

Шабанов Е., Даштевски Б.

БИМЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ ВО ФИКСНОПРОТЕТИЧКОТО ПЛАНИРАЊЕ И ТЕРАПИЈА

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за стоматолошка протетика

Авториите на овој труд укажуваат на ново наситаностите промени во расудувањето и донесувањето компретиенни одлуки при донесувањето план за терапија во фикснопротетичките реконструкции и рехабилитации

Егзактните биоматериолошки критериуми се повеќе стапуваат империив на сметка на поранешните државно-социјални рамки кои даваа минимум забодравствена заштита.

Опфатена е и новата форма на материолошки приватни конвенционални критериуми, засновани на меѓусебни материјални пазарни однесувања.

Поради одредени недостиги во ваквите критериуми, авториите предлагаат нов, паканаречен универзален критериум, кој е заснован на основните конвенционални принципи.

Планирањето, терапијата и прогнозата покажуваат соодветна еволуција и циклична метафорфаза во интерес на подобрувањето на функционалните и естетските квалитети на фикснопротетичкото протезирање.

Клучни зборови: биомедицински критериум; социјален критериум; конвенционален критериум; универзален критериум

Секојдневно, во својата професионална практика, стоматолозите се соочени со донесување одлуки, и тоа: деонтолошки, правни, етички, биомедицински, конвенционални, социјални, технички, технолошки, материјално-финансиски и други.

Најчесто се работи за прифаќање и примена на сложени дијагностички и стручно-технички знаења, како основна задача и обврска кон пациентот, градејќи притоа дефинитивен план и доктрина. Секоја препорака од страна

на стоматологот и нејзиното прифаќање од страна на пациентот има своја содржина и тежина која се гледа во можноста пациентот да биде повреден или пак да му се помогне, односно неговите желби и вредности да се почитуваат или да се игнорираат.

Понекогаш, предлогот и препораката на стоматологот се спротивставени на желбите на пациентот, додека пак понекогаш желбата на пациентот е неприфатлива за терапевтот. Начинот на разрешување на овие спротивставености го определува карактерот на стоматолошката протетика.

Многу е честа појавата стручните расудувања за одредени состојби да имаат повеќекратни решенија и, кога едното од нив ќе се прифати, се појавува материјалниот проблем кој, исто така, многу често го диктира однесувањето, односно го определува планот на терапијата.

Многу автори денес на планирањето, поради неговата комплексна содржина, му даваат филозофско-етичка конотација. Но, според наше мислење, планирањето е еквивалент на високата стручна подготвеност на терапевтот.

Планирањето, терапијата и прогнозата, во својот многувековен од, имаат сопствена еволуција и циклична метаморфаза, а се во полза на усовршување и подобрување на квалитетот на планот на терапијата и на неговата функционалност, естетиката и фонетиката.

Сознанијата од светските извештаи од изминатите години укажуваат на загрижувачки факти, поврзани со слабото квалитет на стоматолошките услуги, губењето доверба на пациентите, саморекламирањето, самоволното толкување на законските прописи, соработката со несоодветни или некомпетентни колеги, како и со финансиското поврзување со пациенти на штета на социјалните и осигурителните фондови.

Покрај биомедицинските индикации, врз одлука за планот на терапијата влијаат и општествените стандарди кои, понекогаш, се во спротивност со етичките стандарди на професионалниот кодекс. Општествениот стандард е променлива величина која е условена од економската сила на одделноопштество.

Општествените стандарди во современата стоматологија се во фаза на рапидни промени. Кај нас, со новите општествени промени, поточно со добивањето на општествени и приватни стоматолошки институции, настанаа очекувани пресврти.

Големи промени се случуваат и по усвојувањето на Конвенцијата за човековите права во чиј контекст е и правото на лекување.

