

Стоматолошки факултет — Скопје
Клиника за стоматолошка
мобилна протетика

ПРИЛОГ КОН ТЕРАПИЈАТА НА МИКРОБЕН ПРОТЕЗЕН СТОМАТИТ

Љ. Антоvsка, Д. Велеvски, М. Фиљански, М. Накова,
И. Богдановски

Авторите на трудот даваат прилог кон терапијата на микробен протезен стоматит со посебен осврт на клиничките манифестации на оралната мукоза под протезите и нивно класифицирање во три групи.

Протезните стоматопатии се појавуваат во разни видови како на лигавицата во акутна или хронична воспалителна форма, така и на фундаментот-коскена основа како атрофични промени.

Причините за стоматопатиите, класифицирани како трауматски, микробиолошки и алергиски, се комбинираат и најчесто еден фактор е примарен, а другите се секундарни. (Фиљански¹⁰)

Некои автори сметаат дека предоминантна причина за микробен протезен стоматит е траума или инфекција. Оклузалната дисхармонија и неадекватни дестабилизирани протези се сметаат како здружен фактор во етиологијата на болеста.

Блокот на одвоените канали на мукозните жлезди од страна на протезите, така наречен „Синдром на ретенција на плунка“, може да се земе како посебен фактор. (Шафер)⁹

Аторите Каусон³, Ричи⁸, Ожегович⁷, сметаат дека кандида албиканс е доминантен фактор во појавата на микробен протезен стоматит.

Дејвенпорт² ја зема кандида албиканс како примарен фактор во појавата на протезен стоматит.

Јоргенсен⁵ ја евидентира алергијата на акрилатите како минимална и ја смета за спорен фактор во појавата на протезните стоматити.

Траумата може да биде предиспонирачки фактор за развој на кандида албиканс под протезите но кандида албиканс може да се појави и под протезите каде не е регистриран трауматски фактор⁵.

Гејфорд⁴ смета дека антимикотичната терапија не е погодна како единствена во терапијата на микробен стоматит туку протезите треба да се земат како примарен етиолошки фактори истите да се отстранат од устата на пациентите за време на терапијата.

Сугестијата на Литл⁶ е да се овозможи со отстранувањето на протезите од устата, правилно одморање на воспаленото ткиво и побрзо оздравување.

Даглас и Валкер¹ вршат лекување на протезен микробен стоматит со инкорпорирање на антимикотични препарати во протезниот материјал чие делување е со ограничено времетраење.

Ван Ринен¹¹ дошол до констатација дека негативниот притисок под горната тотална протеза со добра ретенција и стабилизација го стимулира развитокот на одделни микроорганизми под протезата. Во експериментални услови диплококус пнеумоние се развива побрзо на негативен притисок од 10 инчи живин столб. Исто така тој смета дека намалениот притисок под протезите ја зголемува ткивната пермеабилност на микроорганизмите и за нивните продукти, со отие експерименти тој ја објаснува инциденцијата на микробни протези стоматити под горната тотална протеза за разлика од долната каде негативниот притисок ретко се појавува.

Материјал и методи

Во рутинското следење на пациентите со микробни протетски стоматит, клиничките манифестации што беа опсервирани на лигавицата под протезите не насочуваат на неколку видови најавувања на појавата. Така пациентите може да ги поделиме во три групи.

1. ГРУПА — Во оваа група спаѓаат пациенти кај кои постојат објективни појави на лигавицата под протезите и е во вид на воспалени, светлоцрвена до ливидно обоена на која на одделни места се забележуваат ерозивни промени придружени со лесно изразен едем. Промените се во големена на протезаа база. Субјективни симптоми се: лесно жарење, трнење и осет на топлина под протезите.

2. ГРУПА — Тука спаѓаат сите оние пациенти кај кои субјективните и објективните промени минимално изразени. Лигавицата е на некои места со хипермични промени без едем и други патолошки промени. Субјективните тегоби се лесно назначени (жарење, трнење и осет на топлина).

3. ГРУПА — Оваа група ги опфаќа сите оние пациенти кај кои постојат јако изразени објективни промени на воспаление под протезите со јако изразена хиперемија, петехијални крварења, едем пратено со папуло-макулозни ефлоресценции. Субјективно пациентите се жалат на минимални тегоби што не се адекватни на јако изразената патолошка клиничка слика што се регистрира во устата.

За било кој вид на клиничка појава на протезен стоматит да се работи, нашиот пристап е следниот:

— Земање на анамнеза.

— Земање на материјал за микробиолошко испитување од мукоза и протеза.

— Читање на добиените резултати и одредување на терапија.

а) Позитивно присуство на кандида албиканс — даваме антимикотична терапија комбинирана со витамини (Б комплекс)

б) Позитивно присуство на кандида албиканс и други патогени микроорганизми — се дава антимикотична терапија комбинирана со антибиотска која е одредена по претходно добиените резултати од антибиограм за патогените микроорганизми.

в) Позитивно присуство на патогени микроорганизми без присуство на кандида албиканс — даваме антибиотска терапија по претходно добиен антибиограм.

— Протетските подвижни помагала ги отстрануваме привремено од устата на пациентите за две до три недели.

