

Katedra za stomatološko protetiko
MF v Ljubljani

Predstojnik: prof. dr. sc. dr. Rajko Sedej

PROTETSKO ZBRINJAVANJE ZUBNIH ABRAZIJA I EROZIJA

A. Kikl-Berginc, R. Sedej, L. Marion

Prekemerno trošenje tvrdih zubnih substancija, s obzirom na etiologiju i položaj, dele se na abrazije i erozije. Kompleksne protetske rehabilitacije treba da udovolje sledećima principima:

- eliminacija mehaničkih i psihičkih uzroka parafunkcija i mehaničko -hemiskih uzroka erozija,
- planiranje protetskih zbrinjavanja abrazija i erozija treba da bude usklađeno sa stupnjem njihovog razvoja,
- zaštita ugroženih zuba,
- uspostavljanje normalnih intermaksilarnih odnosa,
- svaka stomatoprotetska rehabilitacija mora biti istovremeno funkcionalna i estetska.

Stomatoprotetska obrada abrazija i erozija je zbog svoje kompleksnosti često interdisciplinarni rad šireg kruga specijalista.

Abrazija zuba je prekomerno patološko trošenje čvrste zubne substancije. U etiopatogenezi te pojave na prvom mjestu su artikulacijska preopterećenja zuba prouzrokovana parafunkcijama, gubitkom zuba i sl. Istraživanja Kandića potvrđuju činjenicu, da postoji pozitivna korelacija između frekvencije i stupnja abrazije sa jedne strane i nefizioloških funkcija orofalnog sustava sa druge. U Banatu je pronašao $73,96 \pm 2,52\%$ -nu učestalost abrazije sa prevalencijom horizontalnog tipa.

Reding i Robinson konstatuju, da je kontakt zuba kod pacijenata sa bruksizmom u jednom satu spavanja 40 sekunda, sa prosječnim trajanjem kontakta od 9 sec., a Graf navodi da je kontakt zuba kod normalnog žvakanja samo 0,3 sec., što ukazuje na veliku ulogu parafunkcija u razvoju pojave abrazije.

U okviru planiranja zbrinjavanja abrazije smatramo za neophodno:

— eliminirati uzroke parafunkcija t.j. prisutnih okluzalnih smetnji, psihičko-emocionalnih tenzija ili i jednog i drugog obično prisutnog uzroka i

— ustanoviti stupanja abrazije, jer svaki iziskuje svoj protetički pristup.

Tako drugi stupanj abrazije i početak trećeg možemo još preventivno sanirati. Protetska preventiva sastoji se u tome, da se zaštite metalom sve one artikulacijske površine, kojima se fiksira visina zagrižaja i kontakt zuba pri svim kretanjama mandibule. U tu svrhu upotrebljavamo inleje, pinleje, djelimi ne krunice itd.

Primjeri abrazije trećeg, četvrtog i petog stupnja ubrajaju se u teža protetska zbrinjavanja koja treba da udovolje sledećim principima:

1. zaštita ugroženih, iritiranih termičko osjetljivih zuba,
2. spreječavanje napredovanja abrazijskih pojava,
3. estetsko uskladjivanje antropometričkih srazmjera obraza i zuba,
4. reokluzija intermaksilarnih odnosa, koji su razvojem abrazijskih pojava gotovo redovito poremećeni.

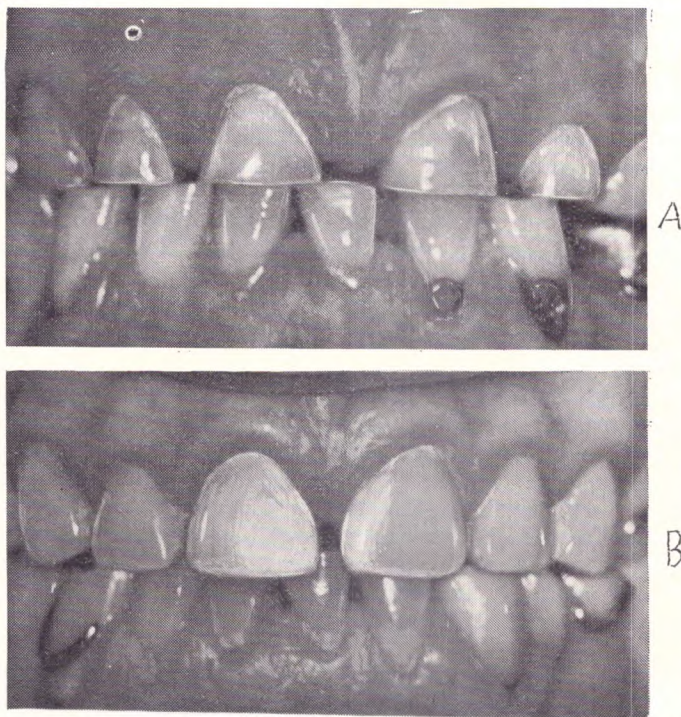
Osnovni problem pri tome je reagovanje čeljusnih zglobova, muskulature za žvakanje i drugih elemenata orofacijalnog sustava na drastično promjenjenu visinu zagrižaja.



