

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI MJEKËSISË, TIRANË  
FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE  
DEPARTAMENTI I ORTOPEDISË STOMATOLOGJIKE

# DISERTACION

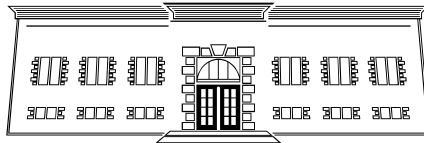
PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE  
“DOKTOR”

“PROTEZAT FIKSE METAL PORCELAN”

**Disertanti:**  
**ENTELE FUGA**

**Udhëheqës Shkencor:**  
**Prof. Asc. GAFUR SHTINO**

TIRANË, 2023



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË  
**UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË**  
**FAKULTETI I MJEKËSISË DENTARE**  
**DEPARTAMENTI I ORTOPEDISË STOMATOLOGJIKE**

**DISERTACION**

*I PARAQITUR NGA*

**Znj. ENTELA FUGA**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

**DOKTOR**

**SPECIALITETI: STOMATOLOGJI**

**TEMA: PROTEZAT FIKSE METAL-PORCELAN**

**MBROHET MË DATË      /      / 2023 PARA JURISË**

1. \_\_\_\_\_ KRYETAR
2. \_\_\_\_\_ ANËTAR (OPONENT)
3. \_\_\_\_\_ ANËTAR (OPONENT)
4. \_\_\_\_\_ ANËTAR
5. \_\_\_\_\_ ANËTAR

## Parathënie

*Si në të gjitha fushat e shëndetit, edhe shëndeti oral, vitet e fundit ka njohur një evolucion të konsiderueshëm. Përmirësimi i materialeve, instrumenteve, teknikave të reja, zhvillimi me hapa të shpejtë i teknologjisë ka bërë të mundur që dentistët të ofrojnë një shërbim shumë më cilësor se ai i ofruar më parë.*

*Paralelisht, ky evolucion u ka mundësuar dentistëve, krahas ushtrimit të profesionit, edhe ndërmarrjen e studimeve të ndryshme, si dhe edukimin në vazhdim në fusha të njohura më parë apo dhe fusha të tjera të reja për të studiuar e përvetësuar njohuri më të thella të parimeve dhe praktikave lidhur me dentistrinë restauruese dhe teknikat e duhura, si dhe për t'u përditësuar me të rejat më të fundit në nivel ndërkombëtar për këtë çështje.*

*Unë, si shumë kolëgë të mi, mjekë stomatologë, jam pjesë e armatës së madhe të profesionistëve në këtë fushë që e duan profesionin e tyre e përpiqen me sa munden të investojnë për të.*

*Përkushtimi ndaj profesionit, pasioni për të, si dhe dëshira për të dhënë kontributin në avancimin e njohurive në këtë fushë, më inkurajuan disa vite më parë për të ndërmarrë këtë projekt studimi. Duke patur parasysh profilin e punës në klinikën ku ushtroja profesionin, intensitetin e saj dhe numrin e madh të pacientëve të trajtuar ndër vite dhe eksperiencën e krijuar, vlerësova që një analizë dhe vlerësim i punimeve protetike fikse metal-qeramikë ndër vite do të ishte një vlerë e shtuar dhe kontribut për trajtimin e mëtejshëm në këtë drejtim. Ky projekt është bazuar në të dhënat e mbledhura nga puna e përditshme me pacientë që paraqisnin nevoja për punime protetike.*

*Një ndihmë e madhe në realizimin e këtij studimi ka qenë përvoja e shkruar e dhjetëra kolegëve të vendit tim, por edhe të huaj, në lëmin e protetikës gjatë dekadës së fundit. Shumë artikuj, studime, kumtesa, disertacione kanë qenë burime shumë të mira njohjeje dhe frymëzimi për të realizuar pritshmëritë e mia profesionale, e për të ecur më tej në rrugën e njohjes, për t'i shërbyer më mirë pacientëve dhe për të dhënë kontribut sado të vogël në shërbim të dentistëve të rinj në rrugën e gjatë e të bukur të profesionit.*

*Ndërmarrja e këtij studimi ishte një rrugë ambicioze, e gjatë, me punë voluminoze për mbledhjen e të dhënave, strukturimin, ndërtimin e pyetësorëve, përpunimin statistikor, si dhe punë klinike me shumë pacientë që janë trajtuar këto vite, e janë ndjekur gjatë trajtimeve e pas tyre. Shpresoj shumë që studimi bazuar në kampionin e kushtet e pacientëve të vendit të japë sadopak kontributin e tij për të vlerësuar pyetjet e lehtësuara dilemat profesionale, me të cilat përballemi çdo ditë në klinikat tona me pacientët që paraqesin nevoja për trajtim protetik fikse.*

*Në përfundim të këtij studimi, e vlerësoj atë si një përpjekje maksimale personale e profesionale; ka qenë sfidë dhe njëkohësisht kënaqësi morale e profesionale.*

## **Falënderime**

Realizimi i këtij projekti është një dedikim për të gjithë pedagogët e kolegët e mi, me të cilët punojmë e shkëmbejmë çdo ditë.

Falënderim dhe mirënjohje e veçantë për Prof. Asc. Gafur Shtino, për gjithë disponibilitetin e kontributin gjatë kryerjes së këtij studimi!

Mirënjohje për të gjithë kolegët dhe stafin mjekësor në klinikën stomatologjike në Tiranë, ku unë punoj prej vitesh, për bashkëpunimin, kontributin dhe mbështetjen e madhe ndër vite, për realizimin e këtij studimi!

Falënderim i veçantë për të gjithë pacientët, të cilët dhanë pëlqimin e tyre për t'u përfshirë në këtë studim, duke vënë në dispozicion të gjitha të dhënat e tyre dhe duke u angazhuar në procesin e intervistimit!

Së fundi, dhe më e rëndësishmja, falënderim dhe mirënjohje për familjen time, bashkëshortin dhe fëmijët e mi, motivi më i madh për t'i bërë prezentë një model vullneti e pune sistematike që vetëm rritet e merr vlera!

## **Deklarata e Autorësisë**

Unë, Entela Fuga, deklaroj se kjo tezë përfaqëson punën time origjinale dhe nuk përdorur burimet të tjera përveç atyre të evidentuara nëpërmjet citimeve.

Të gjitha të dhënat, tabelat dhe citimet në tekst të cilat janë të riprodhura prej ndonjë burimi tjetër, duke përfshirë dhe internetin janë pranuar në mënyrë eksplicite të tillë.

Punimi i paraqitur është në përputhje me normat dhe me rregullat akademike. Deklaroj se i jam përmbajtur me rigorozitet të gjitha rregullave akademike përsa i përket referimeve dhe citimeve.

Literatura e përdorur në këtë punim është përftuar duke respektuar normën etike dhe akademike.

Dr. Entela Fuga

**Shkurtesa**

ATM	Artikulacioni Temporo–Mandibular
FDP	Fixed Partial Dentures
ADA	American Dental Association
PVC	Kurorë me Këllëf Porcelani
PFG	Porcelan i Shkrirë në Ar
PFM	Porcelan i Shkrirë në Metal
MR	Metal-Rezinë
CAD-CAM	Computer Aided Design And Manufacturing

## Tabela e përmbajtjes

Parathënie .....	C
Falënderime .....	D
Deklarata e Autorësisë .....	E
Shkurtesa.....	F
Lista e figurave .....	I
Lista e tabelave .....	J
Lista e grafikëve .....	K
Abstrakt.....	L
<b>1 HYRJE.....</b>	<b>XIII</b>
<b>2 RISHIKIMI I LITERATURËS.....</b>	<b>16</b>
2.1 Terminologji.....	16
2.2 Elementet diagnostikues për trajtimin protetik.....	16
2.3 Plani i trajtimit dhe përzgjedhja e materialit të restaurimit .....	17
2.4 Indikacionet për trajtim me kurora .....	20
2.5 Indikacionet e trajtimit për zëvendësimin e defekteve dentare me ura fikse ...	21
2.6 Vlerësimi i dhëmbëve shtyllë.....	23
2.6.1 Raporti kurorë-rrënjë .....	24
2.6.2 Konfigurimi i rrënjës.....	25
2.6.3 Zona e ligamentit periodontal .....	26
2.7 Konfigurimet e punimeve fikse.....	31
2.8 Principet e përgatitjes së dhëmbit për protezë parçiale fikse.....	33
2.8.1 Format e preparimit.....	33
2.9 Ruajtja dhe rezistenca.....	35
2.10 Intermediarët dhe kreshta edentuloze.....	35
2.10.1 Kontakti indor.....	36
2.10.2 Dizenjimi i intermediarit.....	38
2.10.3 Kreshta edentuloze .....	40
2.11 Fazat e fabrikimit dhe aliazhet që përdoren për fabrikimin e punimeve fikse	42
<b>3 METODOLOGJIA.....</b>	<b>46</b>
3.1 Qëllimi i studimit.....	46

<b>3.2</b>	<b><i>Objektivat</i></b> .....	<b>46</b>
<b>3.3</b>	<b><i>Hipoteza e studimit</i></b> .....	<b>46</b>
<b>3.4</b>	<b><i>Materiali dhe metodat</i></b> .....	<b>46</b>
<b>3.5</b>	<b><i>Metodologjia e analizës statistikore</i></b> .....	<b>51</b>
<b>4</b>	<b>REZULTATE</b> .....	<b>52</b>
<b>4.1</b>	<b><i>Trajtimi i nevojshëm</i></b> .....	<b>52</b>
<b>4.2</b>	<b><i>Komplikacionet dhe jetëgjatësia</i></b> .....	<b>70</b>
<b>5</b>	<b>DISKUTIM</b> .....	<b>85</b>
<b>6</b>	<b>PËRFUNDIME</b> .....	<b>93</b>
<b>7</b>	<b>REKOMANDIME</b> .....	<b>97</b>
<b>8</b>	<b>SHTOJCA</b> .....	<b>98</b>
<b>9</b>	<b>RASTE KLINIKE</b> .....	<b>105</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>127</b>



## Lista e figurave

Figura 2.1	Pozicionimi korrekt okluzal .....	19
Figura 2.2	Lëvizja e dhëmbëve në drejtim të hapësirave të lira .....	19
Figura 2.3	Interferencat okluzale.....	19
Figura 2.4	Plani i korrigjuar me urë fikse .....	19
Figura 2.5	Urë metal-qeramik .....	20
Figura 2.6	Kurorë metal-qeramikë .....	20
Figura 2.7	Raporti kurorë-rrënjë.....	24
Figura 2.8	Dimensionimi i sipërfaqes së rrënjës prerje mediale.....	24
Figura 2.9	Divergjencia në dhëmbët shtyllë posteriorë.....	24
Figura 2.10	Konfiguracioni krahasues i sipërfaqeve të rrënjëve të dhëmbëve maksilarë. ....	25
Figura 2.11	Konfiguracioni krahasues i sipërfaqeve të rrënjëve të dhëmbëve mandibularë.....	25
Figura 2.12	Kombinimi i sipërfaqes së rrënjëve të premolarit të dytë dhe molarit të dytë është më i madh se sipërfaqja e molarit të parë që do të zëvendësohet.....	26
Figura 2.13	Kombinimi i sipërfaqes së rrënjëve të premolarit të parë dhe molarit të dytë është afërsisht i barabartë me sipërfaqen e dhëmbëve që do të zëvendësohet.....	27
Figura 2.14	Kombinimi i sipërfaqes së rrënjëve të kaninit dhe molarit të dytë është jo i mjaftueshëm për të zëvendësuar 3 dhëmbët që mungojnë. Punimi fiks është një situatë risku. ...	27
Figura 2.15	Punim frontal fiks i tipit kantilever .....	30
Figura 2.16	Punim posterior fiks i tipit kantilever.....	30
Figura 2.17	Urë fikse e thjeshtë.....	32
Figura 2.18	Urë fikse komplekse.....	32
Figura 2.19	Linja e mbylljes tip Chamfer .....	34
Figura 2.20	Linja e mbylljes tip Chamfer e thellë.....	34
Figura 2.21	Linja e mbylljes tip shpatull.....	34
Figura 2.22	Linja e mbylljes tip shpatull e rrumbullakët .....	34
Figura 2.23	Pamje proksimale të kontaktit indor të intermediarëve.....	37
Figura 2.24	Kontakt korrekt i intermediarit me procesin alveolar .....	37
Figura 2.25	Kontakt jo korrekt i intermediarit me procesin alveolar .....	37
Figura 2.26	Intermediar që kontakton mukozën e paatashuar (ulcer e mukozës) .....	38
Figura 2.27	Intermediar që kontakton gingivën e keratinizuar .....	38
Figura 2.28	Mbështetje e modifikuar në kreshtë .....	38
Figura 2.29	Intermediar higjienik.....	38
Figura 2.30	Mbështetje e rrumbullakët në kreshtë (Akses me fill dentar) .....	39
Figura 2.31	Mbështetje e drejtë në kreshtë (Mungesë aksesi për fill dentar) .....	39
Figura 2.32	Akses i fijos Dentare nën Intermediar.....	40
Figura 2.33	Akses i furçës interdentalë nën Intermediar.....	40
Figura 2.34	Tipe të ndryshme të deformacionit nga atrofia e kreshtës alveolare.....	41
Figura 2.35	Ndërtimi shtresor i një punimi metal-qeramik .....	42

## Lista e tabelave

Tabela 4.1	Karakteristikat sociodemografike të pacientëve.....	52
Tabela 4.2	Statistika e përmbledhur e moshës .....	52
Tabela 4.3	Lloji i trajtimit sipas karakteristikave sociodemografike .....	54
Tabela 4.4	Lloji i trajtimit të përdorur.....	57
Tabela 4.5	Shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve tek pacientët .....	58
Tabela 4.6	Numri i kurorave për pacientë .....	61
Tabela 4.7	Indikacionet për trajtim me ura fikse.....	62
Tabela 4.8	Lokalizimi i urave fikse sipas pozicionimit në harqe .....	66
Tabela 4.9	Shpërndarja e urave fikse të shkurtra e të gjata në pacientë .....	67
Tabela 4.10	Numri i urave për pacient .....	68
Tabela 4.11	Frekuenca e komplikacioneve primare për urat fikse, periudha 2012-2015 / 2006- 2011 .....	70
Tabela 4.12	Komplikacionet e kurorave.....	72
Tabela 4.13	Frekuenca dhe lloji i komplikacioneve sipas numrit total të kurorave.....	74
Tabela 4.14	Frekuenca e komplikacioneve sipas restoracionit .....	75
Tabela 4.15	Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët me ura .....	76
Tabela 4.16	Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët me sëmundje dhe pa sëmundje.....	79
Tabela 4.17	Frekuenca e komplikacioneve sipas karakteristikave klinike dhe stilit të jetës (N=150).....	80
Tabela 4.18	Komplikacionet e vonshme të urave të gjata dhe të shkurta fikse metal- qeramikë të ndarë në 4 grupe bazuar në vështirësinë e komplikacionit .....	83

## Lista e grafikëve

Grafiku 4.1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë.....	53
Grafiku 4.2 Krahasimi i moshës sipas gjinisë .....	53
Grafiku 4.3 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës .....	54
Grafiku 4.4 Karakteristikat e pacientëve të trajtuar me kurora .....	55
Grafiku 4.5 Numri total i kurorave dhe urave .....	56
Grafiku 4.6 Lloji i trajtimit për totalin e pacientëve.....	57
Grafiku 4.7 Lloji i trajtimit.....	58
Grafiku 4.8 Shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve tek pacientët .....	59
Grafiku 4.9 Shpërndarja e kurorave në harqe.....	60
Grafiku 4.10 Numri i kurorave.....	61
Grafiku 4.11 Indikacionet për trajtim me ura fikse .....	63
Grafiku 4.12 Shpërndarja e dhëmbëve shtyllë.....	64
Grafiku 4.13 Shpërndarja e dhëmbëve intermediarë .....	65
Grafiku 4.14 Lokalizimi i urave fikse në maksile dhe mandibul .....	66
Grafiku 4.15 Lokalizimi i urave fikse sipas pozicionimit në harqe.....	67
Grafiku 4.16 Numri total i urave të shkurtra dhe të gjata, dhëmbëve shtyllë dhe intermediarë...	68
Grafiku 4.17 Numri i urave për pacient.....	69
Grafiku 4.18 Karakteristikat e pacientëve të trajtuar me ura.....	69
Grafiku 4.19 Frekuenca e komplikacioneve primare për urat fikse, 2006-2011/2012-2016.....	71
Grafiku 4.20 Tipi i komplikacioneve tek pacientët e trajtuar me kurora.....	73
Grafiku 4.21 Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët e trajtuar me kurora .....	74
Grafiku 4.22 Mbijetesë e kurorave teke .....	75
Grafiku 4.23 Tipi i komplikacioneve tek pacientët e trajtuar me ura fikse .....	77
Grafiku 4.24 Probabiliteti i shfaqjes së komplikacioneve gjatë ndjekjes në kohë .....	77
Grafiku 4.25 Frekuenca e komplikacioneve sipas llojit të urës.....	78
Grafiku 4.26 Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët me sëmundje dhe pa sëmundje.....	79
Grafiku 4.27 Frekuenca e komplikacioneve sipas karakterisikave klinike dhe stilit të jetës .....	81
Grafiku 4.28 Komplikacionet e vonshme të urave të gjata dhe të shkurtra.....	83
Grafiku 4.29 Mbijetesë e urave të shkurtra dhe të gjata tek pacientët.....	84

## Abstrakt

**Hyrje:** Profili i popullatës së pacientëve që kërkon trajtim protetik është duke ndryshuar me kalimin e kohës. Kërkesa për të zëvendësuar defektet dentare me anë të protezave fikse konvencionale është përherë koherente. Meqenëse një protezë dentare fikse siguron ruajtje strukturore dhe stabilitet të mirë, përveç komfortit dhe estetikës është konsideruar pak a shumë si alternativa më e mirë për rehabilitimin protetik të defekteve të kufizuara dentare.

**Qëllimi:** Vlerësimi i nevojës për trajtim me anë të urave fikse konvencionale, investigimi i komplikacioneve të hershme ose të vona dhe mbijetesës së protezave konvencionale fikse metal-porcelani.

**Materiali dhe metoda:** Në studim janë përfshirë 803 pacientë me ura fikse metal-porcelani dhe kurora metal-porcelani, të moshës 23-65 vjeç, të paraqitur në klinikën dentare ku unë punoj gjatë periudhës 2006-2016.

**Rezultate:** Moshë mediane e pacientëve ishte 41.7 ( $\pm 12.6$ ) vjeç. 28.4% e pacientëve janë trajtuar vetëm me ura fikse dhe 61.5% janë trajtuar vetëm me kurora, ndërsa, në 10.1% të totalit, trajtimi ishte i kombinuar, me ura fikse dhe kurora. Nga indikacionet për trajtim me ura fikse mbizotërojnë: dhëmbi/dhëmbët e ekstraktuar në shumicën (41.7%); zëvendësimi i protezave të lëvizshme (15.2). Komplikacione u shfaqën në 87 (15.1%) pacientë (95% CI 12.27-18.29) të trajtuar me kurora dhe në 63 (20.4%) pacientë (95%CI 16.04 - 25.33) të trajtuar me ura. Risku relativ për komplikacion është 5.4 herë më i lartë tek pacientët që kanë sëmundje krahasuar me pacientët që nuk kanë sëmundje (RR = 5.4 95% CI 4.23-6.97  $p < 0.01$ ). Mbijetesa kumulative Kaplan-Meier ishte 74% për urat e gjata dhe 85% për urat e shkurtra, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).

**Përfundim:** Cilësia dhe prognoza e trajtimeve protetike fikse varet si nga materiali dhe teknologjia e përdorur, ashtu edhe nga edukimi dhe motivimi i pacientëve e kujdesi dentar. Edukimi i pacientëve për kontroll periodik dhe respektimin e masave profilaktike me elementet kompleks të higjienës orale çon në parandalimin e sëmundjeve dentare. Mjekët stomatologë duhet t'i venë theksin diagnostikimit të plotë e korrekt të pacientëve, zbatimit të protokollove të trajtimit, vetëm kjo sjell sukses në rehabilitimin afatgjatë si në plan estetik, ashtu edhe funksional. Suksesi nënkupton jetëgjatësinë e punimit protetik, komoditet e kënaqësi për pacientin.

**Fjalë kyç:** trajtim, kurora, proteza fikse, metal-porcelan, komplikacione.

**Fusha:** Protetika fikse.

## 1 HYRJE

Protetika fikse është arti dhe shkenca e restaurimit të dhëmbëve të dëmtuar dhe rehabilitimit të defekteve dentare me punime protetike fikse të derdhura me materiale të llojeve të ndryshme, si aliazhe të derdhura metali, qeramik ose kombinim i të dyve.

Punimet fikse përfshijnë rehabilitimin e defekteve të ndryshme dhëmbore. Ato zëvendësojnë e forcojnë sipërfaqe masive në rastet kur paraqiten dëmtime serioze të kurorës klinike dhe gjithashtu shërbejnë si elemente ankoruese për punimet e derdhura fikse që zëvendësojnë mungesa të kufizuara dentare. Ky zëvendësim struktural bën të mundur jo vetëm rikthim funksional, por edhe disa tipare estetike të pëlqyeshme. Kurora teke është një rregullim ekstrakoronar, i cili mbulon kurorën klinike ose, kur kurora klinike është shkatërruar, rindërtohet një kurorë klinike, ku rindërtimi mbështetet tek rrënja me anë të një vide të gatshme ose të derdhur. Ura fikse (punim i pjesshëm fiks) lidhet me dhëmbët e mbetur për të zëvendësuar një ose më shumë dhëmbë të humbur dhe dhëmbët që shërbejnë si lidhje për mbajtjen e urës fikse quhen dhëmbë shtyllë.

Pjesa e urës fikse, e cila mbulon dhëmbin shtyllë, quhet ankorues dhe pjesa që zëvendëson dhëmbin e humbur quhet intermediar (1).

Kurorat me përbërje tërësisht qeramike, të ashtuquajturat kurora xhaketë, janë përdorur gjerësisht në stomatologji që nga viti 1903 dhe teknika e derdhjes së qeramikës në metal u prezantua për herë të parë në vitet 1950 (2).

Punimet metal-qeramikë zëvendësuan punimet e mëparshme me fasetë akriliku si bazë e estetikës më të mirë dhe veshjes rezistente, por kërkesat superiore për estetikë dhe biokompabilitet i dhanë shtysë teknologjisë dentare të prezantojnë materiale të reja me cilësi të lartë dhe sisteme të sofistikuara tërësisht qeramike (free of metal). Implante dentare dhe sisteme Cad-Cam. Protetika e sotme ofron si zgjidhjet konvencionale me proteza fikse metal-qeramikë, ashtu dhe ato të avancuara me mbështetje mbi implantet dentare për rehabilitimet e defekteve dentare. Një numër i madh studimesh, vitet e fundit, lidhen me implantologjinë, protetika konvencionale fikse duke e lënë mënjanë si literaturë, përpos kësaj, vitet e fundit, më pak studime janë paraqitur mbi jetëgjatësinë e protetikës konvencionale fikse. Edhe pse jetojmë në erën e implantologjisë e rritet përditë popullata e pacientëve që kërkon terapi rehabilituese të mbështetur mbi implante, kombinimi i një sërë faktorëve intraoral e bëjnë punimin fiks mbi implante zgjidhje jo të përshtatshme për çdo pacient që paraqet nevoja për rehabilitim të defekteve të pjesshme dhëmbore. Punimet e derdhura fikse konvencionale paraqesin përditshmëri kur shtrohet pyetja për rehabilitime dhëmbësh me strukturë të dëmtuar ose defekte të pjesshme dhëmbore të kufizuara.

Një sërë studimesh janë kryer më herët në lidhje me këto çështje në shumë vende të tjera. Për shembull, studime për influencimin e moshës në jetëgjatësinë e dhëmbëve mbështetës të punimeve fikse protetike, një studim sistematik ky në popullatën e Suedisë (31); studime në popullatën e Finlandës në lidhje me protetikën fikse, Ettala-Ylitalo Finlande (11) që kanë shqyrtuar ndikimet okluzale (9) dhe keqfunksionin e TMJ-së në pacientët e trajtuar me punime fikse apo që kanë analizuar masën e rehabilitimit në llojet e ndryshme të punimeve, përfshirë punimet fikse në popullsinë finlandeze si pjesë e Studimit për Shëndetin Oral në Finlandë. Nevalainen et al. (14) bëri një vlerësim të ndërtimit protetik

ndër banorët e moshës 76-86 vjeç të qytetit të Helsinkit. Në zonën e Oulu, nevoja për trajtim protetik e të rriturve u studiu nga Tervonen dhe Hartikainen (13). Në terma jetëgjatësie,

stomatologët që iu përgjigjën studimit të Christensen e vlerësuan se jetëgjatësia e kurorave shkon nga 10 në 22 vjet. Vlerësimet e dhëna nga të anketuarit në një studim nga Maryniuk dhe Kaplan ishin 12.7 vjet për kurorat metal-porcelan dhe 14.7 vjet për restaurimet e floririt. Kerschbaum, duke shqyrtuar të dhënat e kompanive të sigurimeve gjermane, gjeti 91.5% të kurorave prej ari ende në gojë pas 8 vjetësh. Në një rishikim të dhënash në 40 klinika dentare holandeze, Leempoel dhe kolegët gjetën se suksesi i mbijetesës 10-vjeçare për kurora të plota dhe kurora metalike-qeramikë është përkatësisht 98% dhe 95.3% (21).

Megjithëse këto çështje janë trajtuar në vende të tjera prej 25 vjetësh, në vendin tonë ekzistojnë shumë pak evidenca në lidhje me punimet fikse në popullatën shqiptare. Një arsye e fortë është mopërfshirja e shërbimeve dentare në skemën e përgjithshme të sigurimit shëndetësor e, si pasojë, pamundësi e lidhur me vështirësitë në grumbullimin e materialeve, për shkak të të dhënave të pakta në dispozicion për trajtimin dentar në qendrat shëndetësore dhe klinikat private. Një tjetër vështirësi është dhe mungesa e koherencës së të dhënave të regjistruara. Në klinikën tonë ka shumë vite që të dhënat e pacientëve regjistrohen me koherencë sipas një protokollit të caktuar dhe plani i fazave të trajtimit vijon në të njëjtën linjë, gjë që përbën një material shumë të gjerë dhe mundësi shumë të mirë për t'u vlerësuar.

Suksesi i rehabilitimit me punime fikse metal-qeramikë bazohet mbi një plan trajtimi të menduar që manifestohet me zgjedhjen e materialit dhe projektit të përshtatshëm patjetër në përputhje me nevojat e pacientit. Ky seleksionim merr parasysh konsiderata funksionale e estetike, pa harruar konsideratat financiare të pacientit dhe mjedisin oral që prezanton pacienti. Sukses në protetikën fikse quhet jetëgjatësia e punimit në funksion të plotë pa komplikacione, komforti dhe sodisfaksioni që prezanton pacienti në kohë.

Ky sukses kërkon kombinimin e disa aspekteve të trajtimit: diagnostikimin e plotë (5 elementet bazë të tij), aftësitë operative të mjekut, edukimin e pacientit për parandalimin e sëmundjeve dentare e efekteve negative të tyre, përgatitje preprotetike e pacientit (sanacion, terapi endodontike, periodontale, ekstraksione, konsiderata okluzale dhe ndonjëherë vendosjen e protezave të lëvizshme totale apo të pjesshme). Këto lloj punimesh mund të jenë shërbimet më të mira të ofruara për pacientët, por edhe me shumë risk në qoftë se nuk bëhet një vlerësim e projektim serioz. Rruga e ndërmarrë kërkon njohuri të mira të mjekut mbi biodinamikën, parimet biologjike dhe mekanike, kërkon aftësi manipuluese e implementuese për të zbatuar planin e trajtimit dhe një sy kritik për të vlerësuar detajet.

Punimet fikse konvencionale janë e do të vazhdojnë të jenë pjesë e pandashme e punës sonë të përditshme e do të luajnë një rol të rëndësishëm në terapinë e së ardhmes. Studimet e huaja të përmendura më sipër e të tjera, dëshmojnë se ky lloj restaurimi arrin nivele të larta kënaqësie për pacietin dhe jetëgjatësi në terma kohorë.

Në kalvarin e gjatë të këtyre studimeve në kohë, përshtatur standardeve të vendeve ku janë kryer, vlen të përmendet dhe përvoja e shkruar e dhjetëra kolegëve të vendit tim dekadën e fundit, në lëmin e protetikës. Shumë artikuj, studime, kumtesa, disertacione, kanë qenë burime shumë të mira njohjeje e një ndihmesë e madhe për të realizuar projektin tim të studimit, pritshmëritë e mia profesionale për të ecur më tej në rrugën e njohjes, për t'iu shërbyer më mirë pacientëve dhe për të dhënë kontribut sado të vogël në shërbim të shëndetit oral dhe dentistëve të rinj.

Shëndeti oral në vendin tonë, vitet e fundit, ka njohur një evolucion të konsiderueshëm. Përmirësimi i materialeve, instrumenteve, teknikave të reja, zhvillimi me hapa të shpejtë i teknologjisë ka bërë të mundur që dentistët të ofrojnë një shërbim shumë më cilësor se ai i ofruar më parë.

Paralelisht, ky evolucion u ka mundësuar dentistëve, krahas ushtrimit të profesionit, edhe ndërmarrjen e studimeve të ndryshme, si dhe edukimin në vazhdim në fusha të njohura më parë apo dhe fusha të tjera të reja, për të studiuar e përvetësuar njohuri më të thella të parimeve dhe praktikave lidhur me dentistrinë restauruese dhe teknikat e duhura, si dhe për t'u përditësuar me të rejat më të fundit në nivel ndërkombëtar për këtë çështje.

Ndërmarrja e këtij studimi ishte një rrugë ambicioze, e gjatë, me punë voluminoze për mbledhjen e të dhënave, strukturimin, ndërtimin e pyetësorëve, përpunimin statistikor, si dhe punë klinike me shumë pacientë që janë trajtuar këto vite, të cilët janë ndjekur gjatë trajtimeve e pas tyre, përgjatë gjithë këtij projekti.

Në përfundim të këtij studimi, e vlerësoj atë si një përpjekje maksimale personale e profesionale; ka qenë sfidë dhe njëkohësisht kënaqësi morale e profesionale. Shpresoj shumë që studimi bazuar në kampionin e kushtet e pacientëve të vendit të japë sadopak kontributin e tij për të lehtësuar pyetjet e dilemat profesionale që përballemi çdo ditë në klinikat tona me pacientët që paraqesin nevoja për trajtim protetik fiks.

## 2 RISHIKIMI I LITERATURËS

### 2.1 Terminologji

Kurorë është një restaurim ekstrakoronal i çementuar që mbulon ose vesh sipërfaqen e jashtme të kurorës klinike.

Ajo duhet të riprodhojë morfologjinë dhe konturet e kurorës së dëmtuar të dhëmbit, duke siguruar funksionet e saj. Gjithashtu, ajo duhet të mbrojë strukturën e mbetur të dhëmbëve nga dëmtimet e mëtejshme. Nëse mbulohet e gjithë kurora klinike, restaurimi quhet një kurorë e plotë. Mund të fabrikohet nga një aliazh dentar i zakonshëm metal-qeramikë si Ni-Cr-Co / Cr-Co-Mb, gjysmë fisnik/fisnik, full metalik/full qeramik, zirkonium oksid. Nëse janë veshur vetëm disa pjesë të kurorës klinike, restaurimi quhet kurorë e pjesshme (2/3, 3/4). Urë fikse është një punim protetik, i lidhur në mënyrë permanente me dhëmbët e mbetur me çementim, zëvendëson një ose më shumë dhëmbë të munguar në harqet dentare. Termi është i preferuar nga mjekët protezistë. “Ura” është ende masivisht e përdorur, saqë në listën më të fundit të ADA-s të kodeve të sigurimit dhe nomenklaturës (8), përbërësit e këtij restaurimi janë kataloguar nën “urë” dhe termi “proteza parciale fikse” nuk shfaqet në listë. Një dhëmb që shërben si shtyllë në një punim parcial fikse quhet dhëmb shtyllë. Dhëmbi artificial që qëndron pezull nga dhëmbi shtyllë quhet intermediar. Intermediari është i lidhur me mbajtësit e punimeve fikse, të cilat janë restaurime ekstrakoronalë, që janë çementuar në kultet e përgatitur. Njësoj mund të fabrikohet nga një aliazh i zakonshëm Ni-Cr-Co / Cr-Co-Mb, gjysmë fisnik/fisnik, full metalik/full qeramik, zirkonium oksid. Restaurimet intrakoronalë nuk kanë retensionin dhe rezistencën e nevojshme për t’u përdorur si mbajtës të punimit të pjesshëm fikse. Lidhësit mes intermediarit dhe mbajtësve koronarë mund të jenë rigid (d.m.th. *solder joints* ose *cast connectors*) ose jorigid (p.sh., *attachment* ose *stress breakers*). Duke përdorur punimet fikse metal-qeramikë veç mungesave dhëmbore, pjesë të konsiderueshme të strukturës dhëmbore të kurorës të dëmtuar, mund të zëvendësohen, ndërsa ajo që mbetet, mbetet e ruajtur dhe e mbrojtur. Funkzioni mund të rikthehet, dhe aty ku kërkohet mund të arrihet një efekt estetik i kënaqshëm. Përdorimi i suksesshëm i këtyre punimeve bazohet në një planifikim të kujdesshëm të trajtimit, i cili manifestohet duke zgjedhur një material restaurues dhe një formë restaurimi që i përshtatet nevojave të pacientit. Në një kohë kur prodhimi dhe efikasiteti janë shumë të theksuara, duhet të ripohohet që nevojat e pacientit kanë përparësi.

### 2.2 Elementet diagnostikues për trajtimin protetik

Ekzistojnë pesë elemente kyç për një punë të mirë diagnostikuese për trajtimin protetik:

1. Historia mjekësore.
2. Ekzaminimi intraoral.
3. Vlerësimi okluzal/ ATM.
4. Modelet e studimit.
5. Vlerësimi radiologjik.



Absolutisht të rëndësishëm janë secili nga hapat e diagnostikimit dhe në studimin tonë janë bërë përpjekje serioze për vlerësimin e secilës prej tyre (1.2.)

## 2.3 Plani i trajtimit dhe përzgjedhja e materialit të restaurimit

### Përzgjedhja e tipit të protezës dhe dizajni i restaurimit

Dhëmbët e hequr mund të zëvendësohen me një nga tri llojet e protezave: protezë e pjesshme e lëvizshme, protezë e pjesshme fikse e mbështetur mbi dhëmbë natyro ose një protezë e pjesshme fikse e mbështetur mbi implante. Disa faktorë duhet të peshohen para se të zgjedhin llojin e protezës që do të përdoret në një situatë të caktuar. Faktorët biomekanikë, periodontal, estetikë dhe financiarë, si dhe dëshirat e pacientit janë disa nga më të rëndësishmit. Nuk është e pazakontë që të kombinohen dy lloje në të njëjtin hark, të tilla si një protezë parciale e lëvizshme dhe një protezë parciale fikse e mbështetur mbi dhëmbë, ose protezë parciale fikse e mbështetur mbi dhëmbët dhe e mbështetur mbi implante. Në planifikimin e trajtimit ekziston një parim që duhet mbajtur mend: thjeshtëzimi i trajtimit. Ka shumë raste kur trajtime të caktuara janë teknikisht të mundshme, por shumë komplekse. Duhet bërë diçka për të shkurtuar opsionet dhe për të arritur në një përfundim që t'i shërbejë nevojave të pacientit, por edhe të jetë logjikisht i arritshëm (1.7). Në raste të tilla, dentisti apo mjeku protezist është ai që duhet të menaxhojë radhën e punës dhe referimin tek specialistët e tjerë. Ai ose ajo duhet të përfundojë trajtimin dhe duhet të veprojë si “qendërmbrojtësi”.

Komunikoni dhe jini të hapur ndaj sugjerimeve, por mos lejoni që dikush tjetër të diktojë fazën restauruese të trajtimit, duke ju lënë me një plan trajtimi që nuk mendoni se do të funksionojë! Ju do ta bëni restaurimin dhe pacienti do të kthehet tek ju nëse ai dështon, prandaj sigurohuni që të jeni të kënaqur me trajtimin e planifikuar. Udhëzimet e mëposhtme nuk janë “ligje”, dhe ato nuk janë absolute. Sidoqoftë, kur një vlerësim i këtyre artikujve përdoret në shqyrtimin e planifikimit për një hark ose një gojë, ekziston një arsye më bindëse për përzgjedhjen e llojit të protezës së përshkruar (1.4).

Indikacionet për zgjedhjen e tipit të protezës dhe dizajni i restaurimit bazohen në disa faktorë:

1. Lloji i defektit dentar.
2. Qëndrueshmëria dhe shëndeti i dhëmbëve të mbetur.
3. Estetika.
4. Funksioni.
5. Ana financiare.
6. Motivacioni i pacientit.

### *Shkatërrimi i strukturës dhëmbore*

Nëse sasia e shkatërruar e dhëmbit që duhet restauruar është e tillë, që struktura e dhëmbëve të mbetur të fitojë forcë dhe mbrojtje nga restaurimi, atëherë punimet metalike-qeramike mund të indikohen.

### *Estetika*

Nëse dhëmbi që duhet restauruar me një punim fiks është në një zonë shumë të dukshme, ose nëse pacienti është shumë kritik, duhet të merret parasysh pjesa estetike e restaurimit. Ndonjëherë, një restaurim i pjesshëm me një veshje të jashtme (*veneers*) mund të shërbejë për këtë funksion. Kur mbulimi i plotë është i nevojshëm në një zonë të tillë, indikohet përdorimi i punimeve tërësisht qeramike. Por, edhe kurorat metal-qeramikë mund të përdoren si restaurime në regjionin estetik. Kurorat tërësisht qeramikë janë më së shumti të përdorura tek incizivët, edhe pse ato mund të përdoren në dhëmbët posteriore (1.7).

### *Kontrolli i pllakës bakteriale*

Është faktor themelor në marrjen e vendimit për protezim. Përdorimi i një punimi fiks kërkon mirëmbajtjen e higjienës për të rritur shanset për suksesin e restaurimit. Shumë dhëmbë janë në dukje ‘kandidatë’ kryesorë për punime metal-qeramikë bazuar vetëm në sasinë e dëmtuar dhëmbore. Megjithatë, kur këta dhëmbë vlerësohen nga pikëpamja e mjedisit oral (10), ata mund të jenë në të vërtetë rrezik për punimet e ardhshme. Nëse vendosja e pllakës bakteriale, dekalifikimi dhe kariesi janë të pranishëm në kavitetin oral, përdorimi i kurorave të çdo lloji duhet të vlerësohet me kujdes. Planifikimi i një restaurimi duhet të marrë parasysh ata faktorë që do t’i mundësojnë pacientit të mbajë higjienën adekuate për ta bërë restaurimin të suksesshëm. Pacienti duhet të jetë i motivuar për të ndjekur një regjim furçimi, fllosimi dhe rregullimi diete për të kontrolluar risqet e dështimit. Nëse këto masa të ndërmarra janë të suksesshme, mund të fabrikohen punimet metal-qeramikë. Meqë këto restaurime përdoren për të riparuar dëmet e shkaktuara nga kariesi dhe nuk mund të bëjnë asgjë për të kuruar gjendjen përgjegjëse për kariesin, ato nuk duhet të përdoren nëse mjedisi oral nuk është nën kontroll (10).

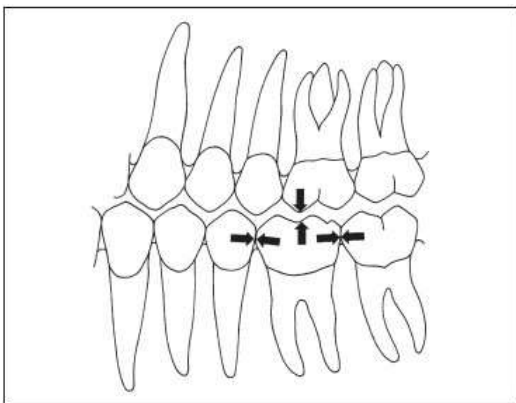
### *Ana financiare*

Financat janë faktorë në të gjitha planet e trajtimit, sepse dikush duhet të paguajë për trajtimin. Ky “dikush” mund të jetë vetë pacienti në shumicën e rasteve, një kompani sigurimi, në të paktën e rasteve. Nëse pacienti është ai që paguan, i japim këshillën më të mirë dhe pastaj e lejojmë atë të bëjë zgjedhjen e tij. Një dentist i përgjegjshëm ecën me parime të mira etike. Nuk duhet të eliminojmë rezultatet dhe zgjedhjen optimale duke zgjedhur një lloj restaurimi tjetër, vetëm sepse mendon se pacienti nuk mund ta përballojë trajtimin optimal. Nga ana tjetër, gjithashtu, duhet të jemi mjaft empatik ndaj situatës personale të pacientit për të ofruar një alternativë të shëndoshë përkundrejt alternativës së preferuar dhe të mos ushtrojmë presion (1.1).

