

Wycisk czynnościowy bezzębnej szczęki w trudnych warunkach podłoża protetycznego – opis dwóch przypadków

Functional impression of edentulous maxilla with difficult conditions of prosthetic area: Report of two cases

*Adriana Jaroszewska-Wójcicka¹, Emilia Wiatr-Rudnicka²,
Danuta Nowakowska³*

^{1,2} Rezydentka w Katedrze Protetyki Stomatologicznej UM we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. *W. Więckiewicz*, prof. nadzw.

³ Zakład Materiałoznawstwa Katedry Protetyki Stomatologicznej UM we Wrocławiu
Kierownik: dr hab. *D. Nowakowska*

HASŁA INDEKSOWE:

podniebienie gotyckie, przerost guzów szczęki, leczenie protetyczne

KEY WORDS:

gothic palate, hypertrophy of maxilla tumours, prosthetic treatment

Streszczenie

Leczenie protetyczne pacjentów z bezzębiem napotyka często na trudności związane z anatomicznym ukształtowaniem podłoża. Należą do nich podniebienie gotyckie oraz znaczny kostny przerost guzów zębodołowych. W obu przedstawionych w artykule przypadkach klinicznych istniejące problemy rozwiązano z użyciem poliwinylsiloksanowego elastomeru wyciskowego o przedłużonym okresie plastyczności.

Summary

Prosthetic treatment of edentulous patients often encounters difficulties because of the anatomical conditions of the prosthetic base. These include, Gothic palate and a sizeable bone hypertrophy of alveolar ridge tumours. In both of these cases the clinical problems encountered are solved by the use of polyvinyl siloxan impression material with an elongated period of plasticity.

Całkowity brak zębów u człowieka, według definicji WHO, jest stanem upośledzenia zarówno fizycznego jak i psychicznego.^{1,2} Poza utratą zdolności prawidłowego żucia, pojawiają się aspekty natury fonetycznej oraz estetycznej. Dzisiejsza stomatologia pozwala na uzupełnianie powstałych braków zębowych za pomocą protez całkowitych przywracając tym samym, w miarę możliwości, utracone funkcje.^{3,4}

Niestety w praktyce nie zawsze spotykamy się z idealnymi warunkami podłoża protetycznego. Do trudnych warunków w zakresie szczęki możemy zaliczyć między innymi wysokie wysklepienie podniebienia, tzw. podniebienie gotyckie, przerosty włókniste lub przerosty kostne.^{5,6} W skrajnych przypadkach, przed rozpoczęciem leczenia protetycznego należy także rozpatrzyć przygotowanie chirurgiczne

podłoża.⁶ Czasem jednak występujące u pacjenta choroby ogólne lub zaawansowany wiek uniemożliwiają przeprowadzenie wspomnianych procedur.

Leczenie protetyczne dwu opisanych pacjentów, którzy zgłosili się do Poradni Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, przeprowadzono zgodnie z zasadami metody wrocławskiej opracowanej w 1970 roku przez Płonkę.⁷ Podczas drugiego etapu postępowania dostosowuje się łyżkę indywidualną górną, której obrzeże można dodatkowo poszerzyć czynnościowo w całości lub w zakresie wymagających tego fragmentów jednym z dostępnych materiałów o przedłużonym okresie plastyczności, co umożliwia wykonanie precyzyjnych wycisków czynnościowych szczęki. W obu przypadkach zastosowano poliwinylsiloksanowy elastomer wyciskowy, którego głównymi zaletami są łatwość kształtowania i wydłużony do 5 minut czas polimeryzacji.^{8,9}

Przypadek 1

Mężczyzna, lat 74, zgłosił się w celu wykonania protezy całkowitej górnej i dolnej. Wcześniej użytkował protezy częściowe, ale ostatnie zęby zostały usunięte. Badaniem

fizykalnym stwierdzono dobrze zachowane wyrostki zębodołowe szczęki i żuchwy oraz bardzo wysoko wysklepione podniebienie z przebiegającą w linii środkowej szczeliną (ryc. 1). Na pierwszej wizycie pobrano wyciski anatomiczne szczęki i żuchwy. Po odlaniu modeli okazało się, że szczelina podniebienna przekracza zasięg podniebienia twardego. Dlatego przedłużono dotychczas łyżkę indywidualną górną elastomerem poliwinylsiloksanowym o przedłużonym okresie plastyczności i wykonano ponownie wycisk czynnościowy z dokładnym odwzorowaniem przejścia podniebienia twardego w miękkie (ryc. 2 i 3). Po akceptacji próbnej protezy przez pacjenta, przystąpiono do ustalenia przebiegu uszczelnienia pierwotnego oraz wtórnego. Uszczelnienie pierwotne zaznaczono dosyć szeroko, na wypadek gdyby trzeba było skrócić płytę protezy (ryc. 4). W przedstawionym przypadku szczelina w linii środkowej podniebienia została wypełniona przez technikę tworzywem akrylowym w obrębie od uszczelnienia pierwotnego do wtórnego. Pozostałą część głębokiej szczeliny podniebiennej na modelu czynnościowym szczęki zablokowano cementem, aby tworzywo akrylowe nie zostało wprasowane do jej wnętrza, co mogłoby



Ryc. 1. Pacjent lat 74, zdjęcie wewnątrzustne.



