МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, IV, 1—2, 39—45, 1980 г.

Воена болница — Скопје
Стоматолошки кабинет

ФОРМИРАЊЕ НА ВЕНТИЛНИТЕ РАБОВИ И ЗЕМАЊЕ ФУНКЦИОНАЛЕН ОТПЕЧАТОК ПО МЕТОДОТ НА МАРКСКОРС НИЗ НАШАТА КЛИНИЧКА ПРАКТИКА

Д. Поп-Николов, Д. Карапеев, И. Лотски

Авторите ги соопштуваат своите клинички резултати во примената на оригиналниот метод на Маркскорс за формирање на вентилниот раб со масата Ксантопрем функцион и земање функционален отпечаток со масата Ксантопрен синиот. Клиничките искуства со Ксантопрен функцион се мошне добри, бидејќи овозможуваат формирање на вентилни рабови под физиолошки услови.

Увод

Главната ретенциона сила кај тоталните протези претставува снагата на кохезијата и атхезијата, што се развива помеѓу допирните површини на протезата и оралната слузокожа меѓу кои постојано се наоѓа течен мелиж од плунката. За да бидат искористени овие сили, неопходно е потребно да се обезбеди таканаречено вентилно или рабно „затворање", на протезата што се постигнува со конгруентно формирање на нејзините рабови, кои треба да лежат на слузокожата во пределот на подвижно-неподвижната регија. Оттука и голем број истражувања[1, 2, 3, 4] за добивање на квалитетни маси, за земање што попрецизен отпечаток на оралната слузокожа, со што се постигнува подобар ефект на атхезијата.

Целта на овој труд е да се прикажат нашите клинички постигања во изработување тотални протези, по пат на оформување на вентилниот раб при сите можни физиолошки движења на мандибулата, кои почнуваат и завршуваат во централна оклузија.

Материјал и метод на работа

За таа цел во 1975 година почнавме да го применуваме оригиналниот метод на проф. Маркскорс — опишан уште во 1971. година[4], [1] кој се состои во формирање на вентилниот раб под најповолни физиолошки услови и централна оклузија, при веќе одредена вертикална и хоризонтална положба. Интенцијата на авторите се состои во тоа, болниот во процесот на движење на мандибулата, вршејќи ги подолго време функциите голтање, говор, прозевање, смеење, шмукање и сл. да го формира вентилниот раб, без придржување на индивидуалните лажици од лекарот и со вршење на движења кои почнуваат од централната оклузија и во неа завршуваат. За таа цел — сосема разбирливо, не можевме веќе да ги користиме досегашните методи за формирање на работ на индивидуалната лажица и се применува — специјално за таа цел подготвена силиконска маса[3], [4] со продолжено време на врзување и помека конзистенција, позната на нашиот пазар под името Ксантопрен функцион. Потребни елементи за реализација на овој метод се следниве:

1) Ксантопрен функцион силиконска маса за формирање на рабовите на индивидуалната лажица,

2) Ксантопрен атхезив — маса за лепење,

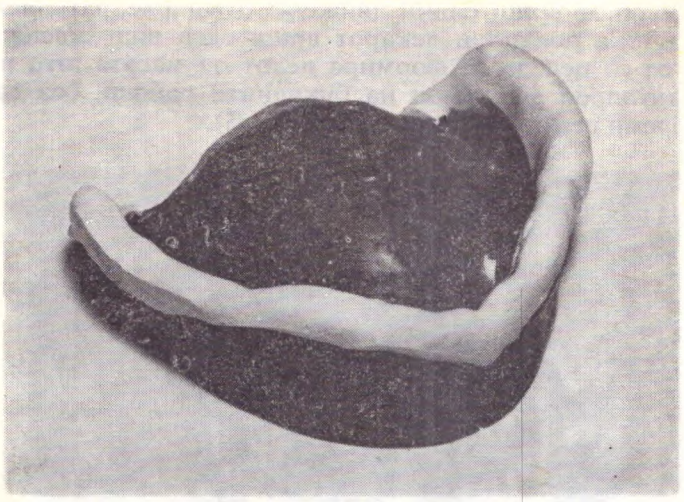
3) Течност за стврднување бр. 1 (црвена) и бр. 2 (жолта) и

4) За земање на функционалниот отпечаток служи масата Ксантопрен-синиот, кој го користиме и во други цели.

Најпрвин се изработуваат индивидуалните лажици од цврст материјал — обично од акрилат и со меѓупростор од розе восок, чии букални рабови се ослободени од мускулните припои, а потоа се прават загризни бедеми од тврд восок, така што висината на долниот бедем во фронталната регија изнесува 16 мм, а на горниот 18 мм, или вкупно 34 мм, што врз основа на статистичките испитувања[7] одговара на вредностите на висината на гризот на природните заби. Потоа се одредува централната оклузија и се врши ажурирање на крилата на индивидуалните лажици, кои се скратуваат за околу 1,2 мм. со што индивидуалните лажици целосно се спремни за формирање на вентилниот раб. Сигурно, се врши ажурирање на индивидуалната лажица и во правец на „А" линијата.