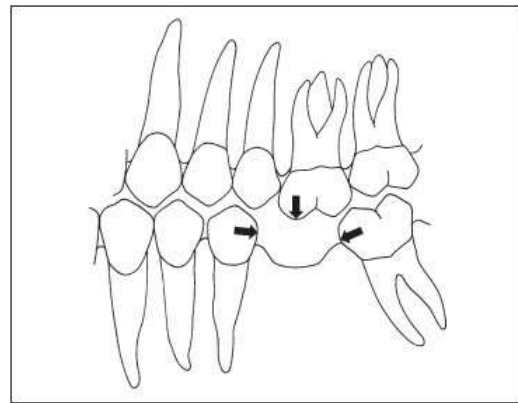
**Plani i trajtimit**

Nevoja për zëvendësimin e dhëmbëve që mungojnë është evidente nga vetë pacienti kur hapësira edentuloze është në pjesën frontale të gojës, por është po aq e rëndësishme edhe në rajonin posterior. Është joshëse ta mendosh harkun e dhëmbëve si një entitet statik, por sigurisht që nuk është kështu. Është në një gjendje ekuilibri dinamik, ku dhëmbët mbështesin njëri-tjetrin. Kur një dhëmb hiqet, integriteti strukturor i harkut dhëmbor ndërpritet dhe fillon një rilinjezim i dhëmbëve, si një gjendje e re e ekuilibrit. Dhëmbët ngjitur me të ose antagonistë me hapësirën edentuloze shpesh lëvizin drejt saj. Dhëmbët në kufi me defektin, sidomos ata distalisht me hapësirën, mund të zhvendosen e kjo është dukuri shumë e zakonshme. Nëse një dhëmb antagonist hyn në hapësirën edentuloze, nuk mjafton vetëm zëvendësimi i dhëmbit që mungon. Për t’i kthyer gojës të gjithë funksionin, pa interferenca, shpesh është e domosdoshme të ndërhyhet tek dhëmbi që ka hyrë në hapësirën edentuloze (1.5, 1.6). Në raste të rënda, mund të kërkohet devitalizimi i dhëmbit antagonist të supraeruptuar për të lejuar një shkurtim të mjaftueshëm për të korrigjuar planin e okluzionit. Më poshtë ilustrohet harku i dëmtuar nga migrimi i dhëmbëve në drejtim të hapësirave boshe dhe harkut në linjë normale.

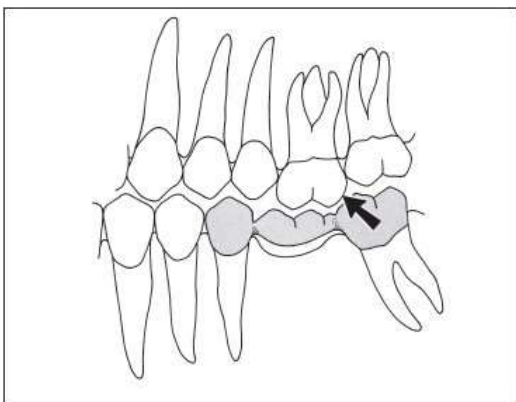
*Ilustruar më poshtë: Fig 2.1, Fig 2.2, Fig 2.3, Fig 2.4 nga {Fundamentals of Fix Prosthodontics Shillenburg. Fourth edition. 1996}*



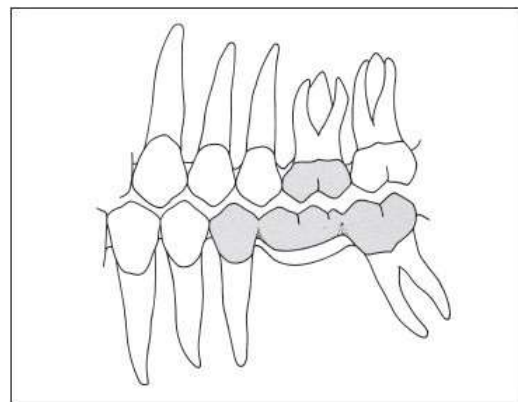
*Figura 2.1 Pozicionimi korrekt okluzal*



*Figura 2.2 Lëvizja e dhëmbëve në drejtim të hapësirave të lira*



*Figura 2.3 Interferencat okluzale*



*Figura 2.4 Plani i korregtuar me urë fikse*

## 2.4 Indikacionet për trajtim me kurora

Kurorat metal-qeramikë përdoren në të gjitha ato raste kur dhëmbët paraqesin dëmtime të gjera, konsum të shprehur të indeve dentare (atricion, abrazion), malpozicionime, torsokluzion apo malformime të ndryshme, si dhe në të gjitha ato raste ku nevojat estetike (veçanërisht tërësisht jometaliket) kërkojnë ndërhyrje të tillë (8). Gjithashtu, përdoren dhe si elemente retentiv në punimet fikse dhe kur dhëmbët mbajtës të protezave parciale të lëvizshme janë të dobët. I përdorim për të zëvendësuar defektet si pasojë e traumave, kariesit e mbushjeve masive. Më rallë për të restauruar defektet e okluzionit. Në varësi të rastit dhe nevojave të pacientit bëhet dhe përzgjedhja e llojit të kurorës që do të përdoret, dhe jo e kundërta.

Kundërrindikacionet bëhen serioze kur vlerësimi i dhëmbëve që do të vishen me kurorë është i dyshimtë për sa i përket mbështetjes kockore dhe inflamacioneve që interesojnë indet periapikale si dhe punimeve endodontike jo të rregullta (1).

### Klasifikimi i kurorave

Në bazë të materialeve të përdorura për fabrikimin e një kurore, ato i ndajmë në:

- tërësisht metalike;
- tërësisht jometalike(xhaket): plastmasi, qeramike, zirkonium oksid;
- të kombinuara (metal-porcelan).

Kurorat *tërësisht metalike* përdoren zakonisht në regjionin posterior.

*Ilustruar më poshtë: Fig 2.5, Fig 2.6 nga {Fundamentals of Fix Prosthodontics. Shillinburg. Fourth Edition. 1996}*

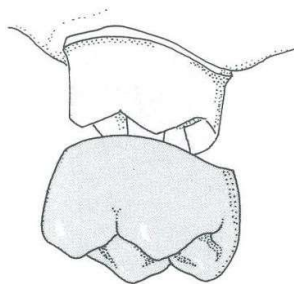


Figura 2.5 Urë metal-qeramik

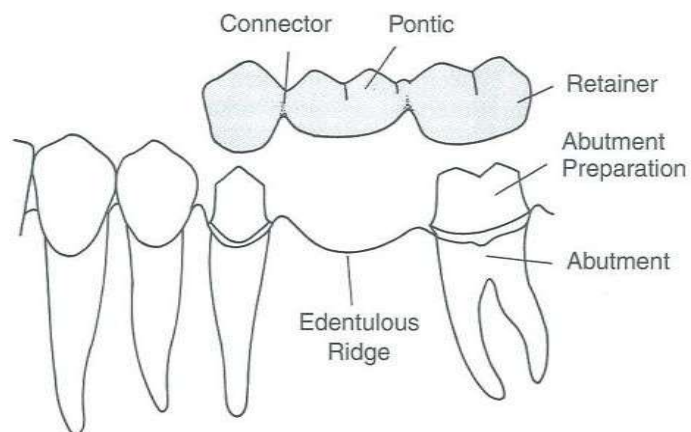


Figura 2.6 Kurorë metal-qeramikë

Kurorat e *kombinuara metal-porcelan* përdoren gjerësisht si në regjionin anterior dhe atë posterior. Në varësi të mënyrës së fabrikimit i kemi me skelet metalik:

- të derdhur me fasetë porcelani (porcelan i shkrirë në metal PSM);
- të kompjuterizuar Cad-Cam me fasetë porcelani.

### *Kurorat metal-qeramikë*

Përdorimi i kurorave metal-qeramikë jep mundësi për rehabilitim estetik në dhëmbët posteriorë dhe anteriorë. Në praktikën e hershme, vendosja e kurorave metal-qeramikë sidomos te molarët konsiderohej tejkallim trajtimi, për shkak të strukturës indore shtesë të dhëmbëve që duhej të prishej për të përshtatur mirë trashësinë e kombinuar të metalit dhe porcelanit. Edhe për pacientin është kosto shtesë, për shkak të tarifave të larta të laboratorit, pa marrë parasysh riskun e shtuar të dështimit për shkaqe nga më të ndryshmet. Në trendin e estetikës, aplikimi i shpeshtë i sipërfaqeve okluzale tërësisht porcelan ka qenë objekt kritikash. Pacientët që kërkojnë sipërfaqe okluzale porcelani duhet të informohen për problemet e mundshme. Aplikimi i sipërfaqeve okluzale tërësisht qeramike kërkon heqjen në masë më të madhe të strukturës së dhëmbit dhe restaurimi i përfunduar paraqet rrezik për sa i përket përputhshmërisë strukturore të sipërfaqeve okluzale (1.7) (8).

#### **Kundërindikacionet:**

1. Kur defekti i harkut dhëmbor është i madh e numri i dhëmbëve të mbetur është i paktë dhe nuk sigurohet qëndresa e duhur ndaj presionit përtypës.
2. Urat nuk vendosen mbi zona të porsa ekstraktuara. Si rregull, duhet pritur 3-6 muaj mbas ekstraksioneve, për shkak të atrofisë alveolare. Në shumicën e rasteve është mirë që urat të fiksohen përkohësisht. Kështu krijohet mundësia që masat të merren direkt pas ekstraksionit (eve) dhe muaj më vonë të korrigojë vendkontakti ndërmjet trupit të urës dhe tashmë plagës së shëruar, më tej bëhet fiksimi përfundimtar i saj.

## **2.5 Indikacionet e trajtimit për zëvendësimin e defekteve dentare me ura fikse**

Indikacionet e urave:

1. Defekte e mungesa dentare të kufizuara që paraqesin çrregullime të funksionit mastikator, fonetik dhe estetik.
2. Kur sistemi paradantal plotëson kushtet e nevojshme për të qenë mbështetje për urën.
3. Zëvendësojnë proteza parciale të lëvizshme.

Urat përbëjnë një strukturë klasike që presionin gjatë mastikacionit e përçojnë fiziologjikisht nëpërmjet paradontit.

### *Klasifikimi i urave*

Sipas pozicionimit:

- Anteriore
- Posteriore
- Të kombinuara
- Me krahë të lirë (cantilever)

Sipas dhëmbëve mbështetës:

- Një mbështetës
- Dy mbështetës
- Tre ose më shumë (ura fikse totale)

Si rregull, mbështetësi përbën kufirin mezial apo distal të defektit.

Urat fiksohen përfundimisht me çemente, kompozitë të veçantë ose lidhës të tjerë. Mund të ndodhë që disa pjesë të urës, ose e gjitha, të jenë të lëvizshme (nga pacienti), ose e lëvizshme nga mjeku kur fiksohet me sistem vide te urat mbi implante ose në sistemet teleskopike.

Sipas materialit:

Metalike: (e derdhur, sinter, paraformuar me ultratinguj, cad–cam) me aliazhe dentare.

- Aliazhe të metaleve të zakonshme.
- Aliazhe të metaleve fisnike, si ar, platin, titan.

Për të siguruar aspektin estetik, trupi metalik vishet me fasetë porcelani dhe kështu definohet me emrin “ura fikse metal-qeramikë”. Sistemi metal-qeramikë është një sistem i kombinuar, i cili shfrytëzon përparësitë e metalit (qëndrueshmërinë) dhe ato të porcelanit (estetikën, fortësinë, rezistencën kimike, biokompabilitetin). Për më shumë se 40 vjet, ai po tregohet i suksesshëm në punimet fikse.

Jometalike:

- Tërësisht prej porcelani.
- Tërësisht plastike.

Sipas formës së trupit, ato mund të jenë:

- a) Të varura (higjienike), pacienti mban higjienë normale të gojës.
- b) Tangente (gjysmë higjienike), pacienti duhet të kujdeset shumë për higjienën e gojës.
- c) Të mbështetura si trup mbi mukozë (jo higjienike), pacientit i rekomandohet higjienë e fortë.
- d) Formë shale (jo higjienike), pacientit i rekomandohet të mbajë higjienë maksimale.

Problemet paradontale kërkojnë që trupi i urës të qëndrojë 2-3 mm larg gingivës dhe në prerjen sagitale, trupi i urës duhet të ketë formën e zemrës.

### *Funksionet e urave*

1. Zëvendësojnë defektet e pjesshme të harkut dhëmbor.
2. Ruajnë ose rivendosin kafshimin dhe okluzionin.
3. Garantojnë fonetikën dhe estetikën, sidomos në zonën ballore.
4. Luajnë rol profilaktik për ruajtjen e pozicionit të dhëmbëve ekzistues, pengojnë migrimin, rotacionin ose zgjatjen (rënien/ngritjen) e antagonistëve.

## **2.6 Vlerësimi i dhëmbëve shtyllë**

Nëse dhëmbët ku mbështetet punimi janë të shëndoshë nga ana periodontale, shtrirja e hapësirës edentuloze është e shkurtër dhe e drejtë, si dhe nëse punimi ekstrakoronar mbi dhëmbët shtyllë është dizajnuar dhe përgatitur mirë pritet që punimi fiks të ketë një jetë të gjatë funksionale për pacientin. Disa faktorë kanë ndikim në vendimin për të bërë një punim të pjesshëm fiks. Dhëmbët që do të përdoren si mbështetës janë themeltarë (19). Nuk duhet të ketë defekte të indeve të buta në kreshtën edentuloze.

Çdo punim duhet të jetë në gjendje të përballojë forcat e vazhdueshme okluzale ndaj të cilave do t'i nënshtrohet. Kjo ka rëndësi të veçantë kur ndërtojmë një punim të pjesshëm fiks, meqë forcat, që normalisht do të absorboheshin nga dhëmbët e ekstraktuar, do të transmetohen nëpërmjet intermedierëve, lidhësve dhe kurorave mbi dhëmbët shtyllë. Për këtë arsye, dhëmbët shtyllë janë të detyruar për t'i bërë ballë edhe forcave që normalisht do t'i përballonin dhëmbët që do të zëvendësoheshin (1. 7).

Nëse një dhëmb ngjitur me një hapësirë edentuloze ka nevojë për një kurorë, për shkak të dëmtimit të dhëmbit, restaurimi mund të shërbejë në dy mënyra, edhe si dhëmb ku mund të kapet një punim protetik i pjesshëm fiks. Nëse disa dhëmbë shtyllë në një hark kanë nevojë për kurora, argumentohet që është më mirë zgjedhja e një punimi të pjesshëm fiks sesa një protezë parciale të lëvizshme.

Sa herë që është e mundur, dhëmbi shtyllë duhet të jetë dhëmb vital. Megjithatë, një dhëmb që është trajtuar endodontikisht dhe është asimptomatik, i parë në radiografi për vulosje të mirë apikale dhe mbushje të plotë të kanalit, mund të përdoret si dhëmb shtyllë, por dhëmbi duhet të ketë edhe pak strukturë të mbetur koronale për të siguruar jetëgjatësinë. Kështu, duhet të bëhet një kompensim për strukturën dhëmbore të kurorës që është humbur. Kjo mund të arrihet nëpërmjet përdorimit të një shtifti ose një mbushjeje amalgami, apo kompoziti me vidë. Për dhëmbët, që në procesin e përgatitjes iu është bërë mbulim direkt apo indirekt i pulpës, duhet të tregojmë kujdes kur përdoren si dhëmbë shtyllë për punimet fikse nëse ata nuk trajtohen endodontikisht (23).

Ekziston një risk shumë i madh që ata do të kërkojnë më vonë trajtim endodontik, duke rezultuar në shkatërrimin e strukturës retentive të dhëmbit dhe kurorës që e mbulon atë. Kjo është një situatë që më mirë të trajtohet para se të bëhet punimi i pjesshëm fiks. Indet mbështetëse që rrethojnë dhëmbët shtyllë duhet të jenë të shëndetshëm dhe të painflamuar përpara se të fillojë puna për protezimin. Normalisht, dhëmbët shtyllë nuk duhet të kenë

lëvizshmëri, pasi ata do të duhet të mbajnë ngarkesë shtesë. Rrënjët dhe indet e tyre mbështetëse duhet të vlerësohen për tre faktorë:

1. Raporti i kurorës me rrënjën.
2. Konfiguracioni i rrënjës.
3. Zona e ligamentit periodontal

### 2.6.1 Raporti kurorë-rrënjë

Ky raport është gjatësia nga faqja okluzale e dhëmbit deri në kreshtën alveolare krahasuar me gjatësinë e rrënjës në kockë. Duke qenë se niveli i kockës alveolare zbret drejt apeksit, pjesa e dhëmbit jashtë kockës rritet dhe shansi për dëmtime nga forca laterale rritet. Raporti optimal kurorë-rrënjë që një dhëmb të përdoret si dhëmb shtyllë për punimin e pjesshëm fiks është 2:3. Një raport prej 1:1 është raporti minimal i pranueshëm për një dhëmb shtyllë në rrethana normale (1.7).

*Ilustruar më poshtë: Fig 2.7, Fig 2.8, Fig 2.9 nga {Fundamental of Fix Prosthodontics, Shillingburg. Fourth Edition.1996}*

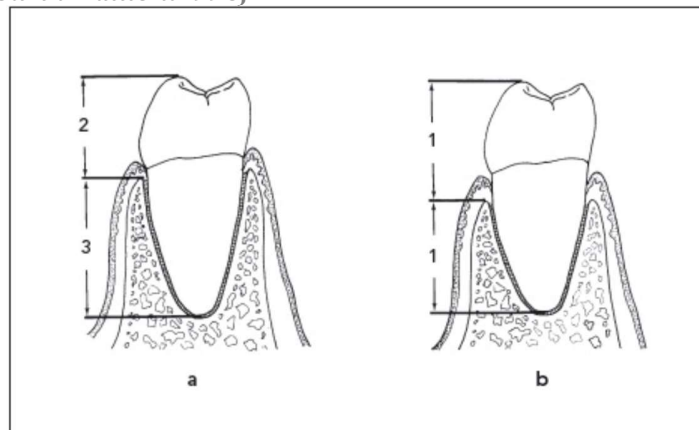


Figura 2.7 Raporti kurorë-rrënjë

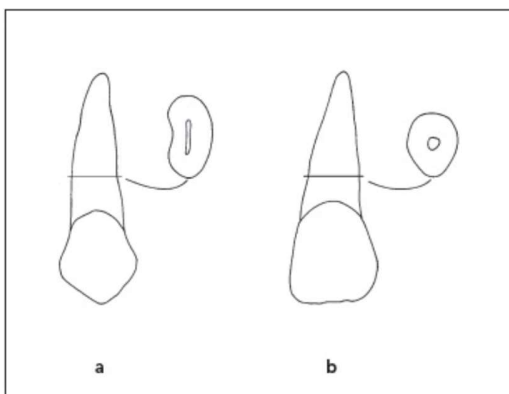


Figura 2.8 Dimensioni i sipërfaqes së rrënjës prerje mediale

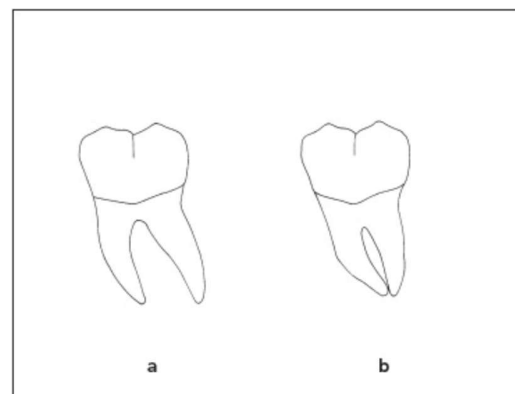


Figura 2.9 Divergjenca në dhëmbët shtyllë posteriorë



Për të njëjtat arsye, një dhëmb shtyllë me një raport kurorë-rrënjë më të vogël se ai i dëshirueshëm, ka më shumë gjasa që të suportojë me sukses një punim të pjesshëm fiks nëse antagonistët kanë lëvizshmëri dhe probleme periodontale sesa nëse dhëmbët antagonistë kanë periodont të shëndetshëm. Vetëm raporti kurorë-rrënjë nuk është kriter i përshtatshëm për vlerësimin e një dhëmbi shtyllë (1,7).

**2.6.2 Konfigurimi i rrënjës**

Është një pikë e rëndësishme në vlerësimin e përshtatshmërisë së dhëmbëve shtyllë nga pikëpamja periodontale.

*Ilustruar më poshtë: Fig 2.10, Fig 2.11 nga {Fundamental of Fix Prosthodontics, Shillingburg. Fourth Edition.1996}*

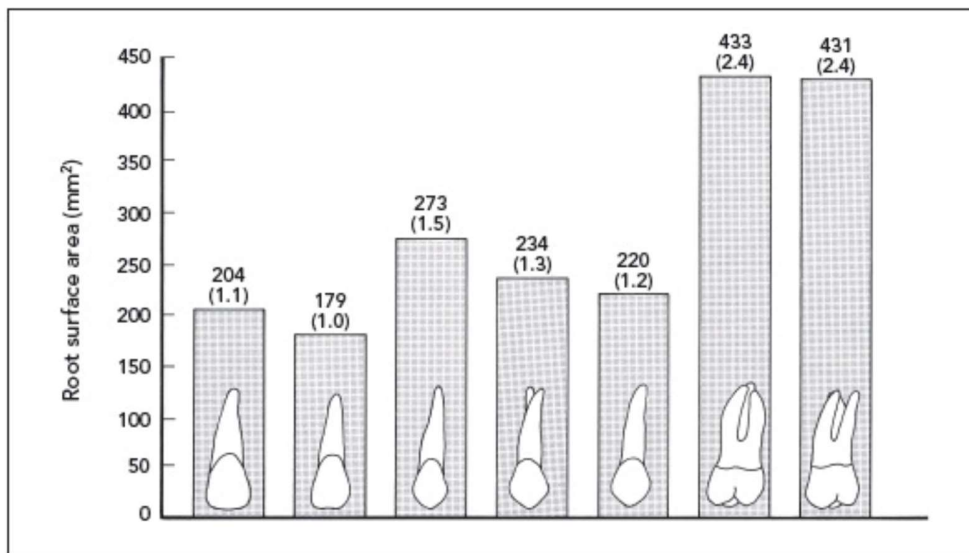


Figura 2.10 Konfiguracioni krahasues i sipërfaqeve të rrënjëve të dhëmbëve maksilarë.

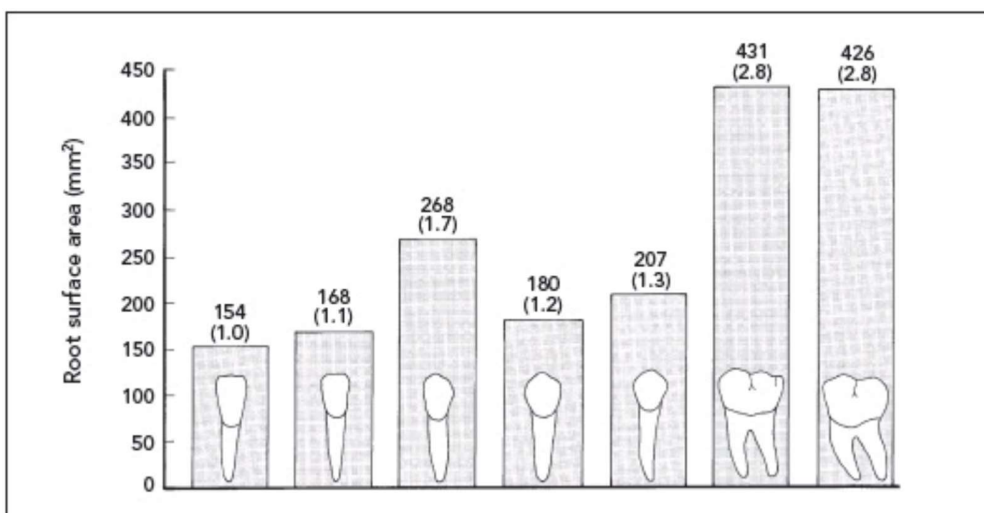


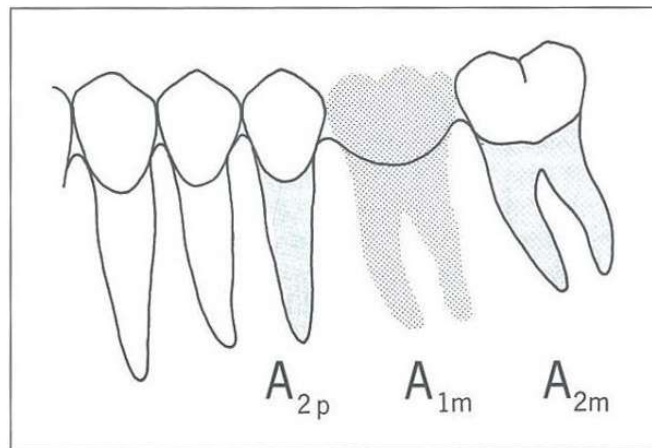
Figura 2.11 Konfiguracioni krahasues i sipërfaqeve të rrënjëve të dhëmbëve mandibularë.

Rrënjët që janë labio-lingualisht më të gjera se meziodistalisht janë më të preferuara se rrënjët që janë të rrumbullakëta në prerje tërthore. Dhëmbët posteriorë me rrënjë diverguese do të ofrojnë mbështetje më të mirë periodontale sesa rrënjët që konvergojnë, bashkohen ose që në përgjithësi paraqesin një konfiguracion konik. Dhëmballa me rrënjë konike mund të përdoret si dhëmb shtyllë në një punim të pjesshëm fiks për një kohë të shkurtër nëse të gjithë faktorët e tjerë janë optimal (1.7). Një dhëmb monoradikular me konfiguracion të parregullt ose me disa lakime në pjesën e tretë apikale të rrënjës është më i preferuar se ai që ka një rrënjë konike pothuajse të përsosur.

### 2.6.3 Zona e ligamentit periodontal

Tjetër gjë që duhet të marrë në konsideratë në vlerësimin e dhëmbëve të ardhshëm shtyllë është sipërfaqja e rrënjëve ose zona e lidhjes së ligamentit periodontal me rrënjën në kockë. Dhëmbët e mëdhenj kanë një sipërfaqe më të madhe dhe janë më të aftë të mbajnë ngarkesë të shtuar. Sipërfaqet e rrënjëve të dhëmbëve të ndryshëm janë studiuar nga Jepsen dhe janë paraqitur në figurat 7-8. Kur lartësia e kockave, është ulur për shkak të sëmundjeve periodontale, dhëmbët e përfshirë në punim kanë një kapacitet të zvogëluar për të shërbyer si dhëmbë shtyllë (1.7) (23).

*Ilustruar më poshtë: Fig 2.13, Fig 2.14, Fig 2.15 nga {Fundamental of Fix Prosthodontics, Shillingburg. Fourth Edition.1996}*



*Figura 2.12 Kombinimi i sipërfaqes së rrënjëve të premolarit të dytë dhe molarit të dytë është më i madh se sipërfaqja e molarit të parë që do të zëvendësohet.*

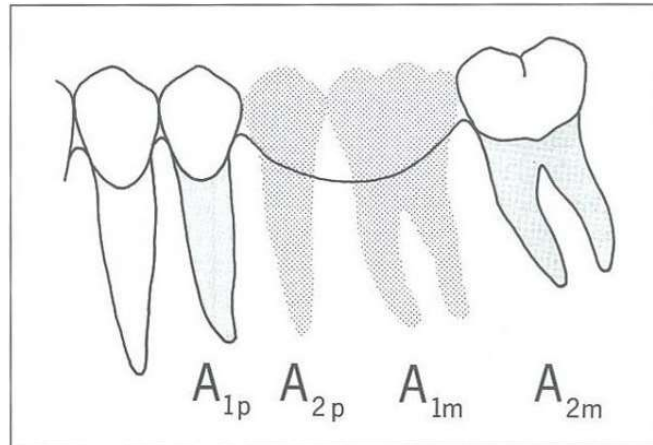


Figura 2.13 Kombinimi i sipërfaqes së rrënjëve të premolarit të parë dhe molarit të dytë është afërsisht i barabartë me sipërfaqen e dhëmbëve që do të zëvendësohet.

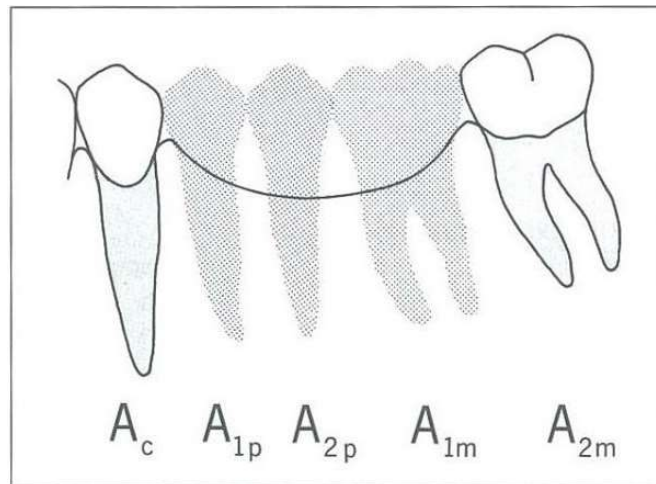


Figura 2.14 Kombinimi i sipërfaqes së rrënjëve të kaninit dhe molarit të dytë është jo i mjaftueshëm për të zëvendësuar 3 dhëmbët që mungojnë. Punimi fiks është një situatë risku.

Milimetër për milimetër, humbja e mbështetjes periodontale nga rezorbimi i rrënjës është 30 deri në 50%, po aq kritike sa humbja e kockës së kreshtës alveolare. Plani i trajtimit duhet ta marrë parasysh këtë.

Gjatësia e intermedierëve që mund të vendosen për restaurim të suksesshëm është i kufizuar, pjesërisht, nga dhëmbët shtyllë dhe aftësia e tyre për të pranuar ngarkesën shtesë. Tradicionalisht, ka patur një marrëveshje të përgjithshme për numrin e dhëmbëve mungues që mund të restaurohen me sukses. Tylman citoi se, dy dhëmbë shtyllë mund të mbështesin dy intermedierë. Në një formulim të njohur si “Ligji i Antes” nga Johnston dhe kolegët, sipërfaqja e rrënjës së dhëmbëve shtyllë duhej të ishte e barabartë ose të tejkalonte atë të dhëmbëve që do të zëvendësoheshin me intermedier (1.8).

Sipas këtij parimi, një dhëmb që mungon mund të zëvendësohet me sukses nëse dhëmbi shtyllë është i shëndetshëm. Nëse mungojnë dy dhëmbë, një punim i pjesshëm fiks ndoshta mund të zëvendësojë dhëmbët që mungojnë, por i afrohem limiteve. Kur sipërfaqja e

rrënjëve të dhëmbëve që duhet të zëvendësohen me intermedierë tejkalon atë të dhëmbëve shtyllë, ekziston një situatë përgjithësisht e papranueshme. Është e mundur që punimi i pjesshëm fiks të zëvendësojë më shumë se dy dhëmbë, ku shembujt më të zakonshëm janë punimet fikse që zëvendësojnë katër incizivët. Protezat parcialesh nga kanini deri tek molari i dytë janë gjithashtu të mundshme (nëse të gjitha kushtet e tjera janë ideale) në harkun maksilar, por jo aq shpesh në harkun mandibular. Megjithatë, çdo punim fiks që zëvendëson më shumë se dy dhëmbë duhet të konsiderohet me risk të lartë. Si udhëzim klinik, ka vlerë koncepti i njohur si “Ligji i Anteit”. Punimet fikse me shtrirje të shkurtra të intermedierëve kanë një prognozë më të mirë sesa ato me shtrirje tepër të gjata. Do të ishte një thjeshtësim për t’ia atribuar këtë vetëm mbingarkimit të legamentit periodontal (8) (10). Gjithsesi, dështimet i janë atribuar më shumë efektit levë torkut në vend të mbingarkesës.

Faktorët biomekanikë dhe dështimi i materialeve luajnë një rol të rëndësishëm në potencialin për dështimin e restaurimeve të gjata.

### **Punime fikse të tipit kantilever**

Një punim fiks kantilever ka një ose disa dhëmbë shtyllë vetëm në një anë, ndërsa në anën tjetër intermedieri mbetet i pambështetur. Ky është një dizajn potencialisht shkatërrues me krahun levë të krijuar nga intermedieri dhe shpesh keqpërdoret. Në punimet fikse me tre elemente që përdoret rutinë, forca që aplikohet mbi intermedierin shpërndahet në mënyrë të barabartë në dhëmbët shtyllë. Nëse ka vetëm një intermedier dhe është në afërsi të linjës së boshtit të dhëmbit shtyllë, më pak efekt levë do të ushtrohet në dhëmbët shtyllë ose kurorat mbështetëse të dhëmbëve shtyllë sesa në një kantilever. Kur përdoret një intermedier kantilever përdoret për të zëvendësuar një dhëmb që mungon; forcat e aplikuar në intermedier kanë një efekt krejtësisht të ndryshëm në dhëmbin shtyllë (10). Intermedieri vepron si një levë që tenton të ulet nën forcat me të një vektor të fortë okluzal. Dhëmbët shtyllë të projektuar si mbështetje për protezën fikse kantilever duhen vlerësuar duke marrë parasysh: gjatësinë e konfiguracionin e rrënjëve, gjatësinë klinike të kurorës, raportin e mirë të rrënjës me kurorën dhe periodontin e shëndoshë.

Zakonisht, punimet fikse kantilever duhet të zëvendësojnë vetëm një dhëmb dhe të kenë të paktën dy dhëmbë shtyllë. Për shembull, një punim kantilever mund të përdoret për të zëvendësuar një lateral incisor maksilar. Nuk duhet të ketë kontakte okluzale tek intermedieri në ekskursionet qendrore ose anësore (8).

Kaninet duhet të përdoret si dhëmbë shtyllë, madje mund të shërbejnë në rolin e tij solo nëse ajo ka një rrënjë të gjatë dhe mbështetje të mirë kockore. Duhet të ketë një mbështetje në anën mesiale të intermediarit, sikundër një përgatitje mbështetëse në një inlejt ose restaurim distalisht të centralit qendror për të parandaluar rrotullimin e intermedierit dhe të dhëmbit. Aspekti mesial i intermediarit mund të jetë pak “i mbështjellë rreth”, pjesa distale e incisorit qendror të përvolluar për të stabilizuar intermedierin faciolingualisht. Konfigurimi i rrënjës së një incisorit qendror nuk e bën atë dhëmb shtyllë të dëshirueshëm për kantilever.

Gjithashtu, mund të përdoret një urë kantilever për të zëvendësuar premolarin e parë të humbur. Kjo skemë do të funksionojë më së miri nëse kontakti okluzal është i limituar në fossen distale.

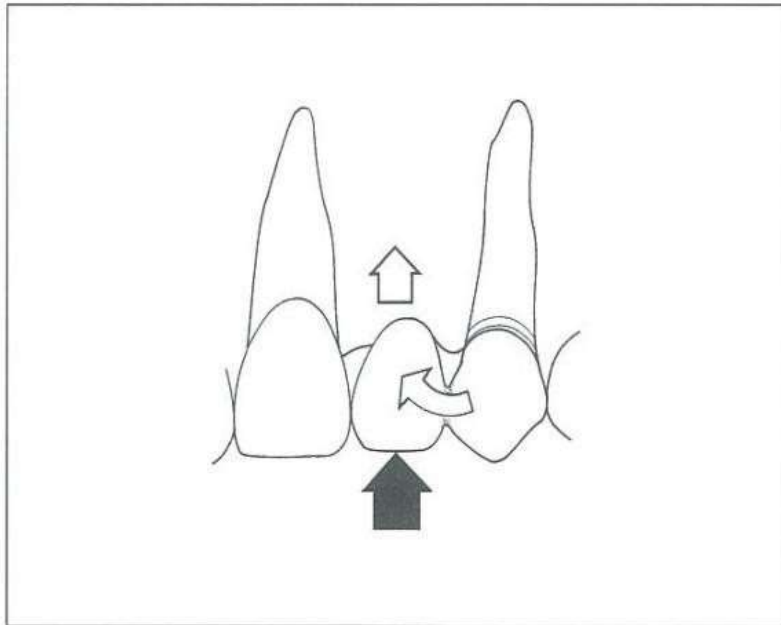
Mbajtësit e veneruar me faseata janë të nevojshme në të dyja: premolarin e dytë dhe molarin e parë. Këto dhëmbë duhet të shfaqin mbështetje të shkëlqyeshme kockore. Ky dizajn është tërheqës nëse kanini është i panjohur dhe nëse është i nevojshëm një restaurim i plotë i veneruar për molarin e parë në çdo rast.

Punimet fikse mund të përdoren gjithashtu për të zëvendësuar molarët kur nuk ka asnjë dhëmb shtyllë distal. Kur përdoret në mënyrë të matur, është e mundur të shmanget rehabilitimi me një protezë të njëanshme, të lëvizshme, të pjesshme. Më së shpeshti, ky lloj i punimi përdoret për të zëvendësuar molarin e parë, edhe pse herë pas here përdoret për të zëvendësuar një molar të dytë për të parandaluar supraerupsionin e dhëmbëve antagonist.

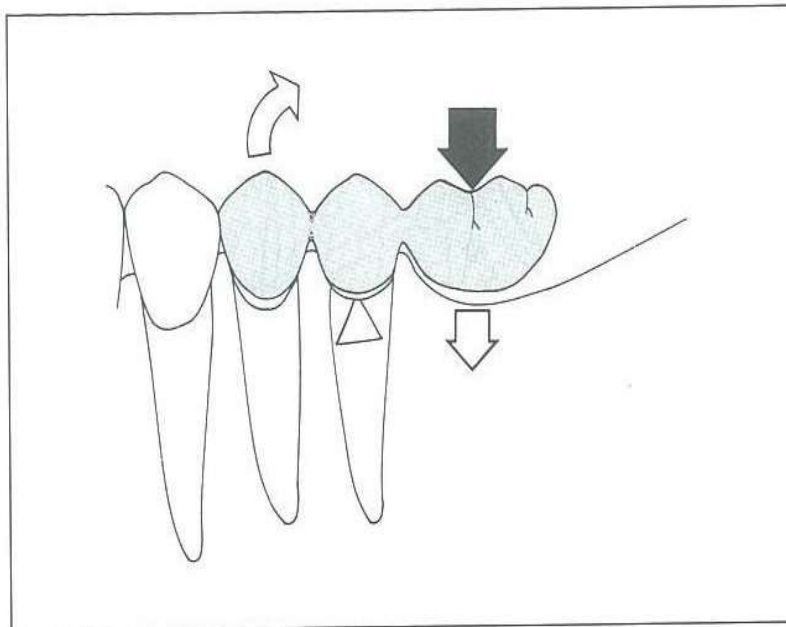
Kur intermediari është ngarkuar oklusal, dhëmbi shtyllë ngjitur me të tenton të veprojë si një fulcrum, me një tendencë heqje në mbajtësin më të largët. Për të minimizuar efektin levë, intermediari duhet të jetë sa më i vogël të jetë e mundur, më shumë gati duke përfaqësuar një premolar se një molar. Duhet të ketë kontakt okluzale të lehta ose absolutisht asnjë kontakt në çdo ekskursion. Intermediari duhet të ketë lartësinë maksimale okluso-gingivale që sigurojnë një punim rigid. Përdorimi i urave kantilever duhet të rezervohet për ato situata në të cilat ka gjatësi të mjaftueshme klinike të kurorës në dhëmbët mbajtës, për të lejuar preparimet me gjatësi dhe retension maksimal.

Suksesi i kantilever në restaurimet e dhëmbëve periodontikisht të kompromentuar është ndoshta detyruar faktit se dhëmbët shtyllë periodontikisht të përfshirë kanë kurora klinike jashtëzakonisht të gjata. Në punimet fikse kantilever potenciali për dëmtim i dhëmbëve shtyllë kërkon që të përdoren me kujdes.

