

Основа функціональності та естетики

Раніше функція і естетика були двома конкуруючими сторонами реставраційного процесу. Якщо мета лікування полягала у відновленні повноцінної функції, то це означало незадовільний естетичний результат, і навпаки.

Останні досягнення в галузі стоматології і суспільно-соціальні зміни призвели до того, що лікування стало проводитися не лише за медичними показниками, але і за бажанням пацієнта. Візити до стоматолога сьогодні часом викликані естетичними потребами, красиві рівні зуби формують імідж успішної людини, тому люди готові інвестувати кошти у свою посмішку. При естетичному лікуванні необхідно враховувати індивідуальність пацієнта. Сприятливий результат можливий тільки при ретельному плануванні і увазі до найдрібніших деталей. Успішне естетичне лікування вимагає участі професійної команди кваліфікованих фахівців. Слід зазначити, що зубний технік є одним з найбільш впливових членів команди. Результат терапії безпосередньо пов'язаний із спостережливістю техника і його творчими здібностями. Але дуже часто отримані із зуботехнічної лабораторії реставрації чи воскове моделювання не виправдовують очікувань стоматолога і пацієнта.

Недоліки довжини зубів, їх положення, пропорцій, кольору, функції, фонетики і оклюзії викликають розчарування. Негативного впливу на результат естетичного лікування можна уникнути за наявності ефективної і конструктивної взаємодії між стоматологом і зубним техніком, причому обидва фахівці повинні розуміти побажання пацієнта.

Обов'язковою умовою виготовлення як постійних, так і тимчасових реставрацій є використання діагностичних моделей (мал. 1, 2).

Встановлені в артикуляторі діагностичні моделі (мал. 3) допомагають діагностувати різні функціональні проблеми (мал. 4, 5). При підготовці до протезування може виявитися, що можливості створення гармонійної оклюзії знижуються через наявність певних дефектів. Зубного техника необхідно проінформувати про напрям збільшення висоти зубів – оклюзійно, завдяки реставрації, чи апікально, завдяки корекції ясенного

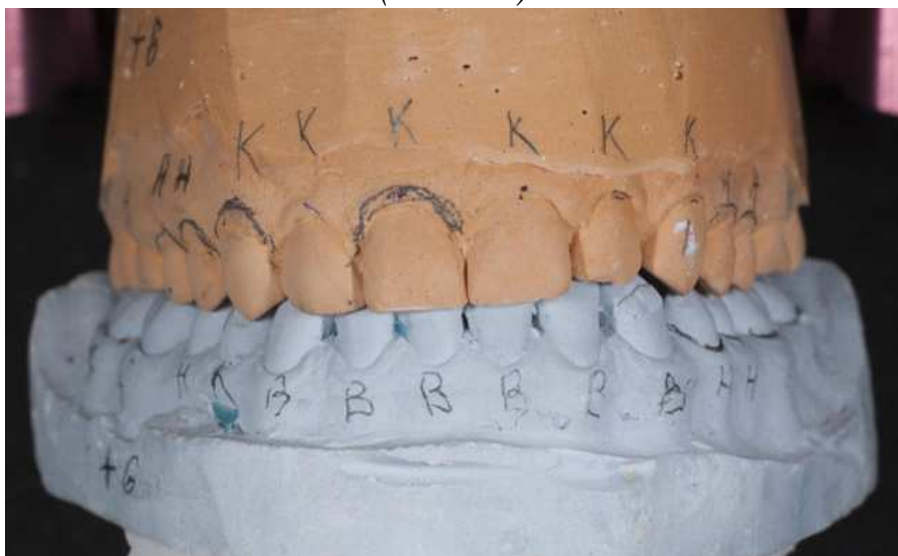
контуру. Тільки маючи відповідну інформацію, зубний технік проводить воскове моделювання на діагностичних моделях.



