

# Udio fiksne protetike u oralnoj rehabilitaciji

Z. Kosovel

## I Uvod

Pojedine, već nekoliko decenija izdiferencirane stomatološke discipline, bave se rehabilitacijom žvačnog sistema u širem smislu tog izraza. Svaki uspješni zahvat u ustima, koji se vrši s ciljem restauracije funkcije, estetike i uopće zdravlja, predstavlja svojevrsnu rehabilitaciju. Međutim, pridružujući se definicijama poznatih autora na području oralne rehabilitacije kao S. C. Ereckera, F. Schön-a, I. Reichborn-Kjennerud-a (1, 2, 3) i drugih, može se reći da oralna rehabilitacija provodi saniranje kompleksnih anomalija u području usta i zubi. Oralna rehabilitacija se po svom sadržaju rada sve više izdvaja u posebnu disciplinu i prihvaća te obrađuje one slučajeve koji izlaze iz okvira svakodnevnih protetskih i ortodontskih postupaka. Prema tome, bavi se oštećenjima žvačnog mehanizma težeg stupnja s bitnim kozmetičkim osakaćenjem i naglašenom psihičkom komponentom. Što više, u rješavanju pojedinih slučajeva ona primjenjuje pravila klasične protetike i ortodoncije modificirano, osnivajući svoj rad samo na temeljnim biološkim i medicinskim zasadama.

Pojam oralne rehabilitacije premašuje, dakle, pojam pojedinih stomatoloških dis-

ciplina kao ortodontske regulacije, odnosno protetske rekonstrukcije u užem smislu, jer uključuje suradnju tih disciplina, ili u nekoj od njih nastupa samostalno, koristeći se primjenjeno njihovim kliničko-laboratorijskim metodama i mogućnostima.

O toj problematici dali su opsežan prikaz autori Lapter, Nikšić i Moravek, koji na osnovu definicija iz literature i praktičnog iskustva zaključuju da u motivaciji postavljenog cilja dominiraju: funkcija, estetika, rješenja na dulji vremenski period, čuvanje preostalih zubi i njihovih potpornih struktura te normalni uvjeti kretnji u temporomandibularnom zglobovima (4).

## II Zadatak

Fiksna protetika sa svojim mogućnostima vrlo često se uspješno uklapa u oralno-rehabilitacijske zahvate. Stoga je zadatak ovoga rada da kroz prikaz odabranih slučajeva iz vlastite kazuistike osvijetli ulogu fiksne protetike u oralnoj rehabilitaciji, odnosno u kojim slučajevima i na koji način ona može pridonijeti ostvarenju u uvodu navedenih ciljeva te discipline. Da bi te ciljeve lakše postigli, potrebno je prethodno problematiku ukratko osvijetliti s aspekta etiologije i simptomatologije.

Anomalije u domenu oralne rehabilitacije mogu se podijeliti u prirodne, stečene i kombinirane.

Veliku skupinu anomalija čine nesanirane ortodontske anomalije odraslih s kompenziranom ili nekompenziranom psihičkim traumama. U grupu stečenih anomalija spadaju posljedice povreda različite geneze, posljedice operativnih zahvata, posljedice kompliciranih ekstrakcija, malformacije vidljivih dijelova zubnog luka — osobito boje i oblika zubi — kao posljedica smetnja u razvoju i dr.

Budući da se dijasteme, zbijeni postav zubi, primarno i sekundarno spuštene zagriz, otvoreni zagriz, deformacije alveolarnog grebena i zubnog luka, malokluzije, malpozicije (distopije) i malformacije preostalih zubi i druge anomalije, pojavljuju u najrazličitijim kombinacijama, što ovisi i o broju preostalih zubi u pojedinom slučaju, to klasifikacija po vrstama kombinacija nije praktički najprikladnija. Također svrstavanje po učestalosti simptoma u pojedinoj kombinaciji nebi nas dovelo do željenog cilja. Što se pak tiče dobi i spola kao kriterija, može se reći da oralna rehabilitacija obuhvaća dobno područje širokih granica, a u pogledu spola nije moguće odrediti neku značajniju regularnost.

Ipak usprkos navedenih atipičnosti, ovu kompliciranu i raznovrsnu problematiku treba nekako sistematizirati, što pojedini autori na različite načine i čine.

Radi lakšeg razumijevanja i jednostavnije terapijske orijentacije anomalije sam grupirao prema dominantnom simptomu, odnosno prema dominantnom skupu simptoma, koji se ističu u pojedinoj kombinaciji i koji trebaju predstavljati glavni cilj naših terapijskih zahvata, a bez pretenzija da takva klasifikacija bude najbolja.

1. U prvu grupu spadaju anomalije kod kojih je, uz dovoljan broj preostalih klinički zdravih zubi, osnovni simptom bitni poremećaj visine međučeljnog prostora i okluzije. Na-

mjerno u ovu grupu svrstavamo oba ova simptoma, jer najčešće dolaze nerazdvojno. Povišeni ili izrazito spuštene kao i unakrsni zagriz dolaze vrlo često skupa s poremećajima okluzije (progenija, opistogenija, prognatija).

