

EQUIA versus Амальгама



Ивана Милетич

(Ivana Miletić, DDS, PhD)

Профессор кафедры эндодонтии и реставрационной стоматологии, факультета стоматологии, Университет Загреб (Хорватия)



Аня Бараба

(Anja Baraba, DDS)

Ассистент кафедры эндодонтии и реставрационной стоматологии, факультета стоматологии, Университет Загреб (Хорватия)

Оперативное вмешательство неизбежно, когда деминерализация твердых тканей зуба перешла в необратимую стадию и предотвратить появление полости невозможно, равно как и в том случае, когда полость уже образовалась, давая бактериям доступ к более глубоким слоям тканей зуба [1]. Однако даже если было принято решение об оперативном вмешательстве, нельзя забывать о профилактической составляющей лечения. Как при препарировании полости, так и при выборе реставрационного материала следует руководствоваться принципами минимально инвазивного лечения. Выбирая материал для реконструкции утраченных твердых тканей зуба, следует в первую очередь обращать внимание на характеристики реставрационного материала. Согласно принципам минимально инвазивной стоматологии, предпочтение отдается биосовместимым и биоактивным материалам с хорошими прочностными свойствами, способностью к химической адгезии и высокой ретенцией к структурам зубов, то есть материалам, которые способствуют

максимальному сохранению твердых тканей зуба. Один из материалов, который с XIX века традиционно использовался для реставрации зубов жевательной группы, — амальгама. Амальгама также рекомендуется для использования в качестве пломбировочного материала согласно классическим макроретенционным принципам Блэка (Black).

Однако реставрации, изготовленные из амальгамы, имеют следующие недостатки и слабые стороны [2]:

- необходимость препарирования ретенционных полостей за счет здоровых тканей зуба;
- снижение прочности зуба из-за нарушения целостности гребней коронковой части зуба;
- повышение риска растрескивания оставшейся части зуба (в основном с щечной и язычной сторон), вызванное конфигурацией подготовленных полостей;
- недостаточная адгезия амальгамы к тканям зуба;
- низкие эстетические качества.

Кроме того, амальгамовые реставрации могут оказывать как местное, так и си-

стемное отрицательное воздействие на организм [3]. Местно амальгама может вызвать эритематозное поражение прилежащих мягких тканей полости рта; воздействие же свободной ртути, входящей в состав амальгамы, может проявиться системно в виде возникновения реакции гиперчувствительности [3]. Хотя амальгама показывает хорошую долговечность при выполнении несущих большую нагрузку обширных реставраций, многие реставрации из амальгамы спустя некоторое время нуждаются в замене из-за физического и химического воздействия среды полости рта, которому они подвергаются [4]. Основной причиной потери реставрациями из амальгамы функциональности является вторичный кариес [5]. Именно по этой причине пломба из амальгамы (рис. 1) требует замены, которую мы произведем с помощью новых материалов, доступных на рынке на сегодняшний день. Значительное улучшение свойств стеклоиономерных материалов обуславливает их растущую популярность как материалов для изготовления постоян-



Рис. 1. Старая реставрация из амальгамы, зуб 16, нарушение краевого прилегания.



Рис. 2. Подбор оттенка Fuji IX GP Extra с помощью самодельной оттеночной шкалы (оттенков А3).