Во секое општество стоматолошките услуги се дефинирани во зависност од политичко-економски можности. Овие општествени рамки се движат во најразлични дијапозони, од минимална социјала до максимална либерализација, што условува и поинакво стоматолошко однесување во разни државни асоцијации. Кај нас особено се наметнува прашањето на нашето здравствено осигурување кое до неодамна беше строго социјално, а по општествените промени, кои настанаа пред пет години, доби и две нови димензии: биомедицинско или максимално и конвенционално или договорно, на реализација пациент - стоматолог, стоматолошко грижување.

Социјалната категорија или минималната стоматолошка здравствена заштита поаѓа од “себични” гледишта кои произлегуваат од државната рамка за услуги од паушален надомест за давателите на услугите.

Социјалната категорија на стоматолошки здравствени услуги секоје општество ја санкционира со своите законски и подзаконски акти, од кои произлегува и однесувањето на терапевтот, како и неговиот дијапазон во планот на терапијата.

Англиската “социјала”, на пример, со закон ги определила категориите на лекувањето. Во нивно осигурување сите мобилни протетички помагала се социјална категорија, додека коронка, дури во предниот горен фронт, се наплатува во полн износ од пазарната цена на чинење.

На предлог на Грчката стоматолошка асоцијација, во Грција само тоталното протезирање спаѓа во социјална категорија. Сето друго што претставува протетичка терапија е пазарна категорија.

Американската социостоматологија е заснована врз чисти пазарни критериуми кои се договорени помеѓу државата и Американската дентална асоцијација (ADA). Од нив произ-

легува дека сето она што треба да се изработи за која и да е раса, националност, пол и возраст, треба да го плати државата, односно колку што ќе плати таа, толку и ќе се изработи.

Нашиот поранешен социјален критериум беше партиципантен, со варијабилни вредности, заснован врз социјален, солидарен фонд, рамковно определен, но не толку цврст за да не може понекогаш да се отстапи од него, а при тоа да не се нарушат социјалните односи.

Сите државни социјални програми денеска се прават врз база на меѓународните конвенции, како **прв критериум**, кои произлегуваат од општите и посебните права на човекот.

Вториот критериум е општествениот и личниот стандард на граѓаните.

Третиот критериум е степенот на застапеноста на медицинските норми.

Четвртиот критериум е социјалната структура и културата на населението.

Без разлика за кој критериум на социјалните програми се работи и каде, најчесто е застапеното мотото на Аристотел -секому подеднакво - денес познато како егалитарна програма. Затворајќи ја полека социјалната правда како критериум и стандард на населението, можеме слободно да констатираме дека принципите на правдата се тесно поврзани, најмалку со три основни идеи:

- праведно третирање на луѓето;
- давање третман на луѓето каков што заслужуваат;
- третман на луѓето на каков што имаат право.

И, на крајот, да кажеме дека социјалниот критериум не спаѓа во групата апсолутни категории. Напротив, тој е најфлексибилен и во него многу лесно навлегуваат биомедицинските и конвенционалните критериуми. Но, сепак, тој не содржи патернализам, утилитаризам, либерализам и други теории кои се поблиску до останатите алтернативни програми.

Биостоматолошкиот или максималниот критериум не произлегува исклучително од најстрогите медицински деонтолошки, етички и естетски принципи.

Оваа теорија на биосистеми, на планирање на терапијата, реставрација, рехабилитација, и реконструкција, заснована е, пред сè, на делот од принципите на Решер: *секому според појтребниџе, секому според најоройџ, секому според џридонесойџ и секому според слободнаџа размена на џрудойџ.*

Овие принципи во планот на терапијата и прогнозата го максимизираат направеното

добро преку наградувањето на оние кои најмногу учествувале во креацијата и изведбата.

Биостоматолошкото расудување за секој случај - пациентот, одделно ги повикува најстрогите принципи на одговорност, стручност, биоетика, деонтологија, а исто така и двонасочниот патернализам и утилитаризам, либерализмот и пазарното стопанисување.

