

Малоінвазивна естетична реставрація

з використанням лише цифрового робочого процесу

42-літній чоловік звернувся в стоматологічну клініку в надії покращити свою посмішку. Його турбувала зношеність фронтальної ділянки зубного ряду верхньої щелепи і деяких кутніх зубів. Це призвело до оголення значної ділянки дентину, що створило високий рівень чутливості і негативно позначилося на естетиці посмішки у фронтальній ділянці (фото 1).



Фото 1а, б: Первинні інтраоральні фото

Також спостерігалася певна скупченість і співвідношення мolarів III класу, що призвело до певної зміни прикусу, тенденції до співвідношення різців III класу від краю до краю (фото 2).

Фото 2а-е: Первинні інтраоральні фото:





Пацієнт переніс часткову реставрацію в іншій клініці два-три роки тому, але лікування молярів нижньої щелепи, другого премоляра нижньої щелепи з правого боку і першого премоляра верхньої щелепи з лівого боку залишилося незавершеним. Прохання пацієнта полягало в тому, щоб зберегти вже встановлені реставрації, якщо вони все ще перебувають у добром стані.

Лікування

Першим кроком було збільшення вертикального розміру оклюзії шляхом установки оклюзійних вінірів на стерті і зруйновані зуби, особливо на зуби 17-14, 25-27, 34, 35 і 44. За допомогою інтраорального сканера DEXIS IS 3800W (Dental Imaging Technologies Corp.) був зроблений цифровий відбиток збільшеного вертикального розміру оклюзії з розташуванням щелеп по центру і стабілізацією за допомогою заднього оклюзійного затиску (фото 3).



Фото 3: Цифровий відбиток прикусу

Реставації були спроектовані за допомогою програмного забезпечення Exocad (фото 4), а матеріалом для їх виготовлення був вибраний дисилікат літію (фото 5).

