

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за мобилна и фиксна
протетика

КОРИСТЕЊЕ НА ИМЕДИЈАТНИ ПРОТЕЗНИ РЕШЕНИЈА ОД ФИКСЕН КАРАКТЕР ВО ПРЕДЕЛОТ НА ФРОНТОТ

И. Богдановиски, Е. Петкова, Е. Мирчев, М. Фиљански

Се опишува еден од случаите на изработка на имедијатна фиксна протеза во пределот на фронталната регија, притоа се истакнуваат предностите и тешкотите во изработката на вакви, а се почесто индицирани случаи на забно протезирање.

Централната регија од естетски аспект побудува посебно внимание, како кај терапевтот така уште повеќе кај пациентот. Пациентите секогаш бараат адекватна, брза и непосредна терапија која што е посебно индицирана кај луѓе чија што професија е од општествен или јавен карактер.

Во литературата се опишани повеќе начини и можности на имедијатно протезирање кај мобилни забнопротетски изработки (Сувин⁸, Брановачки³, Бабик², Ковач⁴, Тот¹¹, и др.), меѓутоа освен некои спорадични литературни и теоретски решенија, ретко се пристапува кон фиксни решенија од причини што на нас ни се познати.

Имедијатното протетизирање со мобилни протези покрај едноставноста во третманот секогаш овозможува брза и ефикасна корекција и репарација.

Кај фиксните забно-протетски изработки корекцијата или репарацијата е тешка, а може да се каже и невозможна.

Процесот на ресорпција и зараснувањето на раните секогаш е проследен во првата фаза со пролиферација и организација на ткаењата, а во втората фаза доаѓа до ретракција како резултат на созревање — стареење на сврзочното ткаење (Абриксов¹). Оваа појава со себе ги носи и наметнува проблемите од имедијатно протетизирање како и последиците од превентивно, функционално, естетско и хигиенско значење, а од аспект на психичкиот мир на пациентот, физиономијата, убавината, впечаток на здравје, па дури и кокетноста како што истакнува Палчик⁷.

Меѓутоа, надоместокот обезбедува и психолошка сигурност на свои сопствени заби, несигурност и апатија кон плочестата забна протеза (Ковач⁴). Фиксниот надоместок придонесува во создавањето на услови за една социјална и здрава личност (Содеј¹⁰), а едновременно имајќи ги предвид и сите аспекти на здравјето како дефиниција од Светската здравствена организација.

И покрај тешкотиите што се наметнуваат во протетската рехабилитација со фиксни протези, а воедно водијќи сметка за индицираноста на ваков вид изработка, се одлучивме на изработка на мост во пределот на фронталната регија 1 хх 3.

Елементите што индикативно ни се наметнуваат во одлучувањето за овој вид терапија беа:

— Пациентот професионално не може да биде без заби, а посебно во пределот на фронталната естетска регија.

— Централниот инцизив беше толку пародонтопатично трауматизиран што неговата ретенција беше само на апексот со гранулационо ткаење на периодонталниот апарат, со силно изразена респортивна атрофија на коскениот алвеоларен дел како резултат на биомеханичко преоптоварување (Петровиќ^{7-а}).

Силно изразена ротација на латералниот инцизив што не можеше да се вклопи во замислата на нашата терапија кадешто по рентген анализата се одлучивме на екстракција од протетско и индикативен момент.

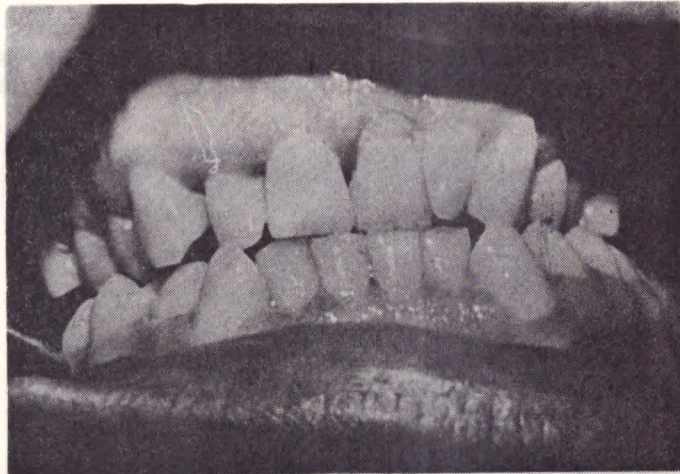
Метод на работа

Откако извршивме анализа, рентгенолошки снимача и изработка на студио модели пристапивме кон препарација на 1 и 3 заб по сите методи на *lege-artis*, водејќи сметка и за најситниот детал во терапијата да не би дошло до некои несакани превидувања. (Сл. 1)



