

Agnieszka SOBEL, Wyższa Szkoła Inżynierii Dentystycznej w Ustroniu,
Katarzyna KAPUSTKA, Politechnika Częstochowska, ATH Bielsko-Biała
Barbara CIEJKA, Prywatny Gabinet Stomatologiczny
Maciej HAJDUGA, ATH Bielsko Biała

WSPÓLPRACA STOMATOLOGA Z TECHNIKIEM, CZYLI JAK DOBRZE POBRAĆ WYCISK

Streszczenie: Współpraca lekarza stomatologa z technikiem dentystycznym stanowi jeden z prominentnych warunków prowadzenia skutecznego leczenia protetycznego. W gestii każdego z nich znajdują się określone zadania, które muszą zostać precyzyjnie zrealizowane, przy wzajemnej konsultacji oraz zrozumieniu potrzeb pacjenta. Jest to szczególnie ważne w kontekście prawnego zakazu kontaktu technika dentystycznego z osobą leczoną, który sprawia, że wykonany wycisk jest kluczowy w procesie przekazywania informacji pomiędzy gabinetem stomatologicznym a pracownią techniczną.

Słowa kluczowe: łyżki indywidualne, biomechanika, materiały na wyciski, modele robocze

1. WSTĘP

XXI wiek stanowi czas, w którym estetyczny wygląd uznawany jest za jedną z istotnych wartości. Elementem, na który zwraca się w tym kontekście uwagę, jest między innymi piękny uśmiech. Zadaniem stomatologa i technika staje się zatem realizacja prac na najwyższym poziomie, przy uwzględnieniu jak najkrótszego czasu wykonawstwa. W związku z tym faktem współpraca lekarza, który zleca leczenie protetyczne, i technika dentystycznego powinna być ścisła, bezpośrednia, a także oparta na wzajemnym zrozumieniu planu leczenia oraz potrzeb pacjenta [1,2].

Rehabilitacja protetyczna charakteryzuje się obecnie dynamicznym rozwojem w zakresie materiałoznawstwa, metod leczenia oraz stosowanych technologii [7]. Z drugiej strony to nadal dokładność dopasowania stałych uzupełnień do struktur jamy ustnej stanowi najważniejszy czynnik zagwarantowania długoterminowego sukcesu leczenia protetycznego. Finalny efekt, stanowi wynik wspólnej pracy stomatologa i technika dentystycznego. Do tej pory znaczna część prac protetycznych realizowana jest tradycyjną metodą, podczas której wykorzystuje się roboczy model gipsowy. W gestii lekarza dentysty znajduje się właściwe przygotowanie pola protetycznego, zrobienie wycisku stanowiącego wierną kopię warunków cechujących jamę ustną, a także dopasowanie i dokładne zacementowanie pracy. W tym zakresie stworzenie odpowiedniego wycisku warunkowane jest wyborem właściwego materiału wyciskowego i łyżki wyciskowej oraz wykorzystania określonej techniki wyciskowej. Technik dentystyczny natomiast zobowiązany jest dobrać konkretny gips modelowy, wosk i masę osłaniającą, następnie zaś wykonać dokładne uzupełnienie [8].

Niniejsze opracowanie poświęcone zostało analizie fundamentalnych czynników warunkujących skuteczną współpracę stomatologa i technika dentystycznego. Przedstawione

zostaną czynności związane z przygotowaniem pacjenta, pobraniem wycisku oraz realizacją biomechanicznych ruchów żuchwy oraz szczęki.

2. WYCISK NIEODŁĄCZNYM ELEMENTEM IDEALNEGO UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO

2.1. Zakres pracy

Zakres pracy obejmuje wykonawstwo wycisków stomatologicznych u pacjenta przy zastosowaniu określonych procedur, a także ocenę jakości oraz przydatności podjętych czynności. W pracy przedstawiono również przegląd piśmiennictwa, metody oraz ich praktyczne zastosowanie w przypadku efektywnej współpracy stomatologa z technikiem dentystycznym.

2.2. Cel pracy

Cel pracy jest natomiast ukazanie efektów współpracy lekarza z technikiem, poczynając od pobrania wycisków, po końcową instalację uzupełnienia protetycznego.

2.3. Istota wykonania wycisków stomatologicznych

Jednym z prominentnych aspektów skutecznie realizowanej procedury leczenia protetycznego jest wykonanie wycisków pola zabiegowego po przygotowaniu filarów pod odbudowę [9]. Precyzyjne odzwierciedlenie pola protetycznego stanowi warunek konieczny dla właściwego stworzenia protez stałych i ruchomych, jak i element kluczowy dla ich późniejszej adaptacji [10]. Wykonany wycisk ma najważniejsze znaczenia w procesie przekazywania informacji pomiędzy gabinetem stomatologicznym a pracownią techniczną, gdyż to on pozwala na zrealizowanie doskonałej pracy protetycznej [9].