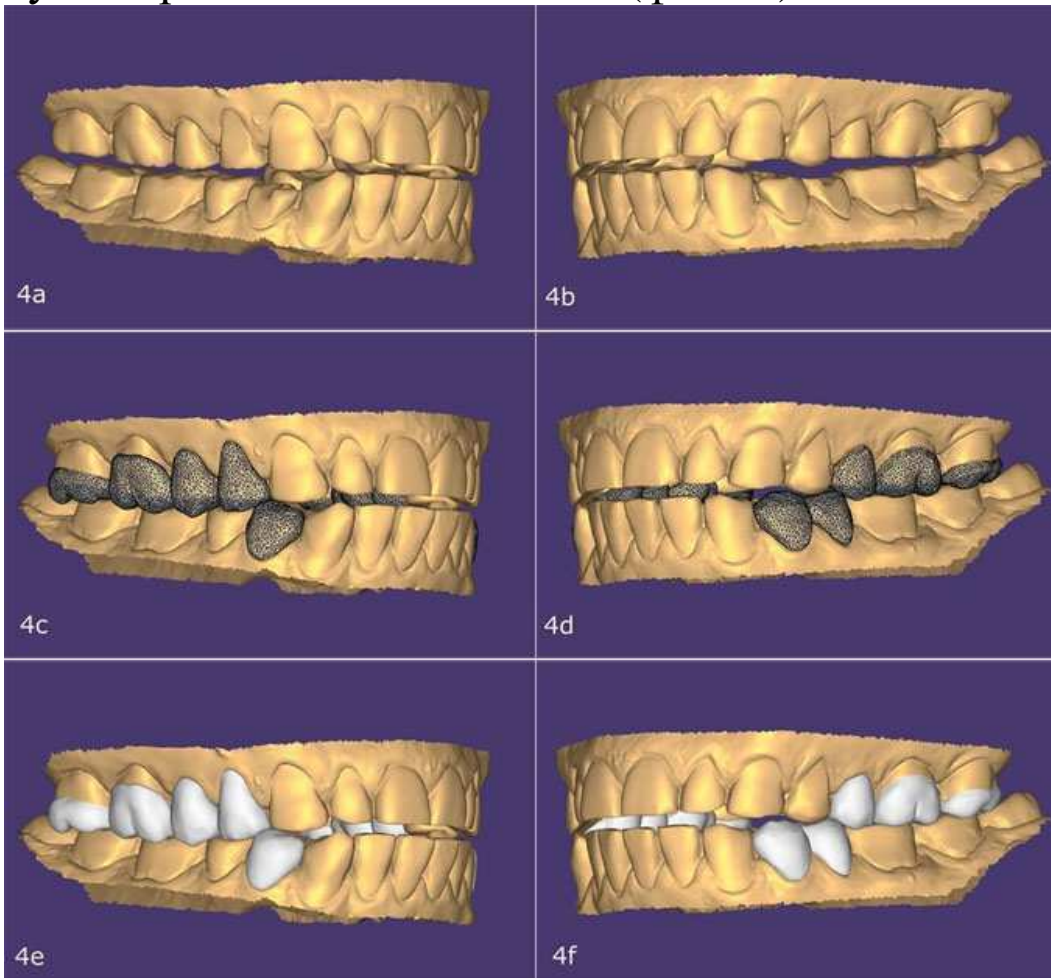


Фото 4a-f: Проектування в Exocad для відновлення поверхні кутніх зубів



Фото 5a: Вертикальний розмір збільшення прикусу

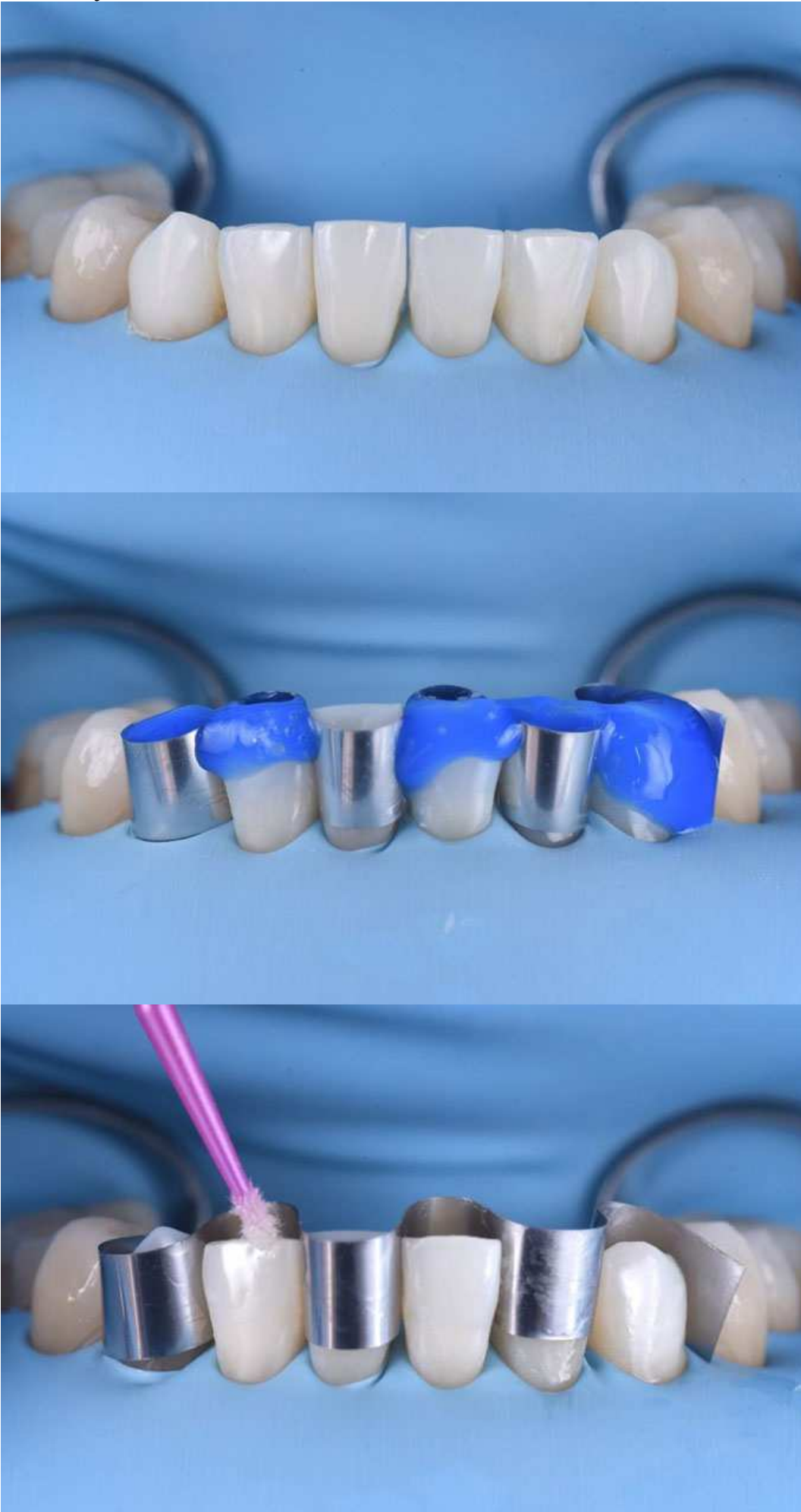


Фото 5b: Вертикальний розмір збільшення прикусу
Реставрації були закріплені адгезивним способом. Після збільшення вертикального розміру оклюзії передня оклюзія пацієнта була ідеальною для відновлення переднього напряду прикусу. Тому було необхідно забезпечити пацієнтові ортодонтичне лікування (фото 6).



Фото 6a, b: Ситуація до і після ортодонтичного лікування
Після завершення ортодонтичного лікування ріжучі краї нижніх різців були відновлені безпосередньо композитом (фото 7).

