

UTJECAJ HIGIJENE NA OKOLINU FIKSNOPROTETSKIH IZDJELAKA

Lazić Biserka, Živko-Babić Jasenka

Zavod za fiksnu protetiku Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Sažetak

Na uzorku od 50 ispitanika pokušalo se utvrditi odnos higijene i fiksnoprotetskog izdjelka.

Pomoću parodontoloških indeksa za mjerenje plaka i stanja gingive po Løe i Sillnesu, te kliničkom opservacijom ocjenjeno je stanje gingive, količina i mjesto kumulacije plaka i taloženje kamenca.

Dobiveni rezultati pokazuju da ne postoji značajna uvjetovanost između trajnosti rada i kliničkog pogoršanja gingive, tj. da duži vijek protetskog nadomjestka ne mora uvjetovati patološke promjene marginalne gingive ukoliko pacijent održava optimalne higijenske uvjete. Nadalje, plak se u svim slučajevima gdje je prisutan taloži interdentalno, između plastičnih faseta i u fisurama izraženijih okluzijskih ploha krunica. Istodobno rezultati pokazuju da je kumulacija plaka u pojedinim slučajevima veća na prirodnim zubima nego li na izdjelku.

Slijedi zaključak da korektno izrađena fiksnoprotetska konstrukcija može dugo vremena ostati funkcionalna, pa čak i na reduciranom, ali saniranom fundamentu. Provodeći plan terapije s parodontologom, protetičar može očekivati bolju prognostičku ocjenu održanja i očuvanja bioloških osnova te veću uporabnu trajnost fiksnog rada u higijenski čistim ustima.

Ključne riječi: fiksnoprotetski izdjelak, paradont, oralna higijena

UVOD

Iako stomatološka fiksna i mobilna protetika svakodnevno doživljavaju sve veći napredak i nadalje ostaje neriješeno i aktualno pitanje odnosa protetike, posebno fiksne i parodontologije. Da li zaista protetski izdjelak općenito, prema riječima Reichenbacha, »u nerijetkim slučajevima uzrokuje više štete nego koristi« (cit. po Eichneru) (1) ili je on ipak pretežno terapijsko sredstvo (2) kao što mu je i namjena?

Doprinos objektivizaciji odgovora na ovo temeljno pitanje vezan je na dva problema: 1. ugroženost zdravlja parodonta rekonstruktivnim zahvatima i 2. parodontna priprema prije protetske terapije (3). Opisujući prvi problem prvenstveno se misli o međusobnom odnosu parodonta i protetskog izdjelka na parodont i okolna tkiva i tumači se kao direktna ili indirektna iritacija gingive. Direktna negativan utjecaj proizlazi iz mehaničke iritacije (4), tj. iz rubnog završetka krunice kojem Körber i Fröhlich (cit. po

Eichneru) (1) pripisuju bitnu ulogu, koji potpomognut hrapavom površinom cementa stvara upravo idealno mjesto za kumulaciju plaka, kao i oblik mosta (5). Nadalje nije nevažno spomenuti i ulogu interdentalnog prostora, koji mora biti »sposoban za profilaksu« kako piše Mühlemann (cit. po Erpsteinu) (5). Za Gaernija (cit. po Eichneru) (1) parodontalno promijenjeni interdentalni prostor početak je kraja. Osim navedenih faktora, u pogledu izvedbenog materijala ne govorimo o njegovoj nekompatibilnosti, već najčešće o nekorektnoj ili nedovoljnoj obradi površine, koja je kao takva prijemljiva za plak (3).

S druge strane dokazano je da, ako se plan terapije provodi zajedno s parodontologom, odnosno uz parodontnu pripremu, pogotovo u slučajevima pacijenta s oboljelim potpornim aparatom, za očekivati je prognostički bolju ocjenu, spašavanje topografski važnog zuba ili grupe zubi i duži funkcijski period (6).

Budući da se to rijetko čini, stanoviti broj protetskih radova može pridonijeti pospješenu ili naglašavanju parodontne destrukcije. U ovakvim slučajevima je »conditio sine qua non« predprotetska sanacija i instrukcija o održavanju higijene kao i redovne kontrole terapeuta. Fröhlich čak smatra da je ustvari »protetika profilaksa parodonta (cit. po Eichneru) (1), tj. da izdjelci ne smiju uzrokovati parodontološke promjene te da izrada i postojanje protetske konstrukcije mora biti tako izvedena da se ne pospješuje dalji napredak parodontitisa.

Mnogobrojni su dokazi da je za uspjeh i trajnost protetskog rada presudno održavanje besprijekorne oralne higijene (7, 8). Isto tako, svaki bi rad morao započeti stvaranjem parodontalno higijenskih uvjeta, tj. odstranjenjem tvrdih i mekih naslaga, uklanjanjem odstojećih ispuna i rubova krunica, obradom inflamirane gingive i sanacijom gingivnih dijelova.

Upravo ova povezanost rekonstruktivne stomatologije i parodontologije, kao i česta negodovanja parodontologa u ulozu fiksnog nadomjestka naveli su nas da pokušamo u jednoj studiji ispitati koliko je naših protetskih pacijenata prvobitno parodontološki obrađeno i kakav je odnos oralne higijene s eventualnim promjenama okoline fiksnoprotetskog izdjelka.