Sl. 1: Pacijent A. P., star 56 godina, sa tipičnom horizontalnom abrazijom 3—4 stupnja, nastalom zbog ranog gubitka zuba transkaninog područja i bruksizma.

Gnatolozi upozoravaju na svaku promjenu intermaksilarnih odnosa. Kada bi se striktno pridržavali njihovih načela, ne bi mogli udovoljiti protetskim zahtjevima ni teorijski ni praktički. Činjenica je da do sniženja zagrižaja dolazi postepeno, te je time omogućeno svim elementima orofacijalnog sustava da se tim promjenama prilagodjavaju usput, ravnomjerno i bez teškoća. I klinički konstatujemo, da pacijenti sa izrazito sniženim zagrižajem u najviše slučajeva nemaju poteškoća niti u zgobu niti u drugim

elementima sustava; i njihov interokluzalni prostor smanjio se u skladu sa sniženim kliničkim zubnim krunama kao posljedica abrazije.



Sl. 2: A) Isti pacijent „en face”, zubi u habitualnoj okluziji, zagrizaž snižen za 3 mm. B) Posle protetske opskrbe) zagrizaž povišen za 2,5 mm.

Protetska reokluzija korigira dugogodišnje snižavanje zagrizaža drastično — jednim zahvatom, što i jeste njena suština u smislu definicije. Ponekad moramo tim zahvatom iskoristiti gotovo čitav interokluzalni prostor. Upravo zato smo kod pacijenta sa izvanredno sniženim zagrizažem primjenili metodu predprotetskog podizanja zagriza, koji dozvoljava eventualne korekture u smislu prilagođavanja viline zagrizaža. U tu svrhu služe nam nagrizne ploče, provizorični akrilatni mostovi ili čisto konzervativne metode sa izradom plombi iznad nivoa okluzne površine. Kada smo uvjereni da se pacijent prilagodio novoj visini zagrizaža, pristupimo k definitivnoj protetskoj obradi. Pri tome ne treba zaboraviti ni statička načela; ako opteretimo zube dodatnim silama, moramo jih nužno povezati u veće skupine — blokove.

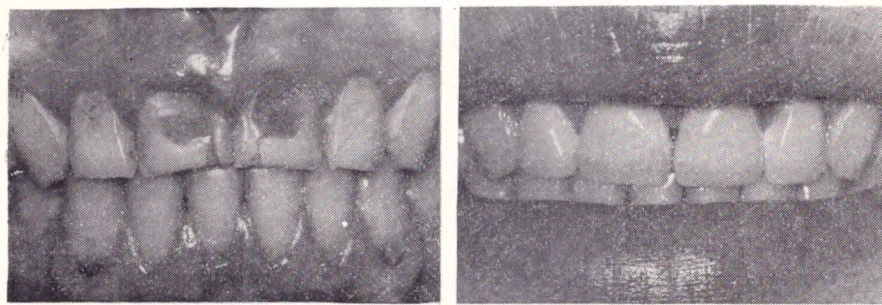
Iz naše dugogodišnje kliničke kazuistike prikazujemo za ilustraciju jedan karakterističan primjer: pacijent A. P., star 56 godina, sa horizontalnom abrazijom 3—4 stupnja, interokluzalnom dimenzijom 2,5 mm. Protetsko zbrinjavanje izvedeno je u saradnji sa drugim specijalistima stomatološkog smjera; gingivotomija svih zuba gornje čeljusti, predprotetski podizaj zagrizaža akri-

latnim mostom, kojeg pacijent nosi 4 mjeseca. Konačno pristupamo definitivnoj reokluziji, kojom postizemo funkcionalni, estetski i fonetski efekat. Pri definitivnoj opskrbi iskoristimo njegovu interokluzalnu dimenziju gotovo u cjelini. Po završenoj rehabilitaciji pacijent ne navodi teškoće ni u kojem elementu mastikatornog sustava. Posle godinu i pol konstatujemo da se formirala nova interokluzalna dimenzija u visini 2 mm.