Биокритериумот, исто така, ја почитува и самостојноста во одлучувањето на стоматологот, како и самјостојноста во давањето согласност на пациентот.

Овој критериум дава можности да се поврзат двостраните интереси, амбициите и можностите, заштитени од моралниот аспект на структурата, општеството и пациентот.

Овој биоетички критериум ја има најблагодарната придобивка од животот - слободата. Од една страна, слободата на стоматологот во духовноста, креативноста, визионерството, како и во искажувањето на планот на структурата, однесувањето, деонтологијата и етиката, а од друга страна, слободата на однесувањето на пациентот во неговите барања и очекувања од протетичкото помагало во смисла на неговите позитивни особини, врзани за функционалноста, естетиката и пазарното спогодување, кои треба да бидат на негово лично задоволство и на задоволството на терапевтот.

Биостоматолошките системи не трпат компромис. Тие произлегуваат од духовните вредности на Хипократовата заклетва, од хуманизмот на Женевската конвенција и од биомедицинската Хелсиншка декларација.

Вака поткрепен, овој систем ги исклучува можностите за евентуални импровизации во планот и терапијата на пациентот, како и за евентуална измама во смисла на лоша техничко-технолошка изведба, лажна гаранција и прескапо наплатавање за протетичкото помагало. Овде се исклучени: факторот на време, факторот на нетрпение, нестручноста, потоа парите, лошото и неморално однесување. Тоа се лични проблеми на терапевтот или на пациентот затоа што од таквото однесување можат да произлезат и правни дејствија кои се наведени во цврсто договорените обврски, предвидени пред започнувањето на работата. Иако досега не беа чисти појавите на вклучување на правосудството, сметаме дека во иднина сè почести ќе бидат и такви случаи.

Поради сите овие барања, кои задолжително ќе треба да се исполнуваат, денес станува императив потребата од доедуцирање на секој стоматолог, следење на сите свежи и нови информации, од областа на опремата, материјалите и нивната технологија, методите и иновациите, како и стекнувањето искуство во кому-

никацијата со пациенти, колеги, соработници и со социјалните донатори.

Овој биокритериум ја наменува и потребата од институцијата **конзилијарен преглед** од компетентни стручни лица, како и потребата од тимска работа која ја овозможува максимално квалитетно протетичко помагало.

Оваа максима подразбира и детално информирање на пациентот за сите фази и елементи на процесот пред да се почне со работа, што се состои во презентација на повеќе методи на реконструктивни студио модели, слајдови, филмови и други нагледни сретства, што ќе му овозможат колку што е можно повеќе и поблиску да ги пополни своите сознанија за придобивките од планот кој му е предложен од наша страна.

Освен веќе споменатите промени во нашето општествено уредување, видливи се и промените во забоздравствената кои се карактеризираат со појавата на една нова форма на лекување и однесување, таканаречена конвенционална категорија.

Појавата на приватно забоздравствено лекување и наследеното социјално однесување, во услови на неизострени критериуми, неуредни договорни обврски, неустановен кодекс на лекарскиот сталеж, неусогласени пазарни вредности, не упатуваат на внимателност, безбедност и сигурност во однесувањето спрема пациентот и фондот.

Сегашните неизострени критериуми не го оправдуваат нашето несериозно и нестручно однесување од проста причина што хуманоста, етиката и деонтологијата се перманентна должност на општите професионални принципи.

Секое излегување од рамките на социјалните и биомедицинските критериуми во планот и терапијата не смее да биде анархистичко.

Претходните две опции, минимум и максимум орално здравје, можат да послужат како примери за нашето вновог однесување во смисла на градење интермедијарни за новата забоздравствена заштита.

Овој специфичен вид критериум е многу поодговорен од претходните два, од проста причина што зад социјалниот критериум стои општество со својата програма, а зад биостоматолошките принципи - цврстите догми и норми на медицината и пазарното однесување. Зад конвенционалните критериуми формално стои и социјалниот и биомедицинскиот критериум, а де факто, тие претставуваат слободна размена на мислења и договарање на релацијата терапевт - пациент.