MATERIJAL I METODE RADA

Pregledano je 50 pacijenata (38 ženskih i 12 muških) odabranih metodom slučajnog uzorka u dobi od 17—74 godine života. Pritom smo se služili anketnim listom posebno izrađenim za tu namjenu, koji sadrži osnovne parametre: spol, dob, zanimanje, a od kliničkog statusa registrirala se vrsta protetskog rada, njegova trajnost, morfologija okluzijskih ploha, položaj ekvatora, ocjena tehničke izrade, vrsta legure, promjena boje i okusa u ustima.

Za inspekciju parodonta koristili smo parodontološki indeks-sistem po Sillnesu i Löeu, za bojenje plaka preparat na bazi eozina, a retrakcija

gingive ocjenjena je subjektivnom procjenom. Nadalje, ocjenjena je oralna higijena i evidentirana predprotetska terapija.

Pregledano je ukupno 49 mostova i 15 krunica. Ove konstrukcije bile su u uporabi od najmanje 7 dana do 40 godina i više. Krunice i mostovi bili su najčešće izrađeni iz zlatnih legura (30), zatim srebro-paladijevih (12) i kombinacije obih (13). Iz plastičnog materijala bilo je 9 krunica.

REZULTATI RADA

Rezultati su prikazani u tablici 1.

Od 50 pregledanih ispitanika, u 34 osobe protetski radovi ocjenjeni su s obzirom na tehničku izradu osrednje, u 9 pravilno i u 6 slabo.

KONSTRUKCIJSKI MATERIJAL	zlatne slitine – 30			
	Ag-Pd slitine – 12			
	kombinacija – 13			
	plastični materijal – 9			
TEHNIČKA IZVEDBA	pravilna		osrednja	
	9	34		6
POLOŽAJ EKVATORA	okluzalno		sredina	
	18	28		4
STANJE GINGIVE PO LÖE I SILNESSU	0	1	2	3
	9	26	15	0
RETRAKCIJA GINGIVE	postoji		ne postoji	
	8		42	
NALAZ PLAKA	0	1	2	3
	5	16	23	6
HIGIJENA USTA	odlična		osrednja	
	19		29	
KLIMAVOST ZUBI	I	II	III	IV
	40	7	0	3
PROMJENA BOJE SLITINA	djelomična		bez promjene	
	7		43	
PARODONTOLOŠKA TERAPIJA	da		ne	
	4		46	

Tablica 1. Rezultati istraživanja

Položaj ekvatora krunice, koji ukoliko je izraženiji i cervikalnije, stvara predilekcijsko mjesto za taloženje plaka, bio je u većini slučajeva naznačen u srednjem dijelu krunica i međučlanova.

Gingiva je bila zdrava kod 9 pacijenata, hiperemična kod 26 a na dodir sondom krvarila je u 15 ispitanika.

Retrakcija gingive uočena je u 8 pacijenata.

Higijena je prema procjeni bila odlična u 19 ispitanika, osrednja kod njih 29 i slaba kod 2 pacijenta.

Plak je evidentiran na krunicama s izraženijom okluzijskom morfolo- gijom i na starim nedostatnim ispunima. Često smo nalazili zube iza protetskog rada, posebno molare, daleko jače obojene nego li sam izdjelak, što se slaže s nalazima Langea (cit. po De Boeveru) (4), a što pripisujemo ev. premodeliranju vestibularnih ploha članova mostova.

Plastične krunice bile su gotovo bez plaka. Razlog je vjerojatno u dostupnosti čišćenju (jer se uglavnom radilo o prednjim samostalnim krunicama), dobro ispoliranoj površini i estetskoj motiviranosti održavanja higijene.

Plak je registriran u gotovo 100% slučajeva interdentalno na što ukazuju i drugi autori (5), Gaerney (cit. po Eichneru) (1), (7) i (9).

Četiri pacijenta bila su prethodno parodontološki sanirana.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

Ovo istraživanje, iako provedeno na relativno malom uzorku, navodi na određene zaključke.

Činjenica je da fiksne i mobilne konstrukcije svojom direktnom mehaničkom iritacijom, a posebno svojim plak-retentivnim svojstvima igraju važnu ulogu u podržavanju parodontitisa. No, mora se reći da u uvjetima besprijekorne higijene (Raetke (10), De Boever (4), Eichner(7)), takvih je pacijenata u nas bilo 40%, mostovi stari i po 10 i više godina, pa i sa odstojećim rubovima krunice nisu pokazali bitne nehigijenske karakteristike i postojanje parodontalnih promjena, što se slaže s nalazima i Von Schwanewede i Andersecka (11).

