

**УНИВЕРЗИТЕТ "СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ"-СКОПЈЕ
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ**



Д-р Фуат Бислими

**ЗАСТАПЕНОСТ НА ПРОТЕЗЕН СТОМАТИТ КАЈ
НОСИТЕЛИ НА МОБИЛНИ ПРОТЕЗИ**

-МАГИСТЕРСКИ ТРУД-

МЕНТОР: Проф. д-р Евдокија Јанкуловска

Декември, 2014

**УНИВЕРЗИТЕТ „Св. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ – СКОПЈЕ
СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ**



Д-р Фуат Бислими

**ЗАСТАПЕНОСТ НА ПРОТЕЗЕН СТОМАТИТ КАЈ
НОСИТЕЛИ НА МОБИЛНИ ПРОТЕЗИ**

-МАГИСТЕРСКИ ТРУД-

МЕНТОР: Проф. д-р Евдокија Јанкуловска

Декември, 2014

Содржина:

Кратка содржина	
Абстракт	
I.Вовед.....	5
II.Литературен преглед	13
III.Цел на трудот.....	19
IV.Матерјал и метод на работа	21
1. Материјал во истражувањето	22
2. Метод на работа.....	22
2.1. Метод на клинички испитувања.....	22
2.1.1 Регистрација на протезен плак.....	23
2.1.2 Регистрација на валидноста на протезите.....	25
2.2 Лабораториски испитувања.....	25
2.2.1 Микробиолошки анализи.....	25
2.2.1.1 Микробиолошки анализи на примероците.....	26
2.2.2 Алерголошка анализа.....	27
2.3 Приирање податоци преку анкетен лист.....	29
3. Статистичка анализа на податоците.....	30
V. Резултати.....	32
VI. Приказ на дел од нашите испитаници.....	51
VII. Дискусија.....	54
VIII.Заклучоци	69
IX .Користена литература.....	73

Кратка содржина

Зголемениот животен век на луѓето, како и динамичниот развој на протетиката и протетските третмани , го зголемија бројот на носители на мобилни протези. Во овој труд ги поставивме овие **цели:** да ја констатираме застапеноста на протезниот стоматит кај носителите на мобилни протези , да ги утврдиме етиолошките фактори кои придонесуваат за појавата на протезниот стоматит, да добиеме сознанија за влијанието на оралната хигиена и на хигиената на протезата врз протезниот стоматит, да добиеме сознанија за периодот на носењето на протезата врз протезниот стоматит, да добиеме сознанија за влијанието на полот врз протезниот стоматит, да добиеме сознанија за влијанието на староста врз протезниот стоматит и со нашето испитување да ја надополниме нашата стоматолошка теорија и пракса.

1. Матерјал во истражувањето - вклучивме 60 испитаници од двата пола на возраст од 45-75 години. Според видот на протезите беа поделени во три групие и тоа : 8 испитаници со тотални акрилатни протези, 36 испитаници со парцијални акрилатни протези и 16 испитаници со скелетирани парцијални протези

2. Метод на работа- се состоеше од клинички испитувања (регистрација на воспалителни промени на слузокожата, регистрација на протезен плак, регистрација на валидноста на протезите, ; Лабораториски испитувања (Микробиолшки анализи за candida albicans) , прибирање податоци преку анкетен лист.

Резултатите добиени од студијата укажуваат дека од 60 испитаници со тотални протези беа 8 со тотални протези од кои 7(87.5%) во максила и 1 (12.5%) во мандибула, со парцијални акрилатни протези беа 36 од кои 21(58.33%) во максила и 15(41.66%) во мандибула , со парцијални скелетирани протези беа 16 испитаници од кои 3(18.75%) во максила и 13(81.25%) во мандибула. Според видот и полот беа застапени со тотални протези 2(25%) женски и 6(75%) машки испитаници,со парцијални плочести протези беа најголем број од испитаниците и од двата пола 15(41.67%) од женски и 21(58.33%) од машки пол и со скелетирани протези беа 6(37.5%) од женски и 10(62.5%) машки пол; според возраста на испитаниците имаме 20 испитаници на 45-54 години (12(60%) жени и 8(40%) мажи), 21 испитаници на 55-74 години (14(66%) жени и 7(33%) мажи) и 19 испитаници над 75 години(4(21%) жени и 15(79%) мажи).

Резултатите покажале дека од 60 испитаници кај 27(45%) нема знаци на воспалителни промени во слузокожата додека кај 33(55%) има воспалителни промени, и тоа прв степен беа 20(33%), втор степен беа 12(20%) и трет степен беше 1(1.67%)

Присуството на кандида е регистрирана во 23 случаи или (70%) од 33 испитаници со присуство на протезен стоматит. Траумата исто така е многу застапена, и тоа од 33

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

испитаници со воспаление , трауматскиот фактор е присутен кај 17(52%) од нив .Лошата хигиена на устата е присутна кај 30(91%) испитаници кај кои е прусен протезен стоматит. Loшата хигиена на протезата е присутна кај сите испитаници кај кои има воспаление на слузницата. Валидноста на протезата е дистрибуирана со 16(48%) испитаници, и пушачи беа 25(76%) испитаници.

Плакот беше многу застапен, и тоа од 60 испитаници , присуство на плак имаше кај 54 испитаници. Плак индексот не се разликува многу во споредба со видот на протезата, заради што и разликата на вредностите помеѓу плак акумулација и видот на протези статистички не беше значајна $p=0.6156$.

Резултатите покажаа дека степенот на воспаление расте со растот на годините на носењена протезите ,која е утврдено со Spearman-овиот тест за корелација кој е $p=0.0003$. Резултатите покажаа дека протезниот стоматит е повеќе застапен кај машкиот пол (13 или (35,1%) нема воспаление додека 24 или(64,9%) има воспалителни промени) отколку кај женскиот пол (14 или (60,8%) нема воспаление и 9 или (39.2%) испитаника имаат воспалителни поремени).

Резултатите покажаа дека и возрастта на пациентот е важен фактор во појавата на протезниот стоматит, покажа дека појавата на воспалението кај носителите на мобилни протези е пропорционална со годините на старост на испитаниците.

Степенот на воспаление расте со возрастта на пациентот кој е утврден со Spearman-овиот тест кој покажува висока статистичка сигнификантност $p=0.006$

нализата на резултатите укажува на голема застапеност на беззаби пациенти, најверојатно заради лошата орална хигиена , лошата финансиска и социјална состојба особено кај постарите од 60 години .

Заклучоци - Од анализата на резултатите ги добивме следните заклучоци: протезниот стоматит кај носители на мобилни протези е застапен со 55%, этиолошките фактори кои предизвикуваат протезен стоматит се микробиолошки фактор со 70%, траумата со 52%, алерголошки фактор нема, лоша хигиена на уста 91%, лоша хигиена на протеза 100%, валидност на протези со 48%. Должината на носење на протезата и староста на пациентот влијаат во појавата на протезниот стоматит, полот има влијание во појавата на протезниот стоматит, бидејќи испитаниците од машки пол повеќе имаат протезен стоматит

На крајот секако треба да нагласиме дека освен споменатите фактори кои ги загрози нашите пациенти треба да се земат сите останати фактори кои предизвикуваат имунодефициенција го ослабуваат отпорот на слузокожата од бактерии, вируси , габи и паразити, од што произлегува и заклучокот дека протезниот стоматит е резултат на интеракција на различни системски и локални фактори но таму каде правилно и редовно се одржува оралната и протезна хигиена тој е поредок.

Клучни зборови:видови протези, воспаление на гингива ,хигиена на протеза, плак индекс, ретенција на протези, Кандида Албиканс

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

Приложено е изучавање честота, времетрајност и интензитет на протезен стоматит кај носители на мобилни протези. Честота на протезен стоматит не е многу различна од честота на стоматит, во кој случај сличноста помеѓу вредностите на практична скапулација и честота на протезен стоматит е статистички значајна.

Summary

The results showed that the degree of inflammation grows with the growth of the years of wearing dentures which is determined by the following equation $y = 0.0003x + 0.0003$.

The increased life span, as well as the dynamic development of prosthetics and prosthetic treatments have increased the number of holders of mobile prostheses. In this paper we set these goals: to ascertain the presence of prosthetic stomatitis among holders of mobile prosthesis, to determine etiological factors contributing to the occurrence of prosthetic stomatitis, to obtain information on the impact of oral hygiene and hygiene of the denture stomatitis, to obtain information about the period of wearing the prosthesis on prosthetic stomatitis, to get information on the impact of gender on prosthetic stomatitis, to get information on the impact of age on prosthetic stomatitis and our study to supplement our dental practice and theory.

1. Material in research - included 60 subjects of both sexes aged 45-75 years. By type of dentures were divided into three groups as follows: 8 examinees with total acrylic prosthesis, 36 examinees with partial acrylic dentures and 16 examinees with skeleton partial dentures

2. Method of work- consisted of clinical trials (registration inflammatory changes of mucous membrane, registration prosthetic poster registration validity of dentures,: Laboratory tests (Mikrobiologycal analyzes of candida albicans), collecting data through questionnaire.

The results of the study indicate that 60 examinees with dentures were 8 with dentures, 7 (87.5%) in the maxilla and 1 (12.5%) in the mandible, with partial acrylic dentures were 36 of which 21 (58.33%) in the maxilla and 15 (41.66%) in the mandible, with partial skeleton prostheses were 16 participants, of whom 3 (18.75%) in the maxilla and 13 (81.25%) in the mandible. According to type and were represented with dentures 2 (25%) females and 6 (75%) male respondents, with partial dentures were flat most of the respondents of both sexes and 15 (41.67%) and 21 female (58.33 %) were male and the skeleton prostheses were 6 (37.5%) female and 10 (62.5%) male; according to the age of the participants have 20 45-54 (12 (60%) women and eight (40%) men), 21 subjects of 55-74 years (14 (66%) and seven women (33%) men) and 19 respondents over 75 years (4 (21%) women and 15 (79%) men).

The results showed that 60 of the 27 subjects (45%) no signs of inflammatory changes in the mucous membrane while 33 (55%) have inflammatory changes and the first degree were 20 (33%) were second degree 12 (20%) third degree was 1 (1.67%)

The presence of candida is registered in 23 cases, or (70%) of 33 subjects in the presence of prosthetic stomatitis. Trauma is also prevalent, from 33 respondents with inflammation, traumatic factor is present in 17 (52%) of them .Low oral hygiene is present in 30 (91%) subjects with prosthetic stomatitis. Poor hygiene of the prosthesis is present in all subjects who have inflammation of the mucous membrane. The validity of the prosthesis is distributed in 16 (48%) respondents were smokers and 25 (76%) respondents.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Plaques were more frequently, from 60 subjects had the presence of plaque in 54 respondents. Plaque index is not much different than the type of prosthesis, for which the difference between the values of plaque accumulation and type of prosthesis was not statistically significant $p = 0.6156$.

The results showed that the degree of inflammation grows with the growth of the years of wearing dentures, which is determined by the Spearman's correlation test was $p = 0.0003$.

The results showed that denture stomatitis is more common in males (13 or (35.1%) while no inflammation or 24 (64.9%) has inflammatory changes) than females (14 or (60.8%) no inflammation and 9, or (39.2%) subjects having inflammatory changes).

The results showed that the patient's age is an important factor in the occurrence of stomatitis protezniot showed that the occurrence of inflammation of the holders of mobile prosthesis is proportional to the age of the respondents.

The degree of inflammation grows with the age of the patient is determined by Spearman's test shows high statistical significance $p = 0.006$

Analysis of the results indicates a great representation of toothless patients, probably due to poor oral hygiene, poor financial and social situation especially in older than 60 years.

Conclusions - The analysis of the results obtained, the following conclusions: protezniot stomatitis in media mobile prosthesis is represented with 55%, etiological factors causing prosthetic stomatitis microbial factor with 70%, 52% trauma, Allergologic factor will, poor oral hygiene 91%, poor hygiene prosthesis 100% valid prostheses 48%. The length of wearing the prosthesis and the patient's age affect the appearance of denture stomatitis, gender affects the appearance of denture stomatitis, because the male examinees have several prosthetic stomatitis. The end should certainly point out that besides the mentioned factors that threaten our patients need to take all the other factors that cause immunodeficiency weaken the resistance of the mucous membrane of bacteria, viruses, fungi and parasites, which means that the conclusion protezniot stomatitis is the result of interaction of various systemic and local factors but where properly and regularly maintained oral and denture hygiene it is rare.

Keywords: types of prostheses, inflammation of the gingiva, denture hygiene, plaque index, retention of dentures, *Candida albicans*

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези Фуат Бислими

I. ВОВЕД

Животниот век кај луѓето се повеќе се продолжува што ја поттикнува геронтолошката и геријатриска наука да се занимаваат и во областа од стоматологијата.

Зголемувањето на животниот век влијае на тоа да се повеќе возрасни пациенти бараат стоматолошка заштита. Постари податоци од 1975 година, укажуваат дека имало околу 350 милиони жители постари од 60 години, во 2000 година бројот се зголемил на 590 милиони, додека во 2050 година се очекува овој број да порасне дури до 1100 милиони¹.

