

Стоматолошки факултет – Скопје
Клиника за стоматолошка протетика

ПРОТЕЗИРАЊЕ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

Кртолица Јелица

Детството и младоста се синоними кои недвојбено се поврзани со растот и развитокот на организмот. Забалото е дел од максиларнофацијалниот комплекс кое се движи, со растот и развитокот. Специфичностите, кои се условени од динамиката на развитокот на орофацијалниот систем, детерминираат издвојување на пет периоди и тоа: од 0 до 3 год., од 3 до 6, од 6 до 12, од 12 до 18 и над 18-годишна возраст. Третиот и четвртиот период, според нашите согледувања, се периоди на најбрз развиток на организмот воопшто, но наедно и периоди кога се зголемува потребата од протетичка интервенција.

Секоја одделна коска расте и ја менува својата положба. Но, до измена на положбата доаѓа и поради растот и развитокот на соседните коски, како и под дејство на функцијата на меките ткива. Тоа се кумулативни промени. Максилата расте наназад и нагоре, што резултира на нејзино поместување нанапред и надолу. Растот на мандибулата е посложен и голем придонес во нивното толкување дал Enlow, 1975.

Специфичностите на детската возраст од стоматолошки аспект, Рајиќ (1985), ги карактеризира, освен растот и развитокот на вилиците и лицето и развојот на забите и тврдите ткива на забите, никнувањето и смената на забите, карактеристиката на детската забна пулпа, поместувањето на припојниот епител, психичките особини на детето и др.

Големата разиграност во детската возраст, присуството на кариозниот процес, спроведувањето на стоматолошките интервенции, доведуваат до поголеми или помали дефекти на забната низа уште во детската возраст. Загубата на забите во овој период од било кои причини (траума, кариес, херeditерни и стечени аномалии на тврдите забни ткива) доведуваат до потреба од протетички третман. Дефектите на забите се придружени со промени во развојот, и тоа како функционални така и психички.

За да можеме да оствариме една успешна протетичка терапија, мораме да постигнеме целосна компатибилност помеѓу динамичниот развиток и раст и дејството на протетичко – ортодонтското помагало.

Целта на протетичката терапија е раставирање или надополнување на одделни заби за да се подобри функцијата на цвакање, фонацијата, естетиката, спречување на настанување ортодонтски аномалии или спречување на одредени психички оптоварувања кај децата.

Материјал и метод на работа

Врз основа на нашите досегашни клинички, искуства, како и согласно со искуствата сретнати во домашната (Živković, M. 1975; Milačić, N. 1984) (Марко-

виќ, М. 1982) и странската литература, Бојанов Б. 1973, I. V. Markosijan 1956) детството и младоста, гледани од аспект на потребата за протетички третман, ги поделивме во пет периоди, и тоа:

- I ПЕРИОД* од 0 до 3 год. Сите млечни заби се поставени на своите места.
- II ПЕРИОД* од 3 до 6 год. Вилиците растат и покрај тоа што сите млечни заби се изникнати, што се манифестира со појава на дијастеми меѓу нив;
- III ПЕРИОД* од 6 до 12 год. Млечните заби постепено се заменуваат со трајни. Тоа е период кога детето забрзано се социјализира, кога се вклучува во несопириливата динамика на животот изложувајќи се на можни физички нарушувања на интегритетот на забната низа. Наедно тоа е период на забрзан раст и развиток на вилиците;
- IV ПЕРИОД* од 12 до 18 год. интензитетот на развојот незначително се намалува и забната низа се надополнува со преостанатите заби. Но, и во овој период, како и во претходниот, чести се алтерациите на поединечни или група заби, од физички агенси или како резултат на прогресија на кариесот;
- V ПЕРИОД* над 18 год. Возраст која со својата патологија е предмет на интересирање на протетиката за возрасни.

Други автори динамиката на растот и развитокот ја означуваат како најголема во периодот од првата и втората година, потоа од 5 до 7 и од 10 до 12-годишна возраст.

Дискусија

Во првиот период до 3-годишна возраст, децата ретко доаѓаат во контакт со стоматологот, со исклучок ако постои некоја од вродените аномалии или ако настанат фрактури на поединечни заби или во склоп на покомплексни фрактури на лицевата регија.

