

cosmetic

international magazine of aesthetic medicine & dentistry

1 2016 wydanie polskie

ICV: 3,81 pkt.

_Rehabilitacja okluzji

Licówki ceramiczne

_Badania

Pasty wybielające a szkliwo

_Medycyna estetyczna

Wypełniacze



Numer 1 wśród
materiałów tymczasowych*

Każdy ma swojego faworyta. Luxatemp.

Przez ponad 20 lat Luxatemp wyznaczał standardy idealnego materiału do estetycznych prac tymczasowych. DMG nieprzerwanie poszerzała swoją gamę produktów dla uzupełnień tymczasowych – zawsze zgodnie z wymaganiami stawianymi przez praktyków.

Każdy członek rodziny Luxatemp oferuje wysoką jakość

i unikalne rezultaty kliniczne: Luxatemp-Fluorescence – absolutnie naturalną estetykę, Luxatemp-Solar – przedłużoną fazę elastyczną, a Luxatemp Star - rekordową wytrzymałość na zginanie i pękanie. Dzięki tym cechom Luxatemp znany jest na całym świecie od lat.

www.dmg-dental.com



Nagrody dla Luxatemp Star (sprzedawany w USA pod nazwą Luxatemp Ultra). * Udział w rynku w USA w 2012, wg danych stomatologicznej firmy badawczej Strategic Data Marketing.

DMG
Dental Milestones Guaranteed



Piękno naturalne...

Oczekiwania naszych pacjentów, dotyczące pięknego uśmiechu systematycznie rosną, ale – co godne podkreślenia – coraz powszechniej pozostają w zgodzie z naturą. Dziś uśmiech spełniający kryteria piękna to uśmiech zdrowy i naturalny. Możemy go zaoferować każdemu pacjentowi, a mamy w tym zakresie do dyspozycji ogromny arsenał technik i materiałów – tradycyjnych i nowoczesnych, cyfrowych.

Wady wrodzone to duże wyzwanie w estetycznej stomatologii, bo tu nie chodzi tylko o przywrócenie estetyki uśmiechu – niejednokrotnie w takich przypadkach, naprawiając naturę, prawdziwie zmieniamy życie naszych pacjentów. Polecam interesujący opis przypadku autorstwa dr. Jerzego Perendy, dotyczący zespołowego postępowania terapeutycznego w przypadku wrodzonej hipodoncji siekaczy bocznych w szczęcie u młodej dziewczyny.

Artykuł znakomitego duetu lekarz-technik (dr n. med. Maciej Mikołajczyk i tech. dent. Bartosz Troczyński) to nie tylko pokaz doskonałej sztuki, to także przykład wspaniałej współpracy profesjonalistów – współpracy, która na tym poziomie zawsze prowadzi do sukcesu.

I na koniec, kontynuacja zagadnień z zakresu medycyny estetycznej – tym razem lek. dent. Agata Jasiczek pisze o wypełniaczach z kwasu hialuronowego. Coraz częściej takie zabiegi znajdują się w stałej ofercie naszych gabinetów, zyskując wierne grono zwolenników.

We wrześniu zapraszam do Krakowa, gdzie odbędzie się XIII Kongres Europejskiego Stowarzyszenia Stomatologii Estetycznej (ESCD) „Royal Esthetics” – spotkanie wybitnych światowych ekspertów, które koncentrować się będzie na najnowszych trendach w stomatologii estetycznej, także tych z wykorzystaniem technologii cyfrowych.

Do zobaczenia jesienią – podczas ważnych branżowych wydarzeń i na łamach kolejnego numeru *cosmetic*!

Dr med. dent. Zbigniew Piankowski



Od wydawcy

03 **Piękno** naturalne...

