

NAHRADENIE CHÝBAJÚCICH REZÁKOV ADHEZÍVNÝM MÔSTIKOM TYPU ROCHETT

Mjr. MUDr. Ladislav UZÍK

Stomatologické oddelenie Vysokej vojenskej leteckej školy SNP, Košice
(náčelník: plk. MUDr. Andrej Krist)

*Venované k 10. výročiu vzniku Vysokej vojenskej leteckej školy
SNP v Košiciach*

Strata rezáku v čeľusti i sánke nie je ojedinelým javom ani u mladej populácie, s ktorou sa stretávame vo vojenskej rovnováhe. Takýto defekt alteruje mladého jedinca nielen funkčne, ale hlavne psychicky. Preto sa neraz obracia na stomatológa so žiadosťou o vyriešenie tohto, pre neho „len estetického“ problému. Očakáva dokonalejšiu estetickú a súčasne funkčne plnohodnotnú protetickú náhradu.

Stomatológ je postavený pred rad problémov spojených s vyriešením takéhoto defektu chrupu. Stomatologická protetika ponúka na riešenie týchto defektov celú škálu pevných i snímateľných náhrad v rôznom vyhotovení. No nie každá rovnako uspokojuje náročné kritériá na estetickú stránku a súčasne na jej vysokú funkčnú schopnosť pri rešpektovaní individuálneho stavu chrupu a osobnosti majiteľa.

Uvedené terapeutické možnosti v daných indikáciách rozširuje polopermanentná protetická náhrada v anglosaskej literatúre nazývaná — adhezívny mostík typu Rochett.

Materiál a metodika

Pôvodne išlo o dlahu, používanú v úseku frontálnych zubov, konštrukčne riešenú z redukovaných perforovaných polokoruniek tmelenú priamo na sklovinu zubov rýchlotuhnúcou živicom alebo kompozitným materiálom. Modifikáciou dlahy vznikla protetická náhrada. Chýbajúci zub sa v rade dlahovaných zubov doplnil medzičlenom. Pôvodný variant konštrukcie polokoruniek mal viacero drobných perforačných otvorov (1). V súčasnosti je náhrada riešená väčšinou s 3 otvormi o priemere minimálne 1 mm. Veľkosť, tvar a počet perforačných otvorov má preventívny význam pred vznikom adhezívnych a kohezívnych fraktúr. Retenčný účinok náhrady sa zvyšuje adhéznou plochou, ktorá je zabezpečená maximálnou extenziou na susedných pilierových zuboch. Orálna plocha konštrukcie má byť primerane tenká, no súčasne mechanicky pevná a odolná. Konštrukčným materiálom môže byť zlatopáládiová zliatina Aurix L alebo častejšie chrómkobaltová zliatina Orálum (3). Laboratórna fáza výroby konštrukcie je daná zhodným postupom pre spracovanie uvedených materiálov v stomatologickej protetike. Vlastná preparácia orálnych plôch pilierových zubov je v rozsahu klasicko-adhezívnej preparácie (6).

Tmeliacim materiálom je rýchlopolymerizujúca živica (Spofacryl) alebo kompozitná hmota (Evicrol). Vlastné tmelenie náhrady, napríklad kompozitným materiálom Evicrol, sa neodlišuje od bežného spracovania pri zhotovovaní výplní a je dané návodom výrobcu.

Niektorí autori odporúčajú modifikácie pri tmelení náhrady alebo pri zhotovovaní konštrukcie. Napr.:

a) metóda dvojnásobného tmelenia (Ibsen, Newille),

b) zosilnenie retencie kotvením pomocnými kavitami v interdentálnych priestoroch (Ibsen, Lambert, Jordan, Ležovič atď.),

c) armovanie konštrukcie (Veverka, Fiala, Fagoš) a pod. (4).

Retencia náhrady je dostatočná, ak strata 1 až 2 rezákov (Woldrich Ia. tr.) je fixovaná 2 až 5 orálnymi plochami frontálnych zubov (1).

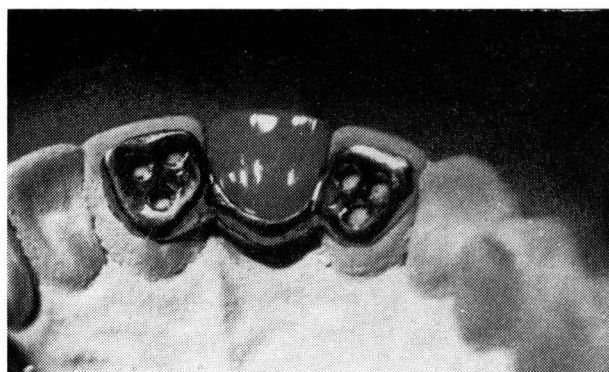
Na základe hodnotenia autorov, ktorí začali tieto modifikované náhrady klinicky využívať, boli stanovené obmedzenia indikácií. Náhrady tohoto typu nezhotovujeme (2):

1. Pri nepriaznivých okluzných a artikulačných podmienkach frontálnych zubov (napr. Angle IIb. tr., hlboký zhryz, výrazné diastémy a tremata, nepriaznivý sklon a rotácie zubov).