Податоци од 2008 година заборуваат дека околу 600 милиони луѓе во моментов имаат 60 години или повеќе а се очекува таа бројка да се дуплира до 2025 година. До крајот на 2050 година ќе бидат повеќе од две милјарди стари лица од кои 80% во земјите во развој. Обединетите нации, проценуваат дека лица постари од 80 години ќе го сочинуваат 20% од вкупното население во светот².

Спрема некои извештаи на американскиот центар за контрола и превенција на болестите, американците денес живеат за 30 години подолго од нивните предци во минатиот век. Како последица на тоа се јавуваат и поголем број на проблеми како во социолошко така и во медицинско и стоматолошко ниво. Губењето на забите и нивното надоместување, како и тешкотите при носењето на протезите се основни стоматолошки проблеми поврзани со пациентите од оваа возраст³.

Зголемениот животен век на луѓето, како и динамичниот развој на протетиката и протетските третмани, го зголемија бројот на носители на мобилни протези.

После губиток на сите заби настануваат промени кој најчесто се реперкуираат на⁴:

-киските –после екстракција настануваат промени на алвеоларниот гребен, алвеолата ја губи функцијата и се губи, настануваат ресортивни промени на киската. Горната вилица е поспонгиозна а долната е изградена од цврста компактна маса особено околу вестибуларната страна и алвеолите на предните заби. Ремоделација на алвеоларниот гребен трае цел живот, со просечна ресорпција од 1мм во една година. Во максилата ресорпцијата престанува по 10 години.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

- во меѓусебниот однос на горната и долна вилица- после ресортивните промени, во сагитален пресек можно е да латералните делови да се меѓусебно паралелни, дивергентни или конвергентни, но во најголем дел од случаите(80%) вилиците меѓусебно конвергираат што значи дека лакот на долната вилица е по широк од лакот на горната вилица.
- на слузокожата- најчесто се јавува лабава слузокожа, дупликатури и воспалителни промени
- на мускулите- се јавуваат промени во тонусот на мускулатурата, нивната функција и чувство на допир
- на ТМЗ – снижениот загриз заради губитокот на забите доведува до движење на мандибулата кон дистално. Промената на местото на мандибулата а со тоа и кондилите во зглобната јамичка, доведува до промени во зглобовите, слухот но и крацијални промени.
- во физиономијата- сите горе споменати промени ја менуваат и физиономијата на пациентите.

Надомест за загубата на изгубените заби со протези е многу важно постапка која треба да обезбеди цвакање , фонетика и естетика кај пациентите. Ако истите не се адекватно направени, може да предизвикаат тешкотии во функционирањето и лезии на оралните ткива.⁵

Успешната орална рехабилитација во описаните состојби со нагласени пореметувања на нормалната функција на жвакањето и говорот, промени во изгледот бараат адекватна психолошка припрема, стручна и прецизно испланирана надокнада на изгубените заби, правилно да ги оптовари останатите ткива и зачувување на преостанатите заби, по строго стандардизирани процедури и протоколи за изработка на стоматолошки протетички помагала.⁶

Според бројот и распоредот на преостанатите заби мобилните протези се поделени во тотални , кои ја компензираат загубата на сите заби и делумни или парцијални , кои го заменуваат делумно изгубените заби.

Во зависност од времето на носење протезите може да се имедијантни, привремени и дефинитивни.⁷

Имедијантните протези се аплицираат во уста веднаш по екстракција на забите, истиот ден.Предност на овие протези е физиолошката масажа и естетика. Привремените протези

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

се аплицираат по 10 ден до 2 месеца по екстракцијата, истите мора да се ревидираат или заменат заради неадекватна ретенција која се јавува како резултат на ресорпција на коската. Дефинитивните протези се изработуваат после три месеца од последната екстракција.⁸

Стоматитис протетика е мултикаузално заболување кое зафаќа 11-67% од носителите на тотални протези.⁵

Стоматитис протетика се дефинира како воспалителна интрабукална промена која се карактеризира со фиброепителна пролиферација предизвикана од интеракција на слузокожата и базата на протезата. Тој е почест во максилата и преваленцата е поголема кај поединци носители на горни акрилатни мобилни протези^{5,9}.

Протезниот стоматитис се карактеризира со лезија која речиси секогаш е асимптоматска¹⁰ и обично присутна на тврдото непце¹¹. Повремено тој се поврзува со heilitis angularis, или glositis rhomboidea mediana¹², додека пак некои пациенти се жалат на пецање или болни сензации на оралната слузокожа, особено на непцето, халитоза, лош вкус или сува уста^{13,14}.

Распространетоста на протезниот стоматитис е најстар и долгогодишен проблем кај носителите на мобилни протези.

Ова болест е слабо позната во јавност па и често несоодветно третирана. Има неколку предиспонирачки ризик фактори кои ја предизвикуваат болеста, а кои треба добро да ги познава медицинскиот персонал. Етиологијата на протезниот стоматит е мултифакторијална и се должи на протетичката рехабилитација со мобилни парцијални или тотални протези. Предизвикувачки фактори се : механички или трауматски фактор од лошо адаптирана протезна база ; присуство на лоша оклузија и на коморите за вакуум (сисалки) сместени во базата на протезата ; инфективен фактор во кој се вклучуваат некои бактерии и *Candida spp.*, (од нив најчесто се сретнува *Candida albicans*) ; алергиските фактори представени од некои компоненти на материјалот на протезата (полимери , резидуални мономери, хидрокинон ,салол, судан3, бои , метали од никел, хром кобалт молибден легури) кои веднаш се манифестираат по вградувањето на мобилната протеза ; лошата орална и протезна хигиена ; староста на протезата, пушењето, ноќното носење на протезата, разни видови радијација и сувост на устата, фактори од системски заболувања

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

(дијабетес и имунодефицијација) како и разните лекови . Некогаш и стресот поврзан со работните активности помага во појавата на протезниот стоматит¹⁵.

Усната празнина е постојано живеалиште за многу различни видови на микроби организми кои живеат во комплексен екосистем , кој се уште е докрај неистражен. Нормалната орална флора постојано трпи промени, кои зависат од многу фактори: исхраната , имунолошки , хигиенски, и сите промени што се случуваат во текот на животот на усната шуплина. Една од најчестите причини за такви промени е употребата на многу нови материјали во усната празнина , било да е тоа за пломбирање или за изработка на фиксни и мобилна протетички помагала¹⁶

Бактериите се примарно етиолошки агенси на многу ткива и органи во оралната празнина. Тие можат слободно да се движат или пак да се налепат на одредена површина.¹⁷

Клинички,воспалението се карактеризира со различни степени и класификации, а најчесто се користи класификацијата на Newton¹⁸. Оваа појава е најчесто асимптоматска , но кога веќе има симптоми, тие се манифестираат со крварење на мукозата , оток , пецање или други болни сензации, халитоза, непријатен вкус и сувост на устата¹⁹.

Протезниот стоматит се базира воглавно на клинички преглед и за прв пат е класифициран според Newton (1962) и според клиничкиот изглед се дели на 3 типа и тоа¹⁸:

-Тип 0 – нема воспаление

-Тип 1- локализирано воспаление или точкаста хиперемија

-Тип 2-еритематоза или генерализирано воспаление или дифузни еритем вклучувајќи дел или целата површина на мукозата која се покрива со протезата

-Тип 3–Папиларна хиперплазија – најчесто го вклучува централниот дел од тврдото непце и алвеоларните гребени.

- тип 3 се сретнува во асоцијација со тип1 и тип 2

- тип 3 на протезниот стоматитис вклучува во себе и епителна реакција на хронично присуство на габични колонизации, а може и од слаба локална траума која доаѓа како резултат од лошата адаптација на протезата²⁰.

Колонизација од страна на Кандида видови е од клиничко значење .Протезниот стоматит (или воспаление на усната мукоза предизвикано од протеза) подразбира воспаление на

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

оралната слузница , особено на палатиналниот дел и гигнгивалната слузница која е во директен контакт со базата на протезата^{21,22}.

Локални и општи фактори може да предизвикаат трансформација на *Candida albicans* од непатогени во патогени микроорганизми. Кога клетката - домаќин станува имунокомпромитирана, од страна на микроорганизмите се врши секреција на неколку хидролитички ензими и тоа протеинази и фосфолипази кои помагаат во негово поврзување со клетката домаќин по што следи пропусливост на нејзиниот вид што ја олеснува понатамошната инвазија на микроорганизмите^{23,24}.

Како предиспонирачки фактори кај протезниот стоматит вклучени се системски и локални фактори како што се микробиолошките фактори , хигиена на протезата , носење на протезата во текот на ноќта, лошо адаптирана протеза , скршена протеза, пукната или издупчена протеза , лоша орална и протезна хигиена , ксеростомија , пушење, квалитет и квантитет на плунката , оклузија , парафункционални навики и диети богати со јагленохидрати , старост на протезата, и евентуално дефект во одбрамбените механизми на организмот²⁵.

Од локалните фактори микроорганизмите се најприсатни^{23,24}.

Протезите може да предизвикаат голем број промени во устата кои ја олеснуваат акумулацијата на бактериите и габите .Пролиферација на одредени бактериски видови , како *Staphilococcus species* , *Streptococcus spp*, *Fusobacterium spp ili Bacteroides spp* се идентификувани кај пациенти со протезен стоматитис од Amit²⁵ . Од видот на *Candida*, *Candida albicans* е идентификувана од Dixon кај повеќето пациенти²⁰.

Најновите студии покажуваат дека траумата самостојно не може да предизвика генерализиран протезен стоматит , туку предизвикува само локализирани форми на протезен стоматит⁵. Наместо тоа , кај генерализираните форми , главната патогена улога ја игра *Candida albicans* . Траумата дејствува како ко-фактор кој ја фаворизира адхезијата и пенетрацијата на габите, ја подржува осетливоста на непцето и ја зголемува пропустливоста на епителот за токсините и растворливите агенси кои се произведуваат од страна на *Candida*²⁶.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези Фуат Бислими

Намалувањето или целосното отсуство на плунката кај лицата со ксеростомија поттикнува промени во нормалната микробиолошка флора фаворизирајќи пролиферација на бактерии као што се *Stafilococcus aureus*, кој ја инхибира нормалната адаптација на протезата²⁷.

Одредени системски системски симптоми како што се дијабетес мелитус, нутритивни дефициенти(железо фолна киселина, или витамин Б12, хипотироидоза, состојби на имунодефицијенција(ХИВ), малигни заболувања(акутна леукемија, агранулоцитоза), користење на имуно-супресивни лекови, кортикостероиди, исто така може да биде предиспозиција за присуство на Кандида кај протезниот стоматит²⁷.

Третманот на кандидален протезен стоматит е комплексен, бидејќи неговата мултифакториелна етиологија бара сеопфатен план .Елиминирањето на предиспонирачкиите фактори се смета како најважен чекор²⁷.

Лошата адаптација на протезите е главен предиспонирачки фактор за појавата на протезен стоматитис. Подобрувањето на адаптацијата на протезата треба да се смета за важен чекор во санацијата на протезниот стоматит.Поправката на лошата адаптација на протезата се смета за важен третман на протезниот стоматит²⁸.

Дисконтинуираното носење на протезата исто така е важно во третманот на протезниот стоматит.

Лошата орална и протезна хигиена се од големо значење во почетокот на протезниот стоматит , а тоа укажува на важноста на чистењето на протезата со механички и хемиски методи²⁹. Добрата орална хигиена може да има голем ефект во третманот на протезниот стоматит заедно со локалните и системските антифунгални лекови. Покрај тоа за време на терапијата за стоматитис , протезата треба да се отстрани најмалку две недели³⁰.

Недостаток на хигиената на протезата се смета за еден од факторите кои се вклучени во етиологијата на протезниот стоматитис. Различни фактори помагаат во пролиферацијата на габите, како што се: лошата орална хигиена , високи дози на јагленохидрати , намален плунковен проток и составот на плунката , дизајнот на протезата и континуираното носење на протезата³¹.

Отсекогаш се нагласувала потребата од редовно отстранување на протезниот плак , особено на контактните површини на протезата со оралното ткиво. Површински промени и пропустливоста на базата на протезата често пати покажува нерамнини и

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

микропори. Ваквите неправилности на протезата се причина за габична колонизација, а не ретко истите и не можат детално да се исчистат ниту механички ниту хемиски. Заради тоа се создаваат идеални услови за пенетирање на *Candida*, а воедно и нејзиното синергистично дејство со останатите присутни патогени бактерии во устата. Најважни карактеристики од кои зависи иницијалната адхезија на микроорганизмите се хидрофобноста на протезата, рапавоста на нејзината површина и сл. Пенетрација е поголема кај тотални отколку кај парцијални протези кои се во непосреден контакт со оралната мукоза. Значи неопходно е протезата да е полирана до висок сјај³².

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

ЛИТЕРАТУРЕН ПРЕГЛЕД

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

II.ЛИТЕРАТУРЕН ПРЕГЛЕД

Пациентите кој го посетуваат стоматологот-протетичар се многу голема хетерогена група од населението, по возраста, општото здравје, по состојбата на мастиаторниот апарт, ментални можности, социјален статус и сл. Запознавањето на пациентот е прв услов за успешна протетска терапија^{33,34}.

Bergman, смета дека најбројна група во ординацијата кај протетичарите се пациенти помеѓу 40 и 60 години, со оптимална физичка и психичка кондиција, во зенитот на професионални и други активности со дефиниран економски и социјален статус кои се мотивирани да прифатат протетичка рехабилитација од која очекуваат средување на надворешниот изглед и функцијата на мастиаторниот апарат³⁵.