_Zbigniew Plankowski

Rehabilitacja okluzji

06 **Estetyczne możliwości leczenia** w ramach rehabilitacji okluzji – część 1

_Maciej Mikołajczyk i Bartosz Troczyński

Wady wrodzone

26 Zespołowe postępowanie terapeutyczne w przypadku **wrodzonej hipodoncji siekaczy bocznych** w szczęcie

_Jerzy Perendyk

Medycyna estetyczna

38 **Wypełniacze z kwasu hialuronowego** – biokompatybilność, odwracalność i **natychmiastowy efekt**

_Agata Jasiczek

Badania

42 Wpływ past wybielających na **szkliwo zębów**

_Ada Gajek i Katarzyna Arkusz

Adhesive restorations

48 **„No-Prep” adhesive restorations**: another way to deal with aesthetic deficiencies

_Didier Dietschi

Informacje

54 O wydawcy



ROYAL ESTHETICS

13TH ANNUAL MEETING

22-24.09.2016, KRAKÓW
HOLIDAY INN KRAKÓW CITY CENTER

Program i zgłoszenia on-line:
www.royalesthetics.eu

Niższe ceny do
15.06.2016!

Platynowy sponsor

PLANMECA

Złoty sponsor

COSMEDENT

R.O.C.S.
Remineralizing Oral Care Systems

Srebrny sponsor

COLTENE

Organizatorzy



Partnerzy medialni

DENTONET

dti Dental Tribune International

info dent 24



MS

medycyna **praktyczna**



PortalDentystyczny.pl

TPS

Estetyczne możliwości leczenia w ramach rehabilitacji okluzji – część 1

Esthetic modalities of treatment during occlusion rehabilitation – part 1

Autorzy: Maciej Mikołajczyk i Bartosz Troczyński

Streszczenie: Artykuł prezentuje przebieg leczenia protetycznego u pacjentki, polegającego na rehabilitacji okluzji z wykorzystaniem licówek ceramicznych. Chociaż poprawa warunków zwarciovych jest głównym celem leczenia, równie istotna z punktu widzenia pacjentki jest korekta estetyki uzębienia. Proces leczenia rozpoczyna się od dokumentacji fotograficznej, która pozwala na stworzenie planu leczenia. Obejmuje on wykonanie licówek w obrębie zębów szczęki i żuchwy, z pokryciem powierzchni okluzyjnych oraz wargowych zębów. Potencjalny efekt leczenia został zaprezentowany pacjentce w formie wax-up i mock-up. Przeprowadzono preparację filarów oraz cementowanie licówek w obrębie szczęki na kolejnej wizycie. W artykule omówiono również laboratoryjny proces wykonania pracy protetycznej.

Summary: *Summary: Article presents treatment process focused on rehabilitation of patient's malfunctioning occlusion with the use of ceramic veneers. Improvement of esthetics of dentition as an outcome of the treatment is very important for the patient although dentist is focused mainly on restoring physiological function of the stomatognathic system. Treatment started with exact photographic documentation and functional analysis that will be used to create treatment plan. It included reshaping of occlusal surfaces of upper and lower teeth with ceramic veneers as well as covering labial surfaces of these teeth to improve esthetics. Prospective effect of treatment was presented to patient as wax-up and mock-up. Article covers clinical and technical aspects of ceramic veneers treatment in in upper teeth as first part of the comprehensive treatment plan.*

Słowa kluczowe: licówki, okluzja, planowanie preparacja.

Key words: veneers, occlusion, planning, preparation.

Jednym z czynników warunkujących prawidłowe funkcjonowanie układu stomatognatycznego jest odpowiednie ukształtowanie powierzchni okluzyjnych. W miarę upływu życia, u człowieka dochodzi do powolnej ich degradacji. Proces ten może ulec znaczącemu przyśpieszeniu w przypadkach zaburzenia zgodności relacji centralnej i zwarcia nawykowego. Po pewnym czasie zazwyczaj dochodzi również do niekorzystnych zmian aktywności mięśni żucia oraz patologicznych zmian w stawach skroniowo-żuchwowych.¹ W takiej sytuacji leczeniem jest protetyczna rehabilitacja powierzchni okluzyjnych w celu odtworzenia prawidłowych warunków zwarciowych pacjenta.²

