

# ROZSÁHLÉ ADHEZIVNÍ REKONSTRUKCE, SUBGINGIVÁLNĚ ZASAHOJÍCÍ DEFEKTY

---

KLASICKÝ PŘÍSTUP

Endodontické ošetření

Kořenová inlay

Korunky

---

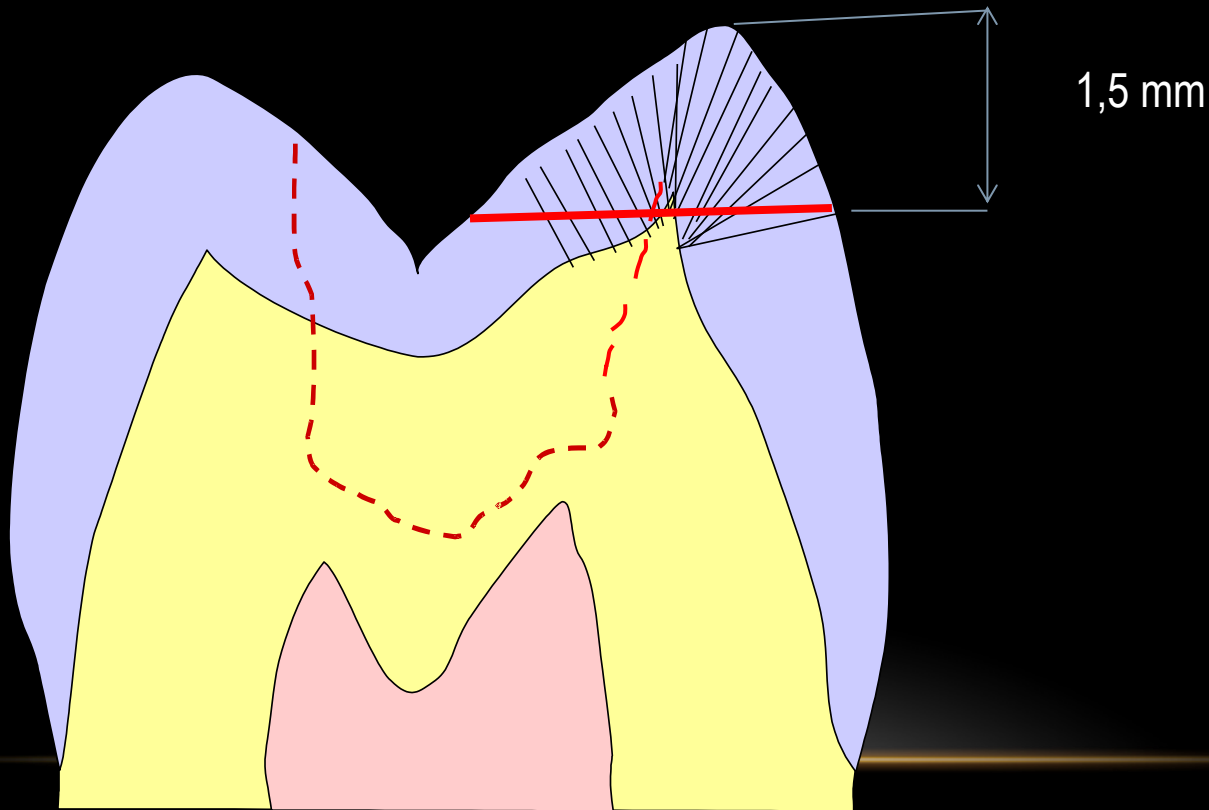
# SOUČASNÉ TRENDY

- Využití adhezivních materiálů
  - Možnost uchování většího množství zubních tkání
  - Možnost spojení beze spáry
  - Vyšší rezistence adhezivně ošetřeného zubu
  - Možnost uchování většího množství zubních tkání
-