За да се усогласат барањата на пациентот со стручноста на терапевтот потребни се

многу предуслови. Од терапевтот се бара компетентност, стручност и одговорност во понуденото решение, како и гаранција во прогнозата на алаборација на случајот. Ваков квалитет може да пружи само терапевт кој е добар стручно технички подготвен.

Од пациентот се бара да ја прифати сугестијата за планот на терапијата, да му се предочат повеќе алтернативи, да добие доверба во терапевтот и да ги исполни материјалните обврски кои произлегуваат од предложените алтернативни решенија.

Важен услов е информираноста на пациентот. Не смее да се допушти ниту еден елемент да остане како табу тема во неговото расудување. Притоа е битно и сознанието за неговиот степен на стоматолошка култура и за хигиената на устата и забите.

Во заокружувањето на нашето расудување сакаме да предложиме модел за “мирен сон” или така наречен универзален безбеден критериум чии епитети се: хуманост, стручност, дентологија, етика и контролирано пазарно однесување.

Овој критериум ќе се вклопи и ќе го покрива сите заинтересирани фактори затоа што неговата оптималност ги задоволува интересите на сите учесници и на сите релации.

Што содржи универзалниот безбеден критериум и со што е условен?

Успешната стоматолошка рехабилитација, пред сè, е условена со тимска работа, односно со најтесна соработка со специјалистите од сите стоматолошки дисциплини, со специјалистите од блиските гранкови подрачја, а според потребите и со специјалисти логопеди, психолози биоетичари, социолози и др.

Без соработка со сите неопходни стручни лаборатории, исто така, нема успех во извршувањето на преземената обврска.

Сигурноста на терапевтот е условена од множество преземени мерки заради обезбедување квалитет, но пред сè од:

- правилна и добра дијагноза;
- програмата и планот за работа;
- јасната, проверена и потврдена стандардизација на терапевтските методологии;
- прогнозата, гаранцијата и контролата, реализацијата и работата, како и давањето упатства за однесувањето по ново настанатите состојби во устата.

Донесувањето одлука и стручно осмислен план за успешната терапија најнапред треба да почне со обичен неврзан разговор со пациентот за проценка на степенот на информи-

раност, на неговите психички и социјални квалитети, степенот на општата и стоматолошката култура, степенот на образование и интелектуалност, како и за материјалната состојба и општествената ангажираност.

Откако ќе се добијат овие општи информации за квалитетот и стандардот на пациентот и ако прифатиме понатамошна комуникација, пристапуваме кон медицинско - стоматолошка анамнеза (семејна и лична), како и кон податоците за неговиот локален статус.

За овој вид распит, покрај универзалните образци, се користи и личен потсетник кој секојдневно, од случај до случај, се надополнува со нови податоци што можат да бидат од капитално значење, за да се избегне опасноста да се заборави некој важен податок кој ќе влијае врз донесувањето на планот на терапијата.

Доколку пациентот е носител на некако протетичко помагало, неопходно е сознанието за неговиот евентуален критичен став и према него, без да се инсистира на подробности, името и презимето на извршителот, како и на целата на чинењето.

Особено е важно со внимание да се слушна и искажувањето на пациентот за состојбата и тешкотиите што ги има, како и искажувањето за биофункционалните нарушувања на виталните органи и за естетските нарушувања.

По завршувањето на анамнеза, поминуваме на втората значајна фаза - сеопфатниот преглед на орофацијалниот систем, секако диригирани од степенот на оштетеноста и инвалидноста на сегментот.

Оваа фаза ја опфаќа надворешната инспекција на лицето и уочувањето на одделни дефекти, аномалии лузни и други индикации кои говорат за здравјето и интактноста на фациесот.