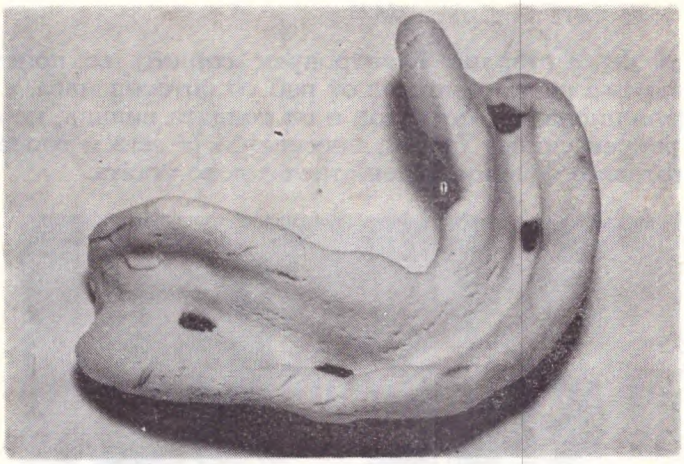
Пред да се нанесе Ксантопрен функцион масата, вестибуларните рабови на лажицата се премачкуваат со лепилото „Адхезив", чии вишок се отстранува, се осушува, а потоа од замешаниот Ксантопрен функцион се прави лента широка околу 6—8 мм, која се нанесува на букалниот раб на горната (сл. 1). а циркуларно на долната, или се исполнува целата долна лажица. После тоа се внесуваат индивидуалните лажици во устата, при што болниот е веќе инструиран какви движења треба да прави.

На располагање ни стои време од околу 4 минути (колку што трае пластичната фаза) за формирање на масата, бидејќи



Сл. 1

дури по тој период започнува стврднување на масата, бидејќи дури по тој период започнува стврднувањето на истата, што трае вкупно со претходната околу 10 минути. (сл. 2).



Сл. 2

Откога е истовремено успешно формиран вентилниот раб на двете лажици, се отстранува розе восокот од внатрешната страна на горната индивидуална лажица. Претходно подготвените држачи на просторот во пределот 6,3/3,6 го спречуваат „пропаѓањето" на лажицата, која претходно се перфорира, за да може синиот Ксантопрен да врши што помала компресија на слузокожата. Потоа истата рамномерно се исполнува со Ксантопрен синиот и по внесувањето во устата сега придржувана од

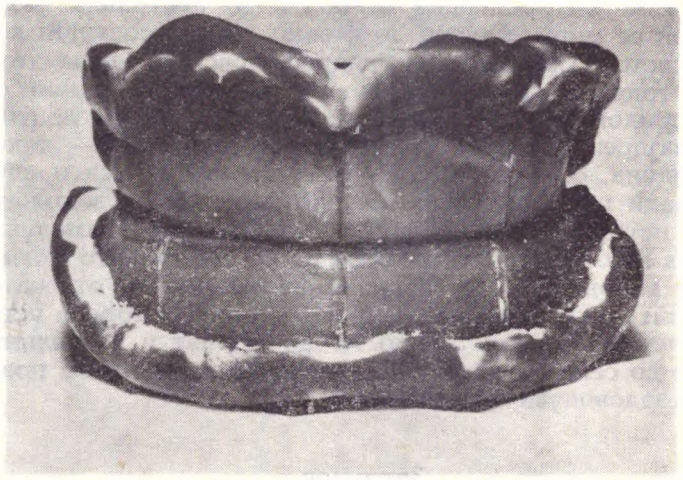
лекарот, болниот врши силни движења отворање, затворање на устата и т. н., а воедно и лекарот врши еден вид „масажа" на образите, се со цел да се формира делот од масата што преоѓа преку Ксантопрен функцион на букалните рабови, без да настапат поголеми деформации на истите (сл. 3).

Сл. 3

Штом ќе се стврдне Ксантропрен синиот, се пристапува кон формирање на фарингеалниот раб со оптосил маса, а потоа се зема функционален отпечаток и од долната вилица, исто така со Ксантропрен синиот (сл. 4), внесувајќи ја сега и горната лажица — готовиот функционален отпечаток во устата.