O svojim iskustvima s ovom vrstom anomalija i nekim mogućnostima terapije spuštenog zagriža također su referirali B. Gavrilović i B. Grković krajem 1965. godine (5).

2. U drugu grupu dolaze anomalije kod kojih je osnovno izrazito nepravilan položaj zubi, naročito u frontalnoj regiji sa, ili bez pomaka medijalne linije.

O njihovom značaju i nekim mogućnostima tretmana poznati su iscrpni radovi prof. Palčića, B. Žerovca i suradnika koji su objavljeni prošle godine (8, 9, 10).

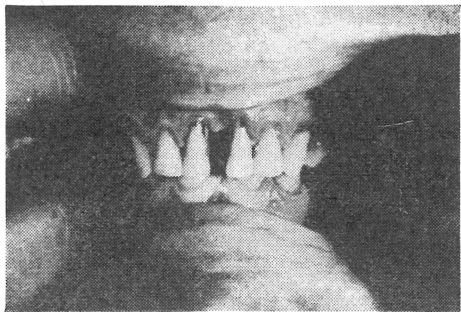
3. U treću grupu spadaju anomalije kod kojih su, uz uglavnom pravilan postav zubi, gotovo sve zubne krune veoma oštećene jakim patološkom abrazijom, opsežnim karioznim procesima ili nepotpunom amelogenezom. Iako u ovoj grupi anomalija spuštene zagriz može doći također do bitnog izražaja, svrstali smo ih u posebnu grupu s obzirom na izrazitiji negativni kozmetički učinak i drugačiji postupak u terapiji nego kod prve grupe.

Kao što je u uvodu spomenuto, sve ove anomalije imaju zajednički izrazito loš kozmetički učinak, ali kod posljednje dvije grupe anomalija često pridolazi izrazita psihička komponenta u toj kompleksnoj simptomatologiji i daje određen ton cijeloj kliničkoj slici.

### III Naši slučajevi, terapija i rezultati

Za ilustraciju anomalija i rješenja iz prve grupe, to jest anomalija kod kojih je uz dovoljan broj preostalih zubi osnovni simptom bitni poremećaj visine međučeljnog prostora i okluzije, odabrali smo slijedeće slučajeve:

1. Pacijentica K. V., stara 38 godina, obratila nam se zbog nadomještavanja obostrano izgubljenih zubi u gornjem lateralnom sektoru. Slika 1. pokazuje početno stanje. Slika 2. pokazuje progenični izgled lica.



Slika 1



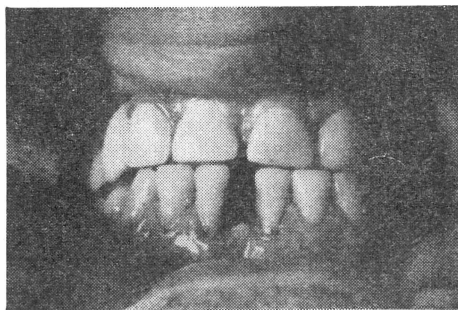
Slika 2

Pregledom smo ustanovili progeni i sniženi zagriz za čitavu visinu prednjih zubnih kruna. Incizalni bridovi gornjih zubi grizli su na gingivalni oralni rub donjih inciziva. Postojao je unakrsni zagriz obostrano u lateralnom sektoru te manjak gornjih očnjaka i prvih premolara obostrano. Široke dijasteme među gornjim medijalnim i lateralnim incizivima i među donjim medijalnim.

Izradili smo studijske modele i rendgenski snimili zube predviđene za buduće nosače mostova. Zatim smo kao prvo izradili privremene mostove obostrano od lateral-

nih gornjih inciziva na druge premolare, jer je po planu terapije trebalo podići zagriz za oko 6 mm, kako bi u predjelu fronte postigli »tete á tete« položaj. Nakon šest tjedana probnog nošenja u novom zagrizu bez poteškoća od strane mandibularnog zgloba, izradili smo definitivne mostove u istoj visini i još posebno opskrbili medijalne gornje incizive fasetiranim krunicama, s kojima smo spriječili njihovu tendenciju pomicanja linigvalno i djelomično zatvorili dijasteme. Sve krunice smo izradili modificirano, to jest krunice-sidra mostova smo adekvatno povsili, a na medijalnim incizivima proširili.

Slika 3. prikazuje konačno stanje.



Slika 3

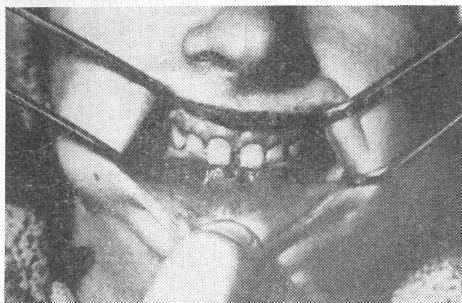
Otiske za krunice izveli smo metodom silikon-vosak (11), ali smo u ovom slučaju prethodno fiksirali čeljusti u odabranoj visini zagriznom šablonom.

