



fot. Marek Zawadzki

Lek. dent. Krzysztof Polanowski,
gabinet stomatologiczny Stomapol
w Warszawie

Dlaczego? Ponieważ zaniechanie doprowadza bowiem m.in. do deformacji tkanek miękkich, resorpcji kości, zmian chorobowych błony śluzowej czy zakłócenia prawidłowego działania mięśni i stawu skronio-żuchwowego.

Właściwie dlaczego?

Podścielenia mają na celu:

- ▶ działanie lecznicze podczas leczenia tkanek miękkich lub po zabiegach chirurgicznych w obrębie podłoża protetycznego;
- ▶ działanie lecznicze u pacjentów użytkujących protezy przejściowe, np. protezy tymczasowe czy protezy natychmiastowe;
- ▶ poprawę retencji i adhezji protez;

- ▶ ułatwienie i skrócenie okresu adaptacji do protez i zwiększenie komfortu ich użytkowania;
- ▶ korektę błędów wynikłych podczas procedur wykonywania protez oraz błędów etapu laboratoryjnego, jak też jako metoda zwiększająca dokładność przylegania płyty protezy;
- ▶ adaptację do protezy w celu uzyskania informacji wstępnych i diagnostycznych dotyczących oczekiwań pacjenta.

Przygotowanie pacjenta

Istotnym czynnikiem leczenia protetycznego oraz zabiegu podścielenia jest prawidłowy stan tkanek

miękkich. W przypadku zaobserwowania zmian chorobowych czy jakichkolwiek nieprawidłowości stanu błony śluzowej należy przeprowadzić leczenie podłoża protetycznego z użyciem kondycjonerów tkanek miękkich (np. Softone lub Immediate) lub też zastosować odpowiednie płukanki.

Przygotowanie periodontologiczne ma wpływ na jakość uzyskanego efektu podścielenia wykonanego zarówno metodą bezpośrednią, jak i pośrednią. Przed wykonaniem podścielenia bezpośredniego lub wycisku podścielającego w technice pośredniej błona śluzowa powinna mieć nie tylko prawidłowy

wygląd – jej stan napięcia, prężności oraz nawilżenie powinny być zbliżone do idealnego. W przypadku kiedy wykonujemy podścielenie u pacjentów użytkujących protezy osiadające, należy powiadomić ich, aby zaprzestali ich używania na 24/48 godzin przed procedurą, a w ostateczności osiem godzin przed procesem podścielenia typu bezpośredniego lub pobraniem wycisku przeznaczanego do podścielenia laboratoryjnego. W wielu przypadkach nadmierna kompresja tkanek podłoża może wpłynąć negatywnie na odwzorowanie podłoża w technice podścielenia bezpośredniego i pośredniego.

W praktyce, o ile pacjent nie przestrzegał takich zaleceń, powinien w gabinecie po zdjęciu protezy wykonać delikatny masaż tkanek podłoża przy użyciu miękkiej szczoteczki z jednoczesnym płukaniem płynem o charakterze izotonicznym. Podłoże nie powinno być ani suche, ani pokryte nadmiarem śliny. Kiedy mamy przypadek pacjenta z dużą ilością śliny lub pracujemy w warunkach braku urządzeń ssących, należy przed samą procedurą przetrzeć podłoże gazą o dużej chłonności,

usuwając nadmiar wilgoci z błony śluzowej.

Jak to działa?

Podścielenie polega na aplikacji warstwy materiału na powierzchnię protezy mającej kontakt z błoną śluzową. Odbywa się to metodą bezpośrednią (w jamie ustnej pacjenta) lub pośrednią (w laboratorium po uprzednim pobraniu wycisku podścielającego). Tworzywa do podścielenia różnią się składem chemicznym. Najczęściej stosujemy tworzywa akrylowe (tworzywa twarde i miękkie, oparte na PE-MA lub PMMA) lub silikonowe.

Materiały akrylowe stosowane w metodach bezpośrednich mają z reguły gorsze parametry fizykochemiczne. Jednak bardzo często dają lepsze wyniki funkcjonalne (lepsza retencja, dokładność przylegania, stabilność), ponieważ eliminuje się etapy pośrednie i ryzyko błędów (np. błędy w sposobie przechowywania i transporcie czy niedokładności wynikające ze skurczów materiałów pomocniczych). Ponadto uzyskuje się efekt finalny bez konieczności oczekiwania pacjenta na protezę i redukuje się koszty procedury.

Wskazania diagnostyczne do wykonania podścielenia:

- ▶ utrata retencji i adhezji
- ▶ obecność zwiększonej ilości resztek pokarmowych pod płytą protezy po spożyciu posiłku
- ▶ zużyty materiał podścielający lub adhezyjny na płycie protezy
- ▶ obniżona relacja pionowa VDO (vertical dimension of occlusion)
- ▶ zmiany w obrębie tkanek miękkich podłoża protetycznego
- ▶ rozbieżności pomiędzy tkankami a strukturami podtrzymującymi protezę

Przeciwwskazaniami są:

- ▶ obniżenie relacji pionowej VDO powyżej 5 mm
- ▶ nadmiernie zużyta proteza
- ▶ aspekt estetyczny
- ▶ starcie zębów protezy w stopniu wykluczającym prawidłową okluzję

Teoretyczne porównanie techniki bezpośredniej i pośredniej wskazuje na wyższość metody pośredniej, ale statystycznie osiągamy lepsze rezultaty funkcjonalne, stosując metodę podścielenia bezpośredniego.