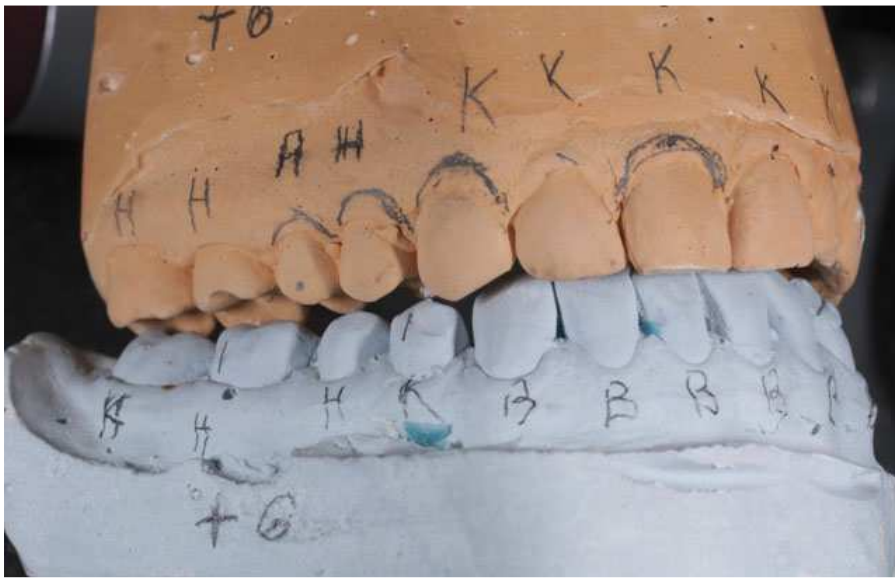
(мал. 1)



(мал. 2)



(мал. 3)

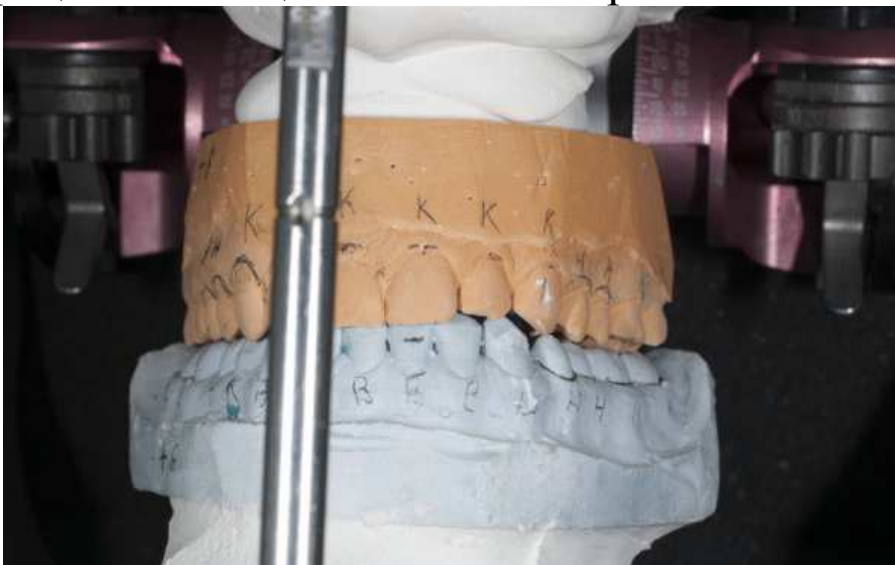


(мал. 4)



(мал. 5)

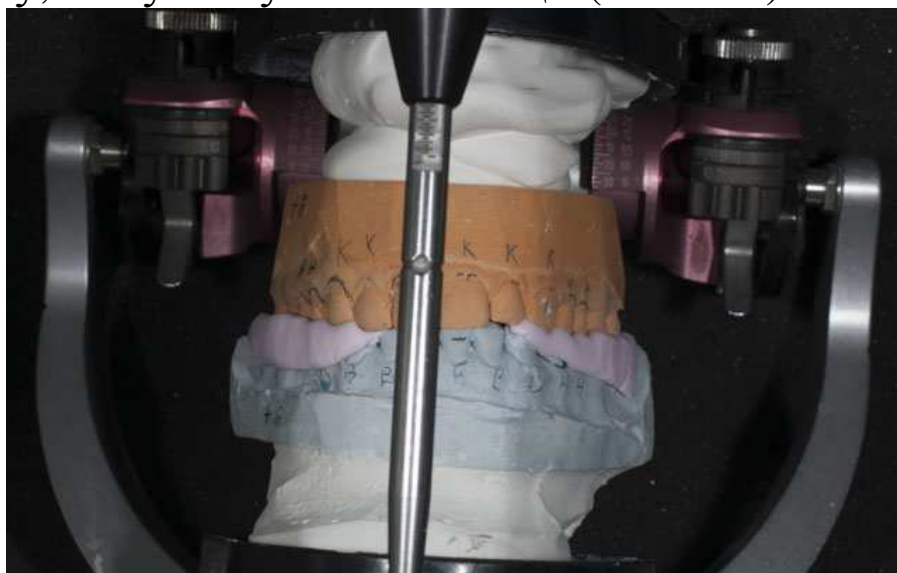
У цій роботі знадобилося підвищення прикусу на 1.5 мм (мал. 6). Але працювати на цій висоті категорично не можна.



