

Katedra za stomatološko protetiko
MF v Ljubljani

Predstojnik: prof. dr. sc. Rajko Sedej

STOMATOPROTETIČNI PROBLEMI REHABILITACIJE BOLNIKOV PO OPERACIJI PALATOSHIZE

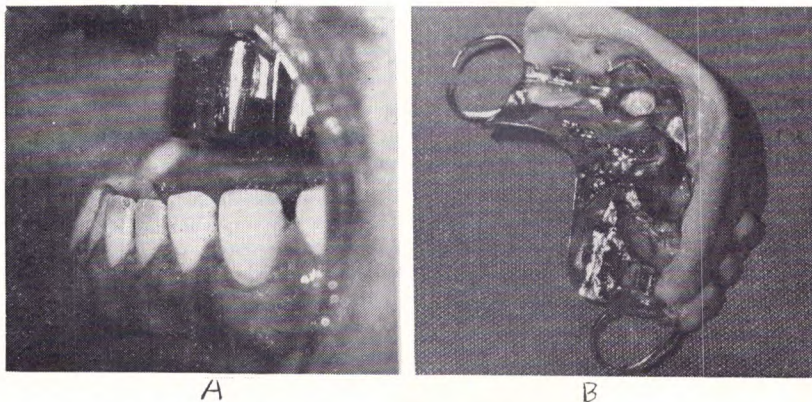
V. Vidmar

Avtor navaja iz literature novejšo definicijo palatoshize, ki je vsekakor med najtežjimi razvojnimi anomalijami stomatognatega sistema. V nadaljevanju opiše bolnika R. T., ki je bil protetično zdravljen že pred desetimi leti in bilo pri njem po osih letih nujno obnoviti vse protetične konstrukcije. Avtor poudarja izredno pomembnost čiščenja in vzdrževanja omenjenih konstrukcij in higijene ustne votline. V nasprotnem primeru nastanejo lahko vnetja dlesne in kariozni procesi tudi na prevlačenih zobeh, kar privede do ekstrakcij posameznih preostalih zob in s tem do zmanjševanja števila nujno potrebnih zob sidrenja.

Ena novejših definicij, ki sta jo podala V. Lenart in I. Lenart po histopatološkem pregledu in analizi tkiva, vzetega iz področja shize pri 200 bolnikih, je naslednja: Palatoshize so embrioin fetopatije, kot reakcija na okvaro tkiva, ne glede na to, ali je ta okvara nastala zaradi grobe eksogene alteracije ali zaradi subtilnih procesov gašenja indukcije in organizacije, nastalih zaradi razvrednotenja dadne mase. Avtorja sta našla spremembe epitelija od shizni reži in spremembe v mezenhimu.

Deformacija ustne in nosne votline prizadetih bolnikov naj bi bila posledica intrauterine aktivnosti jezika in predstavlja funkcionalno in oblikovno prilagoditev ustne votline na motnjo. S tem preoblikovanjem je omogočeno črpanje amnijske tekočine v prebavni kanal ploda (Oblak, 1974). Omenjene nakaze obrada in zgornje čeljusti so razmeroma pogoste, saj je bilo ugotovljeno, da se samo v Sloveniji vsako leto rodi približno 27 otrok s to anomalijo, bodisi da gre za helioshizo, heilognatopalatoshizo ali za izolirano palatoshizo (Jurca, 1974).

Terapija shiz je bila prvotno samo protetična. Obturator naj bi zaprl nebni defekt, izboljšal izgovorjavo, zmanjšal motnje pri jedi ter popravil bolnikov estetski videz. V literaturi najdemo podatek, da je palatofaringealni defekt prvi protetično zaprl Ambroise Parre v 16. stoletju. Pozneje je protetično zdravljenje palatoshiz izpopolnil Pierre Frauchard. V 19. stoletju je bil Snell že zagovornik premičnega obturatorja, medtem ko so Stearn in njegovi somišljeniki še zmerom dajali prednost negibljevemu obturatorju (Desjardins, 1975).



Sl. 1. A) Bolnik R. T. Pogled s profila, kjer se vidi horizontalni razmak frontalnih zob. — B) Proteza z ulito bazo.

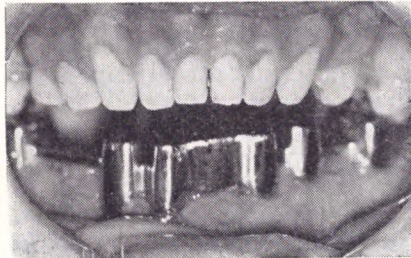
Z napredkom kirurgije so se razvile kirurške metode zapiranja palatofaringealnega defekta. V današnjem času je zdravljenje palatoshiz interdisciplinarno. V procesu zdravljenja sodelujejo pediater, maksilofacialni kirurg, ortodont, logoped, psiholog in protetik. Protetično pomoč potrebuje 95% bolnikov s palatoshizo. Terapija se lahko začne že kmalu po rojstvu in traja vse življenje. Stomatoprotetično zdravljenje nadomesti manjkajoče zobe, izboljša estetski videz ter zmanjša psihično prizadetost bolnika, predvsem pa še zavaruje preostalo zobovlje, pri čemer pa mora sodelovati tudi bolnik, s tem, da redno hodi na občasne preglede in da se ravna po navodilih stomatologa.

