МАКЕД. СТОМАТ. ПРЕГЛЕД, III, 4, 235—238, 1979 г.

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за фиксна стоматолошка протетика

ПРОТЕТСКО ЗГРИЖУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ СО DISGNATIA

Ѓ. Симов, Е. Шабанов

Авторите опишуваат два случаи на протетско згрижување кај секундарна дисгантиа. Случаите се третирани со фиксно протетски надоместоци.

Со протетска терапија се надополнуваат изгубените заби со повторно воспоставување на функцијата, а со основна цел, превенција на орофацијалниот систем[1]). Ако превентивата е нависина наша основна цел, ние мораме да бидеме сигурни дека превентивното лекување нема да предизвика повеќе проблеми од колку што се очекуваат од несанирањето на случајот. Во таа смисла и третманот на случаите со disgnatia треба да придонесе за профулакса на орофацијалниот систем. Како кај овие случаи етиологијата е воглавно мулти—каузална и приодот кон секој случај одделно бара посебна анализа. Спрема Vidmar[2]) факторите кои делуваат на постанокот на дисгнатиите се ендогени, егзогени и комбинација на истите.

Дисгнатите можат да бидат примарни и секундарни, спрема тоа и третманот кај овие случаи ќе се разликува. Почнувајќи од ортодонтски, преку хируршки кој најчесто се користи кај секундарните дисгнатии. Кај овие случаи најчест симптом е длабокиот загриз и други нарушувања во оклузијата и интеркуспидацијата на забите во бочната регија. Eichner[3]) цитирајќи го Herman истакнува дека кај овие случаи забележлива е ненормалната состојба на забите и усните, а не се исклучени ниту психолошките оптоварувања, поради лошиот естетски изглед.

Дисгнатиите кои се резултат на нарушување во развојот на забите, и по нивното губење сè уште постојат, за кое треба да се води сметка при протетското санирање кај овие случаи.

Кај случаите со секундарни дисгнатички промени, хабитуелната оклузија и физиолошкото мирување се појдовна основа за протетската рехабилитација. Додека кај примарните disgnatii основен приод се: ортопедската терапија и евентуално хирур-

шка, кои треба да створат нова оклузија и артикулација, а потоа доаѓа протетската терапија која има за цел да ги фиксира постигнатите резултати.

Бројот на пациентите со разни форми на disgnatii на различна возраст сигурно е поголем, од колку што ние можеме да заклучиме врз основа на бројот на случаите кои се јавуваат во нашите амбуланти и бараат помош.

Испитувањата на Šulc по E. Eichner[3] кај 360 пациенти со disgnatii во фронталната регија, повеќето од нив имале промени и во виличните зглобови што е од битна важност за протетичарот, кога ќе се реши за терапија кај овие случаи. Ако на ова се додаде и фактот дека кај секундарните disgnatii имаме и нарушување на вертикалната димензија како резултат на губење на потпорната зона од забите, ситуацијата уште повеќе се комплицира во однос на виличните зглобови.

Од сето ова мора да се заклучи дека третманот на случаите со disgnatii, било примарни или секундарни, бара сеопфатен приод, ако не сакаме на пациентот повеќе да му наштетиме од колку што да му помогнеме.