Спрема Knezevic³⁶ кај 1/3 од стоматолошките пациенти потребна е надокнада со една или две totalни протези на возраст од 63 години. Maksimovic³⁷ во 2004 година врз основа на истражувања кај 70 лица постари од 60 години, кај 68 % утврдил дека немаат ниту еден заб а 91.3% од нив ниту еднаш не посетиле стоматолог.

Испитувањата од ретроспективната епидемиолошка студија на Богдановиќ кај 30 испитаници 17 биле од машки а 13 од женски пол а при тоа кај 87% од испитаниците од женски пол била индицирана парцијална и totalна надокнада а 76% од испитаниците од машки пол имале потреба од totalни протези, што зборува за поразвиена свест кај популацијата од женски пол за посета на стоматолог³⁸.

Во врска со појавата на заболувањето *stomatitis prothetica* се направени многу студии и испитувања. Многу автори, во своите испитувања ја испитувале корелацијата на инфекцијата со кандида, системските пореметувања на организмот и протезната стоматопатија. При тоа констатирале дека инфекцијата со кандида е правопропорционална со должината на времето на носење на мобилната протеза, присутна кај испитаниците со долготрајна терапија со антихипертензивни, антиреуматични лекови и лекови за срцеви заболувања, и повеќе е присутна кај пациенти

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

од женскиот пол. Протезната стоматопатија била во корелација со инфекција со кандида^{39,40,41,5}.

Dixon и сор.²⁰ во своето истражување дојдоа до констатација дека најголемата мана на меките протезни лајнери е лошото одржување на хигиената. Затоа инфекцијата со *Candida albicans* се јавува кај овие материјали и станува важен фактор во појавата на протетскиот стоматит.

Freitas и сор.⁴² ја проценуваат преваленцата на слузокожните заболувања поврзани со употребата на тотални протези кај возрасни лица над 60 години. Од студијата се забележува дека протезниот стоматитис е поврзан со времето на носење на протезата, хигиенскиот статус и интегритетот на тоталната протеза. Овие автори покажуваат потреба да се изработи програма за одржување на оралното здравје кај старите лица.

Dr Jorge⁴³ и сор., ги испитувале ризик факторите кои придонесуват до појавата на протезниот стоматит кај носители на мобилни протези во општина Тагуаско. Нивните резултати покажале дека континуираното носење на мобилна протеза е најголем ризик фактор , застапен со 88,2%, потоа на второ место е лошата хигиена застапена со 87,5% и на трето место е користењето на несоодветно изработено протетичко помагало со 82%.

Hrizdana⁴⁴ и сор., ја испитувале застапеноста на протезниот стоматитис кај носители на тотални и парцијални протези . Констатирале застапеност на протезен стоматитис кај 54% од испитаниците . Од нив кај 6% била дијагностицирана *Candida albicans*.кај 4% позитивен алерголошки тест, кај 6% трауматски фактор од страна на мобилната протеза, а кај 9% лоша хигиена на усната празнина.

Amit²⁵ , ги испитувале застапеноста на протезниот стоматит и етиолошките фактори кои придонесуваат до неговата појава. Констатирале стоматитис протетика кај 70% од носителите на мобилни протези со поголема преваленца кај испитаниците од женскиот пол. Испитувањата покажале различни фактори кои ја предизвикуваат болеста , како трауматска оклузија , лошата орална и протезна хигијена , микробиолошките фактори , староста на протезата, алерголошкиот фактор од страна на матерјалот на протезата, преостанатиот неврзан мономер, дијабетес , имунодефицијенција , дефицијенција на храна и лекови.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

S. Hadzic и сор⁴⁵, ги испитуваа опортунистичките воспалителни процеси на mukoza oralis кај носителите на мобилни протези. Дошле до сознание дека најголем причинител на протезниот стоматит се габичните инфекции , и тоа 8 видови на габи :candida albicans, candida glabata, candida tropicalis, candida guillermondi, candida crusei, candida parapsilosis, candida stelatoidea и candida kefyr.

Marinka Mravak-Stipetic⁴⁶ , ја испитува Candida albicans како најчест причинител на протезниот стоматит. Притоа авторот ги опишува и најразличните клинички слики на слузокожата во усната празнина како и препораката за нејзино лекување.

A. Celebic⁴⁷, ја испитуваа појавата на стоматитис протетика кај носители на мобилни протези. Пronашле дека најчесто е присутен протезен плак , па истиот го проследиле со микробиолошка анализа. Констатирале лоша хигиена кај 79% од испитаниците, и пронашле индекс на протезен плак >2.

M.H. Figueral⁴⁸ и сор., во својата студија ги испитуваа предиспонирачките фактори кои придонесуваат за појавата на протезниот стоматит. Откриле застапеност на стоматитис протетика кај 43% од испитаниците, а како најчести причинители се времетраењето на носење на протезите, намалената вертикална димензија , нестабилна оклузија, постари протези и континуирано носење на протезите.

Evren⁴⁹ и сор, вршеле испитувања каде што биле земени во предвид возраста, полот, образованиот статус, финансиската состојба , општото здравје , фреквенциите на стоматолошката посета, носењето на протезата во текот на ноќта, навики и фреквенција на четкање на протетичките помагала.Била оценувана преваленцата на беззабноста , присуството и типот на мобилни протези, чистота на протезата и присуство на протезниот стоматит. Протезниот стоматит бил забележан во 44% од случаите .Позитивен однос бил забележан кај лица кои имале лоши навики за хигиена на протезата и присуство то на протезен стоматит.

Mandali⁵⁰ и сор. во нивната студија имале за цел да ја утврдат фреквенцијата на оралните лезии поврзани со полот , возраста, должината на времето на употреба на протезата, нивото на образование и економскиот статус. Биле тестиирани 153 пациенти со средна вредност 61,8+-9,8. Податоците биле обработени со ANOVA test, Mann-Whitney

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

test, Kruskal test, Students test, Chi-square test. Нивото на статистичката заначајност била $p<0,05$. После добиените резултати дошле до заклучок дека носителите на totalните протези треба почесто да го посетуват нивниот стоматолог, за да ги спречат појавите на мукозните лезии кои се должат на промените на потпорните ткива за време на користење на протезата и да се подобри квалитетот на нивниот живот.

Gokcen-Rohlig⁵¹ и сор., спровеле студија во која се обиделе да ги идентификуват етиолошките фактори за појавата на протезниот стоматит. Во етиолошките фактори беа вклучени :слабата хигиена на протезата, континуирано и ноќно носење на протезата, акумулација на протезниот плак и бактериските и габичните инфекции на површината на протезата. Покрај тоа , тие констатирале дека и несоодветното лежење на протезата ја зголемува траумата на мукозата која е фактор за појавата на протезниот стоматит. Тие констатирале дека присутноста на овие фактори ја зголемуваат способноста за развивање и колонизирање на candida albicans на протезните и на мукозните површини каде што таа се наоѓа како опортунистички патоген фактор .

Navabi⁵² и сор., ги студирале ризик факторите кои може да се поврзани со протезниот стоматит. Оваа студија ја покажала поврзаноста (односот) помеѓу инциденцата на протезен стоматит и трите главни фактори: староста на протезата, дали протезата е изработена професионално и дали таа се носи цела ноќ односно дено- ноќно. Тие дошле до заклучок дека за појавата на протезен стоматит , од сите предиспонирачки фактори , најважниот ризик фактор е континуираното носење на протезата.

Kossioni A E⁵³ ,во својата студија имал за цел да ја испита преваленцата и ризик факторите за протезниот стоматит кај пациенти носители горни totalни протези. Протезен стоматит е сртенат кај 39,6% на испитаници и тоа хиперемија кај 17%, дифузен еритем кај 16% и папиларна хиперплазија кај 6,6% од испитаниците. Сртнал значајни врски меѓу протезниот стоматит и континуираното носење на протезата, асоцијација меѓу староста на протезата и хиперемијата , и намалена фреквенција на папиларната хиперплазија . Тој открил дека најважниот фактор кој се смета за ризик фактор за појавата на протезниот стоматит е континуираното носење на протезата. Со ова студија се дошло до заклучок дека протезниот стоматит кај носители на мобилни протези

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

е доста голем. Иако биле сретнати многу предиспонирачки фактори , од нив за најважен фактор се смета дека е континуираното носење на протезата.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

ЦЕЛ НА ТРУДОТ

Изјава ги овиеја доказите коишто се вклучуваат во овај аспект: „Само кога бидејќи и
другите ресурси не се достапни, тој може да се користи, но кога тој е и достапен тој не
当做.“

„Кога се исплатија застапеността на протезен стоматит како „секундарна причина“ за
недоволно посаканите резултати, тој се смета за „изгубен“. Иако се смета за „изгубен““

„Кога се исплатија стапалите, кои претпоставуваат за појавата на проктит и
стоматит“

„Кога добијаме фискалите за измештај на времето и за компензација за
протезите врз претпоставките“

„Кога добијаме компензација за измештај на времето и за времето на проктит и
стоматит“

„Кога добијаме компензација за измештај на времето на времето на проктит и
стоматит“

„Кога добијаме компензација за измештај на времето на времето на проктит и
стоматит“

ЦЕЛ НА ТРУДОТ

III.ЦЕЛ НА ТРУДОТ

Имајки ги предвид досегашните сознанија за протезниот стоматит , добиени врз база на литературните показатели за досегашните испитувања, во овој труд ги поставивме овие цели:

- да се констатира застапеноста на протезниот стоматит кај испитаниците на нашата популација носители на мобилни (парцијални и тотални) протези
- да ги утврдиме етиолошките фактори кои придонесуваат за појавата на протезниот стоматит
- да добиеме сознанија за влијанието на оралната хигиена и на хигиената на протезата врз протезниот стоматит
- да добиеме сознанија за периодот на носењето на протезата врз протезниот стоматит
- да добиеме сознание на влијанието на полот врз протезниот стоматит
- да добиеме сознание за влијанието на годините на старост врз протезниот стоматит
- со нашето испитување да ја надополниме нашата стоматолошка теорија и пракса

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протөзи
Фуат Бислими*

МАТЕРЈАЛ И МЕТОД НА РАБОТА

1. Материјал на извршење

За решавањето на математички проблем предложеното со испитувањето, испитуваните добијаат прости тестови и податоци за начинот на изработка и обработка стоматитски протези со доказана вредност од 96-98%.

Испитуваните се добијаат во [34] - Стручнија до издавање диплома на Универзитетот на Скопје во 2012 година кај професорот Симеон Георгиев.

2. Метод на работа

2.1. Метод на испитување

Со формулите се испитуваат и испитуваните носители на протези. При решувањето на задачите испитувачите испитуваат носители на протези, испитувачите имат по неколку варијанти на испитување на носители коишто имаат карактеристики кои предизвицват воспаление на ткините и когато се испитуваат - ќе покажат исклучувајуки било која болка.

МАТЕРЈАЛ И МЕТОД НА РАБОТА

Формулите се испитуваат и испитуваните носители на протези.

Справувајќи се со неколку варијанти на испитување.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

IV.МАТЕРЈАЛ И МЕТОД НА РАБОТА

1.Матерјал во истражувањето

За реализација на магистерскиот труд беа опсервирали 60 испитаници, носители на мобилни протези(тотални , парцијални плочести протези и парцијални скелетирани протези) од двата пола на возраст од 45-75 години.

Испитувањата се направени во ПЗУ Ординација по општа стоматологија „Др.ФУАТИ“ во временскиот период од мај 2013 до декември 2014 година.

2.Метод на работа

2.1.Метод на клинички испитувања

Од испитаниците беше земена анамнеза , а потоа тие беа и клинички прегледани. При тоа се утврди дали постои или не постио стоматитис протетика во устата на пациентот.

Застапеноста на воспалителните промени на слузокожата на непцето-протезниот стоматит кај испитаниците носители на мобилни протези , се вреднуваше по класификацијата на Newton, и вреднувањето беше следнаво ¹⁸:

0 - нема воспаление

1 - хиперемични фокуси во вид на точки

2 - дифузна хиперемија на лежиштето на протезата

3 – грануломатозна и папиларна хиперплазија

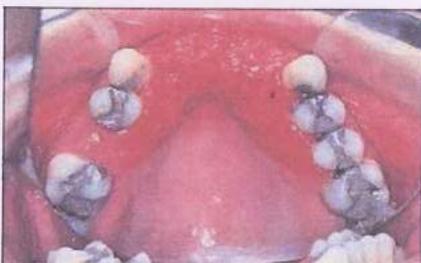
Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими



Слика1. Тип на воспаление Newton1



Слика 2. Тип на воспаление Newton 2



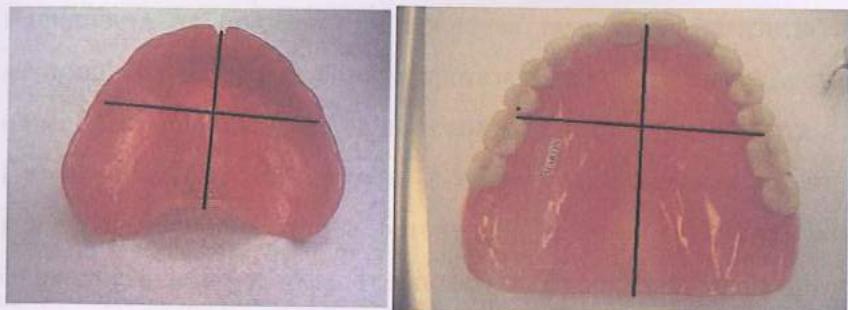
Слика 3. Тип на воспаление Newton 3

Кај испитаниците кај кои е регистриран протезен стоматит е вклучено и утврдување на этиолошките фактори преку:

2.1.1 Регистрација на протезен плак

Плакот на протезната база го докажувавме со боење со метиленско плаво го вреднувавме по индексот на Tarbet , а при тоа ја користевме модификацијата на Celebic и сор.⁴⁷. Методата се состоеше од поделба на внатрешната страна на протезата на четири квадранта со помош на медијална линија и линија која ги соединува преткатниците. Во секој квадрант плакот го вреднувавме од 0 до 5, вредностите прво ги собираvме а потоа делевме со четири.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*



Снимките покажуваат застапеноста на протезен стоматит кај носители на мобилни протези. На левата снимка е видно чисто и красива зъбна маса. На дясната снимка се вижда чистота на зъбната маса, която е изцяло покрита със зъбен налък. Видима е и зъбна плака.