# ADHEZIVNÍ TECHNOLOGIE - RIZIKA

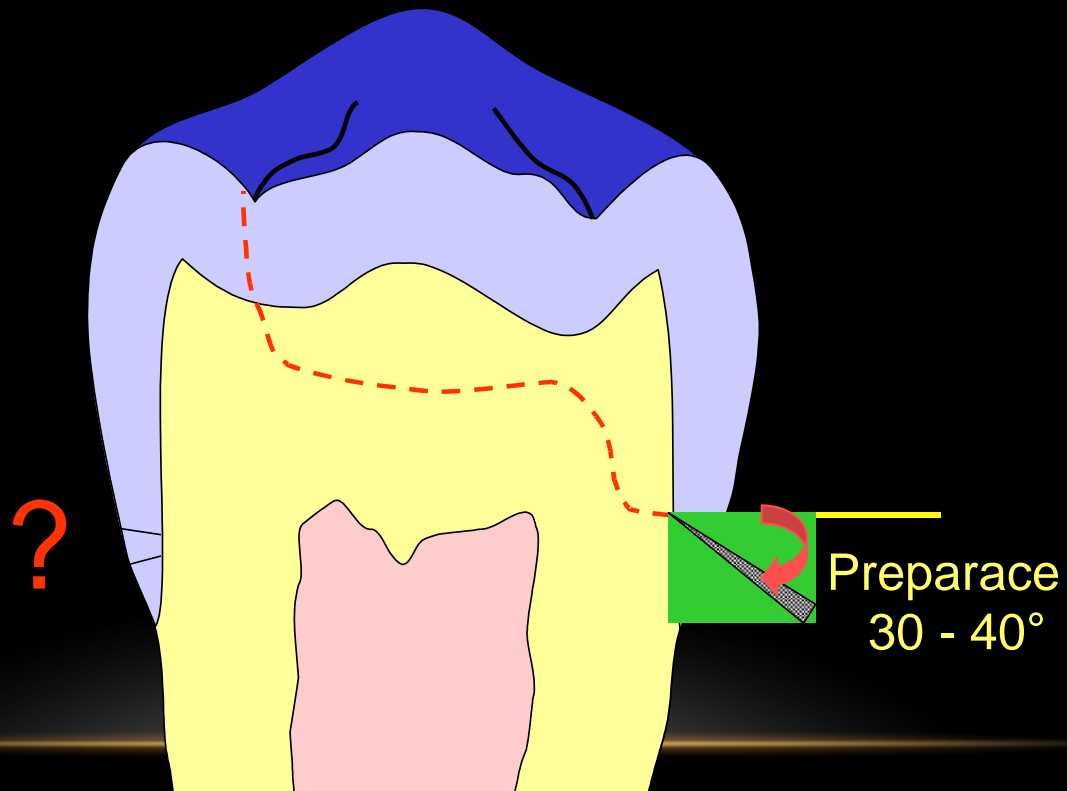
- Příprava okrajů s ohledem na orientaci sklovinných prizmat a retenci výplně
  - Příprava okrajů sahajících subgingiválně – lze zhotovit vůbec kompozitní výplně?
-

# SNESENÍ HRBOLKU SKÝTÁ LEPŠÍ PROGNOZU NEŽ ULOŽENÍ VÝPLNĚ BLÍZKO VRCHOLU - ORIENTACE PRIZMAT, ZÁTĚŽ - SELHÁNÍ



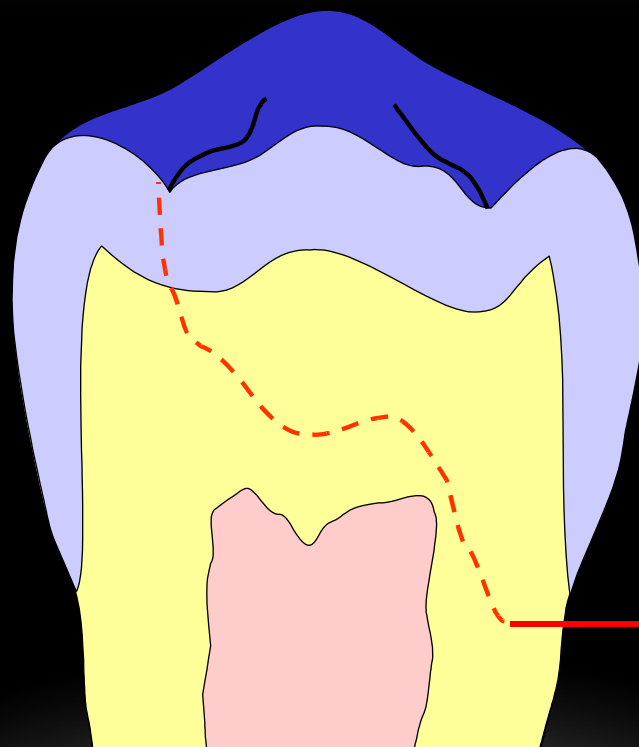
# CERVIKÁLNÍ OKRAJE

Ve sklovině



# CERVIKÁLNÍ OKRAJE

V dentinu



Preparace  
**nešikmit!!!**

# ŘEŠENÍ SUBGINGIVÁLNÍCH DEFEKTŮ

- Hlavní problémy
  - Podstatná ztráta zubních tkání
  - Subgingivální cervikální okraje
  - Adhezivní procedury v místě, kde chybí sklovina



# KLASIFIKACE SUBGINGIVÁLNÍCH DEFEKTŮ- VÝCHODISKA

Technické parametry: možnost udržení suchého pracovního pole

Biologické parametry: měření vzdálenosti mezi čistým gingiválním okrajem a úponem periodontálních vazů nebo alveolárním hřebenem pomocí parodontální sondy a rtg.

