МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, Ш, 4, 255—262, 1979 г.

Стоматолошки факултет — Скопје

Клиника за мобилна стоматолошка протетика

КОРИСТЕЊЕ НА ПОКРИВНИ ПРОТЕЗИ ВО ПРОТЕТСКОТО ЛЕКУВАЊЕ НА СУПТОТАЛНА БЕЗЗАБОСТ

М. Фиљански, Д. Велески, Љ. Гајдова

Со изработка на покривни протези кај болни со суптотална беззабост се овозможува потполно вентилно затворање, а притоа се задржуваат и преостанатите природни заби. Со нивно ангажирање преку неколку видови на ретенциони системи,добивме подобра стабилизација на протезата и постигнавме делумно растоварување на претпотезната слузокожа.

Резултатите што ги добиваме се охрабувачки и ни даваат поттик за понатамошно клиничко и експериментално испитување.

Забите како органи се нераскинливо врзани за организмот во целина и со нивното вадење се губат центрипеталните импулси кои во присуство на природните заби, се создаваат во парадонтот за време на актот на џвакање. На тој начин се нарушуваат рефлексите, кои ги регулираат мускулните контракции и се губи чувството на џвакање со сопствените заби. За воспоставување на нормалната биодинамика на мастикаторниот орган во новонастанатата ситуација, мора да помине подолго време и да се изврши преградување на условно рефлексните патишта[8].

Оттука произлегува оправданоста како на пациентите, така и на терапевтите за што е можно подолго задржување на природните заби, како и нивно вклучување во протетската терапија дури и тогаш, кога тие се во мал број. Во тој правец се опишани и реализирани повеќе протетски решенија[2,4,7,10].

Една таква можност за протетско лекување на болни со суптотална беззабост, ни дава користењето на покривните протези. Поимот „покривни" протези е земен со директен превод од англиската литература „Overdeitures" [5]) со што се означува посебниот карактер на овој систем. Со покривната протеза ги пок-

риваме преостанатите заби и ги користиме за нејзина подобра ретенција и стабилизација (својство на парцијални протези) и второ, завршувајќи во зоната на релативно подвижната лигавица се формира вентилно затворање, својствено за тоталните забни протези На овој начин покривните протези ги обединуваат основните карактеристики на парцијалните со тоталните протези и чинат преоден период од едните во другите.

Метод на работа

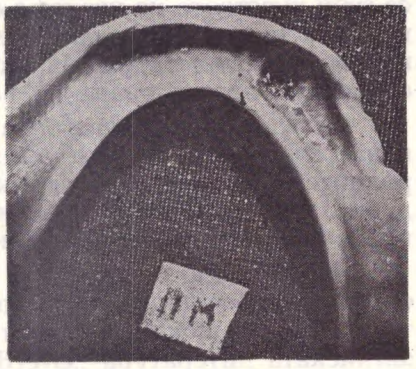
Во нашата клиничка практика работејќи на проблемите во супптоталната беззабност и нејзината протетска терапија, покрај други методи користевме и изработка на покривни протези. За нивна реализација ги употребуваме следните ретенциони системи:

1. Топчест ретенционен систем

Овој систем се состои од машки дел, во вид на топчест продолжеток, кој се заварува на леана Ричмонд база и матрица која одговара на машкиот дел. Таа се вградува во акрилатната база на протезата, или се заварува во металниот скелет (Roach Biphra, Gerber). Нивната примарна примена е кај болни со еден од два преостанати лечени корени во забниот низ.

Во недостиг на готови фабрички ретенции, направивме модификација, каде топечстиот дел го моделиравме и леавме заедно со Ричмонд базата, а матрицата ја изработуваме од жица за кукички со дебелина од 0,7 мм. Таа со еден дел се ретенира во поткопаното место на топечстата ретенција, а со слободните краеви — опашката на жицата — се ретенира во акрилатната протезна база (сл. 1 и 2). Релативната еластичност на тенката жица овозможува пропаѓање на протезната база, што помал дел од притисокот се пренесува на забниот корен, а поголемиот на потпротезната слузокожа.