Rješenje smo ovdje mogli postići i izradom krunica za kvačice i parcijalnom protezom, ali nam se činilo prikladnijim osigurati novi zagriz mostovima, s obzirom da su svi uvjeti za takvo rješenje postojali.

Pacijentica ima već dvije godine mostovne konstrukcije i dolazi na redovite tromjesečne kontrole. Nismo zapazili nikakvih značajnih pomicanja zubi iz novog položaja i nema smetnji u zglobu.

2. Pacijentica M. B., 22 godine stara, student, obratila nam se u jednom poseb-

no teškom stanju. Kliničkom slikom dominirao je izrazito spuštenu zagriz s maksimalnim preklomom u predjelu fronte uz postojanje gotovo svih zubi u čeljustima. Slika 4. pokazuje ekstremni pokrovni zagriz s dijastemama u gornjoj fronti.



Slika 4

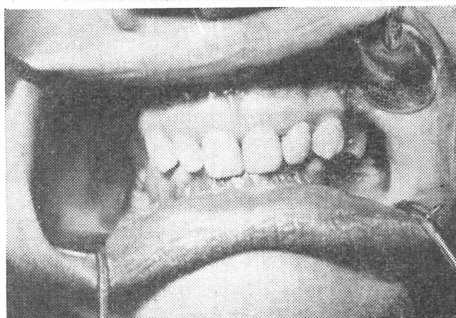
Donji incizivi bili su nagnuti lingvalno pod kutem od  $60^\circ$ , a postojao je i teški hipertrofični gingivitis s dubokim gingivalnim džepovima i obilnim naslagama zubnog kamenca. Gingiva je već na dodir krvarila, higijensko stanje usta bilo je veoma loše i uz nekoliko kariesa osjećao se jaki foetor ex ore. Pacijentica se je žalila na nemogućnost žvakanja radi bolnih dodira incizalnih bridova gornjih i donjih zubi s gingivom. Cijelu kliničku sliku pogoršavalo je psihički loše stanje pacijentice u kojem su dominirale depresije.

Terapija je započela konzilijem s oralnim patologom, oralnim kirurgom, ortodontom i protetičarem. Izrađeni su studijski modeli, načinjena odgovarajuća slikanja i ispitana krvna slika. Odlučeno je da se ekstrahiraju gornji incizivi kako bi se spriječio jači oralni nagib i rasklimavanje donjih inciziva. Pretpostavljalo se da će se i gingivitis na taj način poboljšati. Istovremeno je poduzeto i konzervativno liječenje kariesa i gingive te su donji zubi pribušavanjem incizalno skraćeni za 1 do 1,5 mm. Nakon izvjesnog vremena načinjena je i gornja parcijalna proteza s dijastemama, koja je svojom bazom onemo-

gućavala ponovno izrastanje donjih inciziva i sprečavala stvaranje novih dekubitusa na nepcu. Zagriz nije bio ništa povišen. Stanje se privremeno poboljšalo i pacijentica je mogla bezbolnije jesti, premda smo imali osjećaj da se psihičko stanje zbog dodatne proteze nešto pogoršalo i ona je sve češće dolazila u depresije i izbjegavala okolinu. Povremeno se dolazila žaliti na različite smetnje, dok se ipak nismo odlučili na drugo rješenje.

Podigli smo zagriz za oko 2 mm krunicama na donjim drugim premolarima i prvim molarima i izradili most 4300 0034, kojega je doduše bilo vrlo teško estetski zadovoljavajuće načiniti s obzirom na neobično širok interkanini prostor, ali smo izvjesnim modifikacijama u modeliranju faseta konačno ipak uspjeli.

Nismo uspjeli ni na taj način kompletno sanirati slučaj, ali smo ga u priličnoj mjeri poboljšali u odnosu na prethodnu soluciju. Pacijentica već dvije godine upotrebljava fiksne nadomjestke bez većih subjektivnih poteškoća, a objektivno smo na kontrolnom pregledu zapazili neznatno ponovno sniženje zagriža zbog intruzije premolara i molara kojima smo zagriz povišili. Također je ostala sačuvana sklonost gingivitisu i nakupljanju zubnog kamenca, što se povremeno terapijski otklanja.