Третиот и најважен сегмент во нашата анамнеза е прегледот на оралната состојба, односно состојбата на забите, лигавицата, тврдото и мекото непце, како и хигиената на устата и забите.

Денталниот статус, односно утврдувањето на состојбата на забите се врши по пат на објективен наод, перкусија палпација и рендгенолошки статус.

На тој начин се доаѓа до сите податоци за настанатите промени на забите, во смисла на кариес, пломба, девитализација, луксација изменета колоритност, евентуални импактирани полуимпактирани, ротирани (центрично или ексцентрично), инклинирани заби во сите можни правци, заби надвор од забните низи или во супра и инфраоколузија, или пак за сите можни

комбинации на овие малпозиции, од единични до група на заби.

Притоа, се регистрираат и состојбите во врска со формата (морфологијата) и големината, преку бројноста (хипердонција) и редукцијата (хипо или анодонција), како и промените во структурата на некој заб или пак група заби.

Еден од елементите при планирањето на терапијата е и макроскопската проценка за количината и квалитетот на плунката.

Состојбата на алвеоларната лигавица во смисла маргинални и хипертрофични гингивити или заболен пародонциум, меки наслојки и забен камен, која ги декланшира овие појави, го условува и го одлага планот на терапијата. За донесување на конечната одлука суштествено е и регистрирањето на евентуални промени на тврдото и мекото непце, како и промени на јазикот и плункините и лимфните жлезди по пат на инспекција и палпација.

Изработката на студио-модели има рамномерен статус со анемнезата и објективниот макроскопски преглед. Студио-моделите, ставени во артикулатор, даваат голем број податоци за состојбата, пред сè на оклузијата и артикулацијата, како и за состојбата на одделни заби. Доколку се загубени меѓувеличните односи, тие се определуваат со помош на загризни шаблони.

Ако сакаме нив да ги зачуваме како документациски материјал, можно е нивно “соклирање”.

По завршувањето на клиничката и фантомската анализа на оклузијата и артикулацијата, од сите нејзини аспекти, потребна е регистрација на функцијата на одделни орофацијални органи и евентуална нивна регистрација, како компаративни елементи во воспоставувањето нови состојби.

Фотодокументацијата е составен дел на податоците за донесување на дефинитивната одлука за планот на терапијата. Затоа се бара од пациентот да дозволи фотографирање на првобитната состојба, како и на состојбата по завршувањето на терапијата. Можни се евентуални евентуални меѓуфазни фотографии, доколку се работи за некоја лонгитудинална студија, како и поранешни фотографии, со и без насмевка, за изнаоѓање на неговите морфолошки индивидуални карактеристики и за компаративни студии. Барањето фотографии на родителите или семејни фотографии се потребни во смисла на генетичко следење на одредени семејни белези.

Особено важно за фотодокументацијата е ако може да се воспостави континуитетот на фотографите и ако се тие колоритни. Интра-

оларните снимки, исто така, се од големо значење во севкупната фотодокументација.

Рендгенографската документација е дел од помошните средства во дијагностиката и во планирањето во протетичката реставрација и реконструкција. Таа може да се групира во неколку збирки, и тоа: поранешни снимки од дентоалвеоларниот статус; од статусот пред започнувањето и одлучувањето за планот на терапијата, дополнителна или меѓуфазна рендгенографија, од статусот по завршувањето и предавањето на протетичките помагала, како и контролен статус на определено време, според прогнозата и гаранцијата на забната протеза.

Со цел да го скратиме коментарот за рендгенската документација, поради неговата обемност и сеопфатност, накусо ќе кажеме дека од неа се земаат сите релевантни податоци кои директно го условуваат планот на протетичката терапија, како и на други претпротетички интервенции.

Исто така, е потребно, пред да се донесе прелиминарниот протетички план за терапијата, да се вклучи институцијата конзилиум, во зависност од аспектот на конструкцијата.