Толкувањето на резултатите го правевме на следниов начин:

- 0 - нема плак
- 1 – дисконтинуиран плак
- 2 - континуиран плак кој ги опфаќа 1/4 од површината на квадрантите
- 3 - континуиран плак кој ги опфаќа 1/2 од површината на квадрантите
- 4 - континуиран плак кој ги опфаќа 3/4 од површината на квадрантите
- 5 - континуиран плак кој ги опфаќа 4/4 од површината на квадрантите или целата површина



Слика 4. Обојување на плакот на протезата со метиленско плаво

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

2.1.2. Регистрација на валидноста на протезите

Валидноста на протезата се испитува така да се прегледа лежиштето на протезата, местоположбата на работите на протезата дали се во согласност со правилата за изработка на мобилна протеза, дали се на границата помеѓу подвижната и неподвижната лигавица . Потоа, кај мобилните протези ја испитувавме нивната ретенција. Кај горните протези испитувањето на тестот за ретенцијана се прави така што протезата во горната вилица се притиска лесно со палецот и показалецот во пределот на предните заби и се влечат под прав агол кон оклузалната рамнина, во насока на надолжната оска на првите премолари. Ако ретенцијата е слаба , протеза може лесно да се одвои од лежиштето. Потоа со показалецот се притискаат инцизалните работите на горните централни инцизиви или малку зад нив, и со притисок кон надвор и нагоре се проверува затварањето на фарингеални раб. Ако ретенцијата е добра, за отворање на работ потребен е значителен 2притисок. Затворањето на вентилните работите вестибуларно, се испитува со поставување на показалецот на џвакалните површини на бочните заби и со притискање кон нанадвор и нагоре. Ако горните протези се со добра ретенција за отварање на вентилот потребна е значителна сила ⁵⁴.

2.2. Лабораториски испитувања

Лабораториските испитувања се состоја од микробиолошки и алерголошки анализи

2.2.1. Микробиолошки анализи

Кај пациентите кај кои беше дијагностициран протезен стоматит, дополнително правевме и микробиолошка испитувања со цел верификација на постоење/не инфекција со *Candida albicans*.

Постапката за земање материјал се вршеше на следниот начин:

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

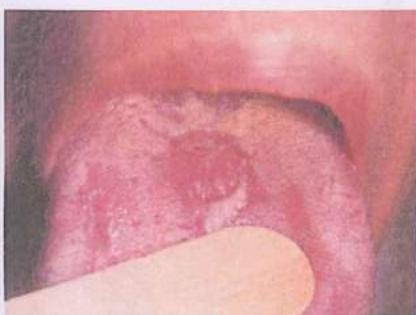
-Микробиолошките мостри со цел да се изолираат габите ги земавме со помош на стерилни стапчиња од базата на протезите и од лигавицата, а потоа тие беа културелно и микроскопски испитувани во микробиолошка лабораторија .

Засејувањето на материјалот за испитување се реализираше на подлога на Sabouraud која содржи 2% декстроза и антибиотици (gentamicin, hloramphenicol и neomycin) кои го спречуваат развојот на бактерии. По инокулација на подлогата, истата беше инкубирана 48-72 часа на температура од 25-37⁰C.

2.2.1.1. Микробиолошки анализи на примероците

По соодветната инкубација , и растот на колониите , препаратите беа обовувани директно со неспецифични боенja по Gram и Gimza, се сушеа и фиксираа а потоа микроскопски беа опсервирали и беше верифицирана *Candida albicans*.

Микробиолошките анализи беа направени кај сите пациенти со протезен стоматит во Микробиолошката лабораторија во Заводот за Здравствена Заштита во Куманово.



Слика 5. Присуство на *Candida Albicans* во устата на пациентот



Слика 6. Раст на колонии на *Candida spp.* и *Candida Albicans*

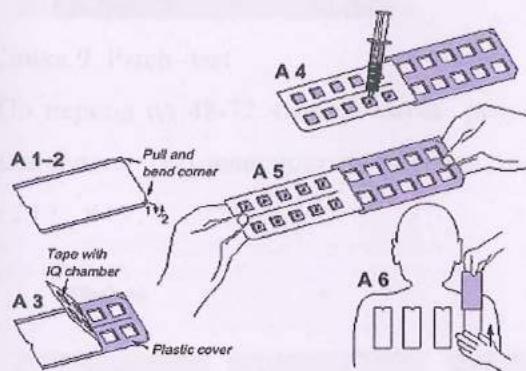
*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протөзи
Фуат Бислими*



Слика 7. Микроскопска слика на *Candida albicans*

2.2.2. Алерголошка анализа

За испитување на алергените кои го предизвикуваат алергичниот стоматитис протетика баше спроведен епикутаниот тест или Patch-тестот од материјалот од кој е изработена протезата, односно алерголошкото испитување.



Слика 8. Изглед и поставување на Patch –тестот

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

За таа цел се земаат струготини од акрилатот и металот од мобилните протези и истите се испраќаат за анализа во алерголошката лабораторија. Исто така се испраќаат и акрилатите Vertex , triplex , meliodent , probaze од кои се изработуваат мобилните протези како и струготини од хром кобалт молибденова легура кои се поставуваат во коморите на фластерот и тој се аплицираше на кожата на грбот на пациентот.



Слика 9. Patch -test

По период од 48-72 часа се читаат резултатите. Кај позитивните тестови појавува егзем или еритем . Во зависност од нивната големина се вреднува со 1, 2 или 3 или со знаците + , ++ , +++.



Слика 10. Отчитување на резултатите на Patch-тестот во кожата на испитаникот

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Алерголошките испитувања се реализираа во стоматолошката ординација со примена на оригинални патч- тестови од страна на специјалист по дерматовенрологија.

2.3. Прибирање податоци преку анкетен лист(прилог1)

Прашалникот кој го пополнувавме ги вклучуваше следниве елементи:

- генералии на пациентот, пол, возраст, географска одредница, постоење општи заболувања, постоење на алергични реакции
- типот на протетското помагало,(тотални и парцијални акрилатни протези и парцијални скелетирани протези)
- застапеност на протетското помагало спрема вилиците
- застапеност на протетското помагало спрема материјалот од кој е изработена протезата
- должина на носење на протезата (до 5 години , до 10 години ,и над 10 години)
- во кој период од денонокието ја носи протезата (денье , денье и ноќе, за време на јадење, само за излегување)
- податоци за алерголошки проблеми
- одржување на хигиена на устата и протезите
- постоење на лоши навики од видот на
- пушчење

3. Статистичка анализа на податоците

Со статистичката обработка на податоците се применети дескриптивни и аналитички методи.

Користени се непараметрички тестови за кои не е потребна нормална и симетрична дистрибуција. За сите параметри е определувана средната вредност .

Отценката за разликите на вредностите помеѓу испитуваните варијабили е правена со X^2 – тест.

X^2 - тестот е најважниот и најчесто користен член од групата непараметрички статистички тестови

X^2 - тест е статистички тест кој се користи за споредување на добиените резултати со очекуваните резултати и да се утврди дали постои значајна разлика меѓу очекуваните и добиените резултати во една или повеќе категории

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

F_o - очекувани фрквенции

F_e - наблудувани(регистрирани) фрквенции

X^2 – е збир на квадрат на разликата на добиените и очекуваните податоци поделени можните очекувани податоци

Spearman-овиот тест на коефициент на корелација(SCC-Spearman's correlation coefficient) напаравен е за споредување на варијаблите

Податоците од дескриптивната статистичка анализа и прикажани со t-тестот каде $p \leq 0,05$ се смета за статистички значајно /сигнификантно.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Во дескрипцијата на податоците, преку табеларен и графички приказ претставени се реалните белези и нивните показатели.

Споменатите анализи се направена преку базите креирани во програмите Excel 2010 for Windows, Statistica за Windows ver.7. и SPSS ver. 12.

За симплифицирање на табелите ,толкување во табелите и текстот ги користевме следниве кратенки:

- Тотални акрилатни протези (ТАП)
- Парцијални акрилатни протези (ПАП)
- Скелетирани парцијални протези (СПП)

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуад Бислами*

РЕЗУЛТАТИ

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

V.РЕЗУЛТАТИ

Во оваа испитување беа опсервирали 60 испитаници носители на мобилни протези (тотални акрилатни протези, парцијални акрилатни протези и парцијални скелетирани протези).

На таб. бр. 1 е прикажана дистрибуцијата на пациентите според видот на протетичкото помагало и според вилицата во која тоа е евидентирано. Според видот на протетичкото помагало констатираавме 8 пациенти со тотални протези, 36 испитаници со парцијални акрилатни протези и 16 испитаника со парцијални скелетирани протези. Од нив 7 испитиника беа со тотални акрилатни протези во горната вилица- максилата или (87.5%) а 1 испитаник со тотална протеза во долната вилица- мандибулата или (12.50%). Потоа со парцијални акрилатни протези во горната вилица -максила беа 21 испитаник или (58.33%) а во долната вилица-мандибула 15 испитаника или (41.67%), додека со скелетирани парцијални протези во горната вилица-максила беа 3 испитаника или (18.75%) а во долната вилица - мандибула беа 13 испитаника или (81.25%)

Табела 1.Дистрибуција на испитаниците според видот на мобилните протези и според вилиците во кои се сместени(%)

Видот на протези	Вилица				Вкупно	
	Максила		Мандибула			
	Бр	%	Бр	%		
Тотални акрилатни	7	87.5	1	12.5	8	
Парцијални акрилатни	21	58.33	15	41.67	36	
Скелетирани парцијални	3	18.75	13	81.25	16	
Вкупно	31	51.67	29	48.33	60	
Sig. ^{***}	$X^2=9.527, (df=1), p=0.0021$					

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*



Графикон1.Дистрибуција на испитаници според видот на мобилни протези и според вилиците во кои се сместени

Разликата на вредностите на видот на протезите според вилицата е статистички високо значајна $X^2=9.527$, ($df=1$), $df=1$, $p=0.0021$. (Таб 1 и граф.1)

Во таб. бр. 2 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според видот на протетското помагало помеѓу половите. Со totalни протези беа 2 испитаници од женски пол или (25%) и 6 испитаници од машки пол или (75%). Најголем број на испитаници беа со парцијални протези и тоа 15 испитаници од женски пол или (41,67%), и 21 испитаник од машки пол или (58,33%). Со парцијални скелетирани протези беа 6 испитаника од женски пол или (37,5%) и 10 испитаника од машки пол или (61,67%).