2. Ak je orálna plocha skloviny pilierových zubov zredukovaná kazom (IV. tr. podľa Blacka), úrazom alebo hypoplaziou skloviny.

3. Pri krátkych, drobných klinických korunách zubov, čo by znamenalo nedostatok miesta pre konštrukciu náhrady.

4. Pri extrémnych žuvacích silách nad 300 N.



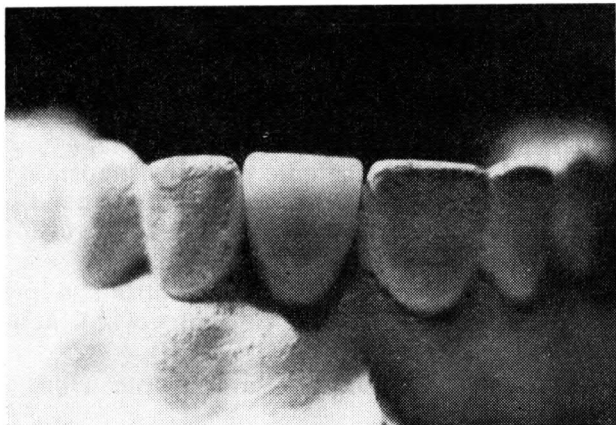
Obr. 1. Štúdiálny model. Pohľad z palatínálnej strany

5. Pri zápalových zmenách parodontu a kývavosti vyššej ako II. stupeň.

6. Neodporúčame zhotovenie u jedincov mladších 17 rokov.

Ostatné kontraindikácie je treba posudzovať individuálne, ako napr. biologický faktor zubov, celková kazivosť, ústna hygiena atď.

Predprotetická príprava pozostávala z odstránenia zubného kameňa, dokonalého očistenia orálnej plochy pilierových zubov od zubného pigmentu. Vlastná klasická preparácia bola minimálna a preparáciu sme robili diamantovou brúskou. Detailný odtlačok sme zaznamenávali metódou dvojitého odtlačku (Dentaflex solid +



Obr. 2. Pohľad z vestibulárnej strany



Obr. 4. Stav po odovzdaní náhrady

Kazuistika

Toto protetické riešenie sme podľa uvádzaných indikácií použili doposiaľ v 22 prípadoch. Súbor ošetrovaných bol náhodný a vekové zloženie ošetrovaných bolo od 20 do 56 rokov.

+ cream). Tmelenie konštrukcie náhrady bolo vo všetkých prípadoch prevedené kompozitným materiálom Evicrol podľa návodu výrobcu. Na pilierových zuboch s výplňami sme tieto pred konečným tmelením odpreparovali a súčasne použili ako doplňujúce retenčné zariadenie pri

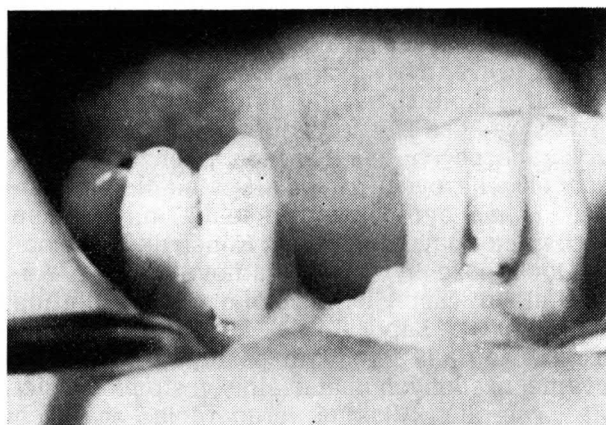
Tab. 1

Počet odovzdaných náhrad pri strate jednotlivých zubov

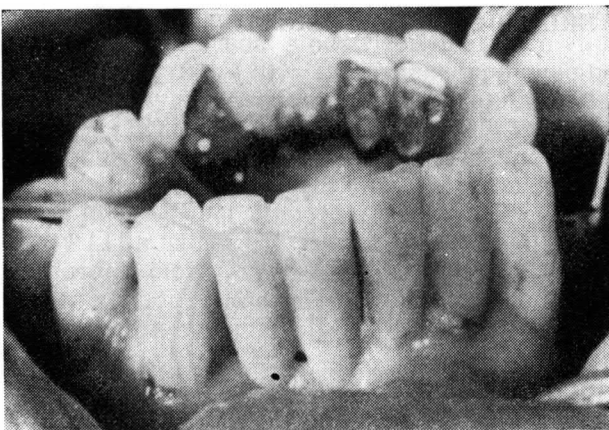
Čeľusť počet	malý rezák	veľký rezák	susediace rezáky	
	4	2	1	
Sánka počet	3	4	8	15
Spolu	7	6	9	22



Obr. 3. Stav po strate zubu 22, voj. J. M. — 20 r.



