

СОСТОЈБА НА ФИКСНОПРОТЕТИЧКИ ИЗРАБОТКИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПАТОЛОШКА АБРАЗИЈА

Бајевска Ј., Бајевска Ја.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за фиксна стоматолошка протетика

Цел на иџрудои е следење на пациентиите со екстензивна абразија на забиите, кои се зџриже-ни со протетички изработки.

За реализација на поставената цел сџрове-довме клиничко испитување на пациенти со фикснопротетички изработки, изработени на заби со различна абразивна скала и од различна етиологија.

Кај одделни пациенти со парафункционална активност беа забележани металкерамички мостови и коронки и мостови фасетирани со композиции со скршени и оштетени фасетки.

При разлудувањето на можностиа за дефинитивен протетички третман потребно е големо внимание при утврдувањето на етиологијата, поставувањето правилна дијагноза и со добро смислен план за терапија.

Скаките протетички изработки можат да бидат оштетени кога кај пациентиите абразијата е од изразен бруксизам. Потребна е реверзибилна оклузална терапија, со која привремено ќе се сменат постоејните оклузални односи и дружи дојолнителни терапевтски постапки.

Клучни зборови: коронки, мостови, абразија, фрактура на порцелански и композитни фасетки, бруксизам

Абразијата на забите претставува постепено губење на забното ткиво поради меѓусебен допир во текот на функционалните и парафункционалните движења на мандибулата.

Во клиничката практика се присутни пациенти со екстензивна абразија на забите,

кои бараат протетичка интервенција. Причините за абразијата можат да бидат најразлични: засилен мускулен тонус предизвикан од стресни ситуации, недоволна тврдост на забната супстанца, преоптоварување на една или на друга група заби, употреба на тврди четки и абразивни паста (1, 2). Како главен етиолошки фактор за абразијата се сметаат парафункциите, кои се карактеризираат со различен дијапазон на неконтролирани мускулни активности, кои се одвиваат без одредена цел (3). Бруксизам-ноќната парафункција е често нарушување на орофацијалниот систем. Абразивните фасети кои посочуваат на присуство на бруксизам се со поголеми димензии, а најчесто се мазни и сјајни, се наоѓаат наспроти антагонистите и се поклопуваат во одредена ексцентрична положба на мандибулата (6). Оклузални сили со енормна јачина и неповолна насока се последица на нефизиолошка, парафункционална мускулна активност или хиперактивност на мастикаторните мускули, предизвикана од оклузални пречки. Физиолошката функција на орофацијалниот систем ангажира само мал дел од потенцијалниот капацитет на мастикаторните мускули. При епизодите на ноќен бруксизам доаѓа до енормно зголемување на јачината на фреквенцијата и траењето на оклузалните сили. Овие сили дејствуваат на поедини заби во нестабилна ексцентрична положба на мандибулата и најчесто се хоризонтални сили. Нападнатата точка на силата се наоѓа во близина на врвот на турберот или инцизалните рабови на забите (7).

Патолошката оклузија се манифестира со физички знаци на траума и деструкција (5).

Ваквата состојба често бара протетичка интервенција за да се нормализира мастика-торната функција, да се подобри естетскиот изглед на пациентот. Овие реставрациони интервенции често ја менуваат постојната оклузална шема, а пациентите со бруксизам се многу чувствителни на зголемувањето на вертикалната димензија, па затоа е потребно со внимание да се испланира третманот (8).

Цел на трудот е следење на пациентите со екстензивна абразија на забите, кои се згрижени со протетички изработки.