Преку оваа институција се отстрануваат евентуалните нејасности, дополнувања, исклучувања или нови препораки што би го подобриле дефинитивниот план.

Ваквото однесување може да ни даде капитални податоци за процесот претпротетичкиот третман, како и за донесувањето на прелиминарниот план на терапија.

Сите заклучоци донесени во текот на анализата и прегледот, како конзилијарниот протокол, се релевантни за понатамошната постапка и ги одредуваат насоките на понатамошното одредување на протетичарот кој, по овие фази, треба да го донесе прелиминарниот план. Прелиминарниот план ги содржи следниве одредби:

- заби што треба да се екстрахираат;
- заби за лекување, ендодонтска ревизија или апикотомија;
- заби за девитализација од протетички аспект;
- заби кои, поради нивната морфологија и положба, треба да се коригираат по пат на соодветни метални надградби;
- евентуални хируршки зафати во смисла на корекција на дел од меките и тврдите орални ткива.

Сите овие предработи треба коректно да се извршат, покрај другото и заради неопходната доверба од страна на пациентот. При одлучувањето треба да се води сметка да не се биде радикален, секогаш водејќи сметка што е можно повеќе и подолго да се задржи виталното ткиво. Оваа постапка денес се експлоатира

како биолошки пристап кон реставрациите и реконструкциите.

За подобра информација и презентација на прелиминарниот план на терапија на пациентот, потребно да се обезбеди и дел од привремените протетички помагала, како што се: привремени мобилни протетички помагала во смисла на времено надоместување на загубените или екстрахираны заби, естетски корекции, држачи на интерденталниот простор, нагрисни шини, ортодонски апарати, шини за бимаксиларна фиксација и други протетичко-ортодонско-хирушки помагала.

Честопати и старите протетички помагала можат успешно да се адаптираат на новонастанатите потреби и времено да ни бидат од полза.

Изработката на привремени протетички помагала кај пациенти со нарушени интактни забни низи, оклузиални аномалии (вродени или здобиени), е од големо знаење пред сè поради:

- давањето можност да бидеме сигурни во факторот време;
- можноста од повеќе алтернативни решенија да се одбере најадекватното;
- можноста да се потврди решението во функционална и естетска смисла;
- комуникацијата на пациентот во периодот на санацијата и избегнувањето на евентуални забелешки од средината во која тој се движи;
- можноста за адаптација на новонастанатата состојба (подигање на загризот на гризна шина);
- можноста да се проценат фонетските вредности на идното протетичко оомогало;
- можности за естетски проценки на идната протеза.

Покрај овие елементи, заради целосна информираност, во оваа фаза на работата се наметнува и таканаречената фантомска реконструкција на модели кои треба објективно најдобро да го информираат пациентот. Овие реконструкции треба да бидат најсовремено изработени бидејќи секоја небрежност и неодговорност можат да остават трага кај пациентот и, проценувајќи ја како негативна, да го наведе да го одбие нашиот предлог на планот на терапијата.

Анимацијата на пациентот и презентацијата на протетичката обработка се врши со сите собрани и изработени решенија. Доколку се работи и за малолетен пациент, неопходно е присуство на родителите и евентуално на донаторот.

Откако се завршени сите лекувања и интервенции, предвидени во прелиминарниот

план на терапија, како и презентацијата на случајот пред пациентот, се пристапува кон изработка на дефинитивниот план на терапија и неговата прогноза.

При дефинитивното донесување на планот основни начела се:

- укажување на барањата од страна на пациентот, доколку тие не излегуваат од стоматолошката рамка на дозволеното;
- заземање став, од страна на терапевтот, дека не постојат шаблонски решенија ниту пак идентични случаи.

