МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, IV, 1—2, 5—10, 1980 г.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за Фиксна стоматолошка протетика

ПОРОДОНТАЛЕН НАОД КАЈ ФИКСНО-ПРОТЕТСКИТЕ ИЗРАБОТКИ

Е. Мирчев

Врз база на 108 прегледани пациенти со 499 соло коринки и врски на мостовни конструкции, авторот нашол 62,12% воспалителни промени клинички видливи на пародонциумот околу изработките, најчесто како резултат на неправилно димензионираните гингивални рабови на фиксно-протетските изработки.

Протетската изработка поставена во устата не смее да ја нарушува функцијата на живите ткаења околу неа и на целиот организам. Во секојдневната практика сретнуваме често воспалителни промени на подвижниот пародонциум — гингивата околу забите пресвлечени со соло коронки или врски за мостови. Затоа се наведуваат доста причини почнувајќи од процената на биолошката вредност на забите, препарацијата, морфологијата на готовата коронка и др. На неправилната адаптација на маргиналната ивица на коронката и припаѓа знатна улога како иритативен фактор на пародонциумот, како што изнесуваат 1966. W. Kettri, 1968. K. H. Körber, 1969. K. Eichner.

Цел на трудот

Преку клинички преглед на фиксно-протетските изработки во устата на пациентите утврдивме дали постојат воспалителни промени на гингивалниот раб околу коронките, ретракција на гингивата и растојание на коронките од забот, постои ли врска помеѓу спомнатите промени и техниката на изработката на фиксната протеза — со штанцање или леење, времето на носењето на фиксните протези, изразеноста на абрадирани и прогризени коронки (шлиф фасети) и клиничка процена на хигиената на устата и забите кај пациентите.

Метод на работа и материјал

Материјалот го прибиравме преку вообичаен клинички преглед на устата на пациентите, постојните протетски изработки во устата и од анамнезата.

Изборот на пациентите е случаен, тие што доаѓале за изработка на некоја нова протеза, независно каде се присутните изработки. Преку клиничкиот преглед се запознаваме за видот на изработката, зи присутните или отсутните клинички промени на подвижниот пародонциум, присуството на абразивни (шлајф) фасети на коронките и хигиената на устата и забите. Хигиената на устата и забите беше само клинички вреднувана без примена на таблетки или солуции.

Од анамнезата се информиравме за времето на носењето на изработката, за субјективните потешкотии и за хигиенските навики. За таа цел беа прегледани 113 пациенти од двата пола со присутни фиксно-протетски изработки.

Резултати

Кај прегледаните најдовме 188 мостовни конструкции од кои 112 моста чии врски со носачите беа штанцани коронки и 76 мостови со едноделно леени коронки или едноделно леени цели конструкции. Потоа 87 соло-коронки од кои 45 штанцени коронки и 44 едноделно леени коронки. Според тоа анализите ги базиравме на наодот на пародонтот околу 499 коронки од кои 274 штанцени коронки и 225 едноделно леени.

Табела 1. Пародонтален наод кај штанцаните коранки
Table 1. Der porodontale Befund bei den Ringbandkronen

Коронки	Воспалителни промени		Хигиена		Време на носење		Оддалечени	Прогризени
	да	не	добра	лоша	до 8 г.	преку 8 г.		
274	195	79	197	77	94	180	99	32
100	71.16	28.83	71.89	28.10	34.30	65.69	36.13	11.67

Табела 2 Пародонтален наод кај едноделнолеените коронки
Tabel 2 Der parodontale Befund bie den Vollguskronen

Коронки	Воспалителни промени		Хигиена		Време на носење		Оддалечени	Прогризени
	да	ən	добра	лоша	до 8 г.	преку 8 г.		
225	115	110	190	35	222	3	77	—
100	51.11	48.88	84.44	15.55	98.66	1.33	9.77	—

Табела 3. Пародонтален наод кај фиксно-протетските изработки
Tabel 3 Der porodontale Befung bei den festsitzenden Zahnersatzes

Коронки	Воспалителни промени		Хигиена		Време на носење		Оддалечени	Прогризени
	да	не	добра	лоша	до 8 г.	преку 8 г.		
499	310	189	387	112	316	183	121	32
% 100	62.12	37.87	77.55	22.44	63.32	36.67	24.24	6.41

Табела 4. Време на носење на штенцените изработки
Tabel 4. Die Tragezeit der Ringbandkronen

коронки	до 8 год.	до 16 год.	до 24 год.	повеќе од 24 г.
274	94	111	53	16
% 100	34.30	40.51	19.34	5.83