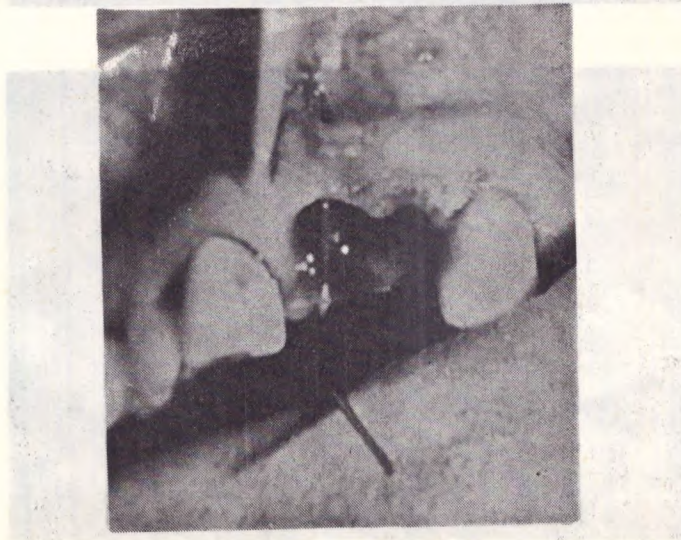
Сл. 1

По апликацијата на Raceseptin конец во физиолошкиот сулкус, зедовме отпечаток со OPTOSIL и син Xantopren во лажица, отпечаток од антагонистите како и восочен загриз. Со препарација на забите за едноделни леани фасетирани коронки се одзема голем дел од тврдата забна супстанца и на тој начин сме создале артифициелна дентинска рана (Мирчев⁶) затоа ставивме заштитни поликарбонат коронки што имаат превентивна, функционална и естетска улога (Сл 2). По излевањето на моделот, ана-



Сл. 2

лизата во устата, анализата на рентген снимките ги искршивме и 1 и 2 заб и врз основа на објективната клиничка ситуација извршивме симулација на постекстрациона рана. При ова, посеб-



Сл. 3

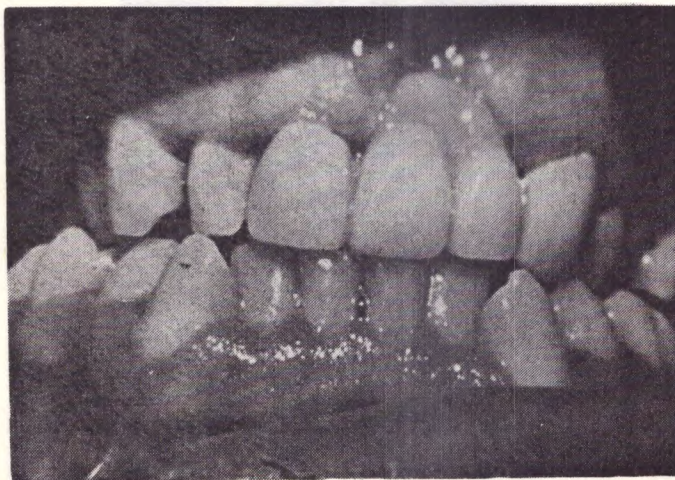
но внимание обрнавме на централниот инцизив, бидејќи вестибуларната ламела на алвеолата биомеханички аспект, како и од предвремен контакт (Сувин, Косовел⁹) беше потполно ресорбирана, кое што довело при орална инклинација на разнишаниот заб во пределот на апексот да имаме пробивање на коренот во вестибулумот, кое што се забележува при клиничка инспекција.

При моделирањето на мостот во артикулатор со средна вредност се водеше сметка да се елиминираат сите можности од предвремен контакт.

По излевањето, обработката и полирањето, мостот се фасетираше со PIROPLAST. Во амбуланта ги извадивме заштитните коронки и под анестезија извршивме екстракција на 1 и 2 заб. (Сл. 3).



Сл. 4



Сл. 5

Извршивме проба на мостот и корекција на естетскиот дел од фасетите, а потоа времено цементирање со паста ZnO вазелин за акомодација на мостот, а едновремено заштита на пост-екстракционата рана и овозможување нејзина правилна организација и затворање.

По две контроли на периоди од седум и четириесет дена со минимални корекции, мостот го цементиравме (сл. 4 и 5).