Фото 7а-d: Пряма композитна реставрація фронтального відділу нижньої щелепи:





Пізніше була виготовлена фінальна воскова модель фронтальної ділянки, щоб остаточно підтвердити естетичність реставрації і направити на мінімально інвазивну підготовку верхньощелепних коронок (фото 8).

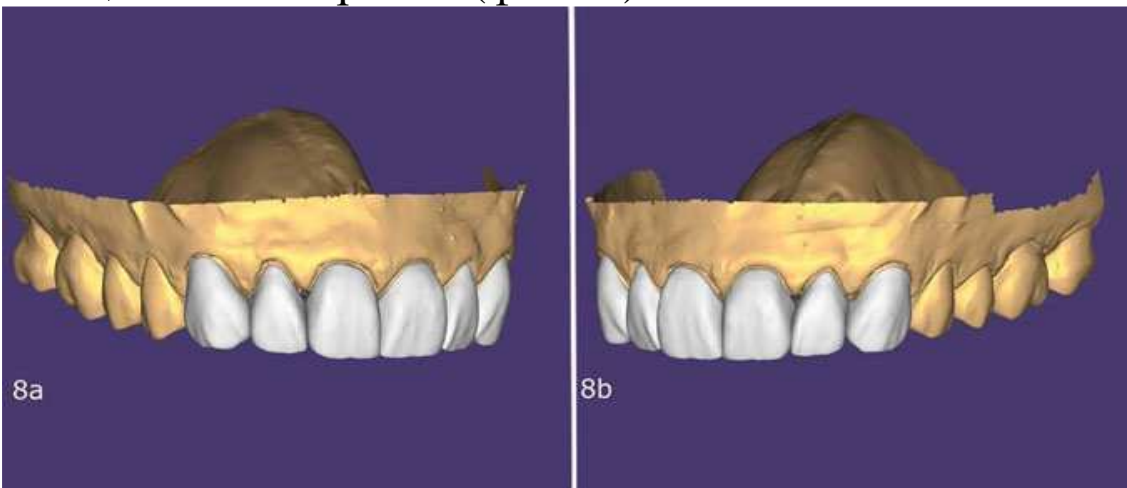


Фото 8a,b: Фронтальний восковий відбиток

Фінішне препарування проводилося відповідно до макету (фото 9) і, здебільшого, обмежувалося міжпроксимальними ділянками (фото 10).



Фото 9a-f: Направляючі канавки для препарування



Фото 10а-с: Після препарування

Після цього був виготовлений фінальний цифровий відбиток фронтальних коронок після зміщення ясен ретракційною ниткою (фото 11).