Дискусија

Анализирајќи ги добиените резултати забележуваме дека кај 310 коронки или 62.12% се присутни видливи воспалителни промени на гингивата. Кај штанцаните коронки тој процент е поголем одошто кај леените. Тоа покажува дека се оправдани обвинувањата од повеќето протетичари и парадентолози Körber[2], Eichner[1], Лазаревска[4], Мирчев и други оти фиксноопротетските изработки не задоволуваат и со своите гингивални ивици и аксијалната морфологија ја нарушуваат функцијата на живите ткаења, предизвикуваат воспалување и го оневозможуваат правилното спроведување на хигиенските мерки во устата. Тоа значи не се остварува биолошко-медицинската концепција на стоматолошката протетика која го нагласува превентивното и терапиското дејство на протезата. За нас беше сеедно каде се наоѓаше воспалувањето, дали орално, вестибуларно или апроксимално. Беше важно да констатираме воспалување кое, ако не се санира, може да се прошири и да го зафати целиот пародонциум. Испитувањата на Кербер[2] покажуваат дека местото на воспалувањето е најчесто на букалната и оралната страна и тоа во долната вилица.

Како и кај Silness[6] и кај нас воспалителните промени беа повеќе изразени кога рабовите на коронките идеа повеќе под гингивата.

Причината за поголемиот процент на промени околу штанцаните коронки лежи во неправилното и послободно димензионирање на работ на коронката спрема гингивата и гингивалниот

сулкус, отсуството на контактни точки и можност за поголемо пропаѓање на коронките при цементирањето, особено ако се постави ватеролна да загризе преку неа и доведува до моментално оштетување на пародонциумот.

Лошата усна хигиена во нашиот материјал е застапена кај 22.44% од прегледаните. Таа се сретнува повеќе кај случаите со штанцани изработки. Овој процент ќе беше сигурно многу поголем, ако клиничкото вреднување на усната хигиена беше тестирано со таблетки и солуции. И овој процент е висок и зборува дека хигиената на устата и забите не е на високо ниво и дека таа се спроведува од случај до случај, а често само кога треба да се оди во стоматолошка ординација. Лошата усна хигиена како етиолошки фактор во настанувањата на воспалителните промени на пародонциумот зазема високо место. Спрема Кербер[2], освен протетските изработки, лошата усна хигиена е втората причина за воспалителни промени на пародонциумот.

Во практиката се сретнуваат случаи со изразито лоша хигиена, а без воспалителни промени на гингивата. Тоа зборува дека природната отпорност на пародонциумот—резистентен пародонциум како што го нарекуваат Kraft[3] и Eechner[1] е тој што во одреден број случаи ја спречува појавата на воспаление, иако по сите други критериуми требало да биде присутно. Присуството на индивидуалниот фактор во отпорноста на пародонциумот на дразбите од лошото рабно затворање го истакнува и Крофт[3]. Секако дека тоа не може да се генерализира и не може долго да трае, ќе попушти и природната отопрност, ако не се извршуваат вообичаените хигиено-профилактички мерки.

Веројатно голем придонес во појавата на воспалението и лошата хигиена имаат и протетските изработки кои не нелегнуваат интимно на забното трупче или се пократки или пошироки. Тоа е повеќето присутно кај штанцените коронки, со 36.13% а 9.77% кај леените хоронки. Слични резултати се сретнуваат и кај Кербер[2] кој, од 413 испитувани коронки нашол на 202 коронки каде работоводен од трупчето, а 95 од нив предизвикувале воспаление на гингивата. 1971 год. R. Voss во своите испитувања нашол само 15% добро адаптирани рабови на коронките.

Во практиката и кај ваквите случаи постојат отстапувања, иако тие се места за собирање на детритус и делуваат како иритативни фактори, не секаде се сретнуват воспалителни промени независно од хигиената дали е добра или лоша. Тоа не е никакво правило. Кербер[2] во своите испитувања нашол почесто воспалување на гингивата кај едноделно леените коронки кои се одвоени. Тој тоа го објаснува со поголемиот хомогенитет на работ од штанцаните коронки за разлика од леените.

Тоа е случај и со отсуството на кариес на забните трупчиња кои не се потполно покриени, а со тоа и со недоволна кариес профилакса.

Секако тоа се ретки случаи.