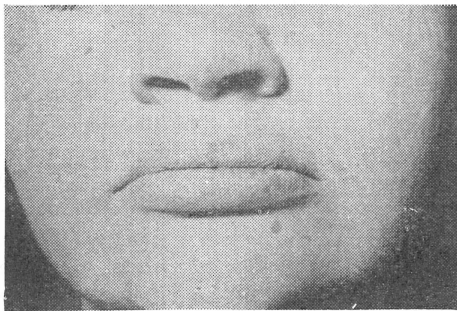


Slika 5

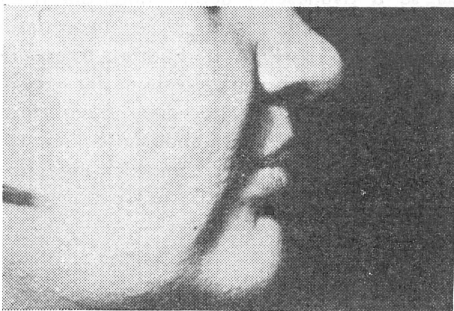
3. Pacijentica J. M., 24 godine stara, student, sličan je slučaj sa znatno spuštenu zagrizom i dubokim preklomom u pre-



djelu fronte, ali bez komplikacija sa strane mekih dijelova i bez psihičkih smetnja. Slika 5. prikazuje početno stanje ovog slučaja. Slike lica 6. i 7. pokazuju izražene lične brazde sulcus mentalis i sulcus nasolabialis.



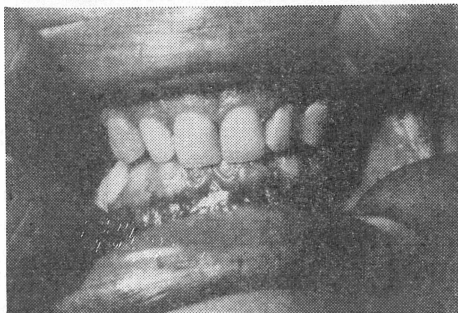
Slika 6



Slika 7

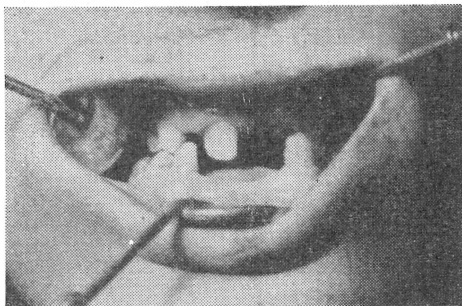
Pacijentica nam se obratila sa željom da joj se nadoknade izgubljeni zubi u gornjim i donjim lateralnim sektorima. Da bi se približili normalnom (eugnatom) stanju centralne okluzije, bilo je potrebno povisiti zagriz za oko 6—7 mm. Sticajem okolnosti situacija je dopuštala ispunjenje tog cilja izrodom četiri lateralna mosta, od kojih su najprije izrađena i cementirana dva donja, pomoću kojih je zagriz u prvoj fazi povišen za 3 mm, kako je vidljivo na slici 8. Nakon pauze od šest tjedana kroz koje vrijeme nije bilo smetnja od strane zgloba i nakon potpunog privikavanja pa-

cijentice na nove prilike, izrađeni su i gornji lateralni mostovi, kojima je zagriz povišen za daljnjih 3 mm.



Slika 8

4. Neobično težak slučaj bila je pacijentica N. G., stara 18 godina. Nama se obratila nakon operirane heilognatopalatoshize. Slika 9. pokazuje stanje kod prvog dolaska u ambulantu, a slika 10. pacijentičin profil.



Slika 9



Slika 10

Izrazito spuštenu zagriz, nedostatak zubi u većem dijelu obih zubnih lukova s poremećenom postavom i položajem preostalih zubi te nedovoljnim izražavanjem pojedinih zubi, predstavljali su dominantni skup simptoma. Pregled i rad je komplikovalo postoperativno suženje rime oris. Tvrdog nepca praktički nema, već se sredinom skraćenog mekog nepca i uzduž tvrdog proteže postoperativni cikatriks.

U terapiji smo odlučili na temelju studija in situ i na modelu da podignemo zagriz za svega 2 mm, to jest samo toliko, koliko je bilo potrebno da se može izraditi modificirane mostove u normalnom položaju i njima povratiti normalan oblik gornjeg zubnog luka koj je bio deformiran. Rekonstrukciju smo izvodili postupno. U prvoj fazi smo krunicama na molarima podigli i fiksirali zagriz (na osnovu prethodno određenog pomoću zagrizne šablone). U drugoj fazi smo na temelju tako podignutog zagrizu izradili gornji polucirkularni most, a u trećoj smo izradili i donji polucirkularni most. Potrebno je ovdje napomenuti da smo neke zube, naročito frontalne, preparirali modificirano i da nismo trebali niti jedan zub devitalizirati, iako je to izgledalo gotovo nemoguće.



Slika 11

Ishod ovih rekonstruktivnih zahvata pokazuje slika 11.

I u ovom slučaju bilo je moguće pokušati rekonstrukciju protezama i krunicama, ali mnogi zubi su trebali zbog malpozicije

ili opsežnih punjenja dobiti krunice, pa smo se odlučili na mostove. Osim toga, estetska nesavršenost izgleda, nedostatak zubi i otežan govor djelovali su na psihičko stanje pacijentice pa to nismo htjeli pothranjivati dodatkom proteze, koju se moglo izbjeći. Naravno, na taj način smo si znatno otežali rad i preuzeli veću odgovornost za uspjeh, ali je zadovoljstvo nakon uspjeha bilo tim veće.

