

Nowa skuteczna metoda podścielania prac protetycznych

Autorzy:

mgr lic. tech. dent. Szymon Marciniak,
Ryszard Łobodziński, MSME, MBA,
dr n. med. Jarosław GibekO

Sukcesem zespołu stomatologicznego jest zadowolony pacjent, u którego przeprowadzono odpowiednie do oczekiwań i możliwości finansowych, właściwe leczenie. W dużej mierze zależy to od wiedzy, doświadczenia i możliwości lekarza stomatologa i jego relacji ze wszystkimi, którzy partycypują w tym procesie. Pacjenci coraz częściej wymagają nie tylko estetycznych, trwałych, ale i wygodnych prac, jako końcowy etap leczenia. Technik dentystyczny odgrywa tutaj bardzo ważną rolę.

Na przykładzie wybranych prac i relacji lekarz – technik pokażemy, jak przez zastosowanie innowacyjnych metod i materiałów można osiągnąć oczekiwane rezultaty, poprawić funkcjonalność i komfort prac protetycznych. Odbudowa właściwej funkcji żucia może być złożonym procesem w zależności od potrzeb protetycznych pacjenta. W bezębbiu skutecznym sposobem jest wykonanie protez całkowitych. W przypadkach atroficznych wyrostków zębodołowych problem nadmiernej ruchomości protez można wyeliminować, stosując wszczepy śródkostne w żuchwie lub szczęce i osadzając na nich protezę. W zależności od wybranej metody mogą to być kompleksowe i czasochłonne pro-

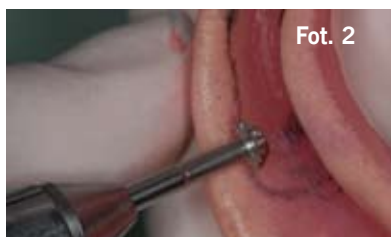
cedury lub mniej skomplikowane, ekonomiczne zabiegi, których pacjenci coraz częściej oczekują. System Komfortowa Proteza uznawany jest przez znanych protetyków i implantologów (np. prof. Dennisa Tarnowa, NY, USA) za ostatnią generację w rozwoju unieruchamiania protez na mikroimplantach. Jest to system, który na jednej wizycie klinicznej w pełni przywraca funkcję żucia. Proteza (najczęściej dolna) stabilizowana jest na mikroimplantach Atlas (fot. 1) przez elastyczną matrycę wykonaną w protezie z materiału Tuf-Link (fot. 5-6). Materiał nie łączy się z płytą protezy i jest jedynie mechanicznie zakotwiczony w rowku retencyjnym (fot. 3-4), wyciętym specjalnymi frezami

(fot. 2). W krótkim czasie kondensuje się go w protezie w ustach pacjenta. Dzięki temu, że matryca jest elastycznym materiałem, uzyskujemy mocną i komfortową retencję protezy. Mikroimplanty nie są obciążane bezpośrednio przez płytę protezy, jak ma to miejsce przy zastosowaniu matryc metalowych. Podścielenie protezy materiałem bez implantów pozwala uzyskać odpowiednie położenie protezy na wyrostku i wyeliminować strefy urazowe. To niejednokrotnie pozwala uniknąć dodatkowych wizyt klinicznych, koniecznych do dostosowywania protez.

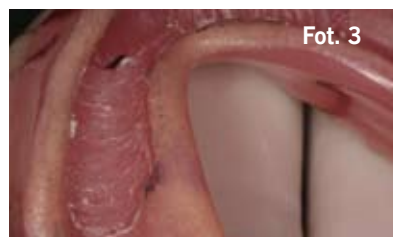
Poniżej w ciekawy i kreatywny sposób pokazano, jak może wyglądać wizyta technika u lekarza i co razem mogą osiągnąć.



Fot. 1



Fot. 2



Fot. 3



Fot. 4



Fot. 5



Fot. 6



Fot. 7



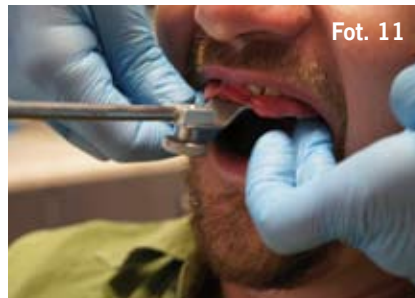
Fot. 8



Fot. 9



Fot. 10



Fot. 11



Fot. 12

Przychodzi Technik do Lekarza

rozmawiają:

mgr lic. tech. dent. Szymon Marci-
niak oraz dr n. med. Jarosław Gibek

Podstawą udanej i długoletniej współpracy lekarza dentysty z technikiem dentystycznym jest dostarczanie przez tego drugiego „pracujących się nosić”. Oznacza to, że prace mają być nie tylko estetyczne, ale przede wszystkim maksymalnie wygodne. O tym, jakże ważnym, temacie komfortu noszenia uzupełnień protetycznych porozmawiam chwilę z moim długoletnim klientem, dr. n. med. Jarosławem Gibkiem.