Сл. 1



Сл. 2

2. Це-Ка систем

Се состои од патрица со круповидна форма, која со сепарација е поделена на ечтири еластични сегменти. Крушовидниот дел на базата има навои со кои се закрепнува на матрицата на безалната плоча, или е без нив, па се заварува за леаната Ричмонд база. Меѓу патрицата и матрицата се наоѓа прстен и со негово вадење се постигнува резилиенција на Це-Ка системот (сл. 3 и 4).

Се изработува во 11 варијанти со три основни големини (N—голема, R—средна, G—мала). Во зависност од начинот на прифаќањето на притисокот може да се користи крут (без трансплационен прстен), или резилиентен, а спрема намената поединечен или шински. Кај болни, каде имаме поодалечени столбни заби особено е погоден шинскиот Це-Ка систем[2].

Сл. 3

Сл. 4

3. Dolder-ов систем.

Него го сочинуваат една кована метална прачка-патрица и кошулка-матрица. Се изведува во два основни облика:

а) круг во „U" профил.

б) резилиентен, јајчест профил.

Dolder прачката се изработува во нормална и микро големина[7,3]).

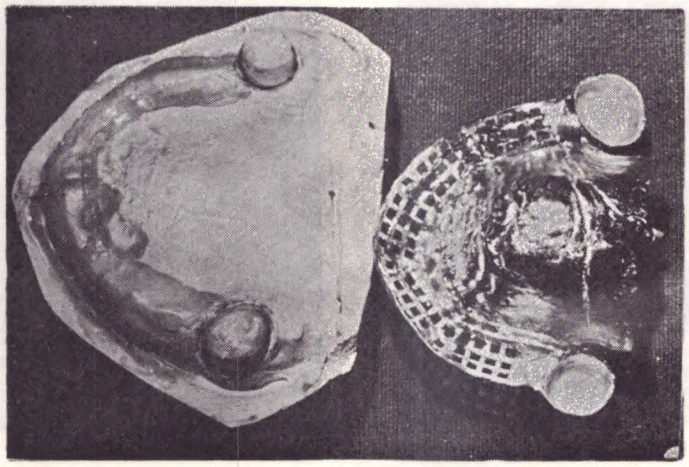
Ние користевме резилсентна форма на Dolder системот, при што пречката ја заварувавме на Ричмонд база формирајќи ја на тој начин патрицата. Матрицата се вградува во гингивалниот дел на протезата.

Со слични карактеристики е и Gilmor-овиот екстракоронарен атечмен кој во нашата практика се покажа како мошне добар,[13,14]). Негов најголем недостаток е крутата врска меѓу протезната база и преостанатите заби. Заради зголемување на вертикалната транслација, можно е при изработка на металниот скелет, во зависност на резилиенцијата на слузокожата, да се обезбеди меѓупростор од 2 — 4 мм меѓу елементите на овој систем.

Главна индикација за нивна примена се болни со суптотална беззабост во долната вилица, со преостанати заби во интеркаинината регија.

4. Телескоп систем

Овој систем, како алтернативно решение кај покривните протези го препорачува Morrov со соработниците во 1965 г.[5]). Се состои од една тенка леена внатрешна коронка — цементирана на забното трупче и надворешна, која ја опфаќа внатрешната и е составен дел на мобилната протеза. Ретенцијата меѓу елементите на телескоп системот се обезбедува со интимен допир на аксијалните површини и нивно меѓусебно триење[3]). (сл. 5).



Сл. 5

Некои автори (Isaacson)[6]) препорачуваат и засилување на ретенцијата меѓу телескоп елементите со монтирање на чеп на федер, познат како (внатрешен Tach—E—Z федер) вграден во надворешната телескопска коронка. Ваквиот начин на додатна ретенција обично не е потребна кај покривните протези.

При изработката и вградувањето на било кој од овие системи неопходна е употребата на паралелометарот.

Сите болни се клинички и РТГ следени во текот на последните три години.