Wyciski stomatologiczne podzielić można na anatomiczne i czynnościowe. Wykonanie wycisków anatomicznych polega na odtworzeniu ukształtowania podłoża twardego i przypadkowego odwzorowania stanu części miękkich. Wykonuje się je z wykorzystaniem standardowych łyżek i masy wyciskowej [1,2,6]. Powszechnie stosowanym materiałem do wycisków anatomicznych są masy alginatowe [11]. Wykonanie wycisków czynnościowych polega na odtworzeniu ukształtowania podłoża twardego. Obraz obrzeża uzyskuje się przez ruchy czynnościowe wykonywane przez pacjenta, dzięki czemu na wycisku zobrazowany zostaje kształt, zasięg i grubość obrzeża przyszłej protezy. Wyróżnić należy następujące wyciski czynnościowe:

- mukostatyczne - obejmują teren pokryty nieruchomą błoną śluzową,
- mukodynamiczne (rozprzestrzeniające, ekspansywne) - jako podłoże protetyczne wykorzystuje się okolice pokryte ruchomą błoną śluzową,
- ekstensywne - powstałe na bazie ekspansywnych (uciskowe, bezuciskowe, wybiórczo uciskowe, przy ustach otwartych, przy ustach zamkniętych) [1,2,6].

Wśród instrumentarium wykorzystywanego do leczenia protetycznego nie może zabraknąć łyżek wyciskowych (rys. 1), które służą do pobierania wycisków będących negatywowym odbiciem warunków charakteryzujących jamę ustną pacjenta [12]. Wybór łyżki wyciskowej odpowiedniej wielkości stanowi czynność poprzedzającą pobranie wycisku. Istnieją różne rodzaje łyżek wyciskowych. Wskazać można między innymi na łyżkę standardową, metalową, z tworzywa sztucznego oraz łyżkę indywidualną. Łyżki indywidualne zaopatruje się w słupki, które pozwalają na określenie pierwszej relacji żuchwy względem szczęki na silikonowym kęsku zwarciovym. Następnie należy w sposób czynnościowy uformować

pobrzeże wycisków, przy wykorzystaniu miękkiego wosku (np. Fleksaponalu). Podczas dostosowania łyżek indywidualnych, czynnościowego kreowania pobrzeża oraz tworzeniu wycisków czynnościowych należy zwrócić szczególną uwagę do eliminowania wszelkich elementów, które mogłyby zrzucić protezę z podłoża oraz zachowywania czynników utrzymujących protezę na podłożu [11].

Zbyt duże poszerzenie wycisku wstępnego może implikować odczucie przyssania się do podłoża protetycznego, powodując ponadto trudności podczas wykonywania indywidualnego nośnika. Taki stan rzeczy sprawia, że przestrzeń wymagana dla niezakłóconego przebiegu ruchów czynnościowych zostaje zawężona. Stąd też w trakcie wykonywania wycisku zaleca się, by pacjent wykonywał ruchy testowe takie, jak połykanie, przekładanie języka do prawego i lewego policzka, ułożenie ust w „dziubek”, ułożenie języka do przodu i do uchwytu łyżki [3,4,5]. Oprócz tych aktywnych ruchów wykonywanych przez pacjenta pomocne dla lekarza kształtującego masę wyciskową jest też pociąganie policzków pacjenta do przodu i góry. Sprawia to, że dentysta uzyskuje lepsze ukształtowanie bocznych odcinków przedsionka [1,6].



Rys. 1. Łyżki wyciskowe metalowe

2.4. Relacja lekarz stomatolog – technik dentystyczny

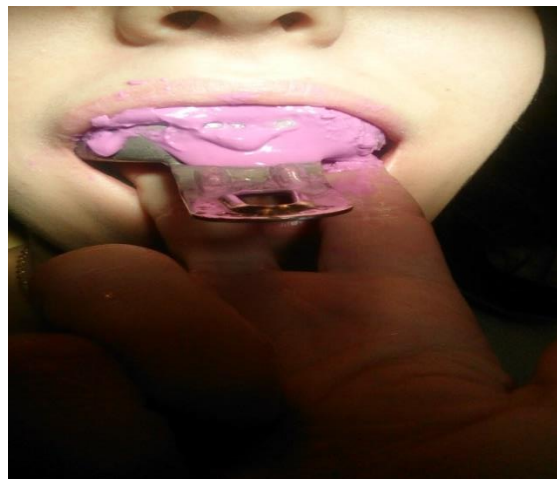
W świetle polskiego prawa technikowi dentystycznemu zabrania się kontaktu z pacjentem. Oznacza to, że jedynie lekarz stomatolog posiada prawo do pobierania wycisków, dokonywania przymiarek i wydawania uzupełnień protetycznych. Również tylko stomatolog może przyjmować protezy do naprawy. Wytyczne te implikowane są obawą prowadzący o zdrowie i życie pacjentów [13]. W związku ze wskazaną normą wykonany wycisk stanowi niezwykle istotny element informacyjny dla technika dentystycznego, który pozwala mu stworzyć dopasowaną do potrzeb pacjenta pracę protetyczną. Pozostałymi elementami, które dostarczają dodatkowych danych, są zdjęcia pacjenta, rejestracja artykulacyjna oraz ewentualne uwagi pochodzące od pacjenta i lekarza prowadzącego [9]. Można zatem skonstatować, iż zarówno lekarz stomatolog, jak i technik dentystyczny muszą precyzyjnie i ze szczególną troską wykonać przypisane im zadania.