Сл. 4

Бидејќи сега се наоѓаат двата отпечатока во устата со загризните восочни бедеми, истите меѓусебно се фиксираат, се одредува средината, линијата на смевот и положбата на канините (сл. 5) и така подготвениот отпечаток се предава во техниката на понатамошно вообичаено изработување на тоталните протези. (сл. 5)



Сл. 5

По овој метод досега се изработени вкупно 109. тотални протези кај 65. болни, од кои жени 40., мажи 25. Во повеќе случаи се работеше за пар тотални протези, односно комбинирано со парцијални, но имаше и поединечни тотални — горна или долна протеза. Анатомско-физиолошките услови скоро кај сите беа во границите на нормалата (резилиенцијата на слузницата, конзистенцијата на плунката, развиеност на туберите, припоите на пликите и фенулумите и сл.), со исклучок на една мала група болни од 12,3%, каде имаше мошне неповолни елементи — слабо развиени тубери, ниски инсерции, мала резилиенца и сл.

Резултати

Од вкупно 109. протези, кај 33,9% постоеше потреба за дополнителни корекции, од кои кај 9,4% болни беше доволна само една корекција во смисла на ажурирање на букалните крила, во 20% случаи се направени по две такви корекции, а во 4,5% беше индицирана репаратура на протезите со дополнително подлагање.

Клиничките проби[5] со готовите протези при функциите цвакање, говор, мимика и сл. покажаа сосема задоволителни резултати, што е посебно важно кај оние 12,3% болни, при кои условите не беа најповолни. Сосема е разбирливо дека горните тотални протези покажаа повисок степен на подобра функционална употребливост.

Дискусија

Секако, дека вака високиот успех во изработувањето на функционално добри тотални протези се должи на добро формираниот вентилен раб на тоталните протези со помош на материјал кој ни овозможува формирањето на истиот да се изврши во оптимален временски период и во централна оклузија, услови кои се многу блиски до физиолошките состојби на цвакалниот систем. Сметаме дека хидрофобноста на отпечаточната маса Ксантопрен — синиот е една од неговите негативни особини, што придонесува слузокожата да трпи поголем притисок и не дава најпрецизен отпечаток, бидејќи плунката — како нестишлив флуид, се наоѓа помеѓу отпечаточната маса и слузокожата, поради што врши одреден притисок врз слузокожата, зависно од нејзината резилиенција. Тоа секако го намалува квалитетот на готовата протеза. Затоа некои автори[16] го модифицираат овој метод, така што земаат функционален отпечаток со хидрофилни маси по класичниот метод — со отворена уста.

На исти начин претходно ги формираат и вентилните рабови, што во секојдневната амбулантно-поликлиничка практика покажува задоволувачки резултати.

Заклучок

1) За изработување на функционално добра тотална протеза, бездруго неопходно е потребно протезните крила да бидат правилно и конгруентно формирани и нивните завршни ивици да бидат поместени во реонот на подвижно-неподвижната слузокожа што овозможува максимално вентилно затворање.
2) Досегашните методи — со помош на восок, кер-маса, самоврзувачки акрилат и сл. не се во состојба да го дадат потребниот оптимум.
3) Силиконската маса — Ксантопрен функциион се покажа како многу погодна за правилно обликување на работ на протезата, бидејќи пластичната фаза е доволно долга (околу 4 мин.), а стврднувањето трае околу 5 минути, време доволно за изведување на сите потребни движења.

Од друга страна оваа маса не е подложна на било какви деформации, нити има својства кои ја надражуваат или оштетуваат слузокожата.

Summary

FUNCTIONAL IMPIRESSION TAKING AFTER THE MARKSKOR'S METHOD

The authors coumunicate their clinital results in the application af Marxkor's original method in the formation of the border fullness under mount with the Xantopren function mass.
The clinical experience is very good, as they enable the formation of the border fullness under physiological conditions.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грковић, Б., Б. Петровић.: Функционални отисак у Ксантопрен функцион, Медицинска ревија, 3 : 75—81, Галеника, 1975.

2. Issel, P., R. Markors.: Zahnärthliche Tehnik, Hüthing Verlag, Heidelberg 1973.

3. Marxkors, R.: Die Funktionsabformung mit „×antopren Function" ZWR.: 1,58—63, 1970.

4. Markxors, R.: Praxisbewährte Verfahren der Bissnahme und Funktions-abformung beim zahlossen Patienten., ZWR.: 80:14, 639—643, 1971.

5. Мирчев, Е., С. Георгиевски, Ф. Трифуновски: Функционална вредност готових тоталних протеза код којих је функционални отисак узет при отвореним устима, Зборник радова са XI Стоматолошке недеље СР Србије, Неготин крајина, II Дел, 131—134, 1975.

6. Петровић, Б., М. Станковић, Т. Јанков.: Функционални отисак помоћу „Ксантопрен Функцион" — а у условима затворених уста VI Конгрес стоматолога Југославије, II Дел, 452—455, Будва, 1976.

7. Xantopren optosil, Bayer dental, Leverkusen, (Фабрички проспект).