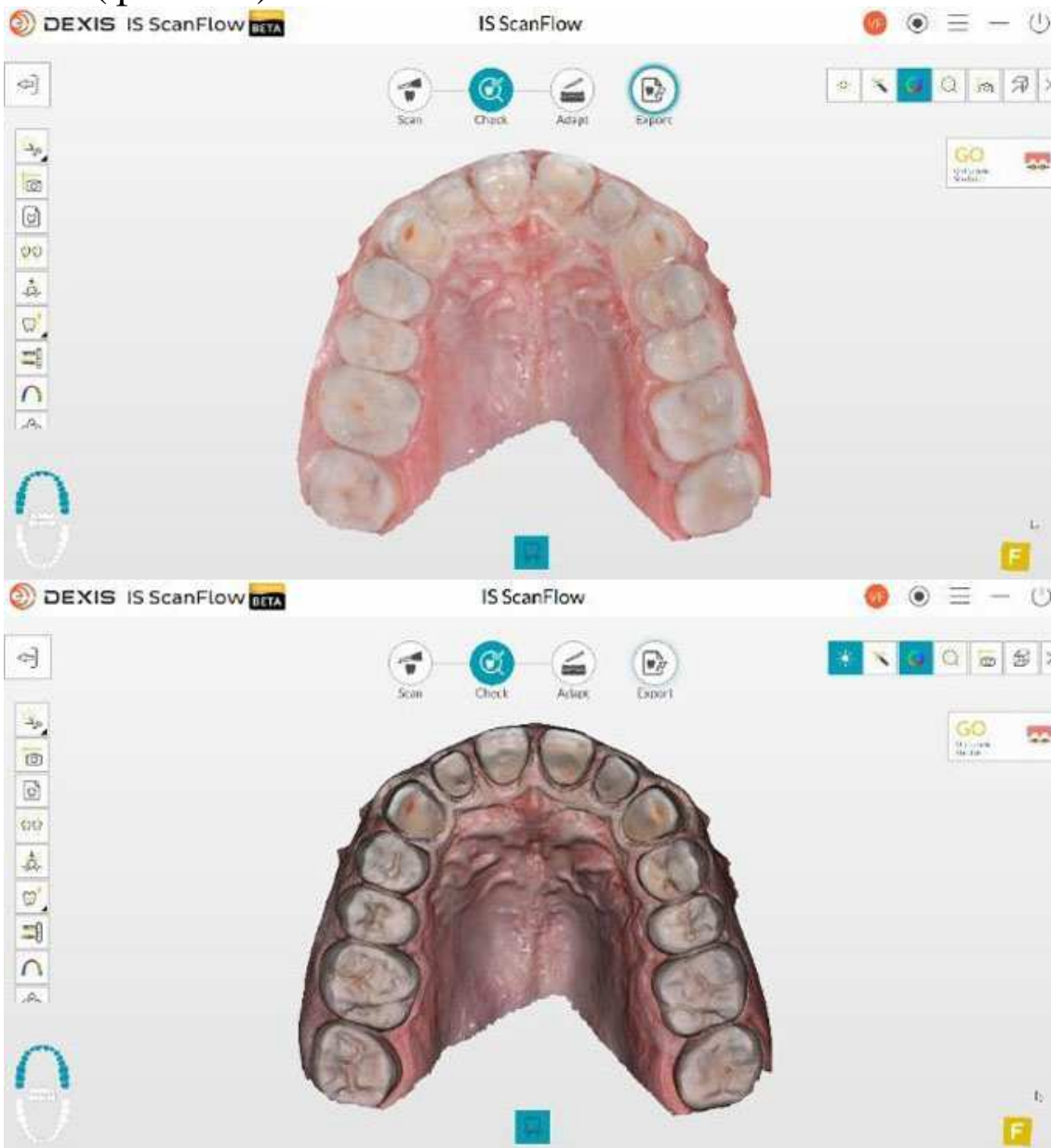


Фото 11а,в: Цифрові відбитки фронтальних верхніх коронок
Для цифрового дизайну було виконане обмежене зменшення нижньої половини щічної поверхні монолітних реставрацій,

щоб забезпечити розшарування фарфору для досягнення найкращого можливого естетичного результату (фото 12 і 13).