Iz druge grupe anomalija, kojima je dominantni simptom u kliničkoj slici nepravilan postav zubi osobito u frontalnoj regiji, tipičan je slučaj pacijentice I. P., 30 godina stare, koja nam se obratila sa željom da joj se poboljša kozmetički izgled. Koliko joj je do toga bilo stalo, moglo se zaključiti po njenoj spremnosti na bilo kakav zahvat i žrtvu koji bi doveli do ostvarenja cilja. Iz anamneze smo doznali da se u dvadesetoj godini podvrgla ortodontskoj terapiji koja je iz nepoznatih razloga bila prekinuta. Položaj terapeuta bio je delikatna i nezahvalan, jer nagovoriti pacijenticu na određenu žrtvu zdravih zubi i obećati joj poboljšanje i na taj način osvježiti njene kompenzirane psihičke komplekse, a ne postići poboljšanje, bila bi neoprostiva pogreška. Situacija u pogledu mogućnosti poboljšanja izgleda bez većih žrtava nije bila ohrabrujuća. Početno stanje vidljivo je na slici 12.

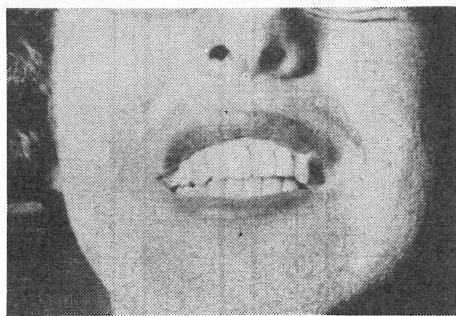


Slika 12

Pregledom smo objektivno ustanovili osim zbijenog postava frontalnih (a i

ostalnih) zubi, jaku protruziju gornjih medijalnih inciziva, otvoreni zagriz i povišen za oko 2 mm te poremećenu okluziju gotovo svih zubi.

U terapijskom planu na temelju studijskih modela, predvidjeli smo sniženje zagriža za 1 mm pribrušavanjem kvržica lateralnih zubi, ekstrakciju medijalnih inciziva i izradu estetskog mosta između gornjih lateralnih inciziva. Pacijentica je takav plan prihvatila. Prilikom ekstrakcije medijalnih inciziva odstranjen je vestibularni zid upražnjene alveole da bi se na taj način umanjila prominencija alveolarnog grebena. Prikladno smo, nakon nekoliko dana, preparirali letarzne incizive (što je uspjelo bez devitalizacije) i izradili kao privremeno rješenje akrilatni most. Kod modeliranja krunica i članova u mostu osobit problem bio je preuski interkanininski prostor i kratkoća gornje usne, zbog čega je vidljivost zubi bila maksimalna. Slika 13. prikazuje pacijentičino poboljšanje izgleda privremenim akrilatnim mostom. Slika 14. prikazuje profil lica prije terapije, a slika 15. nakon terapije.



Slika 13

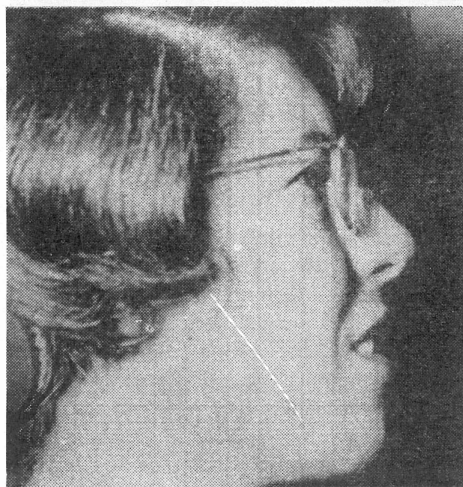
Poboljšanje je očito kako na izgledu frontalnih zuba, tako i na izgledu lica, osobito profila koji iza terapije daje cijeloj fizionomiji veću nježnost i ženstvenost.

Nakon tog tehničkog uspjeha moglo se međutim očekivati nove probleme, to jest pitali smo se kako će reagirati pacijentica



Slika 14

i njena okolina na ozbiljnu promjenu karakteristike ličnog opisa. Naš zadatak bio je završen s uspjehom tek nakon povoljnih ocjena obitelji i lične izjave pacijen-



Slika 15

tice da njena daljnja okolina na njoj za- paža neku povoljnu promjenu, ali na prvi pogled ne znaju uslijed čega. Zadovoljstvo pacijentice bilo je toliko da više nije ni dozvolila da se privremeni akrilatni most zamijeni metalnim.

Iz treće grupe anomalija u koju smo svrstali one kod kojih je osnovni simptom jako oštećenje gotovo svih zubnih kruna uz uglavnom pravilan postav zubi, izdvojili smo također dva karakteristična slu- čaja.