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Табела2. Дистрибуција на испитаниците според видот на протезите и според полот

Видот на протези	Пол				Вкупно	
	Женски		Машки			
	Бр	%	Бр	%		
Тотални акрилатни	2	25%	6	75%	8	
Парцијални акрилатни	15	41.67%	21	58.33%	36	
Скелетирани парцијални	6	37.5	10	62.5	16	
Вкупно	23	38.33	37	61.67	60	
Sig.**	$\chi^2 = 9,610, (df=1), p= 0,001$ (машки-женски)					
Sig.***	$\chi^2 = 8,570, (df=1), p= 0,081$ (ТАП-ПАП)					
Sig.**	$\chi^2 = 3,440, (df=1), p= 0,072$ (ПАП_ПСП)					



Графикон2. Дистрибуција на испитаниците според видот на протезите и според полот

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

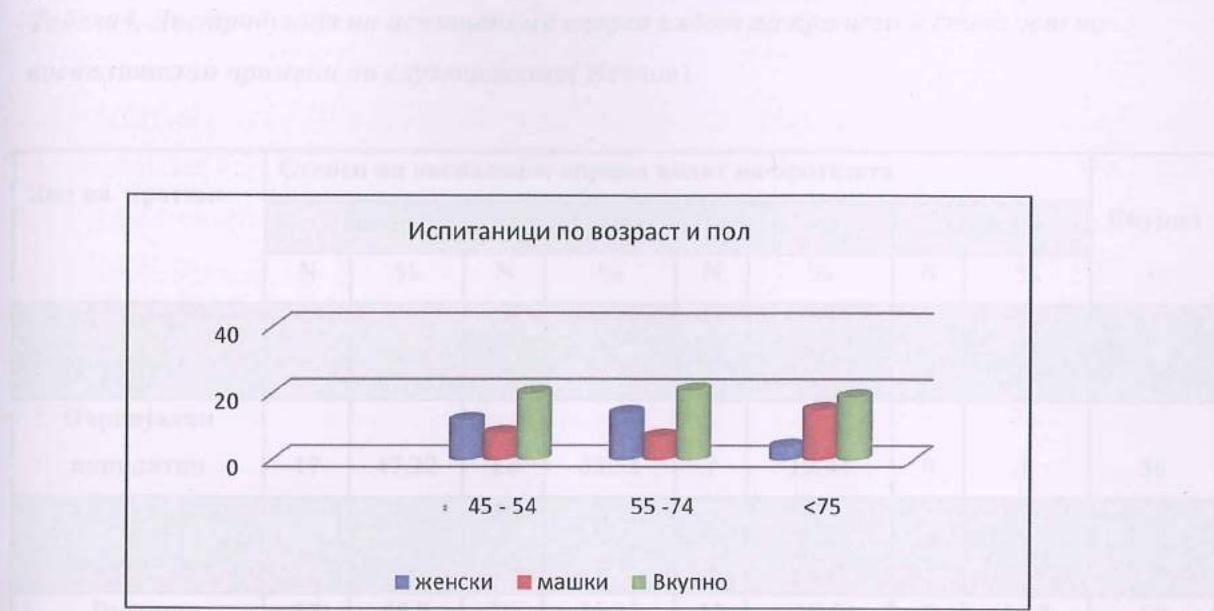
Статистичката обработка на резултатите беше со многу значајна статистичка веројатност, која изнесува $\chi^2 = 9,610$, ($df=1$), или $p= 0,001$ кога станува збор за разликите помеѓу половите, со многу значајна статистичка веројатност кога станува збор за разликите на вредностите помеѓу испитаниците со тотални и парцијални акрилатни протези каде $\chi^2 = 8,570$, ($df=1$), или $p= 0,081$ и со значајна статистичка веројатност кога станува збор за разликите на вредностите помеѓу испитаниците со парцијални акрилатни и со парцијални скелетирани протези каде што $\chi^2 = 3,440$, ($df=1$), или $p= 0,0729$ (Таб.бр. 2 и граф.бр.2).

Во табела бр.3 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според возраста. Испитаниците по возраста ги поделевме на три возрасни групи и тоа од 45 до 75 години од двата пола. Првата група на испитаници беше од 45-54години. Од нив 12 испитаника беа од женски пол или (60.0%), а од машки пол беа 8 испитаници или (40.0%). Потоа, втората група беше на возраст од 55-74години . Од нив 14 испитаници или (66.0%) беа од женски пол и 7 испитаници или (33%) од машки пол. Третата група беше на возраст над 75 години, и кај неа 4 испитаници или (21.0%) беа од женски пол, а 10 испитаници или (62.5%) од машки пол.

Табела3.Дистрибуција на испитаници по возраст и пол

Испитаници	Пол					Вкупно
	Женски		Машки			
Возраст	Бр	%	Бр	%		
45 – 54	12	60.0	8	40.0	20	
55 -74	14	66.0	7	33.0	21	
>75	4	21.0	15	79.0	19	
Вкупно	23	38.33	37	61.67	60	
Sig.***	$\chi^2 = 10,610$, ($df=1$), $p= 0,0011$					

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими



Графикон 3. Дистрибуција на испитаници по возраст и пол

Притоа дистрибуцијата на испитаниците според возрастта и полот беше статстички значајна каде што ($\chi^2 = 10,610$, (df=1), или $p = 0,0011$), (Таб. бр. 3 и граф. бр. 3).

Во табела бр 4 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според застапеноста на протезниот стоматит. Од табелата можеме да констатираме дека од вкупно 60 испитаници, без воспалителни промени на лигавицата беа 27 испитаници или (45.0%) а со воспаление на лигавицата беа 33 испитаници или (55%). Од нив со хиперемија од прв степен беа 20 испитаници или (33.33%). Од нив 4 испитаници или (25.0%) беа со totalни протези, 12 испитаници или (33.33%) со парцијални акрилатни протези и 4 испитаници или (25.0%) со парцијални скелетирани протези. Потоа, со воспаление на лигавицата со дифузна хиперемија на лежиштето на протезата или втор степен беа 3 испитаници или ((37.5%) со totalни протези, 7 испитаници или (19.44%) со парцијални акрилатни протези и 2 испитаници или (16.67%) со парцијални скелетирани протези. Со трет степен на воспаление на лигавицата претставен со грануломатозна и папиларна хиперплазија констатирајме само кај еден испитаник или (6,25%) и тоа носител на парцијална скелетирани и протези.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Табела4. Дистрибуција на испитаници според видот на протези и степенот на воспалителни промени на слузокожата(Newton)

Вид на протези	Степен на воспаление спрема видот на протезата								Вкупно	
	Нема		1степен		2степен		3степен			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Тотални акрилатни	1	12.5	4	50.0	3	37.5	0	0	8	
Парцијални акрилатни	17	47.22	12	33.33	7	19.44	0	0	36	
Скелетирани парцијални	9	56.25	4	25.0	2	12.50	1	6.25	16	
Вкупно	27	45.0	20	33.33	12	20.0	1	1.67	60	
Sig.	$(\chi^2 = 4,890, df=1, p<0.05^*$		$\chi^2 = 1,640, (df=1)<0.001^{***}$		$(\chi^2 = 8,520, df=1)p<0.001^{***}$		$\chi^2 = 0,9426, (df=2)<0.001^{***}$			



Графикон4. Дистрибуција на испитаници според степенот на воспалителни промени на слузокожата (Newton)

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

Статистичката обработка на податоците покажа дека разликите на вредностите кај испитаниците кои беа со акрилатни и скелетирани протези и кои немаа воспаление беа сигнификантни ($\chi^2 = 4,890$, (df=1), $p<0.05$). Истите параметри но кај испитаниците со воспаление од прв степен , втор и трет степен укажуваа на постоење висока статистичка значајност ($p<0.001$). (Таб бр.4 .и граф.бр.4)

.Во табела бр. 5 како и во соодветниот графички приказ се прикажани дистрибуцијата на испитаниците според етиолошките фактори кои се причина за појавата на протезниот стоматит. Од неа констатиравме дека микробиолошкиот фактор (присуството на *Candida Albikans*) е присутен кај 5 испитаника или (71%) од вкупниот број испитаника со totalни протези), 12 испитаника или (63%) од вкупниот број испитаници со парцијални акрилатни протези и 6 испитаника или (86%) од вкупниот број испитаници односно од вкупниот број на испитаници со парцијални скелетирани протези. Од вкупниот број на испитаници со протезен стоматит, *Candida Albicans* се сретнува како причинител кај 23 испитаника или (70%).

Како етиолошки фактор на протезен стоматитис се појавува и траумата поради лоша адаптирана протеза, лоша ретенција на мобилната протеза, репарирана протеза или други фактори. Така трауматскиот фактор беше присутен кај 5 испитаника или (71%) од испитаниците со totalни протези, кај 5 испитаника или (42%) од испитаниците со парцијални акрилатни протези и кај 7 испитаника или (100%) од испитаниците носители на парцијални скелетирани протези. Вкупно од 33 испитаници кај кои е констатирано присуство на протезен стоматит, трауматскиот фактор е присутен кај 17 испитаника или (52%) од нив.

Лошата хигиена на устата е присутна кај 100% од испитаниците носители на totalни протези и парцијални акрилатни протези, додека кај носители на парцијални скелетирани протези беше присутна кај 57% од нив. Лошата хигиена на устата е присутна кај 30 испитаника или (91%) од вкупниот број на испитаниците кај кои е присутен протезниот стоматитис.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Лошата хигиена на протезата и присуството на денталниот плак во протезите е присутна кај 100% од сите испитаници кај кои беше контамирано присуство на протезен стоматит. Валидноста на протезите е присутна кај 2 испитаника или (23%) од носителите на тотални протези, кај 12 испитаника или (63%) од носителите на парцијални акрилатни протези, и кај 2 испитаника или (28%) од носителите на парцијални скелетирани протези. Од вкупниот број на испитаниците со протезен стоматитис кај 16 испитаника или (48%) констатирајме валидни протези.

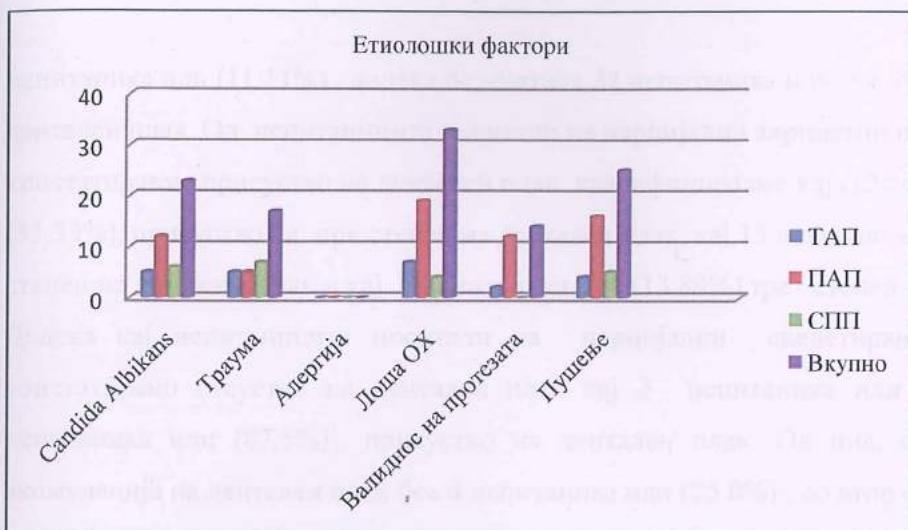
Од прибраните податоци можевме да констатираме дека пушењето на цигари е присутно и тоа 4 испитаника или (57%) од носителите на тотални протези, кај 16 испитаника или (84%) од носителите на парцијални акрилатни протези и кај 5 испитаника или (71%) од носителите на парцијални скелетирани протези.

Од спроведените испитувања констатирајме дека ниту кај еден од испитаниците со протезен стоматитис не е присутен како причинител алергскиот фактор.

Табела 5. Дистрибуција на етиолошките фактори во појавата на протезниот стоматитис

Вид протеза	N	Етиолошки фактори													
		Микробиал ни Кандида+		траума		алергиски		Лоша хигиена на уста		Лоша хигиена на протеза		Валидност на протеза		пушчење	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ТАП	7	5	71	5	71	0	0	7	100	7	100	2	23	4	57
ПАП	19	12	63	5	42	0	0	19	100	19	100	12	63	1	6
СПП	7	6	86	7	100	0	0	4	57	7	100	2	28	5	71
вкупно	33	23	70	17	52	0	0	30	91	33	100	16	48	2	76

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*



Графикон 5. Дистрибуција на етиолошките фактори во појавата на протезниот стоматитис

Во табелата бр. 6 е прикажана дистрибуцијата на денталниот плак кај носителите на мобилни протези според степенот на неговата акумулација и видот на протезите.

Од добиените резултати забележивме дека од вкупниот број на испитаници (60), отсуство на дентален плак има само кај 6 испитаника или (10%) , додека кај 54 испитаника или 90% констатирајме присуство на дентален плак. При класификацијата на степенот на дентален плак констатирајме кај 19 испитаника или (31,6%) присуство на прв степен од дентален плак, потоа кај 25 испитаника или (41,6%) присуство на втор степен од дентален плак и кај 10 испитаника или (16,6) присуство од трет степен на дентален плак. Додека дентален плак од 4 и 5 степен не констатирајме ниту кај еден испитаник.

Според видот на мобилната протеза забележавме дека сите испитаници од групата носители на totalни протези имаа присутен дентален плак.. Од нив кај 3 испитаника или (37,5%) беше класифициран прв степен на дентален плак, кај 4 испитаника или (50%) втор степен на дентален плак, и кај 1 испитаник или (12.5%) трет степен на акумулација на дентален плак.

