

lek. stom. **Barbara Urbanowicz-Śmigiel***

Materiał kompozytowy – kolejna odsłona

Estetyka stała się wiodącym hasłem atakującym nas z każdej strony. Czy to dobrze? Pamiętajmy, że najważniejszy jest umiar i znalezienie „złotego środka”.

Czy wynalezienie kompozytu albo raczej adhezji było przełomem w stomatologii? Wydaje się, że absolutnie tak. To, że możemy materiał przykleić do zęba, pozwoliło nam szerzej podejść do problemów naszych pacjentów. Nie tylko próchnica czy urazy zębów zmuszają ludzi do szukania pomocy. Estetyka stała się wiodącym hasłem atakującym nas z każdej strony. Czy to dobrze? Najważniejszy jest umiar i znalezienie „złotego środka”. Żadna skrajność nie jest dobra. Wydaje mi się, że ten umiar dają nam właśnie materiały kompozytowe, a raczej adhezja pozwalająca dokleić materiał do oczyszczonej i wytrawionej powierzchni szkliwa, bez naruszania jego powierzchni.

PRZYPADEK PIERWSZY

Pacjentka, lat 45, zgłosiła się do gabinetu celem kompleksowego leczenia. Przedstawiono jej plan leczenia, w którym ujęto uzupełnienie brakujących zębów, wymianę nieszczelnych wypełnień i leczenie próchnicy oraz higienizację (fot. 1, 2).

Plan leczenia obejmował także aspekt estetyczny zębów w odcinku przednim. Tremy i czarne przestrzenie między zębami przykuwały moją uwagę i powodowały, że uśmiech był raczej agresywny. Uważałam, że korekta kształtu znacznie poprawi estetykę. Ponieważ pacjentka nie była przekonana do takiego rozwiązania, zaproponowałam w pierwszej kolejności zamknięcie diastemy w zębach 11 i 21 przy okazji wymiany nieszczelnych, istniejących wypełnień kl. III wg Blacka na powierzchniach mezialnych (fot. 3). Nie naruszając szkliwa wiertłem, mamy możliwość wycofania się z proponowa-

nego leczenia (fot. 4). Możemy usunąć przyklejony kompozyt bez uszkodzenia powierzchni szkliwa. Ponieważ pacjentka zaakceptowała nowy kształt zębów, na następnej wizycie zajęłam się zębami 12 i 22 (fot. 5-7). Ząb 11 wymagał nieznacznej korekty koloru oraz odbudowy brzegu siecznego.

W tym przypadku nie zleciłam przygotowania przez technika modelowania przyszłego kształtu zębów z wosku (*wax-upu*) na modelu diagnostycznym, ponieważ nowy kształt zębów był łatwy do uzyskania.

Zalecam jednak w takiej sytuacji odbudowę każdej powierzchni zęba oddzielnie oraz jej ostateczne opracowanie i wypolerowanie. Wydłuża to nieznacznie pracę, ale daje nam kontrolę nad kształtem odbudowywanych zębów.

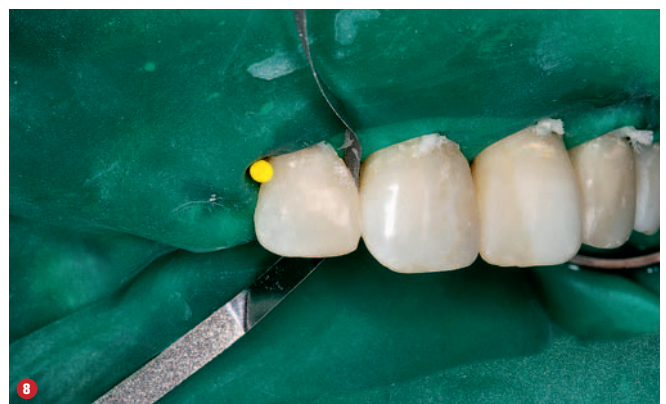
Wypełnienia wypolerowano przy pomocy krążków ściernych *soft-lex 3M ESPE* oraz silikonowej szczotki *Astrobrush*.

Kluczowym punktem każdego wypełnienia jest brak nawisów materiału odbudowującego ząb nad brodawką dziąsłową, niszczących przyzębie i powodujących powstawanie próchnicy wtórnej. Nitka dentystyczna powinna gładko, bez zahaczania przechodzić po powierzchni zęba i wypełnienia. W tym przypadku użyto diamentowych pasków ściernych *Edenta* o zmiennej gradacji: niebieskich (fot. 8), czerwonych i żółtych oraz pasków celulozowych z drobniejszym nasypem firmy *Anger*.

