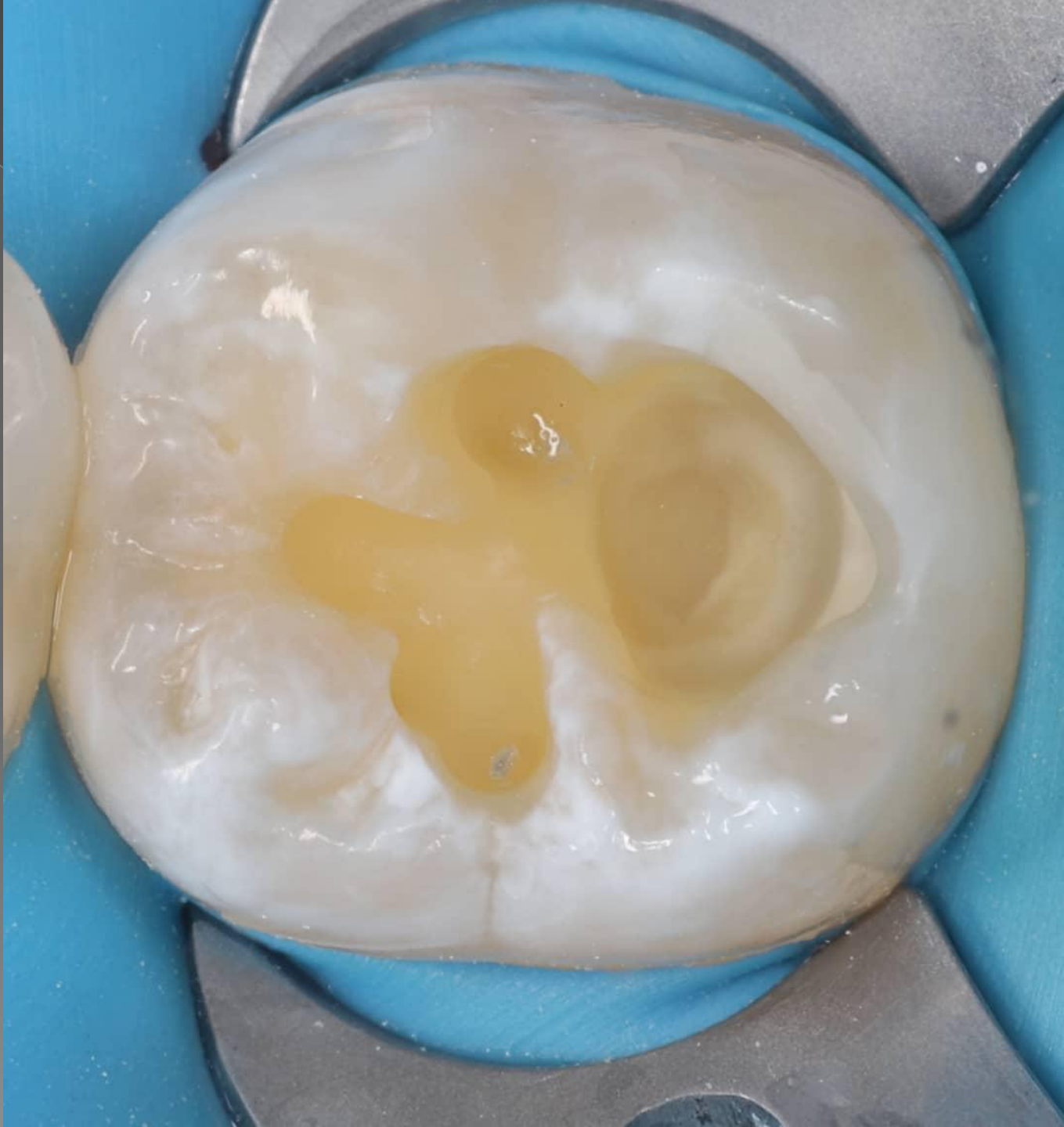












Краткий «гайд»

- Фиссурный кариес – **пломба**
- Есть стенки тоньше 1.5 мм – **вкладка**
- Девиальный зуб – **коронка**