Кај испитаниците носители на парцијални акрилатни протези без дентален плак беа 4

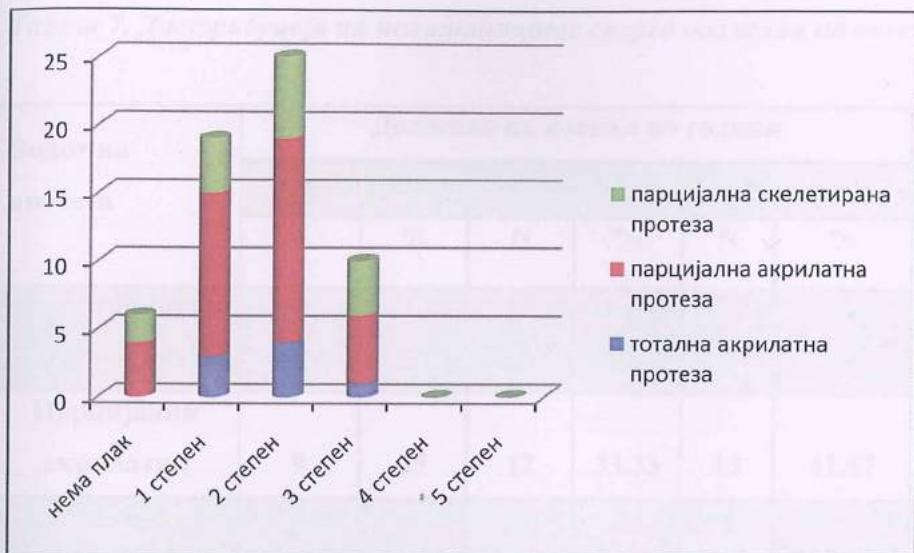
*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

испитаника или (11.11%) , додека останатите 32 испитаника или (88,89%) имаа присутен дентален плак. Од испитаниците носители на парцијални акрилатни протези кај кои констатирајме присуство на дентален плак класифицирајме кај 12 испитаника или (33.33%), присуство на прв степен на дентален плак, кај 15 испитаника или (41.67%) втор степен на дентален плак и кај 5 испитаника или (13.89%) трет степен на дентален плак. Додека кај испитаниците носители на парцијални скелетирани протези беше констатирано отсуство на дентален плак кај 2 испитаника или (12.5%), а кај 14 испитаника или (87,5%) присуство на дентален плак. Од нив, со прв степен на акумулација на дентален плак беа 4 испитаника или (25.0%) , со втор степен 6 испитаника или (37.5%) , и со трет степен 4 испитаника или (25.0%).

Табела бр.6. Дистрибуција на дентален плак кај испитаниците со мобилни протези според степенот на акумулација и видот на артезите

Вид протези	Акумулација на плак												Вкуп но	
	Нема		1степен		2степен		3степен		4степен		5степен			
	бр	%	бр	%	бр	%	Бр	%	бр	%	бр	%		
Тотални акрилатни	0	0	3	37.5	4	50.0	1	12.5	0	0	0	0	8	
Парцијални акрилатни	4	11	12	33.3	15	41.6	5	13.8	0	0	0	0	36	
Скелетирани парцијални	2	12	4	25.0	6	37.5	4	25.0	0	0	0	0	16	
Вкупно	6	10	19	31,6	25	41,6	10	16,6	0	0	0	0		
Sig. ⁰	$\chi^2 = 1,471, df=3, p=0,6156^0$													

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*



Графикон бр. 6. Дистрибуција на дентален пла кај испитаниците со мобилни протези според степенот на акумулација и видот на протезите.

Плак индексот не се разликуваше многу во споредба со видот на протезата, заради што и разликата на вредностите помеѓу плак акумулацијата и видот на протезите статистички не беше значајна($\chi^2 = 1,471, df=3, p=0,6156$) .(Таб.бр. 6 и граф.бр. 6)

На табела бр.7 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците според дужината на носење на мобилните протези. Од неа можеме да забележиме дека од носителите на тотални протези, 2 испитаника или (25%) носеле тотални протези до 5 години, 2 испитаника или (25%) носеле тотални протези во временски период од 5- до 10 години, и 4 испитаника или (50%) носеле тотални протези повеќе од 10 години. Од испитаниците носителите на парцијални акрилатни протези , 9 испитаника или (25%) ги носеле протезите до 5 години, 12 испитаника или (33,33%) ги носеле протезите од 5-10 години, и 15 испитаника или (41,67%) ги носеле протезите повеќе од 10 години. Од испитаниците носители на парцијални скелетирани протези 6 испитаника или (37,5%) ги носеле протезите до 5, потоа 6 испитаника или (37,5%) ги носеле протезите од 5-10 години, и 4 испитаника или (13,11%) ги носеле протезите повеќе од 10 години.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Табела 7. Дистрибуција на испитаниците според должина на носење на протезите

Видот на протези	Должина на носење во години						Вкупно	
	до 5година		5-10		> 10			
	N	%	N	%	N	%		
Тотални акрилатни	2	25	2	25	4	50	8	
Парцијални акрилатни	9	25	12	33.33	15	41.67	36	
Скелетирани парцијални	6	37.5	6	37.5	4	13.11	16	
Вкупно	17	28.33	20	33.33	23	38.33	60	
Sig. ^{**} Sig. [*]	$\chi^2=7.933, (df=2), p=0.0123$: $X=4.897, (df=2), p=0.052$							



Графикон7. Дистрибуција на испитаниците според должина на носење на протезите

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Разликите на вредностите помеѓу времето на носење до 5 и од 5-10 години беа статистички значајни $X^2=7.933$, ($df=2$), или $p=0.0123$, а помеѓу 5-10 и над 10 години покажуваат мали вредности на статистичка значајност $X^2=4.897$, ($df=2$), $p=0.052$ (Таб. Бр. 7 и граф.бр.7)

На табела бр.8 е прикажана дистрибуцијата на степенот на воспалителни промени на лигавицата кај испитаниците според должината на носењето на мобилните протези. Од неа можеме да констатираме дека степенот на воспалителни промени на лигавицата се зголемува пропорционално со годините на носењето на протезите. Така кај испитаниците кои ги носеа мобилните протезите во временски период до 5 години, без воспалителни промени на лигавицата беа 5 испитаника или (31.3%), со прв степен на воспалителни промени беа 9 испитаника или (56.2%), со втор степен на воспалителни промени беа 2 испитаника или (12.5%), и со трет степен на воспалителни промени немаше ниту еден испитаник. Кај испитаниците кои ги носеа протезите во временски период од пет до десет години, без воспалителни промени беа 9 испитаника или (45.0%), со промени од прв степен на воспалителни промени на лигавицата беа 7 испитаника или (35.05%), со втор степен на воспалителни промени беа 4 испитаника или (20.0%), и со трет степен на воспалителни промени на лигавицата немаше ниту еден испитаник. Испитаниците кои ги носеа протезите повеќе од десет години без воспалителни промени на лигавицата беа 13 испитаника или (54.1%), со прв степен на воспалителни промени на лигавицата беа 4 испитаника или (16.7%), со втор степен на воспалителни промени на лигавицата беа 6 испитаника или (25%) и со трет степен на воспалителни промрни на лигавицата имаше само 1 испитаник или (4.2%).

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Табела бр. 8. Степенот на воспалителни промени на слузокожата кај испитаниците според должината на носење на протезите (Newton)

Години	Степен на воспаление спрема должина на носење на протезата								Вкупно	
	Нема		1степен		2степен		3степен			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
до 5	5	31.3	9	56.2	2	12.5	0	0	16	
од 5-10	9	45.0	7	35.0	4	20.0	0	0	20	
> 10	13	54.1	4	16.7	6	25.0	1	4.2	24	
Вкупно	27	45.0	20	33.33	12	20.0	1	1.67	60	
Sig.	Spearman($p=0.0003^{***}$)									



Графикон бр. 8. Дистрибуција на испитаници според должината на носење на протезите и степенот на воспалителни промени на слузокожата (Newton)

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

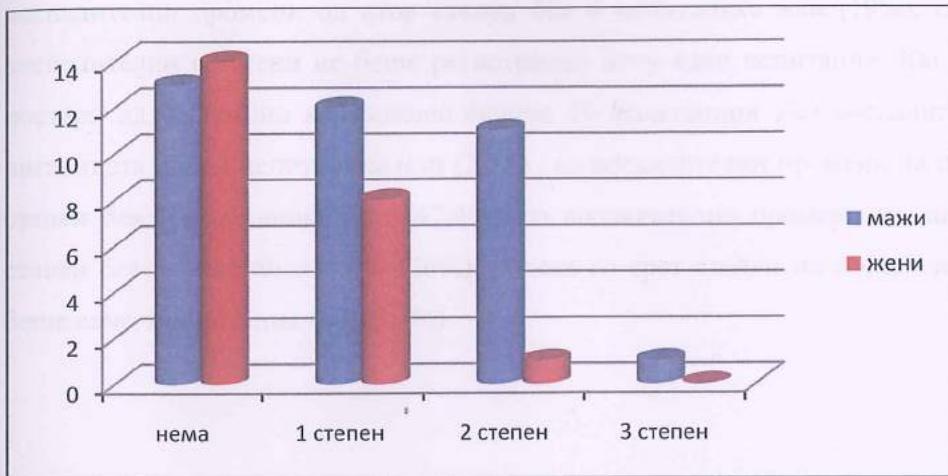
Резултатите од испитувањата покажуваат дека степенот на воспаление се зголемува со годините на носење на протезите што е потврдено со Spearman-овиот тест на корелација која покажува голема стататистичка значајност ($p=0.0003$). (Таб. бр. 8 и граф.бр. 8)

На табела бр 9 е прикажана дистрибуцијата на испитаниците со протезен стоматит според полот и степенот на воспалителни промени. Од вкупниот број 37 испитаника од машки пол, кај 13 испитаника или (35.1%), не се регистрирани воспалителни промени на лигавицата. Воспалителни промени од прв степен се регистрирани кај 12 испитаника или (32,4%), воспалителни промени од втор степен се регистрирани кај 11 испитаника или (29,7%), и воспалителни промени од трет степен е регистриран само кај 1 испитаник или (2.7%). Додека женскиот пол е застапен со 23 испитаници. Од нив кај 14 испитаника или (60,8%) не се регистрирани воспалителни промени, кај 8 испитаника или (34,8%) е регистрирано воспаление од прв степен, кај 1 испитаник или (4%) се регистрирани воспалителни промени од втор степен, а воспалителни промени на лигавицата од трет степен не се регистрирани.

Табела бр. 9 . Дистрибуција на испитаниците според полот и степенот на воспаление на слузокожата

Пол	Степен на воспаление во зависност од полот								Вкупно	
	Нема		1степен		2степен		3степен			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Мажи	13	35,1	12	32,4	11	29,7	1	2,7	37	
Жени	14	60,8	8	34,8	1	4,4			23	
вкупно	27	45%	20	33,3%	12	20%	1	1,67%	60	
Sig.	$\chi^2 = 7,770$ $p = 0,001^{***}$		$\chi^2 = 2,310$ $p = 0,05^*$		$\chi^2 = 8,640$ $p = 0,001^{***}$					

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими



Графикон бр. 9 . Дистрибуција на испитаниците според полот и степенот на воспаление на слузокожата

Разликите на вредностите за степенот на воспалителни промени на лигавицата помеѓу испитаниците од машки и женски пол беа високо статистички значајни кога се однесува на испитаниците кои беа без воспалителни промени на лигавицата и испитаниците со втор степен на воспалителни промени на лигавицата ($p=0,001$), и статистички значајни помеѓу испитаниците од машки и женски пол кои беа со прв степен на воспалителни промени на лигавицата ($p=0,05$).

На табела бр 10 е прикажана дистрибуцијата на протезниот стоматит според возрастта на испитаниците и степенот на воспалителни промени на слузокожата. Таа покажува дека кај возрасната група од 45 до 54 години со вкупен број од 20 испитаници или (33,33%), без воспалителни промени во лигавицата беа 11 испитаници или (55%) ,со прв степен на воспалителни промени на лигавицата беа 6 испитаници или (30%), и со втор степен на воспалителни промени беа 3 испитаници или (15%), додека со воспалителни промени од трет степен немаше ниту еден случај. Кај возрасната група од 55 до 74 години со вкупен број од 21 испитаници, без воспалителни промени во лигавицата беа 12 испитаници или (56,8%), со воспалителни промени од прв степен беа 5 испитаници или (24%) и со

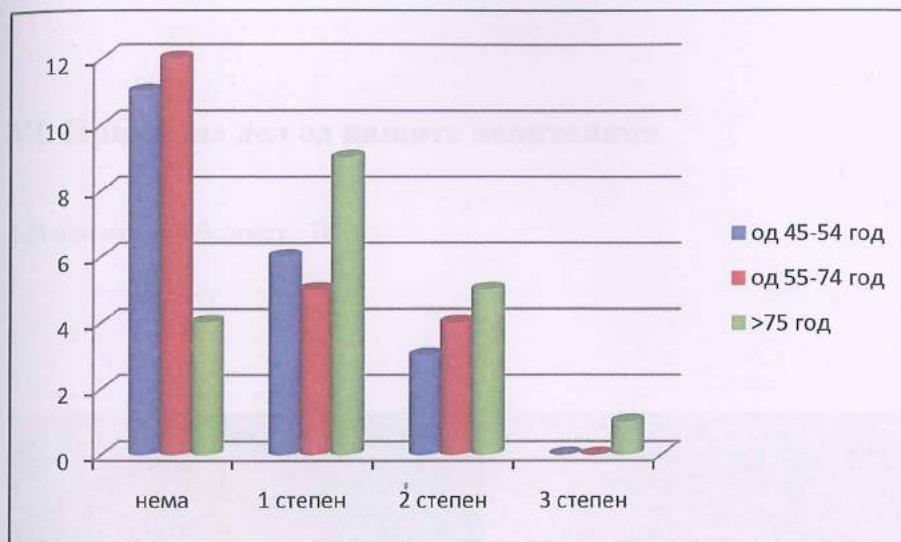
*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

воспалителни промени од втор степен беа 4 испитаника или (19%), со трет степен на воспалителни промени не беше регистриран ниту еден испитаник. Кај возрасната група постари од 75 години која имаше вкупно 19 испитаници ,без воспалителни промени на лигавицата беа 4 испитаника или (21%) , со воспалителни промени на лигавицата од прв степен беа 9 испитаника или (47,4%), со воспалителни промени на лигавицата од втор степен беа 5 испитаника или (26%), додека со трет степен на воспаление на лигавицата беше само 1 испитаник или (5,3%).

