

cosmetic

international magazine of esthetic medicine & dentistry

1 2014 wydanie polskie



_Opis przypadku

Od diagnostyki do protetyki

_Opinie

Ceramika – uzasadnienie wyboru

_Lifestyle

I tak się to kręci...



Serdecznie zapraszamy do udziału w 1. Konferencji Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego Perio 2014

28-29 marca 2014, Warszawa, Hotel Marriott

Organizatorzy

- Polskie Towarzystwo Periodontologiczne
- Sekcja Periodontologii
Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

www.perio.org.pl

Wykładowcy

- prof. Renata Górską (Polska)
- prof. Mariano Sanz (Hiszpania)
- prof. Serge Dibart (USA)
- prof. Frank Weiland (Austria)
- prof. Phoebus Madianos (Grecja)
- dr Eli Friedwald (Izrael)

28 marca (piątek) Warsztaty

- 9:00-13:00** ■ Techniki chirurgii plastycznej tkanek miękkich.
Prof. Mariano Sanz,
Universidad Complutense de Madrid, Hiszpania
- 14:00-18:00** ■ Tajemnice sterowanej regeneracji kości (GBR)
i postępowanie z tkankami w nowoczesnej implan-
tologii stomatologicznej.
Dr Eli Friedwald, Tel Aviv, Izrael

29 marca (sobota) Kongres

- 08:00-09:30** ■ Rejestracja uczestników
09:30-10:00 ■ Otwarcie Konferencji
10:00-10:45 ■ Niechirurgiczne a chirurgiczne leczenie chorób przyzębia.
Prof. Renata Górską, Prezes PTP, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- 10:45-11:15** ■ Przerwa kawowa
11:15-12:30 ■ Obecne i przyszłe podejście do regeneracji tkanek przyzębia.
Prof. Mariano Sanz, *Universidad Complutense de Madrid, Hiszpania*
- 12:30-13:15** ■ Metody leczenia ortodontycznego w przypadku zaawansowa-
nej choroby przyzębia.
Prof. Frank Weiland, *President of the European Board of Orthodon-
tics, Austria*
- 13:15-13:30** ■ Dyskusja
13:30-14:30 ■ Obiad
14:30-15:45 ■ Nowe opcje leczenia: Piezocision™ w kompleksowym postę-
powaniu multidyscyplinarnym.
Prof. Serge Dibart, *Boston University, USA*
- 15:45-16:45** ■ Diagnostyka i leczenie periimplantitis.
Prof. Phoebus Madianos, *University of Athens, Grecja*
- 16:45-17:00** ■ Dyskusja
17:00-17:15 ■ Zamknięcie Konferencji



POLSKIE
TOWARZYSTWO
PERIODONTOLOGICZNE



Platynowy Sponsor

Złoty Sponsor

Srebrni Sponsorzy

Pozostali Sponsorzy



Partnerzy Medialni





Drodzy Czytelnicy!

_Stomatologia estetyczna i medycyna estetyczna to obecnie najszybciej rozwijające się dziedziny medycyny. Wpływ na to mają media, zwiększona migracja i globalne trendy w modzie. Często nie musimy nawet przekonywać pacjentów do określonych terapii, pacjenci coraz częściej są świadomi potrzeb i mają sprecyzowane oczekiwania.

Przed Wami pierwszy tegoroczny numer kwartalnika *cosmetic* w nieco odmienionej postaci. Poza tematami związanymi ze stomatologią, na łamach magazynu znajdziecie artykuły z pogranicza medycyny estetycznej, a nawet kosmologii. Wszystko po to, aby wiedzieć, co możemy dzisiaj zaoferować pacjentowi, aby usługa była jak najbardziej kompleksowa.