1. Pacijent Ž. Š., star 49 godina, obratio nam se zbog nemogućnosti upotrebe pred- njih zubi za žvakanje i zbog lošeg kozme- tskog izgleda. Slika 16. pokazuje pacijen- tovo stanje prije terapije, s najbliže mo- gućim međusobnim položajem frontlanih zubi u centralnoj okluziji.



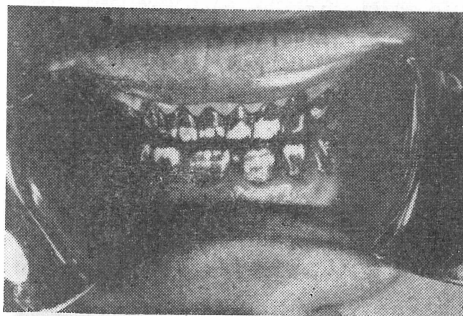
Slika 16

Pregledom smo ustanovili atipično tro- šenje cakline frontalnih zubi na cijeloj površini kruna, nejasne etiologije. Za late- ralne zube nije bilo moguće u tom smislu ništa ustanoviti, jer pacijent duže vremena ima mostove. Akrilatne fasete bile su ne- oštećene. Kao mogući etiološki faktor za trošenje prirodne zubne supstancije pa- cijent u anamnezi navodi svakodnevno ju- tarnje povraćanje (vomitus matutinus) zbog probavnih smetnji od unatrag više godina. U literaturi su opisani slučajevi trošenja zubi kod habituelnog povraćanja (12).

Terapija je bila relativno jednostavna. Izradili smo estetske krunice na svim pred- njim zubima i na taj način smo zadovo- ljili sve zahtjeve pacijenta. Fenomen jutar- njih vomitusa želučanih sokova i kiseline nije nas obeshrabrio za takvo rješenje, s obzirom da akrilatne fasete postojećih mostova nisu pokazivale znakova ošte- ćenja.

2. Drugi slučaj iz ove grupe je pacijent P. P., star 17 godina, učenik, koji nam se obratio s molbom da mu se načini nešto za poboljšanje izgleda prednjih zubi. U anamnezi navodi da se u društvu osjeća nelagodno zbog izgleda svojih zubi te da su njegovi kontakti s okolinom reducirani. Inače zdrav i bistar mladić te odličan đak, ali pomalo plah i povučen. Inspekcijom u ustima nije bilo teško utvrditi da se radi o generaliziranoj nepotpunoj amelogenezi sa sniženim zagrizom za oko 2 mm.

Slika 17. prikazuje početno stanje slu- čaja.



Slika 17

Za terapiju smo predložili izradu kru- nica na svim zubima i to zaštitnih na la- teralnim, a estetskih na prednjim zubima. Pacijent je to prihvatio i terapijski plan smo počeli postupno izvoditi. Najprije smo povišili zagriz za 2 mm metalnim kruni- cama na lateralnim zubima. U daljnjoj smo etapi izradili šest gornjih prednjih akrilatnih krunica, a u zadnjoj i šest do- njih akrilatnih krunica. Krunice iz akrilata





Slika 18

su radene iz ekonomskih motiva. Slika 18. prikazuje stanje nakon terapije.

Sve krunice izradene su na osnovu vosak-silikon metode otiska, što nam je znatno olakšalo rad a pacijentu stanovite napore.

Na sličan način smo uspješno riješili nekoliko takvih slučajeva generalizirane nepotpune amelogeneze u zadnjih nekoliko godina. U svim slučajevima se radilo o učenicima od 16—19 godina, mentalno i fizički dobro razvijenim, ali s više ili manje naznačenim kompleksima inferiornosti i sličnom anamnezom (o čemu će biti posebno referirano jednom drugom prilikom).

U toku kontrolnih pregleda kod ovih slučajeva zapaženo je znatno poboljšanje psihičkog stanja, iako se objektivno pokatkad javljaju lakši do srednje razvijeni gingivitis zbog nadražaja velikog broja krunica i nedovoljne njege usta, koja u ovim slučajevima treba biti pojačana.

### DISKUSIJA

U navedenim slučajevima prikazan je rekonstruktivni dio oralno-rehabilitacijskog tretmana. To je svakako za protetičara najzanimljiviji i najosjetljiviji dio, odnosno to je oralna rehabilitacija u užem smislu riječi. Međutim, nedvojbeno je da oralna rehabilitacija započinje znatno prije, to jest odmah po dolasku pacijenta u ambulantu, a nakon zaključka liječnika da slu-

čaj po svojim aspektima izlazi iz okvira svakodnevnih rutinskih problematika. Prva liječenja i punjenja preostalih zubi te ekstrakcije neizlječivih zubi često su prvi potezi u kompleksnom postupku. U toj fazi je već potreban obazriv rad i poseban psihološki pristup pacijentu. Liječnik stomatolog dužan je pravilno ocijeniti i prihvatiti pacijenta. Vrijeme ne može biti u pitanju, jer faktor vremena u takvim slučajevima mora bezuvjetno ustupiti pred faktorom etike i savjesti.

