

CEREC – методика підняття прикусу суцільнокерамічними коронками в одне відвідування

Сьогодні CEREC розвінчує міф, що збільшення висоти нижньої третини обличчя і, відповідно, прикусу є трудомістким завданням, яке можна виконати тільки в співдружності з лабораторією. За наявності устаткування CEREC тотальну реконструкцію зубів зі збільшенням висоти прикусу можна виконати впродовж одного відвідування.

Це можливо завдяки останньому програмному забезпеченню. Такі опції, як дизайн посмішки, віртуальний артикулятор і можливість віртуального маркування зубних контактів, роблять тотальну реконструкцію прикусу легким і захоплюючим завданням. У представленому клінічному випадку описана методика збільшення висоти прикусу в пацієнта в одне відвідування з оклюзійними фасетками стирання. Описана нижче методика, я упевнений, не є новою, і хоча не описана в літературі, але використовується багатьма клініками, обладнаними технологією CEREC.

Слід розуміти, що проводити реконструкцію зубів треба за умови відсутності чи стихання клінічних проявів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. І після переустановлення нижньої щелепи в нове правильне положення, якщо це було необхідно, відносно початкового за допомогою, наприклад, назубної капи, надалі – за допомогою CEREC Omnicam можна змоделювати новий прикус в одне відвідування.

Матеріали і методи

CEREC Omnicam, керамічні блоки Trilux Forte Vita, набір для адгезивної фіксації Duo Cement Kit.

Клінічний випадок

Пацієнт звернувся із скаргами на стирання зубів верхньої щелепи і, відповідно, зниження висоти верхніх різців до такої міри, що вони перестали бути видні при посмішці. В результаті клінічного обстеження щелепно-лицьової ділянки не виявлено м'язово-фасціального напруження, рухи нижньої щелепи були в повному об'ємі, симетричні, патологічних змін з боку СНЩ суглоба не виявлено. Прикус прямий (мал. 1). На фронтальних зубах верхньої щелепи 13-23 визначаються оклюзійні фасетки стирання, клиновидні дефекти в ділянці 24 і 25 зубів

(мал. 1, 2). Висоту нижніх зубів не планувалося змінювати, хоча на них також були оклюзійні фасетки стирання, але з невеликою втратою тканин (мал. 3, 14), тому прикус підвищувався без трансверзальних і сагітальних переміщень нижньої щелепи, а саме – у звичній оклюзії тільки за рахунок збільшення висоти верхніх зубів.



Мал. 1



Мал. 2



Мал. 3

План лікування

Тотальне протезування і підвищення прикусу завдяки збільшенню висоти зубів верхньої щелепи. У перше відвідування – виготовлення і фіксація керамічних реставрацій 9 зубів верхньої щелепи. У наступні прийоми планувалося завершити протезування зубів, що залишилися, і по факту це зайняло наступні два відвідування: у друге відвідування – 10 зубів, 3 зуби верхньої щелепи: 15, 16, 27 – і 7 зубів нижньої щелепи: 44-31 і 34-36. У третє відвідування – двох зубів нижньої щелепи, що залишилися, 32 і 33.

Лікування

У перше відвідування проведене малоінвазивне препарування 9 зубів верхньої щелепи, що зайняло не більше 60 хвилин, тобто близько 7 хвилин на зуб, що, на нашу думку, дуже багато, оскільки препарування було малоінвазивним (мал. 4). Прикус фіксований у звичній оклюзії першим шаром відбиткового силіконового матеріалу. У фронтальній ділянці відбиткова маса видалена до її твердіння, що дозволяє провести візуальний контроль положення нижньої щелепи стосовно верхньої і в наступному провести оптичну реєстрацію прикусу (мал. 4).