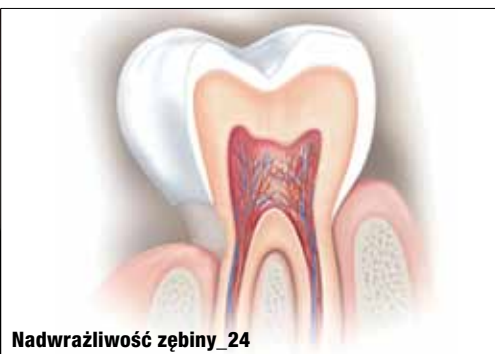
Zabiegi poprawiające estetykę w obrębie twarzy nie mają wyłącznie na celu leczenie nieprawidłowości. Poza umiejętnościami diagnozowania, zastosowania odpowiedniej procedury klinicznej, konieczne jest opanowanie sztuki zrozumienia osobowości pacjenta i jego oczekiwań wobec efektów leczenia. Pacjenci coraz częściej oczekują kompleksowego leczenia, wykraczającego poza zakres jamy ustnej. Dlatego tak ważna jest komunikacja nie tylko między pacjentem i lekarzem, ale również komunikacja pacjent-lekarz-technik.

Jednocześnie wielu młodych lekarzy chce stosować skomplikowane procedury zamiast prostych zabiegów kosmetycznych, takich jak wybielanie zębów czy korekta linii uśmiechu. Oczywiście, procedury implantologiczne i rozbudowane prace protetyczne pozwalają generować znaczące dochody, jednocześnie wymagają jednak rozległej i gruntownej wiedzy i doświadczenia klinicznego. Dlatego uczmy się nieustannie, poznawajmy nowe metody leczenia i nowe rozwiązania.

W tym numerze *cosmetic* mamy przepięknie zilustrowany i udokumentowany przypadek poprawy linii uśmiechu i równie interesujący przypadek z pogranicza medycyny estetycznej, a wybitny prof. Edward McLaren podpowiada, czym kierować się w wyborze materiału do ceramiki. Są też interesujące związane materiały związane ze sztuką. Dlaczego sztuka i design? Ponieważ to elementy trwale towarzyszące naszej codzienności. Trudno bowiem mówić o estetyce i smaku w tym co robimy, jeśli nie towarzyszą nam w życiu codziennym.

Zapraszam do lektury!

Dr med. dent. Zbigniew Piankowski



Od wydawcy

03 **Drodzy** Czytelnicy!

Opis przypadku

_Przywracanie harmonii uśmiechu

06 Od **diagnostyki** do **protetyki** – współpraca, komunikacja, **realizacja**

_Maciej Dominik Drosd, Bartosz Troczyński

Opinie

_Materiały ceramiczne

14 **Ceramika** – uzasadnienie wyboru **materiału**

_Edward A. McLaren, Yair Y. Whiteman

Badania naukowe

_Nadwrażliwość

24 **Nadwrażliwość** zębiny – uproszczone **procedury**

_Fay Goldstep

Lifestyle

_Malarstwo

30 **Zatrzymać ulotną fantazję**

_Wywiad z Alicją Domańską

_Architektura

32 **I tak się to kręci...**

_Rozmowa z Damianem Staniec

Informacje

_Prenumerata

29 Informacje na temat prenumeraty

_Produkty

36 Informacje o **produktach**

38 O wydawcy



Zdjęcie na okładce wykorzystano dzięki uprzejmości firmy DMG GmbH.

PRZED leczeniem Icon'em



PO leczeniu Icon'em

dzięki uprzejmości dr Carlos Rocha Gomes Torres, DDS, MSc, PhD



Odpowiedź na białe plamy: I can Icon!

Szybko, delikatnie, estetycznie: leczenie próchnicy metodą infiltracji z Icon.

Białe plamy pochodzenia próchnicowego są tak niechciane, jak często występują, zwłaszcza po leczeniu ortodontycznym po zdjęciu zamków. Teraz możesz zaoferować swoim pacjentom delikatną formę leczenia, a nie inwazyjną interwencję.

Wykazano, że infiltracja z Icon'em skutecznie eliminuje białe plamy z powierzchni szkliwa. Szybko, delikatnie i estetycznie. To dobra wiadomość dla Ciebie i dla Twoich pacjentów.

www.dmg-dental.com



Od diagnostyki do protetyki – współpraca, komunikacja, realizacja

Autorzy _ Maciej Dominik Drosd, Bartosz Troczyński

_Pacjent zgłosił się do leczenia z powodu pogorszenia estetyki uśmiechu. Zauważył stopniowy ubytek długości zębów siecznych, co odbierał jako wizualne objawy starzenia oraz narastające objawy dysfunkcji narządu żucia w postaci epizodów zgrzytania, zaciśkania oraz trzasków w stawie skroniowo-żuchwowym. W wywiadzie i badaniu nie stwierdzono przeciwwskazań do leczenia.