Ponieważ zęby w trakcie opracowywania i wypełniania wysychają i tracą przejściowo swój kolor, należy go dobierać przed leczeniem. Jeżeli po zdjęciu koferdamu nasze wypełnienia ►

Przypadek 1

fot. autorka



Fot. 1. Przed leczeniem; Fot. 2. Przed leczeniem; Fot. 3. Opracowane ubytki próchnicowe na powierzchniach mezjalnych 11 i 21; Fot. 4. Zamknięta diastema; Fot. 5. Ząb 11 przygotowany do korekty koloru; Fot. 6. Powierzchnia mezjalna

zęba 12 przygotowana do korekty kształtu; Fot. 7. Ząb 22 po usunięciu próchnicy i odwapnień; Fot. 8. Usuwanie nawisów wypełnienia w okolicy szyjki zęba

Przypadek 1 (ciąg dalszy)



Fot. 9-10. Przesuszona tkanka zęba przyjmuje kolor kredowobiały; Fot. 11. Kontrola po leczeniu. Uśmiech stał się pełniejszy i bardziej kobiecy; Fot. 12. Kontrola po leczeniu

▶ są za ciemne w stosunku do tkanki zęba, to najprawdopodobniej po uwodnieniu kolor będzie właściwy (fot. 9, 10). Do odbudowy użyto materiału Enamel HRi w kolorze UD 2 i UE 1. System łączący to w tym przypadku dwubutelkowy system czwartej generacji Opti Bond FL firmy Keer.

Na zdjęciu 11 i 12 widzimy uśmiech pacjentki na wizycie kontrolnej. Kobieta jest bardzo zadowolona ze zmiany. Gdyby jej nie akceptowała, nie byłoby problemu z powrotem do sytuacji wyjściowej. Taki komfort daje adhezja, wystarczająco silna i niewymagająca naruszania ciągłości tkanek twardych zęba. Pacjenci boją się szlifowania zębów, jeżeli to my namawiamy ich do zmiany swojego wizerunku, bierzemy całą odpowiedzialność na siebie.

PRZYPADK DRUGI

Pacjentka, lat 25, zgłosiła się do gabinetu celem leczenia zębów. Zaproponowałam odbudowę uszkodzonego zęba 12 (fot. 1, 2) przy pomocy licówki porcelanowej feldszpatowej lub odbudowę materiałem kompozytowym z nieznaczną korektą kształtu. Pacjentka wybrała materiał kompozytowy (fot. 3-5). Ponieważ ząb 12 jest lekko zrotowany, wydaje się węższy (fot. 6). Można poszerzyć ząb w okolicy dystalnego kąta przez doklejenie niewielkiej ilości materiału kompozytowego do powierzchni szkliwa. Pacjentka została poinformowana o takiej możliwości, jednak po leczeniu (fot. 7, 8) uśmiech wyglądał naturalnie, a niewielka rotacja dwójki jej nie przeszkadzała.

PODSUMOWANIE

Na tych przykładach chciałam pokazać, jak na przestrzeni kilkunastu lat zmieniła się rola stomatologa. Stajemy się uważnymi obserwatorami nie tylko wyłapującymi objawy chorobowe, ale także niuanse estetyczne. Czy to dobrze? Osobiście cieszę się, kiedy uda mi się poprawić czyjeś samopoczucie, uśmiech przy okazji wykonywania „poważnych” zadań, jak np. leczenie próchnicy czy rekonstrukcje protetyczne. □

*Prywatna praktyka stomatologiczna „Śmigiel s.c.” w Katowicach
e-mail: barbara@smigiel.net ▶

Przypadek 2



Fot.1. Uśmiech pacjentki przed leczeniem; Fot. 2. Uszkodzona powierzchnia zęba 12; Fot. 3. Przygotowana powierzchnia zęba. Nieznacznie zniesiono wypukłość kąta mezjalnego; Fot. 4. Stan po wstępnym opracowaniu wypełnienia

kompozytowego; Fot. 5. Stan po wstępnym wypolerowaniu wypełnienia; Fot. 6. Ząb 12 wydaje się węższy w stosunku do zęba 22; Fot. 7. Kontrola po leczeniu; Fot. 8. Uśmiech po leczeniu