Табела бр. 10. Дистрибуција на испитаниците според возрастта и степенот на воспалителни промени

Возраст	Степен на воспаление според возраста на испитаниците								Вкупно	
	Нема		1степен		2степен		3степен			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Од 45-54	11	55%	6	30%	3	15%	0	0%	20	
Од 55-74	12	56,8%	5	24%	4	19%	0	0%	21	
>75	4	21%	9	47,4%	5	26%	1	5,3%	19	
Вкупно	27	45.0	20	33,3%	12	20%	1	0,16%	60	
Sig.	Spearman p=0.006***									

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими



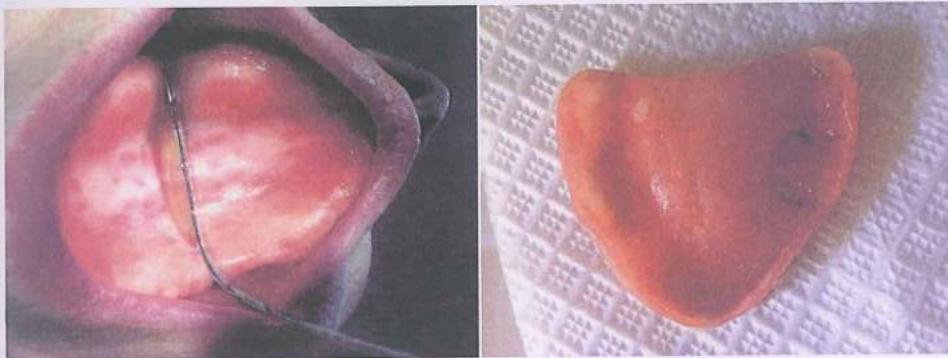
Графикон бр. 10. Дистрибуција на испитаниците според возрастта и степенот на воспалителни промени

Разликите на вредностите спрема Spearman –овиот тест беа статистички високо значајни помеѓу степените на воспалителни промени на лигавицата и возраста на пациентите од сите три возрасни групи ($p=0.006$).

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

VI. Приказ на дел од нашите испитаници

1.Пациент J.F, Возраст 78 год



2.Пациент С.Р ,Возраст 75 год



*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

3.Пациент Ф.М, Возраст 53 год

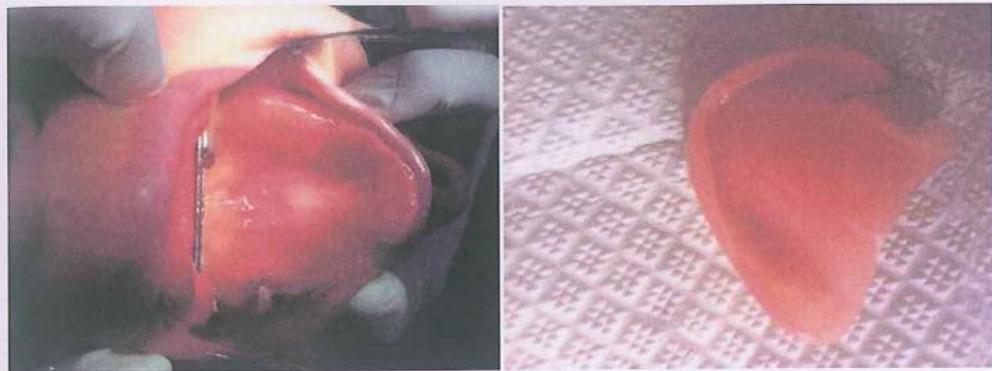


4.Пациент Р.М, Возраст 51 год

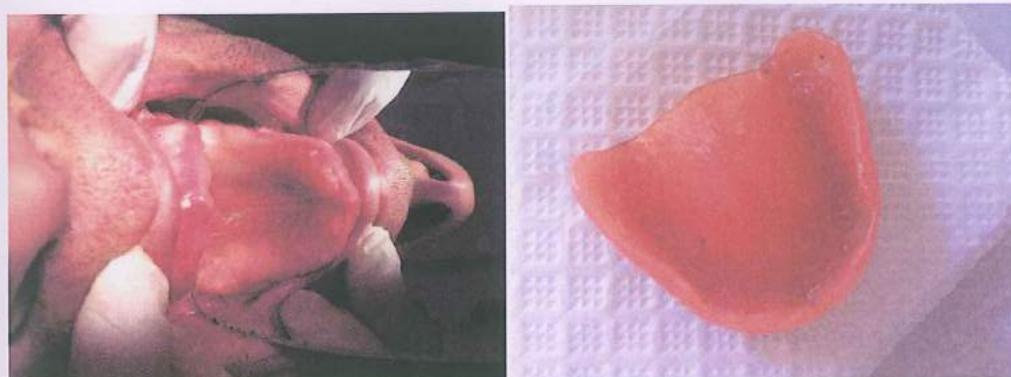


Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

5.Пациент Т.Б, Возраст 60 год



6.Пациент Ц.Ц, Возраст 66



*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Водич по теми

7.1 Анализа на фотографиите на денталните прегледи при пациентите со протези

Анализата на фотографиите покажала дека кај првите групите пациенти, коишто носеле висок и континентален стоматит, имаше да има обидно пре-тешко симптоматик со засилена болка, болка додека јадат и болка во устата. Коефициент за испитувачки 639-51,67% од испитувачите покажале дека кај првите групи пациенти 29% имало болка или 48,17% имало покажани симптоми на протезен стоматит.

На вторите групи пациенти имало 7 испитувачи или 8,13% кои покажале обидни симптоми на стоматит. 21 пациенти или 68,53% биле испитувачи кои покажале покажани симптоми на стоматит, додека само 16 пациенти покажале покажани симптоми на стоматит, а 15 пациенти или 48,17% биле испитувачи кои не покажале покажани симптоми, а 10 испитувачи или 81,83% биле испитувачи кои покажале покажани симптоми.

Резултатите од овие испитувања на пациентите кои носеле протези во Клерети, покажале дека кај 1/3 од пациентите имале реабилитација и покажале покажани симптоми, а 1/3 имале покажани симптоми.

Резултатите од овие испитувања покажале дека покажаните случаји на стоматитот биле разпределени редовно по полот. Според тајниот преглед биле 3 испитувачи или 12% од испитувачите или 7,77% од пациентите кои, со пореторате покажале покажани симптоми бидејќи носеле протези. Иако 73% имале покажани симптоми, од коишто

ДИСКУСИЈА

имало (41,67%) от пациентите кои носеле протези покажале покажани симптоми на стоматит, а останатите имало (38,33%) от пациентите кои носеле протези покажале покажани симптоми на стоматит. Веројатноста за тоа да се покажат покажани симптоми на

VII. ДИСКУСИЈА

7.1 Анализа на резултатите од застапеноста на видот на протетичкото помагало

Анализата на добиените резултатите за видот на протетички помагала според вилиците каде е локализирано протетикото помагало покажува дека мобилните протези скоро подеднакво се застапени во двете вилици (горна и добра вилица), конкретно 31 испитаник или 51,67 % поседува мобилна протеза во горната вилица додека 29 испитаници или 48,33% поседува мобилни протези во долната вилица.

Од мобилни протези во гората вилица 7 испитаника или 87,5 % беа носители на totalни акрилатни протези, 21 испитаник или 58,33% беа носители на парцијална плочеста протеза, додека 3 испитаника или 18,75% беа носители на парцијална скелетирана протеза, додека пак од мобилните протези во долната вилица 1 испитаник или 12,5% носел totalна протеза, 15 испитаника или 41,67% беа со парцијална акрилатна протеза, а 13 испитаника или 81,25% беа со скелетирана парцијална протеза.

Резултатите од нашите истражувања се разликуваат од испитувањата на Knezevic³⁶ кој констатирал дека кај 1/3 од пациентите имале потреба од една или две totalни протези и тоа на возраст од 63 години.

Резултатите од нашата студија на испитаниците според видот на протетското помагало беше разновидна помеѓу половите. Со totalни протези беа 2 испитаника или (25%) од женски пол и 6 испитаника или (75%) од машки пол, со парцијални плочеати протези беа најголем број од испитаниците и тоа 15 испитаника или (41.67%) од женски пол и 21 испитаника или (41.67%) од машки пол, и со парцијални скелетирани протези беа 6 испитаника или (37.5%) од женски пол и 10 испитаника или (62.5%) од машки пол. Со значајна статистичка веројатност беа сите испитувани параметри кои се однесуваа за

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

разликите на вредностите помеѓу испитаниците за застапеноста на тотални и парцијални акрилатни и скелетирани протези $p < 0,05$).

Испитувањата од ретроспективната епидемиолошка студија на Богдановик³⁸ од 30 испитаници, 17 испитаници биле од машки а 13 испитаници од женски пол а при тоа кај 87% од испитаниците од женски пол била индицирана тотална протеза а 76% од испитаниците од машки пол имале потреба од тотални протези, што зборува за поразвiena свест кај женскиот пол за посета на стоматолог со што ги превнирале своите природни заби, што во потполност е идентично со резултатите кои ние ги добивме.

Испитаниците според возраста и полот ги поделивме на три возрасни групи и тоа на возраст од 45 до 54 години, потоа возраст од 55 до 74 години и возраст над 75 години.

Во првата возрасна група имаше вкупно 20 испитаника од кои 12 испитаника или 60% беа од женски пол а 8 испитаника или 40%, од машки пол. Во втората возрасна група имаше вкупно 21 испитаник од кои 14 испитаника или 66% беа од женски пол, а 7 испитаника или 33% беа од машки пол.

Во третата возрасна група имаше вкупно 19 испитаника од кои 4 испитаника или 21% беа од женски пол а 15 испитаника или 79% беа од машки пол. Добиените резултати покажаа дека дистрибуцијата помеѓу половите има статистичка значајност ($p=0.0011$).

Протезниот стоматит е најчеста појава која ја напаѓа палатиналната лигавица и се сретнува кај околу 50% од носителите на тотални или парцијални мобилни протези. Повеќето лезии се предизвикани од хронични инфекции (најчест причинител е Кандида албиканс) или механички повреди, додека алергиските реакции на материјалите на базата на протезата се многу ретки. Ангуларниот хеилит (лезии на аглите на устата) се карактеризира со мацерација, еритем и формирање крусти (Shulman и сор.⁵⁵).

Лезиите на оралната лигавица поврзани со носење на мобилна протеза може да се резултат на акутна или хронична реакција на протезниот плак , реакција на материјалот содржан во протезната база , или пак, може да се предизвикани од механичка повреда⁵⁵ (Shulman и сор).

Тие може да се манифестираат како: протезен стоматит, ангуларен хеилит, трауматски улцерации, иритативна протезна хиперплазија, подвижен гребени, и карцином на усните.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

Трауматските улцерации се предизвикани од презатегнатост на кукиците или неурамнотежена оклузија и се сретнуваат кај 5% од носителите на протези⁵⁵ (Shulman и cop).

Поставувањето на протеза предизвикува значајни промени во усната средина и негативно влијае на интегритетот на оралните ткива . Комбинација на заробени габични клетки во протезната база и протезните материјали, лошата орална хигиена и некои системски фактори се најверојатна причина за појавата на оваа болест.

Користење на терминот протетски стоматитис претставува орално-мукозна лезија како резултат на етиолошки и патогенетски промени во ткивата кои се во контакт со мобилните протези (Googe, L. A.; Rozalieva, Vu.)⁵⁶

Иритативна протезна хиперплазија која е предизвикана од хронична повреда на ткивото која е во контакт со протезните граници е присутна во 12 % од носителите на мобилни протези. Подвижните гребени кои се всушност фиброзно ткиво наместо алвеоларната коска се присутни кај 10-20 % од носителите на мобилни протези. Конечно постојат докази дека хроничната повреда на усната лигавица со мобилната протеза ретко, но може да биде предиспозиција за развој на туморозни формации. Повекето видови се бенигни и се асимптоматски. Сепак дијагнозата може да биде тешка, а потешка и драматична ткивна реакција може да се сретне кај пациентите со системски заболувања. Со цел да се спречи или минимизира степенот на лезии, носителите на мобилни протези треба редовно да одат на преглед на усната шуплина и на мобилната протезата. Важно е испитувањето да се врши од лице кое има соодветно медицинско знаење (Procaccini и cop)⁵⁷.

Cheilitis angularis се карактеризира со мацерација, еритем и формирање круста. Преваленцата е околу 15 % кај лица со тотални протези. Траумата која е предизвикувач на протезен стоматит е околу 5% а иритација со хиперплазија, која е предизвикана од хронични ноксија на ткивото кое е во контакт. Авторот нагласува дека повеќето видови на лезии се бенигни и сосема асимптоматски.

Застапеноста на протезниот стоматит кај нашите испитаници укажува дека од 60 испитаници, без воспалителни промени на лигавицата беа 27 испитаници или (45.0%), додека со воспаление/ хиперемија од прв степен беа 20 испитаници или(33.33%) од кои 4

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

испитаника или(25.0%) со totalни протези, 12 испитаника или (33.33%) со парцијални акрилатни протези и 4испитаника или(25.0%) со парцијални скелетирани протези. Со воспаление со дифузна хиперемија на лежиштето на протезата (втор степен) беа 3 испитаника или (37.5%) со totalни протези, 7 испитаника или (19.44%) со парцијални акрилатни протези и 2 испитаника или (16.67%) со парцијални скелетирани протези.

