

МОДИФИЦИРАНА ПОКРОВНА ПРОТЕЗА – ТЕРАПИЈА
КАЈ ОЛИГОДОНЦИЈАТА И СТЕЧЕНИТЕ ДЕФЕКТИ КАЈ ДЕЦАТА

Modified overdentures for the management of oligodontia and developmental defects
Journal of dentistry for children March-april 1982, 123-127

Модифицираната покривна протеза честопати се користи кај пациенти со конгенитални аномалии, со заби што не се згодни за вообичаена реставрација, за хируршки или ортодонтски, или протетички третман поради возраста – се работи за млади пациенти со незавршен раст на оро-фацијалниот систем. Оваа техника значи изработка на тотални протези изработени за постојните природни заби. Поимот „overdenture“ (покривна протеза) е употребен да опише тотална протеза конструирана врз природните заби, кои најчесто се ендодонтски третирани, но оштетеноста на нивната коронка доведува до нарушување на вертикалниот однос.

Во трудот се опишани случаи на пациенти со ектодермална дисплазија, *amelogenesis imperfecta*, олигонција, микродонција, *disostosis cleido-cranialis*, ерозија и абразија на забите.

Техника на изработка на модифицираната покривна протеза:

1. добра анамнеза, рендген забен статус, орален преглед и студио модели,
2. отстранување на денталниот плак, конзервативно лекување, евентуална екстракција на одделни заби. Треба да сме сигурни дека таквиот пациент има високо ниво на орална хигиена,
3. анатомски отпечаток кој се излева со тврд гипс,
4. на работниот гипсен модел подминирани места се пополнуваат со восок, со што ќе бидеме сигурни дека протезата нема да и пречи на гингивата,
5. восочните модели се дублираат со реверзибилен хидроколоид и ориентационите линии се направени на дублираните модели,
6. пренесувањето со образен лак е направено со односот на вилиците и моделите се пренесени во артикулатор,
7. за проба се прави база на протезата од акрилат, а забите се поставени во восок. Бидејќи има и природни заби, а просторот за нив е мал, ќе употребиме акрилатни вештачки заби кои лесно се обработуваат,
8. протезите се пробаат со вообичаената техника и, по контролата на вертикалната димензија и естетиката, се завршува со техничката изработка,
9. при предавањето се прават минимални корекции во устата и се дава совет:

- секојдневно користење на флуорна паста за заштита на природните заби,
- строга контрола на наслугите,
- контрола по шест месеци (евентуална изработка на нова протеза во зависност од возраста и развојот на детето),

Предност на оваа техника е што со присутната дентиција се добива комплетна промена на реконструкцијата, естетиката и функцијата на забалото кај децата во рана возраст, третманот продолжува и подоцна, до моментот на „дефинитивниот“ протетички третман, со завршувањето на растот и развитокот на оро-фацијалниот систем.

Б. Индовска

КЛИНИЧКА ПРИМЕНА НА КВАНТИТАТИВЕН ОКЛУЗАЛЕН ИНДИКАТИВЕН
МЕТОД БАЗИРАН НА ФОТОПЛАСТИЦИТЕТ

Clinical Use of a Quantitative Occlusal Indicating Method Based on Photoplasticity
Morton Amsterdam, Harold Baumgarten, Meir Rakocz
Continuing Education Article 5, 126, III, 2, Mar/Apr., 1982

Веќе подолг временски период, во секојдневната стоматолошка практика се користат различни методи за одредување на интероклузалните односи. Меѓутоа, ниеден од досегашните т.н. стандардни методи и техники не резултираше во добивање прецизни и, пред сè, квантитативни информации во однос на оклузалните контакти. Оттаму произлегува и целта на авторите на овој труд:

– да опишат нов оклузален индикативен метод, кој базира на примената на фотопластичен меморирачки материјал, што на клиничарите ќе им овозможи диференцирање на магнитудите и локациите на оклузалните контакти, преку регистрирање на видот на оклузалниот притисок на секоја контактна точка,

– илустративно да ја демонстрираат клиничката примена на фотопластичниот инструмент и метод, предложени од страна на Argan и Zanman (1980, 1982).

Според нив, техниката базира на фактот дека фотопластичниот инструмент и метод дозволуваат *in situ* регистрирање, како и *ex situ* квантификација на оклузалните односи на природните заби, надвор од устата на пациентот. Имено, компресијата врз фотопластичниот индикатор, во текот на оклузалниот акт, резултира во деформирање на неговата молекуларна структура, следена само од минимален „rebound“ (повратен) ефект. Сигнификантната задршка на регистрираниот интероклузален однос се должи на т.н. меморирачка способност на материјалот, што му овозможува на клиничарот анализирање надвор од устата на пациентот. Инаку, фотопластичниот индикатор, со првична дебелина од 0,1 mm, сместен во пластичен држач, се аплицира во устата на пациентот, врз максиларните заби, при што оклузалниот акт значајно ја редуцира неговата дебелина, во контактните ареи, дури и под 0.01mm. Ваквиот фотопластичен материјал, потоа, се поставува во специјален оптички инструмент, каде што во зголемено поле, преку поларизациона светлина се прикажуваат оклузалните импресии, под форма на различно нијансирани колорни ареи, што дава можност преку колорна калибрираност и вредносна конверзија прецизно и квантитаивно да се регистрира % на деформитет на индикаторот, односно карактеристиките на оклузалниот однос.

А. Ставревска