

Велевски Д., Ванковски В., Петровски Д., Панчевска С.

## НЕКОИ АСПЕКТИ НА ПРОТЕТИЧКОТО ЛЕКУВАЊЕ СО МОБИЛНИ ПРОТЕЗИ КАЈ ГЕРИЈАТРИСКИТЕ ПАЦИЕНТИ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за мобилна стоматолошка протетика

*Фундаментална аксиома на геронтолозијата е дека со стареењето на пациентите, тие се повеќе се разликуваат еден од друг. Без оглед на испитуваната карактеристика, физиолошка или психолошка, има поголема разновидност на реакциите кај возрасните ојкол-ку кај младите.*

*Затоа, генерализирањето на проблемите сврзани со беззубите возрасни пациенти е негатаивно и клинички обесхрабрувачко. Она што е, повеќе или помалку, заедничко за оваа популација е: мало внимание на деналната хигиена, поголема раздражливост, поголема пробирливост, преувеличување на проблемите и зачестеност на поплаките, ридно намалена толерација кон пролезиите и мошне бавен период на адаптација.*

*Со цел да дадеме одреден придонес во специфичноста на пролептичката терапија на оваа популациона група, во овој труд ги прикажуваме набљудувањата на 100 беззуби пациенти (50 жени 50 мажи) со над 70 годишна возраст, сместени во Гериятрискиот центар во Скопје.*

*Она што е впечатливо кај повеќето пациенти е: недоволна влажност на оралната лигавица, нејзина заштејаност и лесна ранливост, како и смалена отпорност кон масикаторниот тришок.*

*Со оглед на значително влошението локални услови за ретенција на мобилните пролези, како и најчестото неволно оштетување на болните, пролептичката терапија треба да се води со голема внимателност и секогаш од специјалист пролептичар.*

**Клучни зборови:** геронтостоматологија, орални промени, тотална протеза

Во последните неколку децении на овој век, современата медицина интензивно се занимава со изучување на процесите на стареењето од што се разви посебна наука - геронтологија. Интересот за здравјето на старосната група посебно е назначено во високо развиените индустриски земји, каде што дојде до содржински промени во начинот на живеење, со тенденција за продолжување на животниот век.

Во нив се формираат посебни гериятриски центри, гериятриски институции, со специјализирани кадри од оваа област.

**Геронтолозијата** е наука која се занимава со проучување на анатомските и физиолошките промени предизвикани од физиолошките процеси на стареењето (истрошување на организмот).

**Гериятријата** се занимава со проучување на патолошките промени кај старите. Некои истражувачи под гериятрија подразбираат исклучително патолошки процеси кои доведуваат до предвремено стареење.

**Геронтостоматологијата** е наука која ги изучува промените на ткивата на стоматогнатниот систем, причинети од инволутивните процеси на стареење на овие ткива. Се чини дека стоматолошката протетика, со своите терапевтски процедури, е најзастапен сегмент од стоматологијата кај оваа популациона група.

Според современите сознанија, симптомите на забавени регенеративни процеси се јавуваат во периодот од 60 до 70 години на животот.

Меѓутоа, овие годишни разграничувања имаат повеќе апроксимативен карактер, додека, во суштина, денешните биолози и антрополози веќе одамна утврдија дека староста не зависи само од бројот на годините (т.н. календарска старост), туку од состојбата на организмот и одделните ткива и органи - нивната функционална вредност (т.н.биолошко физиолошка старост).

Во принцип разликуваме:

- *синхроно* (хармонично) стареење кое е под еднакво стареење на сите ткива и органи;
- *дисхармонично* (хетерогено) стареење, кога одделни органи остаруваат порано од другите.

Гледано од стоматолошки аспект, стареењето на мастикаторниот орган се разгледува низ три степени:

- *ирейсенилносѝ* - се смета за состојба на губење на првиот траен заб;
- *среден сѝејен на сенилносѝ* - кога постојат уште неколку цвакални антагонистички парови заби;
- *најреднаѝа сенилносѝ* - тотална беззабост.