Вториот период од 3 до 6 години не ретко има потреба од интервенција на стоматологот протетичар, но поради специфичностите на споменатите години таа често не наоѓа своја практична примена. Масовниот циркуларен кариес, кој не може успешно конзервативно да се санира, е индикација за изработка на поединечни вештечки забни коронки. Со тоа се продолжува векот на млечните заби неопходни како обезбедувачи на просторот за нивните трајни заменици и спречување на настанување на ортодонтски аномалии. Ако дојде до екстракција на повеќе млечни заби, потребно е да се изработи парцијална протеза со која ќе се надоместат изгубените заби. Специфичноста на парцијалната протеза се состои во тоа што поради промената на фундаментот со растот и развојот, потребни се почести контроли на 1-3 месеци, коректури, ослободување на протезата, додавање на нови заби или изработка на нова протетичка конструкција. Kostić, M. (1975), наведува дека е потребно менување на протетичката конструкција на секои 8-12 месеци. Во овој период многу често се сретнуваме со проблемот на неприфаќање на протетичката изработка. Фиксни забни конструкции, освен поединечни вештачки забни коронки, во овој период не се препорачуваат, затоа што тие го блокираат растот и развитокот.

Третиот период е период на постојаните заби. Тие ја преземаат мастикаторната функција. Трауматските оштетувања на фронталните заби најчести се токму во овој период. Од протетичките помагала можна е изработка на парцијални протези кои нема да дозволат инклинирање на забите кои го ограничуваат дефектот на забната низа, како и изработка на метални надградби на заби со завршен раст на коренот и поединечни вештачки забни коронки.

Во четвртиот период фрактурите на забите се доста чести или како последица на дејство на акутна траума или се производ на разурнувачкото дејство на

кариесот. Гледано од аспект на растот и развитокот, првата половина на овој период до 16-та година ги носи истите карактеристики и потреби како и претходната група. Но, потоа растот се позабава (Марковиќ, М. 1982) па во изборот на протетичката терапија ги вклучуваме дефинитивните коронки и мостовата конструкција. Според Маркосијан до 16-тата година ширината на вилицата во пределот на фронтот се зголемува за 7-10 мм, во пределот на премоларите за 8-10мм, а во пределот на моларите од 17 до 22 мм. Тргувајќи од констатацијата дека протетичката конструкција треба да ја вклопиме во една динамична состојба, императивно се наложува таа да не го блокира, забава или погрешно насочува растот и развитокот на виличниот тегмент, преку врската со забите како нејзини носители или придржувачи.

Парцијалните протези се индицирани во кој и да било од споменатите временски интервали. Нивното ретинирање е донекаде проблем во млечната дентиција, поради конфигурацијата на забите. Вклопувањето во постојаната дентиција најчесто е времено решение, сè додека се заврши растот и развитокот на виличните коски кога дефектот на забната низа ќе го санираме со фиксна мостова конструкција. Фиксните конструкции бараат претходна подготовка на забите која се состои во претходно нивно стружење. Во литературата среќаваме најразлични ставови во однос на стружењето на забите, тргнувајќи од Маркосијан, која е против тоа, до Kristen von H. 1963, Krauze, A. 1962, Нечева Љ., 1975, кои се за претходна подготовка на забот. Но стружењето на забите кај младите пациенти носи поголем ризик на нивната виталност. Имено, отстранувањето на глеѓта од површината го експонира дентинот на влијание на оралната средина богата со биолошки агенси како и на физички и хемиски дразби. Широчината на дентинските каналчиња е за околу 2 мм поголема отколку кај возрасните, што само за себе зборува дека и влезната врата за можна агресија на пулпата е поголема. Забната пулпа за сметка на другите забни супстанции е доста пространа. Затоа стружењето треба да е со чести прекини без притисок и со солидно ладење. Со тоа ќе го избегнеме термичкото оштетување на забите. Од друга страна гледано, вкупната забна супстанција која можеме да ја отстраниме, а да не ја компромитираме пулпата, е помала отколку кај возрасните. По стружењето на забите се наметнува потреба од заштита со привремени акрилатни коронки до гингивата (Мирчев, Е. 1978, 1984). Флуоровите препарати се препорачуваат само како дополна на овој метод. Сребрениот нитрат може да се користи само во концентрација од 0,5 %, со што би се избегнала можната некроза на пулпата.

Трајните заби по никнењето и во следните 3-4 години се со широк апикален отвор. Тоа опоменува дека секаков атак на пулпата од каков и да било агенс (инфективен, хемиски или термички) брзо дава реперкусии врз околниот пародонт, па и пошироко.

Гингивитот не е ретка појава во младите години. Неговото постоење во устата на пациентот кој протетички го згрижуваме во многу ни ја отежнува работата. Поновите епидемиолошки испитувања во светот и кај нас покажаа дека 90% од школските деца имаат послаб или поизразен катарален гингивит, којшто е реверзибилен доколку навреме се лекува. Но, поради честотиот рецидивирачки карактер не ретко зазема хроничен ток. Испитувањата на Симоновски и сор., (1978) над школската популација укажаа на тоа дека хроничните гингивални инфламации во детската возраст ја претставуваат иницијалната фаза на прогресивната пародонтопатија.

