

МИТОВИ, ЗАБЛУДИ ИЛИ КОНТРОВЕРЗИ И РЕАЛНОСТИ ВО ФИКСНАТА ПРОТЕТИКА

Мирчев Е., Бајевска Ј., Капушевска Б.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за фиксна стоматолошка протетика

Во воведниот дел е изнесен актуелниот сѐејен на применуваните методи и техники на изработка на фиксните конструкции во нашата Република. Според мислењето на авторите е на завидно ниво и треба да се биде задоволен. Понајаму, критички се осврнува на недоволното лично и професионално залагање на забните техничари и на професионалците околу квалитетот на изработките. Квалитетот би можел да биде многу подобар.

Авторите изнесуваат некои контроверзи, митови и догми во фиксната протетика кои се веќе напуштени и изработките се приспособени на денешното време и на реалноста. Авторите наведуваат дека денеска е доушито изработување на крилни мостови, како во фронталната зона и во бочната регија на забните редови. Потоа, изработување на поединечни коронки или мостови и кај заби со повлечена гинзива, заби со гингивални џебови, видливи бифуркации и трифуркации, заби со расклаеност од прв и втор сѐејен, со претходно сprovedена коректна пародонтална терапија, усогласена статичка и динамичка оклузија, соодветна морфологија и дефинитивна обработка и полирање. Денешна реалност претставува и изработката на мостови без да бидат на растојание 2-3 mm од гинзивата, како и мостови без редуцирана оклузална површина. Големо внимание се посветува на естетиката, па оттаму и изработка на фасетирани коронки, дури и кога треба да бидат вклучени во ретенциониот систем на парцијалните протези.

Клучни зборови: забни мостови и коронки, стоматолошка протетика, стоматолошка естетика

Според нашите испитувања и добиеното сознание за фиксните изработки што се изработуваат на Клиниката за фиксна стоматолошка протетика, во медицинските центри, здравствените домови и приватните ординации во Република Македонија, скоро и нема интервенција од делокругот на фиксната протетика која не се изработува или за која не се знае кај нас. Сознанијата за новите изработки и методи на работа се добиваат првенствено од учебниците по фиксна стоматолошка протетика од македонското јазично подрачје (10, 11) кои се во сообразност со најновите достигнувања во европската стоматологија и новините што беа актуелни до нивното пишување, потоа од учебниците од поранешните југословенски простори, од редовните стоматолошки собири кај нас и во други средини и едукативните собири што ги организираше Факултетот. Од друга страна, релативно доста новини се пренесуваат и од светскиот стоматолошки конгрес (FDI) што редовно, скоро секоја година, беше посетуван од бројни стоматолози од клиниките, внатрешноста и приватните стоматолози, од светските дентални изложби (Келн), потоа од разни курсеви за едукација на стоматолозите и забните техничари, организирани во земјата и во странство. Едукацијата се дополнуваат и со присуството на наши колеги во едукативните центри на разни фирми во Германија, Лихтенштајн, Бугарија и Словенија, кога се организираат и увезуваат разни апарати, технологии и методи на работа. По наше убедување, недостасуваат паралелни материјали од разни фирми. Можеби, како врвни институции, Факултетот и Клиничкиот центар треба да располагаат со исти материјали од повеќе фирми за да се постигне разновидност и да се овозможи споредување, но засега условите се такви и не се може поинаку.

Современата фиксна стоматолошка протетика ги опфаќа едноделно леаните конструкции (коронки и мостови), нефасетирани и фасетирани со композитни и керамички маси, потоа неметалните керамички коронки и мостови, неметалните композитни коронки и мостови и композити зајакнати со посебни влакна-

церомери (таргис и вектрис, фибре кор и скулптуре), атечменските техники, фрезувањето во восок и метал, методите на изработка на метални скелети за коронки по пат на синтерување и галванизација (синтер и галвакоронки), надградби на заби третирано со претпротетичка ендодонција и, на крајот, алтернативните изработки - мериленд мостовите, вестибуларните фасетки - венерс (порцелански и композитни).

Од наведените, само два метода на изработка на фиксни конструкции не нашле практична примена кај нас, иако теоретски се опишани во нашите учебници, а нашите студенти се запознаваат со нив на теоретската настава. Тоа се: изработка на коронки со синтерување и изработка на коронки со галванизација. Овие методи нудат заштеда на потрошувачката на благороден метал и димензионирање на работ на коронката и рабното затворање, што има свои предности. Но, за нив не треба многу да жалиме бидејќи тие, засега, немаат широка примена и во другите европски држави. Меѓутоа, не треба да се откажеме од нив.