Cechy fizykochemiczne materiałów samopolimeryzujących akrylowych stosowanych w technice bezpośredniej możemy znacznie zwiększyć, stosując puszki/garnki ciśnieniowe, które znajdują zastosowanie w warunkach gabinetu stomatologicznego oraz w laboratoriach protetycznych. Jakość tworzywa użytego do podścielenia jest

wtedy zbliżona do wykonanego w laboratorium protetycznym. Garnek ciśnieniowy redukuje porowatość, zwiększa stabilność i parametry użytego materiału, poprawiamy trwałość i stabilność koloru.

Podścielenia miękkie

Są wykonywane z materiałów akrylowych, silikonów, fluoroetylenów. Najnowszym produktem z tej grupy jest Novus oparty na technologii PNF- polyphosphazene. Jego zalety to przede wszystkim: długotrwałość (wytrzymuje średnio sześć-siedem lat), odporność na twardnienie,

odporność na zmiany koloru oraz brak chłonności. Parametry bez dwóch zdań przewyższają materiały na bazie silikonu oraz starszej generacji tworzywa akrylowe. Niestety jest to materiał tylko do podścieleń pośrednich. Koszt jego zastosowania jest wyższy niż pozostałych ze względu na unikatowość zabezpieczoną patentem międzynarodowym.

Materiały miękkie stosujemy w celu:

- ▶ zwiększenia komfortu,
- ▶ w przypadku pacjentów mających trudności adaptacyjne,
- ▶ w celu poprawy retencji i adhezji,
- ▶ u pacjentów z podłożem zanikłym twardym,
- ▶ u pacjentów z rozszczepami, atrofią kostną, kserostomią.

Podścielenia miękkie mają ograniczony czas użytkowania uzależniony od składu i rodzaju materiału (wyjątek stanowi tworzywo Novus). Czas użytkowania określony jest przez producenta. Trzeba pamiętać, że są to wartości średnie, które odnoszą się do osób przestrzegających zalecenia prawidłowego użytkowania protezy i odpowiednich wymogów higienicznych.

Materiały protetyczne podścielające podlegają nieuniknionym zmianom w jamie ustnej zależnym od higieny, rodzaju użytych środków pielęgnacyjnych, sposobu pielęgnacji, składu wody, diety pacjenta, sposobu użytkowania protezy, skoków temperatury.

Czynniki te wpływają na stan podścielenia. Nieprawidłowe nawyki pacjentów mogą w znacznym stopniu skrócić przydatność podścielenia.

Wiele zalet

Lekarz powinien pamiętać o poinformowaniu pacjenta o działaniu materiałów podścielających i ich właściwościach. Materiały miękkie są „porowate”, a więc wymagają rygoru higienicznego. Lekarz nie ma na niego wpływu ani nie ponosi jakiegokolwiek odpowiedzialności za wszystkie aspekty leczenia postprotetycznego, np. zbyt szybkie zużycie tworzywa.

Szczególnym przypadkiem są pacjenci z małą ilością śliny. U tych pacjentów utrzymanie higieny jest w rzeczywistości trudniejsze. Materiały miękkie ulegają szybszym procesom utraty swoich właściwości.

Statystycznie pacjenci preferują podścielenia miękkie nawet w sytuacji, kiedy zwiększa się grubość płyty protezy. Przez wiele lat zastosowanie materiałów miękkich oraz ich działanie było w Polsce źle przedstawiane i rozumiane. Materiały wyciskowe i lecznicze, np. Softone, Tempo, Coe-comfort, były stosowane jako podścielenia „standardowe”, pomimo że ich czas działania to maksimum trzy miesiące. Cel ich użycia jest inny niż materiałów miękkich opartych na PEMA działających mniej więcej sześć miesięcy czy nawet rok,

jak np. True Soft lub Immediate. Zastosowanie tego typu tworzywa ma na celu przejściową adaptację! Koszt wykonania podścielenia do celów adaptacyjnych przy zastosowaniu techniki bezpośredniej jest niewielki, natomiast korzyści ogromne. Zastosowanie takiej procedury pozwala na wyeliminowanie kosztownych i długotrwałych wizyt korekcyjnych. Jest to bardzo dobra technika, kiedy wykonujemy protezy ekonomiczne w ramach ubezpieczeń lub w sytuacjach kiedy nie ma możliwości uniknięcia niedoskonałości wykonanych protez na skutek koniecznych uproszczeń procedury czy na głębszej sytuacji losowej ograniczającej czas wykonania protezy (faza kliniczna lub laboratoryjna).

W tych przypadkach po otrzymaniu protez częściowo je korygujemy i podścielamy klinicznie na okres mniej więcej sześciu miesięcy. Procedura kliniczna zajmuje ok. 15 minut. Pacjenci są zadowoleni ze względu na odczuwalną wygodę i stabilność nowego uzupełnienia protetycznego. Oczywiście informujemy o konieczności ponownej wizyty mniej więcej po sześciu miesiącach. Po tym czasie zużyty materiał jest wymieniany na trwały w zależności od wskazań i możliwości finansowych pacjenta. ■

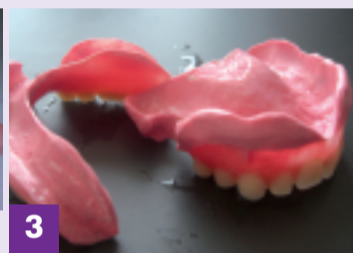
W następnym numerze o podścieleniach twardych i metodzie pośredniej.



Porównanie wyglądu tej samej protezy. Przed podścieleniem – po stronie prawej. Niedostateczny zasięg i kształt obrzeży powodował słabą retencję i stabilność. Po stronie lewej częściowo opracowany materiał podścielający miękkie PEMA.



Obrzeże protezy charakteryzujące się odmiennym kolorem wykonane jest z materiału Impak. Charakteryzuje się tym, że miejsca te stają się miękkie pod wpływem temperatury panującej w jamie ustnej.



Podścielacz Novus.