Pogrešno je šablonski i preširoko postaviti indikaciju za opsežne ekstrakcije ili devitalizacije nepovoljno postavljenih i tzv. ružnih zubi pod motom »srušiti sve pa izgraditi novo i ljepše«. Ono novo nekad može biti samo parcijalna ili totalna proteza, koja bi mogla pacijentu s obzirom na dob, spol, profesiju i njegove postojeće psihičke tegobe još i pogoršati stanje, a natrag se više ne može.

Unutar plana terapije potrebno je često mijenjati visinu međučeljusnog prostora koji je obično snižen, rijetko povišen. Katkad, promjena osobito u smislu potrebnog povišenja ide i do 6 mm. No, dirati u visinu međučeljusnog prostora, znači i dirati u položaj i funkciju zgloba, pa to treba unutar egzaktnog plana terapije izvršiti oprezno i postepeno.

Koliko će se međučeljusni prostor npr. povisiti, ovisi u prvom redu o stupnju njegova sniženja, koji se može odrediti mjereći razmak između pacijentove centralne okluzije (ako je fiksirana) i stanja fiziološkog mirovanja. Tehnika povisivanja međučeljusnog prostora ovisi o broju i rasporedu preostalih zubi kao i o stanju njihova parodontija. Ako za centralnu okluziju nema dovoljno zubi i zagriz nije fiksiran, može se pomoćnim metodama (kao kod izrade totalne proteze) odrediti fiziološko mirovanje i isto sniziti za oko 3 mm do eugate centralne okluzije. To je ujedno gornja granica do koje se smije međučeljusni prostor povisivati. Nerijetko su ti odnosi znatno poremećeni pa ih treba

postupno korigirati, što znači opskrbiti pacijenta na izvjesno vrijeme privremenom protezom ili mostovima, koje se izradi u korigiranoj visini i koji se bez teškoća daju ukloniti u slučaju smetnja od strane zgloba.

## ZAKLJUČAK

Definitivno povišenje međučeljusnog prostora najbolje je, kao što je prikazano, fiksirati mostovima, krunicama ili inlejima gdje god to situacija dopušta. Pacijent to dobro podnosi i ne doživljava promjene kao kod proteza koje noću odlaže.

Krunice i mostovi u slučajevima oralne rehabilitacije mogu se izrađivati morfološki modificirane u cilju ostvarenja terapijskog plana korekcije estetike i međusobnog položaja čeljusti. Pri tome je jedino važno osigurati dovoljnu i nesmetanu okluziju i artikulaciju. U lateralnom sektoru se prema tome krunice mogu izrađivati po potrebi i iznad nivoa preostalih zubi.

Preporučljivo je postaviti određen broj krunica ili mostova u svakom slučaju gdje postoje antagonisti, a protezom ili šinom ako to drugačije nije moguće, samo dopuniti i podržati njihovu funkciju.

Fiksna protetika u svakodnevnom radu ima u nekim indikacijama stanovite psihološke i druge prednosti pred mobilnom, što u domenu oralne rehabilitacije dolazi do još jačeg izražaja.

Povratiti pacijentu izgubljenu funkciju žvakanja i estetski izgled fiksnim nadomjestkom, od posebnog je značaja, jer cilj liječnika treba uvijek biti i pacijenta riješiti njegovih psihičkih tegoba te ga time osposobiti za što sigurniji nastup u društvu, kao što je to bio slučaj kod svih prikazanih pacijenata.

Fiksna se protetika, dakle, u oralnu rehabilitaciju uklapa kao važan faktor kombiniranog »fiksno-mobilnog« tretmana, katkad kao nužan nastavak ortodontske terapije, a za neke slučajeve i samostalno kao isključiva rekonstrukciona disciplina.

## S a d r ž a j

### UDIO FIKSNE PROTETIKE U ORALNOJ REHABILITACIJI

U uvodu autor se osvrće na značaj i ulogu oralne rehabilitacije kao specifične stomatološko-medicinske grane na osnovu stavova poznatih autora na tom polju, ističući da oralna rehabilitacija provodi saniranje kompleksnih anomalija u području usta i zubi.

Da bi ostvario zadatak koji proizlazi iz naslova rada, daje kritički osvrt na mogućnosti klasifikacija anomalija i preferira grupiranje anomalija iz praktičkih razloga i zbog lakšeg prikaza slučajeva, prema dominantnom skupu simptoma koji karakteriziraju pojedinu anomaliju.

Veći dio sadržaja posvećen je prikazu vlastite kazuistike i rezultata koji potkrijepljuju stavove autora iznesene u zaključku.