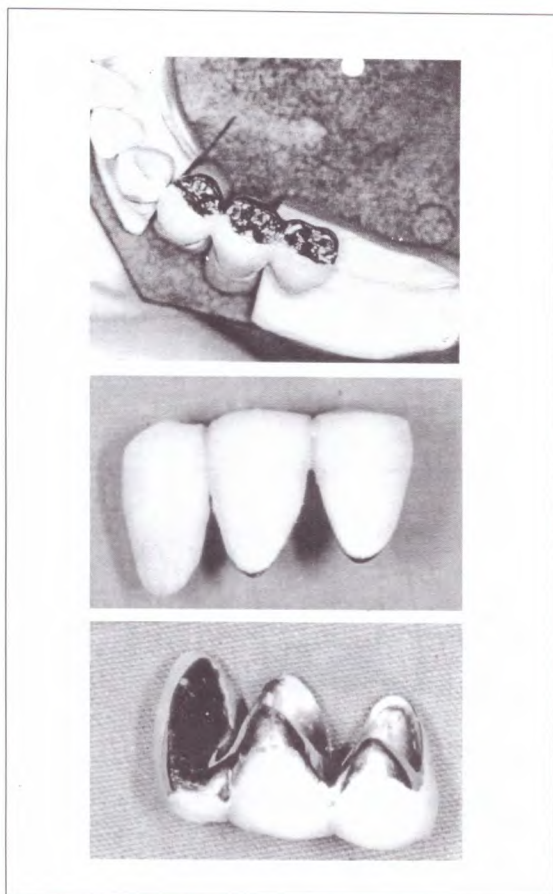
Наведените конструкции ја сочинуваат палетата на фиксни изработки кои се изработуваат во цела Европа, во целиот свет, па и кај нас. На оваа палета можеме да бидеме горди. Но, треба да бидеме и самокритични. Не е доволно само да го усвоиме видот на изработката туку треба да посветиме поголемо внимание за негово подобро интегрирање во живите структури во устата на пациентот. Треба да внимаваме, исто така, изборот на материјалот да биде од познати и проверени фирми, како и на квалитетот на изработките, нивната биолошко-превентивна улога, функцијата и, особено, естетиката.

Мислиме дека малку посветуваме внимание на техничката изработка и усогласување со агонистите и антагонистите, на гингивалниот раб од изработката и рабното затворање, како и на вестибуло-оралниот пречник и формата на изработките. Причина за тоа сме самите ние: терапевтите, општите стоматолози и стоматолозите специјалисти протетичари и нашите соработници - забните техничари. Забните техничари малку време посветуваат на своето доусовршување во доменот на техниката. Сите се универзалци, работат сè и сешто, импровизираат, учат еден од друг. Ретко некој посетил некој курс за изворно да се запознае со начинот и рационализацијата во работата и тоа да го применува. Доста од нив, со приватизацијата се претрупани од работа и не посветуваат внимание на квалитетот. Квалитетот уште повеќе опаѓа ако се додаде дека изработките дефинитивно се изработуваат во оклудатор со фиксни забни трупчиња и без можност за проверка и усогласување на меѓуоклузалните односи.

Од друга страна, и терапевтите, од незнаење или од невнимание, не посветуваат внимание на оклузо-артикулационите односи, па се добиваат и се цементираат конструкции со инсуфициентна оклузија, со лошо рабно затворање и недоволно обработени и исполирани конструкции. Имаме соработка на недоволно едуциран забен техничар, со скромни технички и стоматолошки знаења, и високо едуциран протетичар. Наведените пропусти се најчесто етиолошки фактор за пречки и промени во орофацијалниот систем.

Денеска, начелно, во фиксната стоматолошка протетика е дозволено да се прави сè, секаков вид конструкции кои нема да го оштетат забот носач на изработката, нема да предизвикаат оштетување на пародонциумот и болка на пациентот, а со тоа и промени во здравствената состојбата на целиот негов организам. Екстракциите се изведуваат само во случаи кога сите други тераписки мерки не можат да се применат и да дадат резултат. Намењата ни беше да се вратиме малку наназад и со неколку примери да укажеме на некои митови, догми, заблуди или контроверзи што кај нас сè уште постојат во областа на фиксната протетика, а од званично место, од наставната база, не се изнесени и, како такви, санкционирани.