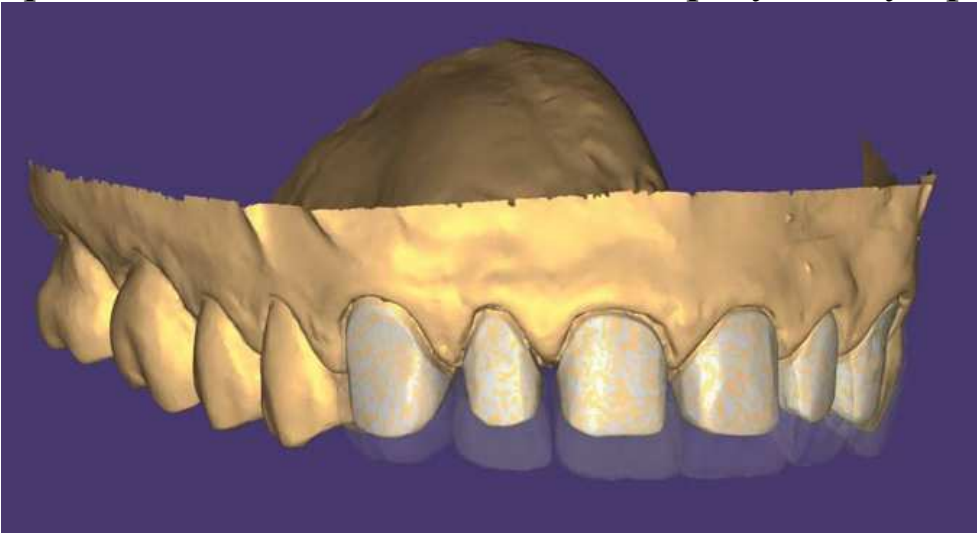


Фото 12: Контроль товщини

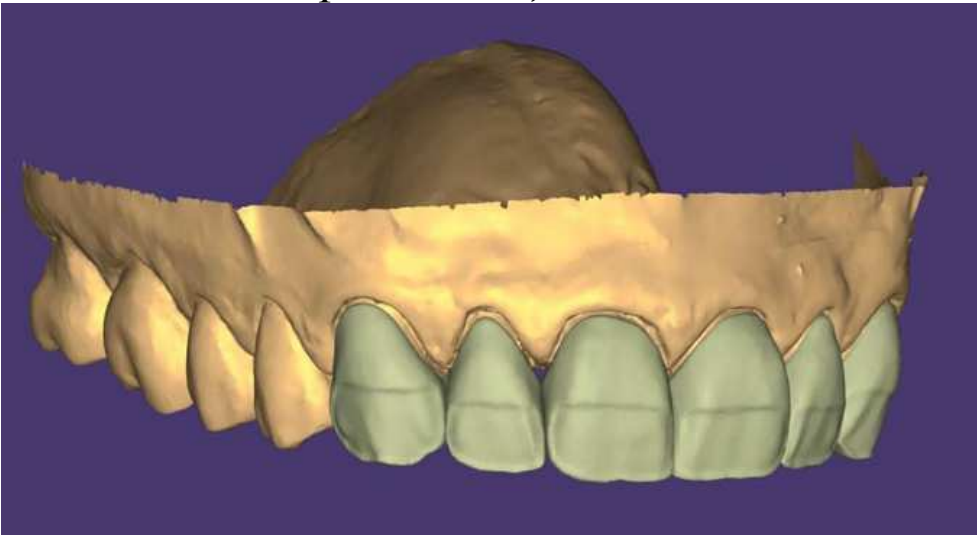


Фото 13: Фінальний дизайн (з простором для передньої стратифікації)

У результаті, фінальні реставрації (фото 14) були закріплені адгезивним способом під ізоляцією кофердаму (фото 15).

Фото 14а,в: Фінальні реставрації:





Фото 15а,в: Адгезивні процедури:



Після цементації пацієнт перебував під наглядом декілька тижнів (фото 16 і 17).



Фото 16: Фінальне екстраоральне фото
Фото 17а-с: Фінальні інтраоральні фото:



Автор: Карло Масімо Сараті