Мал. 4

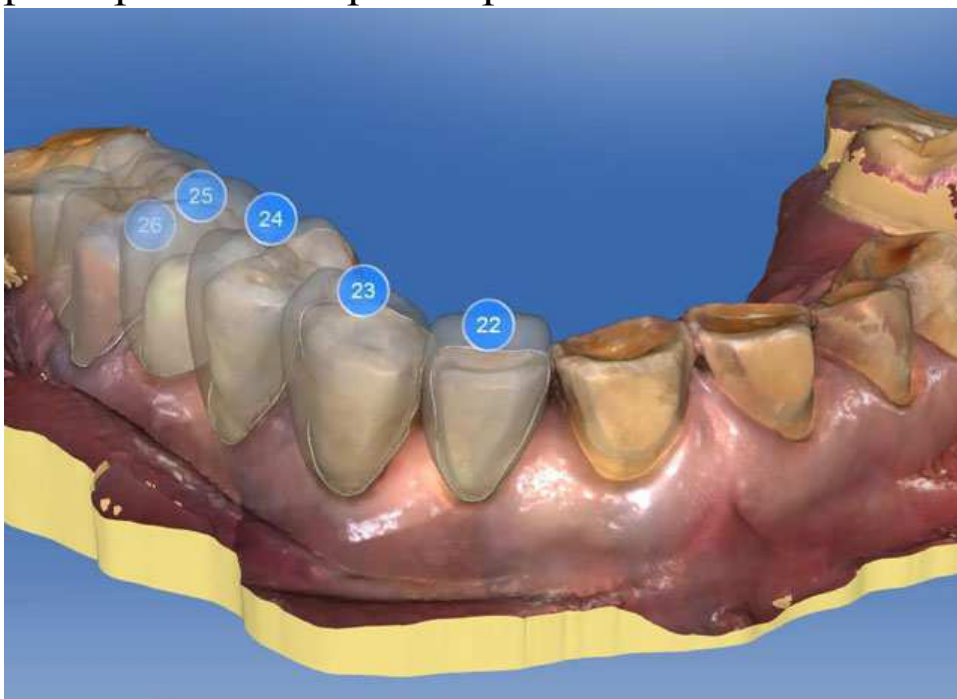
За допомогою композиту світлового твердіння проведене пряме тимчасове відновлення втрачених тканин двох центральних зубів верхньої щелепи, після чого пацієнта попросили закрити рота. Зуби нижньої щелепи зайшли в пази відбиткового матеріалу до контакту композиту з нижніми зубами, і нове положення щелеп зареєстроване віртуально. Таким чином, положення нижньої щелепи стосовно верхньої залишилося ста-

більшим, без відхилення від звичної оклюзії, а висота збільшилася на розмір тимчасових реставрацій (мал. 5).



Мал. 5

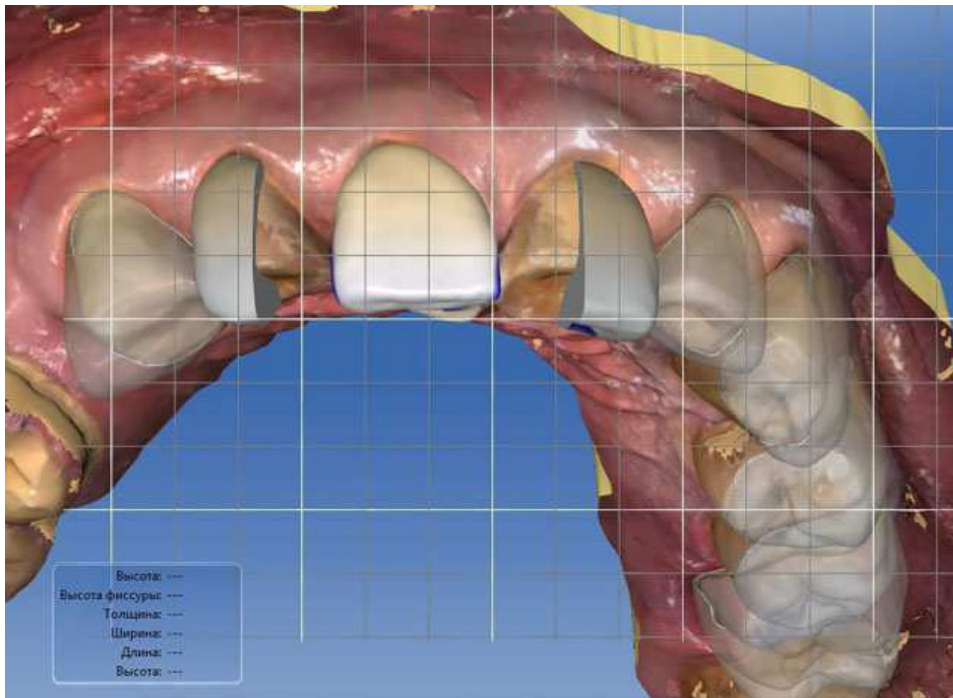
Віртуальне моделювання зубів – нескладна процедура, оскільки все відбувається в автоматичному режимі і лише в деяких випадках потрібне втручання лікаря. В даному випадку час моделювання 9 зубів зайняв не більше години, фрезерування 9 реставрацій – трохи більше двох годин, спікання глазури – двічі по 15 хвилин, фіксація, корекція по оклюзії і полірування оклюзійної поверхні – трохи більше двох годин: загальний час – шість з половиною годин, якщо додати одну годину на препарування. Але час прийому пацієнта скорочується завдяки тому, що всі етапи, окрім препарування, відбуваються не послідовно, а паралельно; ще скорочує час прийому факт наявності в стоматолога двох добре підготовлених асистентів. Наприклад, віртуально змодельований 26 зуб, необхідний за розміром і кольором керамічний блок вставляється у фрезер-



ний верстат, і починається процес фрезерування. А в цей час моделюються 25 і 24 зуби (мал. 6).