(мал. 6)

Зубний технік має обов'язково перегіпсувати моделі в нульову позицію опорного штифта. Для цього він фіксує будь-яким

технічним силіконом висоту між моделями і, відбивши нижню щелепу, гіпсує в нульовій позиції (мал. 7-9).



(мал. 7)



(мал. 8)



(мал. 9)

WAX -UP за оклюзійним компасом в артикуляторі



Перед початком воскового моделювання необхідно підготувати віск, що відповідає оклюзійному компасу, і кольорові олівці (мал. 10). (мал. 10)

На моделях верхньої і нижньої щелеп фрезою спилюються оклюзійні поверхні до екватора (мал. 11-13).



(мал. 11)



(мал. 12)



(мал. 13)

Далі моделюються піднебінні горби верхньої щелепи з дотриманням орієнтирів по горизонталі і лінії статики (мал. 14). Головне – щоб горби розташовувалися навпроти функціональних ямок жувальних зубів нижньої щелепи. В даному випадку прикус ортогнатичний, і піднебінні горби потрапляли в центральну ямку. Налаштування артикулятора: CE-30*, Bennet-15*, ISS-0,5.



(мал. 14)

Окклюзійний компас креслить в артикуляторі наступні рухи. Сагітальна площина: це протрузія – чорний і ретрузія – червоний кольори.

Трансверзальна площина: це латеротрузія – синій на робочій стороні і медіотрузія – зелений на балансуєчій стороні, латеропротрузія – жовтий на робочій стороні і медіопротрузія – коричневий на балансуєчій стороні.

При підготовці до протезування може виявитися, що можливості створення гармонійної оклюзії знижуються через наявність будь-яких дефектів. Цей графік дає дуже багато інформації техніку про будову оклюзійної поверхні (мал. 15-17).



(мал. 15)



(мал. 16)



(мал. 17)

Відразу обкреслюються межі дистально-язичного горба нижньої щелепи між чорною і синій лініями, який моделюється



жовтим кольором воску. Синім кольором моделюється медіальний язичний горб молярів нижньої щелепи, на якому розташовується статична точка контакту (мал. 18).

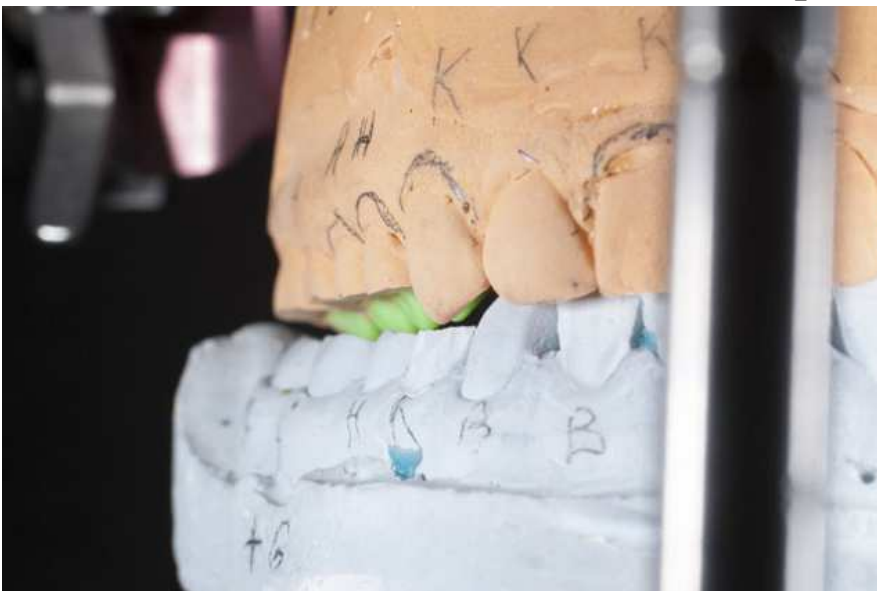
(мал. 18)



Самим непростим горбом, причиною передчасних блокувань і, відповідно, дисфункцій є дистально-щічний горб, що моделюється зеленим кольором (мал. 19).