а) Клиничките испитувања ги вршевме врз база на процена на локалниот наод спрема следните критериуми:

1. Времетраењето на прилагодување на протезата
2. Постоењето на воспалување на маргиналната гингива на преостанатите заби.
3. Присуство на декубитуси и другите дразнења на слузокожата под протезата.
4. Разнишување на забите.
5. Просечно протетско време на користење на протезите.

б) РТГ испитувања

РТГ графија е правена кај сите болни пред почетокот на терапијата, по еден месец од предавањето на протезите, по шест месеци и по три години протетско време на користење на протезите Користено е ретроалвеоларно и ортопантомографско снимање. На РТГ графите ги анализиравме:

1. Алвеоларната коска
2 Интерденталниот септум
3. Ламина дура
4. Периодонталниот простор.

Притоа се барани Mac-Sollovn семилунарни задебелувања и Stil-мановите цепнатини. Испитувањата се споредувани со група болни решавани со класични акрилат парцијални протези.

Резултати

На клиниката за мобилна стоматолошка протетика, повеќе години изработуваме покривни протези кај болни со суптотална беззабост. Протезната база и вентилното затворање — како и вградувањето на ретенционите системи го изработуваме на функционален отпечаток. Во ангажирањето на преостанатите природни заби се користени: шинирање и блокирање со индивидуални зглобни врски, Dolderов ретенционен систем, Gilmor-ов екстракоронарен атечмен; Це-Ка систем, телескоп коронки и индивидуален интракоронарен зглоб со жичана врска (табела 1).

TABELA 1

VID NA SISTEMOT	BROJ NA SLUČAI	%
TELESKOPSKI SISTEN	11	36,66
GILMOR-OV JAVAČ	6	20,00
ĮK. ŽIČENA VRSKA	5	16,66
DOLDER-OV ZGLOB	4	13,33
CEKA KORČE	4	13,33
VKUPNO:	30	100

Соодносот меѓу бројот на болните со суптотална беззабост решен со покривни претези е даден во табела 2.

TABELA 2

GODINA	SUBTOTALNA ANODONCIJA	%	POKROVNI PROTEZI	%
1976	55	100	7	12,7
1977	102	100	15	14,7
1978	114	100	8	7,0
VKUPNO	271	100	30	11,0

Од табелата се гледа дека само еден помал процент (11%) од болните со суптотална беззабост се третирани со покривни протези.

Анализирајќи ги резултатите се доаѓа до заклучок дека предложениот метод на работа дава подобри функционални и естетски решенија. Се скратува времето на прилагодување кон протезата, а со присуството на природните заби останува чувството на џвакање и нормалниот центрипетален пат на импулси од нивниот пародонт.

Дискусија

Изнесената методика на протезна конструкција со користење на повеќе ретенциони системи дава можност за поширока примена на покривните протези во стомато-протетската терапија на суптоталната анодонција. Покривните протези на многу импресивен начин здружуваат две ретенциони решенија со различни квалитети. Така со формирањето на вентилното затворање се добива ретенција — својствена за тоталните протези, а со вклучување на природните заби се добива ретенција како кај парцијалните протези. Со тоа во потполност се остварува постепениот преод од парцијална кон тотална протеза, како во физиолошка така и во психолошка смисла.

Максималното задржување на природните заби и нивното вклучување во протетската терапија, во услови на суптотална анодонција, извесни автори [7,8,10,13]) го оправдуваат уште и од следните причини:

а) Присутноста на забите ја забавува ресорпцијата на алвеоларните гребени, што индиректно придонесува за подобра ретенција и стабилизација на протезата.

б) Длабинската перцептивна и проприорецептивна осетливост кај овие заби е зачувана како и кај виталните заби. Оваа осетливост има голема важност во актот на џвакањето, при што

се овозможува правилна положба на болусот во устата, а делува истовремено на синхронизацијата на мастикаторната мускулатура и виличниот зглоб, како и на физиологијата на излачување-ето на плунката.

в) Современата технологија и методика на работата во амбуланта и забната техника, дава можност и малиот број преостанати природни заби да се искористат за ретенција, стабилизација и пренос на џвакопритисокот.