Obr. 5. Stav po strate zubov 41, 42, pplk. J. K. — 55 r.



Obr. 6. Stav po odovzdaní náměsta

tmelení náměsta [5, 6, 7]. Vo všetkých prípadoch sme konečnú povrchovú úpravu robili až po prekrytí kompozitu z druhého miešania. Leštenie sme vykonávali tvrdými gumenými kotúčikmi a kalíškami.

Podľa doteraz publikovaných výsledkov je priemerná doba užívania náměsta tohoto typu 2–3 roky [3, 4]. V našom prípade je najdlhšie užívaná náměsta v ústach pacienta 14 mesiacov. Do dnešného dňa neboli zaznamenané žiadne komplikácie v zmysle uvoľnenia náměsta, straty vitality pilierových zubov, zápalových zmien v okolí, funkčných porúch a pod. Pacienti sáňovaní týmto spôsobom sa rýchlo adaptovali na nový druh náměsta a neprejavovali žiadne subjektívne obtiaže fonačné ani mastikačné.

Diskusia

Zhotovenie dentálnej náměsta tohoto typu z Orálie je materiálovo i technologicky nenáročné. Nízka cena a dostupnosť materiálu (1 g Orálie stojí 0,28 Kčs) ju radí medzi ekonomicky efektívne náměsta. Napr. priemerná váha adhezívneho mostíka z Orálie pri nahradzovaní 1 až 2 zubov je od 0,9 do 2,0 g.

Nezanedbateľný je i časový faktor. Náměsta sa zhotovuje ako jednofázový mostík, čo prakticky znamená rýchlu rehabilitáciu pacienta.

Nemenej dôležité je i to, že odpadá nepríjemná preparácia pilierových zubov, hlavne u mladých jedincov, čo niekedy môže znamenať ohrozenie vitality zubov. V prípade uvoľnenia náměsta sa môže opäť natmeliť na to isté miesto bez akejkoľvek opravy konštrukcie. Táto náměsta umožňuje dodatočnú úpravu pilierových zubov pre ktorúkoľvek protetickú fixnú náměsta pri nevhodnosti tohoto riešenia. Adhezívny mostík typu Rochett sa dá hodnotiť tiež ako vysoko fyziologická náměsta pre svoj dlhodobý efekt, plošnosť kotvenia, atraumatickú konštrukciu, dobrý estetický vzhľad.

Súhrn

Možno konštatovať, že aplikácia týchto adhezívnych mostíkov typu Rochett v daných indikáciách rozširuje paletu pevných estetických náměst, racionalizuje prácu stomatológa aj v ambulatóriách vojenských útvarov, dovoľuje šetriť zliatiny drahých kovov v porovnaní s klasickým riešením náměst pri zachovaní vysokej estetickej a funkčnej hodnoty. V podmienkach vojenskej stomatológie je možné uvažovať o tomto progresívnom protetickom riešení nielen v mierových, ale aj v poľných podmienkach.

Literatúra

1. Bernardová, Eber, Kopřiva: Umělá náměsta řezáku podle Rochetta. Stomat. Zpr., 22, 1979, č. 2, s. 43–48.
2. Bernardová: Náměsta řezáku u mladých pacientů. Prakt. zubné Lek., 30, 1982, č. 9, s. 282–284.
3. Bernardová, Štefková: Rochettova náměsta jako retence ortodontické léčby. Čs. Stomat., 82, 1982, č. 3, s. 196–200.
4. Eber, Bernardová, Kopřiva: Semipermanentná dlaha podle Rochetta. Čs. Stomat., 81, 1981, č. 2, s. 100–108.
5. Eber, Záhlavová, Majorová: Evicrol. Stomat. Zpr., 1982, č. 1, s. 49–55.
6. Erdelský, Ležovič, Kotula: Naše zkušenosti s dlahovaním zubov kompozitmi. Čs. Stomat., 82, 1982, č. 1, s. 59–61.
7. Ležovič, Erdelský, Kotula: Možnosti použití kompozitov při dlahování frontálních zubov. Čs. Stomat., 79, 1979, č. 1, s. 52–58.

Klíčové slová: Adhezívny mostík; Terapeutické možnosti.