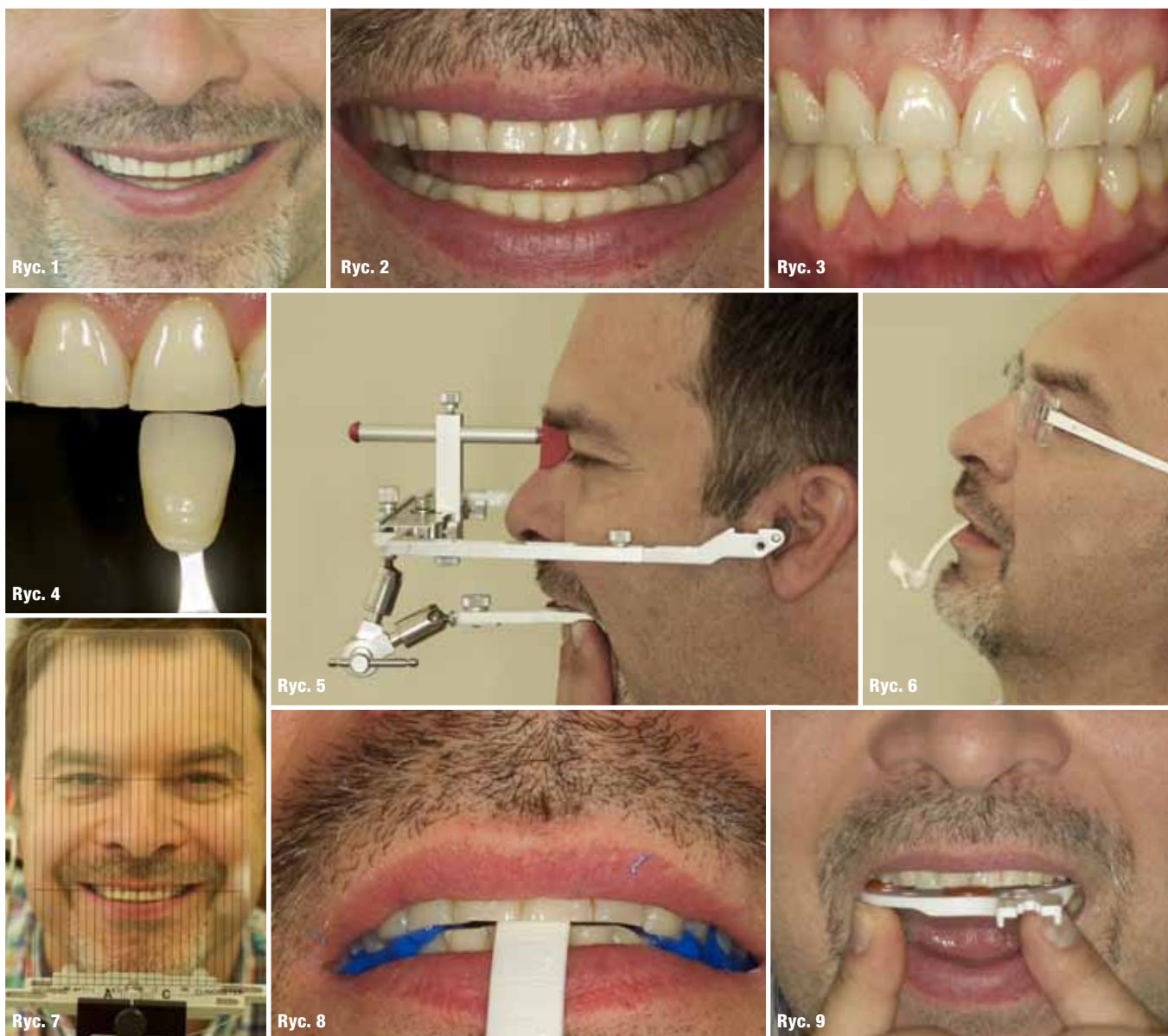
W pierwszym etapie leczenia wykonano ocenę estetyki uśmiechu oraz oszacowano wstępne założenia planu leczenia. Zgodnie z oczekiwaniami pacjenta, główny cel to odbudowa utraconej długości siekaczy oraz poprawa linii uśmiechu. Takie postępowanie niejako determinuje dalsze rozważania. Po zaplanowaniu nowej długości siekaczy, konieczne stało się wyznaczenie relacji centralnej jako punktu wyjścia do analizy okluzji i ewentualnej terapii wstępnej.