*Ilustruar më poshtë: Fig 2.15, Fig 2.16 nga {Fundamental of Fix Prosthodontics, Shillingburg. Fourth Edition.1996}*



*Figura 2.15 Punim frontal fiks i tipit kantilever*



*Figura 2.16 Punim posterior fiks i tipit kantilever*

## 2.7 Konfigurimet e punimeve fikse

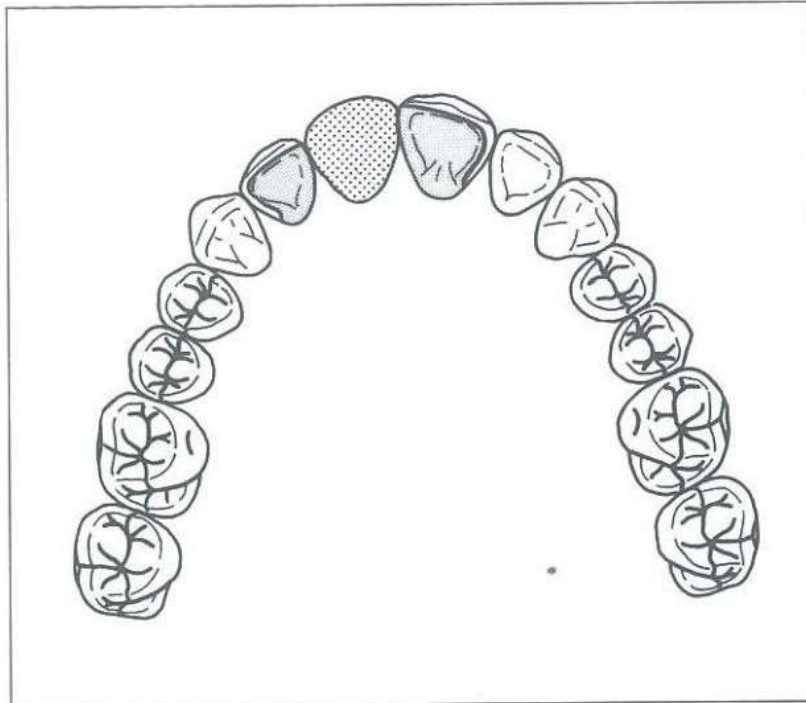
Punimet e pjesshme fikse mund të kategorizohen si të thjeshta ose komplekse, në varësi të numrit të dhëmbëve që duhet të zëvendësohen dhe pozicionit të hapësirës së defektit në hark. Punimi i pjesshëm klasik i thjeshtë është ai që zëvendëson një dhëmb të vetëm. Punimet në shtrirje më të gjata, në përgjithësi, vendosin kërkesa më të mëdha mbi aftësitë e dentistit, mbi rezistencën e mbajtësve, mbi dhëmbët shtyllë dhe mbështetjen e tyre periodontale. Numri maksimal i dhëmbëve të pasëm që mund të zëvendësohen në mënyrë të sigurt me një punim të pjesshëm është tre, dhe kjo duhet të tentohet vetëm nën kushte ideale (1,8).

Një defekt i krijuar nga humbja e katër dhëmbëve ngjitet përveç katër incisorëve, zakonisht, restaurohet më mirë me punime të pjesshme të lëvizshme ose me punime të pjesshme fikse të mbështetura nga implantet. Nëse ekziston më shumë se një hapësirë e prekur në të njëjtin hark, megjithëse secili mund të restaurohet individualisht me një protezë të pjesshme, mund të jetë e dëshirueshme të përdoret një protezë e pjesshme e lëvizshme. Kjo është veçanërisht e vërtetë kur hapësirat janë bilaterale dhe secili përfshin dy ose më shumë dhëmbë. Molarët e tretë nuk tregohen në asnjë nga shembujt dhe nuk tregohet asnjë situatë në të cilën një molar i tretë do të ishte një shtyllë e ardhshme. Rrallë mund të përdoren molarët e tretë si dhëmbë shtyllë. Edhe kur janë të pranishëm, ata shpesh shfaqin shpërthim jo të plotë: rrënjë të shkurtra dhe të përziera, si dhe një prirje të theksuar mesiale në mungesë të një molari të dytë. Nëse një molar i tretë do të konsiderohet si dhëmb shtyllë duhet të jetë në drejtim të drejtë për lart, më pak ose asnjë tendencë mesiale (1,8).

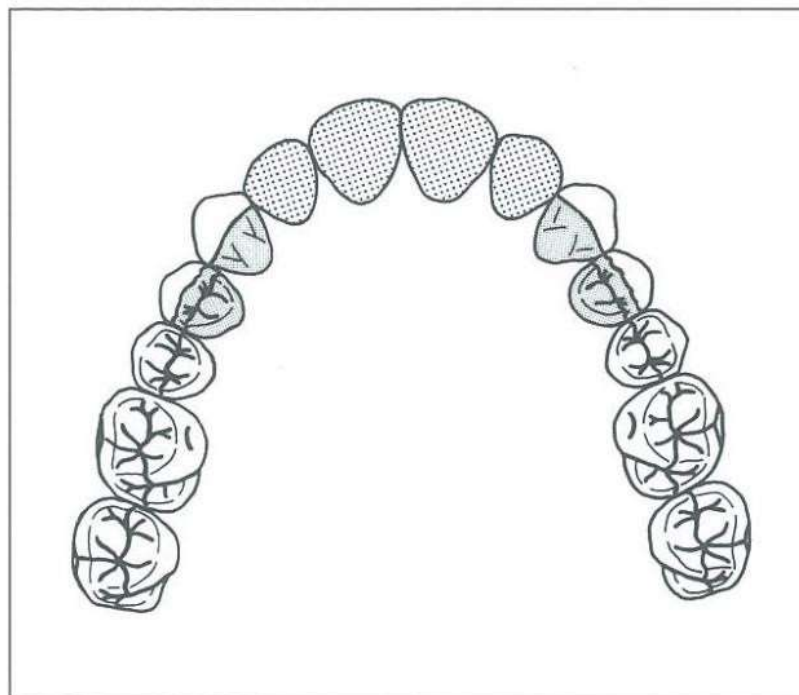
Gjithashtu, duhet të ketë rrënjë qartësisht të ndara dhe të gjata, si dhe të jetë tërësisht i eruptuar. Duhet të ketë një shtresë të ngjitur të keratinizuar gingive që rrethon tërësisht dhëmbin. 30 për qind deri në 60 për qind e molarëve të tretë do të jenë të inflamuar, dhe pse të bashkuar me një kurorë të përshtatshme, dhëmbi shtyllë është i predispozuar të dështojë nga ana periodontale. Shembujt e mëposhtëm janë dhënë si referencë që do të aplikohet në kushte ideale. Dhëmbët shtyllë që do të përdoren janë të listuar së bashku me reteinerat primare të zgjedhura të bazuara në retensionin estetik dhe konservimin e strukturës së dhëmbit.

Situatat klinike variojnë gjerësisht dhe dizajnet më pak konservative do të kërkohen kur kemi të bëjmë me karies, dekalçifikim ose morfologji speciale, siç janë kurorat e shkurtra klinike. Këto konfigurime supozojnë që dhëmbët shtyllë janë akoma në pozicionet e tyre fillestare. Nëse dhëmbët shtyllë lëvizin, situata mund të jetë më pak kërkuese ose më shumë kërkuese, varur nga pozicioni aktual i dhëmbit. Më shumë ose më pak dhëmbë shtyllë mund të jenë të nevojshëm, nëse kemi të bëjmë me lëvizje ose me humbje kocke (6).

*Ilustruar më poshtë: Fig. 2.17, Fig 2.18 nga {Fundamentals of Fix Prosthodontics/ Shillinburg. Fourth edition. 1996}*



*Figura 2.17 Urë fikse e thjeshtë*



*Figura 2.18 Urë fikse komplekse*



## 2.8 Principet e përgatitjes së dhëmbit për protezë parciale fikse

Dizajni i përgatitjes së një restaurimi të zakonshëm dhe ekzekutimi i tij bëhen në bazë të disa parimeve:

1. Ruajtja e strukturës së dhëmbit.
2. Retension dhe rezistenca.
3. Qëndrueshmëria e strukturës.
4. Integriteti marginal.
5. Ruajtja e periodonciumit.
6. Ruajtja e dhëmbëve kufizues.

Në kuadër të zëvendësimit të një dhëmbi të humbur, një restaurim duhet të ruajë strukturën e dhëmbit të mbetur. Sipërfaqet e mbetura të dhëmbit që mund të ruhen teksa aplikojmë një restaurim të fortë dhe rezistues, duhen ruajtur maksimalisht nëse kërkesat e pacientit e lejojnë. Sipërfaqet e strukturës së dhëmbit nuk duhen sakrifikuar domosdoshmërisht në kuadër të thjeshtësisë apo shpejtësisë. Ky proces mund të kërkojë që disa nga sipërfaqet e një dhëmbi të shëndetshëm të hiqen si masë parandaluese e heqjes së pakontrolluar të sasive të mëdha të strukturave të dhëmbit. Kjo është e racionale për heqjen e 1 apo 1.5 mm të strukturës së dhëmbit okluzal, kur kemi të bëjmë me përgatitjen e një dhëmbi për një MOD (1,9). Metali në strukturën okluzale mund të parandalojë një dështim të mundshëm dramatik, siç mund të jetë një frakturë e strukturës së dhëmbit, si dhe dështimeve më pak dukshme që mund të ndodhin nga tërheqja e strukturës së një dhëmbi.

### 2.8.1 Format e preparimit

Muret aksiale duhet të jenë konike lehtësisht për të lejuar përgatitjen të qëndrojnë, p.sh.: dy muret e jashtme të kundërta duhet të takohen (konvergjencë) gradualisht ose dy sipërfaqe të brendshme të kundërta të një strukture dhëmbi duhet të largohen (divergjencë) në mënyrë okluzale. Termat *kënd konvergencë* dhe *kënd divergjencë* mund të përdoren për të përshkruar marrëdhënien respektive midis dy mureve të kundërta të përgatitjes (1.9) (8).

Teorikisht, sa më afër paralelisht të jenë muret kundërshtuese të përgatitjes, aq më i madh duhet të jetë retensionimi.

#### Forma e preparimit të linjës së mbylljes:

- Chamfer i thellë.
- Shpatull.
- Shpatull e rrumbullakosur.
- Shpatull me bizotim.
- Teh thike.

Chamfer - është linja e mbylljes më e preferuar. Kjo linjë ushtron më pak stres ndaj cementit nën të. Është një linjë mbyllje më konservative krahasuar me atë shpatull (8).

Çdo preparim ka avantazhet dhe disavantazhet e tij, por parimi bazë mbetet: “Hiq sa duhet, por sa më pak të jetë e mundur”.

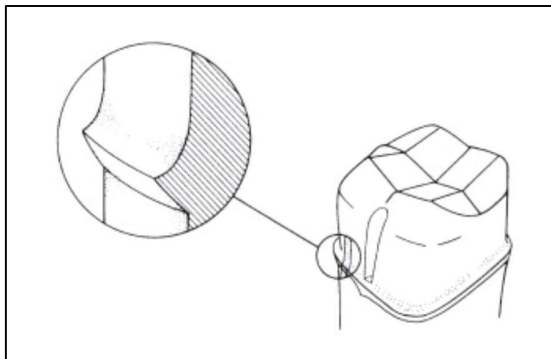
*Pozicionimi i linjës së mbylljes* ka një influencë direkte në lehtësinë e fabrikimit dhe suksesin final të vetë restaurimit.

Kufiri i linjës së mbylljes, çka kushtëzon atë të buzës marginale të punimit fiks është:

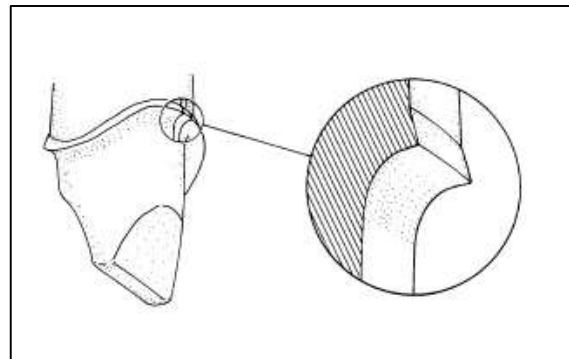
- subgingival, nga 0.7-1.7mm nën buzën gingivare;
- gingival, në lartësinë e buzës gingivale;
- supragingival, mbi buzën gingivare.

Rezultatet më të mira priten nga margina, të cilat janë sa më të lëmuara dhe janë lehtësisht të pastrueshme.

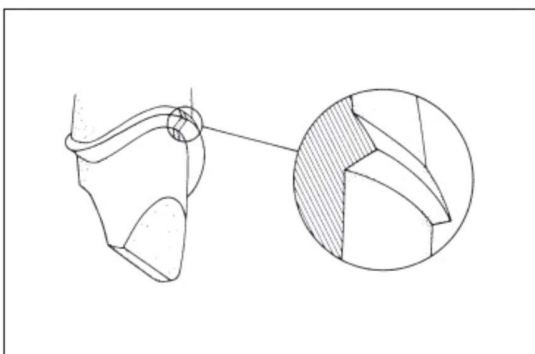
*Ilustruar më poshtë: Fig 2.19, Fig 2.20, Fig. 2.21, Fig 2.22 nga {Fundamentals of Fix Prosthodontics. Shillinburg. Fourth edition. 1996}*



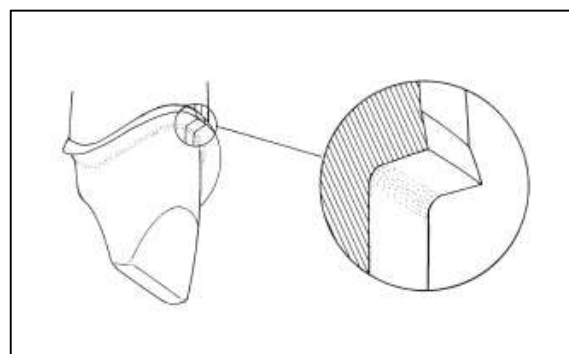
*Figura 2.19 Linja e mbylljes tip Chamfer*



*Figura 2.20 Linja e mbylljes tip Chamfer e thellë*



*Figura 2.21 Linja e mbylljes tip shpatull*



*Figura 2.22 Linja e mbylljes tip shpatull e rrumbullakët*

## 2.9 Ruajtja dhe rezistenca

Që një restaurim të përmbushë misionin e tij duhet që të qëndrojë në vend të një dhëmbi. Asnjë çement i përshtatshëm me një dhëmb vital dhe me mjedisin biologjik të një kaviteti oral, nuk mban asnjë element adeziv për të mbajtur restaurimin e dhëmbit të palëvizshëm.

Konfigurimi gjeometrik i përgatitjes së dhëmbit duhet ta vendosi dhëmbin në pozicion që të mundësojë retensionin dhe rezistencën e nevojshme.

Retensioni parandalon shkollitjen e një restaurimi përgjatë procesit të vendosjes ose akseve të gjata të përgatitjes së dhëmbit.

Rezistenca parandalon zhvendosjen e restaurimit nga forcat e drejtuara direkt nga një drejtim oblik apo apikal dhe ndalon çdo lëvizje të restaurimit nën forcat okluzale.

Elementet esenciale të retensionit janë dy sipërfaqe të kundërta vertikale në të njëjtën përgatitje. Këto mund të jenë sipërfaqe të jashtme, si muret linguale të një kurore të plotë veneer. Sipërfaqja mund të jetë gjithashtu e brendshme, si muret linguale të kutisë proksimale të një shtrese proksimo-okluzale (8). Një restaurim intrakoronial i reziston zhvendosjeve nga retensioni. Shumë restaurime janë kombinimi i dy tipeve.

## 2.10 Intermediarët dhe kreshta edentuloze

Intermedieri ose dhëmbi artificial, është *raison d'être* e një punimi të pjesshëm fiks. Emri i tij rrjedh nga “pons”, latinisht, që do të thotë “urë”. Zëvendësimi nuk është i thjeshtë, sepse vendosja në hapësirë e një kopje identike të dhëmbit të saktë anatomikisht do të ishte higjienikisht e pakontrollueshme. Dizajni i këtij lloj punimi diktohet nga: estetika, funksioni, lehtësia e pastrimit, mirëmbajtja e indeve të shëndosha të kreshtës edentuloze dhe komoditeti i pacientit.

Intermediarët mund të jenë metal-qeramikë, bazë metal. Disa studime klinike kanë treguar se të gjitha materialet e përdorura për intermediarët kanë tolerancë të njëjtë, edhe pse në disa raste mund të ndodhë inflamacion në indin gingival si reagim ndaj tyre. Qeramika është vërejtur të jetë lehtësisht e pastrueshme dhe higjienike, dhe shumë mjekë e kanë mbrojtur atë si material të preferuar ose si të vetmin që mund të përdoret në pjesën e kreshtës edentuloze. Qeramika e lëmuar ose shumë e lëmuar, si dhe ari me sipërfaqe si pasqyrë preferohen për zonën e kontaktit me indet. Dizejnimi i duhur është më i rëndësishëm për pastërtinë dhe shëndetin e mirë të indeve sesa zgjedhja e materialeve (1.9).

Indet përreth ndryshojnë me humbjen e një dhëmbi, kështu që një intermediar nuk mund të zëvendësojë saktësisht dhëmbin e humbur. Resorbimi alveolar dhe rimodelimi formojnë zonën edentuloze, duke rrumbullakosur skajet e mprehta dhe duke mbushur xhepat e krijuar. Nëse ka trauma ose sëmundje periodontale të lidhura me humbjen e dhëmbit, forma e mbetur pas shërimit të kreshtës mund të na largojë edhe më shumë nga konfigurimi origjinal.

Për shkak se disa nga indet mbështetëse humbasin kur ekstrahohet dhëmbi, dhe për shkak se intermediari shtrihet mbi inde, duhet të bëhen modifikime në morfologjinë bazë të

dhëmbëve për t'u siguruar që intermediari do të ketë efekt pastrues dhe jo lëndues për indet e buta. Konturet në gjysmën apikale të sipërfaqes faciale nuk mund të përputhen me ato të dhëmbit që zinin fillimisht këtë hapësirë ose të dhëmbëve natyrorë të mbetur. Edhe nëse ndodh kjo, sipërfaqja faciale do të jetë më e gjatë dhe do të duket artificiale. Intermediari duhet të shkurtohet apikalisht, por nuk mund thjesht të pritët, pasi rezultati do të ishte një parvaz gingivofacial i papërshkueshëm që nuk mund të pastrohet. Sipërfaqja faciale duhet të ndryshojë për të kaluar gradualisht nga këndi gingivofacial në mes të sipërfaqes faciale.

### 2.10.1 Kontakti indor

Shtrirja dhe forma e kontaktit të intermediarit me kreshtën është shumë e rëndësishme. Kontakti i tepërt i indeve është theksuar si faktor kryesor në dështimin e punimeve të pjesshme fikse. Ka një mendim të përbashkët që sipërfaqja e kontaktit midis intermediarit dhe kreshtës duhet të jetë e vogël dhe pjesa e intermediarit që prek kreshtën duhet të jetë në formë sa më konvekse që të jetë e mundur. Megjithatë, nëse ka kontakt përgjatë këndit gingivofacial të intermediarit, nuk duhet të ketë hapësirë ndërmjet intermediarit dhe indit të butë në anën faciale të kreshtës. Nëse maja e intermediarit zgjatet përtej lidhjes mukogingivale, aty do të formohet një ulcer. Intermediari duhet të ketë kontakt vetëm me gingivën e keratinizuar (1,10) (8). Është pranuar fakti që intermediari nuk duhet të ushtrojë presion në kreshtë (1.10).

Një autor ka shkruar aq larg sa të sugjerojë që kontakti të jetë me shtresën e pështymës në kreshtë. Të tjerët theksojnë qartë se intermediari nuk duhet ta prekë fare indin. Sidoqoftë, intermediarët që nuk kanë pikë kontakti me kreshtën në kohën e vendosjes së protezës pas një periudhe kohe mund të rrethohen nga indet hipertrofike në gojë.

Megjithëse një studim ka treguar se indet nën një intermediar mund të mbahen në gjendje pa inflamacion, nëse pacienti i pastron me forcë me fill dentar të paktën një herë në ditë, do të ketë një gjurmë të intermediarit në kreshtë edhe pa pasur inflamacion. Ekziston një rrezik në rritje i dështimit klinik përderisa suksesi varet shumë nga bashkëpunimi i pacientit.

*Forma të ndryshme kontakti indor ilustruar: Fig 2.23-2.27 nga {Fundamentals of Fixed Prosthodontics}. Shillinburg. Fourth edition. 1996}*

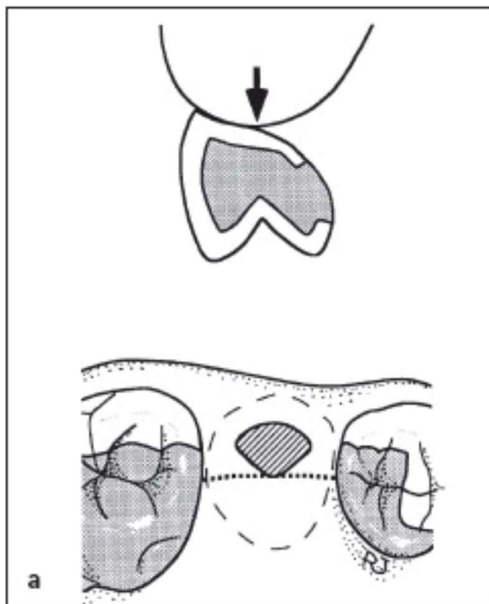


A. Metal-qeramikë

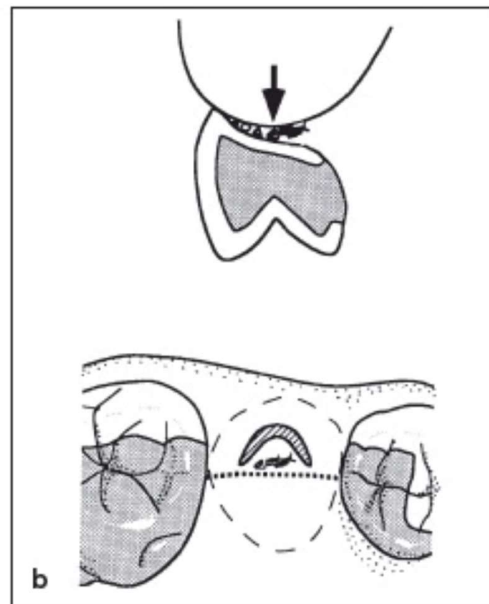
B. Full metal

C. Rezinë e kombinuar me metal

*Figura 2.23 Pamje proximale të kontaktit indor të intermediarëve.*



*Figura 2.24 Kontakt korrekt i intermediarit me procesin alveolar*



*Figura 2.25 Kontakt jo korrekt i intermediarit me procesin alveolar*

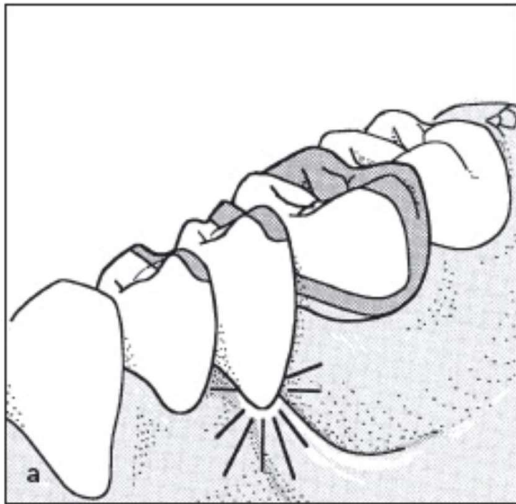


Figura 2.26 Intermediar që kontakton mukozën e paatashuar (ulcer e mukozës)

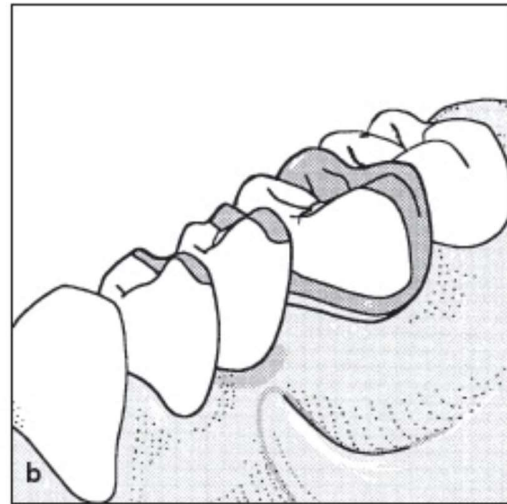


Figura 2.27 Intermediar që kontakton gingivën e keratinizuar

### 2.10.2 Dizenjimi i intermediarit

Termi higjienik do të zgjidhte shumë pasoja që bëhen shkak për dështim dhe jetesë afatshkurtër të protezave fikse metal-qeramikë. Ai përdoret për të përshkruar intermediarët që nuk kanë kontakt me kreshtën. Ky dizajn i intermediarit shpesh quhet një “intermediar sanitar”, i cili në vitet e kaluara ishte emri tregtar për një produkt të parafabrikuar, konveks, i cili përdoret për intermediarët mandibularë molarë. Forma të intermediarit higjienik dhe të tjerë.

*Ilustruar me fig. 2.28 - Fig 2.31 nga [Fundamentals of Fixed Prosthodontics. Shillinburg. Fourth edition. 1996]*

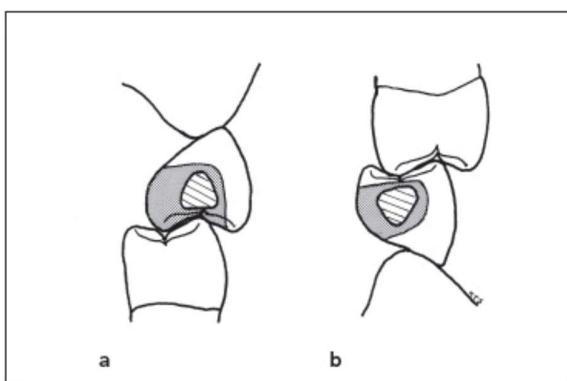


Figura 2.28 Mbështetje e modifikuar në kreshtë

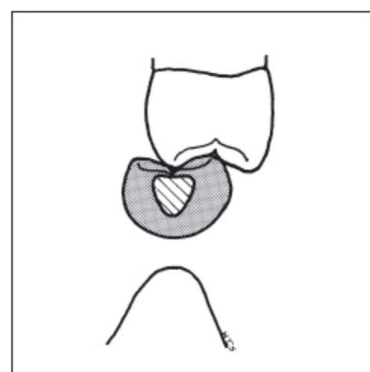


Figura 2.29 Intermediar higjienik

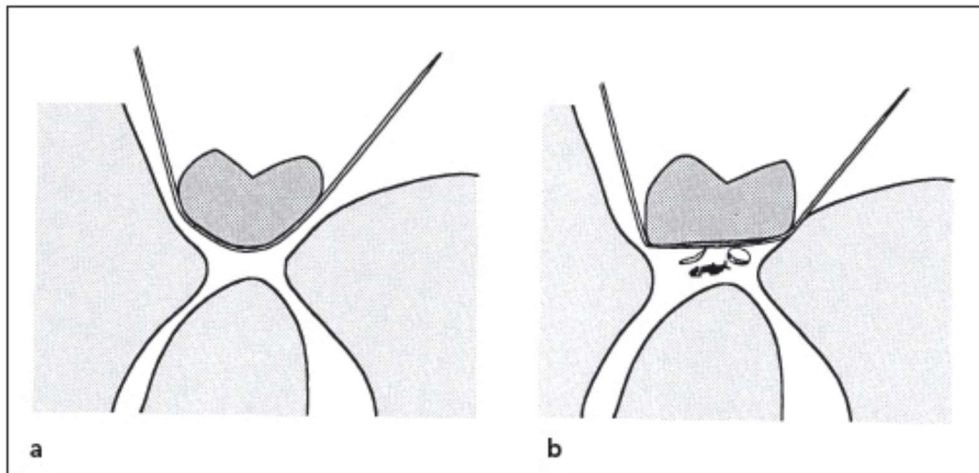


Figura 2.30 Mbështetje e rrumbullakët në kreshtë  
(Akses me fill dentar)

Figura 2.31 Mbështetje e drejtë në kreshtë  
(Mungesë aksesi për fill dentar)

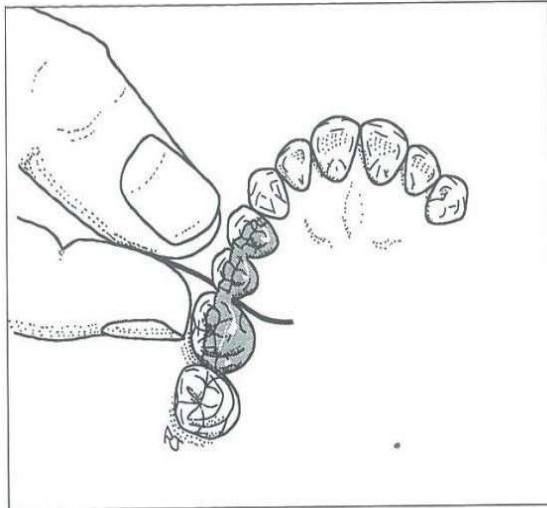
Intermediari higjienik përdoret në zonën e padukshme, veçanërisht për zëvendësimin e molarëve të parë mandibularë. Ai rivendos funksionin okluzal dhe stabilizon dhëmbët e ngjitur dhe dhëmbët ballorë. Nëse nuk ka kërkesë për detaje estetike, mund të bëhet tërësisht prej metali. Trashësia okluso-gingivale e intermediarit duhet të jetë jo më pak se 3.0 mm dhe duhet të ketë hapësirat e duhura ndërmjet tyre për të lehtësuar pastrimin. Intermediari higjienik është bërë shpesh në konfigurim tërësisht konveks, faciolingual dhe mesiodistal.

Punimi i rrumbullakët i sipërfaqes së intermediarit pa kënde mundëson pastrimin më të lehtë me fill dentar. Është më e vështirë të kalosh fillin dentar në një sipërfaqe të rrafshët ose në këndet faciogingivale dhe linguo-gingivale. Dizajni i rrumbullakët është përshkruar si një “bark peshku”.

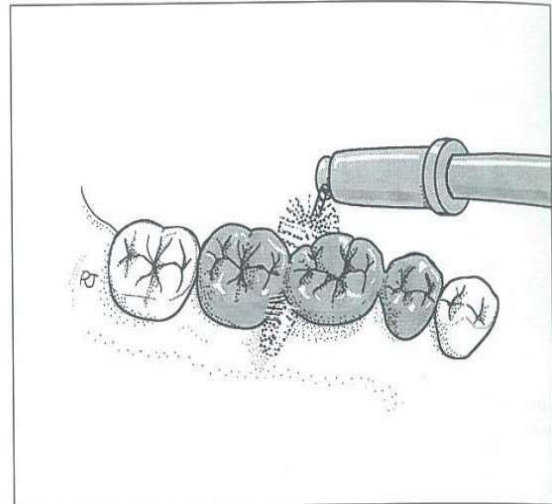
Një dizajn alternativ u propozua, në të cilin intermediari është bërë në formën e një harku konkav-mesiodistal (1.26). Pjesa e brendshme e intermediarit është konveks faciolingual, duke i dhënë sipërfaqes së intermediarit që prek indet konfigurimin e një paraboloidi hiperbolik.

Është shtuar masë për forcim të lidhjeve dhe mundësia e pastrimit është e mirë. Presioni është zvogëluar ndjeshëm tek lidhjet dhe devijimi zvogëlohet në qendër të intermediarit (1.26).

*Ilustrimi i mënyrave të pastrimit si më poshtë në Fig 2.32- Fig 2.33 nga {Fundamentals of Fixed Prosthodontics. Shillinburg. Fourth Edition. 1996}*



*Figura 2.32 Akses i fjes Dentare nën Intermediar*



*Figura 2.33 Akses i furçës interdentalare nën Intermediar*

### 2.10.3 Kreshta edentuloze

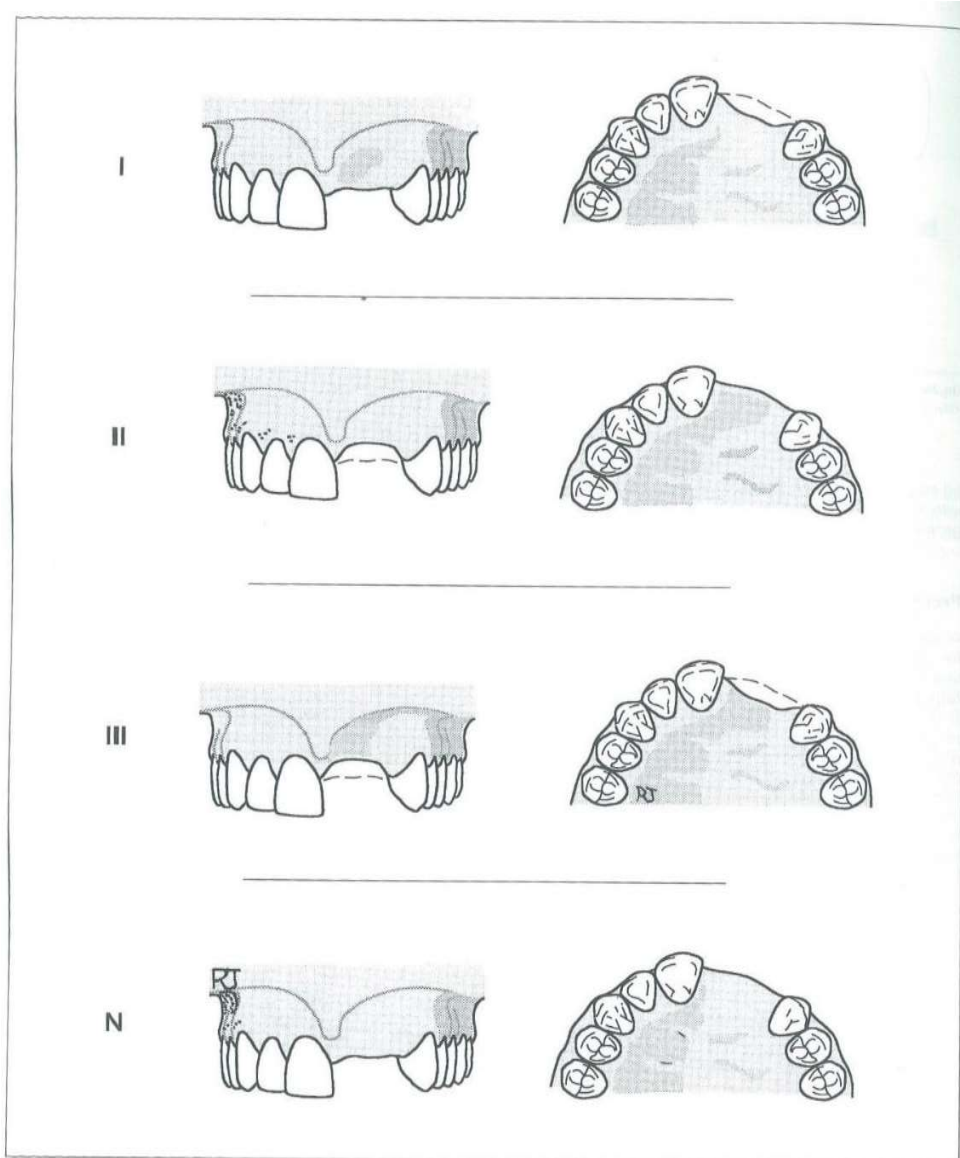
Përpara se të ndërmerren hapa për protezën e pjesshme fikse, duhet të ekzaminohet me kujdes kreshta edentuloze. Lloji dhe masa e dëmtimit luajnë një rol të rëndësishëm në estetikë dhe në funksion (6), si edhe përzgjedhjen e intermedierit që do të përdoret dhe gjithashtu do të orientojnë domosdoshmërinë për ribërjen e formës së kreshtës nëpërmjet ndërhyrjes kirurgjikale. Sipas Siebert, deformimet e kreshtës grupohen në tri kategori (1.27), dhe ky klasifikim është pranuar gjerësisht:

- Klasa I. Humbja e gjerësisë së kreshtës faciollinguale, me lartësi normale apikokoronale.
- Klasa II. Humbje e lartësisë së kreshtës, me gjerësi normale.
- Klasa III. Humbje e gjerësisë dhe gjatësisë së kreshtës.

Nëse do shtohet një klasifikim “normal” (Klasa N) me deformime minimale, do të kishte katër klasa në lidhje me defektet e kontureve të kreshtës. Në një studim për 416 baza dentare të diagnostikuara nga Abrams et al, 28 raste kishin defekte të Klasës I, që përbënin 32.4% të kreshtës, 29% Klasa II, 55.9% Klasa III dhe vetëm 88% nuk kishin asnjë defekt (1.10).



*Ilustrim Fig 2.34 nga {Curriculum Prothetic J. R. Strub. Second Edition 1999}*

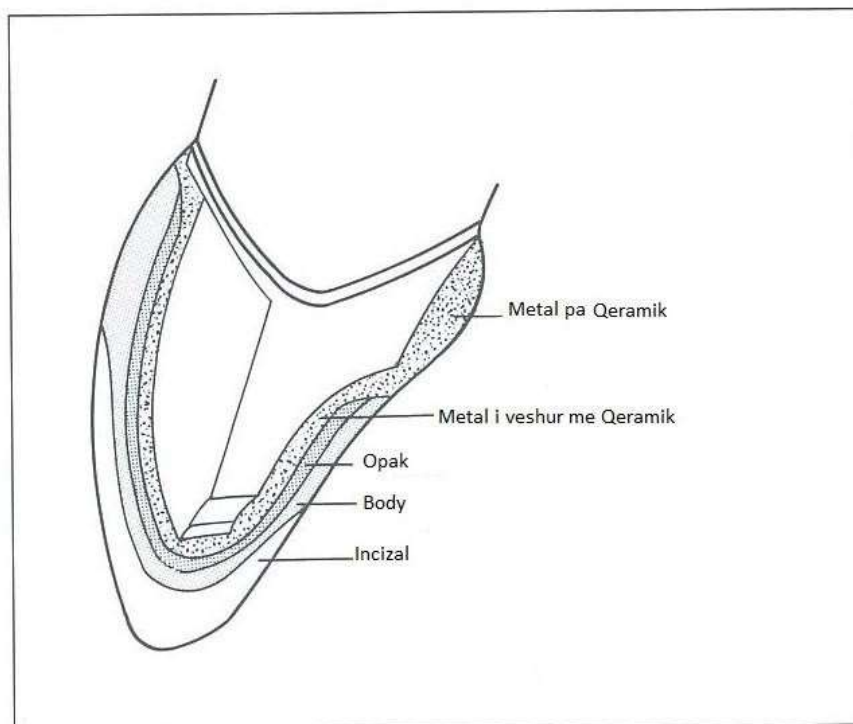


*Figura 2.34 Tipe të ndryshme të deformacionit nga atrofia e kreshtës alveolare*

## 2.11 Fazat e fabrikimit dhe aliazhet që përdoren për fabrikimin e punimeve fikse

Nga ana teknike, struktura e metalit modelohet me dyll dhe derdhet me një aliazh metal special për qeramikë (aliazhe ni/cr ose ni/cr/co), i cili ka ekspansion të ulët termal në lidhje me aliazhe të tjera të çmuara. Procesi i bërjes së masës pas marrjes së modelit të dyllit kalon në tri faza: (1) *investing (veshja)* - Rrethimi i modelit të dyllit me një material që mund të kopjojë me saktësi formën dhe tiparet anatomike të gojës së pacientit; (2) *shkrirja (burnout)* - heqjen e bazës të dyllit në mënyrë që të krijohet një këllëf në të cilin mund të vendoset aliazhi i shkrirë; (3) *bërja e masës* - futjen e aliazhit të shkrirë në kurorën e përgatitur paraprakisht. Nënstruktura metalike mbulohet me qeramikë dentare (qeramikat moderne shkrihen në 1760 Fr ose 960 gradë) (1) (8) (23).

*Ilustrim Fig. 2.35 nga {Curriculum Prothetic J. R. Strub. Second Edition 1999}*



*Figura 2.35 Ndërtimi shtresor i një punimi metal-qeramik*

Vitet e fundit, fabrikimi i nënstrukturave me sistemin Cad-Cam është bërë pjesë e rutinës së përditshme. Modelimi realizohet përmes një programi kompjuterik, i cili i merr të dhënat nga skanimi i modelit të derdhur të allçisë (8). Të dhënat e dizajnit të punimit të ardhshëm i dërgohen makinës frezuese për të përfunduar punimin me blloqe aliazhesh standard (aliazhe titani). Këto janë punime me cilësi të lartë, me strukturë uniforme dhe kosto të reduktuara laboratorike dhe kohë. Mbyllja e mirë marginale është një nga faktorët teknikë

që sigurojnë jetëgjatësi dhe sukses të lartë në krahasim me punimet konvencionale. Diskrepanca marginale çon ekspozim të materialit ngjitës dhe, si rrjedhojë, shkrirje e infiltrim.

