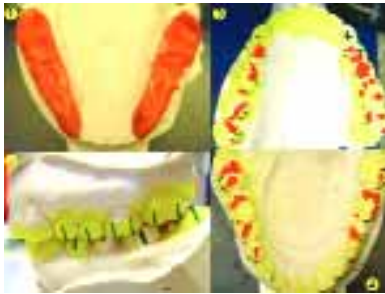




den Biss in der Front um ca. 2 mm über die Vertikale des ersten RKP-Kontaktes sperrt. Am aufrecht sitzenden Patienten wird im UK beidseits vom Eckzahn bis zum letzten Molaren GC Bite Compound (Abb. 1.1) aus dem 57°C warmen Wasserbad aufgetragen, und



Fotos: Innmann

Abb. 1: 1. Das GC Bite Compound Zentrikregistrat auf dem UK-Modell nach der Montage; 2. Markierungen für die Ist-Positionen der OK- und Soll-Positionen der UK-Höcker von bukkal; 3. und 4. korrigierte OK- und UK-Modelle

unter Führung mit dem P.K.Thomas-Handgriff schließt der Patient rasch und fest bis zum Kontakt mit dem Frontjig. Die OK- und UK-Modelle werden mit den Registraten manuell fixiert und durch drei Nägel mit der Heißklebepistole exakt verschlüsselt.

Das Protrusionsregistrat

Auf den Front- und Eckzähnen im OK und UK werden senkrechte Markierungen zur Kontrolle einer geraden Protrusion von 5 mm aufgetragen. Der Patient beißt in protrudierter UK-Position auf je zwei Watterollen im Prämolarenbereich, und mit Registriersilikon wird ein Protrusionsjig hergestellt, der anschließend beidseits im Seitenzahnbereich ergänzt wird. Mit den verschlüsselten Modellen (s.o.) werden am Artikulator die Kondylarbahneigungen eingestellt.

Instrumentelle Okklusionsanalyse und okklusale Korrektur der Modelle

Mit dem Inzisalstift im Artikulatoroberteil werden durch federleichtes Schließen des Artikulatoroberteils die Kontakte in der RKP, sowie in Protrusion und Links/Rechts-Laterotrusion von je 1 mm ermittelt und im Befundblatt vermerkt. Des Weiteren wird die Differenz zwischen der Vertikalen in RKP und IKP am Inzisalstift berechnet, da am Ende des Einschleifprozesses in RKP die Vertikale am Inzisalstift 0,2 bis 0,3 mm niedriger als in IKP sein muss, um ein Gleiten des UK in die vormalige IKP zu vermeiden.

Nach dem Einfärben der Kauflächen und Inzisalkanten mit gelber Plakafarbe sowie der Höcker-Fossa-Analyse (Abb. 1.2) werden unter sukzessivem Absenken des Inzisalstiftes die Frühkontakte in RKP eliminiert bis gute Frontzahnbeziehungen mit Kontakten

zumindest bei 13 und 23 geschaffen sind. Die Korrekturen in RKP werden rot markiert, und es erfolgt anschließend das Einschleifen von Pro- und Laterotrusion (Abb. 1.3 und 1.4).

Die OK-Stabilisierungsschiene

Auffälligstes Merkmal der Stabilisierungsschiene nach Gutowski ist, dass sie keine Ein- oder Aufbisse der antagonistischen Zähne sondern ein Kauflächenrelief wie eine Oberkieferzahnreihe mit entsprechenden Höcker-Fossa-Kontakten aufweist. Für die spezielle Gestaltung wird auf dem UK-Modell im Artikulator ein Konter aus Knetsilikon mit Einbissen der OK-Zahnreihe und anschließend am OK-Modell eine Kuvette aus Knetsilikon mit entsprechenden Ausblockungen für den Schienenkunststoff hergestellt (Abb. 2.1 und 2.2). Um einen spannungsfreien Sitz der Schiene zu erreichen, werden zuerst der Frontzahnbereich in Kunststoff umgesetzt und dann links und rechts die Seitenzahnanteile hinzugefügt. Nach dem Ausarbeiten wird im Mund mit einem Frontjig und GC Bite Compound ein erneutes Zentrikregistrat genommen und remontriert (Abb. 2.3).

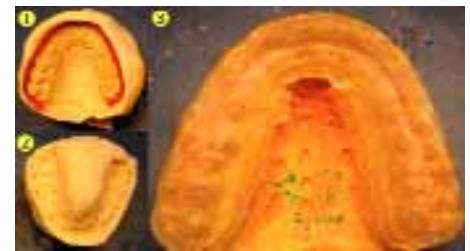


Abb. 2: 1. OK-Silikon-Kuvette vor Entfernen des Boxing-Waxes; 2. UK-Silikon-Konter; 3. Die OK-Schiene nach der Remontage

Intraorale Okklusionskorrekturen in RKP

Für intraorale Okklusionskorrekturen in RKP, die immer erst nach entsprechenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Vorbehandlungsmaßnahmen (s.o.) erfolgen können, wird bei 11 und 21 ein stationärer Frontjig aus GC Pattern Resin LS aufgebaut, der alle übrigen Zahnkontakte in RKP aufhebt. Durch ständiges minimales Erniedrigen des Frontjigs werden nach Überprüfen mit Okklusionsfolie und Rettungsdecke die RKP-Kontakte solange markiert und eliminiert, bis eine stabile Okklusion bei einer 0,1 bis 0,2 mm niedrigeren Vertikalen in RKP als in der vormaligen IKP erreicht ist. Im Anschluss erfolgt die Korrektur von Pro- und Laterotrusion.

Dr. Wolfgang Innmann,
Hof