И покрај сеопфатните согласувања на случајот, доколку нашата проценка е таква, потребно на пациентот да му се уочи евентуалното отстапување од планот што настанал поради тоа што не можело да се предвиди одделно органско однесување кое добило поинаков од предвидениот, како и некоректното однесување на пациентот во текот на терапијата. Разбирливо дека овие отстапувања не смеат да бидат од поголеми размери и суштински да го нарушат планот на терапијата, како и материјално да ја изменат релацијата лекар - пациент.

Дефинитивниот план на терапијата треба да одговара на следниве прашања:

- каков е степенот на оштетувањето и, во зависност од тоа, дали да се оди постапно или сеопфатно?
- дали се менуваат меѓувличните односи и на кој начин (со адаптација, постапно или во еден акт)?
- дали се предвидени привремени помагала и кои?
- од каков материјал ќе бидат изработени привремените и дефинитивните помагала?
- на кои заби ќе бидат изградени метални надградби?
- на кои заби ќе бидат изработени соло или блок коронки, во класична (природна) или нова морфолошка модификација?
- на кои заби, носачи, ќе биде изработен мост во класична или во морфолошки изменета форма?
- каков вид коронки ќе се изработат како подготовка за скелетирани метални протези:
- телескопски, фрезувани или само со наслони за дентално оскино оптоварување?
- кои заби ќе бидат користени како носачи на интра или екстракоронарни атечмени?
- кои заби ќе бидат користени како носачи за индустриски или индивидуални пречки?
- кој вид протеза ќе се работи, од акрилат или метална?
- каква препарација и какви средства ќе бидат применети?

- колку лица и кои ќе го спроведуваат третманот?
- во кои институции ќе се изработат протетичките конструкции?
- кога, како и на кој начин ќе се изврши материјалната компензација?
- каде и како е осигурителниот статус на пациентот?
- дали планот е во рамките на дозволенит и материјално покриени средства од страна на донаторот?

Доколку сево ова, како и претходните елементи, му бидат предочени на пациентот, вклучувајќи го и евентуалниот (пишан) договор за двостраните преземени обврски, тогаш може да се почне со работа според дефинитивниот план на терапија

Терпијата се одвива според утврдените процедури и методолошки стандарди во стоматолошката протетика

По секоја завршна фаза се прави проверка на довербата и прифаќањето на делот на конструкцијата. Сите евентуални забелешки од страна на пациентот се корегираат до целосна согласност за продолжување со реконструкцијата.

По завршувањето на реконструкцијата, должност на секој терапевт е на пациентот да му ги предочи сите детали околу однесувањето на протетичките конструкции, особено околу одржувањето на хигиената на устата, со посебна нагласка на хигиената на реконструктивните сегменти.

Неколку дена по предавањето на протетичките конструкции, се врши дефинитивна анализа на оклузијата и на артикулацијата, со помош на артикулациона хартија или плочка од розов восок, а доколку има можности се прави проверка и со помош на биофункционална апаратура (sirognathograph). Резултатите од овие анализи ни даваат за право да процениме дали и дефинитивно ќе ги цементираме фиксните конструкции, како и тоа дали ќе ги активираме ретенционите системи. Во интерес на "мирен сон", правиме уште една анализа на оклузијата и артикулацијата, како проверка на функцијата на ретенциооните системи. Анализата на оклузијата може да биде и на модели кои се направени по завршената реконструкција, во соодветен артикулатор, на ист принцип.

Неправилно ракување, неодржувањето на хигиената во устата, како и нередовните контроли, не ослободуваат од договорните обврски при евентуалните оштетувања на конструкцијата.

На крајот да кажеме и тоа дека е добро да се зачуваат сите валидни податоци за пациентот, заради евентуални корекции.

