

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Stomatológiai Klinika  
(igazgató: Adler Péter dr. egyetemi tanár)

## Mikor és miért kellett új protézist újra készíteni?\*

ALBERTH MÁRTA dr.

Érkezett: 1979. április 20.

Elfogadva: 1979. április 23.

A mindennapos fogorvosi gyakorlat a teljes fogpótlás készítésekor általában elegendőnek tartja a sztatikus, anatómiai lenyomatot. Ha az állcsontgerinc sorvadt, az izmok, lágyrészek könnyen kibillentik az elkészült fogművet szájnyitáskor, rágás, beszéd közben. Ilyenkor funkciós lenyomatot veszünk, amely a fogatlan állcsontot körülvevő lágyrészek mozgásait, helyzetváltozásait is rögzíti. A jó funkciós lenyomattal pontosan mintázhatjuk az anatómiai képleteket, a mozgó részek élettani működés közben létrejövő maximális helyváltozásait; így azok az alaplemezt az eltűrhető mértéken túl nem mozdítják el. Hogy jó funkciós lenyomatot tudjunk venni, a kanál szélének éppen nem szabad elérnie a mozgó és a nem mozgó nyálkahártya határát. Ha így vett lenyomatra készül, a protézis alaplemeze a lágyszájpad, az ajak, pofa, szájfenék és nyelv szokványos mozgásai során csak az alkalmazkodóképesség határain belül mozdul el. Erre a legutóbbi időben mások mellett *Rasche* (1978) mutatott rá.

A lenyomatvételhez egyéni kanalat használunk; ez akrilátból készüljön, mely elég szilárd, s kielégítően tapad, szemben a megszokott sellaklemezrel. A kanalat gondosan a szájkepletekhez kell igazítanunk, széléit be kell csiszolnunk, hátsó határát a lágyszájpad felé pontosan meg kell határozni. A lenyomatanyag választásakor szem előtt kell tartani, hogy viszonylag hosszabb időn át képlékeny maradjon, lassan kössön, s így elegendő idő álljon rendelkezésünkre a beteggel a funkciós mozgások elvégzésére, mint szájnyitás, csücsörítés, nyelés, nyelvmozgatás, mosolygás (*Koran és mtsai*, 1977). Előnyös, ha egyidejűleg határozzuk meg a harapási magasságot és a centrális relációt. Ennek előnyeire legutóbb *Ember és mtsai* (1979) mutattak rá. Akrilátlemeze állítják viaszba a harapási próbára elkészített fogművet, ez megkönnyíti a szélek és a záródás gondos ellenőrzését.

A kész fogmű szájbehelyezésekor figyelniük kell mind a rágófelszín érintkezésére, mind a lemezek kóros mozgathatóságára.

Ezen ismeretekkel a jól képzett fogorvosnak rendelkeznie kell; mégis előfordul, hogy a felsorolt szempontokat figyelmen kívül hagyva készül fogmű rendelésben is; ezt azután a beteg érthetően nem tudja viselni.