Szymon: Jarku, jesteśmy w trakcie pracy nad uzębieniem Pana Adama. Jakie spostrzeżenia kliniczne nasuwają Ci się w pierwszej kolejności?

Jarosław: Dramat, jeśli chodzi o higienę i ciężki kontakt z pacjentem jeśli chodzi o zmianę codziennych nawyków. Ponadto bardzo trudne warunki okluzyjne. Długa droga przed nami, kolego Szymonie.

Sz.: W rzeczy samej, dla mnie już na wstępie zaskoczeniem było to, że dzięki dużej liczbie wypełnień w odcinku przednim sporo odcieni z kolornika można by było zastosować z sukcesem (fot. 7). No,

ewentualne trudności sprawiałoby wierne odtworzenie osadu widocznego na lewym siekaczu bocznym.

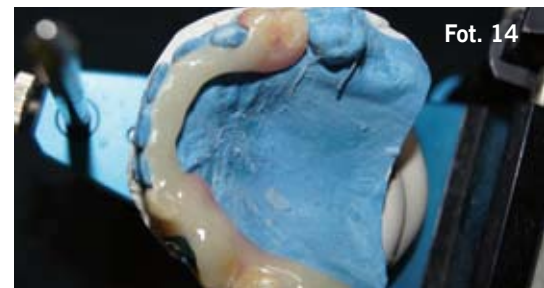
J.: Tak, to bardzo ciężki pacjent. Zapewne fatalna higiena jamy ustnej doprowadziła do takiego stanu uzębienia, który widać na fot. 8, 9, 10. Na zdjęciu 8 widzisz również (po lewej stronie pacjenta) stan po ekstrakcji korzeni zębów 24 i 25, prowadzący do zaniku wyrostka.

Sz.: To prawda, czasem kość tak szybko zanika, że natychmiastowe dostawienie zęba do protezy skutkuje w ustach dramatycznym odstawianiem płyty protezy w miejscu ekstrakcji. Poza tym ile razy się zdarza, że proteza natychmiastowa nie pasuje nawet natychmiast po założeniu i konieczne jest bardzo szybkie jej podścielenie?

J.: Mamy niestety kilka takich prac z odstawianiem płyty na swoim koncie. Na szczęście dzisiaj wiemy już, co należy w takiej sytuacji zrobić, ale o tym za chwilę. Zwróć uwagę na warunki zgryzowe, jakie zastaliśmy u Pana Adama (fot. 7, 10). W wyniku utraty wielu zębów doszło do znacznego obniżenia wysokości zwarcia – konieczne trzeba coś z tym zrobić. Po wspólnej rozmowie, przed zaopatrzeniem docelowym pacjenta w uzupełnienia stałe, zdecydowaliśmy się na zastosowanie szyny korygującej



Fot. 13



Fot. 14



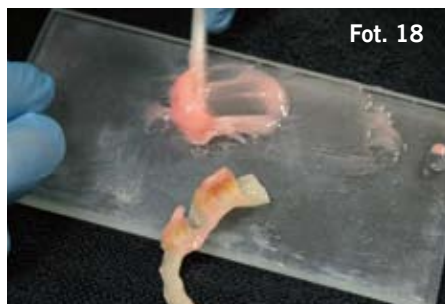
Fot. 15



Fot. 16



Fot. 17



Fot. 18



Fot. 19

w celu podniesienia okluzji pod przyszłe mosty. I, jak zazwyczaj przy tego typu pracach, konieczne było użycie łuku twarzowego (fot. 11).

Sz.: I nareszcie mogłem w końcu zdjąć z półki mój nieco zakurzony, w pełni nastawialny artykulator IML firmy Omni-Scala i po ustaleniu kątów Bennetta i nachylenia stoków (fot. 13) według rejestratów okluzyjnych, dostarczonych przez Ciebie (fot. 12), wykonałem szynę z nowym prowadzeniem (fot. 14). Bezpośrednio po zaakrylowaniu i wypolerowaniu miałem na stole szynę z twardą płytą dośluzówkową (fot. 15). Czyli typową sytuację, w której po umieszczeniu uzupełnienia protetycznego w ustach pacjenta okazuje się, że płyta może odstawać w miejscach

zębów po ekstrakcji. Chcąc oczywiście uniknąć znanego scenariusza, w którym płyta w miejscu niedawno usuniętych zębów mogłaby w jakikolwiek sposób odstawać od wyrostka, usunąłem całą część dośluzówkową uzupełnienia (fot. 16).