Janë bërë disa klasifikime të aliazheve më të përdorura në stomatologji, bazuar si në përbërjen e metalit (rezistent ndaj reaksioneve kimike, gjysmërezistent ose bazë), koston (i kushtueshëm, mesatarisht i kushtueshëm, jo i kushtueshëm), edhe në tiparet fizike (llojet nga I deri në IV). Aliazhet e përbëra nga metale fisnike (ar, platin dhe palladium) dhe argjend, bakër dhe zink janë përdorur për punime restauruese që në kohën e futjes për herë të parë të teknikës së përdorimit të dyllit në stomatologji rreth fundit të shekullit të kaluar (8).

Aliazhi i përdorur më gjerësisht për restaurimet me përbërje të të gjitha metaleve përmban rreth 75% ar dhe është përcaktuar si ar 18 karat, që do të thotë se është 18/24 karat i pastër. Metalet fisnike sigurojnë rezistencë të fortë dhe elasticitetin në aliazhet për qëllim dentar, argjendi ndikon në qartësimin e ngjyrës dhe shton elasticitetin, bakri rrit fortësinë dhe rezistencën dhe zinku redukton oksidimin. Aliazhet e metaleve fisnike quhen shpesh metale “të çmuara”, por termat nuk janë sinonime. Termi “i çmuar” lidhet me koston e metalit, ndërsa “rezistent” i referohet reagimit të tij kimik. Ari dhe platini kanë tipare si të rezistencës, por edhe të vlerës. Palladiumi është metal rezistent, por është më pak i kushtueshëm. Me kalimin e kohës, argjendi ka marrë vlerë duke iu afruar klasifikimit në metalit “të çmuar”, por duke qenë se nxihet nuk është në listën e elementeve të konsideruar për përdorim ().

Sistemi i Klasifikimit të Aliazheve Rezistente Dentare (ADA) është miratuar me qëllim evidentimin e ankesave nga palët e treta. Ky klasifikim është si më poshtë:

- *Aliazhet me rezistencë të lartë* - kanë përmbajtje metali fisnik në masën 60% ose më shumë. Të paktën 40% e aliazhit duhet të jetë ar.
- *Aliazhet rezistente* - duhet të kenë përmbajtje metali fisnik jo më pak se 25%.
- *Aliazhet me përmbajtje kryesisht bazë* - kanë përmbajtje metali fisnik jo më pak se 25%.

Zakonisht përbërësit kryesorë të një aliazhi përdoren për ta përshkruar atë (p.sh. ar-palladium, argjend-palladium, nikel-krom). Aliazhet me metale gjysmë të çmuara (gjysmë rezistent, ekonomik) e përmbushin këtë kërkesë. Këtu futen aliazhet argjend-palladium dhe të gjitha aliazhet e tjera që përmbajnë më shumë se 10% dhe më pak se 75% ar (45).

Vetitë mekanike dhe karakteristikat e trajtimit të aliazheve gjysmë të çmuara janë shumë të ngjashme me ato të aliazheve standarde të arit. Megjithatë, procesi i korrozionit është më i prirur në aliazhet me përmbajtjen më të ulët të metalit fisnik. Një rritje e madhe e koston së metaleve fisnike dhe argjendit në vitet 1973-1974 çoi në një shtim të interesit për aliazhet me metale bazë, të cilave u referohemi gjithashtu si jo të çmuar ose jonobel. Një

kalim logjik i kësaj situatë ishte përshtatja e materialeve të ngjashme me ato që tashmë ishin në përdorim të zakonshëm për prodhimin e kurorave të pjesshme dentare.

Këto aliazhe kanë karakteristika të dëshirueshme, siç janë: kostoja e ulët, forca dhe ngurtësia e shtuar, temperatura e lartë e shkrirjes dhe mundësi të ulët dëmtimi gjatë shkrirjes së porcelanit.

Ato janë promovuar për përdorim në kurora tërësisht metalike, kurora metal-porcelan, proteza të pjesshme fikse të gjata dhe proteza të pjesshme të lidhura me resin. Ka disa formula që përdorin nikelin, kromin dhe kobaltin në aliazhet me nikel-krom si kombinimi më popullor.

Në mungesë të metaleve fisnike, aliazhet arrijnë rezistencën e tyre ndaj nxirjes në gojë, duke formuar një monolit sipërfaqësor të oksidit të kromit. Disavantazhet e aliazhit nikel-krom përfshijnë mundësinë e shtuar të oksidimit, vështirësinë në përfundimin e procesit dhe lëmimin e sipërfaqes së dhëmbit, si dhe përshtatshmëria biologjike e diskutueshme.

Beriliumi është një komponent i zakonshëm i aliazheve të tilla, të shtuara për të minimizuar oksidimin dhe për të përmirësuar parametrat e bazës dentare.

Ky komponent është identifikuar si kancerogjen dhe përbën një rrezik potencial për personelin e laboratorit, i cili mund të thithë beriliumin ose përbërësit e tij në trajtë pluhuri nëse nuk ndërmerren masat e duhura mbrojtëse.

Përqendrimi i beriliumit në sipërfaqen e bazës dentare nuk është aspak në proporcion me përqindjen e beriliumit në pjesën tjetër të bazës dentare, dhe si beriliumi edhe nikeli rrisin mundësinë e shpërbërjes së njëri-tjetrit në ambient acid.

Veshja okluzale, si dhe shpërbërja mund të jenë faktorë në çlirimin e nikelit dhe beriliumit në mjedisin artificial të gojës. Masa e gëlltitur e beriliumit të çliruar nuk dihet, por mendohet të jetë kumulative. Gjithashtu, efektet e tij afatgjata, nëse ka, nuk njihen. Nikeli mund të nxjerrë në pah reaksione alergjike në individë të ndjeshëm. Shfaqen më shumë raste të dermatiteve alergjike sesa në të gjitha rastet e metaleve të tjera të kombinuara. Përafërsisht, 4.5% e popullatës së përgjithshme shfaqin ndjeshmëri ndaj nikelit, duke reaguar.

Prandaj, përdorimi i kombinimit të nikel-kromit në punimet dentare ka padyshim kundërindikacione për pacientët me ndjeshmëri të shprehur ndaj nikelit. Fortësia për aliazhet e nikel-kromit mund të jetë e ulët 260 MPa (37,700 psi), por në shumicën e rasteve ato janë mbi 517 MPa (75,000 psi) dhe shumë prej tyre shkojnë përtej 690 MPa (100,000 psi). Kjo është shumë më e lartë se 207 deri 275 MPa (30,000 deri në 40,000 psi) fortësia e Firmilay, një lloj III ari. Përçindja e jetëgjatësisë është gjithashtu e lartë, në shumë aliazhe e tejkalon. Megjithatë, aftësia për të manipuluar aliazhin është e kufizuar nga forca e madhe që nevojitet për të ndikuar në deformim (siç dëshmohet nga shkalla e fortësisë).

Titani dhe aliazhet e tij kanë tërhequr interes të madh në vitet e fundit si një alternativë e mirë përdorimi. Biokompatibiliteti i madh i titanit është provuar përmes përdorimit të tij të gjerë si një material implantimi. Edhe pse kimikisht aktiv dhe jo i çmuar, ai shpejt formon një shtresë të hollë, inert oksidi kur ekspozohet në ajër. Ndër avantazhet e tij janë kostoja e ulët, përçueshmëria e ulët termike dhe aftësia e lidhjes me çementin resin dhe me porcelanin. Disavantazhi i tij kryesor është vështirësia në bërjen e bazës dentare. Titani i pastër shkrihet në 3,035 F(1,668°C) dhe reagon me lehtësi në veshjet konvencionale dhe ndaj oksigjenit. Prandaj, duhet të hidhet dhe të ngjitet me pajisje speciale në një mjedis pa prani oksigjeni. Tashmë janë zhvilluar aliazhe të reja të titanit me nikelin që mund të shfrytëzohen me anë të metodave konvencionale. Ato kanë rezultuar që çlirojnë shumë pak jone nikeli dhe lidhen mirë me porcelanin. Metodot e reja të formimit të kurorave dhe modeleve të titanit me anë të teknologjisë CAD/CAM shmangin problemet që lidhen me bazën dentare në tërësi.

### 3 METODOLOGJIA

#### 3.1 Qëllimi i studimit

Të vlerësojë nevojën për trajtim të pacientëve me punime protetike fikse konvencionale të mbështetura mbi dhëmbë natyrorë, jetëgjatësinë e kurorave teke dhe urave fikse metal - qeramikë dhe nivelin e kënaqësisë së pacientëve.

#### 3.2 Objektivat

1. Të vlerësojë e analizojë tendencën e shpërndarjes së nevojave për trajtim sipas variablave socio-demografik, faktorëve të riskut lokal, sëmundjeve, pozicionimit në regjione, llojit të punimit dhe gjatësisë së urës.
2. Vlerësimi i shpërndarjes, sasisë dhe frekuencës të komplikacioneve biologjike dhe teknike të kurorave dhe urave metal-qeramikë në lidhje me faktorin kohë e mbi bazën e tyre të analizojë mbijetesën në tre vitet e para të jetës, pas tre viteve dhe më vonë.
3. Vlerësimi i mbijetesës mesatare (10 vite) të kurorave, urave të shkurtra në raport me urat e gjata, dhe kënaqësisë së pacientëve mbajtes së tyre.

#### 3.3 Hipoteza e studimit

Hipoteza 0:

Numri i njësisve që përbëjnë urat fikse metal-qeramikë nuk ndikon në mbijetesën e tyre.

Hipoteza alternative:

Numri i njësisve që përbën urat fikse ndikon në mënyrë sinjifikative në mbijetesën e tyre.

#### 3.4 Materiali dhe metodat

##### Përshkrimi i plotë i materialit

**Tipi i studimit:** Studimi është i tipit kohort.

**Vendi i kryerjes:** Studio Private Dentare në Tiranë.

**Popullata e studimit:** Në studim janë përfshirë 803 pacientë të moshës 23-65 vjeç të paraqitur në klinikën dentare dhe të trajtuar gjatë periudhës 2006-2016.

Në thelbin e vet, studimi është prevalencë, pasi ka marrë përsipër të studiojë frekuencën dhe numrin e rasteve të pacientëve mbajtës të urave ose kurorave metal-qeramik, që shfaqin komplikacione në kohën e kryerjes së studimit.

Materiali bazë u nxorr nga studimi i të dhënave të dokumentuara në dosjet me rekordet e pacientëve, të përpiluara sipas një protokolli skrupuloz në lidhje me anamnezën, ekzaminimin klinik dhe trajtimin e bërë. Trajtimi protetik ishte i regjistruar hap pas hapi në të gjitha fazat e përgatitjes së tij e deri në përfundim, duke përfshirë: planin e trajtimit, procedurat parapërgatitore, procedurat teknike të fabrikimit, përfundimi i trajtimit e në vazhdim ndjekjen 6 muaj pas përfundimit të trajtimit e nëse pacienti kishte marrë trajtim të mëvonshëm në lidhje me punimin e kryer (p.sh.: trajtime të komplikacioneve, decementime, hipersensibilitet, fraktura etj. Komplikacionet u klasifikuan si biologjike dhe teknike dhe të hershme ose të vona sipas periudhës që u shfaqën. Të dhënat për komplikacionet e hershme ishin parashikuar të ndodhnin 3 vitet e para të jetës pas cementimit të punimit fiks dhe rekordet e tyre u raportuan në kartelën tip përmes ndjekjes klinike. Komplikacionet e vona u raportuan në një pjesë përmes ndjekjes klinike dhe duke përdorur kartelat e pacientëve dhe pyetësorin e ndërtuar në kartelën tip. Të dhënat e marra nga pyetësorë të posaçëm të pacientëve u konsideruan. Mbijetesa e urave dhe kurorave u analizua sipas gjendjes së urës *in situ* dhe intakt me risk dështimi.

Popullata u parashikua të studiohet nga viti 2006 deri në vitin 2016, kjo ishte pjesa retrospektive e studimit. Mbi këtë popullatë u definuan subgrupet, si: gjinia, mosha, entiteti. Nga 803 pacientë në total, 467 janë femra (58.2%) dhe 336 meshkuj (41.8%). Mosha mediane e pacientëve është 41.7 vjeç në varacionin e moshës 23–65 vjeç. Periudha kohore u llogarit nga momenti i fillimit të punimit fiks metal-qeramikë.

### **Kriteret e përfshirjes në studim**

Pacientët që u përfshinë në studim, duhet të kishin të dhëna të plota të dokumentuara dhe duhet t'i ishin nënshtruar patjetër procesit të follow-up. Sipas standardeve epidemiologjike, në çdo studim, minimumi i kohës së follow-up duhet të jetë 5 vjet. U përfshinë në studim vetëm pacientë me kurora teke metal-qeramikë dhe ura metal-qeramike, specifikisht minimumi 1 kurorë për pacient dhe 1 urë fikse për pacient (një kurorë, një urë, përbëjnë një njësi statistikore). Klasifikimi i urave: Ura e shkurtër (3-4 njësi) dhe ura e gjatë (4 njësi deri në 12 njësi).

Në studim u përfshinë edhe pacientët që mbanin ura metal-qeramikë kantilever.

### **Kriteret e përjashtimit nga studimi**

U përjashtuan nga studimi kurorat e plota metalike, kurorat e akrilikut, kurorat e derdhura pinlej. U përjashtuan urat full metalike, urat kromasiti, urat zirkoniumi. Për të ndihmuar në plotësimin e të dhënave u përpilua një kartelë tip paraqitur te shtojca ku janë regjistruar të dhënat sociodemografike të pacientëve, faktorët lokal të riskut, faktorët sistemikë të riskut, anamneza, të dhënat e ekzaminimit oral dhe radiografik, sëmundjet e anomalitë e ndryshme që paraqisnin pacientët në momentin e ekzaminimit klinik.

Materiale mbështetëse ishin: grafitë panoramike dhe seti i grafive intraorale në seri para dhe pas aplikimit të punimit fiks dhe foto të ndryshme intarorale dhe ekstraorale para, gjatë dhe pas aplikimit të punimit fiks.

Për të lehtësuar nxjerrjen e disa korrelacioneve statistikore u përdorën disa instrumente si variabla.

Variablat sociodemografikë:

- Mosha
- Gjinia
- Entiteti

### **Faktorët e riskut:**

Faktorët sistemikë

- Sëmundje sistemike (diabeti)
- Sëmundje kardiovaskulare
- Çrregullim imuniteti
- Sëmundje hormonale
- Medikamentet

Faktorët Lokalë

- Duhanpirja
- Konsumi i alkoolit
- Higjiena orale
- Pështyma
- Materiali i punimit
- Ndërgjegjësimi e edukimi i pacientit

### **Ekzaminimi klinik**

1. Vlerësimi i llojit të defektit dentar
2. Numri i dhëmbëve që mungojnë
3. Vlerësimi i okluzionit të pacientëve me punime fikse kur kemi antagonist:
  - dentografi natyral,
  - protezë e pjesshme e lëvizshme,
  - urë fikse,
  - protezë totale e lëvizshme.
4. Vlerësimi i ATM-së
  - normal ose disfunksional,
  - krepitacione,
  - luksasione habituale dentografi natyrale,
  - spazma muskulare,
  - bruksizëm,
  - shtrëngim dhëmbësh.



5. Vlerësimi i statusit të dhëmbëve shtyllë:
  - qëndrueshmëria e rezistenca,
  - kariesi e tendenca karioze,
  - trajtimet endodontike,
  - restaurimet e mëparshme,
  - raporti kurorë/rrënjë, konfiguracioni e drejtimi.
6. Vlerësimi i statusit periodontal dhe dëmtime periapikale:
  - gjakosja gingivare,
  - xhepat periodontale,
  - matja e thellësisë së xhepave,
  - tërheqja gingivare,
  - përfshirja e bifurkacioneve,
  - niveli i kockës rreth dhëmbëve shtyllë,
  - mobiliteti i dhëmbëve shtyllë (4 shkallë).
  - Hemoragjia në sondim. Për të marrë të dhëna në lidhje me këtë parametër klinik, u sondua në 4 zona përreth punimit (mezialisht, distalisht, lingualisht dhe vestibularisht) dhe u krye vlerësimi sipas Indeksit Mombelli si më poshtë:  
Grada 0 = pa gjakosje. Grada 1 = gjakosje si pikë. Grada 2 = gjakosje lineare. Grada 3 = gjakosje spontane.

Në dhëmbët e ekzaminuar me xhepa periodontal u mat dhe insuficenca e gingivës të atashuar dhe më pas u vlerësua rezorbimi kockor në indet përreth.

- Thellësia e xhepit përreth dhëmbëve shtyllë. Thellësia e xhepave u mat nëpërmjet sondës periodontale duke ushtruar një forcë të kontrolluar. Sonda u drejtua me delikatesë paralel me aksin gjatësor të dhëmbëve shtyllë ndërmjet mukozës dhe sipërfaqes së punimit fiks derisa u ndie një rezistencë.

Thellësia u mat nga gingiva marginale deri në majën ku prekte sonda në drejtim apikal. Në varësi të vlerës së matur u përcaktua edhe grada e thellësisë së xhepit sipas klasifikimit të mëposhtëm:

- Thellësia e xhepit 0-1 mm = Grada 1.
- Thellësia e xhepit 1-2 mm = Grada 2.
- Thellësia e xhepit 2-3 mm = Grada 3.
- Thellësia e xhepit 3-4 mm = Grada 4.
- Thellësia e xhepit > 4 mm = Grada 5.

Gradat 3, 4 dhe 5 paraqisnin humbje të atashmentit, kështu rezultonte të klasifikohesh si periodontit.

7. Vlerësimi i higjienës orale
  - gjendja e mukozave dhe gingivës aderente (mos mbulim i rregullt cervical dhe buzë kurorë të parregullta çojnë në gingivit ose inflamacion kronik gingivar)
  - Akumulimi i pllakës dhe shenjat e inflamacionit gingivar u vunë re përmes ekzaminimit vizual dhe vlerësimit të hemoragjisë në sondim
8. Klasifikimi i sëmundjeve periodontale u bë si më poshtë:
  - gingivit (inflamacion prezent pa humbje të atashmentit) (gradat 1, 2);
  - periodontit (humbje e atashmentit) (gradat 3, 4, 5);
  - periodontit i hershëm;

- periodontit i moderuar;
- periodontit i avancuar.

Në mbështetje të vlerësimit të xhepave periodontal examinimi radiologjik intraoral ishte vendimtar.

Të gjithë pacientët e përfshirë në studim në kartelën e tyre kishin edhe grafinë panoramike. Për të vlerësuar nivelin e rezorbimit kockor përreth dhëmbëve shtyllë. U shfrytëzuan grafite panoramike të pacientëve në kohë të ndryshme:

- Në momentin menjëherë pas aplikimit;
- muaj pas aplikimit;
- 1 vit pas aplikimit;
- 2 vjet pas aplikimit;
- vjet pas aplikimit.

Matjet u kryen nëpërmjet një kalibri. Matjet u kryen mesialisht dhe distalisht rreth dhëmbëve shtyllë.

### **Ekzaminimi radiologjik**

Seti radiologjik:

- ✓ panorameks,
- ✓ intraorale në seri,
- ✓ bitewings.

Pjesë e rëndësishme e burimit të të dhënave klinike ishte dhe ekzaminimi radiologjik. Radiografia panoramike na ndihmoi shumë në ndjekjen në kohë të rezorbimit kockor rreth dhëmbëve shtyllë, sëmundjeve periodontale shoqëruar me leziona endodontike. Përdorimi i grafive të vogla intraorale ishte metoda më precize për të shmangur interferencat dhe artifaktet e imazhit 2D. Biteings na ndihmoi për të vlerësuar karies aproksimal në dhëmbët fqinjë me dhëmbët shtyllë mbi të cilat ishin mbështetur urat apo kurorat.

### **Follow-up dhe komplikacionet**

Në studim u regjistrua gjithashtu informacioni i ndjekjes gjashtëmujore të pacientëve e në vazhdim, dhe janë vlerësuar komplikacionet e pacientëve, të cilat janë klasifikuar si:

- komplikacione biologjike,
- komplikacione teknike.

Në lidhje me kohën e ndjekjes, komplikacionet e pacientëve janë klasifikuar si:

- komplikacione të hershme, të cilat janë shfaqur gjatë një periudhe kohore deri në 3 vjet pas vendosjes së protezës/kurorës;
- komplikacione të vonshme, të cilat janë shfaqur gjatë një periudhe kohore > 5 vjet pas vendosjes së protezës/kurorës dhe janë klasifikuar në katër grupe:
  - komplikacione të lehta,
  - të moderuara,
  - të rënda,
  - ekstensive.

**Modelet diagnostikuese:**

Në ndihmë të strategjisë së planit të ardhshëm të trajtimit u bë analiza e modeleve të studimit dhe përgatitja e ëax up për të lehtësuar punën me pacientin, duke i prezantuar një kopje të punimit të ardhshëm, një arsye më tepër që ndihmoi në perceptimin më mirë të pritshmërive të pacientit në lidhje me planin e rehabilitimit.

**3.5 Metodologjia e analizës statistikore**

Të dhënat janë analizuar me programin statistikor SPSS 20.0.

Variablat e vazhduar janë paraqitur si mesatare (M) dhe deviacion standad (SD), ndërsa variablat kategorikë me frekuencat e tyre dhe në përqindje.

Është përdorur testi hi-katror dhe Fishers exact, test për krahasimin e përqindjeve ndërmjet variablave kategorike.

Është përdorur testi i studentit për krahasimin e mesatareve të variablave të vazhduar. Është përdorur analiza e mbijetesës me kurbat Kaplan Meier për vlerësimin e mbijetesës së protezave fikse.

Vlera e  $p \leq 0.05$  është konsideruar statistikisht e rëndësishme. Testet statistikore janë të dyanshme.

## 4 REZULTATE

### 4.1 Trajtimi i nevojshëm

Në studim morën pjesë 803 pacientë me moshë mediane 41.7 ( $\pm 12.6$ ) vjeç (rangu 23-65 vjeç).

Në mënyrë të përmbledhur, karakteristikat sociodemografike të tyre paraqiten në tabelën 4.1 dhe statistikat për moshën në tabelën 4.2.

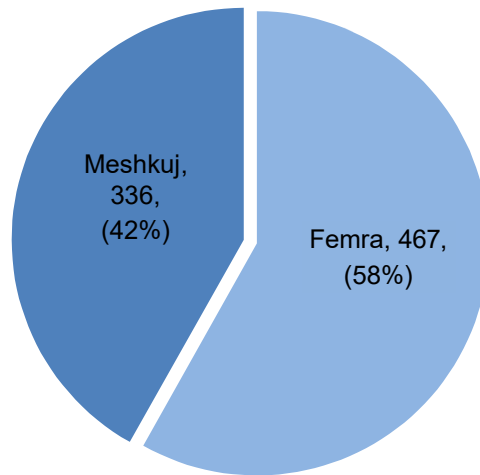
*Tabela 4.1 Karakteristikat sociodemografike të pacientëve*

Variablat	N	%
<b>Gjinia</b>		
Femra	467	58.2
Meshkuj	336	41.8
Mosha M (SD)	41.7 $\pm$ 12.6	
<b>Grupmosha, vite</b>		
$\leq 30$	117	14.6
31-50	379	47.2
> 50	307	38.2
<b>Vendbanimi</b>		
Urban	757	94.3
Rural	46	5.7

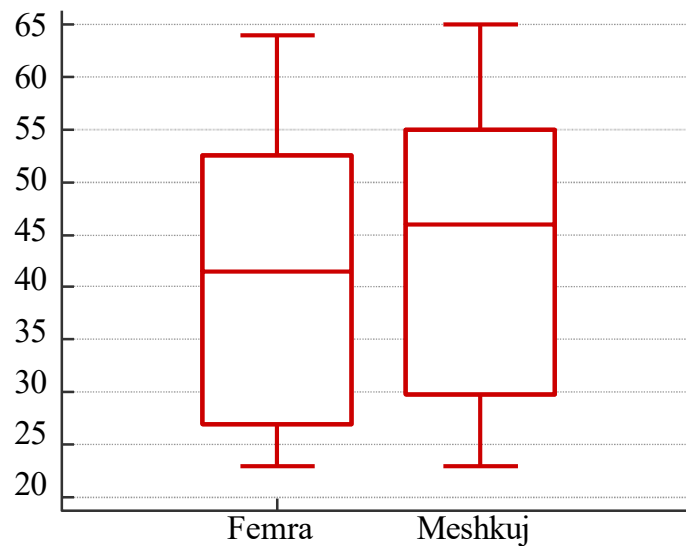
*Tabela 4.2 Statistika e përmbledhur e moshës*

Madhësia e kampionit	803
Mosha më e vogël	23
Mosha më e madhe	65.0
Mosha mesatare	41.67
95%CI për mesataren	39.81 – 43.63
Mediana	42
Varianca	161.9
Deviacioni Standart	12.6

336 (42 %) e pacientëve janë meshkuj dhe 467 (58%) femra. Vërehet që mosha mesatare e femrave është ( $M=40.0 \pm 12.3$ ) pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm me moshën e rasteve meshkuj ( $M=43.4 \pm 12.7$ ),  $t=2.1$   $p=0.5$  (Fig 4.1; 4.2).

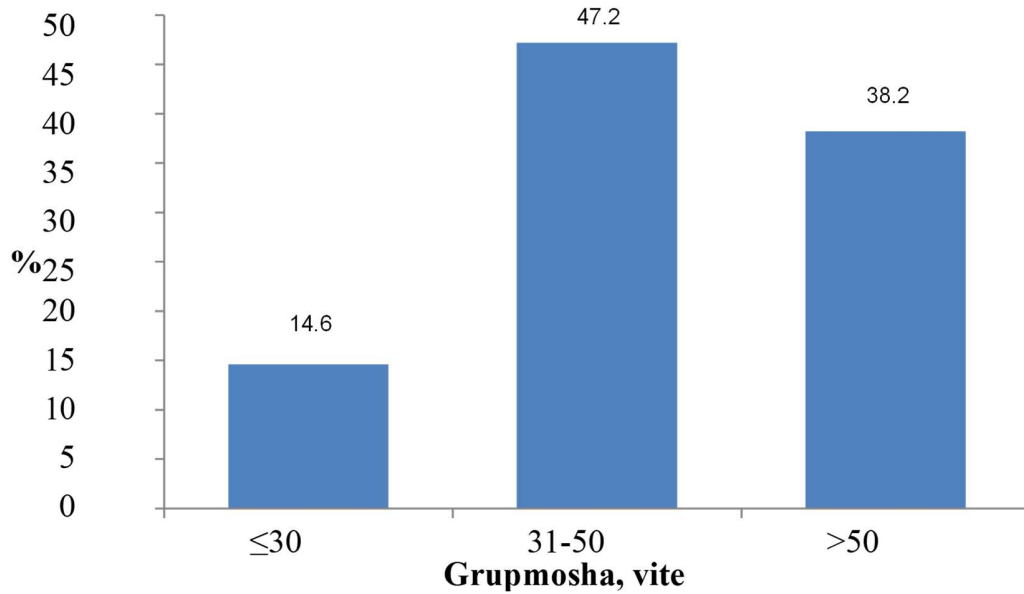


Grafiku 4.1 Shpërndarja e rasteve sipas gjinisë



Grafiku 4.2 Krahasimi i moshës sipas gjinisë

Në grupmoshën ≤30 vjeç janë 117 ose 14.6% e pacientëve, në grupmoshën 31-50 vjeç janë shumica e pacientëve 379 ose 47.2% e tyre, ndërsa në moshën >50 vjeç janë 307 (38.2%) (p<0.01).

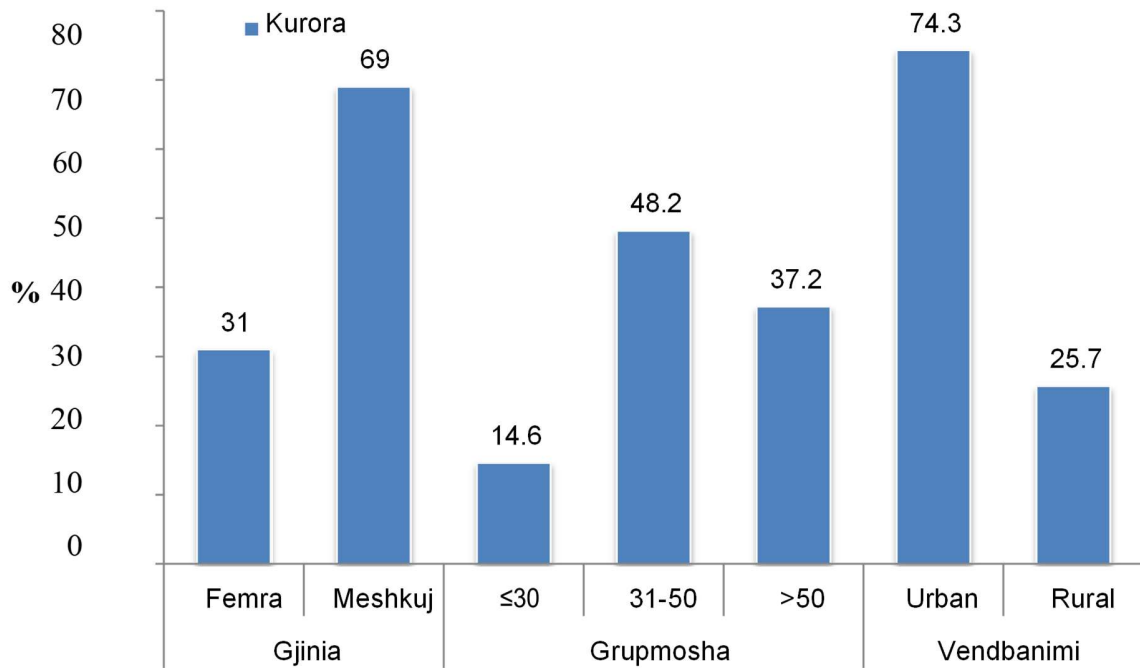


Grafiku 4.3 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës

Tabela 4.3 Lloji i trajtimit sipas karakteristikave sociodemografike

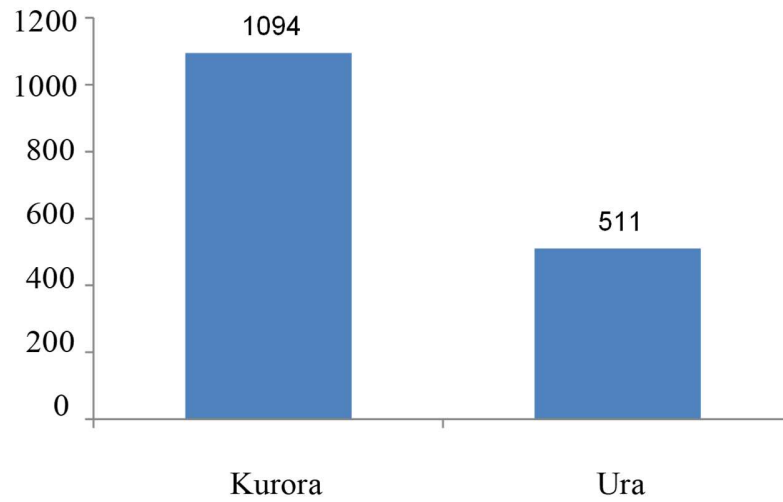
Variablat	Ura fikse (n=309)		Kurora (n=575)	
	N	%	N	%
<b>Gjinia</b>				
Femra	101	32.7	178	31.0
Meshkuj	208	67.3	397	69.0
<b>Mosha M (SD)</b>				
<b>Grupmosha</b>				
≤30	29	9.4	84	14.6
31-50	159	51.5	277	48.2
>50	121	39.2	214	37.2
<b>Vendbanimi</b>				
Urban	273	88.3	427	74.3
Rural	36	11.7	148	25.7

Mosha mesatare e pacientëve të trajtuar me ura fikse është 42 ( $\pm 10.4$ ), ndërsa mosha mesatare e pacientëve të trajtuar me kurora është 40 ( $\pm 9.2$ ), pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p=0.2$ ).



Grafiku 4.4 Karakteristikat e pacientëve të trajtuar me kurora

Në lidhje me gjininë me kurora janë trajtuar 397 (69%) meshkuj dhe 178 (31%) femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ). Frekuenca më e ulët e trajtimit me kurora është në grupmoshën  $\leq 30$  vjeç në 84 (14.6%) pacientë. Shumica e pacientëve, 277 (48.2%), i përkasin grupmoshës 31-50 vjeç, e cila ka frekuencën më të lartë të trajtimit, ndërsa 214 (37.2%) pacientë i përkasin grupmoshës  $> 50$  vjeç. 427 (74.3%) pacientë banojnë në zonën urbane, ndërsa 148 (11.7%) në zonën rurale.



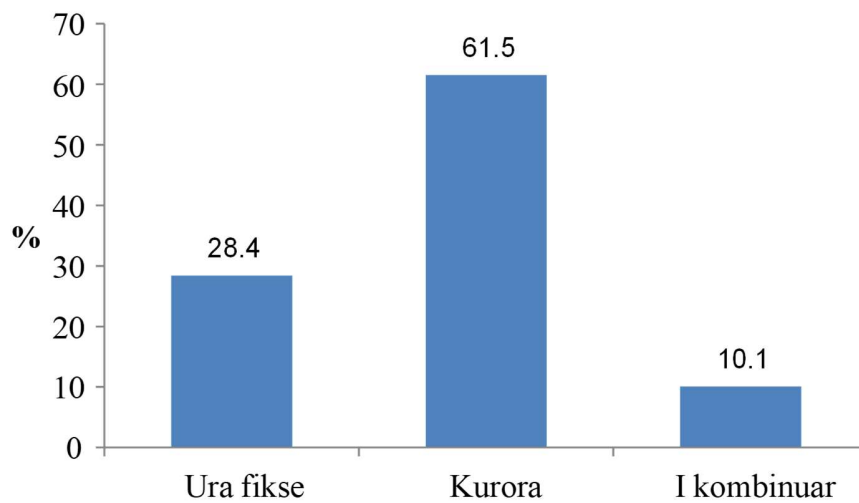
*Grafiku 4.5 Numri total i kurorave dhe urave*

Në total, në studim janë përdorur 1094 kurora dhe 511 ura fikse.



Tabela 4.4 Lloji i trajtimit të përdorur

Trajtimi	N	%	95%CI
Ura fikse	228	28.4	25.30 – 10.65
Kurora	494	61.5	58.03 – 64.88
I kombinuar	81	10.1	8.10 – 12.39
Total	803	100.0	

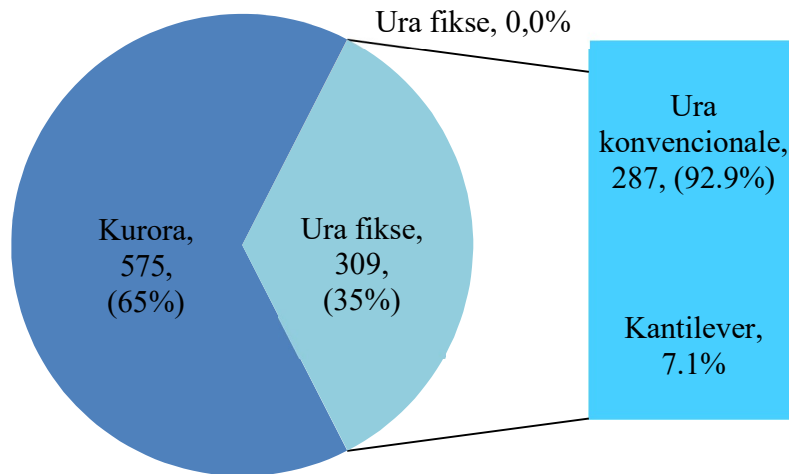


Grafiku 4.6 Lloji i trajtimit për totalin e pacientëve

Gjatë periudhës së studimit janë trajtuar 803 pacientë, nga të cilët:

- 228 ose 28.4% e tyre janë trajtuar vetëm me ura fikse (95%CI 25.30 – 10.65);
- 494 (61.5%) janë trajtuar vetëm me kurora (95%CI 58.03 – 64.88);
- ndërsa në 81 pacientë ose 10.1% të totalit trajtimi ishte i kombinuar, me ura fikse dhe kurora (95%CI 8.10 – 12.39).

Në total, me ura fikse janë trajtuar 309 (38.5%) pacientë, ndërsa me kurora janë trajtuar 575 (71.6%) pacientë.

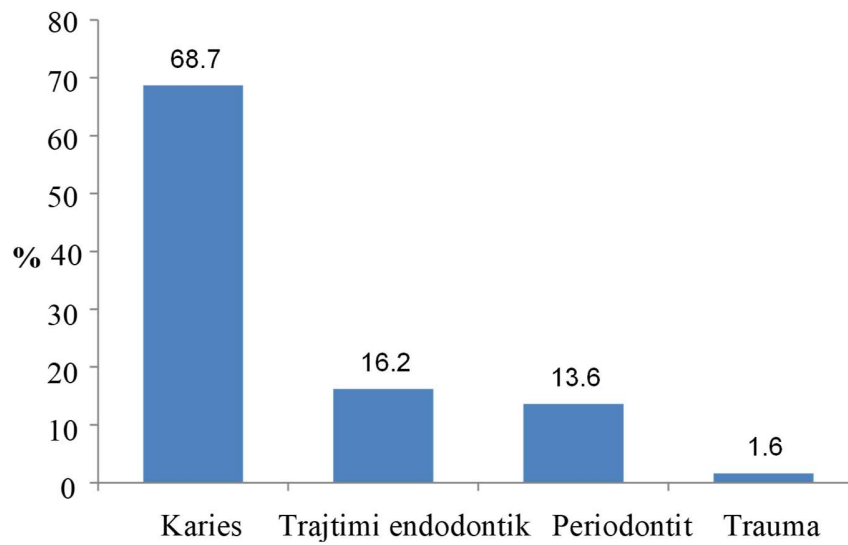


Grafiku 4.7 Lloji i trajtimit

Nga 309 pacientët e trajtuar me ura fikse, 206 ose 25.7% e tyre janë trajtuar me ura konvencionale, ndërsa 22 (7.1%) e tyre me ura kantilever.

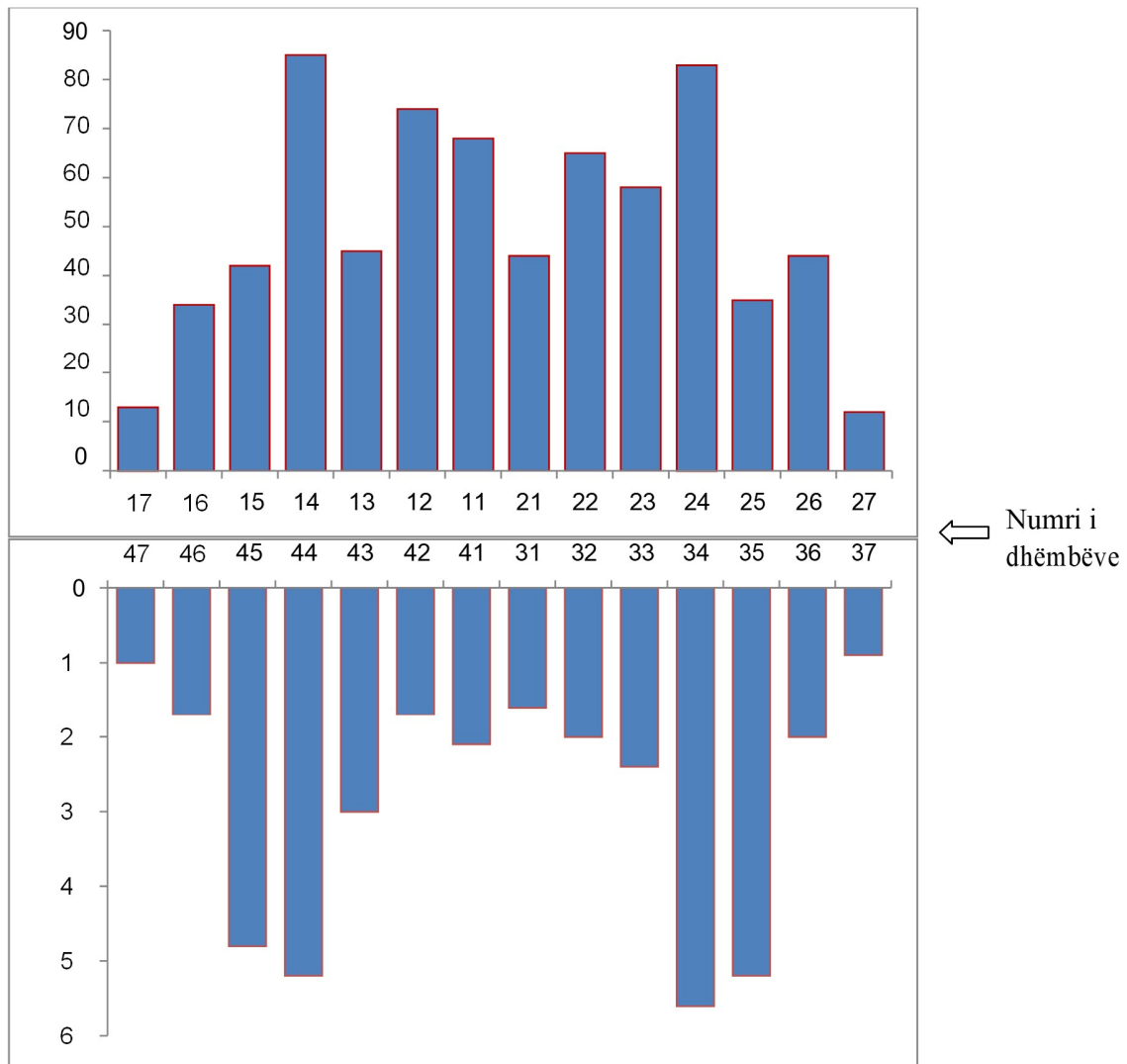
Tabela 4.5 Shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve tek pacientët

Shkaqet	N	%
Karies	395	68.7
Periodontit	93	16.2
Trajtimi endodontik	78	13.6
Trauma	9	1.6
<b>Total</b>	<b>575</b>	<b>100.0</b>



*Grafiku 4.8 Shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve tek pacientët*

Nga shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve mbizotëron karies në shumicën e pacientëve 395 (68.7%) ndjekur nga: periodontiti në 93 (16.2%) pacientë, trajtimi endodontik në 78 (13.6%) pacientë dhe trauma në 9 (1.6%) pacientë.