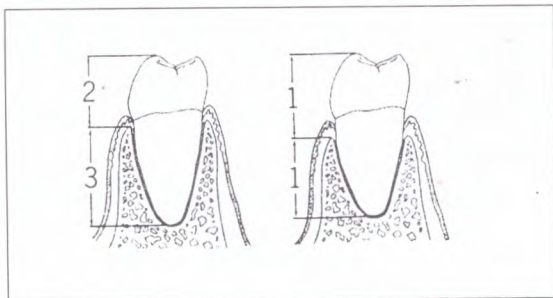
Најпрво сакаме да дискутираме околу крилните мостови. Според класичните и строги школски правила тоа не се вистински мостови, па беше забрането да се изработуваат. Дури се сметаа за стручна грешка (7), зашто доведуваат до преоптоварување, извртување, делуваат како лост и го оштетуваат на пародонциумот (3,5,13,14,15,16). Се толерираа само ако треба да се надомести изгубен латерален инцизив кога носач е канинот (5,10,11, 12, 14,15), од чисто естетски причини, а познато е дека канинот е најјак и најотпорен од еднокорените заби. Крилните мостови денеска не само што не се избегнуваат, туку се изработуваат и во бочната регија. Скратената забна низа во која се изгубени премолари и молари, особено еднострано, и нејзиното решавање со мобилна конструкција не е прифатено од страна на пациентите, а нејзиното несанирање е етиолошки фактор за функционално оштетување на личниот зглоб или на целиот орофацијален систем (7). Изгубените премолари и први молари се надоместуваат со крилен мост со две врски и еден или два члена до постигнување премоларна оклузија (сл. 1) и индивидуално оптимално продолжување на забниот ред (сл. 2). За таквите мостови е воведен термин *продолжен или екстензионен мост* (7). Со овие мостови се постигнува задоволување на естетиката, превентива и субјективен цвакален комфорт. Значи, тоа може јавно да се работи, тоа сега го кажуваме и при едукацијата на нашите студенти, тоа стои и во новите изданија на учебниците и кај нас и во светот. Науката и струката, односно практиката се недокажани; тие не се



Слика 1. Крилен мост со две врски и дистален член гледан вестибуларно и орално



Слика 2. Екстензиони мостови во горна и долна вилица и постигнување индивидуално и оптимално продолжување на забните редови



Слика 3. Долната граница за користење на заб за носач е односот 1:1 (коронка/корен)

статички туку динамички и како такви треба да се следат. Мотивот за рушење на овој мит-догма, од една страна, е протетичката практика која е вреден научен критериум за вистината, и вели дека крилните мостови често се изработуваат, долго време се носат и се користат, па, според тоа, претставуваат најдобар критериум за вистината за тие конструкции (10,11,12). Во нашите понови испитувања од прегледите на 250 пациенти со мостови, во временски интервал од една година, најдовме 53 крилни моста (21,2 %) со 67 висечки членови во нив или во поголеми мостовски конструкции, со интервал на носење од 3 до 21 година, или просечно 6,5 години (12). Скоро слични резултати добивме и во едно претходно испитување: кај 3384 испитаника беа најдени преку 350 крилни моста, од кои повеќе дистално поставени (9).

Старите сознанија за издржливоста или неиздржливоста на забите носачи се темелеа на механичко втемелените но не и научно докажани догми, на едно време во кое механичко-физичките аспекти имале предност пред биолошките (7).

Денес сознанијата за забите и нивните потпорни ткива се збогатени со подобро познавање на физиологијата на цвакањето и нервно-мускулната координација на функцијата и силата на цвакањето. Периодонциумот на забите е снабден со осетливи органи, рецептори. Овие рецептори ја обезбедуваат координацијата на функцијата и одбраната. Со нив забите се карактеризираат како многу осетливи тактилни органи, поради што тие се многу добро заштитени од оштетување (1). Без координирана функција и одбрана, забите нема да можат да ги издржат силните физиолошки и, особено, нефизиолошки сили кои во некои случаи дејствуваат на нив. На силни и неконтролирани сили потпорниот апарат реагира со непријатност, а потоа со болка. На одбранбениот механизам влијае и психичката состојба на испитуваниот.

Следна догма, конроверза за која сакаме да дискутираме е стариот пародонтолошки концепт на Ф"Тимес Нењ Роман" Рамфјорд за кој зборува Lang и, според кој, ако еден заб се смета за здрав и спо-собен за носач, неговото губење ќе биде спречено ако длабочината на џебовите изнесува до или помалку од 3 mm (8).

Денес реалност е дека практиката тоа оправдано го негира, па како носачи користиме и заби со повлечена гингива и со однос 1:1 (коронка/корен, сл. 3), длабоки џебови, со видливи бифуркации и трифуркации, со расклатеност од прв и втор степен (8) и корени од ресекцирани заби. Предуслови за користење на заби со инсуфициентен пародонциум за носачи се: коректен пародонтален третман пред протетичката терапија, неосетливост на болка на вертикална и хоризонтална перкусија (6), до-

бра усна хигиена пред третманот и по протетичката терапија.