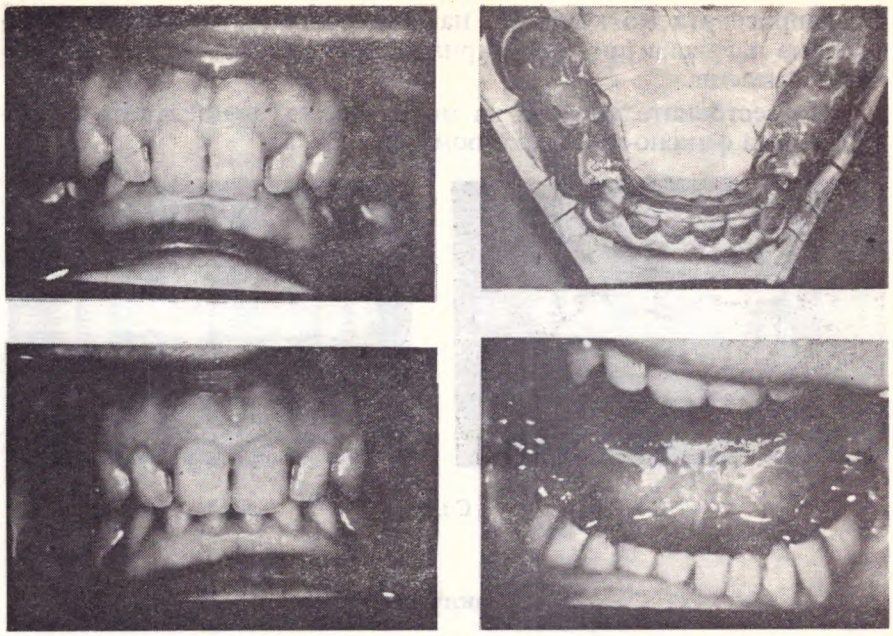
Наш материјал

Пациентка М. К. стара 28 год. покрај примарниот длабок гриз, по делумна загуба на забите во потпорната зона, примарниот симптом се влошил. Адекватно на тоа дошло до влошување и во виличните зглобови, кое се гледа од Rö снимките. По првиот клинички преглед земени се отпечатоци од горната и долната вилица и одредена е вертикална димензија како кај беззабите пациенти, водејќи сметка за положбата на кондилите кое повторно го контролираме со Rö снимки на левиот и десниот виличен зглоб. Во техниката изработуваме акрилатна нагризна шина и исттаа ја напасуваме во устата на пациентката. Пациентката шината под наша контрола ја носеше шест месеци, во кое време се изгубија првобитно појавените слаби болки во пределот на виличните зглобови. Од кога се смирија сите тегоби, пристапивме кон изработка на веќе планираните фиксни протетски помагала. Во случајов беа изработени два долни бочни моста по шема:

7xx4581/12345xx8

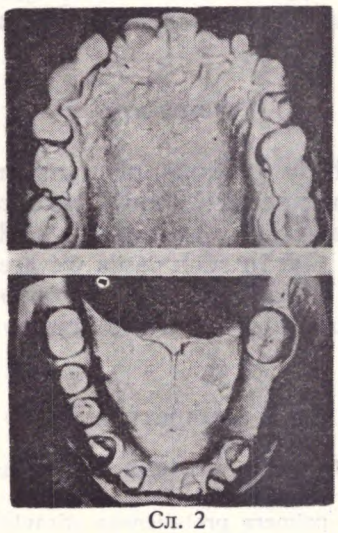
Година дена по цементирањето на мостовите не се забележани никакви тег,оби. Сл. 1.

Пациентка стара 30 год. С. С се јави на клиниката со молба да се реши нејзиниот естетски изглед. Од клиничкиот преглед, кое може да се види и од работните модели и Rö снимката, се гледа и анодонција на седми, петти и втори горе десно и втори, осми горе лево. Во долната вилица не излегле: вториот инцизив десно и првиот премолар. Покрај анодонцијата, пациентката има и извадени заби, па нејзината состојба се влошила. (Сл. 2).



Сл. 1

Од оклузијата на работните модели се гледа една лоша состојба на односот на долната спрема горната вилица. Во фронтот комплетно преклопување на долните инцизиви.

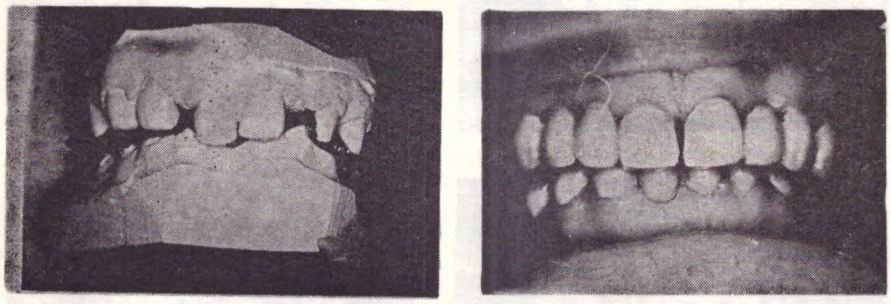


Сл. 2

Исто како и во претходниот случај и овде одредивме вертикална димензија, како за беззабен пациент и земавме загриз.

По направената Rö контрола на положбата на кондилите, изработивме нагризна шина од акрилат, која пациентката ја носеше четири месеци.

По сестраната анализа на моделите, кај пациентката се одлучивме за фиксно-протетски помагала. Сл. 3).



Сл. 3

Заклучок

Кај случаи со disgnatii било примарни или секундарни, протетската терапија мора да води сметка да ја подобри цвакалната функција, но при тоа не смее да ја пренебрегне естетиката и фонетиката. Не смееме да заборавиме дека кај овие случаи никогаш не смееме да тежиме на целосна корекција во смисла на естетскиот изглед, оти тоа ќе не доведе во друга крајност, нанесувајќи функционални последици на ткивото од орофацијалниот систем.

Summary

When cases with dysgnations, prnmary or secundary, are concerned, pr,osthetic therapeutics should take care to better masticatory function not avoiding the esthetic and phonetic factor. It should not be missed that in such cases we are not to correct completely in the sence of esthetics, for that would lead to another extremity imposing functional consequences to the oro-facial tissue.

Литература

1. Mijalković, D.: Međuzavisnost protetskih nadoknada i parodontalnih tkiva (S. G.S, VV, 4; 247—250, 1973)

2. Vidmar, V.: Dva primera protetičnega zdravljenja malokluzije (Zobozdravstveni vestnik VVV, 5— 6 : 253Č256, 1970)

3. Eichner, K.: Zur protetischen Versorgung von Patienten mit Dysgnatlien (D. Z. Z. 30, 2 : 161—169, 1975).