г) Од естетски аспект кај супготалната анодонција не постои опасност дека протетското помагало нема да се вклопи по бојата, големината и обликот со забите антагонисти.

д) Со екстракцијата на забите преку кои е изработена покривната протеза со едноставно подлагање супготалната — преоѓа во тотална протеза, без да се изменат нејзините анотомно-морфолошки и естетско-физиолошки особености.

Заклучок

Во текот на изведувањето на протетската терапија на супготалната анодонција со покривните протези треба студиозно да се пристапи кон определување на видот на зглобалната врска и начинот на терапија за секој случај одделно.

Не е доволна само анализата на студио-моделите, туку понекогаш треба да се изврши претходно одредување на меѓувиличните односи, пробно поставување на забите, паралелометриско мерење, комплетен РТГ статус на преостанатите заби и беззабните делови на вилиците и др. По една таква опстојна анализа се донесува план за видот на протетската терапија.

Анализата на резултатите покажува дека при протетското лекување на супготалната анодонција сме користеле изработка на покривни протези кај 11,0% од случаите.

Можноста за лабораториска изработка на индивидуалните атечмени во комбинација со покривните протези дава надеж за нивна поширока примена во лекувањето на супготалната анодонција.

Summary

In the course of prosthetic treatment of subtotal anodontia using overdentures, for each case separately special account should be paid to assess the type of joint junction and therapy.

2. Sometimes, analysis of studio models is not satisfactory and inter—jaw relation should be primarily assessed, as well as parallometric measurements, total RTG status of the remaining teeth and toothless parts of the jaws, etc. Only after such analysis, plan for the type of prosthetic therapy can be maintained.

3. Review of results shows that in prosthetic tretmant of anodontia we used overdentures in 11,0% of the cases.

4. The possibility that individual attacments in combination to overdentures could be produced in laboratories enables their iwide range usage when treating subtotal anodontia.

Литература

1. Applegate, O. C.: The partial denture base, J. Prost. Dent. 5 : 636, 1955

2. Artur B.: Ce-Ka anchor, Quintessenz. 4, 43, 1970

3. Bisgluck J. G.: Partial dentures and teleskope construction J. Prost. Dent. 26 : 307, 1969

4. Blatterfein, L.: The use of the semiprecision rest in remvable partial dentures J. Prost. Dent. 22 : 307, 1975

5. Prewer A. and Morrow R. Owerdentures p. 273, 1975

6. George O. Isaacson.: Telescope crown retainers for rewovable partial dentures J. Prost. Dent. 22 : 436, 1969

7. Dolder, E. J. Steg — Prothetik.: Die Steg—Prothese und die Steg—Geschiebe Prosthese. Heidelberg, Hutig, 1969

8. Kandić i sorabotnici.: Mogučnosti protetskog tretmana jedinog preostalog zuba u vilici, Zbornik radova LV Kongresa stomatologa Jugoslavije 439, 1968

9. Lorencki, S. F. Planing precisions restorations J. Prost. Dent. 21 : 506, 1969

10. Marić D., Dimitrievič B.: Teleskop kruna u sastavu maksimalne parcijalne pločaste proteze, Stomatološki glasnik Srbije 3, 182, 1968

11. Marić D. i sorab.: Neka estetska rešenja retencije parcijalnih proteza primenom individualnih atečmena, VI Kongres stomatologa Jugoslavije, Zbornik radova II 313, 1976

12. Suvin M., Branovački D.: Dostignuća u stomatoäoškoj protetici — Marić, Subtotalna bezzabnost 170 Sveučilišna naklada Zagreb, 1977

13. Teodosijević M. i sorab.: Protetska upotreba Dolder prečki, VI Kongres stomatologa Jugoslavije, Zbornik radova II, 331, 1976

14. Filjanski M. i sorab.: Naše iskustvo kod upotrebe nekih zglobnih veza, VI Kongres stomatologa Jugoslavije, Zbornik radova II, 337, 1976.