J.: Ale zaraz, zaraz... Jeśli się nie mylę, zrobicie to specjalnymi frezami, dającymi odpowiednią retyencję do materiału – wypreparowałeś nimi tzw. rowek retencyjny w protezie (fot. 16), w który miałem zaaplikować później metodą bezpośrednią w ustach pacjenta materiał Tuf-Link.

Sz.: Tak właśnie było. Jeśli kiedykolwiek będę chciał, żeby ktoś wytłumaczył mi, co sam zrobiłem, niechybnie zwrócę się właśnie do Ciebie. Niełatwo sobie odmówić

przyjemności posłuchania, jak z akademickim spokojem wyjaśniasz mi procedury, które osobiście przeprowadziłem. Poproszę Cię, żebyś wspomniał jeszcze parę słów o materiale, skoro już tak ładnie zacząłeś.

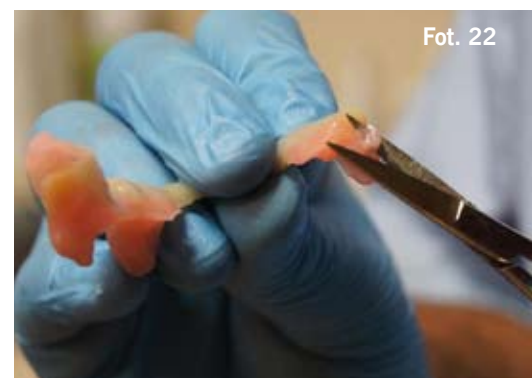
J.: Nie ma co za dużo opowiadać – materiał broni się sam. Jest to dwuskładnikowa masa silikonowa do wykonywania miękko-twardej wkładki. Co istotne, pacjent może po tygodniu sam wyciągać wkładkę, czyścić ją i umieszczać z powrotem w protezie ruchomej. To daje możliwość zastosowania tego systemu nawet u takich pacjentów, jak Pan Adam, ze wskazaniem wszakże, żeby co 2 tygodnie przychodzili na wizyty kontrolne, podczas któ-



Fot. 20



Fot. 21



Fot. 22



Fot. 23



Fot. 24



Fot. 25



Fot. 26



Fot. 27



Fot. 28

rych to lekarz czyści wkładkę (nie oszukujmy się, niektórzy pacjenci wymagają specjalnego traktowania, zanim nauczą się podstawowych zasad higieny).

Sz.: Ja od siebie bym dodał, że można stosować Tuf-Link metodą bezpośrednią (w gabinecie), jak również metodą pośrednią (w pracowni protetycznej).

J.: Metoda bezpośrednia właściwie jest banalna do wykonania. W pierwszej kolejności odpowiedziałem wylot, wyciskając małą ilość materiału na płytkę, po czym wycisnąłem wymaganą ilość silikonu Tuf-Link (fot. 17) i za pomocą szpatułki uzyskałem jednolitą konsystencję (fot. 18). Nałożyłem materiał do przygotowanych przez Ciebie w pracowni

rowków retencyjnych w szynie (fot. 19–20), po czym umieściłem protezę w ustach pacjenta, każąc mu zaciskać zęby przez 10 minut (fot. 21). Po związaniu materiału i wyjęciu szyny z ust pacjenta wyciąłem nadmiary nożyczkami (fot. 22–23). Na zdjęciu 24 widać stronę dośluzówkową wkładki, a na zdjęciu 25 to, o czym rozmawialiśmy na początku, czyli idealne przyleganie płyty w miejscach poekstrakcyjnych. Poza tym z łatwością można zauważyć, ile miejsca udało nam się zyskać.

Sz.: Czyli są, Doktorze miłościwie nam panujący, już jakieś rokowania na uzupełnienie stałe w przyszłości.

J.: Myślę, że zdecydowanie są, ale bez pośpiechu, niech pacjent przyzwyczaja się powoli do nowych wa-

runków zwarciowych, już teraz w wygodnej, komfortowej wersji, gdzie szokiem jest tylko podniesienie zwarcia, a nie walka z dużą ilością odleżyn na śluzówce, których w systemie wkładek silikonowych mieć nie będzie. Poza tym zastosowanie szyn daje nam nieco czasu, jakże potrzebnego do gruntownej reedukacji naszego pacjenta. Konieczna jest przecież diametralna poprawa higieny jamy ustnej, poprzedzona profesjonalnym oczyszczeniem powierzchni zębów Pana Adama. Teraz także mam czas, żeby skupić się na leczeniu dolnych zębów naszego pacjenta.

Sz.: Trzymajmy kciuki za Pana Adama, żeby zaczął dbać na dobre o higienę, tak potrzebną dla jego docelowych



uzupełnień. A propos ostatecznej pracy – chciałbym pokazać Ci rozwiązanie, które nie jest takie oczywiste, ale wydaje się, że bardzo dobrze rokuje.

J.: Czekam zatem z niecierpliwością.