Rys. 2. Aplikacja masy wyciskowej o odpowiedniej konsystencji na łyżkę



Rys. 3. Pobieranie wycisku żuchwy



Rys. 4. Pobieranie wycisku szczęki

Stomatolog odpowiedzialny jest za właściwy dobór łyżki wyciskowej, rozdrobnienie masy wyciskowej w dobranych proporcjach aplikację masy o odpowiedniej konsystencji na łyżkę (rys.2), pobieranie wycisku żuchwy (rys.3), następnie zaś wycisku szczęki (rys.4), a w fazie finalnej pobranie wycisku w pracowni stomatologicznej. Gotowy wycisk (rys.5) przekazywany jest do technika dentystycznego, który w sposób staranny wykonuje model gipsowy. Gipsowe modele zazwierkowane i przygotowywane są do wykonawstwa uzupełnienia protetycznego. Po wykonaniu odpowiedniego dla pacjenta uzupełnienia protetycznego, gotowa praca przekazywana jest stomatologowi. W ostatniej fazie współpracy pomiędzy stomatologiem a technikiem dentystycznym, stomatolog dokonuje aplikacji

uzupełnienia w jamie ustnej pacjenta. Jak można skonstatować, w procesie tym dobrze pobrany wycisk staje się płaszczyzną informacyjną, która ma szczególnie ważne znaczenie dla całej procedury leczenia protetycznego.



Rys. 5 Pobrany wycisk w pracowni stomatologicznej. Gotowy do przekazania technikowi dentystycznemu

PODSUMOWANIE

Kluczem do efektywnej współpracy lekarza z technikiem dentystycznym jest ciągle współdziałanie. Rozpoczynające się od precyzyjnego odbicie pola protetycznego pacjenta dzięki właściwemu doborowi masy wyciskowej, jak i zastosowaniu odpowiedniej technologii pobierania wycisku. Sprawia to, że istnieje możliwość uzyskania odbicia rzeczywistego charakteru pola protetycznego, co daje pożądane rezultaty w końcowym uzupełnieniu protetycznym.

LITERATURA

- [1] Spiechowicz E.: Protetyka stomatologiczna, Wyd. PZWL, Warszawa, 2008
- [2] Raszewski Z., Zabojszcz W.: Masy wyciskowe i gipsy. wyd.1, Wyd. Elamed , Katowice, 2010
- [3] Majewski S., Pryliński M.: Materiały i technologie współczesnej protetyki stomatologicznej, Wyd. Czelej, Lublin, 2013
- [4] Creig R.G.: Materiały stomatologiczne, Wyd. Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2008
- [5] Prylińska-Czyżewska A., Pryliński M.: Identium nowa jakość wycisków pod protezy stałe, Twój przegląd stomatologiczny, nr 3, 2010
- [6] Majewski S. W.: Współczesna protetyka stomatologiczna. Podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna, Wyd. Elsevier Urban & Partner, 2014
- [7] Spiechowicz E., Dylematy współczesnej rehabilitacji protetycznej, Protetyka Stomatologiczna, vol. LVI, no. 3, 2006, s. 175-185
- [8] Ciaputa T., Ciaputa A.: Podstawy wykonawstwa prac protetycznych. Wyd. Elamed, Katowice, 2009
- [9] Mikołajczyk M.: Wycisk, jako ważny etap procedury klinicznej – raport użytkownika, Cosmetic Dentistry, nr 3-4, 2011, s. 20-21
- [10] Nowakowska D., Łuczun-Liput K.: Januszewska-Opalska A., Kliniczna ocena preparatu Pré-emp podczas przygotowania podłoża protetycznego do wycisku, Protetyka Stomatologiczna, vol.LIX, nr. 5, 2009, s. 334-338
- [11] Kozłowski W., Golecka M., Kułakowska B.: Leczenie protetyczne pacjentów z całkowitymi brakami uzębienia – wskazówki praktyczne, Protetyka Stomatologiczna, vol. LIX, nr. 2, 2009, s. 95-103

- [12] Gutysz-Wojnicka A.: Dobieranie urządzeń oraz instrumentów do zabiegów stomatologicznych 322[01].Z2.01, Wyd. Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom, 2007
- [13] Baranowski W. J.: Kształcenie w zawodzie technika dentystycznego w świetle polskiego prawa, Dental and Medical Problems, vol.43, nr 3, 2006, s. 466-471

COOPERATION WITH DENTIST TECHNICIAN. HOW TO TAKE THE DENTAL IMPRESSION PROPERLY

Abstract: Cooperation of dentist with dental technician is one of the prominent conditions for effective prosthetic treatment. There are certain tasks that must be precisely executed, by mutual consultation and understanding of the needs of the patient. This is particularly important in the framework of the law, which forbids dental technician contact with a person treated. It makes that dental impression is crucial in the process of transferring information between dental office and laboratory support.