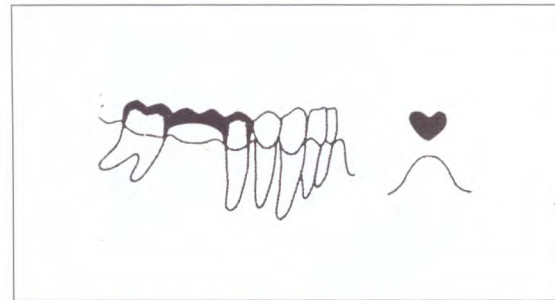
Конструкциите по пародонталниот третман, со добра усна хигиена, коректна протетичка изработка со хармонична статичка и динамичка оклузија, со правилна морфологија, правилен избор на материјалот, имаат добра прогноза и долго време успешно се користат. Не треба да се потенцира дека секој случај треба индивидуално да се проценува.

Нешто што ретко го правиме е давањето исцрпни инструкции за одржување правилна хигиена и повремени контроли кај својот терапевт. Ние не располагаме со пишана брошура или пишано упатство кое ќе го делиме на секој пациент за тоа како правилно да ја спроведува усната хигиена, кои средства, пасти, водички, чепкалки и дентални конци да употребува и како да ги употребува. Денес доста се рекламираат разни гуми за цвакање, но дали се тие доволни за коректна хигиена? Гумите за цвакање се само дополна на претходно извршеното чистење со забна четка и паста.

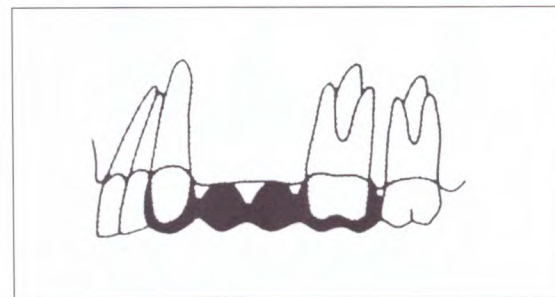
Концепцијата на нефасетирана коронка е, исто така, застарен и напуштен. Прво, денес се оди на максимално естетско решение на која и да било протетичка конструкција или конзервативно полнење. Оттаму и кај подготовката на забите за некој ретенционен систем за скелетирана протеза се бара изработка на естетски коронки и, ако од било кои причини се поставува вестибуларно кукичка, таа оди преку фасетираната коронка. Толкувањето дека кукичката ќе ја абрадира фасетката не држи, зашто тврдоста на керамиката е поголема од тврдоста на емајлот, а тврдоста на современите композитни маси е скоро иста како тврдоста на емајлот. Затоа треба да се изработуваат само фасетирани коронки, во секој случај.

Концепцијата на изработка шело на мост со редуцирана цвакална површина е, исто така, напуштен. Ширината на телото на мостот треба да одговара на ширината на природните заби, со анатомоморфолошки обележја од сите страни, што е субјективно попријатно за носителот на мостот, како и за цвакалната функција (11). Ефектот на цвакање е поголем, оптоварувањето на забите е во толерантни граници, времето на цвакање е пократко во споредба со случаите со редуцирана цвакална површина. Забите подобро поднесуваат посилни и краткотрајни оптоварувања отколку помали оптоварувања кои подолго траат. Оптоварувањето на носачите, рековме, го регулира нервно-мускулната координација на функцијата и одбраната.

Концепцијата на изработка шело на мост со растојание од гингивата 2-3 mm (хигиенски мост) е исто така напуштен (сл 4). Прво, таквото тело, субјективно, за корисниците пси-



Слика 4. Висечко тело на мост



Слика 5. Сепарација меѓу членовите

хички е неприфатливо и, второ, не се постигнало подобра хигиена околу конструкцијата. Денеска е прифатено телото на мостот да лежи на алвеоларниот гребен, без притисок со ширина на гингивалниот дел како ширината на гребенот, со широка сепарација меѓу членовите (сл. 5) во вид на латинската буква U (2). Тоа е потребно за подобро одржување на хигиената и за да се избегне концентрацијата на напонот, бидејќи тоа се критични места во конструкцијата. Се предлага фасетирање на оклузалната површина бидејќи таа е повеќе видлива. Фасетирањето се прави со соодветни материјали и со употреба на соодветни ретенции или линкови, за обезбедување врска помеѓу металот и материјалот за фасетирање. Тука е важен изборот на материјалот, неговата обработка, потоа полирање до висок сјај или глазирана површина која дополнително нема да биде стругана. Таквата површина обезбедува најдобра корозиска постојаност или оневозможува таложение и задржување на плак.