Rečeno je da je retrakcija gingive bila vidljiva u 7% ispitanika. Mnogi autori pripisuju odlučujuću ulogu upravo higijeni u nastanku retrakcije pri stalnom dodiru s protetskim nadomjestkom (Deichsel i Zschoch) (12). Eichner smatra da je retrakcija gingive uz krunicu opća pojava u ustima, ili ju zapažamo i na istom zubu suprotne strane čeljusti i nema nikakve veze s protetskim radom, već je normalan evolutivno-degenerativni proces, što smo mogli zapaziti i u našim ispitivanjima. Kroncke (cit. po Eichneru (1)) je dapače dokazao da marginalna gingiva ne mora uopće reagirati na podražaj krunicom.

Od 50 pregledanih protetskih pacijenata, samo njih 4 došlo je na naš Zavod parodontološki sanirano, što potvrđuje činjenicu o nedovoljnoj ili ponekad i nikakvoj suradnji s parodontologom, a možda upravo taj odnos navodi na nesporazume i krive zaključke o ocjeni protetske rehabilitacije i njenog terapijskog učinka. Jer, praktična iskustva pokazuju da i manje korektno izrađen protetski rad u uvjetima dobre oralne higijene, a na reduciranom ali i saniranom parodontu, ima duži vijek trajanja od idealno izrađenog nadomjestka na oboljelom parodontu i s lošom oralnom higijenom.

Stoga bi se zaključno moglo reći da stalna suradnja protetskih pacijenata u smislu održavanja dobrih higijenskih uvjeta, predprotetska, pa-

rodontoma terapija tamo gdje je neophodna, pažljivo čišćenje protetskih konstrukcija i redovni kontrolni pregledi produžuju terapijski uspjeh protetičara na opće zadovoljstvo i dobro pacijenta u smislu funkcionalnosti i estetike protetskog izdjelka.

Literatura

1. EICHNER K. Prothetik und Parodontoprophyllaxe. Dtsch Zahnärztl Z 1975; 30 : 2—13.
2. SUVIN M, KOSOVEL Z. Fiksna protetika. Zagreb. Zagreb: Školska knjiga, 1980.
3. LÖST C. Parodontologie und Prothetik. Zahnärztl Praxis 1983; 6 : 251—258.
4. DE BOEVER J A. Basis und Grenzen der rationalen Parodontalprothetik. Schweiz Monatsschr Zahnmed 1984; 94 : 355—366.
5. ERPENSTEIN H. Was erwartet der »Parodontologe« vom »Prothetiker«? Dtsch Zahnärztl Z 1984; 39 : 563—569.
6. KERSCHBAUM TH. Was erwartet der »Prothetiker« vom »Parodontologen«? Dtsch Zahnärztl Z 1984; 39 : 558—562.
7. EICHNER K. Recent knowledge gained from long-term observations in the field of prosthodontics. Inter Dent J 1984; 34 : 35—40.
8. KOSOVEL Z, LAZIĆ B, ŽIVKO J. Načela profilakse karijesa i paradonta u koncepcijama izrade krunica. U: Apstrakti, I Kongres specijalista za bolesti usta, zuba i paradonta Jugoslavije, Ohrid, 1983.
9. FREESMEYER W i sur. Einfluss der Form des Brückenkörpers von Verb- und Verblendbrücken auf die Gingiva und auf das marginale Parodontium. Dtsch Zahnärztl Z 1981; 36 : 467—474.
10. RAETZKE P. Reaktion der marginalen Gingiva auf den Kontakt mit Kronen- und Verblendmaterialien bei Probanden mit exellenter Mundhygiene. Dtsch Zahnärztl Z 1985; 40 : 1206—8.
11. VON SCHWANEWEDE H, ANDERSECK E. Ergebnisse klinischer Untersuchungen von Patienten mit zirkulären Brückenprothesen. Zahn Mund Kieferheilkd 1986; 74 : 346—349.
12. DEICHSEL E, ZSCHOCH H. Nachuntersuchungen an herausgegliedertem feststehendem Zahnersatz. Stomatol DDR 1983; 33 : 323—327.

THE EFFECT OF HYGIENE ON THE FIXED PROSTHETIC STRUCTURE SURROUNDINGS

Summary

A relationship between hygiene and fixed prosthesis was studied in a sample consisting of 50 subjects.

The state of gingiva, the amount and site of plaque accumulation, and calculus deposition were assessed by means of periodontal indices for the plaque and gingival state determinations according to Loe and Sillness, supplemented by clinical observations.

The results obtained have shown that there is no significant causal relationship between the duration of work and clinical deterioration of the state of gingiva, i.e. that a prolonged life of the prosthetic replacement need not cause any pathological alterations to marginal gingiva provided the patient keeping to optimal hygienic procedures. Furthermore, wherever present, the plaque is interdentally deposited, i.e. between the plastic facets and in the fissures of more pronounced occlusal crown surfaces. At

the same time, the results have indicated the plaque accumulation in some cases to be greater on natural teeth than on the artificial structures.

Thus, we can conclude that a properly manufactured fixed construction may function well for quite a long period of time, even on a reduced but treated foundation. Implementing the plan of therapy together with a periodontologist, a prosthetist can expect a better prognostic evaluation of the maintenance and preservation of the biological foundation, and a prolonged usability of the fixed construction in a hygienically clean mouth.

Key words: Fixed prosthetic structure, periodontium, oral hygiene