Grafiku 4.9 Shpërndarja e kurorave në harqe

Shumica e kurorave, 702 nga totali prej 1094 kurorash ose 64.2% e tyre u përgatitën për maksilen, ndërsa 392 ose 35.8% e tyre u përgatiten për mandibulën (p<0.01).

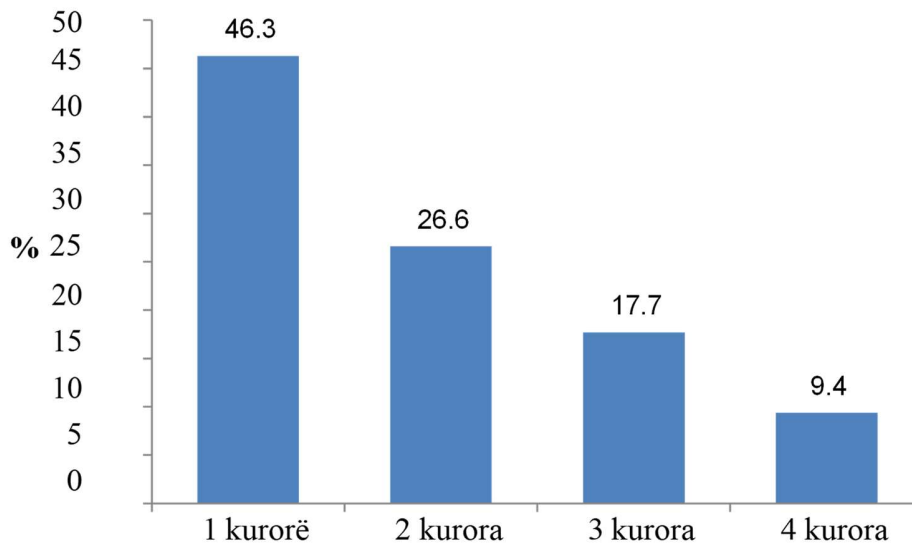
Në maksilë mbizotërojnë premolarët e parë në të dy kuadratet me nga 25.6% dhe 24.5% të totalit të kurorave të secilit kuadrat. Gjithashtu, vërehet edhe një përqindje e lartë dhe e incizivëve në të dy kuadratet me nga përkatësisht 32.5% dhe 40.5%, ndërsa në kuadratin e II, frekuenca e kaninëve është më e lartë (17.4%) krahasuar me kuadratin e I (12.3%).

Në mandibul vërehet një shpërndarje e përafërt e kurorave në të dy kuadratet me mbizotërim të kurorave tek premolarët me nga përkatësisht 57.3% dhe 54%.

Me 1 kurorë janë trajtuar shumica e pacientëve, 266 (46.3) prej 575 pacientëve; me 2 kurora 153 (26.6%) e pacientëve; me 3 kurora 102 (17.7%) e pacientëve dhe me 4 kurora 54 (9.4%) e pacientëve.

*Tabela 4.6 Numri i kurorave për pacientë*

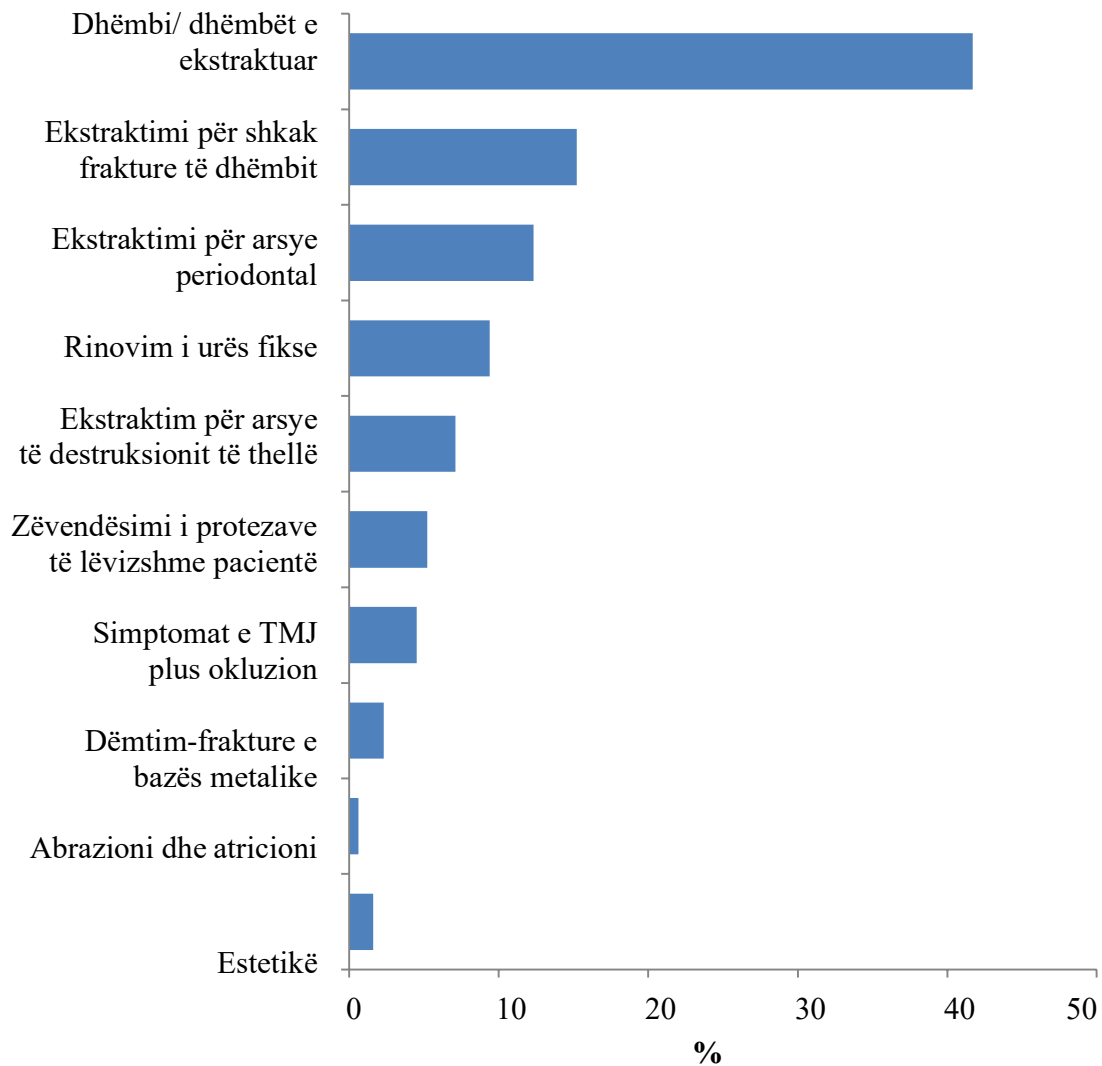
<b>Nr. i kurorave</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 kurorë	266	46.3
2 kurora	153	26.6
3 kurora	102	17.7
4 kurora	54	9.4
Total	575	100.0



*Grafiku 4.10 Numri i kurorave*

*Tabela 4.7 Indikacionet për trajtim me ura fikse*

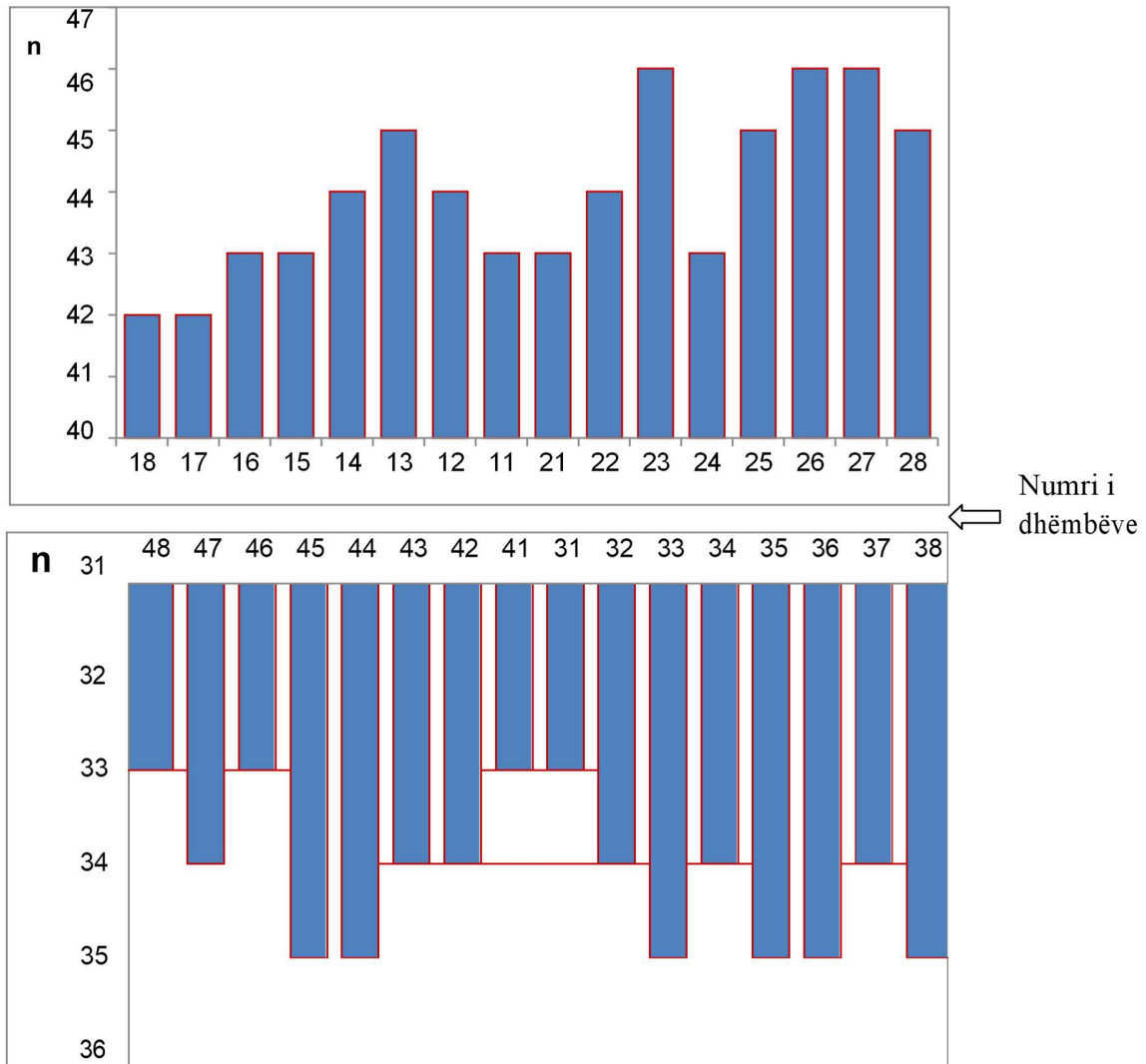
<b>Indikacion për trajtim me urë fikse</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Dhëmbi/dhëmbët e ekstraktuar	129	41.7
Ekstraktimi për shkak frakture të dhëmbit	47	15.2
Ekstraktimi për arsye periodontale	38	12.3
Ekstraktim për arsye të destruksionit të thellë	22	7.1
Rinovim i urës fikse	29	9.4
Zëvendësimi i protezave të lëvizshme, pacientë	16	5.2
Simptomat e TMJ-së plus okluzion	14	4.5
Dëmtim-frakturë e bazës metalike	7	2.3
Abrazioni dhe atricioni	2	0.6
Estetikë	5	1.6



Grafiku 4.11 Indikacionet për trajtim me ura fikse

Nga indikacionet për trajtim me ura fikse mbizotërojnë:

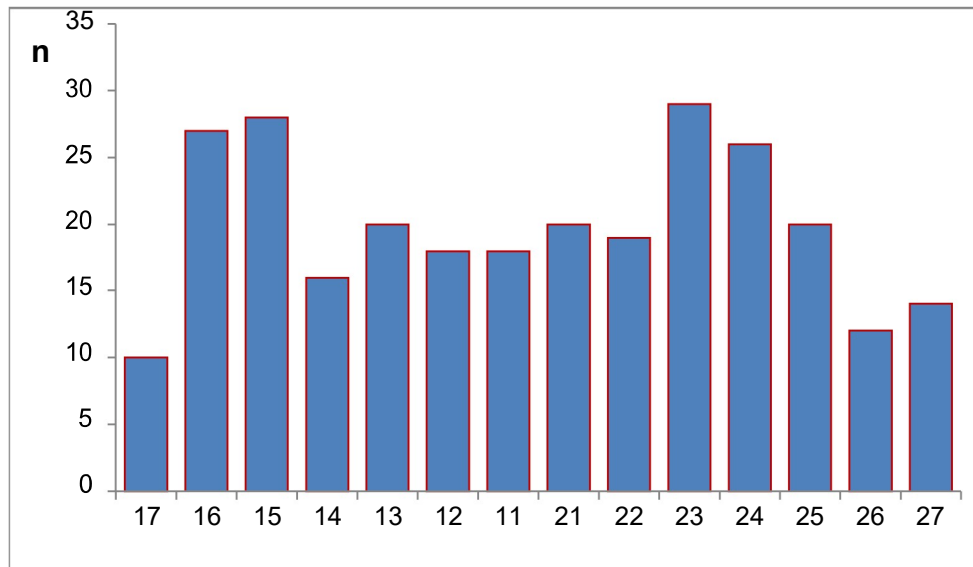
- dhëmbi/dhëmbët e ekstraktuar në shumicën e pacientëve 129 (41.7%) të tyre;
- zëvendësimi i protezave të lëvizshme 47 (15.2%) pacientë;
- ekstraktimi për shkak frakturë të dhëmbit 38 (12.3%);
- ekstraktimi për arsye periodontale 29 (9.4%);
- simptomat e TMJ-së plus okluzion 22 (7.1%);
- ekstraktim për arsye kariesi të thellë 16 (5.2%);
- rinovim i urës fikse 14 (4.5%);
- dëmtim-frakturë e bazës metalike, 7 (2.3%);
- dhëmb qumështi 2 (0.6%);
- estetikë 5 (1.6%).



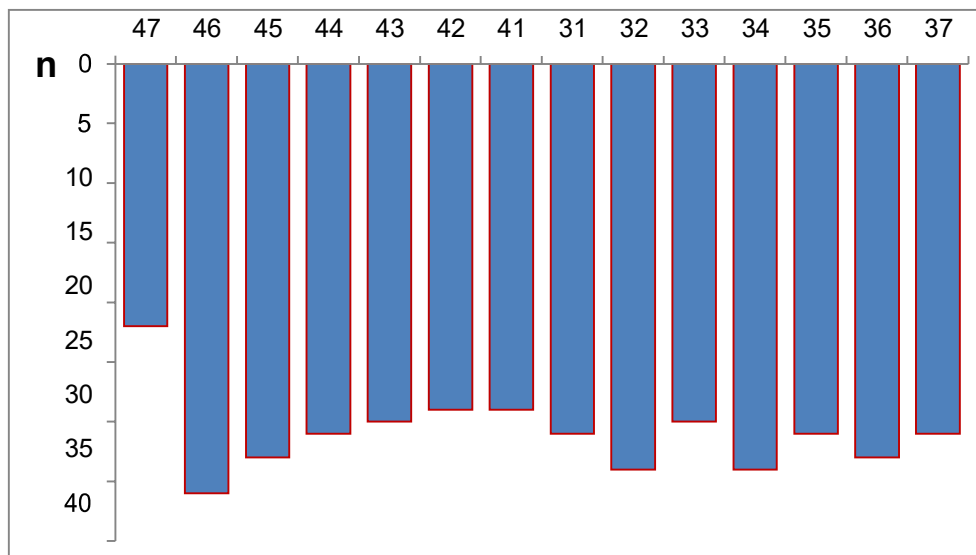
Grafiku 4.12 Shpërndarja e dhëmbëve shtyllë

Dhëmbët shtyllë të përdorura më shpesh ishin molari i parë në kuadratin e dytë dhe të tretë në maksille dhe mandibul, premolarët në dy kuadrantet ne mandibul, molari i dytë, kuadranti dytë maksille, kanini kuadranti dytë dhe i tretë, molari i tretë në mandibul edhe pse jashtë principeve të përgatitjes së protezave fikse.





← Numri i dhëmbëve

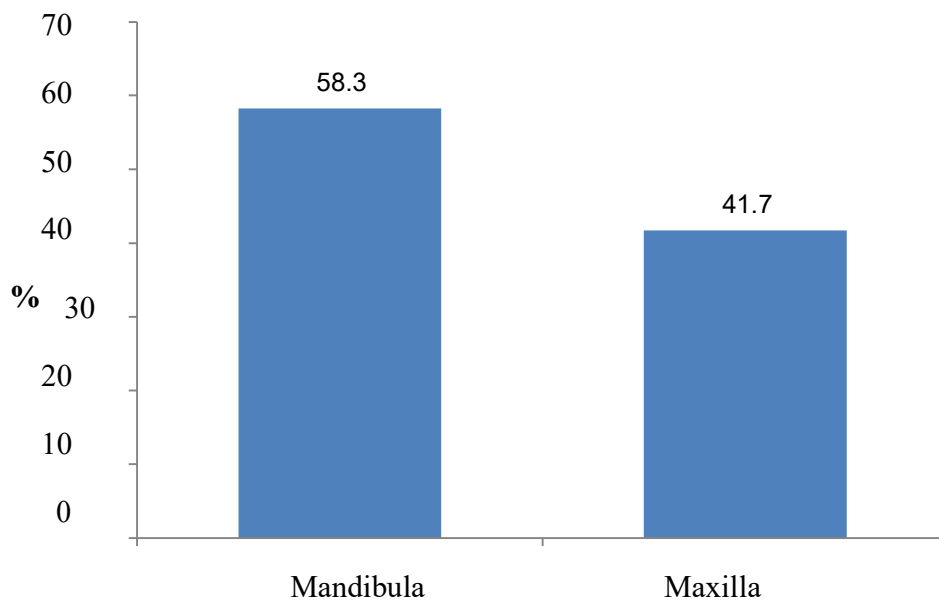


Grafiku 4.13 Shpërndarja e dhëmbëve intermediarë

Dhëmbët intermediarë më të zakonshëm ishin premolarët e sipërm, majtas (22% e të gjithë intermediarëve). Intermediarë të tjerë më të zakonshëm ishin molarët e parë sipër dhe poshtë dhe kaninët e sipërm majtas. Dentografia natyrale ishte prezente në okluzionin e urave fikse në shumicën e rasteve.

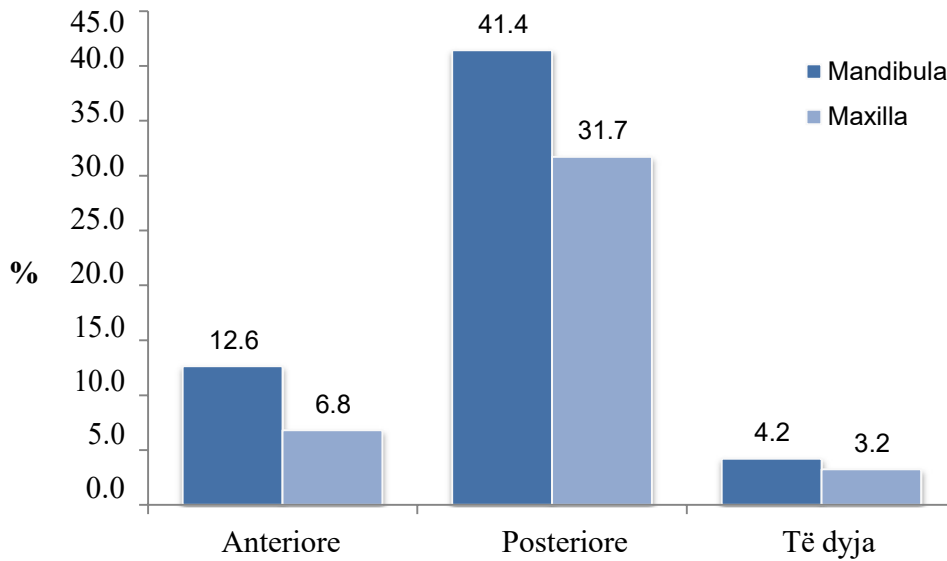
Tabela 4.8 Lokalizimi i urave fikse sipas pozicionimit në harqe

<b>Mandibula</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Maxilla</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anteriore	39	12.6	Anteriore	21	6.8
Posteriore	128	41.4	Posteriore	98	31.7
Hark i plotë (totale)	13	4.2	Hark i plotë (totale)	10	3.2
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>58.3</b>	<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>41.7</b>



Grafiku 4.14 Lokalizimi i urave fikse në maksile dhe mandibul

Në lidhje me lokalizimin e urave, nga 309 ura gjithsej, në mandibul ura janë përdorur në 180 (58.3%) pacientë, ndërsa në maksilë ura janë përdorur në 129 (41.7%) pacientë, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).



Grafiku 4.15 Lokalizimi i urave fikse sipas pozicionimit në harqe

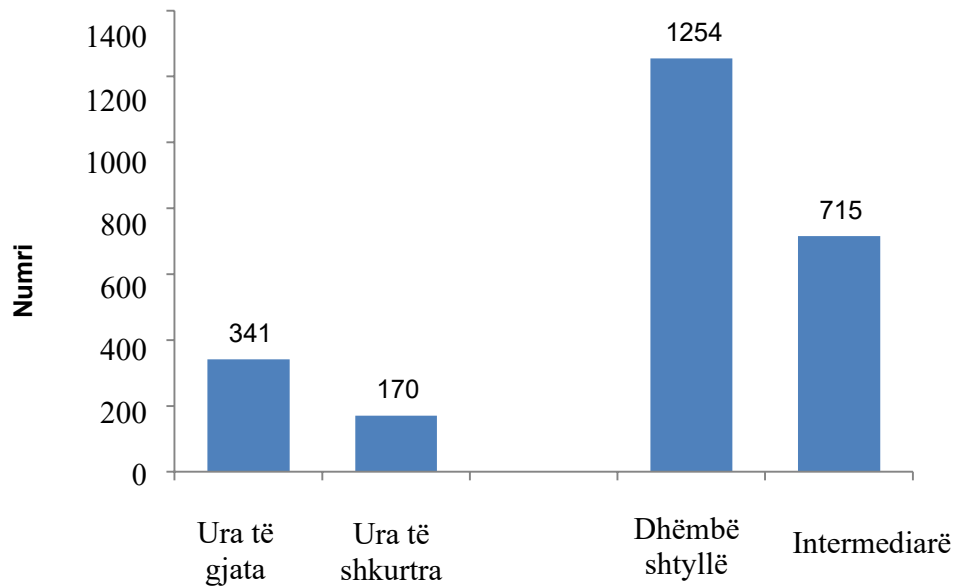
- Në mandibul: ura anteriore janë përdorur në 39 (12.6%) pacientë, ura posteriore në 128 pacientë (41.4%) dhe në harkun e plotë në 13 (4.2%) pacientë.
- Në maksilë: ura anteriore janë përdorur në 21 pacientë (6.8%), ura posteriore në 98 (31%) dhe ura me hark të plotë në 10 (3.2%) pacientë.

Tabela 4.9 Shpërndarja e urave fikse të shkurtra e të gjata në pacientë

Lloji i urave	N	%	95%CI
Ura të shkurtra	188	60.8	55.11 – 66.27
Ura të gjata	121	39.2	33.72 – 44.88

Nga 309 pacientët, të cilët janë trajtuar me ura fikse, mbizotërojnë urat e shkurtra në 188 (60.8%) [95%CI 55.11 – 66.27] të tyre, ndërsa me ura të gjata janë trajtuar 121 (39.2%) pacientë [95%CI 33.72 – 44.88] ( $p < 0.01$ ).

Dhëmbë shtyllë janë përdorur në 114 (36.9%) pacientë [95%CI 31.50 – 42.54], ndërsa intermediarë janë përdorur në 195 (63.1%) pacientë [95%CI 57.45 – 68.49].



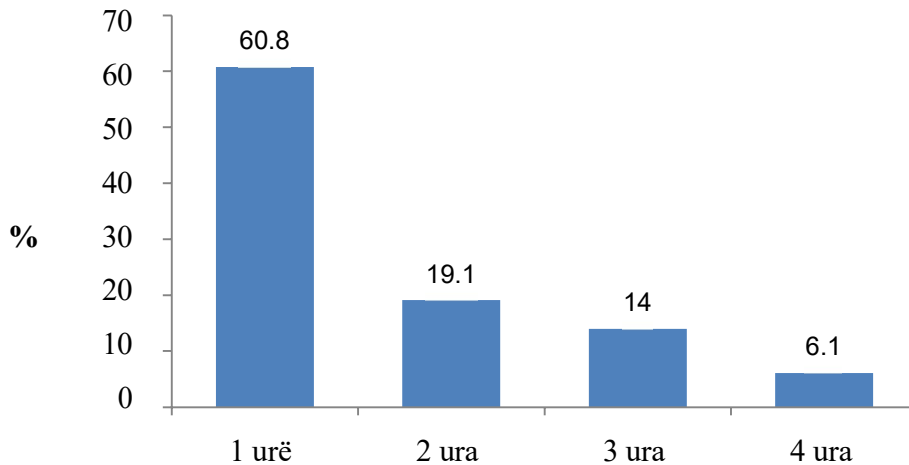
Grafiku 4.16 Numri total i urave të shkurtra dhe të gjata, dhëmbëve shtyllë dhe intermediarë

Numri total i urave të shkurtra është 341, ndërsa i urave të gjata është 170.

Numri total i dhëmbëve shtyllë është 1254, ndërsa i intermediarëve është 715.

Tabela 4.10 Numri i urave për pacient

Ura fikse	N	%
1 urë	188	60.8
2 ura	59	19.1
3 ura	43	14.0
4 ura	19	6.1
Total	309	100.0

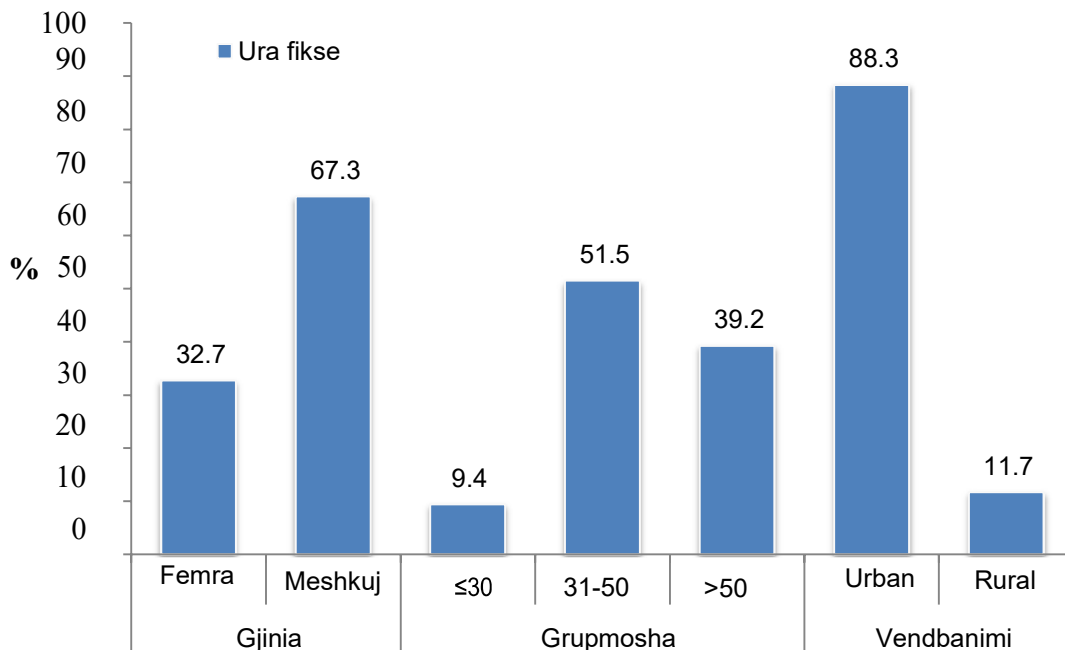


Grafiku 4.17 Numri i urave për pacient

Me 1 urë janë trajtuar shumica e pacientëve, 188 (46.3) prej 309 pacientëve; me 2 ura 59 (19.1%) e pacientëve; me 3 ura 43 (14%) e pacientëve dhe me 4 ura 19 (6.1%) e pacientëve. Në lidhje me gjininë, me ura fikse janë trajtuar 208 (67.3%) meshkuj dhe 101 (32.7%) femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).

Frekuenca më e ulët e trajtimit me ura është në grupmoshën  $\leq 30$  vjeç në 29 (9.4%) pacientë. Shumica e pacientëve, 159 (51.5%) i përkasin grupmoshës 31-50 vjeç, e cila ka frekuencën më të lartë të trajtimit, ndërsa 121 (39.2%) pacientë i përkasin grupmoshës  $> 50$  vjeç.

273 (88.3%) pacientë banojnë në zonë urbane, ndërsa 36 (11.7%) në zonë rurale.



Grafiku 4.18 Karakteristikat e pacientëve të trajtuar me ura

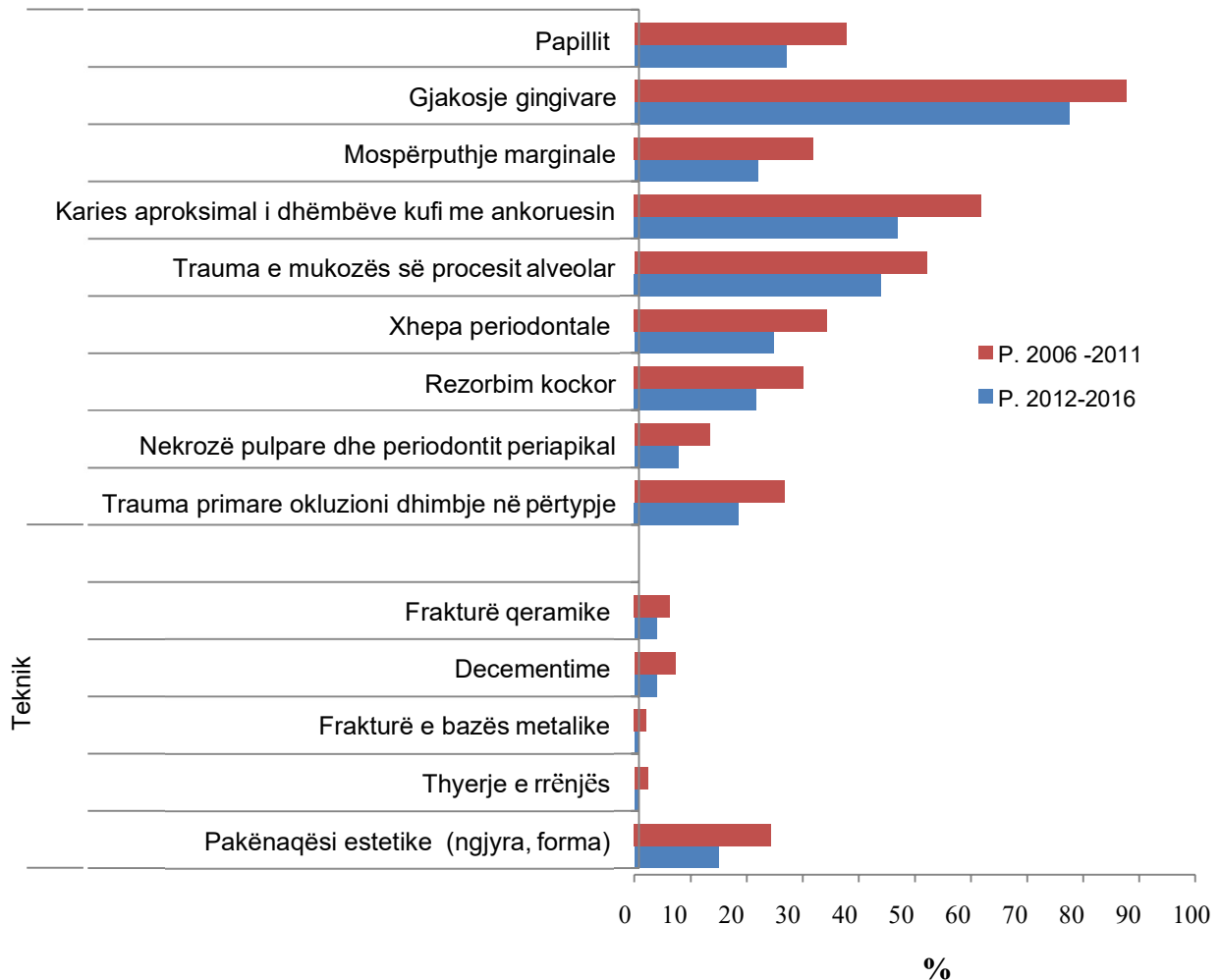
## 4.2 Komplikacionet dhe jetëgjatësia

### Komplikacionet e hershme

Pas 6 muajve, në përfundim të trajtimit të pacientëve me ura fikse ose kurora metal-keramikë fillonte procesi i ndjekjes (follow-up) deri në 3 vjet. Kjo ishte periudha që ishte parashikuar të grumbulloheshin komplikacionet primare e të bëhej vlerësimi i tyre. U identifikuan një seri komplikacionesh biologjike dhe teknike primare të përshkruara si më poshtë. Nga rekordet e grupit të pacientëve përzgjedhur nga viti 2006-2011 u bë vlerësimi i komplikacioneve biologjike dhe teknike. Po ashtu, nga rekordet e ndjekjes klinike të grupit të pacientëve që u trajtuan rishtas në vitet 2012-2016, u vlerësuan dhe krahasuan komplikacionet primare në raport me komplikacionet e grumbulluara te pacientët e vjetër të trajtuar më parë. Në 3 vitet e fundit u trajtuan 78 pacientë në total, nga të cilat 42 femra dhe 36 meshkuj të moshës 28-73 vjeç me moshë mediane 44.2 vjeç. Gjithsej u bënë 129 ura fikse nga këto 358 ishin dhëmbë shtyllë dhe 204 dhëmbë intermediar.

*Tabela 4.11 Frekuenca e komplikacioneve primare për urat fikse, periudha 2012-2015 / 2006- 2011*

Tipi i komplikacioneve	Komplikacionet e hershme		P
	Periudha 2012-2016	Periudha 2006 -2011	
	n (%)	n (%)	
<b>Biologjike</b>			
Papillit	35 (27.1)	144 (37.7)	<0.05
Gjakosje gingivare	100 (77.5)	335 (87.7)	
Mospërputhje marginale	28 (22.0)	122 (31.9)	
Karies aproksimal i dhëmbëve kufi me ankoruesin	61 (47.0)	236 (61.8)	
Trauma e mukozës së procesit alveolar	57 (44.0)	199 (52.1)	
Xhepa periodontale	32 (24.8)	131 (34.3)	
Rezorbim kockor	28 (21.7)	115 (30.1)	
Nekrozë pulpare dhe periodontit periapikal	10 (7.8)	51 (13.4)	
Trauma primare okluzioni dhimbje në përtypje	24 (18.6)	102 (26.7)	
<b>Teknike</b>			
Frakturë qeramike	5 (3.9)	24 (6.3)	<0.05
Decementime	5 (3.9)	28 (7.3)	
Frakturë e bazës metalike	1 (0.8)	8 (2.1)	
Thyerje e rrënjës	1 (0.8)	9 (2.4)	
Pakënaqësi estetike (ngjyra, forma)	19 (15)	93 (24.3)	



Grafiku 4.19 Frekuenca e komplikacioneve primare për urat fikse, 2006-2011/2012-2016

Komplikacionet biologjike dhe teknike ishin më të ulëta në grupin pacientëve trajtuar në periudhën 2012–2015, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me periudhën 2006–2011 ( $p<0.05$ ).

Nga komplikacionet biologjike u vunë re sipas periudhave:

- Papillit (27.1%) dhe (37.7%).
- Gjakosje gingivare (77.5%) dhe (87.7%).
- Mospërputhje marginale (22.0%) dhe (31.9%).
- Karies aproksimal i dhëmbëve kufi me ancoruesin (47.0%) dhe (61.8%).
- Trauma e mukozës së procesit alveolar (44.0%) dhe (52.1%).
- Xhepa periodontal (24.8%) dhe (34.3%).
- Rezorbim kockor (21.7%) dhe (30.1%).
- Nekrozë pulpare dhe periodontit periapikal (7.8%) dhe (13.4%).

Trauma primare, okluzioni dhimbje në përtypje (18.6% dhe 26.7%). Ndër komplikacionet teknike përmendim:

- Frakturë qeramike (3.9%) dhe (6.3%).
- Decementime (3.9%) dhe (7.3%).
- Frakturë e bazës metalike (0.8) dhe (2.1%).
- Thyerje e rrënjës (0.8%) dhe (2.4%).
- Pakënaqësi estetike (ngjyra, forma) (15%) dhe (24.3%).

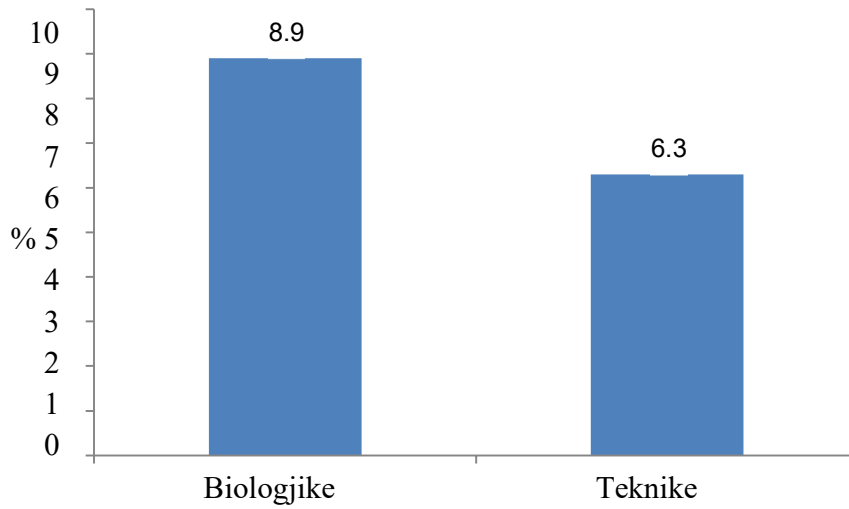
**Komplikacionet në kurorat teke metal-qeramikë**

Në total, tek pacientët të trajtuar me kurora, komplikacione janë shfaqur në 87 (15.1%) të pacientëve [95%CI 12.27 – 18.29].