Мал. 6

Після фрезерування 26 зуба проводиться його примірка, перевіряються апроксимальний і дистальний контакти, паралельно фрезерується реставрація 25 зуба. Коли готові 3-4 реставрації, з вивіреними апроксимальними контактами, проводиться нанесення глазури, і ці реставрації вирушають на спікання глазури.

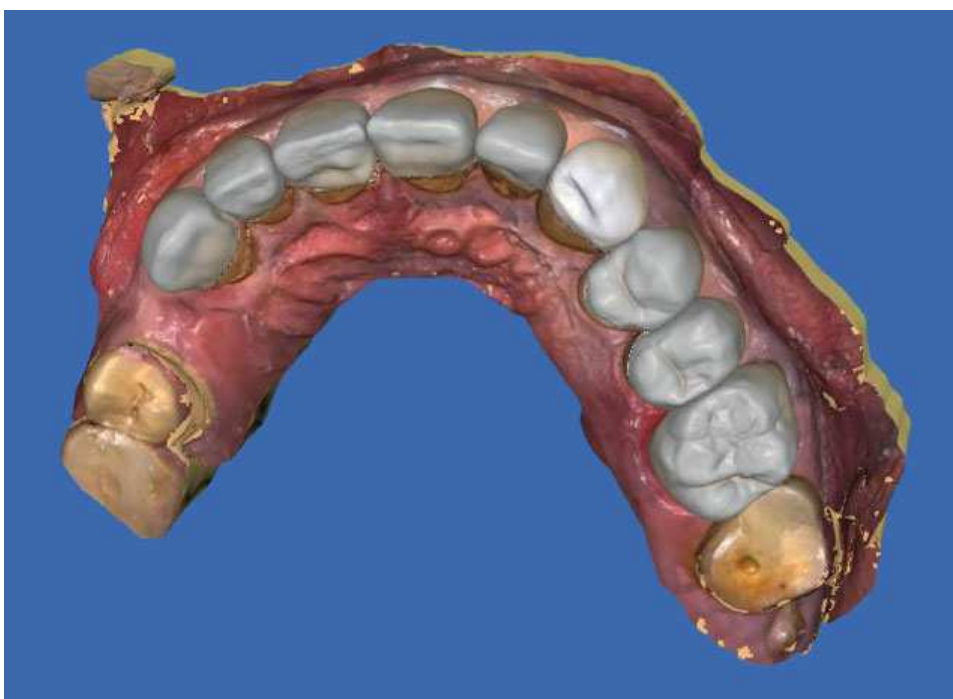


У той же час тривають етапи віртуального моделювання, фрезерування, примірки і фіксації реставрацій, що залишилися (мал. 7).

Мал. 7

Після спікання глазури реставрації фіксуються за допомогою DUO CEMENT VITA. Після фіксації усіх реставрацій проводиться пришліфовування зубів по оклюзії і поліровка коригованих ділянок.

Таким чином, у даному клінічному випадку загальний час першого прийому склав 4 години 45 хвилин (мал. 8). Для контролю паралельності лінії оклюзії – лінії зіниць використовувалася опція «дизайн посмішки» (мал. 9).



валася опція «дизайн посмішки» (мал. 9).

Мал. 8



Мал. 9

Для реставрації були вибрані VITABLOCS TriLuxe forte 2M2. Ці блоки складаються з чотирьох шарів, що розрізняються по інтенсивності забарвлення. У даному клінічному випадку це дозволило створити природні кольорові відтінки, як у структурі природного зуба, за рахунок тонко вираженого кольоро-



вого переходу від емалі до пришийкового шару з більш підкресленим кольором у нижній ділянці дентину і шийки (мал. 10, 11).

Мал. 10



Мал. 11

При другому відвідуванні планувалося завершити протезування, але, коли час прийому перевалив за 5 годин, вирішено було реставрацію двох зубів, що залишилися, 32 і 33, перенести на наступний прийом. Препарування також було малоінвазивним (мал. 12-14).



Мал. 12



Мал. 13



Мал. 14

У третє відвідування робота була закінчена (мал. 15, 16).



Мал. 15



Мал. 16

Висновок

Швидка реабілітація пацієнтів не є первинним по важливості критерієм методики CEREC. На першому плані все-таки залишаються прецизійна якість прилягання реставрацій, малоінвазивність і інформативність: стоматолог постійно бачить віртуальну модель зуба, що реставрується, з великим збільшенням і може своєчасно запобігти виникненню помилок у режимі реального часу, адже пацієнт сидить у кріслі.

Автор: Сергій Кочанов, к. м. н., хірург-імплантолог, ортопед