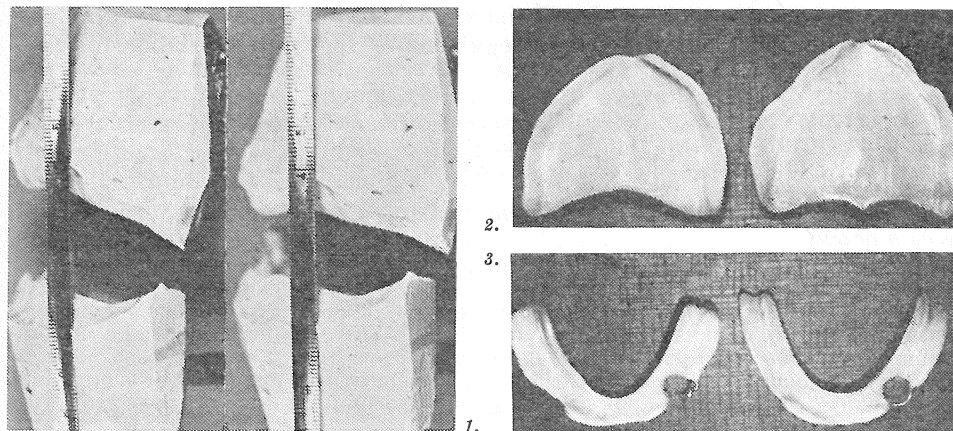
*K. E.* 48 éves nőbeteg azért utalták klinikánkra, mert újabban készült fogművet viselni nem tudta; ezért a beteg „nehéz természetét” okolták. Erre alapot adott, hogy degeneratio pigmentosa retinae miatt rokkanttá nyilvánították, csökkent látása folytán nehezen közlekedett (s ez okból igyekezett minél kevesebbszer elmenni a fogorvoshoz), gerinc-bántalmaival és ízületi megbetegedéssel ismételt kórházban, szanatóriumban kezelték. Első részleges lemezes fogművét 1958-ban kapta, ezt 8 évig használta. Közben maradékfogainak többségét elvesztette, ezért régi protézisét tovább viselni nem tudta. A felkeresett szakrendelésen a maxillából az utolsóként megmaradt 23-at extrahálták, s rutinszerűen anatómiai lenyomat alapján teljes felső, s egyetlen maradék fogán [44] kapoccsal elhorgonyzott részleges alsó fogművet készítettek. Az elkészült protézist a beteg viselni nem tudta; így újra jelentkezett ugyanabban a rendelésben. Itt a lenyomatot megismételték, új pótlást készítettek, ezt ismételt lenyomat alapján „átréselték”, de a beteget ez sem elégítette ki. Ezen előzmények után küldték klinikánkra.

A beteg egyetlen fogát [44] megtartásra érdemesnek találtuk, de koronáját mintegy 3 mm-rel rövidítettük. Fogművét még arra sem találtuk alkalmasnak, hogy egyéni kanálként használjuk. Így gipsszel anatómiai lenyomatot vettünk,

\* Az Egészségügyi Ifjúsági Napok Stomatológiai Tudományos Anketján (1979. szept. 14., Miskolc) tartott bemutatás nyomán

s a határok bejelölése után klinikánk laboratóriumában akrilátból egyéni kanalat készítettünk. A szélek ellenőrzése és korrekciója után a harapási sáncokkal együtt próbáltuk a szájba (*Helft és mtsai*, 1978, *Ember és mtsai*, 1979). Lenyomatanyagként Xantoprent választottunk; a funkciós lenyomatot centrális relációban vettük. Fogpróbakor eltérést nem találtunk, a kész fogművet a beteg örömmel elfogadta, mert jól funkcionált, a szokványos izommozgások sem billentették ki helyéből. Egy ízben kellett minimális széli korrekciót végeznünk az alsó lemez szájfenéki szélén, mert a nyálkahártyát kissé kivörösödöttnék találtuk.

E megfigyelésünket nem azért tartottuk leírásra érdemesnek, hogy új ismereteket közöljünk. A betegünk a rendelőintézetben készült fogművét nem tudta viselni, a klinikán készülttel viszont megelégedett; ennek két kézenfekvő oka is van: Mi a harapási magasságot mintegy 3 mm-rel csökkentettük a régi protézissel szemben (*1. ábra*); ez a beteg komfortérzését fokozta.



1. ábra. A régi és új protézis oldalnézetben. Jól érzékelhető a harapási magasság csökkentése
2. ábra. A régi és új felső lemez palatinális nézetben. Jól látszik, mennyivel hátrább ér az új lemez; felismerhető a szájpitvari szélek különbözősége is
3. ábra. A régi és új alsó lemez a felfekvő felszín felőli nézetben. Az új lemez hosszabb, széle inkább mélyebbre nyúlik mint a régié, mind a szájfenéken, mind a szájpitvarban, ahol a lágyrészek funkciója megengedte. Körültekintő vizsgálat tapintási lelete alapján is közel azonos protézisszel készíthető

A nem tartó felső helyett készített új protézis alaplemeze nagyobb területet fedett (*2. ábra*), így az szükségszerűen jobban tapadt. Hátsó széle a velum palatinum elmozduló részének határát követi az „Á”-vonal mentén; a régi lemez a kemény szájpadon végződött, így pharyngealisan nem lehetett szelepszerűen zárni. Az alsó lemez kiterjedését is növelni tudtuk disztális irányban (*3. ábra*). — A szájpitvari lemezszélt viszont alul-felül a funkciós lenyomatban kialakult minta szerint formálta laboratóriumunk, s nem a technikai laboratóriumban dolgozó munkatárs — sem lenyomat, sem orvosi utasítás által nem korlátozott vagy irányított — szabad elképzelése szerint.