*Tabela 4.12 Komplikacionet e kurorave*

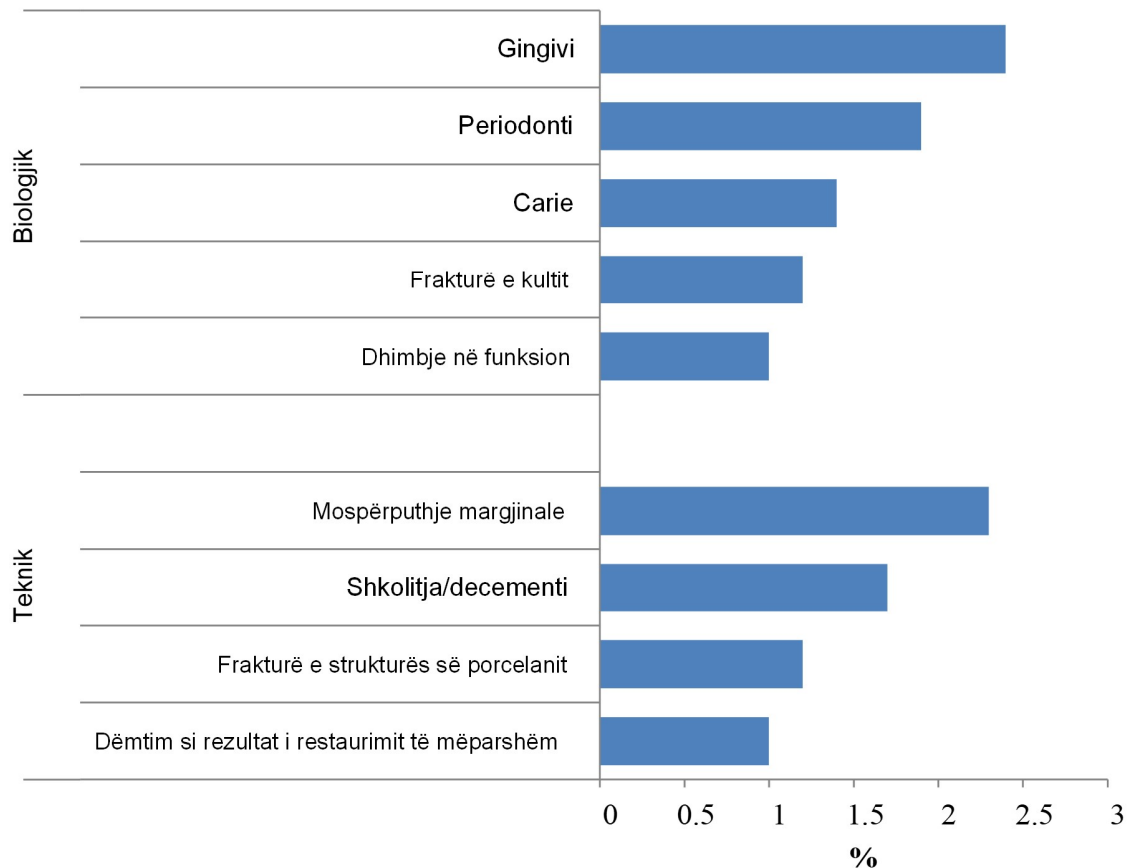
Komplikacionet	N	%	P
<b>Biologjike (n=51 )</b>			<b>0.1</b>
Gingivit	14	2.4	
Periodontit	11	1.9	
Caries	8	1.4	
Frakturë e kultit	7	1.2	
Dhimbje në funksion	6	1.0	
<b>Teknike (n=36)</b>			
Mospërputhje marginale	13	2.3	
Shkollitja/decementim	10	1.7	
Frakturë e strukturës së porcelanit	7	1.2	
Dëmtim si rezultat i restaurimit të mëparshëm	6	1.0	
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>15.1</b>	





*Grafiku 4.20 Tipi i komplikacioneve tek pacientët e trajtuar me kurora*

Nga 575 pacientë që mbanin kurora, në 87 pacientë u shfaqën komplikacione, nga të cilat: në 51 (8.9%) pacientë janë shfaqur komplikacione biologjike, ndërsa në 36 (6.3%) pacientë janë shfaqur komplikacione teknike, pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre,  $p = 0.1$ .



Grafiku 4.21 Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët e trajtuar me kurora

Komplikacionet biologjike më të shpeshta ishin: gingivit në 14 (2.4%) pacientë, periodontit në 11 (1.9%) pacientë, karies në 8 (1.4%) pacientë, frakturë e kultit në 7 (1.2%) pacientë, dhimbje në funksion në 6 (1%) pacientë. Ndër komplikacionet teknike më të shpeshta përmendim: mospërputhje marginale në 13 (2.3%) pacientë, shkolitje/decementim në 10 (1.7%) pacientë, frakturë e strukturës së porcelanit në 7 (1.2%) pacientë, dëmtim si rezultat i restaurimit të mëparshëm në 6 (1%) pacientë.

Tabela 4.13 Frekuenca dhe lloji i komplikacioneve sipas numrit total të kurorave

Komplikacionet	N	%	P
Biologjike	172	15.7	<b>&lt;0.01</b>
Teknike	119	10.9	

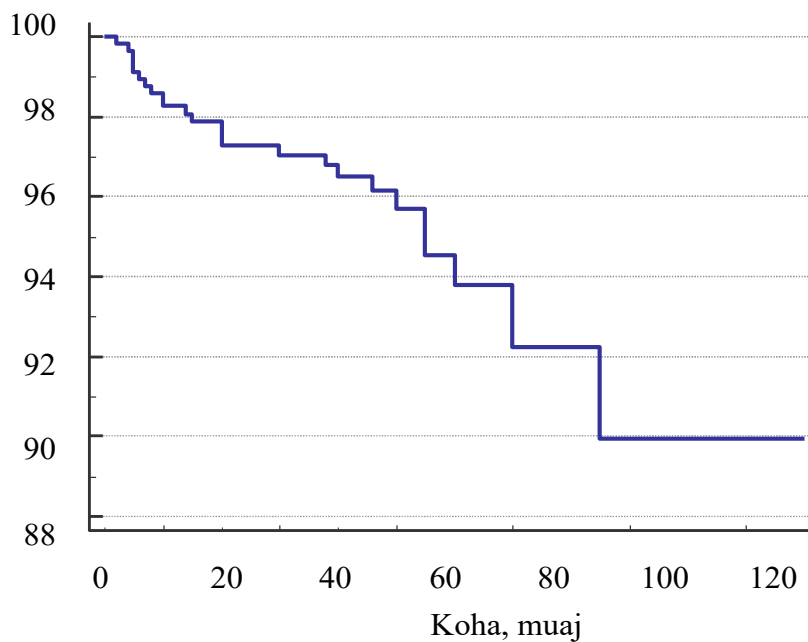
Numri total i komplikacioneve për kurorat ishte 291 (Komplikacionet e kurorave sipas numrit total 1094 të kurorave për 575 pacientë që mbajnë vetëm kurora).

Tabela 4.14 Frekuenca e komplikacioneve sipas restoracionit

Restoracion i mëparshëm		P
PO n (%)	JO n (%)	
78 (65.5)	41 (34.5)	<0.01

Komplikacinet e kurorave sipas restoracionit u studiuuan në 78 pacientë që kishin restoracione të mëparshme kundrejt 41 pacientëve që nuk kishin kryer restoracione të mëparshme.

Në lidhje me restoracionin e mëparshëm, komplikacionet e kurorave janë më të shpeshta (65.5%) te këta pacientë krahasuar me pacientët që nuk kanë kryer restoracion të mëparshëm (34.5%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).



Grafiku 4.22 Mbijetesa e kurorave teke

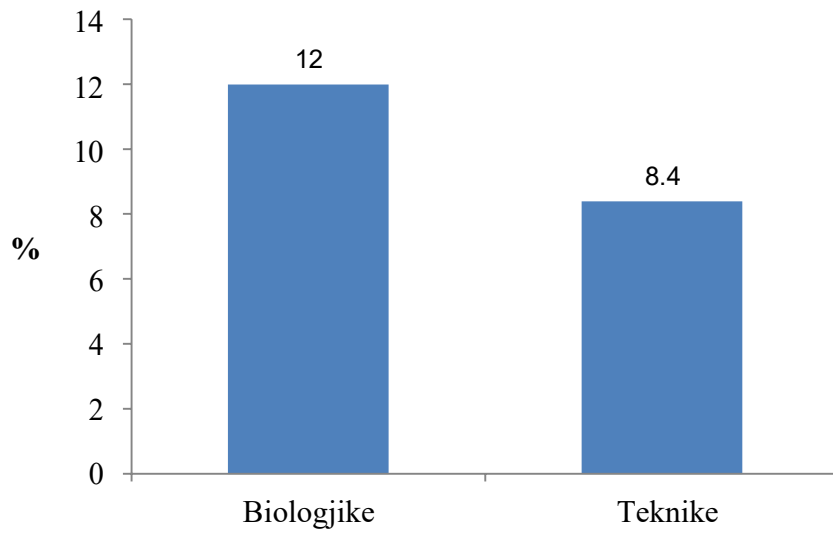
Mbijetesa Kaplan Meier e kurorave teke nga të gjitha shkaqet ishte 90%. Dështimi u analizua si humbje e dhëmbit ose humbja e kurorës.

**Komplikacionet e urave metal-qeramikë**

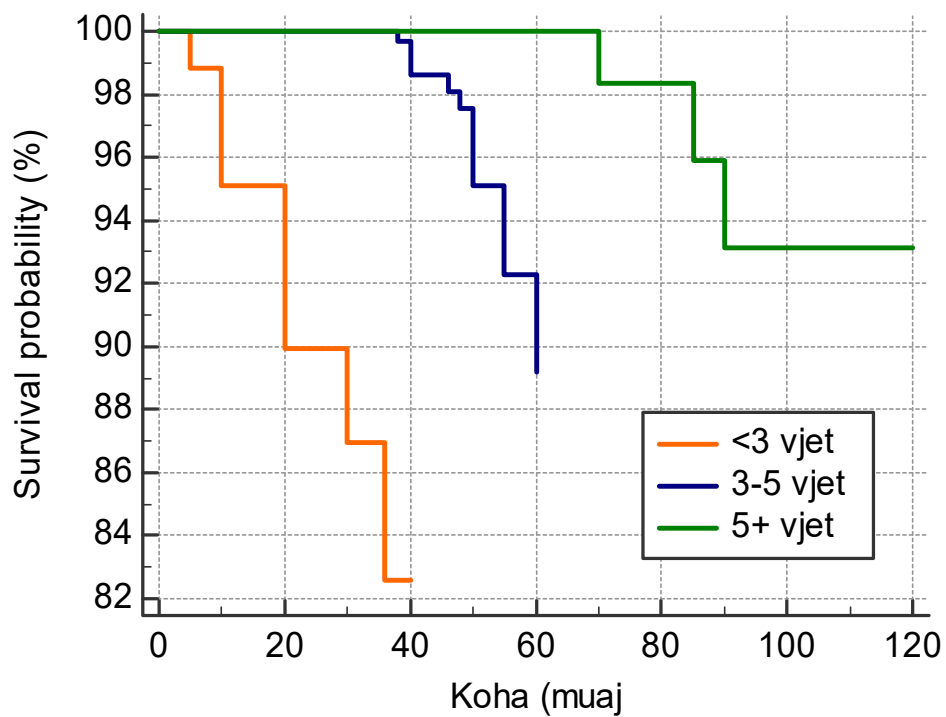
Komplikacionet biologjike janë shfaqur në 37 (12%) pacientë, ndërsa komplikacionet teknike janë shfaqur në 26 (8.4%) pacientë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.2). Në total, tek 309 pacientët të trajtuar me ura metal-qeramikë komplikacione janë shfaqur në 63 (20.4%) pacientë [95%CI 16.04 – 25.33]. Nga këto, biologjike ishin 37 (12 %), ndërsa komplikacione teknike ishin 26 (8,4%).

*Tabela 4.15 Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët me ura*

Komplikacionet	Total	Ura të shkurtra	Ura të gjata	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Biologjike (n= 37 )</b>				
Periodontit	8 (2.6)	5 (2.7)	3 (2.5)	0.2
Gingivit	6 (1.9)	4 (2.1)	2 (1.7)	
Hipersensibilitet	5 (1.6)	3 (1.6)	2 (1.7)	
Dhimbje në funksion	5 (1.6)	3 (1.6)	2 (1.7)	
Karies	8 (2.6)	5 (2.7)	3 (2.5)	
Frakturë e dhëmbit	5 (1.6)	3 (1.6)	2 (1.7)	
<b>Teknike (n=26)</b>				
Mospërputhje margjinale	8 (2.6)	5 (2.7)	3 (2.5)	
Frakturë e strukturës së porcelanit	9 (2.9)	5 (2.7)	4 (3.3)	
Shkollitja/decementim	9 (2.9)	3 (1.6)	6 (5.0)	
<b>Total</b>	<b>63 (20.4)</b>	<b>36 (19.2)</b>	<b>27 (22.3)</b>	



Grafiku 4.23 Tipi i komplikacioneve tek pacientët e trajtuar me ura fikse



Grafiku 4.24 Probabiliteti i shfaqjes së komplikacioneve gjatë ndjekjes në kohë

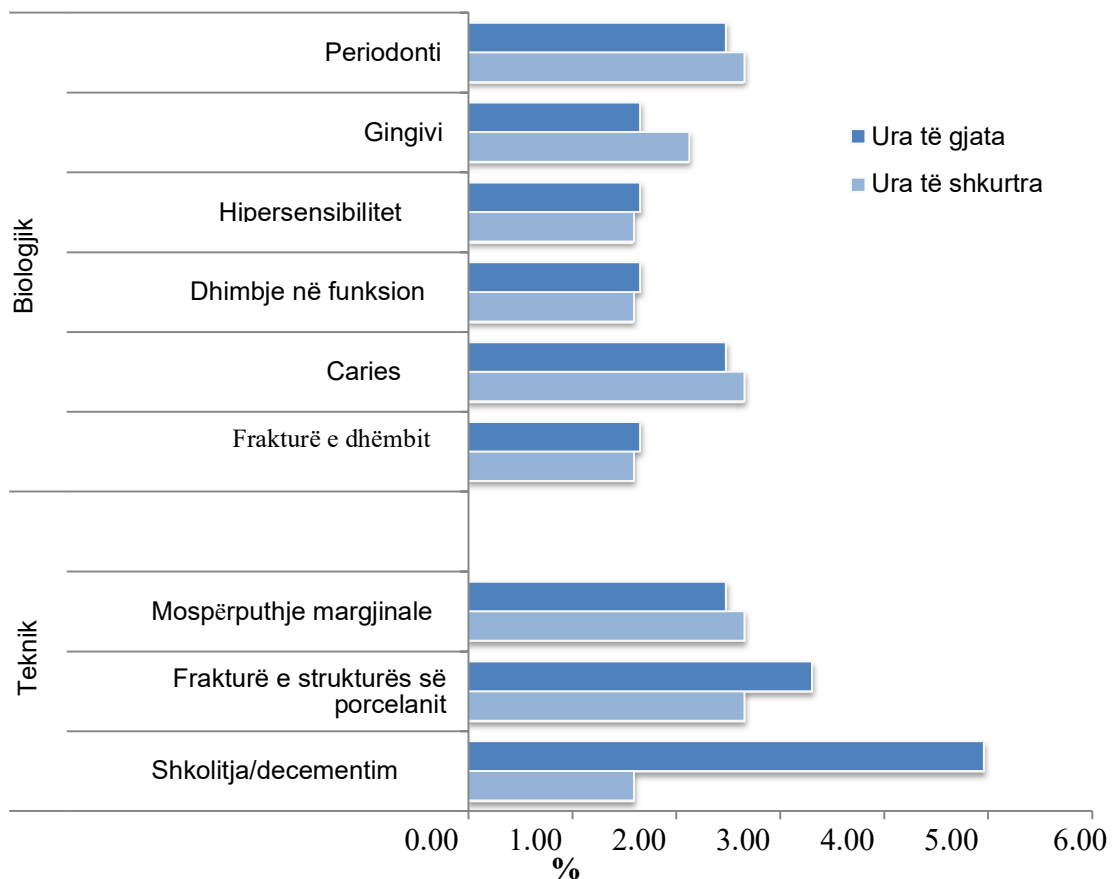
Në 53.7%, nga totali i 63 pacientëve me komplikacione, komplikacionet u shfaqën në periudhën e hershme (<3 vjet).

Në 32.2% të pacientëve, komplikacionet u shfaqën në periudhën e ndërmjetme (3-5 vjet).

Në 14% të pacientëve, komplikacionet u shfaqën në periudhën e vonshme (>5 vjet).

Incidenca më e madhe për të ndodhur komplikacione ishte në periudhën e hershme <3 vjet pas përfundimit të trajtimit të pacientit me urat fikse.

Për të vlerësuar jetëgjatësinë dhe komplikacionet e vona u morën në studim dy grupe pacientësh që mbanin ura të gjata dhe të shkurtra. Në lidhje me llojin e urës, komplikacione janë shfaqur në 36 (19.2%) nga 188 pacientët të trajtuar me ura të shkurtra dhe në 27 (22.3%) nga 121 pacientët të trajtuar me ura të gjata, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (p=0.5).



Grafiku 4.25 Frekuenca e komplikacioneve sipas llojit të urës

Në totalin e pacientëve me ura, komplikacionet biologjike më të shpeshta ishin: Periodontit 8 (2.6%), Gingivit 6 (1.9%), Hipersensibilitet 5 (1.6%), Dhimbje në funksion 5 (1.6%), Karies 8 (2.6%), Frakturë e dhëmbit 5 (1.6%).

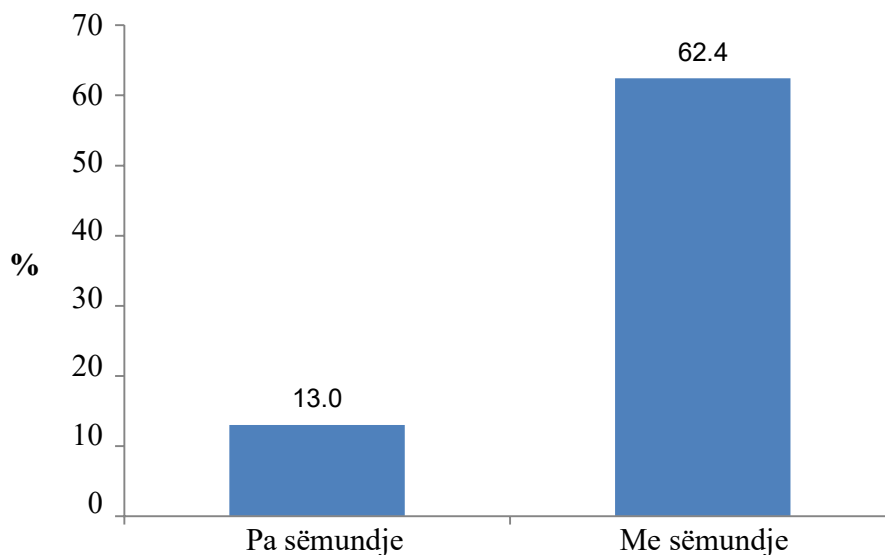
Nga komplikacionet teknike më të shpeshta janë: Mospërputhje marginale 8 (2.6%), Frakturë e strukturës së porcelanit 9 (2.9%), Shkollitja/decementim 9 (2.9%).

Periodontiti dhe gingivitis janë më të shpeshtë tek pacientët me ura të shkurtra, ndërsa shkollitja/decementimi tek pacientët me ura të gjata.

Vlerësimi i faktorëve të përgjithshëm dhe lokalë të riskut që ndikojnë në frekuencën e komplikacioneve biologjike dhe teknike

Tabela 4.16 Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët me sëmundje dhe pa sëmundje

Pa sëmundje n (%)		Me sëmundje n (%)		P
92	13.0	58	62.4	<0.01



Grafiku 4.26 Frekuenca e komplikacioneve tek pacientët me sëmundje dhe pa sëmundje

U vlerësuan komplikacionet që paraqesin disa variabla të grupit të pacientëve të përzgjedhur me sëmundje, që sipas rekordeve të kartelave prezantonin diabet, sëmundje imunitare, çrregullime hormonale, sëmundje CV e disa variabla të pacientëve që prezantonin faktorë risku me një grup kontrolli të pacientëve pa sëmundje. Mostra e marrë në studim përbënte 150 pacientë, nga të cilët 92 pa sëmundje dhe 58 pacientë me sëmundje.

Komplikacionet u shfaqën në 92 (13%) të pacientëve me sëmundje dhe në 58 (62.4%) të pacientëve pa sëmundje, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).

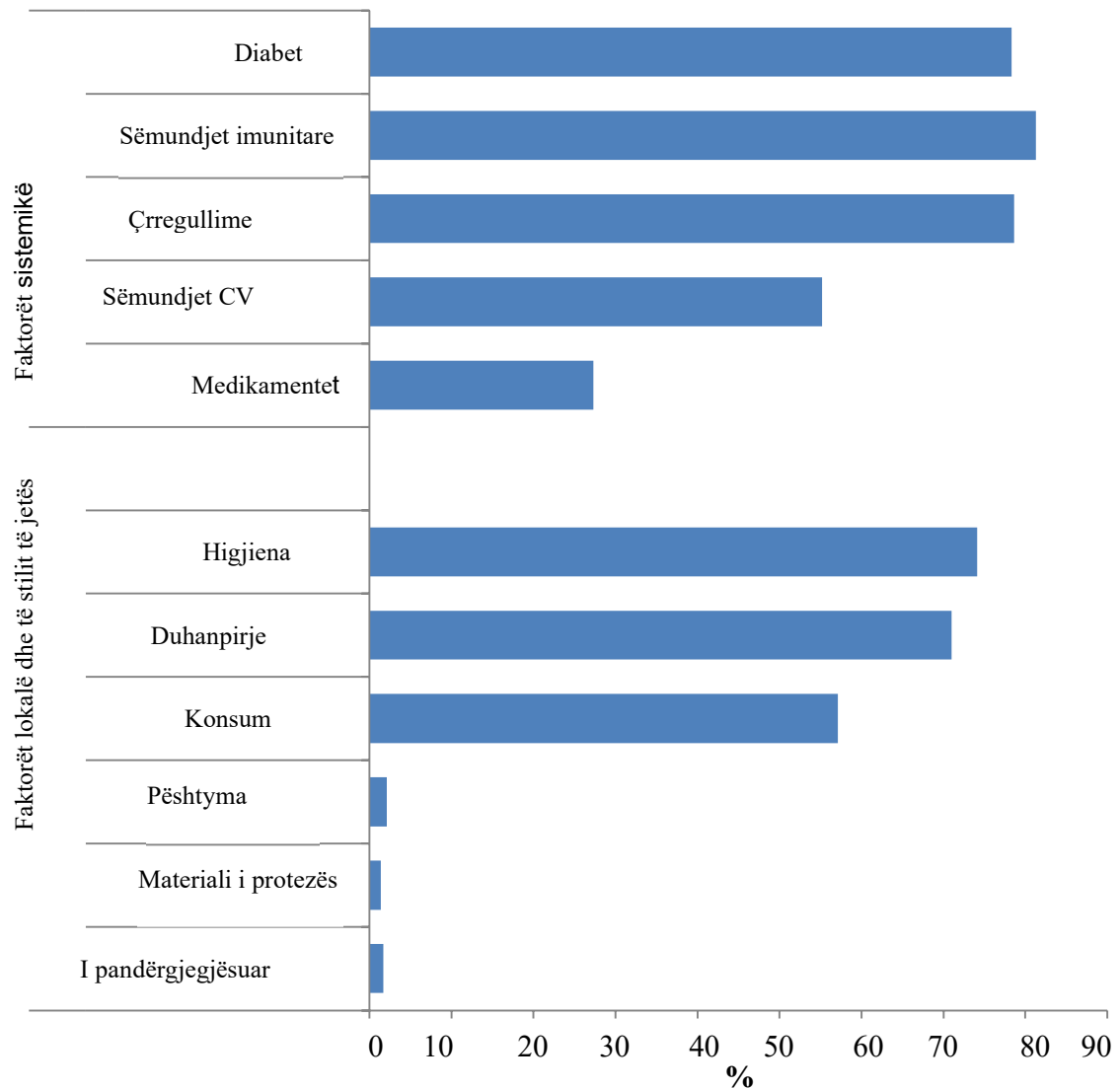
Risku relativ për komplikacion është 5.4 herë më i lartë tek pacientët që kanë sëmundje krahasuar me pacientët që nuk kanë sëmundje  $RR=5.4$   $95\%CI$  4.23 - 6.97  $P < 0.01$ .

Argumentet se duhani ndikon në grumbullimin e pllakës e për kohë të shkurtër ul fluksin e gjakut me vazokonstrukcion, faktorët sistematikë rrisin përgjigjen paradontale të faktorëve ngacmues lokalë. Diabeti ul përgjigjen imunitare dhe ka influencë mbi pështymën, na ndihmojnë për të kuptuar numrin e shtuar të komplikacioneve në gjetjen tonë.

Tabela 4.17 Frekuenca e komplikacioneve sipas karakteristikave klinike dhe stilit të jetës (N=150)

<b>Faktorët e riskut</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>P</b>
<b>Faktorët sistematikë</b>			
Diabet (n=23)	18	78.3	<b>0.01</b>
Sëmundjet CV (n=29)	13	44.8	0.7
Sëmundjet imunitare (n=16)	13	81.3	<b>0.02</b>
Çrregullime hormonale (n=14)	11	78.6	<b>0.01</b>
Medikamentet (n=11)	3	27.3	0.2
<b>Faktorët lokalë dhe të stilit të jetës</b>			
Duhanpirje (n=31)	22	71.0	<b>0.03</b>
Higjiena orale (n=27)	20	74.1	<b>0.02</b>
Konsum alkooli (n=14)	8	57.1	0.7
Pështyma	17	2.1	0.9
Materiali i protezës	11	1.4	0.9
Edukimi i pacientit			
I pandërgjegjësuar	14	1.7	0.9





Grafiku 4.27 Frekuenca e komplikacioneve sipas karakteristikave klinike dhe stilit të jetës

Faktorët sistematikë:

Komplikacione kanë shfaqur:

- shumica 18 (78.3%) nga 23 pacientët që vuanin nga diabeti, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.01$ );
- 13(81.3%) nga 16 pacientët që vuanin nga sëmundjet imunitare, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.02$ );
- 11 (78.6%) nga 14 pacientët që vuanin nga sëmundjet hormonale, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.01$ );
- 7 (55.2%) nga 14 pacientët që vuanin nga sëmundjet CV, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.7$ ).

Faktorët lokalë dhe të stilit të jetës

- 22 (71%) nga 31 pacientë që pinin duhan, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.03$ );
- shumica 20 (74.1%) nga 27 pacientë që kishin higjienë orale të dobët, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.02$ );
- 8 (57.1%) nga 14 pacientët që janë konsumues alkooli, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ( $p=0.7$ ).

Gjithashtu, komplikacione kanë shfaqur (27.3%) pacientë që përdorin medikamente (2.1%), pacientë me kserostomi (1.4%), pacientë nga materiali i protezës dhe (1.7%) pacientë të pandërgjegjësuar, por pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm. U identifikua se faktorët sistematikë dhe faktorët e stilit të jetesës ishin determinantë në prevalencën e komplikacioneve që shfaqnin në krahasim me grup kontrollin e pacientëve pa sëmundje dhe stil jetese abuziv.

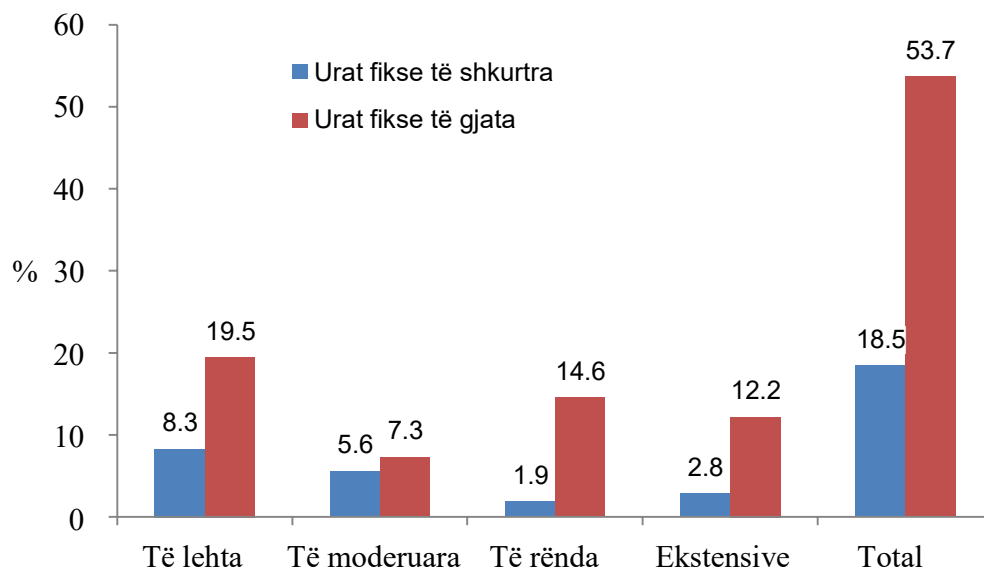
### **Komplikacionet e vona dhe mbijetesa e urave të gjata në raport me ato të shkurtra**

U ekzaminua mostra prej 90 pacientëve që kishin minimumi 5 deri 10 vjet që mbanin ura metal-qeramikë. Një pjesë e këtyre pacientëve u thirrën që të merrnin pjesë në ekzaminimin klinik, një pjesë kishin follow-up të rregullt çdo 6 muaj. U vlerësuan 108 ura të shkurtra dhe 41 ura të gjata.

U ekzaminua statusi klinik në momentin e paraqitjes dhe u bë ekzaminimi i komplikacioneve që paraqisnin në momentin e ekzaminimit. Komplikacionet u ndanë në të lehta, të moderuara, të rënda dhe ekstensive. Si komplikacion i rëndë dhe ekstensiv është kategorizuar humbja e funksionit të urës (shkollitja, decementim, thyerja e trupit të urës). Mostra e pacientëve u nda në ura të gjata dhe të shkurtra. Nga grupi i pacientëve që paraqisnin komplikacione të lehta dhe të moderuara u llogarit jetëgjatësia sipas urave të shkurtra e të gjata. Nga kartelat tip dolën edhe të dhëna subjektive në lidhje me higjienën orale e sodisfaksionin e pacientëve. Nga grupi me komplikacione të lehta u studiua mbijetesa kumulative që rezultoi 85% për urat e shkurtra.

Tabela 4.18 Komplikacionet e vonshme të urave të gjata dhe të shkurta fikse metal- qeramikë të ndarë në 4 grupe bazuar në vështirësinë e komplikacionit

Komplikacionet	Urat fikse të shkurtra n=108	Urat fikse të gjata n=41	P
	n (%)	n (%)	
<b>Komplikacionet e lehta</b>	9 (8.3)	8 (19.5)	<0.01
<b>Komplikacionet e moderuara</b>	6 (5.6)	3 (7.3)	
<b>Komplikacionet e rënda</b>	2 (1.9)	6 (14.6)	
<b>Komplikacionet ekstensive</b>	3 (2.8)	5 (12.2)	
<b>Total</b>	20 (18.5%)	22 (53.7)	



Grafiku 4.28 Komplikacionet e vonshme të urave të gjata dhe të shkurtra

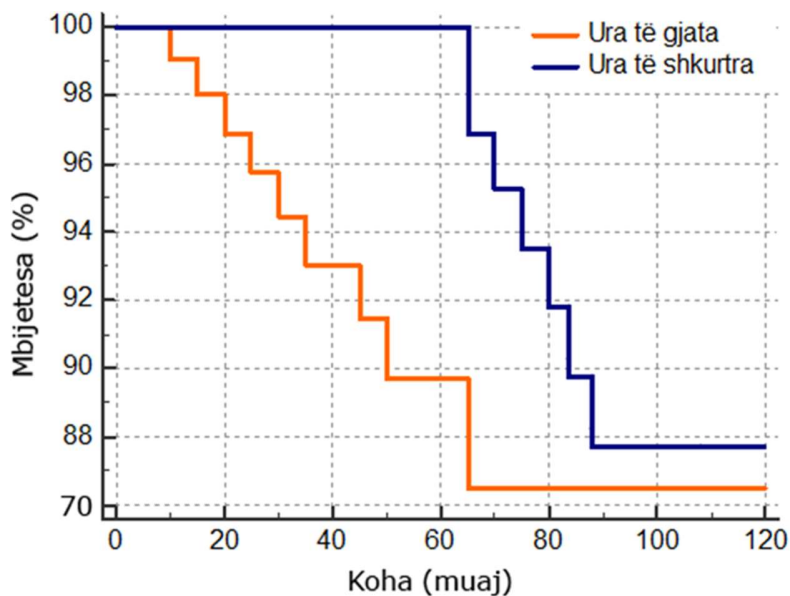
Në total, komplikacione u shfaqën në 20 (18.5%) nga 108 ura të shkurtra dhe në 22 (53.7%) nga 41 ura të gjata, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).

Tek urat e shkurtra:

- Komplikacione të lehta u shfaqën në 9 (8.3%) të urave.
- Komplikacione të moderuara u shfaqën në 6 (5.6%) të urave.
- Komplikacione të rënda u shfaqën në 2 (1.9%) të urave.
- Komplikacione ekstensive u shfaqën në 3 (2.8%) të urave.

Tek urat e gjata:

- Komplikacione të lehta u shfaqën në 8 (19.5%) të urave.
- Komplikacione të moderuara u shfaqën në 3 (7.3%) të urave.
- Komplikacione të rënda u shfaqën në 6 (14.6%) të urave.
- Komplikacione ekstensive u shfaqën në 5 (12.2%) të urave.



Grafiku 4.29 Mbijetesa e urave të shkurtra dhe të gjata tek pacientët

Dështimet u vlerësuan si humbje e urës. Mbijetesa kumulative ishte 74 % për urat e gjata dhe 85 % për urat e shkurtra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (Kaplan-Meier  $p < 0.001$ ).

## 5 DISKUTIM

Profili i popullatës së pacientëve që kërkon trajtim prostodontik është duke ndryshuar me kalimin e kohës. Studimet epidemiologjike kanë treguar se, me rritjen graduale të jetëgjatësisë, rritet edhe përqindja e individëve të moshuar në popullatë. Tendenca në këtë grup pacientësh është të mbajnë sa të jetë e mundur dhëmbët e tyre edhe në moshë të thyer dhe të rehabilitohen me proteza fikse dhe jo të lëvizshme (77,78). Kërkesa për të zëvendësuar dhëmbët e humbur ose të zhdukur me anë të protezave fikse është përherë në rritje jo vetëm në vendet e zhvilluara, por edhe në vendet në zhvillim anembanë globit. Meqenëse një protezë dentare fikse siguron ruajtje më të madhe dhe stabilitet, përveç komfortit, është pak a shumë e konsideruar si alternativa tjetër më e mirë për rehabilitimin krahas asaj me implantet.

Aftësitë dhe njohuritë e klinikistëve kanë rol jetik në jetëgjatësinë e protezave të pjesshme fikse. Protezat e dizenuara siç duhet jo vetëm që sigurojnë funksion të parashikueshëm, por gjithashtu rritin estetikën dhe justifikojnë koston ekonomike. Nga ana tjetër, një protezë e projektuar keq ka të ngjarë të dështojë para kohe dhe të çojë në dëmtime të pakthyeshme ndaj dhëmbëve dhe strukturave mbështetëse. Diagnoza gjithëpërfshirëse, vlerësimi dhe aftësitë teknike të mjekëve dhe teknikëve dentarë janë thelbësore në restaurimet fikse. Një kurorë është përshkruar si një mbulesë artificiale që rikthen strukturën e funksionin e humbur ose të dëmtuar të dhëmbit natyror, duke përdorur materiale të ndryshme. Ky material në studimin tonë ishte metal-porcelan. Kurora mund të përdoret në funksion estetik për të përmirësuar pamjen e dhëmbëve të dekoluar ose të keqformuar. Ato përdoren gjithashtu për të mbrojtur dhe për të rivendosur formën dhe funksionin e dhëmbëve, të cilat janë kompromentuar për shkak të rikonstruksioneve masive gjatë trajtimit konservativ të tyre nga: kariesi, procedurat endodontike, erozioni, konsumi, përtpypja ose trauma. Kurora funksionon gjithashtu si mbajtëse për protezat fikse të pjesshme.

Një protezë fikse e pjesshme është një protezë dentare që zëvendëson dhëmbët natyrorë të humbur, duke u mbështetur mbi dhëmbë shtyllë natyrorë ose mbi implante. Kjo quhet mbështetje primare (1). Komplikacionet më të shumta u parashikuan të grumbullohen në urat fikse të gjata.

Në disa raste, preparimet e dhëmbëve shtyllë mund ta tejkalojnë masën me qëllim eliminimin e undercutëve (shkallëve). Gjithashtu, në fazën teknike të përgatitjes së urave shfaqen shumë probleme në lidhje me derdhjen dhe përshtatjen e urës me modelet. Nuk ka një pikëpamje të qëndrueshme në lidhje me faktin nëse gjatësia e urës fikse ndikon ose jo në jetëgjatësinë e tyre. Hulumtuesit kanë arritur në përfundimin se urat e gjata (4 ose më shumë elemente) dështuan më shpesh sesa ato më të shkurtra, ndërsa në studimet e Glantz PO and Nilner K (84), gjatësia e urës nuk kishte ndikim në nivelin e mbijetesës së urave fikse.

Sistemet metal-porcelani u zhvilluan me qëllimin e përmirësimit të estetikës dhe nivelit të mbijetesës. Bazuar në raporte të ndryshme nga ajo epokë, klinikistët konsideronin që restaurimet metal-porcelani ishin më estetike (85), ndërsa restaurimet metal-rezinë ose

restaurimet metal-porcelani me kufijtë metalikë (margin) besohet të tregojnë përshtatje më të mirë marginale.

Abrazioni i dhëmbëve antagonistë fillimisht u përshkrua si një problem klinik në restaurimet me metal-porcelan për shkak të fortësisë relativisht të lartë të materialit veshës së tyre me porcelan. Shfaqja e thyerjeve të porcelanit ka qenë një problem i mëtejshëm lidhur me strukturën komplekse të restaurimeve metal-porcelani, me gjithë zhvillimin e sistemeve speciale të riparimit intraoral (85).

Për më tepër, hemorragjia gingivale dhe thellimi i xhepave gingivale u përshkruan si efekte negative të restaurimeve metal-porcelani, potencialisht për shkak të thellësisë jo adekuate të përgatitjes së dhëmbëve në nivel cervical. Përkundër këtyre mangësive fillestare, të cilat rezultojnë në jetëgjatësi të komprometuar (88), restaurimet metal-porcelani kanë gjetur një përdorim të përhapur.

Të pritshme kanë qenë situata klinike ekstreme të raportuara, si p.sh. restaurimet me shumë njësi, dhëmbët shtyllë të dyshimtë dhe me situatë të avancuar periodontale.

Ky është një studim kohort që përfshin pacientët që trajtohen me proteza fikse metal-porcelani në një klinikë dentare në qytetin e Tiranës. Qëllimi specifik i studimit ishte vlerësimi i komplikacioneve kryesore lidhur me urat fikse të porcelanit dhe të kurorave gjatë viteve dhe vlerësimi i mbijetesës, veçanërisht urave të gjata në raport me ato të shkurtra. Në studim u vlerësuan kurorat dhe protezat e pjesshme fikse gjatë një periudhe dhjetëvjeçare, 2006-2016. Në fillim të ekzaminimit, subjektet e përfshira në studim u pyetën nëse kishin patur dhimbje ose ndjenja të tjera rreth urave apo nëse kishin patur ndonjë komplikacion. Në pjesën klinike të ekzaminimit janë vlerësuar: raporti okluzal dhe interferencat e tij, gjendja e mukozës së gojës, kushtet periodontale (higjiena, gurëzat, xhepat, si dhe hemorragjia gingivale), kariesi dhe lëvizshmëria e dhëmbëve shtyllë. Gjithashtu, u shqyrtuan edhe: ngjyra, stabiliteti, struktura e bazës së urës dhe forma e tyre. Ekzaminimi klinik përfundoi me radiografi panoramike dhe intra-orale të dhëmbëve shtyllë. Kartelat e pacientëve të paraqitur u ekzaminuan për të marrë informacion të mëtejshëm lidhur me komplikacionet e trajtimeve të bëra më parë në klinikën tonë. Komplikacionet u klasifikuan në dy kategori; biologjike dhe teknike, dhe u raportuan në total për kurora dhe ura, jo për secilin pacient.