Planując przebieg leczenia, należy zdawać sobie sprawę z możliwości uwzględnienia również estetycznych oczekiwań pacjentów, których spełnienie jest często jednym z powodów leczenia.³ Z punktu widzenia estetyki odbudowy protetycznej, do wyboru mamy materiały kompozytowe lub ceramikę. Ceramika posiada wiele zalet w porównaniu z kompozytami, spośród których za najważniejsze należy uznać długookresową sta-

bilność fizykochemiczną materiału, idealną biokompatybilność,⁴ odporność na abrazję, doskonałe odtwarzanie optycznych właściwości tkanek twardych zębów⁵ oraz możliwość uzyskania silnej adhezji do szkliwa i zębiny za pośrednictwem cementu kompozytowego.⁶

W przypadku planowania i prowadzenia leczenia, którego celem jest odtworzenie prawidłowego układu zwarciowego oraz poprawa estetyki uzębienia pacjenta, za najlepszy wybór kliniczny należy uznać licówki ceramiczne jako umożliwiające zrealizowanie celów leczenia przy jednoczesnej oszczędności tkanek zębów w trakcie preparacji.⁷

Sytuacja wyjściowa

Po pierwszym spotkaniu z pacjentką uzyskaliśmy potrzebne informacje oraz fotografie, które pozwoliły dokonać analizy estetyczno-funkcjonalnej. Głównym powodem, dla którego pacjentka rozważała chęć spotkania się z nami było poprawienie estetyki zęba 11, który był w przeszłości wielokrotnie odbudowywany kompozy-

tem ze względu na uraz i przebarwienia będące jego konsekwencją.

Już po wstępnej analizie dostrzegliśmy i naświetliliśmy inne niepokojące symptomy. Utrata funkcji kłów poprzez ich starcie, jak i zaburzona okluzja w odcinkach bocznych poprzez niewłaściwie wykonane odbudowy kompozytowe spowodowały utratę długości zębów przednich. Stwierdziliśmy również recesję dziąseł na kłach i bocznych siekaczach, co uwiadamiało się zaburzonym przebiegiem linii kieszonek dziąsłowych, głównie w odcinku przednim.

Kolejnym problemem był brak zgodności linii pośrodkowej zębów z linią symetrii anatomicznej twarzy. O ile korekta prostopadłości tej linii do linii żrenicznej wydawała się prosta, o tyle przesunięcie jej o 1,5 mm do uzyskania zgodności z anatomią nie było możliwe.

Pacjentka nie rozważała leczenia ortodontycznego, a po analizie zdjęć i symulacji woskowej odrzuciliśmy to rozwiązanie ze względu na zbyt duże ryzyko niepowodzenia estetycznego. Linia pośrodkowa górnych siekaczy została więc wyprostowana, ale kompromisowe przesunięcie było czysto kosmetyczne. Leczenie periodontologiczne

z podobnych względów zostało ograniczone do minimum i wykonano jedynie podniesienie linii dziąsłowej nad siekaczami centralnymi (Ryc. 1-4).

Rejestracja

Podstawą do analizy estetycznej, okluzyjnej i czynnościowej jest zawsze rejestracja relacji szczękowo-czaszkowej za pomocą łuku twarzowego. Użyty tutaj łuk Artex firmy Amann&Girrbach cechuje się orientacją anatomiczną, co daje doskonały komfort pracy technikowi i lekarzowi. Oprawione modele są zawsze zgodne z płaszczyzną anatomiczną pacjenta i dzięki temu technik, patrząc na artykulator jako referencję do linii żrenicznej i stawów, posiada niemal pewność, że pracuje zgodnie z anatomią pacjenta. Przy rejestracji należy zwrócić uwagę na położenie łuku w płaszczyźnie równoległej do linii żrenicznej, o ile uznajemy ją za poprawną estetycznie w danym przypadku.

Drugim niezmiernie ważnym parametrem rejestracyjnym jest CR (RC), czyli położenie żuchwy zarejestrowane w stosunku do szczęki nie okluzyjnie, lecz stawowo. Podnosi to komfort użytkowania uzupełnienia przez pacjenta i zasadniczo waży nad bezpieczeństwem jego funkcjonowania.