Ryc. 2. Łyżka indywidualna rozbudowana dotychczas elastomerem o przedłużonym okresie plastyczności – Function (Bisico, Niemcy).



Ryc. 3. Wycisk czynnościowy szczęki po przedłużeniu łyżki indywidualnej.



Ryc. 4. Model roboczy szczęki z zaprojektowanym uszczelnieniem pierwotnym i wtórnym.

powodować drażnienie mechaniczne. Gotowa proteza uzyskała bardzo dobre przyssanie i nie traciła przyczepności podczas próby pociągania oraz wyważania. Sprawdzono również, czy nie ma ostrych krawędzi tworzywa, zwłaszcza w rejonie uszczelnienia, gdzie akryl wnika w szczelinę podłoża (ryc. 5). Podczas wizyt kontrolnych nie stwierdzono żadnych uszkodzeń



Ryc. 5. Gotowa proteza całkowita górna.

błony śluzowej w obszarze szczeliny podniebienia. Protezy wykazywały bardzo dobre przyleganie do podłoża i stabilność. Pacjent był w pełni usatysfakcjonowany z wyniku przeprowadzonego leczenia protetycznego.

Przypadek 2

U kobiety, lat 65, podającej w wywiadzie liczne schorzenia, rozpoznano całkowite bezzębie. Pacjentka od około 10 lat nie użytkowała żadnych uzupełnień protetycznych. W badaniu klinicznym stwierdzono znaczny przerost kostny guzów szczęki w wymiarze pionowym i poziomym oraz ich kolbowatość, obecne egzostozy na wyrostku zębodołowym szczęki w okolicy zębów przedtrzonowych po stronie lewej, podniebienie mocno wysklepione, błonę śluzową elastyczną (ryc. 6). Na pierwszej wizycie pobrano wyciski anatomiczne szczęki i żuchwy. Mimo paru prób nie udało się żadną z dostępnych łyżek standardowych objąć w całości obu guzów szczęki, wykonano więc łyżkę indywidualną górną, którą podczas kolejnej wizyty dostosowano w jamie ustnej



Ryc. 6. Pacjentka lat 65, zdjęcie wewnątrzustne.



Ryc. 7. Łyżka indywidualna poszerzona materiałem Function (Bisico, Niemcy).



Ryc. 8. Gotowa proteza całkowita górna.

i poszerzono na wysokości guza szczęki po stronie prawej za pomocą masy elastomerowej o przedłużonym okresie plastyczności (ryc. 7). Dzięki temu łyżka objęła całość podłoża protetycznego i następnie pobrano na niej wycisk czynnościowy szczęki. Gotowa proteza górna przylegała prawidłowo do podłoża i mimo kolbowatości guzów szczęki nie urażała ich podczas zakładania i zdejmowania (ryc. 8). Podczas wizyt kontrolnych po oddaniu gotowych protez nie stwierdzono żadnych zmian na błonie śluzowej guzów szczęki ani pozostałego

podłoża. Pacjentka była bardzo zadowolona z wykonanych protez, które poprawiły znacznie jej komfort życia.

Podsumowanie

U pacjentów z bezzębem mogą pojawić się anatomiczne trudności dotyczące wysokości i kształtu podniebienia oraz przerostu guzów szczęki. W takich przypadkach rozwiązaniem z wyboru może być zastosowanie poliwinylsilikonowego elastomeru, który dzięki dobrej plastyczności i długim okresie polimeryzacji umożliwia dokładne ukształtowanie indywidualnej łyżki wyciskowej, która stanowi bazę do wykonania satysfakcjonującego wycisku czynnościowego.

Piśmiennictwo

1. *Burzyńska B, Mierzińska-Nastalska E*: Rehabilitacja protetyczna pacjentów bezzębnych. *Nowa Stomatologia* 2011; 16, 4: 167-169.
2. *Emami E, De Souza RF, Kabawat M, Feine J*: The impact of edentulism on oral and general health. *International Journal of Dentistry*, 2013, Article ID

- 498305, 7 pages.
3. *Spiechowicz E*: Protetyka stomatologiczna, PZWL, Warszawa, 2010, 25, 106, 201.
 4. *Hupfauf L* (red. *Płonka B*): Protetyka stomatologiczna. Protezy całkowite. Urban&Partner, Wrocław, 1994; 4-5: 8.
 5. *Koczorowski R*: Geroprotetyka. Rekonstrukcje narządu żucia u osób starszych, Med Tour Press International, Otwock, 2010, 111-119.
 6. *Krawczykowska H, Panek H, Kalecińska E*: Występowanie „Combination Syndrome” u pacjentów użytkujących protezy ruchome. *Protet Stomatol* 2006; 56, 6: 418-424.
 7. *Płonka B*: Leczenie protetyczne pacjentów z bezzębciem. Metoda wrocławska. Rozprawa habilitacyjna. Wrocław 1970.
 8. *Nowakowska D*: Materiały silikonowe o przedłużonym okresie plastyczności do czynnościowego poszerzenia obrzeża protez całkowitych. *Wroc Stomatol* 1991; 171-177.
 9. *Wiatr E, Nowakowska D*: Wycisk dwuwarstwowy bezzębnej żuchwy. *Mag Stomatol* 2015; 25, 2: 12-14.

Zaakceptowano do druku: 12.11.2015 r.

Adres autorów: 50-425 Wrocław, ul. Krakowska 26.

© Zarząd Główny PTS 2015.