V tem prispevku obravnavamo le tiste bolnike, ki so bili že kirurško zdravljeni, so se pa iz različnih vzrokov izgonili ortodontskemu zdravljenju oz. so čas za ortodontsko terapijo zamudili ter nato iskali pomoč pri protetiku. Značilno stanje pri takih bolnika je: upadla zgornja in prominentna spodnja ustnica, vertikalna dimenzija okluzije je znižana, zmanjšan in nesimetričen zgornji zobni lok, mandibula je normalno razvita, horizontalni razmak med zgornjimi in spodnji sekalci v centralni okluziji (v kolikor zgornji sekalci ne manjkajo), v okluziji so le zobje transkaninega področja, preostali zobje so večkrat v slabem stanju, bolnik je zaradi anomalije psihično prizadet in se težko prilagaja družbenemu okolju.

Izmed mnogih bolnikov, ki smo jih oskrbeli na kliniki za fiksno protetiko, smo za prikaz protetičnega zdravljenja izbrali bolnika R. T., starega 19 let (ob prvem pregledu, leta 1968). Pomoč je iskal več let po kirurški oskrbi palatoshize. Ortodontsko terapijo je oklanjal.

Ugotovitve kliničnega pregleda: manjkajo zobje 15, 12, 11, 46, 45 in 36; zobje 15, 12, 11 so nagnjeni palatinalno. Pri bolniku so bili izraženi vsi že omenjeni simptomi. Protetična terapija je potekala v treh fazah: med pripravljanim postopkom smo izdrli levo zgornjo petico, na sekalcih 12, 11 pa smo nacrtno izvedli vitalno ekstirpacijo pulpe in napravili fiksnoprotetična nazidka. Slednjič smo s kovinskimi prevlakami zavarovali vse zgornje zobe, preko katerih je bila napravljena parcialna proteza. Bolnik je dobil vsa potrebna naodila za čiščenje in vzdrževanje protetičnih konstrukcij, vabilom na kontrole preglede pa se ni odzval.

Ponovo je iskal pomoč na naši kliniki šele 8 let za tem in sicer zraadi bolečin, ki jih je čutil v transkaninem področju levo zgoraj. Ob kliničnem pregledu je bilo opaziti, da je dlesna zgornje čeljusti, močno vneta in da obstaja globok cervikalni karies na pobeh 16, 21, 24, 25 in 26. Zobje 16, 21, 24 so bili avitalni, leva zgornja petica in šestica sta kazali znake purulentnega pulpitisa. Vsi navedeni zobje so bili majavi (stopnja II), in so imeli globoke sluznične mešiče. Bolnik ni bil upošteval navodi o vzdrževanju protetičnih konstrukcij in ustne higijene, ki jih je dobil po končnem protetičnem zdravljenju. Po lastni izjavi je protezo nosil neprekinjeno podnevi in ponoči in je tudi po več tednov ni snel.



Sl. 2. Isti bolnik. Stanje 2 leti po drugi protetični oskrbi. V zgornji čeljusti je fiksnoprotetična konstrukcija, ki povezuje preostale zobe.



Sl. 3. Isti bolnik. Centralna okluzija po vstavitvi proteze.

Po medikamentoznem zdravljenju dlesne in ekstrakcijah zob 16, 21, 24, 25, 26 je bil bolnik ponovo protetično oskrbljen. Vse preostale zobe v zgornji čeljusti 17, 14, 13, 22, 23, 27 smo mu zopote zaščitili s prevlekami in povezali med seboj z gredmi (sliki 1a in 2). Na zobeh 14, 13, 22, 23 smo mu ponovo napravili teleskopske prevlake, na obeh zgornjih sedmicah pa polne kovinske prevlake. Preko fiksnoprotetične konstrukcije je bila izdelana parcialna proteza z ulito bazo (sliki 1b in 3). Ta se tesno prilega teleskopskim prevlekam ter je dodatno pritjena na fiksno kon-

strukcijo z dvema Ackermanovima jahačema in ulitima „C“ zaponama na molarjih. Kombinirana smemo in fiksnoprotetična rešitev ustreza atko funkcionalno kot estetsko.

Vsa podobna stanja palatoshiz zahtevajo, da jih obravnavamo kompleksno, da pri njihovem zdravljenju sodelujejo tako samo bolnik kot strokovnjaki vseh v uvodu navedenih specialnosti.

Summary

The author first quotes the latest cleft palate definition, which is certainly among the worst development anomalies of the stomatognathic system.

Following is the description of the patient R. T. who was prothetically treated years ago and 8 years later all the prothetic constructions had to be renewed. The author points out how very important it is that such constructions are properly cleaned and maintained; the mouth hygiene is vital, too. Otherwise the gums might get inflamed and caries is found also on covered teeth. As a result of this individual still left teeth must be extracted and in this may the number of badly needed anchor teeth is decreased.

Literatura

1. Desjardins R. P.: Prosthodontic management of the cleft-palate patient. *J. Prot. Dent.* 33 (1975), 655—665.
2. Jurca M.: Etiologija heliognatopalatoshiz v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, 1974.
3. Lenart V., Lenart I.: Heliognatopalatoshize in kromosomske anomalije. *ZobV* 28 (1973), 13—20.
4. Oblak P.: Ovrednotenje zgodnje pooperativne čeljustno-ortopedske terapije pri otrocih s helognatopalatoshizo. Doktorska disertacija. Ljubljana, 1974.
5. Vidmar V.: Protetična rehabilitacija odpretega griza. *ZobV* 24 (1969), 57—62.