Zaključci na temelju prikazanih slučajeva jesu:

— definitivno povišenje međučeljusnog prostora najbolje je fiksirati mostovima, krunicama ili inlejima,



- krunice i mostovi se mogu izrađivati morfološki modificirano uz osiguranje dovoljne i nesmetane okluzije i artikulacije,
- psihološke i druge prednosti fiksne protetike pred mobilnom u nekim indikacijama svakodnevne prakse dolaze osobito do izražaja u domeni oralne rehabilitacije.
- vraćanje izgubljene funkcije i estetike pacijentu fiksnim nadomjestkom rezultira kompenziranjem psihičkih tegoba i osposobljavanjem pacijenta za sigurniji nastup u društvu i
- fiksna protetika se u oralnu rehabilitaciju uklapa kao važan faktor kombiniranog »fiksno-mobilnog« tretmana, katkad kao nužan nastavak ortodontske terapije i samostalno kao isključiva rekonstrukciona disciplina.

### Z u s a m m e n f a s s u n g

#### DER ANTEIL DER FIXEN PROTHETIK IN DER ORALEN REHABILITATION

Eingangs beschreibt der Autor die Bedeutung der oralen Rehabilitation, eines spezifischen stomatologisch-medizinischen faches, auf Grund der Veröffentlichungen bekannter Autoren auf diesem Gebiet, und betont dass die orale Rehabilitation komplexe Anomalien im Gebiete der Mundhöhle saniert. Um dieser Aufgabe gerecht an werden, werden die Möglichkeiten der Klassifikation von Anomalien kritisch beleuchtet und der Vorzug in der Klassifikation der Symptomengruppe welche den Stempel einzelnen Anomalien aufdrückt, gegeben.

Der grösste Teil des Inhalts ist der Kasuistik eigener Fälle gewidmet. Auf Grund der dargestellten Fälle kommt der Autor zu folgenden Schlussfolgerungen:

- die definitive Erhöhung des interalveolären Raumes erfolgt am zweckmässigsten mit Brücken, Kronen und Inlays.
- Kronen und Brücken können auch morphologisch abweichend werden, falls eine ungehinderte Okklusion und Artikulation gesichert ist.
- Die psychologischen und andere Vorteile der fixen Prothetik vor der abnehmbaren, kommen insbesondere im Bereiche der oralen Rehabilitation zum Ausdruck.
- Die Wiederherstellung der gestörten Funktion und Esthetik mittels fixen Ersatzes, kompensiert psychische Beschwerden und gibt dem Patienten einen sicheren Auftritt in seiner gesellschaftlichen Stellung.
- Fixe Prothetik fügt sich in die orale Rehabilitation entweder als wichtiger Faktor einer kombinierten »fixabnehmbaren« Behandlung ein, manchmal als notwendige Fortsetzung orthodontischer Therapie, oder sie ist eine selbständige Wiederherstellungsdisziplin.

## Summary

### THE ROLE OF FIXED DENTURES IN ORAL REHABILITATION

In the introduction the author refers to the significance and role of oral rehabilitation as a special dental-medical branch according to the standpoint of well known authors in this field. He points out that oral rehabilitation achieves the rehabilitation of complex anomalies in the mouth and teeth.

A critical survey of the possibility of classifying defects is offered, preference is given to grouping defects or practical reasons and or easier description of cases according to the dominant group of symptoms which characterizes each anomaly.

Most of the article is taken up by the description of the author's case material and of the results which confirm his standpoint cited in the conclusion.

The conclusions based on the presented cases are:

— a definitive increase of the intramandibular space is best fixed by bridges, crowns and inlays,

— crowns and bridges can be made to be morphologically modified, providing for sufficient undisturbed occlusion and articulation,

— the psychologic (and other) advantages of fixed dentures over mobile ones in some indications in everyday practice come to the fore especially in the realm of oral rehabilitation,

— the restitution of lost function and esthetic appearance by the application of a fixed denture brings about compensation of mental difficulties and endows the patient with a more self-assured approach to society,

— fixed dentures are included in oral rehabilitation as an important factor in the combined »fixed-mobile« treatment, sometimes as an important adjunct of orthodontic treatment or independently as an exclusive reconstructive discipline.

### LITERATURA

1. **Brecker, S. C.:** Clinical Procedures in Occlusal Rehabilitation, **W. B. Saunders Co.**, Philadelphia and London, 1958.
2. **Schön, F.:** D. Z. Z., 16 : 239, 1961.
3. **Reichborn-Kjennerud, I.:** D. Z. Z., 16 : 218, 1961.
4. **Suvin, M.:** Stomatološka protetika III, Zagreb, 1965.
5. **Gavrilović, B. i Grković, B.:** Stom. glas. Srbije, vanredan broj: 237, 1966.
6. **Vasić, S.:** Stom. glas. Srbije, vanredan broj: 88, 1966.
7. **Palčić, B.:** Zobozdr. vestnik, 5—6, 1955.
8. **Palčić, B.:** Zobozdr. vestnik, 6, 1965.
9. **Žerovec, B.:** Zobozdr. vestnik, 1—2, 1966.
10. **Sedej, R.:** Zobozdr. vestnik, 6, 1965.
11. **Suvin, M. i Kosovel, Z.:** Zobozdr. vestnik, 3—4, 1966.
12. **Stones, H. H.:** Oral and Dental Diseases, E. and S. Livingstone, Edinburgh, 1948.