Betegünk s a hasonló — többnyire nem is nehezen orvosolható — panaszokkal jelentkezők *sakszerű ellátásának* biztosítását napjainkban sokszor nyomóként érvként használják speciális protetikai rendelés szervezése, működtetése érdekében. Megítélésünk szerint indokolatlanul, mert amit a klinikán csináltunk, minden szakrendelésen meg kell és lehet csinálni. Az adott betegen kézzelfogható könnyebbség volt az új protézis tancélos, tehát térítésmentes elkészí-

tése; erre rendelőintézetben nincs lehetőség. Akrilát egyéni kanálért a rendelőintézetben a betegnek térítést kell fizetnie; aránytalanul sokat a protézisért fizetendő térítéssel összehasonlítva, de nem annyit, hogy akár a rokkant beteg ne tudta volna kifizetni, ha ennek szükségességét és remélhető előnyeit feltárják. Megítélésünk szerint az egyéni kanállal vett funkciós lenyomat kevésbé oka a mi protézisünk sikerének, mint a harapásmagasság életkornak megfelelő helyesebb megválasztása, a felső lemez szelepszzerű pharyngealis zárása. Ezt azonban anatómiai lenyomatra készülő protézisen is biztosítani lehet, csak éppen meg kell határozni a beteg szájában, hol végződjen pharyngealisan a lemez. Más szóval: a körültekintő orvosi munka a protézis ismételt újrakészítését nyilván feleslegessé tette volna, s a betegnek sem kellett volna — egyébként jogos nehézményezéssel — különböző fórumokhoz fordulnia, hogy használható protézist kapjon. Kellő körültekintéssel az anatómiai lenyomatra az első menetben készülő protézis is jó lehetett volna.

A levonható *végkövetkeztetés* ezekből folyik; nem speciális szakrendelés szervezése, működtetése az elérendő cél (ha van, csak örülhetünk), hanem minden szinten a korszerű orvosi (s ezzel egybekötve fogtechnikai laboratóriumi) munka.

IRODALOM: Ember E., Bretán M., Danzinger Gy., Dobrovits T., Schött G.: Fogorv. Szle. 72, 11 (1979). — Helft, M.: J. prosth. Dent. 30, 135 (1976). — Koran, A.: J. am. dent. Ass. 96, 75 (1977). — Rasche, K. R.: Zahnärztl. Welt-Ref. 15, 716 (1978).

М. А л б е р т: Повторное изготовление недавно сделанного зубного протеза — когда и почему

48-летняя больная не была в состоянии пользоваться недавно изготовленными верхним тотальным и нижним частичным (с одним резидуальным зубом) съёмными протезами, вопреки тому, что после нового оттиска проводилось новое прессование. После укорочения клинической коронки резидуального зуба на основании функциональных оттисков были изготовлены новые зубные протезы с уменьшенной высотой прикуса. Больная хорошо переносит эти протезы, несмотря того, что они покрывали значительную часть нёба и края доходили в преддверии рта и на дне полости рта до переходной складки.

Alberth, M.: The re-make of a new prosthetic appliance—why and when

The 48 y old female patient—with one residual mandibular tooth—was given a full upper and a partial lower denture, but was unable to wear these appliances. After having shortened the clinical crown of the residual tooth, in reliance on functional impressions, new prosthetic appliances were constructed in an intentionally reduced vertical dimension. They were readily accepted by the patient in spite of covering a more extended area of the palate, extending nearer to the fornix in the vestibule as well as in the floor of the mouth than to former plates did.