Во однос на времето на носењето испитуваните изработки беа 98.66% до осум години кај леените коронки (толку е времето откако почнавме овие коронки да ги изработуваме како единствен метод на избор). Кај штанцаните коронки со исто време на носење најдовме 34.30%. Кај овие коронки 40.51% беа со време на носење до 16 години, но небеше мал процентот со време на носење до 24 год. (19.34%) па дури 5.83% беа со време на носење преку 24 години. (Табела 4)

Долго време на носење на одредени штанцани изработки не е резултат на високиот квалитет на изработката, со квалитетот на изработките не можеме да бидеме задоволни Мирчев[5], туку повеќето е резултат на тоа што не предизвикуваат болки на пациентите, иако доста од нив по другата клиничка слика требало одамна да бидат отстранети и да бидат заменети со нови мостови и парцијални протези. Подолгото време на носење дава можност и други етилошки вактори да бидат надоврзени и да предизвикаат видливи клинички промени.

Одреден број штанцени коронки 32, или 11.67% со јасно изразени и прогризени оклузални фасети што зборува оти доста од нив по цементирањето се нашле во состојба на ран оклузален контакт со антагонистите кај Шабанов[7] тој процент изнесува 15,8%. Последиците од раниот оклузален контакт е трауматската оклузија, промена на положбата на мандибулата спрема максилата и промени во виличниот зглоб. На раниот оклузален контакт како одбранбен механизам се јавува отпорноста на пародонциумот што резултира кај одредени случаи со зголемената абразија на металот што е посебно присутно кај штанцените коронки. Овде тоа е потпомогнато со малата дебелина на лимот по штанцањето и особено што за тоа се користи мека легура, како 22 каратно злато и друго што доведува до прегризување на коронката, оштетување на протетската изработка и како резултат на индивидуалната реоклузија и реартикулација е спречена појавата на штетни последици од трауматска оклузија.

Кај леените коронки раните оклузални контакти се спречуваат уште при моделирањето во артикулатор и со временото носење на готовата изработка. Кај леените коронки овие промени многу потешко се отстрануваат сами од себе како резултат на абразија. Затоа разнишувањето на забите носачи промените во виличниот зглоб како последица од лошата оклузија и артикулација, односно трауматската оклузија, се многу почести.

Заклучок

Од анализата на состојбата на пародонциумот кај фиксно-протетските изработки кај прегледаните можеме да заклучиме дека кај 62.12% сретнавме воспалителни промени. По наше мислење за ова се најодговорни неправилно димензионираните изработки во однос на гингивата и соседните заби.

Лошата усна хигиена и времето на носењето на изработките истотака влиаеја на пародонталниот наод.

Не треба да заборавиме оти на лошиот наод влијаат и доста други познати и непознати егзогени и ендогени етиолошки фактори. Овој проблем не е само на протетичарите, туку и на пародонтолозите, а по цементирањето и на пациентите. Тие со правилната нега и редовната контрола можат многу да придонесат во разрешувањето на овој проблем и санирањето на состојбата.

ZUSAMMENFASSUNG

DER PARODONTALE BEFUND BEI DEN FESTSITZENDEN ZAHNERSATZES

Der verfasser hat den Zustand des Paradontiums bei festsitzenden Zahnersatzen analysiert und in den 62,12% Fälle entzündung gefunden. Seiner Meinung nach die Ursachen diese Veränderungen sind unregelmäsig dimensionirte Zahnnersatzes in der Berehung nach dem Zahnfleischrand und dennachbarhen Zähne.

Die schlechte Mundpflege und die Trageszeit der Zahnersatzes wirken ebenso auf den Parodontafzustand ein.

Da mie Veränderung des Paradontiums lnter die Eenflüssung viele andere bekante und unbekante, egsogene und endogene Faktoren entstahen. Dieses Problem ist nicht nur das Problem der Prothetikers sonder der Parodontologen und nach der Zementierung das Problem und der Patienten. Die Patienten können mit der regelmässigen Mundpflege und Kontrole der Lösung dieses Problems viel beitragen.

ЛИТЕРАТУРА

1. Eichner, K.: Prothetik und Parodontalpropfyxakxe, Dtsch. Zahnärztl. Z. 28, 161 (1975)
2. Körber, E. Nachuntersuchungen an Hulsenkronen Dtsch. Zahnärztl. Z. 28, 161 (1975)
3. Kraft, E.: Die Gestaltung des Kronenrandes Dtsch. Zahnärztl. Z. 28, 161 (1975)
4. Лазаревска, Б.: Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија, хабилитац, труд, Скопје, 1972
5. Мирчев, Е.: Корелација помеѓу екстрахираните заби, најдените и потребните протетски реставрации, хабилитац, труд, Скопје 1977
6. Silness, J.: Periodontal Condntnons in Patints treated with Dentaä Bridges, I. Periodont, Res. 5.60, 1970
7. Шабанов, Е.: Промени на пародонтот како резултат на предвремен допир кај заби со коронки, маѓистер. труд, Скопје, 1979