Меѓутоа, оваа поделба не ја отсликува вистинската состојба на стоматогнатниот систем. Оттука, во употреба е геропротетички индекс, кој покажува колку заби се надоместени со протетичка терапија за одреден случај, одредена група пациенти или за одредена возраст. Правилна проценка на функционалната вредност на стоматогнатниот систем може да направиме со поегзактните функционални методи (електрогнатодинамометрија, мастикациографија и други).

### Најчести промени на оралните ткива кај герижатриските пациенти

Нашиот коментар за најчестите промени на оралните ткива кај герижатриските пациенти се базира на клиничките испитувања на 100 пациенти (50 жени и 50 мажи), сместени во Герижатрискиот центар во Скопје.

Со сигурност може да се коментира дека со староста постепено настанува атрофија на епителното ткиво на усната лигавица. Во подлигавичниот слој исчезнуваат еластичните влакна, се влошува васкуларизацијата на меко-то ткиво и коската и се забележува нивна општа дехидрација.

Лигавицата станува осетлива и ранлива, се зголемува времето на процесот на нејзината регенерација (според некои автори, кај возрастните пациенти времето на регенерација е пет пати подолго отколку кај децата (4)).

Ова е уште понагласено кај пациентите со хронични заболувања, како дијабетес и др.

Значително почесто, кај старите пациенти, на аглите на усните се јавува *Heilitis angularis*, со тврдокорност кон терапијата и со чести тенденции за рецидиви.

Сериозен проблем во усната бактериска флора имаат хроничните дијабетичари и, посебно, оние кои се изложени на имуносуперсив-

на терапија. Weskot (8) докажува дека кај овие пациенти се откриени значаен број патогени бактерии, кои го свртуваат вниманието на стоматологот за можна инфекција во времето кога се извршува стоматолошката интервенција.

Кај многу постари лица постои тенденција за развивање хиперпластични, диспластични туморозни промени во ткивата на стоматогнатниот систем; меѓутоа, мора да се има предвид дека лошо адаптирани, нефункционални, трауматогени тотални протези, исто така, се честа причина за хиперпластични промени на носечките ткива.

Силната атрофија на алвеоларниот гребен, склерозирањето на крвните садови, невромускулниот дисбаланс, доведуваат до директни механички надразнувања што причинуваат тешкотии во исхраната и во активноста на плунковите жлезди, со редуција во квалитетот и квантитетот на плунката, па доаѓа до суво-ост во устата, понекогаш придружена со трпнење, жарење и печење. Во овие години, присутно е зголемено земање седативи кои уште повеќе влијаат на редуцијата на лачењето на плунката.

Јазикот се зголемува, се зголемуваат и длабочините на фисурите, со услови за населување на габички, а се редуцира бројот на густативните папили.

Можна е појава на десквamatивен глосит, со изразена делапилација, како резултат на недостиг на витамини од групата Б и протеини.

Секако, психолошките особености во оваа возраст се значително интересни за спроведување на програмата - лекување со тотални протези.

Така, кај многу старите пациенти, од до-тогашниот голем интерес и преокупација со надворешниот свет, се случува свртување кон внатрешниот, сопствен свет. Доаѓа до намалување на емоционалното поврзување со личностите и предметите од околината, до давање нагласка на сопствените потреби, со тежнеење кон удобност и лично задоволство, со пренагласеност на сопствените маки.

Зголемената свесност за физичкото пропаѓање со губењето на природните заби, ги намалува адаптивните способности кај нашите пациенти, така што психолошкиот одговор на тоталните протези е придружен со хипохондричност и депресивност.

Во оваа возраст, кај одреден број пациенти, се забележува дека емоционалните и мотивирачките аспекти ги потиснуваат интелектуалните способности за реална проценка на стварноста.

Значајно е да се дејствува внимателно, меко, наместо остро и наметливо, без создава-

ње конфликти и вербални дуели со пациентот. Не треба да се убедува дека сè е во ред со неговите протези, а причината лежи во неговите психофизички состојби. Напротив, секогаш треба да се има разбирање за психогената надградба, во чија заднина стои расчекорот меѓу очекувањата на пациентот и реално можната протетичка терапија.

Треба да се настојува, кај оваа група пациенти, секој заб во усната празнина да се задржи што е можно подолго време; тоа е посебно значајно за забите од долната вилица. Понекогаш и само еден добро лекуван корен може многу поинаку и полесно да го реши протетичкиот третман кај оваа група пациенти.