— По земањето на лековите вршime повторно микробиолошко испитување на мукозата на усната шуплина.

— Ако има кај пациентот објективно и субјективно подобрување на воспалението, лигавицата добива нормална бледорозева боја, а микробиолошките наоди од контролата се негативни пристапуваме кон протетската терапија.

— Кај пациенти кои имаат стари дестабилизирани протези со ослабена ретенција, оштетен вентилен раб, поголеми грешки во поставата на забите, пристапуваме кон изработката на нови протези.

— Ако постојат индикации за подлагање на протезите истото го вршime по индиртен метод по пат на топла полимеризација.

— Ако протезите се нови, правилно изработени, без грешки во оклузијата и артикулацијата, пациентите продолжуваат да ги носат истите.

— Во случаите каде присуството на микробиолошкиот фактор, одговорен за протезниот стоматит, сè уште перзистира, терапијата ќе продолжи со давање на антимикотична терапија за кандида албиканс, а за поголемите микроорганизми правиме повторен антибиограм и одредуваме друг антибиотик.

Резултати

Клиничките подобрувања на инфламираните ткива беа опсервирани кај сите пациенти. Малку послаби резултати добивме кај пациенти кои повремено ги носеле своите протези за време на терапијата за лекови и покрај нашите упатства истите да ги отстранат од устата за неколку недели.

Резултатите покажаа дека овој начин на приод на пациенти со микробен протетски стоматит е правилен и едноставен за изведба.

Битно е да се напомене дека микрофлората во усната шуплина се менува секојдневно како квантитативно така и квантитативно така што извлекувањето на микробен протезен стоматит е од привремен карактер, бидејќи преваленцијата на факторот носена протеза и понатаму ќе биде присутен.

Дискусија

Со претходно изнесениот приод и терапијата на микробен протезен стоматит беа опфатени 56 особи, од нив 43 жени и 13 мажи со старост од 50—65 години. Кај сите пациенти третманот го спроведуваме во исти услови со редовност при закажувањето на контролите.

Успехот во третманот зависеше од: здравствената состојба на пациентот, полот (жени почесто оболуваат), возраста, хигиено-диетски навики, упорност во земање на лекови и редовно доаѓање на контроли.

Во анализата на анамнезите кај скоро сите пациенти откривме дека некои фактори почесто се присутни и сметаме дека до извесен степен и се одговорни за појавата на микробните протетски стоматити.

Трауматските фактори што беа присутни кај повеќето пациенти се: стари дестабилизирани протези, протези со трауматска протетска оклузија и артикулација, намалена висина на загриз кај протезите, деноноќно носење на протезите, лоши навики стискање со заби — бруксизам.

Секако и општите системски заболувања, дијабетес мелитус, нарушување на ацидобазната рамнотежа, примањето на имуно супресивни лекови, стресовни состојби, психички и физички напрегнува, имаат знатен удел во појавувањето на болеста.

Заклучок

Терапијата на пациентите со микробен протезен стоматит е спроведувана низ неколку битни фази, како: земање на правилна анамнеза, лабораториска анализа на брис од мукоза и протеза, давање на терапија, зависно од присуството на патогениот агенс и одморање на лигавицата од протезите за време на третманот со лековите.

Сметаме дека правилно изработените протези, нивно правилно носење и високо хигиенското одржување, се битни услови за избегнување на појавата на микробен протезен стоматит.

Литература

1. Douglas W. H. and Walker D. M: Nystatin in Denture Liners An Alternative Treatment of Denture Stomatitis, Br. Dent. J. 135, 1973, 55—59, p.

2. Davenport J. C., J. C.: The oral Distribution of *Candida albicans* in Denture Stomatitis, *Br. Dent. J.* 129, 1970, 151—156, p.
3. Cawson R.: *Candida infection*, ed. Winner and Hurley, Edinburg, 1966.
4. Gayford J. J.: Denture Stomatitis and Oral Candndiasis in the Erderly, *Br. J. Geriater. Pract.*, 5, 1968, 355—357.
5. Jorgensen E. and Bertram U.: Denture Stomatitis, I. The Etyology in Relation to Trauma and Infection, *Acta Odonto. Scand.* 28, 1971, 71—92.
6. Lytle R. B.: The Management of Abused Oral Tissues in Complete Denture oCnstruction, *J. Prost. Dent.* 7, 1957, 27—42.
7. Ожеговик Л. М. Б., Ф. А.: *Candida albocans* и протезне стоматопатије, Зборник на трудовите на Стоматол. на Југославија, Скопје, 1975, 589—598.
8. Ritchie G. M. et all.: The Etiology, Exfoliative Citology and Treament of Denture Stmatitis, *J. Prost. Dent.*, 22, 1969, 185—200.
9. Shafer W. G., Hine M. K. and Levy B.: *Oral Pathology*, ed 2, Philadelfija and London, 1969, W. B. Saunders Compani, 448.
10. М. Фиљански: Лекување на Stomatitis prothetica со отстранување на причинителите од акрилатната маса, Зборник на V конгрес на Стоматолозите на Југославија, Скопје, 1975, 879—884.
11. Van Reenen, B. D. S., H. D. D.: Microbiologic studies on Denture Stomatitis, *J. Prost. Dent.* 30, 1973, 493—507.