

lateralii. Acest lucru se datorează de cele mai multe ori mestecării unor fragmente prea voluminoase.

În primele zile după aplicarea protezelor, pacienții pot avea o chinuitoare senzație de vomă. Cauzele acestui fenomen pot fi atât somatogene, cât și psihogene (Krol). Se pare că protezele cu o dimensiune verticală prea înaltă care reduc distanța interocluzală sub limite fiziologice, pot produce frecvent reflexul de vomă (dacă senzația aceasta persistă prea mult, întotdeauna trebuie verificată și corectată D.V.O.).

Senzația de vomă mai apare și dacă proteza nu se întinde strict până la linia Ah (ea poate apărea atât la protezele extinse dincolo de această linie, cât și la cele mai scurte). S-a constatat că aducerea marginii distale pe linia de reflexie a palatului face să dispară această senzație.



*Fig. 11.1 – Edentată total bimaxilar. Se observă înfundarea buzei superioare, cu accentuarea cutelor radiare perilabiale.*

De regulă, refacerea fizionomică este bine conturată încă de la proba machetelor. Din păcate, alterarea memoriei pacientului în vârstă, inconsecvența în păreri, influențarea negativă la care este supus de către persoane

Tot în primele zile consumarea alimentelor se face cu dificultate din cauza alterării gustului (atât din cauza modificării sau dispariției papilelor gustative, cât și din cauza acoperirii lor de către placa protezei).

Simțul gustativ re apare într-o săptămână sau cel mult două, fiind ajutat de consumarea cu predilecție a mâncărilor sau a băuturilor calde, cu aromă și miros mai ușor sesizabile.

Refacerea funcției fizionomice reprezintă unul dintre cei mai importanți factori care influențează adaptarea biologică a protezei totale.

Îmbunătățirea conturului buzelor și al obrazilor, estomparea șanțurilor peribucale, refacerea dimensiunii verticale, în special în timpul masticăției, vizibilitatea plăcută a dinților, cât mai apropiată de schema ideală pe care o are în minte pacientul, creează tot atâtea premise de adaptare biologică.



*Fig. 11.2 – Edentată total bimaxilar. După aplicarea protezelor se constată o normalizare a reliefului buzei superioare, cu estomparea cutelor radiare perilabiale.*

apropiate sau importante pentru el fac să apară nemulțumiri și chiar respingeri ale pieselor protetice când totul este gata.

Aceste eșecuri în adaptare pot fi evitate doar cu multă răbdare din partea

stomatologului, înarmat cu o mare putere de convingere și calmare.

Așa cum am mai spus, refacerea funcției fonetice se instalează destul de rapid dacă au fost respectate cerințele ideale de montare (pentru cazul respectiv) a dinților artificiali. Un exercițiu fonetic ușor de realizat (citirea cu glas tare și corectarea pronunției), favorizează acomodarea rapidă cu piesele protetice.

În finalul primei zile de adaptare a protezelor, pacientul trebuie instruit cum să întrețină starea de igienă a acestor proteze.

Spălarea lor cu apă și săpun cu ajutorul periei de unghii va fi demonstrată pacientului înainte de aplicarea lor în cavitatea bucală.

Mulți pacienți nu știu că folosirea pastei de dinți nu este indicată la proteze. Neavizați, pacienții vor fi dezorientați și în ultimă instanță vor neglija igienizarea protezelor.

În special în zonele retentive ale suprafețelor laterale ale protezelor resturile alimentare neeliminate prin periaj vor constitui o bază organică a plăcii tartrice ce se depune pe proteze.

Analizată în amănunțime, această „matrice“ organică (15-30%) va conține: glicoproteine, mucoproteine, acizi grași nesaturați și zaharuri.

Pe acest suport organic se depun microorganismele și coloranți (alimentari, tabagici etc.) și apoi săruri calcice, fosfați, carbonați de origine salivară (Grimonster și Brogniez).

Tartrul care se depune pe proteze va rezulta din pietrificarea completă a matricei organice.

Pentru a evita această depunere tartrică cea mai simplă metodă este periajul, care elimină cu ușurință o placă bacteriană

(matrice) tânără – ce are mai puțin de 12 ore.

La ora actuală există însă și alte metode de întreținere a stării de igienă a protezelor. Se încearcă astfel dizolvarea părții anorganice a tartrului și apoi solubilizarea matricei organice.

Pentru curățarea cu mai multă ușurință, cu efort minim a protezelor și chiar pentru dezinfectarea lor (recomandată în special la pacienții bolnavi, neputincioși sau foarte în vârstă) există acum mai multe metode ce comercializează patru tipuri de substanțe:

- a. enzime;
- b. acizi diluați;
- c. hipocloriți alcalini;
- d. peroxizi alcalini.

a. Soluția Mc. Collum conține: lipază, tripsină, amilază, celuloză, EDTA. Dizolvă mucina, saponifică acizii grași, dizolvă calcificările, elimină substanțele odorifere, are și acțiune bactericidă și fungicidă.

Soluția Budtz, Iorgensen, Kelstrup conține protează (alcalază) citrat de Na, bicarbonat de Na etc. Previne formarea plăcii organice introducând zilnic protezele 15 minute într-o soluție de 150 ml apă la 50°C.

b. Acizii utilizați sunt: acid clorhidric 5%, acid fosforic 15%; în lipsa acestora, acidul acetic (oțet). Se comercializează astfel Steradent (acid clorhidric 5% pH 1,05) sau Braun Instadent (acid fosforic 7,6% clorură de benzoil coniuim 2,5% pH ± 1,5).

Protezele ținute aproximativ 5 minute în aceste soluții permit dizolvarea tartrului.

c. Hipocloriții alcalini au acțiune bactericidă și dizolvă matricea organică a plăcii dentare prin acțiunea ionilor Cl și ClO