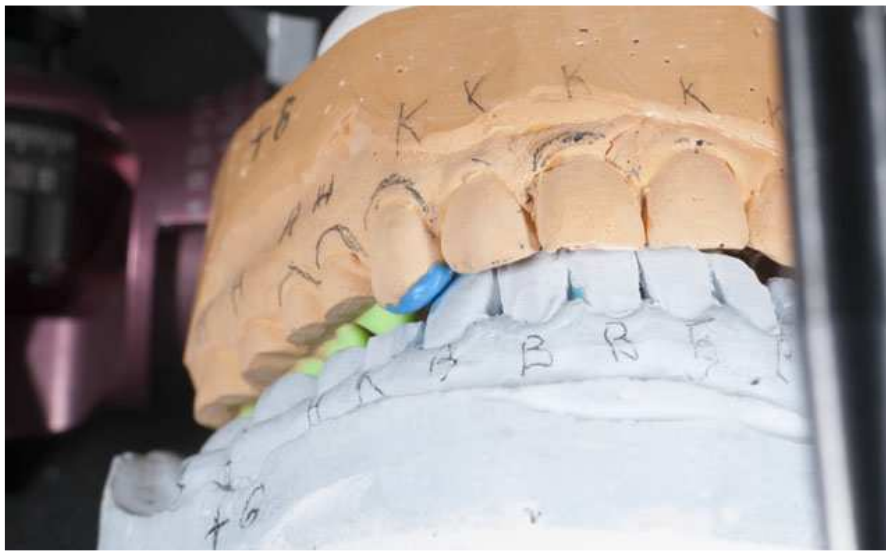
(мал. 19)

Для того, щоб правильно змодельовати внутрішній скат горба, технік має відновити ікловий шлях з протилежного боку (мал.

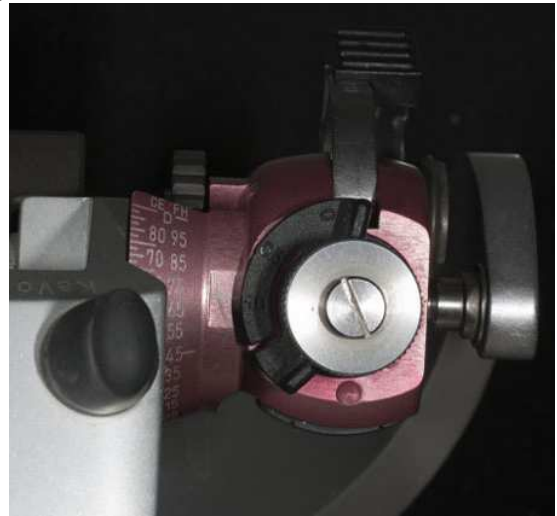
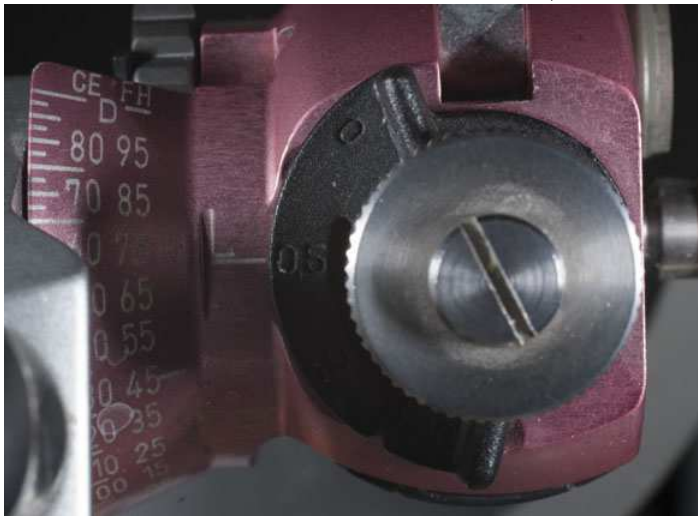


20, 21) і налаштувати ISS з 0.5 на 1.0 мм (мал. 22, 23) – щоб змодельовати достатній простір і уникнути передчасних контактів (мал. 24).