Етиолошки гингивитот во детската возраст најчесто е производ на дејството на локалните иритирачки фактори, на кариесот кој е најчесто присутен токму во овој период од животот, потоа на присуството на ортодонтските аномалии и лошото одржување на хигиената на устата. Плак формацијата е скоро редовен придружник на оваа состојба со сите предиспозиции кон прогресија на инфламацијата кон подлабоките партии на потпорниот апарат на забите. (Jovanović, D. 1983; Лазаревска, Б. 1972). Секако дека и општите измени што ги носи пубертетот одат во полза на една поосетлива гингива. Присуството на инфлама-

торните промени на меките ткива во многу ја отежнува работата на протетичарот. Затоа е неопходна соработка на релацијата протетичар – пародонтолог.

Сето гореизнесено треба да се постави како услов за започнување на протезирање. Но, кога се работи за млад пациент критериумите треба да се поригорозни, поради поизразената реактибилност на младиот организам на надворешни иританси во кои се вбројува и протетичкото помагало, како потенцијална дразба.

Посебно внимание протетичарот мора да ѝ посвети на психолошката состојба во која се наоѓа пациентот поради нарушениот естетски изглед. Ова е посебно изразено во пубертетот и кај женските деца. Успешната реконструкција на дефектното забало и инкорпорацијата на помагалото во едно функционално и естетско единство со преостанатите заби, секако го изведува пациентски рехабилитиран и од функционален и од психолошки аспект од ординацијата на протетичарот.

Заклучок

Протетиката за жал сè повеќе во својот делокруг на работење ги вклучува и младите, почнувајќи од најраната возраст. Водено од специфичностите на возраста, а во согласност со динамиката на растот и равитокот, издвоивме пет периоди, и тоа од 0 до 3, од 3 до 6, од 6 до 12, од 12 до 18 и на 18-годишна возраст. Третиот и четвртиот период бараат комплексна и одговорна протетичка терапија, која ќе надолжни сè што недостасува, но притоа нема да го блокира растот и развитокот на вилчните коски. Токму поради тоа младиот пациент не може да се вклопи во едно сериско рутинирано протезирање туку секој случај се анализира и планира посебно. Забните конструкции треба да се, пред сè, со профилактичен карактер, воспоставувајќи функционален и естетски интегритет со целиот орофацијален комплекс, а секако во тесна врска со личноста на пациентот.

DENTAL PROSTHODONTICS IN CHILDHOOD

Summary

Childhood and adolescence are synonymes undoubtedly denoting to growth and development of the organism as a whole. The natural dentition is a part of the maxillo-facial complex being in permanent motion during growth and development.

The dynamics of orofacial complex development comprises five stages: from the age 0 – 3; 3 – 6; 6 – 12; 12 – 18; and over 18 years of age. According to our experience, in the third and fourth stage the body is involved by rapid growth, but it is also the age when requirements for prosthetic management of teeth are in elevation.

Литература

1. Боянов В.: Клиника за ортопедичната стоматологија, Медицина и физкултура, Софија, 1973
2. Enlow D. H.: Handbook of facial growth, Saunders Co, Philadelphia, 1975
3. Живковиќ М. и сар.: Протетичко збрињавање млечне дентиције, Збор на труд V конг на стомат на СРМ, 1975
4. Markosijan I. V.: Zahn un Kiefersatz bei Kindern, Johan Ambrosius, Leipzig, 1956
5. Јовановиќ Д. и сар.: Хигијена уста и зуба и појава каријеса и пародонтопатије код деца, СГС, 1963, 1:5
6. Костиќ М. и сар.: Некои можности за лекување на фрактурирани и луксирани стални заби во развој, Збор на труд V конг на стомат од СРМ. Охрид, 1975

7. Krause A.: Die protetische Versorgung bei Kindern, Dtsh Stom. 1962, 2, 3: 166-174
8. Kristen H.: Die protetische Versorgung des jugendlichen Gebises, DZZ, 1963, 17: 937-942
9. Лазаревска Б.: Улогата на локалните фактори во етиологијата на прогресивната пародонтопатија, хабилитационен труд, Скопје 1972
10. Marković M. i sar.: Ortodoncija, Ortodontska sekcija SR Srbije, Beograd, 1982
11. Милачић Е.: Трауме сталних зуба у школске деца, СГС, 1984, 31, 5: 383
12. Мирчев Е.: Стоматолошка протетика, Просветно дело, Скопје, 1984
13. Мирчев Е.: Оправданост на изработка на заштитни коронки, МСП. 1978, 4: 349
14. Нечева Љ. и сор.: Реставрација на оштетени фрактурирани предни заби, Збор на труд V конгрес на стомат на СРМ, Охрид, 1975
15. Симоновски М.: Преваљенција на иницијалната пародонтопатија кај деца во училишна возраст, МСП, 1978, 3: 349
16. Rajić Z i sar.: Dečja i preventivna stomatolgija, JUMENA. Zagreb, 1985