Ryc. 1



Ryc. 2



Ryc. 3



Ryc. 4



Ryc. 5



Ryc. 6



Ryc. 7



Ryc. 8

U pacjentów prezentujących klasyczny model okluzyjny jako pomoc do tej rejestracji stosujemy zawsze deprogramator „sliding guide” A&G. W wielu przypadkach poprzestajemy na tej rejestracji – po wcześniejszym, krótko- lub długoczasowym przetestowaniu okluzji na symulacji lub pracy tymczasowej. W przypadkach, kiedy nie możemy użyć tego instrumentu przechodzimy do deprogramacji długoczasowej połączonej zazwyczaj z tymczasową odbudową jako następnym krokiem. W omawianym przypadku nie stwierdziliśmy jednak takiej konieczności i po przetestowaniu symulacji w jamie ustnej przystąpiliśmy do wykonania pracy (Ryc. 5-8).

Analiza, przygotowanie laboratoryjne i wizualizacja (wax-up)

Po oprawieniu pracy w artykulator usunięto twarde rejestraty z pasywnego materiału LuxaBite (DMG), który minimalizuje ryzyko błędu montażowego. Sztyft przedni artykulatora został opuszczony, a modele zetknęły się na przedwczesnym kontakcie, który wypada na guzku przedwczesnym bliższym zęba 38. Wysokość ustalona na tym kontakcie posłużyła za punkt wyjścia do analizy płaszczyzn i została przyjęta za właściwą do wykonania symulacji. Podniesienie od pozycji okluzyjnej wynosiło ok. 1,5 mm i jednocześnie

eliminowało poślizg doprzędno-boczny o drodze ok. 1 mm.

Analiza dynamiczna pokazała nieprawidłowe kontakty funkcjonalne. Przy ruchu laterotruzyjnym lewym stwierdzono niepożądany kontakt po stronie prawej na guzkach 14 i 45, przy ruchu laterotruzyjnym prawym również niewłaściwy kontakt po stronie lewej na guzkach 27 i 37. Zostało to skorygowane w laboratoryjnym planie pracy. Dla potrzeb estetycznych została również przeprowadzona podstawowa analiza estetyczna w zakresie proporcji zębów, przebiegu linii dziąsłowej oraz niedoboru tkanek miękkich. Dostarcza ona całemu zespołowi cenne informacje analityczne i pozwala na lepszą komunikację, również z pacjentem. Jest znakomitą wstępem do prawidłowego wykonania nawoskowania i wizualizacji (Ryc. 9-14).

Wizualizacja (mock-up)

Za pomocą klucza silikonowego, w odpowiedni sposób przygotowanego w laboratorium, założono na zęby pacjentki symulację z materiału Luxatemp Star (DMG) o kolorze A1. Ten etap pracy był szczególnie ważny dla pacjentki, gdyż pozwolił ocenić projekt pod względem estetycznym. Jest to również właściwy moment do weryfikacji i wprowadzenia ewentualnych zmian. Pacjentka



Ryc. 9



Ryc. 10



Ryc. 11



Ryc. 12



Ryc. 13



Ryc. 14

zaaprobowała projekt niemal w całości, prosząc jedynie o minimalne wyrównanie linii brzegów siecznych zębów przednich. Przetestowaliśmy tu również okluzję i funkcję (Ryc. 15-19).

Preparacja i wyciski

Preparacja zębów wymaga zawsze uwzględnienia planu leczenia oraz spodziewanego stanu filarów zębowych. Stan uzębienia pacjentki przed

leczeniem był łatwy do oceny, co pozwoliło zaplanować poszerzenie zakresu preparacji w obrębie zębów z wypełnieniami kompozytowymi. Ogólny plan leczenia w postaci wax-up i mock-up w ustach pacjentki pokazał możliwość wykonania szlifowania w sposób oszczędzający tkanki, niemniej jednak zakładający preparację stopnia przy każdym filarze w sposób ułatwiający uzyskanie prawidłowego profilu przejścia licówki w ząb w okolicy przydziąstowej.