Alberth, M.: Neuanfertigung einer kürzlich hergestellten Prothese — wann und warum

Die 48j Patientin konnte ihre kürzlich hergestellte obere totale und untere partielle (mit einem Residualzahn) abnehmbare Prothese trotz Nachpressens nach einem neuerlichen Abdruck nicht tragen. Nach Kürzung der klinischen Krone des Residualzahnes wurden auf Grund von Funktionsabdrücken neue Prothesen in verringerter Bisshöhe hergestellt. Diese wurden von der Patientin anstandslos akzeptiert, obwohl am Gaumen ein ausgedehnteres Gebiet bedeckt war und die Ränder im Mundvorhof und am Mundboden weiter in die Übergangsfalte gereicht haben.

**Fogorvosi berendezés jó állapotban eladó.**

**Érdeklődni a reggeli órákban**

**376-969, 484-952 telefonszámon lehet.**

Fogorvosi Szemle 73. 55—56. 1980.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika, Budapest (mb. tanszékevezető: Tóth Pál dr. egyetemi docens)

## Gyermekkori frontfog-sérülés következményei

DÉNES JÓZSEF dr. és DOMOKOS GYÖRGY dr.

Érkezett: 1979. március 27.

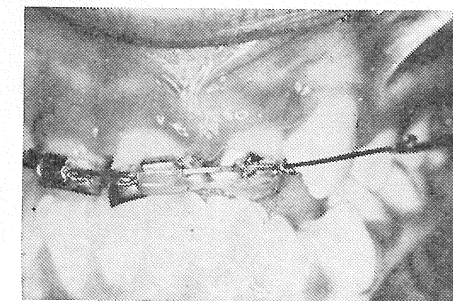
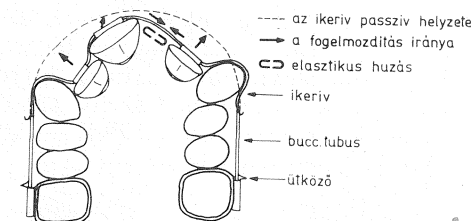
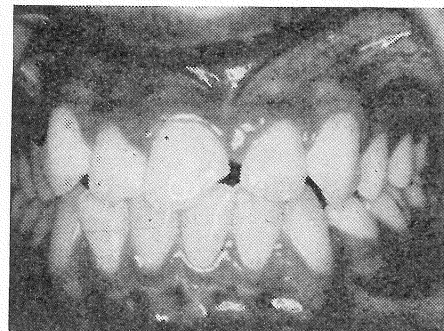
Elfogadva: 1979. április 30.

A gyermekkori frontfog sérülések Tóth P. szerint 1,2% -ban fordulnak elő [2]. Ebből több mint 80% a felső középső metszők törése. A sérülés ellátása gyermekfogászati feladat, de következményei gyakran fogszabályozási problémákhoz vezetnek. Az ütés következtében a felső metszők palato-okklúzióba kerülhetnek, így kereszttharapás jön létre. Ha a gyors repozíció nem történik meg, a kereszttharapás állandósul. Ez már következményes fogazati anomália. A baleset során vagy később a fogak vitalitásukat veszítik. Ezek a legjobban elvégzett gyökérkezelés ellenére is a továbbiakban csökkent értékűek. Ha egyidejűleg egyéb fogazati anomália áll fenn, ami nagyon gyakori, melynek korrekciója csak fogeltávolítás árán végezhető el, inkább az elhalt fog eltávolítása indokolt más, egészséges fog extrakciójával szemben.

Egy betegünkön szeretnénk bemutatni, hogy a sérült fogak megtartása minden áron éppen úgy, mint meggondolatlan eltávolítása, fogcentrikus szemléletet



1. ábra. 10 éves leány fogazata. A bal felső nagymetsző koronája baleset következtében eltört, a pulpa elhalt. A jobb felső nagymetsző koronája is sérült. A kismetszők kereszttharapásban vannak. Szemfogektópia és mindkét fogívben szűkület. A fogszabályozás előtti állapot



2. ábra.

Az ikerív segítségével a bal felső kismetszőt testesen a nagymetsző helyére visszük.  
A) A gép szerkezete és kívánt működése.  
B) A gép a szájban

3. ábra.

Paciensünk fogai 13 éves korában, két évvel a fogszabályozás befejezése után