Sz.: Otóż na zdjęciach 26 i 27 mamy klasyczne uzupełnienie zakotwiczone na koronach teleskopowych. Korony teleskopowe charakteryzują się doskonałą retencją, jak sam wiesz, z utrzy-

maniem dobrej siły tarcia na teleskopach nie mam zazwyczaj specjalnych problemów, ale dodatkowe podniesienie komfortu użytkownika protezy jest zawsze w cenie.

J.: Fakt. Ponadto u pacjentów, którzy już wydali sporą sumę na tak wyrafinowane uzupełnienie protetyczne, dodatkowy koszt 150–300 zł nie będzie stanowił większego obciążenia.

Sz.: Dokładnie tak. Ale wracając do opisywanej sytuacji, myśląc perspektywicznie, można prace na koronach teleskopowych na wypadek ewentualnej utraty siły tarcia zaopatrzyć w łoża dla tzw. dodatkowych elementów retencyjnych. Problem w tym, że te łoża do momentu utraty siły tarcia przez elementy cierne (co przy dobrze wykonanych teleskopach ze stopów nieszlachetnych może w ogóle nie nastąpić) pozostają albo puste, będąc matrycą dla bakterii, albo bywają wypełnione

tworzywem akrylanowym, które w sytuacji, gdy konieczne jest szybkie działanie, może utrudniać prostą procedurę zaopatrzenia takiej protezy w dodatkowy element. Dlatego też silikon, który wykorzystywałeś w swoim klinicznym przypadku do wykonania miętko-twardych wkładek, może tu pełnić również nieoczoną rolę.

J.: Trochę zagmatwałeś, ale podejrzewam, że mając pomocne zdjęcia przed sobą, jestem w stanie zrozumieć, o co Ci chodzi. Dlatego też zamieniam się w słuch.

Sz.: Procedura laboratoryjna podobna jest do Twojej. W protezie ze zdjęć 26, 27 wyciąłem, jak Ty to ładnie nazywasz, rowek retencyjny (fot. 28, 32) i nie oszczędzając przy tym siatki retencyjnej, pozbawiłem ją opakera kryjącego metal. Na fot. 29 widoczne są retencje, jakie uzy-





skatem dla przyszłej wkładki, jak również od strony dośluzówkowej widać przestrzeń na dodatkowy element retencyjny, który może (ale nie musi) nam być potrzebny w przyszłości. Na zdjęciach 30–31 ta sama przestrzeń pod dodatkowe elementy retencyjne widoczna jest od strony specjalnie sperforyowanych koron wtórnych. Do tak przygotowanej protezy nałożyłem wymieszany w proporcjach 1:1 dwuskładnikowy materiał silikonowy Tuf-Link (fot. 32) i po założeniu protezy na model i 10-minutowym uciśnięciu sprawdziłem, czy po bokach wyszły nadmiary materiału (fot. 33–34).

Dzięki temu miałem pewność, że materiał doszedł wszędzie tam, gdzie miał dojść, o czym przekonałem się po zdjęciu protezy z modelu i po sprawdzeniu strony dośluzówkowej jeszcze z nadmiarami (fot. 35). Po usunięciu nadmiarów tą samą techniką, którą zastosowałem, Doktorze, u siebie w gabinecie, otrzymałem bardzo ładną protezę na koronach teleskopowych z komfortową miętko-twardą wkładką Tuf-Link (fot. 36–37), której dodatkową rolą w tej pracy jest wypełnienie przestrzeni pod przyszłe dodatkowe elementy retencyjne dla koron teleskopowych (fot. 38–39). Po-

zytywnym zaskoczeniem jest dla mnie jest dobra właściwość kryjąca gotowych wkładek wykonanych z silikonu Tuf-Link, gdyż pamiętasz przecież, że pod wkładką kryje się niczym niepokryty kawałek metalowej siatki.

J.: Tak, to prawda, to duża niespodzianka, że nie widać metalu. Ale tak puentując na koniec nasze rozważania praktyczne, dla mnie najistotniejszym jest fakt, że w protetyce jest już coraz mniej tzw. „sytuacji bez wyjścia”, kiedy trzeba powtarzać całą pracę.

Sz.: Bardzo piękna puenta, Kolego Doktorze. Dziękuję za przyjęcie zaproszenia do rozmowy. ■



Korespondencja:



mgr lic. tech. dent.
Szymon Marciniak
Pracownia Techniki Dentystycznej
Szymon Marciniak
92-446 Łódź, ul. Wojewódzkiego 30c m. 2
tel. 505 176 416
e-mail: szymekmarciniak@o2.pl



dr n. med. Jarosław Gibek
A-dent Gabinet stomatologiczny
92-446 Łódź,
ul. Wojewódzkiego 30 m.1
tel. 693 033 911
e-mail: jgibek@o2.pl