Дискусија

Имедијатното решение кое го избравме во овој случај покажува извесни предности што не смеат да се пренебрегнат и некои неповолни моменти што во заедничка акција и координација со пациентот можат да се отстранат или намалат.

Предноста на оваа изработка се гледа во тоа, пред сè, што пациентот ниту во еден момент не остана без заби, а со тоа ги избегна сите консекүтивни последици како резултат на губиток на забите или изработка на плочести подвижни протези.

Естетското решение со PIROPLAST ни дава можност за корекција во сферата на естетиката, како резултат на затворање на раната и повлекување на гингивата.

Во нашиот случај мораше да се изврши и вестибуларна корекција со розов PIROPLAST и мостот да добие третман на делумно легнат (седлест) мост, бидејќи наидовме на изразена патолошка деструкција на коскениот фундамент од вестибуларната ламела.

PIROPLAST обезбедува лесна и ефикасна корекција, со него се работи брзо и бидејќи спаѓа во групата на така наречени печени компактни акрилати за компактна полимеризација и порозноста му е намалена со сите нејзини последици.

Во опишаниот случај, а и во сите случаи на имедијатно протетизирање неопходна е внимателна и егзакнта екстракција без да дојде до поголеми коскени дефекти или секундарна инфекција. Раната мора *per primum* да зарасне, а со тоа и да се намалат можностите за поголеми корективни потфати.

На пациентот посебно му е сүтерирано да обрне внимание на хигиената на таа регија како и во целата үстна празнина.

Мостот не треба да се цементира бргу, туку да се обезбеди временна организација на раната со евентуални мали корекции што не би биле можни кај веќе цементируваниот мост.

Заклучок

Од третирањето на нашиот случај со фиксно имедијатно протетизирање може да се констатира следното:

— Во протетската терапија треба да се користи имедијатно протетизирање, а посебно фиксно протетизирање што

претставува проблем во стоматологијата, но ако се пристапи студиозно и аналитички, резултатите нема да изостанат.

— Потребно е внимателно, без поголеми лезии, екстракции — евентуално потпомогнати со терапија на антибиотици за да се избегне секундарна инфекција и зараснување на раната per secundum.

— Изработката на имедијатни и фиксни протези во делот на фронтот треба да се изработуваат само кај пациенти чијашто професија неопходно го бара тоа, како и кај оние кај кои сме сигурни дека ќе ја одржуваат хигиената во устната празнина.

Summary

After having treated our patient with a fixed immediate prosthesis we conclude:

— Immediate prosthesis could be used in prosthetic therapy, especially fixed prosthesis, which is a problem in stomatology, but if approached analytically and studiously, results do not fail.

— Care should be paid extraction to be done without gross lesions, antibiotic therapy should be administered to avoid eventual secondary infection and healing of the wound per secundum.

— Immediate and fixed prosthesis should be produced only in patients where it is professionally indicated, as well as for those who are expected to maintain high oral care.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А.: „Основи опште патолошке анатомије“, Медицинска книга Београд—Загреб, 1973 : 166—175
2. Бабић: „Имедијатна протеза са вештачким коренима као помоћном додатном ретенцијом“, Стоматолошки гласник Србије 3, 1962
3. Бранковачки Д.: „Зубна протетика — тотална протеза“ Београд, 1974 : 188—194
4. Геза Ковач — Добак: „Имедијатна протеза као терапевтско средство у руци лекара“, Стоматолошки гласник Србије, 1964 5 : 313—320
5. Јевремовић М. Шегвић, Ј. Павловић: „Психолошки, естетски, биолошки и функционални аспекти фиксних имедијатних конструкција“, Зборник радова II и VI конгрес стоматолога Југославије, 1976 : 307—308
6. Мирчев Е.: „Оправданост од изработка на заштитни коронки“ Македонски стоматолошки преглед, Скопје 1978 : II, 4, 379—383
7. Палчић Б.: „Функционална и естетска рехабилитација на забите во видниот сектор“, Забоздравствени весник 1965, 6, 289—293.
8. Сувин М.: „Стоматолошка протетика“, Школска книга, Загреб, 1976 : 365—366.
- 7а. Петровић Л.: „Болести уста“, Београд 1969, 308—309
9. Сувин М. Косовел З.: „Фиксна протетика“, Школска книга, Загреб, 1975 : 146—148., 207
10. Седеј Р.: „Естетика во стоматолошката протетика“, Забоздравствени весник, 1969, V 118—123
11. Тот — Баги Ласло: „Прилог за израду имедијатне протезе“ Ванредан, Нови Сад, 1968