(мал. 20)



(мал. 21)



(мал. 22) і (мал. 23)



(мал. 24)

Отримання трипода в центральній ямці не може бути закінченим без найважливішого елементу ключа оклюзії, який запобігає зрушенню нижньої щелепи в сагітальній площині. Це дистально-щічний горб верхнього моляра, який має «поперечний гребінець», що з'єднує цей горб з піднебінним (мал.25).



(мал. 25)

Так утворюється стабільна оклюзія з правильним «ключем оклюзії». Далі закінчуємо моделювання жувальних зубів, щоб приступити до моделювання фронтальної групи (мал. 26-29).



(мал. 26)



(мал. 27)



(мал. 28)



(мал. 29)

Воскове моделювання починається з нижніх різців, розташовуючи ріжучий край по горизонту до оклюзійної площини (мал. 30).



(мал. 30)



Відразу можна побачити складнощі з естетичними пропорціями верхніх фронтальних зубів і необхідністю корекції висоти зубів за допомогою гінгівопластики (м. 31).
(мал. 31)

Естетична фронтальна група зубів моделюється з урахуванням пропорцій по довжині і ширині, щоб отримати задовільний результат, але без повторення мікрорельєфу поверхні, оскільки він може погіршити полірування лікарем тимчасових коронок прямим способом (мал. 32-36).



(мал. 32)



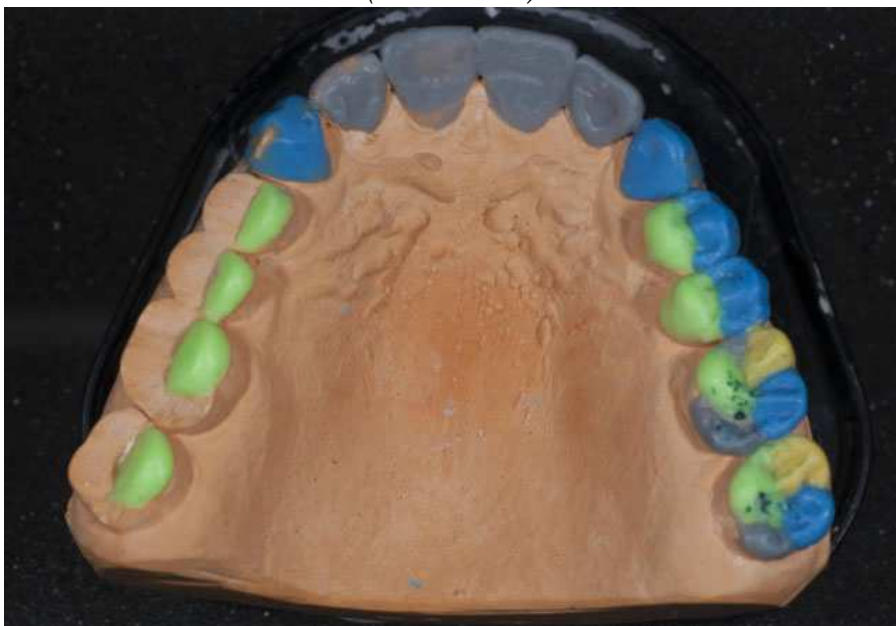
(мал. 33)



(мал. 34)