Оралниот наод може да биде обесхрабрувачки, но сепак, со употреба на сите расположливи средства на стоматолошката протетика, во многу случаи се постигнува задоволителен резултат.

### Карактеристики на стоматопротетичката терапија

И покрај тоа што клиничко-технолошката процедура во изработката на тоталните протези не се разликува, кај постарите пациенти мораме да ги вградиме сите доблести, целата своја инвентивност и лекарска лојалност, пред сè да ја стекнеме толку саканата доверба на пациентот во нашата стручност.

**Анамнезата** не треба да го содржи само објаснувањето за поранешните и сегашните тешкотии. Општиот впечаток за пациентот, исправното држење, енергичниот чекор, острiot поглед, па и стисокот на раката покажуваат дали пациентот има добра физичка и психичка кондиција и структура. Со вакви пациенти третманот од страна на терапевтот ќе може да се изведува уредно и без губење време.

За разлика, пак, од овие, кај пациентите со уморни и млитави движења, кратко и површно дишење, тремор и несигурност, потребна е нагласена хуманост, грижливо планирање и внимателна терапија. Дури, во изразито сериозни услови, на овие пациенти во стоматолошката ординација треба да им се обезбеди соодветно подолг временски термин.

**Општите** кај постарите пациенти подобро е да се земе во седечка положба.

Анатомските отпечатоци треба секогаш да се земаат со алгинат, а не со гипс или термопластична маса.

Функционалниот отпечаток, поради слабиот тонус на мускулатурата, се зема во услови на редуцирани движења, со голема помош на терапевтот. Тука треба да се применуваат

повеќе пасивни движења. Во горната вилица внимателно се проверуваат фарингеалниот раб и работ на паратубарниот простор. Во долната вилица посебно внимание се свртува на екстензијата во ретромоларниот простор (3). Во овие предели правилната екстензија на лажницата може да се истестира со примена на објективните клиничко-биолошки тестови. Функционалните отпечаточни материјали треба да имаат работно време од 3 до 5 минути.

Предност имаат материјалите врз база на силикони. Помалку е индицирана употребата на ZnO еугенол постапка. Земањето отпечаток во услови на затворена уста кај постарите пациенти не се препорачува.

### Одредување на меѓувличните односи

Одредувањето на вличниот однос во вертикала и хоризонтала кај постариот пациент е една од најтешките задачи на протетичкиот третман.

Ако пациентот пред новиот протетички зафат носел парцијални или тотални протези, тогаш оваа позиција, по можност, треба да се задржи или, ако се менува, тоа треба да се направи со големо внимание. Во секој случај, ако има покрупни отстапувања, како во вертикала така и во хоризонтала, тие мора да се коригираат.

**Вертикалната димензија** се избира така што на пациентот, при физиолошко мирување, му останува интраоклузалниот простор кој е двојно поголем од стандардната вредност од 2 - 3 mm (1).

Долната третина на лицето кај постариот пациент секогаш е пониска отколку кај средовечниот.

Конкретната вертикална димензија не мора да се одреди спрема идеалниот профил, туку повеќе според фонетските критериуми и позицијата на долната вилица.

Во однос на хоризонталната релација, кај постарите пациенти, сè уште не е формирано единствено гледиште. Се чини дека мора да се избере поедноставната и полесна за соработка со постариот пациент.

Се препорачува метод на голтање или Valkoff.

Манипулацијата со интра и екстраорални регистратори и поставувањето лицев лак создаваат тешкотии кај постариот пациент. Овие методи можат да се користат кај силно изразени асиметрични или поголеми отстапувања од средните вредности.

Кај пациентите врзани за кревет, приближно правилна позиција на долната вилица може да се добие само со помош на терапевтот. Стоејќи над креветот на пациентот, кај главата, долната вилица се води до централна оклузија, со двете раце, за да се избегне странично поместување.

### Речење на забите

При речењето на забите во фронталната регија се применуваат критериумите на фонација и естетика, а странично - според правилата на статиката. И во двата предела, доминантната која треба да се мисли е позицијата на меките ткива, особено активноста на мускулатурата (7). Кај геријатриските случаи мора да се води сметка за сместувањето на јазикот, па токму затоа се препорачува редуција на оклузалните површини, а за да се обезбеди стабилизација на долната протеза, се препорачува оклузалната рамнина да се постави под екваторот на јазикот. Со оглед на тоа што јазикот кај постарите е најчесто волуминозен и млитав, може да се даде придонес за стабилизација на долната протеза (1).