Në studim morën pjesë 803 pacientë me moshë mediane 41.7 ( $\pm 12.6$ ) vjeç, (rang 23-65 vjeç). Në mënyrë të përmbledhur, karakteristikat sociodemografike të tyre paraqiten në tabelën 4.1 dhe statistikën për moshën në tabelën 4.2. 336 (42 %) e pacientëve janë meshkuj dhe 467 (58%) femra. Vërehet që mosha mesatare e femrave është ( $M=40.0 \pm 12.3$ ) pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm me moshën e rasteve meshkuj ( $M=43.4 \pm 12.7$ ),  $t=2.1$   $p=0.5$  (fig. 4.1; 4.2).

Në grupmoshën  $\leq 30$  vjeç janë 14.6% e pacientëve, në grupmoshën 31-50 vjeç janë shumica e pacientëve ose 47.2% e tyre, ndërsa në moshën  $>50$  vjeç janë 38.2%.

Mosha mesatare e pacientëve të trajtuar me ura fikse është 42 ( $\pm 10.4$ ), ndërsa mosha mesatare e pacientëve të trajtuar me kurora është 40 ( $\pm 9.2$ ), pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre. Në lidhje me gjininë, me kurora janë trajtuar 69% meshkuj dhe 31% femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. Frekuenca më e ulët e trajtimit me kurora është në grupmoshën  $\leq 30$  vjeç në 14.6% pacientë. Shumica e pacientëve (48.2%) i

përkasin grupmoshës 31-50 vjeç, e cila ka frekuencën më të lartë të trajtimit, ndërsa 37.2% pacientë i përkasin grupmoshës > 50 vjeç. 74.3% pacientë banojnë në zonën urbane, ndërsa 11.7% në zonën rurale.

Në total në studim janë përdorur 1094 kurora dhe 511 ura fikse.

Gjatë periudhës së studimit janë trajtuar 803 pacientë, nga të cilët 28.4% e tyre janë trajtuar vetëm me ura fikse (95%CI 25.30 – 10.65); 61.5% janë trajtuar vetëm me kurora (95%CI 58.03 – 64.88) dhe 10.1% e totalit me një trajtim të kombinuar, me ura fikse dhe kurora (95%CI 8.10 – 12.39).

Në total, me ura fikse janë trajtuar 38.5% pacientë, ndërsa me kurora janë trajtuar 71.6% pacientë. Nga 309 pacientët e trajtuar me ura fikse, 25.7% e tyre janë trajtuar me ura konvencionale, ndërsa 7.1% e tyre me ura kantilever.

Nga shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve mbizotëron kariesi në shumicën e pacientëve, 395 (68.7%) ndjekur nga: periodontiti në 93 (16.2%) pacientë; trajtimi endodontik në (13.6%) pacientë dhe trauma në (1.6%) pacientë.

Arsyet për trajtim me kurora teke porcelani ishin: Punim i gjerë restaurues (48%), Restaurim i dhëmbit me vidë (17%), Dhëmbë mbajtës për protezë të lëvizshme (9%), Estetikë (7%), Rinovim i kurorave të vjetra (7%), Dhëmbi i qumështit (5%), Korrektimi i planit të okluzionit (4%), Simptomat e TMJ-së (3%). Shumica e kurorave, 702 nga totali prej 1094 kurorash ose 64.2% e tyre u përgatitën për maksilën, ndërsa 35.8% e tyre u përgatitën për mandibulën.

Në maksilë mbizotërojnë premolarët e parë në të dy kuadratet me nga 25.6% dhe 24.5% të totalit të kurorave të secilit kuadrat. Gjithashtu, vërehet edhe një përqindje e lartë dhe incizive në të dy kuadratet me nga përkatësisht 32.5% dhe 40.5%, ndërsa në kuadratin II, frekuenca e kanineve është më e lartë (17.4%) krahasuar me kuadratin I (12.3%). Në mandibul vërehet një shpërndarje e përafërt e kurorave në të dy kuadratet me mbizotërim të kurorave tek premolarët me nga përkatësisht 57.3% dhe 54%.

Me 1 kurorë janë trajtuar shumica e pacientëve, 266 (46.3) prej 575 pacientëve; me 2 kurora 153 (26.6%) e pacientëve; me 3 kurora 102 (17.7%) e pacientëve dhe me 4 kurora 54 (9.4%) e pacientëve.

Me 1 urë janë trajtuar shumica e pacientëve (46.3) prej 309 pacientëve; me 2 ura 19.1% e pacientëve; me 3 ura 14% e pacientëve dhe me 4 ura 6.1% e pacientëve.

Nga indikacionet për trajtim me ura fikse mbizotërojnë: dhëmbi/dhëmbët e ekstraktuar në shumicën e pacientëve (41.7%); ekstraktimi për shkak frakturë të dhëmbit (15.2%); ekstraktimi për arsye periodontal (12.3%); ekstraktim për arsye kariesi të thellë (7.1%); rinovim i urës fikse (9.4%); zëvendësim i protezave të lëvizshme të pacientëve (5.2 %); simptomat e TMJ-së plus okluzion (4.5%); dëmtim-frakturë e bazës metalike (2.3%); abrazioni dhe atricioni (0.6%); estetikë (1.6%).

Në mandibulën anteriore janë përdorur gjithsej 90 ura, në mandibulën posteriore 169 dhe në harkun e plotë 53 ura. Në maksilën anteriore janë përdorur gjithsej 50 ura, në maksilën posteriore 123 dhe në harkun e plotë 26 ura.

Dhëmbët shtyllë të përdorura më shpesh ishin molari i parë mandibular, kanini dhe molari i dytë.

Dhëmbët intermediarë më të zakonshëm ishin premolarët e sipërm, majtas dhe djathtas (22% e të gjithë intermedierëve). Intermediarë të tjerë më të zakonshëm ishin molarët e parë sipër dhe poshtë dhe kaninët e sipërm majtas. Dentografia natyrale ishte prezente në okluzionin e urave fikse në shumicën e rasteve.

Në lidhje me lokalizimin e urave, gjithsej në maksilë ura janë përdorur në 58.3% pacientë, ndërsa në mandibul ura janë përdorur në 41.7% pacientë, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre. Gjithsej në maksilë janë përdorur 312 ura, ndërsa në mandibul 199 ura.

Te 309 pacientët të cilët janë trajtuar me ura fikse mbizotërojnë urat e shkurtra, në 60.8% [95%CI 55.11 – 66.27] të tyre, ndërsa me ura të gjata janë trajtuar 39.2% pacientë [95%CI 33.72 – 44.88]. Dhëmbë shtyllë janë përdorur në 36.9% pacientë [95%CI 31.50 – 42.54], ndërsa intermediarë janë përdorur në 63.1% pacientë [95%CI 57.45 – 68.49]. Numri total i urave të shkurtra është 341, ndërsa i urave të gjata është 170. Numri total i dhëmbë shtyllë është 1254, ndërsa i intermediarëve është 715. Në lidhje me gjininë me ura fikse janë trajtuar 67.3% meshkuj dhe 32.7% femra, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ndërmjet tyre. Frekuenca më e ulët e trajtimit me ura është në grupmoshën ≤30 vjeç në 9.4% pacientë. Shumica e pacientëve (51.5%) i përkasin grupmoshës 31-50 vjeç, e cila ka frekuencën më të lartë të trajtimit, ndërsa (39.2%) pacientë i përkasin grupmoshës > 50 vjeç. 88.3% pacientë banojnë në zonë urbane, ndërsa 11.7% në zonën rurale.

Komplikacionet e hershme - Pas trajtimit të pacientëve (6 muaj deri në 2 vjet) u bë vlerësimi i komplikacioneve primare. U identifikuan një seri komplikacionesh biologjike dhe teknike, të përshkruara si më poshtë.

Komplikacione biologjike: Grupi i pacientëve u studiuan nga viti 2012 -2015 nga autori. Në 3 vjet u trajtuan 78 pacientë, nga të cilët 42 femra dhe 36 meshkuj të moshës 28-73 vjeç, me moshë mediane 44.2 vjeç. Gjithsej u bënë 129 ura fikse, nga këto 358 ishin dhëmbë shtyllë dhe 204 dhëmbë intermedier. U vu re që komplikacionet primare të këtij grupi ishin më pak frekvente si rezultat i punimit Cad-Cam.

Komplikacionet biologjike dhe teknike ishin më të ulëta në pacientët e trajtuar në periudhën 2012–2015 me ndryshim statistikor të rëndësishëm me periudhën 2006–2011.

Nga komplikacionet biologjike u vunë re sipas periudhave: Papillit (27.1% dhe 37.7%); Gjakosje gingivare (77.5% dhe 87.7%); Mospërputhje marginale (22.0% dhe 31.9%); Karies aproksimal i dhëmbëve kufi me ankoruesin (47.0% dhe 61.8%); Trauma e mukozës së procesit alveolar (44.0% dhe 52.1%); Xhepa periodontal (24.8% dhe 34.3%); Rezorbim kockor (21.7% dhe 30.1%); Nekrozë pulpare dhe periodontit periapikal (7.8% dhe 13.4%);



Trauma primare okluzioni dhimbje në përtypje (18.6% dhe 26.7%). Ndër komplikacionet teknike përmendim: Frakturë qeramike (3.9% dhe 6.3%); Decementime (3.9% dhe 7.3%); Frakturë e bazës metalike (0.8% dhe 2.1%); Thyerje e rrënjës (0.8% dhe 2.4%); Pakënaqësi estetike (ngjyra, forma) (15% dhe 24.3%).

Komplikacionet dhe jetëgjatësia - Komplikacionet e kurorave teke metal-qeramikë.

Në total, tek pacientët e trajtuar me kurora, komplikacione janë shfaqur në 87 (15.1%) pacientë [95%CI 12.27 – 18.29].

Në 8.9% pacientë janë shfaqur komplikacione biologjike, ndërsa në 36 (6.3%) pacientë janë shfaqur komplikacione teknike, pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre,  $p=0.1$ .

Komplikacionet biologjike më të shpeshta ishin: gingivit në 14 (2.4%) pacientë, periodontit në 11 (1.9%) pacientë, karies në 8 (1.4%) pacientë, frakturë e kultit në 7 (1.2%) pacientë, dhimbje në funksion në 6 (1%) pacientë. Ndër komplikacionet teknike më të shpeshta përmendim: mospërputhje marginale në 13 (2.3%) pacientë, shkollitje/decementim në 10 (1.7%) pacientë, frakturë e strukturës së porcelanit në 7 (1.2%) pacientë, dëmtim si rezultat i restaurimit të mëparshëm në 6 (1%) pacientë.

Në lidhje me restoracionin e mëparshëm, komplikacionet e kurorave janë më të shpeshta (65.5%) te këta pacientë krahasuar me pacientët që nuk kanë kryer restoracion të mëparshëm (34.5%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. Mbijetesa Kaplan Meier e kurorave teke nga të gjitha shkaqet ishte 90% (humbje e dhëmbit ose humbja e kurorës).

Komplikacionet e urave metal-qeramikë: Komplikacionet biologjike janë shfaqur në 37 (12%) pacientë, ndërsa komplikacionet teknike janë shfaqur në (8.4%) pacientë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. Në total, tek pacientët e trajtuar me ura komplikacione janë shfaqur në (20.4%) pacientë [95%CI 16.04 – 25.33].

Për të vlerësuar jetëgjatësinë dhe komplikacionet e vona u morën në studim dy grupe pacientësh që mbanin ura të gjata dhe të shkurtra. Në lidhje me llojin e urës, komplikacione janë shfaqur në 36 (19.2%) nga 188 pacientët e trajtuar me ura të shkurtra dhe në (22.3%) 121 pacientët e trajtuar me ura të gjata, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.

Në totalin e pacientëve me ura, komplikacionet biologjike më të shpeshta ishin: periodontit (2.6%), gingivit (1.9%), hipersensibilitet (1.6%), dhimbje në funksion (1.6%), karies (2.6%), frakturë e dhëmbit (1.6%). Ndërsa ndër komplikacionet teknike, më të shpeshtat ishin: mospërputhje marginale (2.6%), frakturë e strukturës së porcelanit (2.9%), shkollitje/decementim (2.9%).

Periodontiti dhe gingiviti janë më të shpeshtë tek pacientët me ura të shkurtra, ndërsa shkollitja/decementimi tek pacientët me ura të gjata.

Komplikacionet u shfaqën në 13% të pacientëve pa sëmundje dhe në 62.4% të pacientëve me sëmundje, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. Risku relativ për

komplikacion është 5.4 herë më i lartë tek pacientët që kanë sëmundje krahasuar me pacientët që nuk kanë sëmundje (RR=5.4 95% CI 4.2392 në 6.9723 P < 0.01).

Në lidhje me faktorët sistematikë të riskut, komplikacione kanë shfaqur: shumica (78.3%) nga 23 pacientët që vuanin nga diabeti, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm; (81.3%) nga pacientët që vuanin nga sëmundjet imunitare, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm; (78.6%) nga pacientët që vuanin nga sëmundjet hormonale, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm; (55.2%) nga pacientët që vuanin nga sëmundjet CV, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Nga faktorët lokalë dhe të stilit të jetës komplikacione kanë shfaqur 71% nga pacientët që pinin duhan, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm; shumica (74.1%) nga pacientët që kishin higjienë orale të dobët, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm; 57.1% nga pacientët që janë konsumues alkooli, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Gjithashtu, komplikacione kanë shfaqur (27.3%) pacientë që përdorin medikamente (2.1%) pacientë me kserostomi, (1.4%) pacientë nga materiali i protezës, dhe (1.7%) pacientë të pandërgjegjësuar por pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

*U ekzaminua mostra prej 90 pacientëve nga 5 -10 vjet. Një pjesë e këtyre pacientëve u thirrën që të merrnin pjesë në ekzaminimin klinik, një pjesë kishin follow-up të rregullt, çdo 6 muaj. U vlerësuan 108 ura të shkurtra dhe 41 ura të gjata.*

*U ekzaminua statusi klinik në momentin e paraqitjes dhe u bë ekzaminimi i komplikacioneve që paraqisnin. Komplikacionet u ndanë në: të lehta, të moderuara, të rënda dhe ekstensive.*

*Në total komplikacione u shfaqën në 18.5% nga 108 ura të shkurtra dhe në 53.7% nga 41 ura të gjata, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.*

*Dështimet u vlerësuan si humbje e urës. Mbijetesa kumulative ishte 74% për urat e gjata dhe 85% për urat e shkurtra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (Kaplan-Meier).*

Pacientët që mbajnë FPD kanë një pranueshmëri të lartë, por disa kanë komplikacione që mund të çojnë në dështim. Kariesi dhe leziona të tjera të dhëmbëve mbajtës, rreziku i komplikacioneve teknike, të tilla si humbja e mbështetjes dhe fraktura e superstrukturës janë nga komplikacionet më të zakonshme. Komplikacionet janë kushte që ndodhin gjatë ose pas procedurave të rregullta protetike fikse. Megjithatë, kategorizimi ose klasifikimi i komplikacioneve të lidhura me protezat fikse është i vështirë. Në studime të veçanta, kariesi dhe humbja e mbështetjes u gjetën si ngjarjet kryesore që komplikojnë performancën e tyre. Sipas Walton et al (90), në një studim me 15 vjet ndjekje që përfshinte 515 raste, u konstatua një nivel komplikacionesh prej 65% në formën e thyerjes së dhëmbëve mbështetës dhe periodontale, të cilat shkaktuan dështimin e FPD-së. Studimet prospektive kanë treguar se, pavarësisht nga natyra dhe lloji i tyre, komplikacionet kanë nevojë për modifikime të gjera ose edhe zëvendësimin dhe rifreskimin e FPD-së në 50-60% të rasteve gjatë një periudhe pasuese 10-vjeçare.

Për restaurimet e derdhura metal-porcelan, në literaturë janë raportuar reaksione alergjike për shkak të llojeve të ndryshme të metaleve të përdorur për derdhje (krom-cobalt).

Megjithatë, shëndeti gingival rreth restaurimeve metal-porcelani u raportua të ishte më pak i kompromentuar.

Vlerësimi dhe krahasimi i të dhënave për studime mbi jetëgjatësinë dhe komplikacionet e FPD-së është i vështirë, për shkak të shumë arsyeve që përfshijnë mungesën e standardizimit lidhur me popullatën e pacientëve dhe materialeve të përdorura, teknikave të ndryshme të trajtimit nga klinikistët dhe teknikët dentarë me aftësi e nivele të ndryshme përvojë, të cilat padyshim ndikojnë mbi rezultatin tek pacientët.

Klinikistë të ndryshëm kanë përdorur material, parametra dhe kritere të ndryshme për suksesin dhe dështimin, gjë që e bën krahasimin edhe më të vështirë. Për të lehtësuar vlerësimin e të dhënave për sukses, është e nevojshme të kryhet një studim prospektiv i rastësishëm mjaftueshëm me aspekte të mirëpërcaktuara duke përfshirë: standardizimin e parametrave të përgatitjes së dhëmbëve, përzgjedhjen e popullatës së pacientëve të kontrolluar, përdorimin e procedurave laboratorike të standardizuara të kryera nga teknikë dentarë të kualifikuar dhe edukimin e pacientit e motivimin ndaj regjimit të mirëmbajtjes së standardizuar të higjienës orale.

Megjithatë, protezat fikse metal-qeramikë të përdorura globalisht kanë kryer funksione të kënaqshmeduke mbijetuar për një periudhë të gjatë (10-20 vjet), sidomos kur ofrohen në kushte ideale nga specialistët dentarë. De Backer (68) studioi komplikacionet biologjike, teknike dhe nivelet e tyre në 124 pacientë. Shumë prej komplikacioneve në studimin e tyre ndodhën brenda vitit. Në këtë studim, decementimi, problemet okluzale, janë më pak të shprehura.

Një rang i gjerë i niveleve të mbijetesës për protezat fikse metal-porcelani është përcaktuar nga autorë të ndryshëm, duke filluar nga 92.8% në 98.0% pas 36 muajsh dhe nga 84% në 87% pas 60 muajsh (93). Një studim prospektiv i kohëve të fundit, madje, raportoi një nivel mbijetese prej 94.4% të kurorës mbajtëse të protezës fikse pas 132 muajve të funksionit. Okstad (73) kreu një rishikim sistematik të literaturës mbi ngjarjet klinike negative të lidhura me FPD-së. Ai studioi komplikacionet biologjike (p.sh. sëmundjet e kariesit, pulpës dhe periodontale), si dhe komplikacionet teknike (p.sh. humbja e mbajtjes dhe frakturat). Parametrat e përdorura për të përshkruar performancën klinike të protezave fikse ishin “Suksesi” nëse ajo mbeti e paprekur pa ndonjë komplikacion dhe “Mbijetesa” nëse ndonjë nga ngjarjet negative të lidhura me to nuk rezultoi në një dështim. Incidenca e llojeve të ndryshme të ngjarjeve të padëshiruara lidhej me kohën kumulative të ekspozimit të protezave fikse dhe janë raportuar si “nivele të dështimit” ose “nivele të komplikacioneve” të llojeve të veçanta të ngjarjeve të padëshirueshme.

Niveli i mbijetesës 10-vjeçare protezës fikse ishte 89% (CI: 81-94%) dhe shkalla e suksesit ishte 71% (CI: 48% -85%). Rreziku i humbjes gjatë 10 viteve të shkaktuara nga karies është 2.6%, nga thyerja e dhëmbit mbajtës 2.1% dhe periodontiti përbënte një rrezik 0.5% të dështimit. Rreziqet e vlerësuara të komplikimeve të restaurueshme për protezat fikse gjatë 10 viteve janë humbja 6.4% e mbajtjes dhe 3.2% rreziku i thyerjeve të materiale të çdo lloji. Rreziku i vlerësuar i komplikacioneve të kultit në lidhje me kariesin është 9.5% dhe rreziku i humbjes së vitalitetit të pulpës është 10% gjatë 10 viteve. Në studimin aktual, niveli i komplikacioneve dhe i dështimit ishte i krahasueshëm me studimin e Oxtad-it.

Shumë faktorë, si: aftësitë klinike, teknikat laboratorike dhe ndërgjegjësimi i pacientëve mund të jenë përgjegjës. Rezultatet e këtij studimi zbuluan se frakturat e porcelanit mund të shpjegohen pjesërisht nga dobësimi i materialeve të përdorura, gjetje kjo e cila mbështetet nga studimi i kryer nga Okstad (73).

Nevoja për trajtim me ura fikse konvencionale duket të jetë më e lartë tek pacientët mbi 50 vjeç (101-102). Informacioni i mbledhur në lidhje me rezultatet e studimit do t'u mundësojë mjekëve stomatologë të ofrojnë opsione të përshtatshme trajtimi me një parashikim të mirë të rezultateve të pritshme. Njohuritë e komplikacioneve dhe shkaqeve të dështimit zbuluan fazat e ndryshme të trajtimit, në të cilat duhet punuar më tepër për të përmirësuar cilësinë dhe jetëgjatësinë e kurorave dhe urave fikse që u ofrohen pacientëve në klinikat dentare (104-106).

## 6 PËRFUNDIME

Nga studimi u arrit në përfundimet si më poshtë vijon, renditur respektivisht sipas objektivave.

Lidhur me objektivin 1, përfundimet me ndryshime statistikore të rëndësishme rezultuan:

- Moshja e pacienteve femra rezultoi pa ndryshim statistikor të rëndësishëm në lidhje me moshën e pacientëve meshkuj.
- Shumica e pacientëve që u morën në studim i përkisnin grupmoshës 31-50 vjeç. Frekuenca më e ulët e trajtimit me kurora ishte grupmosha më e vogël se 20 vjeç.
- Frekuenca e pacientëve të trajtuar me kurora ishte më e lartë se ajo e pacientëve të trajtuar me ura fikse.
- Shkaqet e humbjes së dhëmbëve që mbizotëronin ishin: kariesi, periodontit, trajtim endodontik jo korrekt dhe traumat okluzale. Shumica e shpërndarjes së kurorave u përgatitën në maksilë.

Përfundime të tjera më të detajuara lidhur me këtë objektiv përmendim:

- Gjatë periudhës së studimit janë trajtuar 803 pacientë, nga të cilët 28.4% e tyre janë trajtuar vetëm me ura fikse; (61.5%) janë trajtuar vetëm me kurora dhe 10.1% e totalit me një trajtim të kombinuar, me ura fikse dhe kurora.
- Moshja mesatare e pacientëve të trajtuar me ura fikse është 42 ( $\pm 10.4$ ) ndërsa moshja mesatare e pacientëve të trajtuar me kurora është 40 ( $\pm 9.2$ ), pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p=0.2$ ).
- Në lidhje me gjininë, me kurora janë trajtuar (69%) meshkuj dhe (31%) femra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p<0.01$ ). Frekuenca më e ulët e trajtimit me kurora është në grupmoshën  $\leq 30$  vjeç në (14.6%) pacientë. Shumica e pacientëve (48.2%) i përkasin grupmoshës 31-50 vjeç, e cila ka frekuencën më të lartë të trajtimit, ndërsa (37.2%) pacientë i përkasin grupmoshës  $> 50$  vjeç. 74.3% pacientë banojnë në zonën urbane, ndërsa 11.7% në zonën rurale.
- Në total, në studim janë përdorur 1094 kurora dhe 511 ura fikse.
- Në total, me ura fikse janë trajtuar 38.5% pacientë, ndërsa me kurora janë trajtuar 71.6% pacientë.
- Nga 309 pacientët e trajtuar me ura fikse, 25.7% e tyre janë trajtuar me ura konvencionale, ndërsa 22 (7.1%) e tyre me ura kantilever.

- Nga shkaqet e humbjes/dëmtimit të dhëmbëve mbizotëron karies në shumicën e pacientëve, 395 (68.7%) ndjekur nga: periodontiti në 93 (16.2%) pacientë, trajtimi endodontik në 78 (13.6%) pacientë dhe trauma në 9 (1.6%) pacientë.
- Arsyet për trajtim me kurora teke porcelani ishin: Punim i gjerë restaurues (48%), Restaurim i dhëmbit me vidë (17%), Dhëmbë mbajtës për protezë të lëvizshme (9%), Estetikë (7%), Rinovim i kurorave të vjetra (7%), Dhëmbi i qumështit (5%), Korrektimi i planit të okluzionit (4%), Simptomat e TMJ-së (3%).
- Shumica e kurorave, 702 nga totali prej 1094 kurorash ose 64.2% e tyre u përgatitën për maksilën, ndërsa 35.8% e tyre u përgatitën për mandibulën.
- Në maksilë mbizotërojnë premolarët e parë në të dy kuadratet me nga 25.6% dhe 24.5% të totalit të kurorave të secilit kuadrat.
- Gjithashtu, vërehet edhe një përqindje e lartë dhe e incizivëve në të dy kuadratet me nga përkatësisht 32.5% dhe 40.5%, ndërsa në kuadratin II, frekuenca e kanineve është më e lartë (17.4%) krahasuar me kuadratin I (12.3%).
- Në mandibul vërehet një shpërndarje e përafërt e kurorave në të dy kuadratet me mbizotërim të kurorave tek premolarët me nga përkatësisht 57.3% dhe 54%.
- Me 1 kurorë janë trajtuar shumica e pacientëve, (46.3%) prej 575 pacientëve; me 2 kurora 26.6% e pacientëve; me 3 kurora 17.7% e pacientëve dhe me 4 kurora 9.4% e pacientëve.
- Me 1 urë janë trajtuar shumica (46.3%) prej 309 pacientëve; me 2 ura 59 (19.1%) e pacientëve; me 3 ura 14% e pacientëve dhe me 4 ura 6.1% e pacientëve.
- Nga indikacionet për trajtim me ura fikse mbizotërojnë: dhëmbi/dhëmbët e ekstraktuar në shumicën e pacientëve, (41.7%) të tyre; ekstraktimi për shkak frakture të dhëmbit (15.2%).
- Në lidhje me lokalizimin e urave, gjithsej në maksilë ura janë përdorur në 180 (58.3%) pacientë, ndërsa në mandibul ura janë përdorur në 129 (41.7%) pacientë, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.
- Gjithsej në mandibul janë përdorur 312 ura, ndërsa në maksilë 199 ura.
- Në 309 pacientët, të cilët janë trajtuar me ura fikse, mbizotërojnë urat e shkurtra në (60.8%) të tyre, ndërsa me ura të gjata janë trajtuar (39.2%) pacientë.
- Dhëmbë shtyllë janë përdorur në 114 (36.9%) pacientë, ndërsa intermediarë janë përdorur në 195 (63.1%) pacientë.
- Numri total i urave të shkurtra është 341, ndërsa i urave të gjata është 170. Numri total i dhëmbëve shtyllë është 1254, ndërsa i intermediarëve është 715.

- Në lidhje me gjininë, me ura fikse janë trajtuar 208 (67.3%) meshkuj dhe në 101 (32.7%) femra. Frekuenca më e ulët e trajtimit me ura është në grupmoshën ≤30 vjeç në 29 (9.4%) pacientë.
- Shumica e pacientëve, 159 (51.5%) i përkasin grupmoshës 31-50 vjeç, e cila ka frekuencën më të lartë të trajtimit, ndërsa 121 (39.2%) pacientë i përkasin grupmoshës > 50 vjeç. 273 (88.3%) pacientë banojnë në zonë urbane, ndërsa 36 (11.7%) në zonën rurale.

Lidhur me objektivin 2, përfundimet me ndryshime statistikore të rëndësishme rezultuan:

- Në total, komplikacionet biologjike ishin më të shpeshta se ato teknike.
- Frekuenca e komplikacioneve biologjike ishte evidente në urat e shkurtra, ndërsa në të gjatat evidentoheshin komplikacione teknike.
- Probabiliteti i shfaqjes së komplikacioneve ishte më i lartë në tre vitet e para të jetës së punimit.
- Frekuenca e komplikacioneve në pacientët me sëmundje sistemike ishte më e lartë se sa në pacientët pa sëmundje.
- Frekuenca e komplikacioneve ishte më e lartë në pacientët me higjenë orale të kompromentuar dhe duhanpirës.

Përfundime të tjera më të detajuara lidhur me këtë objektiv përmendim:

- Komplikacionet biologjike dhe teknike ishin më të ulëta në pacientët e trajtuar në periudhën 2012–2015 me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me periudhën 2006 – 2011.
- Në total, tek pacientët e trajtuar me kurora, komplikacione janë shfaqur në (15.1%) pacientë.
- Në 8.9% pacientë janë shfaqur komplikacione biologjike, ndërsa në 6.3% pacientë janë shfaqur komplikacione teknike, pa ndryshim të rëndësishëm ndërmjet tyre.
- Në lidhje me restoracionin e mëparshëm, komplikacionet e kurorave janë më të shpeshta (65.5%) tek këta pacientë krahasuar me pacientët që nuk kanë kryer restoracion të mëparshëm (34.5%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.
- Mbijetesa Kaplan Meier e kurorave teke nga të gjitha shkaqet ishte 90% (humbje e dhëmbit ose humbja e kurorës).

- Komplikacionet biologjike janë shfaqur në 12% pacientë, ndërsa komplikacionet teknike janë shfaqur në 8.4% pacientë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre. Në total, tek pacientët të trajtuar me ura komplikacione janë shfaqur në 20.4% pacientë.
- Për të vlerësuar jetëgjatësinë dhe komplikacionet e vona u morën në studim dy grupe pacientësh që mbanin ura të gjata dhe të shkurtra. Në lidhje me llojin e urës, komplikacione janë shfaqur në 19.2% nga 188 pacientët e trajtuar me ura të shkurtra dhe në 22.3% nga 121 pacientët e trajtuar me ura të gjata, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.
- Risku relativ për komplikacion është 5.4 herë më i lartë tek pacientët që kanë sëmundje krahasuar me pacientët që nuk kanë sëmundje RR=5.4.
- Gjithashtu, komplikacione kanë shfaqur 27.3% pacientë që përdorin medikamente, 2.1% pacientë me kserostomi, 1.4% pacientë nga materiali i protezës dhe 1.7% pacientë të pandërgjegjësuar, por pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm.
- U ekzaminua mostra prej 90 pacientësh nga 5-10 vjet. Një pjesë e këtyre pacientëve u thirrën që të merrnin pjesë në ekzaminimin klinik, një pjesë kishin follow-up të rregullt, çdo 6 muaj. U vlerësuan 108 ura të shkurtra dhe 41 ura të gjata. U ekzaminua statusi klinik në momentin e paraqitjes dhe u bë ekzaminimi i komplikacioneve që paraqisnin. Komplikacionet u ndanë në: të lehta, të moderuara, të rënda dhe ekstensive.

Lidhur me objektivin 3, përfundimet me ndryshime statistikore të rëndësishme rezultuan:

- Në urat e shkurtra u shfaqën më shumë komplikacione të lehta të cilat nuk e kompromentonin jetëgjatësinë e urës.
- Në urat e gjata kishte më shumë komplikacione të moderuara dhe të rënda të cilat kanë ndikuar në jetëgjatësinë e punimit ose në dështimin e tij.

Përfundime të tjera më të detajuara lidhur me këtë objektivi përmendim:

- Në total, komplikacione u shfaqën në 18.5% nga 108 ura të shkurtra dhe në 53.7% nga 41 ura të gjata, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.
- Dështimet u vlerësuan si humbje e urës. Mbijetesa kumulative Kaplan-Meier ishte 87% për urat e gjata dhe 93% për urat e shkurtra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre.



## 7 REKOMANDIME

- Standardizimi i shërbimit dentar në gjithë parametrat e tij ka vlerë themelore në performancën e çdo lloj trajtimi që ofrohet në fushat e ndryshme në stomatologji. Ai është një koncept kompleks i mirëpërcaktuar që fillon që nga standardizimi i njohurive e aftësive të mjekëve stomatolog, procedurave laboratorike të kryera nga teknikët dentarë të kualifikuar, materialeve e instrumenteve të ndryshme, edukimi i pacientit dhe motivimi ndaj regjimit të mirëmbajtjes së standardizuar të higjienës orale. Edukimi i pacientëve për kontrole periodike i bën më të përgjegjshëm pacientët për të respektuar masat profilaktike e higjienën orale dhe çon në parandalimin e komplikacioneve dhe të sëmundjeve dentare si pasojë e tyre.
- Mjekët stomatologë duhet t'i venë theksin diagnostikimit të plotë e korrekt të pacientëve, kërkesave e pritshmërisë së tyre për llojin e trajtimit që do të marrin. Suksesi në rehabilitim si në planin estetik, ashtu edhe funksional nënkupton jetëgjatësinë e punimit protetik, komoditetin e kënaqësinë e pacientit.
- Punimet fikse metalqeramikë mund të jenë jo vetëm shërbimet më të mira dhe më të shpeshta ofruar pacientëve në fushën e protetikës, por edhe punimet më koherente e njëkohësisht shumë të dëmshme nëse nuk realizohen mbi kritere e parime. Evolimi teknologjik ka sjellë dhe do të sjellë me hapa të shpejtë një gjeneratë të re materialesh e aplikimesh të reja që do ta përsosin ditë pas dite performancën e suksesin e këtyre lloj punimeve, e për pasojë kënaqësinë e pacientëve mbajtës të tyre.
- Aplikimi i të dhënave që dolën nga studimi shërbejnë për të kontrolluar e parashikuar komplikacionet e sëmundjet që gjenerohen si pasojë e tyre në të mirë të përmirësimit të shëndetit dentar dhe shërbimit dentar në fushën e protetikës fikse.
- Do të ishte me vlerë zhvillimi i disa udhëzuesve të qartë klinikë dhe formave të raportimit klinik, për ti asistuar mjekët e rinj të analizojnë dështimet dhe sjelljet e protezave fikse metal-porcelan.

Shpresojmë që ky studim modest të influencojë sadopak në masat preventive në dobi të promovimit të shëndetit oral.

## 8 SHTOJCA

***Të dhënat e mbledhura nga dosjet e pacientëve lidhur me trajtimin e dhëmbëve të pacientëve të trajtuar me proteza fikse metal-porcelan***

**Emri i aplikantit** \_\_\_\_\_

**Data e lindjes:** \_\_\_\_\_ **Data e ekzanimit:** \_\_\_\_\_

**Gjinia:** \_\_\_\_\_ **M**  **F**

**Mosha e pacientit në momentin e çementimit të kurorës/urës:** \_\_\_\_\_

**Sëmundjet:**

Jeni vizituar nga ndonjë mjek në dy vitet e fundit, nëse po, për çfarë arsye?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Jeni duke përdorur ndonjë mjekim për momentin, nëse po, për çfarë arsye?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Keni patur ose jeni mjekuar ndonjëherë për sëmundje zemre?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Probleme tensioni (i lartë ose i ulët), hemorragji ose anemi?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Sëmundje intestinale ose të stomakut?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Probleme me frymëmarrjen, astmë, turbekuloz ose alergji?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Diabet ?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Probleme me veshkat?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Artrit ose reumatizëm?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Tumore, kancer, radioterapi, kimioterapi?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Hepatit ose probleme me mëlçinë?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
AIDS ose ndonjë sëmundje tjetër infektive?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Reaksion ose alergji nga ndonjë medikament?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Keni bërë ndonjë ndërhyrje kirurgjikale?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
(Për femrat) Jeni shtatzënë?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
Medikamentet:	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>

**I. Vlerësimi i përgjithshëm dentar**

**A. Restaurimet ekzistuese, dhëmbët që mungojnë dhe dhëmbët e trajtuara endodontikisht**

Kontrolllo këtu nëse ka

Komente

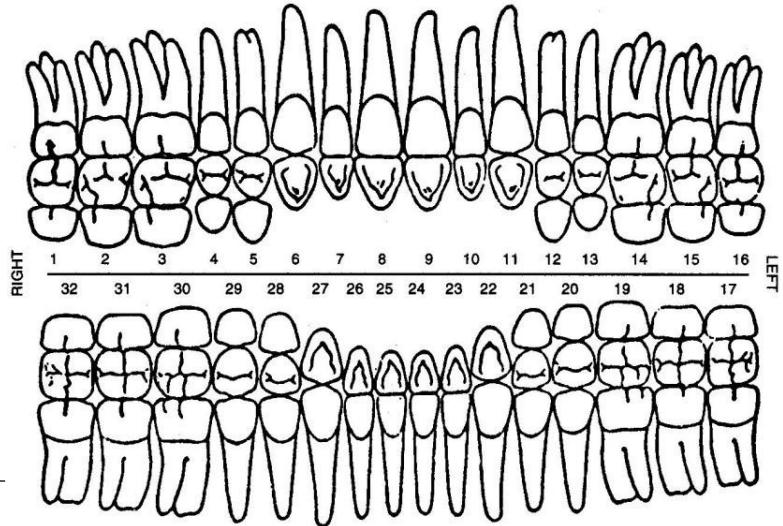
---



---



---



**B. Sëmundjet dhe simptomat jonormale dhe trajtimi i rekomanduar**

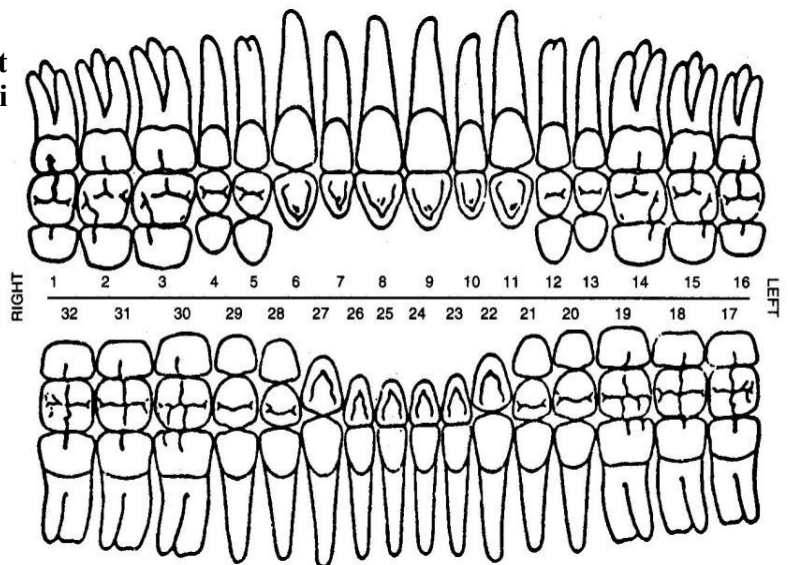
Kontrolllo këtu nëse ka

Komente:

---



---



**II. Vlerësimi periodontal**

**A. Sondimi periodontal, tërheqja gingivare dhe lëvizshmëria:**

Bukal																
Lingual																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Bukal																
Lingual																
Lingual																
Bukal																
Lingual																
Bukal																

Depozita e pllakave:  Lehta  Moderuara  Të rënda

**B. Identifiko me numër të gjithë dhëmbët me:**

- |                                 |                                |   |
|---------------------------------|--------------------------------|---|
| Zona me hemorragji              | <input type="checkbox"/> asnjë | <input type="checkbox"/> dhëmbi i prekur: |
| Zona me supuracion              | <input type="checkbox"/> asnjë | <input type="checkbox"/> dhëmbi i prekur: |
| Përfshirja e bifurkacionit      | <input type="checkbox"/> asnjë | <input type="checkbox"/> dhëmbi i prekur: |
| Gingiva e lidhur jo mjaftueshëm | <input type="checkbox"/> asnjë | <input type="checkbox"/> dhëmbi i prekur: |

**C. Klasifikim periodontal:**

- asnjë sëmundje
- Klasa I: Gingivitet
- Klasa II: Periodontit i hershëm
- Klasa III: Peridodontit i moderuar
- Klasa IV: Periodontit i avancuar

**D. Terapia e rekomanduar periodontale:**

---



---



---

**Vlerësimi TMD**

- S'ka histori TMD
- Ka histori TMD

Ju lutemi, përshkruani trajtimin e dhënë, datat dhe nëse simptomat janë të pranishme në këtë kohë:

---



---



---

**Bruksizmi**

- S'ka histori të bruksizmit
- Ka histori të bruksizmit

Ju lutemi, përshkruani çdo zakon të bruksizmit, praninë e bruksizmit habitual, prezencën e abrazionit ose nevojën për një shinë okluzale:

---



---

**Proteza**

- Nuk ka proteza prezente
- Ka proteza prezente

Ju lutemi, përshkruani natyrën dhe shtrirjen e protezave (p.sh. protezat e plota ose të pjesshme, urat etj.) dhe nevojën për riparim ose zëvendësim:

---



---

Trajtimi i mbaruar – Përshkrimi i fazave protetike hap pas hapi

<b>Dhëmbi</b>	<b>Sipërfaqja</b>	<b>Përshkrimi i punës</b>	<b>Data e kompletimit</b>	<b>Firma e dentistit</b>

**TË DHËNAT SUBJEKTIVE TË PACIENTËVE**

Të dhënat e regjistruara për pështymën: normë  i ulët   
 Rezultatet e testeve të mutantëve streptokok dhe laktobacil: Kurorat pozitiv  negativ   
 teke: \_\_\_\_\_  
 Urat metal qeramike: \_\_\_\_\_  
 Numri i dhëmbëve shtyllë për çdo urë: \_\_\_\_\_  
 Numri intermedierëve: \_\_\_\_\_  
 Numri i intermedierëve kantilever: \_\_\_\_\_  
 Arsyet e trajtimit protetik: \_\_\_\_\_

Okluzioni përkundrejt urës fikse metal-qearmikë:

dentografi natyrale   
 protezë e lëvizshme   
 urë fikse   
 protezë totale

Trajtimi i mëparshëm endodontik i dhëmbëve shtyllë: Po  Jo   
 Restaurim preprotetik i dhëmbit shtyllë: Po  Jo   
 Restaurim i mëparshëm i kurorës: Po  Jo   
 Data e çementit të protezës: \_\_\_\_\_  
 Komplikacionet gjatë trajtimit periodontal: Po  Jo   
 Komplikacionet gjatë trajtimit karies: Po  Jo   
 Komplikacionet gjatë trajtimit protetik: Po  Jo   
 Decementimet pas trajtimit protetik: Po  Jo   
 Ndjekja 6-mujore dhe trajtimi i bërë gjatë kësaj periudhe: Po  Jo

Sa shpesh keni vizituar dentistin pas trajtimit protetik?