W uzyskanej relacji centralnej przygotowano wax-up, którego funkcją poza zwizualizowaniem efektu końcowego dla pacjenta, było oszacowanie prawidłowej okluzji, czyli jednoczasowych kontaktów w odcinkach bocznych oraz zaplanowanie kształtu kłów dla zaznaczenia prowadzenia kłowego. Taki właśnie schemat pozwala uniknąć niepowodzeń w przyszłości, poprzez ochronną funkcję kłów. Prowadzeni kłowe lub grupowe zdecydowanie wydłuża żywotność uzupełnień typu BPR oraz wyraźnie zwiększa relaksację mięśni żucia, stabilizując nowy układ okluzyjny. Klinicznie rejestrację relacji centralnej przeprowadzono metodą deprogramacji mięśniowej z wykorzystaniem deprogramatora „sliding guide” – AmannGirrbach AG. Po uzyskaniu rejestratów modele zaartykułowano do artykulatora Artex CP-AG. Wstępna długość siekaczy została oszacowana podczas

pierwszej wizyty i utrzymana do wykonania wax-up.

Następnie, wykorzystując Luxatemp Fluorescence A1 DMG, wykonano mock-up oraz fotograficzną analizę twarzy. Podczas tej samej wizyty przeprowadzono wstępną ekwilibrację okluzji z wykorzystaniem folii okluzyjnej. Zarówno estetyka, jak i funkcja w pełni zadowalały pacjenta oraz zespół lekarz-technik. Pacjent został zwolniony do domu z mock-up w ustach dla definitywnego ustalenia poziomu satysfakcji, estetyki oraz (co ważne) fonetyki. Takie postępowanie jest szczególnie ważne w świetle obowiązku uzyskania pisemnej świadomej zgody pacjenta na zabieg. Podczas następnej wizyty klinicznej przeprowadzono kolejną ekwilibrację okluzji, której wyniki zarejestrowano, pobierając wyciski sytuacyjne materiałami StatusBlue/Honigum-Light, DMG. W ten sposób ustalono końcowy plan leczenia.

Zaplanowano rekonstrukcję estetyczno-funkcjonalną z wyznaczeniem nowej płaszczyzny zwarciowej, korekcją długości siekaczy, odtworzeniem prowadzenia kłowego oraz poprawą linii uśmiechu. Po analizie różnicy między zwarcie nawykowym a konstrukcyjnym, zespół lekarz-technik podjął decyzję o wykonaniu uzupełnień typu BPR w obu łukach (licówki i nakłady) na zęby 17-27 oraz 37-47. W górnym łuku zębowym użyto naturalnej ceramiki wzmacnianej leucytem – Antagon (Dentsply), w łuku dolnym tej samej ceramiki w odcinku 33-43 i ceramiki e.max press do zaopatrzenia zębów bocznych. Postanowiono także wykonywać wszystkie preparacje pod kontrolą mock-up pozostawionego na zębach. Ewentualne wypełnienia kompozytowe lub ubytki próchnicowe przeznaczono do usunięcia podczas preparacji, aby odsłonić zdrowe szkliwo.