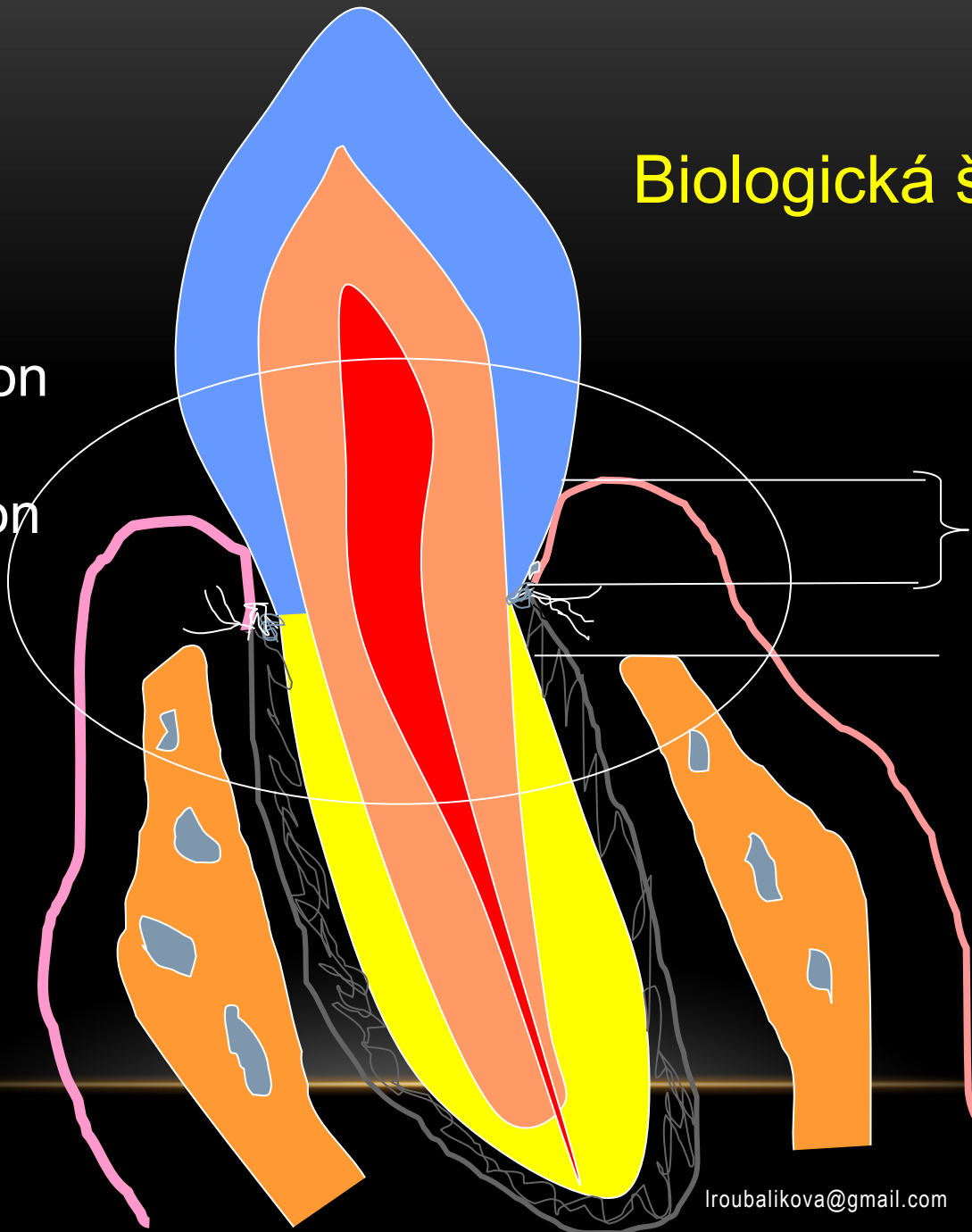
# KLASIFIKACE SUBGINGIVÁLNÍCH DEFEKTŮ

1. Kofferdam je možno správně aplikovat do sulku, cervikální okraj je zcela zřetelný
2. Kofferdam nedovoluje kompletní izolaci operačního pole ale biologická šířka je zachována (vzdálenost mezi gingiválním okrajem a vazivovým attachmentem je větší než 2 mm nebo mezi gingiválním okrajem a hřebenemcalveolární kosti je vzdálenost větší než 3 mm.
3. Subgingivální defekt s nedosažením biologické šíře zubu. Kofferdam se nedá aplikovat.

# Biologická šíře zuby

Epitelový úpon

Vazivový úpon



2 mm  
cca 2 mm

Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B (J Perio 1961)

Vacek JS, Gher ME, Assad DA, Richardson AC, Gambaressi LI (Int J Perio & Rest Dent 1994)

# ŘEŠENÍ SUBGINGIVÁLNÍCH DEFEKTŮ

1. Elevace marginálního okraje pomocí flow kompotzitu o síle 1 – 1,5 mm.
2. Chirugický výkon – gingivektomie
3. Prodloužení klinické korunky
4. Extruze (poměr korunka kořen 1:1 ne méně)

Rekonstrukce: přímo nebo nepřímo

# ELEVACE MARGINÁLNÍHO OKRAJE

- Nutný je dobrý přístup k defektu – kofferdam je optimální (třeba i po gingivektomii)
- Adaptace pásku – cirkulární matrice zúžené zastřížením, utažení, zaklínkování
- Adhezvní procedura na schůdku – samoleptací vazebný systém lze použít
- Aplikace flow kompozitu – zvýšení okraje
- Zhotovení výplně podle běžných svyklostí – kofferdam, matrice.