Më shpesh se një herë në vit   
 Vetëm nëse është e nevojshme

A jeni kënaqur me kurorat/urat?

Formën estetike   
 Ngjyrën   
 Shkëlqimin përfundimtar

A ka patur ndonjë simptomë në lidhje me kurorat/urat?

- Dhimbje
- Ndjeshmëri ndaj të ftohtit
- Ndjeshmëri ndaj të nxehtit
- Ndjeshmëri të rrënjës cervikale
- Gjakderdhje e gingivave
- Lëvizshmëri

A kanë ndikuar të folurën kurorat/urat?

Po  Jo

Nëse po, si?

---

**Kujdesi në shtëpi dhe pastrimi i dhëmbëve**

- Më shumë se një herë në ditë
- Më pak se një herë në ditë
- Furçë
- Pastë dhëmbësh
- Fill dentar
- Fill për urat
- Furçë interproksimale
- Kunjë dhëmbësh

A keni vështirësi në pastrimin e kurorave/urave?

Po  Jo

A keni problem me kurorat/urat?

Po  Jo

Fraktura e procelanit të lëvizshëm?

Po  Jo

Thyerje e urës

Po  Jo

Humbje e aftësisë mbajtëse

Po  Jo

A keni ndonjë koment për trajtimin?

---



---



---

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



## 9 RASTE KLINIKE

E. M.

47 vjeç, M., E.

### Fazat e punës hap pas hapi

Anamneza, ekzaminimi intraoral, të dhënat radiologjike, modeli i studimit, lloji i trajtimit, faza preprotetike, faza protetike, përfundimi.



Panorameks





Grafi në seri intraorale

Pacienti ishte protezuar 5 vite më parë me punime fikse metal-qeramikë, referonte decementim në regjionin anterior mandibular dhe në disa zona distale-maksilare. Referonte dhimbje nga ndryshimet termike, hemorragji gingivare, diskonfort. Pacienti paraqiste probleme okluzale, diskrepancë okluzale në zonën anteriore, dhimbje muskulare ekstraorale, krepitacione të ATM-së. Ekzaminimi radiologjik për zonën anterior mandibulare paraqiste: defekte cervikale në dhëmbët shtyllë të urës së vjetër, diskrepancë marginale, karies cervikal, defekte të mbushjes të kanalit, rezorbim horizontal dhe vertikal kockor rreth dhëmbëve shtyllë.

Ekzaminimi intraoral



Diskrepancë në okluzion, linja e mbylljes marginale jo korrekte



Okluzion i kryqëzuar



Inflamacion gingivar, tërheqje gingivare, hemorragji në sondim, karies cervikal, xhep paradonatal, ulcer e mukozës nën dhëmbët intermediarë



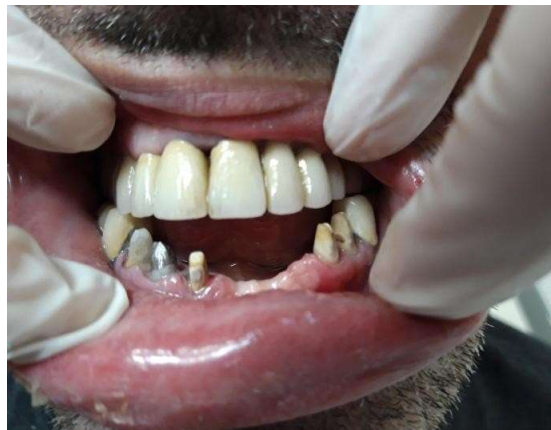


Modeli i studimit

### Fazat e punës hap pas hapi pas marrjes së masës



Ekzaminimi klinik dhe identifikimi i komplikacioneve pas heqjes së urës



Preparimi pas restaurimeve

Pas ekzaminimit të komplikacioneve u vendos të hiqet ura e vjetër dhe të bëhet reabilitimi funksional dhe estetik me një punim të ri fiks metal-qeramikë, duke shtuar dhe një dhëmb shtyllë nga krahu i djathtë si mbështetja më e mirë për punimin e ri. Dhëmbi shtyllë që iu shtua punimit të ri ishte #44. Në foton 1 paraqitet ekzaminimi klinik dhe identifikimi i komplikacioneve pas heqjes së urës.

### Faza preprotetike

Në fazën preprotetike u bënë punime endodontike, u mbush #43, u bë ritrajtim dhe më pas rehabilitim kurore me vijë të derdhur, #44 mbushje, rehabilitim kurore me vijë të gatshme, #42 mbushje, rehabilitim kurore me rezinë kompozite, u bë trajtim i inflamacionit gingivar.

### Faza protetike

U bë preparimi i dhëmbëve shtyllë, duke përdorur linjën e mbylljes chamfer i rrumbullakët, u mor masa përfundimtare për provizorizim dhe për të fabrikuar punimin përfundimtar. U bë fabrikimi i punimit me metodën kompjuterike Cad-Cam.



Prova e metalit



Prova e dentinës



Konfirmimi i okluzionit



Përfundimi, çementimi i punimit



Follow up pas 6 muajsh



## DEFEKTE TË NDRYSHME DENTARE

### Paraqitje radiologjike defektesh të ndryshme dentare





**Lloje të ndryshme modelesh të defekteve të ndryshme të pjesshme dentare**



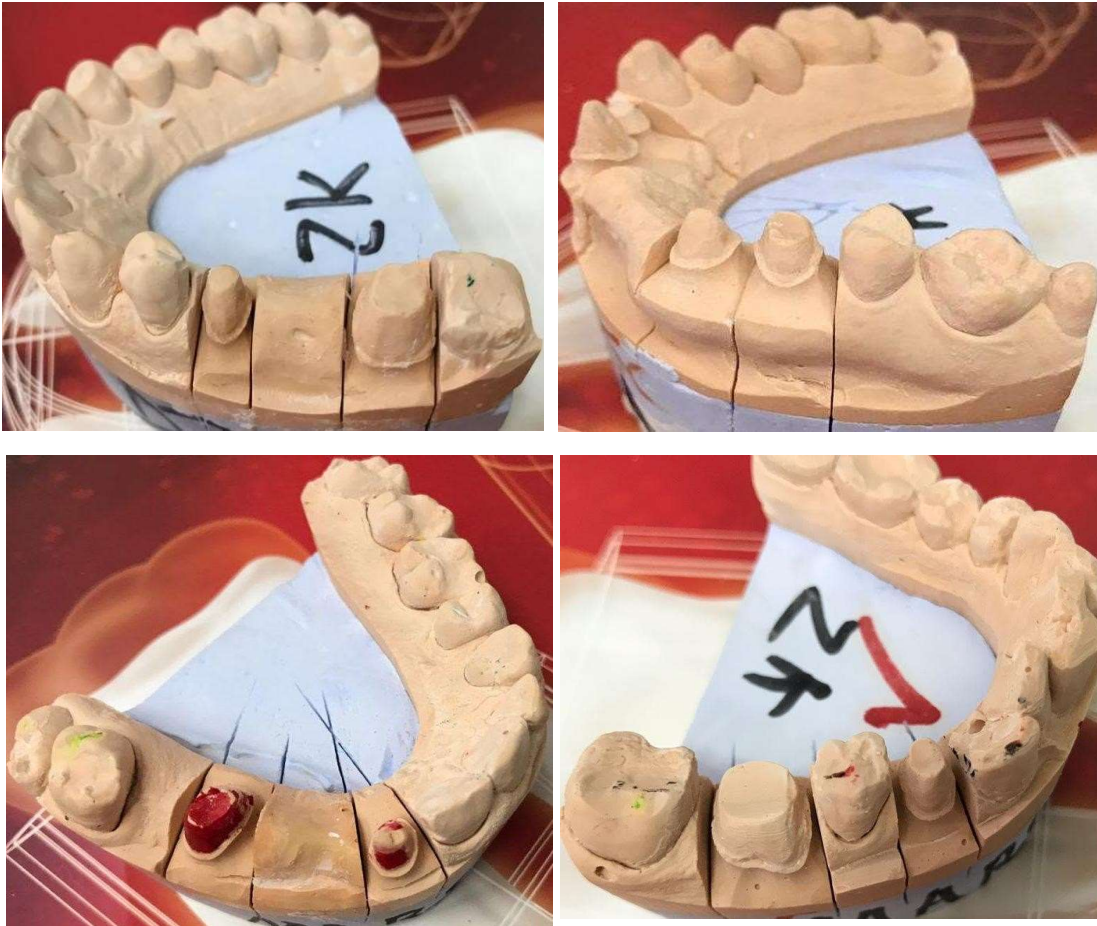
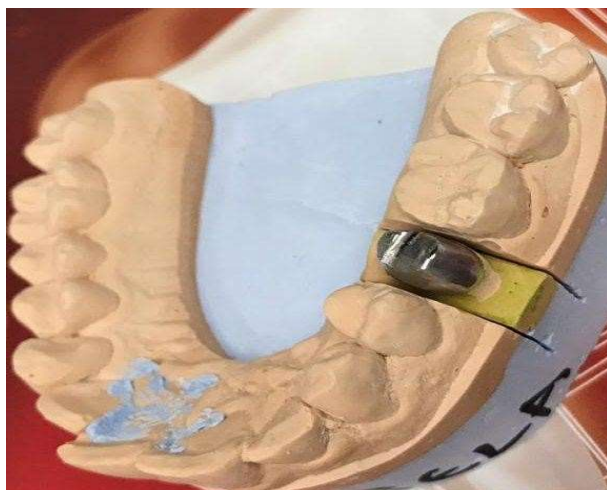
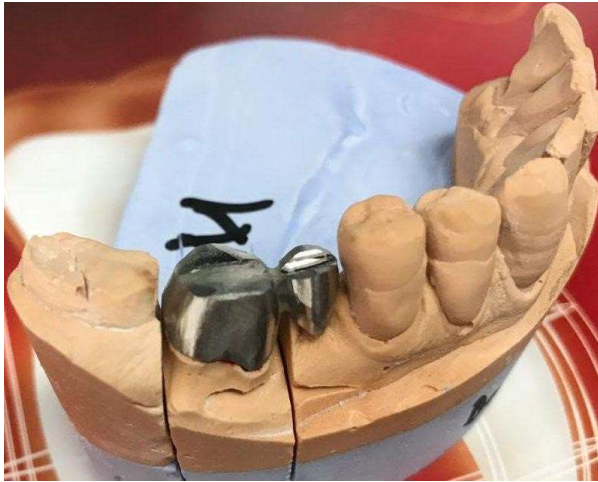


Foto të ilustrimit të bazës metalike të protezës







**KOMPLIKACIONET E URAVE DHE TË KURORAVE  
KOMPLIKACIONE TEKNIKE**



Thyerja e qeramikës



Decementim, punim fiks kantilever



Thyerje e konektorit metalik të punimit metal- qeramikë



Thyerje e kurorës së dhëmbit shtyllë në një punim fiks kantilever

## KOMPLIKACIONE BIOLOGJIKE

### Pamje dhe gjetje radiologjike të komplikacioneve biologjike





**Radiografi intraorale që paraqesin komplikacione biologjike të tipit:**

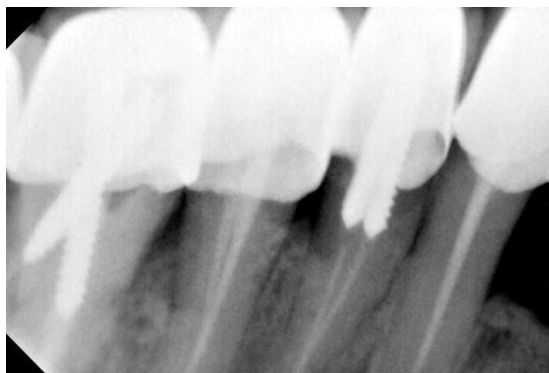
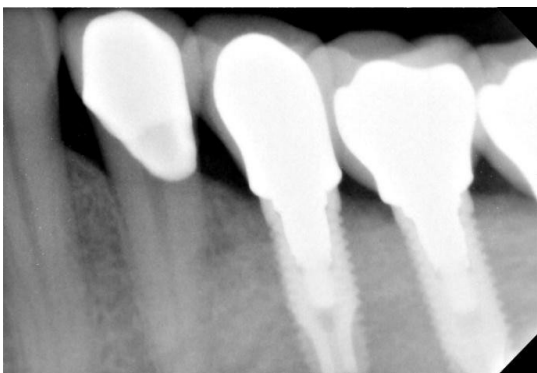
Rezorbim kockor angular në drejtim apikal dhe horizontal





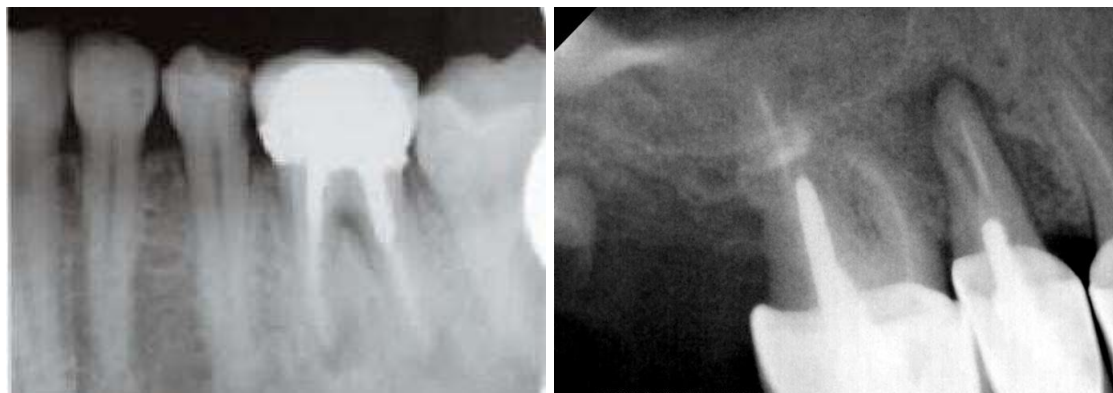


Mospërputje cervikale e buzës marginale të punimit, karies cervical nën kurorë, rezorbim kockor në indet perreth dhëmbëve shtyllë.





Karies i dhëmbit shtyllë nën kurorën me mospërputhje gingivare



Karies i dhëmbit ngjitur me kurorën, inflamacion periapikal në dhëmbin nën kurorë

### Ilustrime të komplikacioneve biologjike





Mospërputhje marginale



Mospërputhje marginale dhe karies cervikal nën kurorë, gingivit



Tërheqje gingivare



Tërheqje gingivare me ekspozim të bifurkacionit



Inflamacion gingivar





Inflamacion gingivar dhe mospërputhje gingivare, gjerësi e buzës cervikale



Inflamacion gingivar dhe mospërputhje gingivare, ulceracion i mukozës së atashuar



Tërheqje dhe inflamacion gingivar



Defekt i mukozës të procesit alveolar

**DEKLARATË KONSENSUSI**

Mbështetur në pikën 3 NENI 116 të “Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë”, si dhe në zbatimin të germave “c” dhe “ç” të pikës 2 NENI 6 në Dispozitat e Përgjithshme Kreu II të Ligjit Nr.10 107, datë 30.3.2009, “PËR KUJDESIN SHËNDETËSOR NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË”.

Pranoj që mjeku stomatolog Dr.Entela Fuga më ka informuar mbi:

- \*Veçoritë e shërbimeve shëndetësore që do të kryej.
- \*Mënyrën e përdorimit të të dhënave të mia.
- \*Të drejtat e mia.
- \*Gabimet mjekësore.
- \*Dokumentimin dhe fotografimin gjatë kryerjes së shërbimit.

Jap pëlqimin tim për:

- \*Kryerjen e ndërhyrjes klinike që është shënuar në kartelën time.
- \*Fotografimin dhe incizimin e procedurës klinike për efekt dokumentacioni.
- \*Pranoj përdorimin e të dhënave të mia dhe fotografive për qëllime studimore, mjekësore dhe arsimore pa zbulimin e identitetit.

Deklaroj se jam plotësisht i vetëdijshëm dhe nënshkruaj me vullnet të plotë dhe të lirë këtë deklaratë.

Emër Mbiemër

Nënshkrimi

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 10 BIBLIOGRAFIA

1. Shillingburg HT, Sather DA, Wilson EL, Cain JR, Mitchell DL, Blanco LJ et al. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics*. 4th ed. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc; 1996
2. O'Brien Josef William. *Materials and Their selection* . Quintessence
3. Hubalcova. Anna. *New Trend in Prosthetic Dentistry*. Researchgate. Pubmed 2016
4. Penny RE, Kraal JH. *Crown to Root Ratio. Its Significance in Restorative Dentistry*. 1797
5. Wilson NA, Whitehead SA, Mjör IA, Wilson NHF. *Reasons for the placement and replacement of crowns in general dental practice*. *Prim Dent care*. 2003
6. Hammerle CH, Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M (2007) *A systematic review of the survival and complication rates of all ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part II: Fixed dental prostheses*. *Clinical Oral Implants Research* 18(s3): 86-96
7. Eduart P. Allen, *Journal of Periodontology* 56, 1995
8. Abrams Herbert. *Incidence of anterior ridge deformities in partially edentulous patients*. *Journal Of Prosthetic Dentistry*. 1987, 57
9. Qafmolla, R, Xhajanka, E. *Trajtimi protetik i okluzionit traumatik*. *Revista Stomatologjike Shqiptare*, V..III, nr.4+5 (26+27)2002.
10. Carranza, Newman, Takei. *Clinic Periodontology*. 2011
11. Ettala-Ylitalo UM, Markkanen H, Yli-Urpo A. *Occlusal interferences analysed in patients treated with fixed prosthesis four years earlier*
12. Hansel K, Kastner C , Reitemeier B, Weber A, Walter MH, et al. (2013) *A prospective 10-year study of metal ceramic single crowns and fixed dental prosthesis retainers in private practice settings*. *J Prosthet Dent* 109(3)
13. Hartikainen M (1994) *Oral health and treatment need of 65-year-old residents of Oulu, Finland*. *Acta Univ Oul D* 297: 44-45
14. Glantz PO, Nilner K, Jendresen MD, Sundberg H. *Quality of fixed prosthodontics after twenty-two years*. *Acta Odontol Scand*. 2002;60:213-8
15. Ken Tan, Bjarni E. Pjeturson. *A Sistematic review of the survival and complications rates of fixed partial dentures after an observation period of at least 5 years*. *Clinical Oral Implantology*. 2004
16. Terry Douglas A., Geller Willi. *Esthetic and Restorative Dentistry, Second Edition*, Quintessence Publishing Co, Inc 201
17. Kenneth W. Aschheim, Barry G . Dale. *Esthetic Dentistry. A Clinical Approach to Techniques and Materials*. Second Edition 2001
18. H. Guy Poyton , M.J. Pharoah . *Oral Radiologji*. B.C. Decker 1989

19. Wolfart. Stefan . Implant prosthodontics. A patient oriented Strategy. Planning, Treatment, Longevity, Esthetics, Function, Dental Technology Quintessence Publishing 2016
20. Klineberg. Iven Wilson Nairn . Occlusion and Clinical Practise. An evidence based approach. Elsevier 2004
21. Leempoel PJ, A F Käyser, Van Rossum GM, De Haan AFJ 1995; The survival rate of bridges. A study of 1674 bridges in 40 Dutch general practices. *J Oral Rehabil* 22:327-330
22. Makarov NA, Pjetursson BE, Sailer I, Thoma DS, Zwahlen M, et al (2015) Corrigendum to “All-ceramic or metal-ceramic tooth- supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs)”. *Dental Materials* 31(6): 603-623
23. Al-Sinaidi A, Preethanath RS. The effect of fixed partial dentures on periodontal status of abutment teeth. *Saudi J Dent Res.* 2014;5:104-108
24. Galiatsatos AA. An indirect repair technique for fractured metal-ceramic restorations: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2005; 93:321-3
25. Rekow ED, Silva NRFA, Coelho PG, Zhang Y, Guess P, Thompson VP. Performance of Dental Ceramics: Challenges for Improvements. *J Dent Res.* 2011;90:937-952
26. Miyamoto T, Morgano SM, Kumagai T, Jones JA, Nunn ME. Treatment history of teeth in relation to the longevity of the teeth and their restorations: Outcomes of teeth treated and maintained for 15 years. *J Prosthet Dent.* 2007;97:150-6
27. Hochman N, L. Mitelman L, Hadani PE, Zalkind M. A clinical and radiographic evaluation of fixed partial dentures (FPDs) prepared by dental school students: A retrospective study. *J Oral Rehab.* 2003;30:165–170
28. Pjetursson BE, Bragger U, Niklaus PL, Marcel Z. Comparison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs) and implant-supported FDPs and single crowns (SCs). *Clin Oral Implant Res.* 2007;18 (Suppl. 3): 97–113
29. Chai J, Chu FCS, Newsome PRH, Chow TW. Retrospective survival analysis of 3-unit fixed-fixed and 2-unit cantilevered fixed partial dentures. *J Oral Rehab.* 2005; 32:759–765
30. Goodacre CJ, Bernal G, Rangcharassaeng K, Kan JYK. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 2003;90: 31-41
31. Begwitz IC, Soderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Oral prostheses and oral health-related quality of life: a survey study of an adult Swedish population. *Int J Prosthodont* 2007; 20: 132-42
32. Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M, Hammerle CHF. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal–ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part I: single crowns. *Clin Oral Implant Res.* 2007;18 (Suppl. 3): 73–85



33. Kanstrom L, Zamaro G, Sjosted C. Healthy ageing profiles. Geneva, World Health Organization; 2008. [www.euro.who.int/\\_\\_\\_.../RC62wd10Rev1-Eng](http://www.euro.who.int/___.../RC62wd10Rev1-Eng)
34. Zitzmann NU, Staehelin K, Walls AWG, Menghini G, Weiger R, et al. Changes in oral health over a 10 year period in Switzerland. *Eur J oral Sci* 2008; 116:52-9
35. Ioannidis G, paschaalidis T, Petridis HP. The influence of age on tooth supported prosthetic restoration longevity. A systemic review. *J dent* 2010; 38: 173-81.
36. Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ESY. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Conventional FPDs. *Clin. Oral Impl Res* 2004; 15: 654-66.
37. Briggs P, Ray-Chaudhuri A, Shah K. Avoiding and managing the failure of conventional crowns and bridges. *Dent Update* 2012; 39(2): 78-80.
38. Creugers NHJ, Kreulen CM: Systematic review of 10 years of systematic reviews in Prosthodontics. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 123-7.
39. Manappallil JJ. Classification system for crown and fixed partial denture failures. *J Prosthet Dent* 2008;99:273-8.
40. Ghani F, Memon MR. Complications in Metal-Ceramic Fixed Dental Prostheses among Patients Reporting to a Teaching Dental Hopspital. *JLUMHS* 2010; 09(1): 17-27.
41. Hemmings K, Harrington Z. Replacement of missing teeth with fixed prostheses. *Dent Update* 2004; 31:137-41.
42. Saleem T, Amjad F, Bhatti MUD. Complications associated with tooth supported fixed dental prosthesis amongst patients visiting university college of dentistry Lahore. *Pak Oral & Dent J* 2013; 33(1):207-11.
43. Hamasha AA, Sasa I, Al Qudah M. Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults. *J Com Dent and Oral Epidem.* 2002; 28(1): 67-72.
44. Shigli K, Hebbal M, Angadi GS. Relative contribution of caries and periodontal disease in adult tooth loss among patients reporting to the Institute of Dental Sciences, Belgaum, India. *J Gerodontology (prosthodont).* 2009; 26(3): 214-8.
45. Lu Y, Chen W, Ke W, Wu S. Nickel-based (Ni-Cr and Ni-Cr-Be) alloys used in dental restorations may be a potential cause for immune-mediated hypersensitivity. *Med Hypotheses.* 2009;73(5):716-7. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.04.041>
46. Pjetursson BE, Bragger U, Lang NP, Zwahlen M. Comparison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs) and implant-supported FDPs and single crowns (SCs). *Clin Oral Implants Res.* 2007;18(Suppl 3):97-113. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01439.x>
47. Rosenstiel SF, Land MF, Crispin BJ. Dental luting agents: a review of the current literature. *J Prosthet Dent.* 1998;80(3):280-301. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(98\)70128-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(98)70128-3)
48. Escribano N, Macorra JC. Microtensile bond strength of self-adhesive luting cements to ceramic. *J Adhes Dent.* 2006;8(5):337-41.

49. Heintze SD. Crown pull-off test (crown retention test) to evaluate the bonding effectiveness of luting agents. *Dent Mater.* 2010;26(3):193-206. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2009.10.004>
50. Behr M, Rosentritt M, Wimmer J, Lang R, Kolbeck C, Bürgers R et al. Self-adhesive resin cement versus zinc phosphate luting material: a prospective clinical trial begun 2003. *Dent Mater.* 2009;25(5):601-4. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2008.11.003>
51. Piwowarczyk A, Lauer HC, Sorensen JA. Microleakage of various cementing agents for full cast crowns. *Dent Mater.* 2005;21(5):445-53. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2004.07.009>
52. Ferracane JL, Stansbury JW, Burke FJ. Self-adhesive resin cements: chemistry, properties and clinical considerations. *J Oral Rehabil.* 2011;38(4):295-314. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02148.x>
53. Reitemeier B, Hänsel K, Kastner C, Weber A, Walter MH. A prospective 10-year study of metal ceramic single crowns and fixed dental prosthesis retainers in private practice settings. *J Prosthet Dent.* 2013;109(3):149-55. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(13\)60034-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(13)60034-7)
54. Rinke S, Kramer K, Bürgers R, Roediger M. A practice-based clinical evaluation of the survival and success of metal-ceramic and zirconia molar crowns: 5-year results. *J Oral Rehabil.* 2016;43(2):136-44. <https://doi.org/10.1111/joor.12348>
55. Hickel R, Peschke A, Tyas M, Mjör I, Bayne S, Peters M et al. FDI World Dental Federation: clinical criteria for the evaluation of direct and indirect restorations: update and clinical examples. *J Adhes Dent.* 2010;12(4):259-72.
56. Sailer I, Makarov NA, Thoma DS, Zwahlen M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: single crowns (SCs). *Dent Mater.* 2015;31(6):603-23. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2015.02.011>
57. Pjetursson BE, Sailer I, Makarov NA, Zwahlen M, Thoma DS. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part II: multiple-unit FDPs. *Dent Mater.* 2015;31(6):624-39. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2015.02.013>
58. Hey J, Beuer F, Bense T, Boeckler AF. Single crowns with CAD/CAM-fabricated copings from titanium: 6-year clinical results. *J Prosthet Dent.* 2014;112(2):150-4. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2013.09.031>
59. Piwowarczyk A, Schick K, Lauer HC. Metal-ceramic crowns cemented with two luting agents: short-term results of a prospective clinical study. *Clin Oral Investig.* 2011;16(3):917-22. <https://doi.org/10.1007/s00784-011-0580-5>
60. Kanstrom L, Zamaro G, Sjosted C. Healthy ageing profiles. Geneva, World Health Organization; 2008. [www.euro.who.int/.../RC62wd10Rev1-Eng](http://www.euro.who.int/.../RC62wd10Rev1-Eng).
61. Zitzmann NU, Staehelin K, Walls AWG, Menghini G, Weiger R, et al. Changes in oral health over a 10 year period in Switzerland. *Eur J oral Sci* 2008; 116:52-9.

62. Begwitz IC, Soderfeldt B, Palmqvist S, Nilner K. Oral prostheses and oral health-related quality of life: a survey study of an adult Swedish population. *Int J Prosthodont* 2007; 20: 132-42.
63. Ioannidis G, paschaalidis T, Petridis HP. The influence of age on tooth supported prosthetic restoration longevity. A systemic review. *J dent* 2010; 38: 173-81.
64. Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan ESY. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Conventional FPDs. *Clin. Oral Implants Res* 2004; 15: 654-66.
65. Briggs P, Ray-Chaudhuri A, Shah K. Avoiding and managing the failure of conventional crowns and bridges. *Dent Update* 2012; 39(2): 78-80.
66. Creugers NHJ, Kreulen CM: Systematic review of 10 years of systematic reviews in Prosthodontics. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 123-7.
67. Manappallil JJ. Classification system for crown and fixed partial denture failures. *J Prosthet Dent* 2008;99:273-8.
68. De Backer H, Van Maele G, De Moor N, Van den Berghe L, De Boever J. A 20-year retrospective survival study of fixed partial dentures. *Int J Prosthodont* 2006;19:143-53.
69. Walton TR. An up to 15-year longitudinal study of 515 metal-ceramic FPDs: Part 2. Modes of failure and influence of various clinical characteristics. *Int J Prosthodont* 2003;16:177-82.
70. GLantz PO, Nilner K, Jendresen MD, Sundberg H. Quality of fixed prosthodontics after twenty-two years. *Acta Odontol Scand.* 2002;60:213-8.
71. Hemmings K, Harrington Z. Replacement of missing teeth with fixed prostheses. *Dent Update* 2004; 31:137-41.
72. Ghani F, Memon MR. Complications in Metal-Ceramic Fixed Dental Prostheses among Patients Reporting to a Teaching Dental Hospital. *JLUMHS* 2010; 09(1): 17-27.
73. Okstad A. After 10 years seven out of ten fixed dental prostheses (FPD) remain intact and nine out of ten FPDs remain in function following biological and technical complications that have been repaired. *J Evidence Based Dental Practice* 2010; 10(1), 39-40.
74. Saleem T, Amjad F, Bhatti MUD. Complications associated with tooth supported fixed dental prosthesis amongst patients visiting university college of dentistry Lahore. *Pak Oral & Dent J* 2013; 33(1):207-11.
75. Hamasha AA, Sasa I, Al Qudah M. Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults. *J Com Dent and Oral Epidem.* 2002; 28(1): 67-72.
76. Shigli K, Hebbal M, Angadi GS. Relative contribution of caries and periodontal disease in adult tooth loss among patients reporting to the Institute of Dental Sciences, Belgaum, India. *J Gerodontology (prosthodont).* 2009; 26(3): 214-8.

77. Aquilino, S.A., Shugars, D.A., Bader, J.D. & White, B.A. (2001) Ten-year survival rates of teeth adjacent to treated and untreated posterior bounded edentulous spaces. *Journal of Prosthetic Dentistry* 85: 455–460.
78. Glantz, P.O., Nilner, K., Jendresen, M.D. & Sundberg, H. (2002) Quality of fixed prosthodontics after twenty-two years. *Acta Odontologica Scandinavica* 60: 213–218.
79. Ha"mmerle, C.H., Ungerer, M.C., Fantoni, P.C., Bra"gger, U., Bu"rgin, W. & Lang, N.P. (2000)
80. Keraj,F.Te dhenat tona mbi permasat qe do te kete vida gjate pergatitjes se dhembeve me vide.Revsita mjekesore 1990,nr.6:95.PermbL.Angl.Frengj
81. Long-term analysis of biologic and technical aspects of fixed partial dentures with cantilevers. *International Journal of Prosthodontics* 13: 409–415.
82. Hochman, N., Mitelman, L., Hadani, P.E. & Zalkind, M. (2003) A clinical and radiographic evaluation of fixed partial dentures (FPDs) prepared by dental school students: a retrospective study. *Journal of Oral Rehabilitation* 30: 165–170.
83. Keraj,F.,Islami,A.Ekzaminim raporti ndermjet formes se krones artificiale e gjendjes paradontit te dhembit shtylle.Revista Stomatologjike Shqiptare vell.III,nr.1 (23)2000:43-45
84. Glants PO and Nilner K (1993) Patient age and long term survival of fixed prostodontics 10:33-39.
85. Jagger DC & Harrison A (1995a) An in vitro investigation into the wear effects of selected restorative materials on enamel. *J Oral Rehabil* 22: 275-281.
86. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res.* 2014;93 (suppl 1): 20-28.
87. Patel DR, O'Brien T, Petrie A, Petridis H. A Systematic Review of Outcome Measurements and Quality of Studies Evaluating Fixed Tooth-Supported Restorations. *J Prosthodont.* 2014;23: 421–433.
88. Freilich MA 1, Breeding LC, Keagle JG, & Garnick JJ (1991) Fixed partial dentures supported by periodontally compromised teeth. *J Prosthet Dent* 65: 607-611.
89. Wilson NA, Whitehead SA, Mjör IA, Wilson NHF. Reasons for the placement and replacement of crowns in general dental practice. *Prim Dent care.* 2003;10:53-59.
90. Walton JN, Gardner FM & Agar JR (1986) A survey of crown and fixed partial denture failures: length of service and reasons for replacement. *J Prosthet Dent* 56: 416-421.
91. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. Restoration of endodontically treated teeth. In *Contemporary Fixed prosthodontics*. 4th ed. St Louis Missouri: Mosby;2006. p 336- 378.
92. Fradeani M, Redemagni M: An 11-year clinical evaluation of leucite-reinforced glass- ceramic crowns: a retrospective study. *Quintessence Int.* 2002;33:503-510.

93. Pjetursson BE, Sailer I, Zwahlen M, Hammerle CHF. A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal–ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part I: single crowns. *Clin Oral Implant Res.* 2007;18 (Suppl. 3): 73–85.
94. Sailera I, Makarova NA, Thomab DS, Zwahlenc M, Pjetursson BE. All-ceramic or metal-ceramic tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs)? A systematic review of the survival and complication rates. Part I: Single crowns (SCs). *Dent Mater.* 2015; 31:603–623.
95. Peutzfeldt A, Sahafi A, Asmussen E. A survey of failed post-retained restorations. *Clin Oral Invest.* 2008; 12:37–44.
96. Tan PLB, Aquilino SA, Gratton DG, Stanford CM, Tan SC, Johnson WT, Dawson D. In vitro fracture resistance of endodontically treated central incisors with varying ferrule heights and configurations. *J Prosthet Dent.* 2005;93:331–336
97. Walton TR. An up to 15-year longitudinal study of 515 metal-ceramic FPDs: Part 2. Modes of failure and influence of various clinical characteristics. *Int J Prosthodont* 2003;16:177-82.
98. Groten M, Huttig F. The performance of zirconium dioxide crowns: a clinical follow-up. *Int J Prosthodont.* 2010;23:429-431.
99. Galindo ML, Sendi P, Marinello CP. Estimating long-term survival of densely sintered alumina crowns: a cohort study over 10 years. *J Prosthet Dent.* 2011;106:23-28.
100. Goodacre CJ, Bernal G, Rangcharassaeng K, Kan JYK. Clinical complications in fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 2003;90: 31-41.
101. H, Van Maele G, De Moor N, Van den Berghe L, De Boever J. A 20-year retrospective survival study of fixed partial dentures. *Int J Prosthodont* 2006;19:143-53.
102. Miyamoto T, Morgano SM, Kumagai T, Jones JA, Nunn ME. Treatment history of teeth in relation to the longevity of the teeth and their restorations: Outcomes of teeth treated and maintained for 15 years. *J Prosthet Dent.* 2007;97:150-6.

## ABSTRAKT

**Hyrje:** Meqenëse një protezë dentare fikse siguron ruajtje strukturore dhe stabilitet të mirë, përveç komfortit dhe estetikës është konsideruar pak a shumë si alternativa më e mirë për rehabilitimin protetik të defekteve të kufizuara dentare.

**Qëllimi:** Vlerësimi i nevojës për trajtim me anë urave fikse konvencionale. Investigimi i komplikacioneve të hershme ose të vona dhe mbijetesës së protezave konvencionale fikse metal-porcelani.

**Materiali dhe metoda:** Në studim janë përfshirë 803 pacientë me ura fikse metal-porcelani dhe kurora metal-porcelani, të moshës 23-65 vjeç të paraqitur në klinikën dentare ku unë punoj gjatë periudhës 2006-2016.

**Rezultate:** Moshë mediane e pacientëve ishte 41.7 ( $\pm 12.6$ ) vjeç. 28.4% e pacientëve janë trajtuar vetëm me ura fikse dhe 61.5% janë trajtuar vetëm me kurora, ndërsa në 10.1% të totalit, trajtimi ishte i kombinuar, me ura fikse dhe kurora. Nga indikacionet për trajtim me ura fikse mbizotërojnë: dhëmbi/dhëmbët e ekstraktuar në shumicën (41.7%); zëvendësimi i protezave të lëvizshme (15.2%). Komplikacione u shfaqën në 87 (15.1%) pacientë [95%CI 12.27 – 18.29] të trajtuar me kurora dhe në 63 (20.4%) pacientë [95%CI 16.04 – 25.33] të trajtuar me ura. Risku relativ për komplikacion është 5.4 herë më i lartë tek pacientët që kanë sëmundje krahasuar me pacientët që nuk kanë sëmundje (RR=5.4 95%CI 4.23 - 6.97  $p < 0.01$ ). Mbijetesa kumulative Kaplan-Meier ishte 74% për urat e gjata dhe 85% për urat e shkurtra, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ( $p < 0.01$ ).

**Përfundim:** Cilësia dhe prognoza e trajtimeve protetike fikse varet si nga materiali dhe teknologjia e përdorur, ashtu edhe nga edukimi dhe motivimi i pacientëve e kujdesi dentar. Edukimi i pacientëve për kontroll periodik dhe respektimin e masave profilaktike me elementet kompleks të higjienës orale çon në parandalimin e sëmundjeve dentare. Mjekët stomatologë duhet t'i vënë theksin diagnostikimit të plotë e korrekt të pacientëve, zbatimit të protokolleve të trajtimit, vetëm kjo sjell sukses në rehabilitimin afatgjatë si në plan estetik, ashtu edhe funksional. Suksesi nënkupton jetëgjatësinë e punimit protetik, komoditet e kënaqësi për pacientin.

**Fjalë kyç:** trajtim, kurora, proteza fikse, metal-porcelan, komplikacione.

**Fusha:** Protetika fikse.

## ABSTRACT

**Introduction:** As a fixed dental prosthesis provides greater storage and stability, apart from comfort, it is more or less considered as the best alternative for implants.

**Purpose:** To assess the need for treatment with fixed dental prosthesis and investigate the rate complications and survival of conventional fixed-metal porcelain prostheses.

**Material and Method:** The study included 803 patients, aged from 23 to 65 year-olds, who were treated with metal-porcelain fixed prostheses and crowns, at my private Clinic over the period 2006 – 2016.

**Results:** The median age of patients was 41.7 ( $\pm 12.6$ ) years. 28.4% of patients were treated only with fixed bridges and (61.5%) treated only with crowns, while in 10.1% of the total the treatment was combined. Among the indications for fixed bridge treatment predominate: tooth / teeth extracted in the majority of them (41.7%) and replacement of the prosthesis (15.2%). Complications appeared in 121 (15.1%) of 803 patients [95% CI 12.6 - 17.76]. Complications manifested (15.1%) patients [95% CI 12.27 - 18.29] treated with crowns and in 63 (20.4%) patients [95% CI 16.04 - 25.33] treated with fiksed bridges. The relative risk of complications is 5.4 times higher in patients who have a disease compared to patients who have no illness. Cumulative Kaplan-Meier survival was 74% for long bridges and 85% for short bridges, with a significant difference ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Patient education for periodic control and adherence to prophylactic measures and mainly complex elements of oral hygiene leads to the prevention of dental disease. Dental practitioners should emphasize complete and accurate diagnosis of patients, only this results in successful rehabilitation both in aesthetic and functional terms. Success implies the lifespan of prosthesis, comfort and patient satisfaction.

**Key words:** treatment, crowns, fixed prostheses, metal-porcelain, complications.

**Domain:** Fixed partial dentures.