Заклучок

Од прикажаните критериуми може да се заклучи дека постојат повеќе определби во донесувањето на одлуката за планот на терапијата во фикснопротетичко протезирање:

- социјална категорија или максимална стоматолошка здравствена заштита произлегува од однапред определена, од страна на општеството, рамнина на однесувањето во планот и програмата на терапијата;
- биостоматолошкиот критериум го диктираат егзактните биосистеми и компетентноста на терапевтот во одлучувањето на предлогот на максималните можности врз база на заемната соработка и можности на пациентот;
- конвенционалниот критериум на планот на терапијата навлегува и во биостоматолошкиот и во социјалниот, а најмногу е заснован врз пазарното спогодбено однесување, што во никој случај не ослободува од деонтолошките и етичките норми;
- автоите предлагаат интермедијален, универзален, безбеден критериум кој ги опфаќа сите медицински, социјални, конвенционални, но и деонтолошки и етички стандарди, вклучувајќи го и контролираното пазарно однесување;
- согледувањето на сите стручни и морални аспекти при донесувањето одлука за планот на терапија, како и максималната информираност на пациентот за текот на стручната постапка, евентуалните измени во текот на терапијата, како и посттерапевтското однесување се, исто така, битни елементи за крајниот резултат и на овој критериум.

Литература

1. RULE J, VEATCH R. Ethical questions in dentistry. Quintessence Publishing Co, Chicago, Berlin, London, Tokio, Sao Paolo, Moskow, 1993.
2. BABIĆ B. Skeletirana proteza. Medicinska knjiga, Beograd -Zagreb, 1977.
3. МИРЧЕВ Е. Стоматолошка протетика, Просветно дело. Скопје, 1984.
4. SUVIN M, KOSOVEL Z. Fiksna protetika. Školska knjiga, Zagreb, 1975.

5. Heinenberg B., Die modifizierte Maryland-Brucke, D.Autlange, Quintessenz Verlags - GmbH Berlin, Chicago, London, Sao Paolo und Tokio. 1990.
6. BRANOVAČKI D, PAPIĆ S.Predklinicka stomatološka protetika. Opšti deo, Novi Sad, 1981.
7. MARIĆ D. Uvod i stomatološku protetiku. Beograd, 1971.
8. BOTTGER N. Das Teleskop system in der zahnrztlichen Prothetik, Leipzig, 1969.
9. CODE of American Dental Association.
10. GRKOVIĆ B, PENEVA N, IVANOVIĆ. Live ne nadogradnje zuba sa interradikularnom retencijom modelirane u autoakrilatu. Stomatol Gl Srb 1974; 21(1): 21-6.
11. GAVRILOVIĆ B. Stomatoprotetska rehabilitacija odraslih bolesnika za sekundarnim posledicama urođenih rascepa usne, tvrdog i mekog nepca (doktorska disertacija). Beograd, 1985.
12. ВАСКОВ И. Стоматолошки практикум, Скопје, 1995.
13. ДАШТЕВСКИ Б, ВАСКОВ И, ГЕОРГИЕВСКИ С. Протетско-хируршка корекција од естетски аспект. 5. Стоматолошки собир на лекарите од Македонија, Дојран, 1987.
14. ДАШТЕВСКИ БР, БОГДАНОВСКИ И, ДАШТЕВСКИ БЛ. Die stomatohoprotetische korrektion und die Rehabilitation der eingeborenen und bekompenen dentoalveolaren Malfotmation. XVI kongres na B'lgarskoto naucno družestvo po stomatologija Sofija, 1992.
15. ТОНОВСКИ Т. Основите на социологијата. Битола, 1993.
16. ЦВЕТКОВСКИ Б и сор. Социјална медицина Скопје 1996.
17. МИМІСА М. Uvod u medicinska istrazivanja. Školska knjiga, Zagreb, 1989.
18. ШАБАНОВ Е. Трауматска оклузија и патохистолошките промени во пародонциумјот, Макед Стоматол Прегл 1989; 12(1-4):76.
19. ШАБАНОВ Е, КОРУНОВСКА В, ИВАНОВСКИ В. Хигиенски аспекти на фиксни протетички изработки во зависност од гингивалниот допир. 6. Собир на стоматолозите на Македонија (апстракт). Дојран, 1991: 103.