Материјал и метод

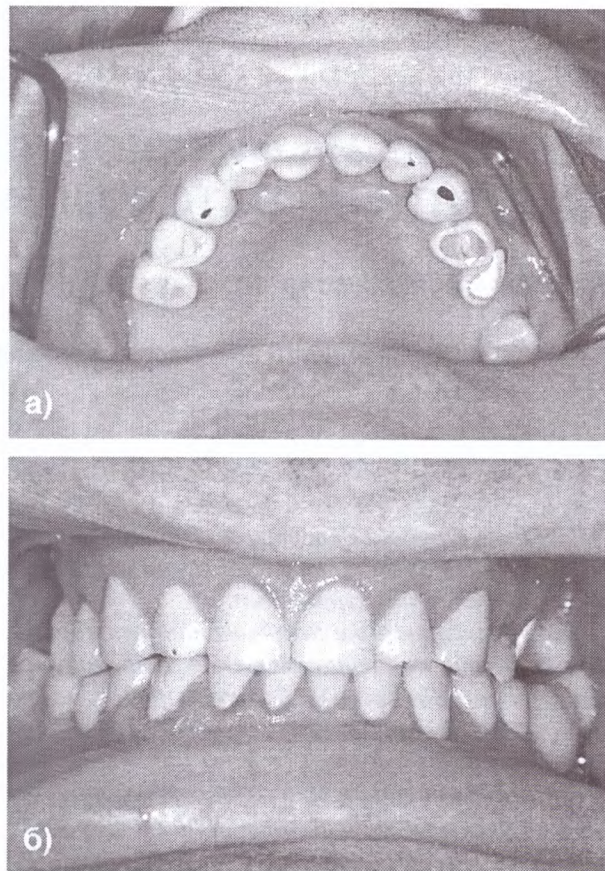
За реализација на поставената цел спроведовме клиничко испитување на 50 пациенти со фикснопротетички изработки, изработени на заби со различна абразивна скала и од различна етиологија.

Резултати и дискусија

Од вкупниот број испитаници, кај 6 пациенти со парафункционална активност беа регистрирани 2 металкерамички моста (слика 1) и 4 мостови фасетирани со композити со скршени и со оштетени фасетки.

Протетичката орална рехабилитација се насочува кон отстранувањето на последиците, односно заштита на пулпата од натамошна абразија, обновување на нормалната цвакална функција, отстранување на снижениот загриз и неговите последици, кон прекинување на патолошкиот неуромускулен рефлекс и подобрување на естетскиот изглед (8).

Конзервативните полнења, протетичките изработки, новите интерференци, кои се усогласени со функционалните движења, но не се усогласени со патот на движењето на мандибулата, во текот на бруксизмот предизвикуваат зголемување на чкрипењето, а како последица на тоа настанува појава на пукнатини, паѓање на пломби, фрактура на



Слика 1. Металкерамички коронки и мостови со скршени и оштетени фасетки

фасетки, расклатување на заби (4). Кај нашите испитаници има присуство на скршени и на оштетени фасетки на металкерамички изработки (слика 1) и мостови фасетирани со композити. Оклузалните интерференци (предвремен контакт по должина на оклузалната површина) можат да предизвикаат бруксизам.

За прекинување на парафункционалниот неуромускулен рефлекс, како и за корекција на снижениот загриз, многу поволно дејствуваат нагризните шини (8). Кога треба да се постигне физиолошка оклузија задолжително се изработува привремена фиксна или мобилна изработка, која во соодветен опсервационен период ќе послужи како средство за тестирање на ефектот од терапијата (2).

При разгледување на можноста за дефинитивен протетички третман потребно

е големо внимание при утврдувањето на етиологијата, поставувањето правилна дијагноза и правење добро смислен план на терапија за секој конкретен случај (6). Општиот дел на планот вклучува модалитет на оклузалната терапија и редослед на постапките за секој конкретен случај, со изработка на стабилизациони или репозициони сплнтови (со траење од неколку седмици до неколку месеци), придружено со помошни терапевтски постапки: фармакотерапија, физикална терапија, психотерапија итн. Потоа следува специјален план на оклузална терапија за секој конкретен случај (7).

Секогаш не е потребно во краток временски период да се изработи фикснопротетичка изработка. Пациентите треба да се информираат за можните последици. Многу луѓе не се свесни дека имаат бруксизам сè додека не им се обрне внимание на тоа.

Скапите протетички изработки можат да бидат оштетени кога кај пациентите абразијата е последица од изразен бруксизам.