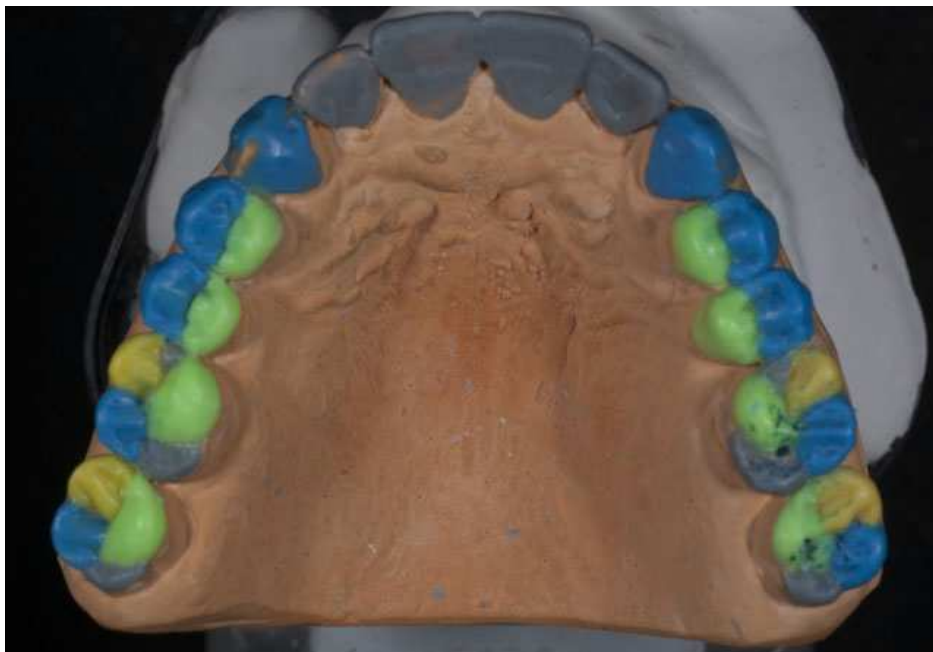


(мал. 35)

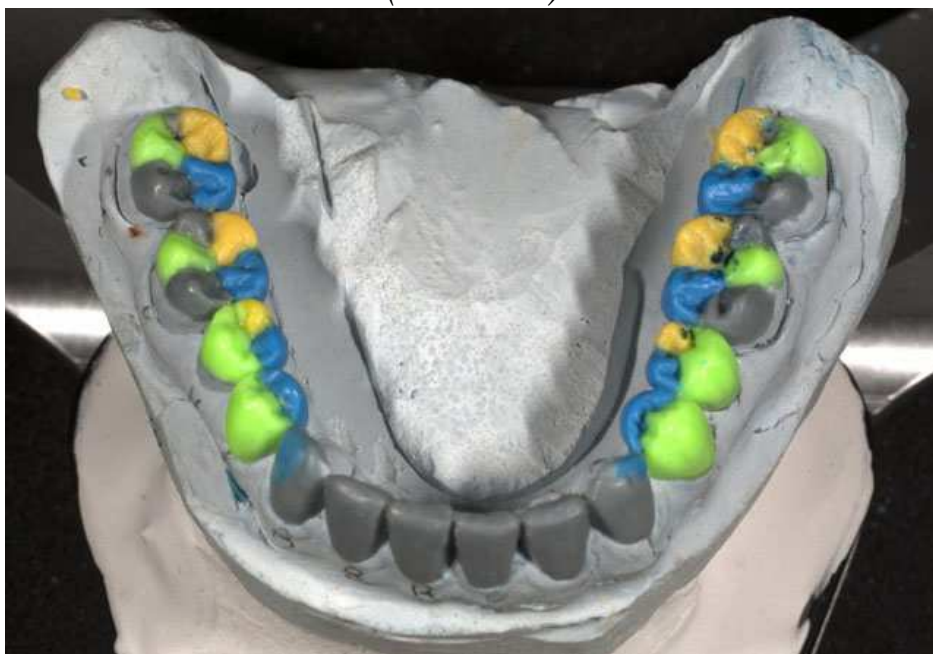


(мал. 36)

Останнім етапом моделюються зуби верхньої та нижньої щелеп, що залишилися, також з дотриманням оклюзійного компаса (мал. 37-39).



(мал. 37)



(мал. 38)



(мал. 39)

Естетичний результат стоматологічного лікування не має залежати виключно від технічних можливостей і уявлень стоматолога і зубного техніка про естетику, необхідно зважати на думку пацієнта, а також його розуміння проблеми і способів її рішення. Пацієнта слід проінформувати про те, що для досягнення високого естетичного результату стоматологічної реабілітації потрібен цілий комплекс складних лікувальних заходів, безпосередню участь в яких має брати сам пацієнт. І кращою наочною демонстрацією будуть моделі з восковим моделюванням зубів в артикуляторі.

В. В. Носов, лікар-стоматолог, зубний технік