Кривата на оклузалната рамнина мора да одговара на кривината на алвеоларниот гребен, за да не дојде до лизгање на базата. Понекогаш, кај стрмно подигнување на дисталниот дел од гребенот, вториот молар изостанува или се поставува прв премолар.

Протезната база и надворешните површини се формираат така што во пределот на фронталните заби, сè до првиот премолар, вестибуларната површина на протезата се моделира според барањата на естетиката. Во страничната регија се напушта "природната" моделација во корист на мазната површина. Таква моделација обезбедува полесно чистење, не задржува храна и друго.

Кај постарите и изнемоштени лица, некои автори (5) препорачуваат базата на долната тотална протеза да се изработи од мек акрилат.

Пациенти во многу лоша општа состојба, како и индивидуи во старските домови, можат стоматолошки да се згрижат онолку колку што дозволува нивната општа состојба. Физичката и психичката состојба одат најчесто рака под рака. Духовно агилниот и соработлив пациент, поради општата состојба, веќе не мора да е таков.

Згрижувањето со тотални протези ветува успех, ако пациентот носел парцијални или тотални протези и ако посакува нова протеза. Меѓутоа, се очекуваат поголеми проблеми во адаптацијата, дури и кога оралниот наод не е екстремно неповолен.

При поволна инкорпорација на тотални протези, не само што се компензира функционалниот испад на дентооралновилниот систем, туку на постариот му се прави секојдневието, можеби и за многу години - вредно за живеење.

## SOME ASPECTS IN PROSTHODONTIC REHABILITATION WITH REMOVABLE DENTURES IN GERIATRIC PATIENTS

Velevski D., Vankovski V., Petrovski D., Pančevska S.

### Summary

The fundamental axiom of the gerontology is that diversity among geriatric patients becomes more evident with their aging.

Despite the examined feature: physiological or psychological, the difference of behaviour on pain stimuli is more likely for the older than for the younger patient.

For that reason generalisation of problems related to treatment of the adult toothless patients is worthless and clinically discouraging.

What is less or more common with this population is poor dental care, emphasized irritability, choosiness, exaggeration of problems; they complain of this and that, display increased intolerance to dentures and very slow period of adaptation.

Aiming certain contribution to the particularity of prosthetic rehabilitation of this population group, we present 100 toothless patients (50 men and 50 women) aged over 70, observed at the Geriatric center in Skopje.

What is noticeable in majority of patients is rather dry oral mucosa. It is rigid and vulnerable, with decreased resistance to masticatory forces.

Considering bad local conditions for removable dentures retention, and the overall unfavourable general condition of the patients, the prosthetic therapy should be carried out with thorough attention and it should be delivered by a specialist in prosthodontics.

**Key words:** geriatric dentistry; geriatric assessment, oral manifestations, complete denture

## Литература

1. BREUSTEDT A. Die stomatologische Betreuung im höheren Lebensalter. Barth, Leipzig 1978.
2. HERRMANN HW. Weichbleibende Kunststoffe in Zahnärztliche Werkstoffe und ihre Verarbeitung, Im: EICNER K. Hüthig, Heidelberg, 1974.
3. JUDE HD. Die Gestaltung retromolarer Flügel am unteren totalen Zahnersatz. Hanser, München, 1975.
4. PANTELIC Z i sar. Oralni status kon starih na slučajnom uzorku. Stomatol Gl Srb 1979; 1.
5. SAUER G. Beurteilung und Tragegewohnheiten von totalem Zahnersatz. Dtsch Zahnarzl Z 1975; 30 :702.
6. THOMAS-WEINTRAUB A. Dental needs and dental services use patternsof an olderiy edentulous population. J Prosht Dent 1985; 54 (4): 526-32.
7. UHLIG H. Zahnersatz fur Zahnlose. Quintessenz, Berlin, 1970.
8. WESKOT WB. Current and future considerations for a geriatric patients. The J Prosth Dent 1983; 49 (1): 113-20..