

## INFORMACJE DLA PACJENTA DOTYCZĄCE LECZENIA PROTETYCZNEGO

### Istota leczenia

Leczenie protetyczne pozwala na odtworzenie utraconych zębów lub zniszczonych struktur zęba. Pozwala to na uzyskanie zbliżonych do naturalnych warunków zgryzowych i zapobiega zmianom, które następują w wyniku utraty zębów, lub zmniejsza ich następstwa. Zabiegi te mają na celu odtworzenie funkcji i estetyki uzębienia. Utracone struktury mogą być odbudowane przy użyciu: koron, licówek, wkładów koronowo-korzeniowych, uzupełnień protetycznych opartych na implantach, mostów (uzupełnienia stałe), protez (uzupełnienia ruchome) lub protez kombinowanych (protezy ruchome połączone z uzupełnieniami stałymi za pomocą zasuw, zatrzasków, rygli lub koron teleskopowych). Uzupełnienia stałe są trwale zamocowane w ustach Pacjenta, uzupełnienia ruchome powinny być wyjmowane przez Pacjenta w celu wykonania zabiegów higienicznych oraz na czas nocnego odpoczynku.

Zaniechanie leczenia protetycznego skutkuje pochylem zębów otaczających lukę. Skutkiem tego jest zmiana osi obciążenia zęba, co powoduje jego przeciążenie, utrudnia zabiegi higieniczne oraz zwiększa ryzyko choroby przyzębia. Ząb znajdujący się nad lub pod luką (dotyczy to zębów górnych jak i dolnych) ulega biernemu wyrzynaniu. Powoduje to zaburzenia zgryzowe, utrudnia późniejsze leczenie protetyczne oraz zwiększa ryzyko utraty tego zęba. Obecność braków zębowych powoduje nierównomierny rozkład sił generowanych w czasie żucia — przeciążenie istniejącego uzębienia. Objawami przeciążenia mogą być pęknięcia koron lub korzeni, rozchwianie zębów, recesja dziąseł oraz dolegliwości ze stawu skroniowo-żuchwowego. Zaniechanie leczenia protetycznego może wiązać się z trwałą zmianą wyglądu estetycznego dolnego odcinka twarzy — zaburzenie proporcji twarzy, pogłębienie bruzd nosowo-wargowych, bruzdy bródkowo-wargowej oraz przebudową stawu skroniowo-żuchwowego. Wieloletnie zaniechanie wykonania odbudowy protetycznej utrudnia (a czasem wręcz uniemożliwia) uzyskanie zadowalających efektów estetycznych i funkcjonalnych oraz wiąże się z trudniejszym i dłuższym okresem adaptacji do uzupełnień protetycznych. Zaniechanie leczenia wiąże się z większym ryzykiem powikłań przyszłego leczenia oraz wymaga dodatkowych bardzo specjalistycznych i kosztownych zabiegów medycznych.

Przygotowanie do leczenia protetycznego: integralną częścią leczenia jest wstępna kontrola i ewentualne leczenie zachowanego uzębienia. Przygotowanie polega na:

- kontrolnym badaniu RTG,
- ewentualnym leczeniu próchnicy lub chorób miazgi (leczenie kanałowe),
- ewentualnym usunięciu zębów niekwalifikujących się do leczenia,
- usunięciu złogów nazębnych,
- wprowadzeniu odpowiednich nawyków higienicznych.

Niekiedy dodatkowo konieczne jest przedprotetyczne leczenie chirurgiczne (wycięcie przerośniętej błony śluzowej, wyrównanie kości wyrostka), a także leczenie ortodontyczne.

Leczenie protetyczne może wymagać zdjęcia dotychczas użytkowanych koron, mostów lub wkładów koronowo-korzeniowych, zanim lekarz będzie mógł wykonać nowe uzupełnienie protetyczne. Należy liczyć się z tym, że jest to procedura nieodwracalna i najczęściej łączy się ze zniszczeniem uzupełnienia stałego. W trakcie zabiegu lekarz przecina lub zbija koronę / most z zęba. Powoduje to dyskomfort, a w trakcie zabiegu może dojść do:

- ukruszenia zęba lub materiału znajdującego się pod koroną,
- złamania zęba,
- zwichnięcia zęba,
- usunięcia zęba rozchwianego,
- nieumyślnego uszkodzenia miazgi, co prowadzi do konieczności leczenia kanałowego.

Wymienione powikłania mogą powodować zmianę koncepcji pracy protetycznej lub wykonanie dodatkowych czynności, co podwyższa koszt leczenia.

## Korony

Wykonanie korony protetycznej łączy się z koniecznością oszlifowania zęba — zostanie on pomniejszony o grubość, jaką będzie zajmowała przyszła korona — jest to zabieg nieodwracalny. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego. Po oszlifowaniu pobierany jest wycisk, następuje dobranie koloru przyszłej korony. Ząb zostanie zaopatrzony koroną tymczasową, która na jednej z kolejnych wizyt zostanie zastąpiona ostateczną koroną

wykonaną w laboratorium protetycznym. Jeżeli korona wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia — konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową. Korony protetyczne mogą być również osadzone na implantach.

## Wkłady koronowo-korzeniowe

Wykonanie wkładu koronowo-korzeniowego zalecane jest w przypadku znacznego zniszczenia korony zęba. Niezbędne jest przeprowadzenie leczenia kanałowego. Część materiału wypełniającego kanał zostanie usunięta i zastąpi ją struktura wkładu, na bazie którego zostanie odbudowany również zrąb korony. Zależnie od metody leczenia wkład koronowo-korzeniowy może być osadzony na tej samej wizycie lub konieczne będzie pobranie wycisku i wkład wykonany w laboratorium protetycznym zostanie osadzony na kolejnej wizycie. Podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia — konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia — ekstrakcja zęba. Po wykonaniu wkładu koronowo-korzeniowego przystępuje się do wykonania korony protetycznej lub mostu.

## Most

**Odbudowę tę wykonuje się w celu odbudowy utraconego zęba** lub zębów. Sztuczna korona zęba dowieszona jest pomiędzy zębami własnymi Pacjenta ograniczającymi miejsce brakującego zęba. Zęby te, tzw. filary, wymagają oszlifowania (przygotowania pod korony protetyczne) lub wykonania wkładów koronowo-korzeniowych, a następnie oszlifowania pod korony. Reasumując, aby odbudować brak 1 zęba konieczne jest wykonanie 3-elementowej odbudowy — 2 zęby filarowe oraz przęsło mostu składają się na koronę odbudowującą utracony ząb. Może istnieć konieczność wykonania rozleglejszych (wielopunktowych) mostów w zależności od ilości i rozmieszczenia braków zębowych. Niebezpieczeństwo powikłań jest takie samo jak przy wykonywaniu koron protetycznych lub wkładów koronowo-korzeniowych. Filarem dla mostu może być również implant.