Изработката на фиксните надоместоци при бруксизам има специфични аспекти. Бруксизмот го зголемува оптоварувањето не само на носачите, туку и на материјалите од кои се изработени, кои мора да се отпорни на кршење. Најчесто инцизалните фасетки и цвакалните површини се заштитуваат со легура. Но, со денешните барања на пациентите за идеална естетика при парафункционални движења лесно доаѓа до фрактурирање на керамиката или до фрактури и абразија на пластичните маси.

Предноста на металкерамичките изработки е во тоа што можат да се индицираат кај парафункционалните (бруксизам и стегнување на забите) (9).

Потребна е реверзибилна оклузална терапија, со која привремено ќе се сменат постојните оклузални односи со разни видови оклузални сплнтови и други дополнителни терапевтски постапки. Стабилизационите сплнтови, кои се носат ноќе, се најефикасни средства за спречување на штетните ефекти на бруксизмот. Улогата на ноќните заштитни сплнтови се манифестира во прераспре-

делбата на силите, кои се јавуваат и во нивното намалување (9). Минималното зголемување на вертикалната димензија ќе ги поништи предвремените допири и ќе ги промени патолошките енграми. Поради релаксација и стабилизација, вертикалната димензија на оклузијата мора да се подигне, така што интероклузалниот простор меѓу потпорните тубери да изнесува најмалку 1 мм.

Во случај на позитивен терапевтски ефект може да се размислува за иреверзибилен оклузален третман, со воспоставување физиолошки оптимални контакти меѓу забите во крајна оклузална положба и при движењата на мандибулата да воспостави хармонија меѓу темпоромандибуларниот зглоб и оклузијата, третман кој трајно ќе ги стабилизира постигнатите терапевтски резултати. За заштита на новите фикснопротетички изработки и дентални импланти потребно е да се изработат оклузални сплнтови. Оклузалната терапија претставува значаен дел во рамките на мултидисциплинарниот комплекс на терапевтски постапки.

CONDITION OF FIXED PROSTHODONTIC APPLIANCES IN PATIENTS WITH PATHOLOGIC ABRASION

Bajevska J., Bajevska Ja.

Summary

The aim of this paper is the examination of patients with extensive abrasion and significant tooth loss, which possess prosthodontic appliances.

For that reason we carried out a clinical investigation of patients with fixed prosthodontic appliances, manufactured on teeth with various degrees of abrasion from various etiologies.

Metal-ceramic and composite veneered crowns and bridges with fractured veneeres were observed in several patients with parafunctional activities.

The possibility for a prosthodontic treatment needs high caution and determination of etiology, correct diagnosis and a profound treatment plan. Expensive prosthodontic appliances may end up totally ruined if the abrasion results from significant bruxism. A reversible occlusal therapy, which temporarily changes the occlusal relations, and other additional therapeutic procedures are needed.

Key words: bridge, crown, abrasion, fracture veneer, bruxism

Литература

1. Мирчев Е.: Клиника на фиксната стоматолошка протетика. Скопје: НИП „Студенски збор“, 1996.
2. Radlović-Pantelić S.: Stomatološka protetika Fiksne nadoknade II deo. Beograd: Univerzitet u Beogradu, 1998.
3. Ramfjord S., Ash M. M.: Occlusion, 3rd ed.w.B. Saunders. Philadelphia 1983, shapter 8.
4. Seifert D., Catović A.: Bruksizam. Medix, Vo.11.No 59 2005: 139-140.
5. Shillingburg H. T., Hobo S., Whitsett L., Jakobi R., Brackett S.: Fixed Prosthodontics Third Edition. Chikago, Berlin, London, Tokio, Sao Paolo, Moscow, Prague and Warsaw, Quintessence Publishing Co. Inc, 1997.
6. Stanisić-Sinobad D.: Zglobne veze mandibule sa craniumom, normalna funkcija i poremećaji. Beograd: Univerzitet u Beogradu, 2001.
7. Stanisic-Sinobad D.: Osnovi gnatologije. Beograd: Univerzitet u Beogradu, 2001.
8. Suvin M., Kosovel Z.: Fiksna protetika. Zagreb: Skolska knjiga 1975.
9. Trifunović D. M., Vujosević Lj.: Stomatološka protetika fiksne nadoknade. Beograd: ECPD, 1998.