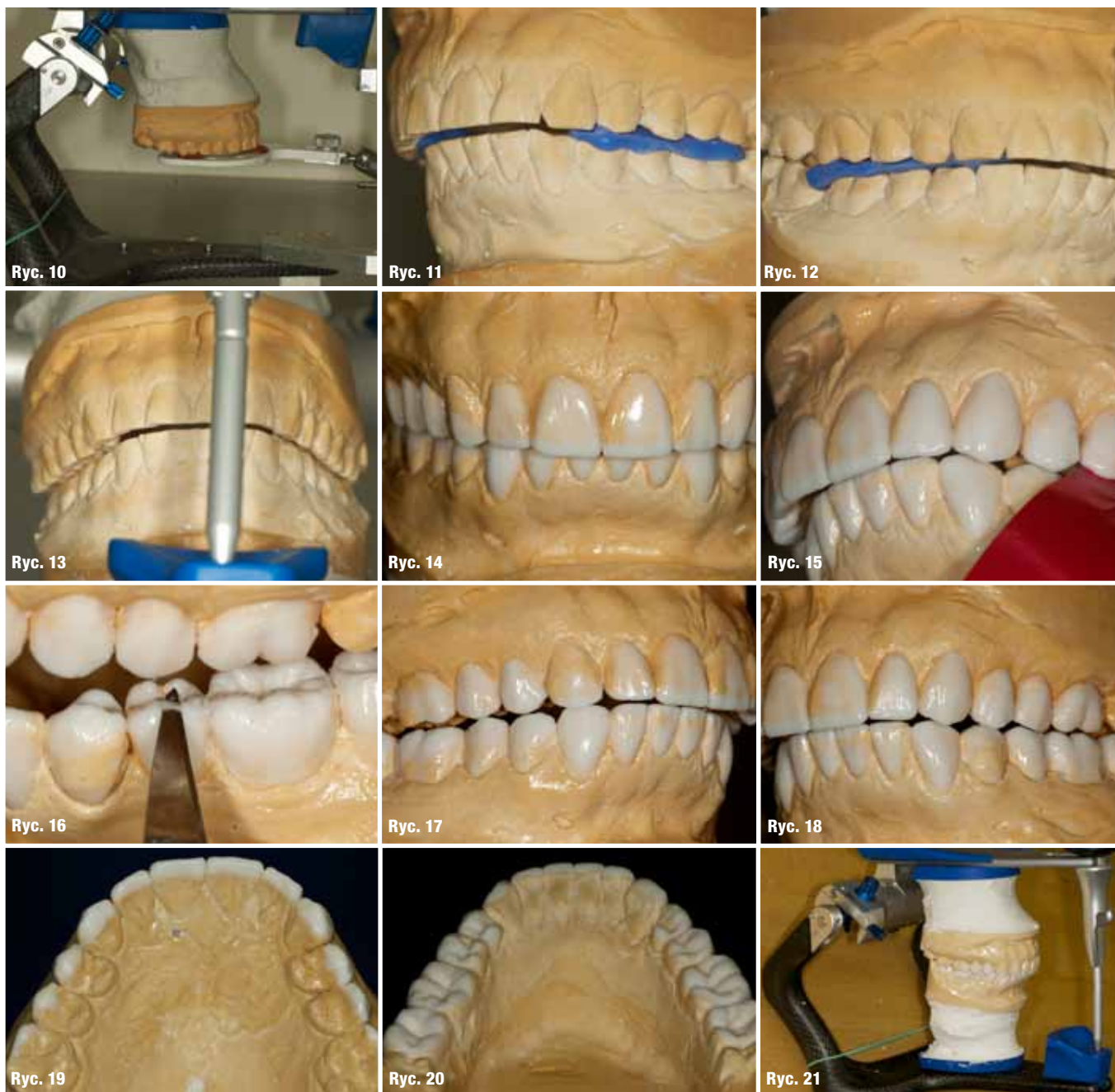


Ryc. 1-9 Orientacja modeli w artykulatorze jest niezmiernie ważna. Przeprowadzenie ich umiejscowienie skutkuje przeważnie brakiem harmonii odtwarzanego uzupełnienia z twarzą pacjenta i zaważa na spójności koncepcji estetyczno-funkcjonalnej. Do zarejestrowania pozycji szczęki użyto łuku twarzowego Artex-AmannGirrbach, a do odczytania stawowej pozycji żuchwy posłużono się deprogramatorem krótkoczasowym sliding guide tej samej firmy.

Dla pełnej kontroli preparacji zaplanowano także użycie silikonowych indeksów z wax-up oraz wyznaczenie głębokości roboczej poprzez wiertarki dystansowe. Taki scenariusz leczenia pozwala najpełniej realizować założenia procedur minimalnie inwazyjnych, a co za tym idzie – maksymalnie oszczędzić tkanki własne uzębienia pacjenta. Niezmiernie istotna u pacjentów deprogramowanych, po wyznaczeniu relacji centralnej jest pełna kontrola okluzji podczas kolejnych etapów klinicznych, zatem w tym przypadku

zadecydowano o preparacjach segmentowych oraz wykonywaniu rejestratów zwarciovych z LuxaBite DMG po każdym etapie preparacji. Jako pierwszy do leczenia zaplanowano łuk szczęki, w żuchwie pozostawiając mock-up dla utrzymania parametrów okluzji. Po zakończeniu leczenia i zaadoptowaniu uzupełnień w szczęce zostanie wykonana identyczna procedura w żuchwie.