Искуството со користењето на заби носачи за мостовска конструкција кои се со повлечена гингива и расклатени од прв и втор степен е презентирани во друго предавање, а од таа област на нашиот Факултет е изработена докторска теза.

MYTHS AND PREJUDICE OR CONTROVERSIES AND REALITIES IN FIXED PROSTHODONTICS

Mirčev E., Bajevska J., Kapuševska B.

Summary

In the introduction, the authors present a part of the actual level different prosthodontic methods and techniques are used in the Republic of Macedonia. They state that it is satisfactory. Further, they pay criticism on how much dental technicians and dentists, specialists in prosthodontics, personally and professionally, do their best about the quality of the constructions.

The authors discuss several controversies, myths and dogmas in fixed prosthodontics that have recently been overcome. They note that cantilevers, when indicated, are allowed to be planned in both, frontal and side region. Then, solo crowns or dental bridges could be planned even with gingival recession present, in teeth with gingival pockets, bifurcations and trifurcations, loose teeth (proceeded by periodontal therapy procedures), balanced static and dynamic occlusion, morphology and finalization with polishing. To day, it is accepted that gingival margin is not necessarily to be placed at 2-3 mm distance, and bridges with no reduction of the occlusal surface are allowed. Dental esthetics is given its proper consideration, so, veneered crowns are fabricated when partial denture retention system is planned.

Key words: dental bridges, prosthodontics, dental esthetics

Литература

- ARIFHODŽIĆ F. Parodontološki aspekti okluzije. Stomatološki vjesnik, Sarajevo, 1984.
- БАЈЕВСКА Ј. Деформација на тело на мост во зависност од висината, ширината и големината на распонот: клинички и експериментални иследувања (магистерски труд). Стоматолошки факултет, Скопје, 1988.
- VUKOVOJAC P. Stomatološka protetika: krunice i mostovi. Srpsko lekarsko društvo, Beograd, 1976.
- GERNET W. Kronen und Brücken. In: VOSS R, MEINERS H. Fortschritte der Zahnärztlichen Prothetik und Werkstoffkunde. Band III. Carl Hanser Verlag, München-Wien, 1987: pp1805.
- ЖЕЛЕЗАРОВ Д. Дентална протетика, скрипта. Универзитет Кирил и Методиј, Скопје, 1973.
- ŽIVKO J, KOSOVEL Z, IVANIŠ T. Mogućnost opterećenja parodontalno oboljelih zuba nosača. apstrakti, 1. Kongres specijalista za bolesti usta, zuba i parodonta Jugoslavije, Ohrid, 1983.
- КАПУШЕВСКА Б. Функционална вредност на забите носачи на фикснопротетичките конструкции (докторска дисертација), Стоматолошки факултет, Скопје, 1998.
- LANG NP, SIEGRIST GULDENER BE. Kronen- und Brückenprothetik. Im: RATAISSCAK KH, WOLF HF. Farbatlanten der Zahnmedizin 4. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1993: pp75-86
- МИРЧЕВ Е. Корелација помеѓу екстрахираните заби, најдените и потребните протетички реставрации, (хабилитационен труд). Стоматолошки факултет, Скопје, 1977.
- МИРЧЕВ Е. Претклиника на фиксната стоматолошка протетика, НИП Студентски збор, Скопје, 1997.
- МИРЧЕВ Е. Клиника на фиксната стоматолошка протетика, НИП Студентски збор, Скопје 1996.
- МИРЧЕВ Е. Крилен мост, висечки мост, екстензионен мост, Да или Не и Кога? 1 Конгрес на стоматолозите од Македонија со меѓународно учество (Апстракти). Здружение на стоматолозите од Македонија: Охрид, 1994.
- ПОПОВ Н. Клинички грешки и усложнења во зббопротезирането. Медицина и физкултура, Софија, 1986: стр.59.
- SUVIN M, KOSOVEL Z. Fiksna protetika, Školska knjiga, Zagreb, 1990: pp 137, 153.
- FUHR K, BEHNEKE N, REIBER TH. Die Teilprothese, Diagnostik-Planung-Therapie, Hanser Verlag, München-Wien, 1990.
- SHILINGBURRG H, HOBO S, WHITSEETT L. Grundlagen der Kronen und Brücken-Prothetik. Quintessenz Verlag GmbH, Berlin, 1986:pp 17.