Erozije zuba definiramo kao defekte tvrdih tkiva, koji astaju izajamnim delovanjem mehaničkih i hemijskih faktora, dok je uloga bakterija u njihovoj etiologiji beznačajna. Njihova lokalizacija je specifična na labijalnoj površini zuba, a oblika su raznolikih — od pljosnatih plitkih i dubokih do klinastih vratnih erozija.

Terapija zubnih erozija preventivno je kauzalna, t. j. eliminacija onih faktora, koji sudjeluju direktno u njihovom početnom i daljnjem razvoju.

Rasežnost erozija je faktor, koji diktira konzervativni ili protetski tretman. Za manje erozije dovoljno je odstraniti uzročne faktore, dok uznapredovale konzervativno obradimo. Savremeni način konzervativne zaštite je tehnika nagrizanja cakline (email preparator) i upotreba materijala za plombe na bazi isosita: isopast, isocap. Obsežnije erozije zahtevaju protetsku obradu: inleje V. razreda na mjestima koja govor i smijeh ne otkrivaju, a u interkaninom sektoru upotrebljavamo akrilatne, fasteliraie, Jacket i metalno-keramičke krunice.



Sl. 3: A) Gornji sjekutiči pacijentice K. I. stare 26 godina sa izrazitim erozijskim defektima. B) Metalno-keramička opskrba sjekutiča, ostali defekti konzervativno sanirani.

Odabrali smo primjer pacijentice sa izrazitim erozijskim defektima na gornjim sjekutičima i manjim erozijama na zubima donjeg interkaninog područja. Neobična je etiologija primjera, kojeg navodimo radi interesantnosti: sa željom da bi imala „što belije zube“ pacijentica je više godina upražnjavala čišćenje zuba veoma intenzivno i pri tome je upotrebljavala sok od limuna (pH 2,8). Gornje sjekutiče obradili smo u keramično-metalnoj tehnici a ostale defekte smo konzervativno sanirali.

Protetsko zbrinjavanje erodiranih i obradiranih zuba kompleksan je problem, kojeg treba riješavati interdisciplinirano. Uspostavljanje novih intermaksilarnih odnosa programira isključivo specijalist protetskog smjera.

Summary

Fixed-prosthetic care of dental abrasions and Erosions

Frequent parafunctions, in particular Brucssismus and Brucssomania of recent man, subjected to numerous stresses, exert influence upon excessive wear of hard dental substances. Pretentious prosthetic rehabilitations of abrasions and erosions must fulfil the following principles:

1. Remove the causes of parafunctions and mechanical-chemical causes of erosions.
2. Specific therapy shall be planned with regard to the degree of abrasion, or, the development of the erosion.
3. To protect the endangered teeth.
4. To ensure normal interocclusive relations.
5. To prevent further abrasive or erosive appearances.
6. Every prosthetic rehabilitation shall be, at the same time, also an aesthetical solution.

The prosthetic care of abrasive or erosive teth often calls for interdisciplinary work of specialists-stomatologists.

Literatura

Drum W.: Parodontitis traumatica sive parafunktionalis. *ZobV* 11 (1956), 283—290.

2. Eichner K.: Zur prothetischen Versorgung vov Patienten mit Dysgnathien. *DZZ*. 30 (1975), 161—169.

3. Haddard A. W.: The functioning Dentition in Physiology of oral Tissues, editor Kawamura Y., Osaka 1976.

4. Kandić M.: Razprostranjenost, etipatogeneza i terapija zuba zahvaćenih abrazijom u Dostignuća u stomatološkoj protetici — Suvin, Brankovački, suradnici, sveučilišna naklada Liber, Zagreb 1977.

5. Kandić M., Kolaž Ž.: Etiopatogeneza trošenja čvrste substance zuba. *Stomatološki glasnik Srbije* 2 (1977), 111—115.

6. Muller J., Sedej R.: Parodontoplastika kot priprava protetičnih nosilcev. *ZobV* 21 (1966), 35—38.

7. Novak F.: Etiologija travmatske okluzije. *ZobV* 30 (1975), 109—117.

8. Sedej R.: Biološki in statični vidiki načrtovanja mostnih konstrukcij. *ZobV* 27 (1972), 133—144.

9. Sedej R., Košič H., Roš B.: Amelogenesis idperfecta z vidika protetične oskrbe. *ZobV* 31 (1976), 105—111.

10. Sognnaes R. F.: Mechanismus of Hard Tissues Destruction. American Association for the Advancement of Science, Washington D. C. 1963.

11. Vrbič V.: Zobne erozije in uzure. *Zobv* 17 (1962), 177—181.