Taki plan leczenia został przedstawiony pacjentowi, omówiono elementy ryzyka oraz



Zdj. 10-21 _ Po zamontowaniu modelu szczęki w artykulatorze Artex CP dokonano domontowania modelu żuchwy. Relacja pokazana w czasie deprogramacji została podniesiona o 1,5 mm od wysokości na pierwszym przedwczesnym kontakcie. Wg tego założenia wypełniono ją symulowanymi zębami woskowymi, tzw. wax-up i powstał plan pracy łączący aspekty okluzyjne, funkcyjne i estetyczne. Wskazano i oceniono również niewielkie potrzeby preparacyjne.

możliwych komplikacji i powikłań. Pacjent w pełni zaakceptował plan i wyraził świadomą zgodę na piśmie. Podczas kolejnej wizyty klinicznej wykonano dokumentację fotograficzną, rejestraty zwarcia, wyciski sytuacyjne dla stworzenia modeli orientacyjnych dla potrzeb dokumentacji przebiegu leczenia. Następnie wykonano znieczulenie miejscowe z użyciem preparatu Septanest (Septodont),

artykaina z noradrenaliną 1/100.000. Przed preparacją pobrano rejestrat zwarcia w odcinku przednim materiałem LuxaBite, DMG. Następnie oznaczono głębokość preparacji wiertłem dystansowym potrójnym Komet 834.314.016. Po oznaczeniu głębokości preparacji oraz zasięgu – redukcja wysokości poprzez mock up, zaznaczono osiągnięte parametry ołówkiem. Idea ta wspomaga wi-



Ryc. 22



Ryc. 23



Ryc. 24



Ryc. 25



Ryc. 26



Ryc. 27



Ryc. 28



Ryc. 29



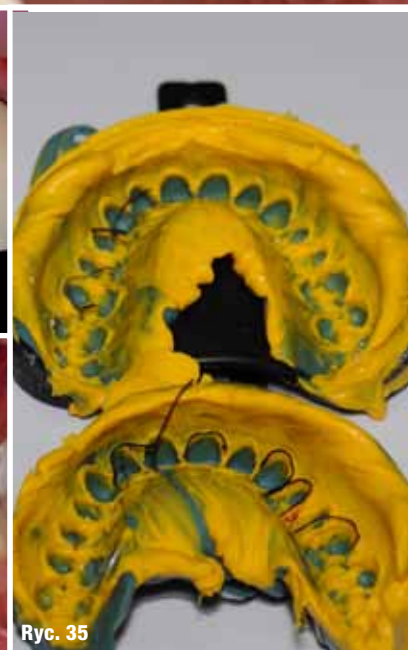
Ryc. 30



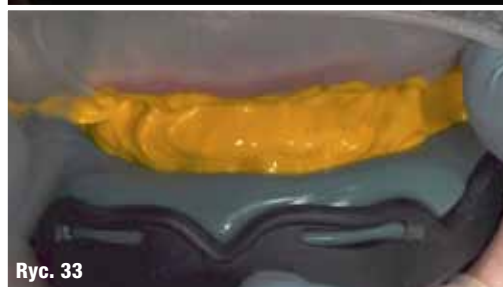
Ryc. 31



Ryc. 32



Ryc. 35



Ryc. 33



Ryc. 34



Ryc. 36

Zdjęcia 22-36 _Na podstawie wax-up została odtworzona symulacja w jamie ustnej pacjenta, tzw. mock-up, pozwalająca na właściwą ocenę wspomnianych aspektów.

Preparacja wykonana z obecnością mock-up na zębach pozwoliła przeprowadzić minimalną preparację w kontrolowany sposób.

Pobrano 2 wyciski przygotowanego łuku zębowego i ponownie użyto klucza silikonowego do zabezpieczenia przygotowanych zębów.

Na dolny łuk zębowy również założono mock-up w celu zwiększenia komfortu użytkowania uzupełnień tymczasowych przez pacjenta.