Грануломатозна и папиларна хиперплазија констатираавме само кај еден испитаник (6,25%) носител на парцијална склетирани протеза.

Статистички разликите на вредностите кај испитаниците кои беа акрилатни мобилни протези (totalни и парцијални плочести протези) и скелетирани протези и кои немаа воспаление на лигавицата беа сигнификантни ($p<0.05$), истите параметри но кај испитаниците со воспаление на лигавицата од прв степен , втор и трет степен покажаа постоење на висока статистичка значајност ($p<0.001$).

Етиологијата за протезниот стоматит се смета дека е мултикаузална .Од локални функционални недостатоци, најчесто се споменуваат. оклузални нарушувања, промени во вертикалната димензија (Gendreau и соп)¹⁰, нестабилни протези, акумулација на плак и траума. Материјалот од кои се изработуваат мобилните протези исто така може да биде предизвикувач на воспалението (Newton's тип III воспаление се јавува 5 пати повеќе кај акрилатните протези во споредба со металните) (Fan PL и соп) ⁷. Одредени бактериски видови, како *Staphylococcus*, видови на *Neisseria*, *Fusobacterium*. или *Bacteroides* се идентификувани кај пациенти со протезен стоматит, иако нема докази за директна поврзаност помеѓу бактериите и етиологијата на протезниот стоматит(Budtz-Jorgensen E).¹¹

Во последниве години, протетичарите се повеќе ја нагласуваат улогата на хигиената / секундарна профилакса). Тие сметаат дека науката смета дека оралното здравје е поважно од дизајнот на протезите, но тоа не е релевантно од биомеханички аспект.Тие препорачуваат обликот на мобилната протезата колку што е можно треба да се поедностави бидејќи тоа го намалува ризикот од повреди на оралната лигавица , како и на акумулацијата на плакот. Металните протези се направени од легури на кобалт, хром и молибден (wironit), додека неметалните од синтетички полимери - смола (акрилна смола) (Owall B и соп)⁵⁸.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

Budtz-Jørgensen¹³ констатирал дека лезиите на оралната лигавица поврзани со носењето на мобилни протези може да бидат акутни или хронични, а најчесто биле предизвикани од бактерии, алергична реакција или механичка повреда од протезите. Тие вклучуваат протезен стоматит, ангуларен Cheilitis, протезна иритација со хиперплазија па дури и карциноми. Протезен стоматитис бил најчесто застапен, дури до околу 50% од сите totalни или парцијални протези. Истиот автор тврди дека повеќето од лезиите се предизвикани од хронична инфекција, *Candida albicans* или механички повреди додека алергиски реакции од материјалот од кои се направени протезите се многу поретки.

Candida Albicans која нормално ја има во оралната флора, до 67% на луѓето ја имаат без клинички знаци на инфекција.

Локалните и системските фактори може да предизвикуваат трансформација на *Candida Albicans* од непатоген во патоген организам. Кога клетката домаќин станува имунокомпромитирана, од страна на патогената *Candida Albicans* се врши секреција на неколку хидролитички ензими и тоа протеинази и фосфолипази кои помагаат во негово поврзување со клетката домаќин и при што доаѓа до разложување на нејзиниот зид што ја олеснува понатамошната инвазија на *Candida Albicans*(BhatV и cop).²⁴

Неодамна се покажало дека присуството на *Candida Albicans* кај протезниот стоматит е поврзано со широк степен на инфламација и дека протезниот стоматит обично е поврзан со откривање на Кандида видови, но и другите фактори како што се навиките за хигиена и траумата и имаат значење во развојот на болеста . Степенот на протезниот стоматит е во корелација со присуството на габичната колонизација на протезната плоча(Barbeau J и cop).⁵⁹

Протезите може да предизвикаат голем број промени во устата кои ја олеснуваат акумулацијата на бактериите и габите. Пролиферација на одредени бактериски видови ,како *Staphilococcus species* , *Streptococcus spp*, *Fusobacterium spp* ili *Bacteroides spp* се идентификувани кај пациенти со протезен стоматитис . Од Кандида видовите , *Candida Albicans* е идентификувана од Maller кај повеќето пациенти (de Oliveira Mima EG и cop).⁶⁰

Сакаме да нагласиме дека микробиолошките испитувања за постоење на *Candida albicans* на лигавицата и на протезите го детектираме само кај испитаниците кои беа со воспалителни промени на слузокожата по класификацијата на Newton.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Во нашиот случај од 33 испитаници кај кои е регистриран протезен стоматит присуство на Candida имаме во 23 испитаници или(70%), или од 7 испитаници со totalни протези кај кои е застапен протезен стоматит, присуство на Candida albicans имаме кај 5 испитаника или (71%). Кај носители на парцијални акрилатни протези од 19 испитаника со протезен стоматит , присутна Кандида имаме кај 12 испитаника или(63%) ,додека кај носители на парцијални скелетирани протези од седум испитаници со присуство на протезен стоматит, присутна кандида имаме кај 6 испитаника или(86 %).

Истражувањето на Lockhart⁶¹ покажува интересни информации.Тој констатирал дека интензитетот и фреквенцијата на инфекции со габички , вклучувајќи ја и Candida albicans се зголемува и со возраста на пациентите и наодите се разликуваат според полот, без оглед на времето на носењето на протезите. Истиот автор констатирал дека Candida albicans, кај лица после 80-тата година , често колонизира во усната празнина и кај лица кои не носат протези. Ова открытие е поддржано со фактот дека кај помлади лица постои природен имунитет кој кај постарите е намален, овие истражувања се во согласност со нашите наоди.

Најчесто изолирани габа е Candida albicans, но може да биде изолирана Candida tropicalis, Candida crusei , Candida parapsilosis, и C.Glabrata.Усната шуплина содржи многу добри услови за колонизација на Candida albicans. Габата може да се адхерира на епителната и бактериска површина на клетките , екстрацелуларниот протеински матрикс од акрилатот. Дури и молекулите на плунката содржат протеини богати со пролин кои ја поддржуваат адхеренцијата на C albicans.(de Oliveira Mima EG и сор)⁶⁰

Испитувањата на Hoad-Reddick⁶² и сор. докажале дека факторите кои придонесуваат за појава на протезен стоматит се повеќе и секогаш биле во интеракција со локлните системски фактори. Оралните микроорганизми, по носењето на протезите, авторите заклучиле дека не се еднакви и наодот на Candida albicans бил фаворизирачки фактор во појавата на протезен стоматит што се совпаѓа и со резултатите од испитувањата кои ние ги добивме. Girard⁶³ и сор. во своите истражувања констатирале дека Candida albicans е еден од факторите за појава на протезен стоматит заедно со други бактериски инфекции

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези¹
Фуат Бислими

но Newton- тип 1 најчесето се јавувал како резултат на траума, а Newton- тип 3 имал мултиварјабилна интеракција.

За одбележување во нашите испитувања е дека како причина за протезен стоматит, алергискиот фактор не беше присутен.

Нашите истражувања укажаа дека ниту кај еден пациент не се појави алергична реакција на протезите. Обично реакцијата на алергени е независна од видот на протезата. Кај сензибилизираните пациенти и покрај тоа што се испуштаат метални ѕони или резидуални мономери од протетичките изработки во мали дози, можно е тие да не развијат клинички манифестиации на алергиска реакција.

Реакцијата на преосетливост на протетските материјали кои се користат во стоматологија сеуште не е целосно објаснета. Етиологијата на развивање на лезија во усната шуплина по ставање на протезата често е нејасна и ставовите на лекарите се различни (Gendreau L, Loewy Z G)¹⁰. Најчестите алергени во протетските материјали се (мет)акрилати и металите. Професионални алергиски контактен дерматит е честа појава во стоматолошка пракса , додека кај лицата кои носат протези , реакцијата на акрилат е поретка . Алергијата на акрилати е ретка причина за стоматитис кај пациентите , бидејќи стоматолошките протези и пломби содржат акрилат во полимеризирани форми кои се сензитивни. Контактниот дерматитис од металите , посебно од никел е честа појава , но кај оралната слузница ретко се појавува.(Albrecht D и сор).⁹

Трауматскиот фактор кој се појавува од лоша адаптирана протеза, лепена протеза или други фактори беше многу присутен и тоа кај 5 испитаника или (71%) од вкупно 7 испитаника носители на тотални протези, кај 5 испитаника или (42%) од вкупно 19 испитаника носители на парцијални акрилатни протези и кај 7 испитаника или(100%) од вкупно 7 испитаници кај кои е констатирано присуство на протезен стоматит ,трауматскиот фактор е присутен кај 17(52%) од нив.

Мораме да истакнеме дека лошата орална и протезна хигиена се од големо значење во почетокот на протезниот стоматит , а тоа укажува на важноста на чистењето на протезата со механички и хемиски методи. Добрата орална хигиена може да има голем ефект во третманот на протезниот стоматит заедно со локалните и системските антрафунгални

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

медикаменти .И протезата и оралната мукоза треба да бидат вклучени во процедури за хигиена преку четкање после секој оброк, исто така треба да му се укаже на пациентот да ја извади протезата во текот на ноќта. Покрај тоа за време на терапијата за протезен стоматитис , протезата треба да се отстрани од усната шуплина најмалку две недели.

Лошата хигиена на устата е присутна кај 100% од носители на тотални и парцијални акрилатни протези додека кај носители на парцијални скелетирани протези беше 57%.

Вкупниот број на испитаници со лоша хигиена на устата е присутна кај 30 испитаника или (91%) од испитаниците кај кои е присутен протезен стоматит.

Недостаток на хигиената на протезата се смета за еден од факторите кои се вклучени во етиологијата на протезниот стоматитис. Развлични фактори помагаат во пролиферацијата на габите, како што се: лошата орална хигиена , високи дози на јагленохидрати , намален плунковен проток и составот на плунката , дизајнот на протезата и континуираното носење на протезата(Cenci TP и сор) ³².

Лошата хигиена на протезата и присуството на денталниот плак во протезите е присутна кај 100% од сите испитаници кај кои беше контактирано присуство на протезен стоматит.

Лошата адаптација и стабилност на протезите се смета за главен предиспонирачки фактор за појавата на протезен стоматитис (механички). Затоа подобрувањето на адаптацијата на протезата треба да се смета за важен чекор во санацијата на протезниот стоматит (Jeganathan S и сор).²⁸

Jeganathan²⁸ со соработниците нагласуваат дека рetenцијата на тоталните протези е отпор создаден против делување на сили на базалната површина кои настојуваат да ја подигнат протезата од нејзиното лежиште. Ние во нашите испитувања лоша адаптација на мобилните протези констатирајме само кај имаа 2 испитаника носители на тотални протези, од вкупно 8 испитаника. Истите автори сметаат дека кај парцијалните протези рetenцијата е подобра заради атечмените кои се поставуваат.

Сакаме да нагласиме дека добрата рetenција се постигнува со квалитетно земен функционален отпечаток, адхезија и вентилен раб, каде не треба да се занемари количеството и конзистенцијата на плунката која исто така знатно влијае на рetenцијата на тоталните протези, но истата не беше предмет на нашите истражувања.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези¹
Фуат Бислими

Тестот на ретенција на протезите направен од Jeganathan²⁸ после три месеца по носењето бил подобар кај групата испитаници кои носеле скелетирани протези, што е логично земајќи во предвид фактот дека кукиците се лиени, поцврсти и пократки. Кукичките на акрилатните парцијални протези се изработуваат од еластични жици кои полесно се деформираат. Овие испитувања се во согласност со резултатите кои ние ги добивме од истражувањата.

Истражувањата на Ivanković⁶⁴ докажале дека задоволството за стабилноста на протезите зависи од материјалот од кои се направени и најзадоволни биле оние со скелетирани протези, што е во согласност со резултатите од нашите истражувања.

Валидноста на протезите е дистрибуирана со 2 испитаника или (23%) валидни totalни протези од вкупно 7 испитаника со totalни протези, 12 испитаника или (63%) од вкупно 19 испитаника со парцијални акрилни протези и 2 испитаника или 28% валидни парцијална скелетирани протези од вкупно 7 испитаника со парцијални скелетирани протези. Вкупно имаме 16 испитаника или (48%) валидни протези од вкупно 33 испитаника.

Континуираното носење на протезите е навика која заедно со пушењето е главен ризик фактор за појава на протезен стоматит кај пациенти над 60 години (Shulman JD и сор)⁵⁵. Повеќе автори истакнуваат дека носењето на протезите 24 часа дневно резултира со појава на дегенеративни промени на плункините жлезди, делумна хиперемија, папиларна хиперплазија и дифузен еритем.(Freitas JB и сор, Herggera B и сор)^{42,65}

Присуството на испитаници кои пушат е доста присутен и тоа кај 4 испитаника или (57%) од вкупно 7 испитаника со totalни протези , кај 16 испитаника или (84%) од вкупно 19 испитаника со парцијални акрилатни протези и кај 5 испитаника или(71%) од вкупно 7 испитаници со парцијални скелетирани протези.

На крајот секако треба да нагласиме дека освен споменатите фактори кои ги загрозуваат нашите пациенти треба да се земат и сите останати фактори кои предизвикуваат имунодефициенција, го ослабуваат отпорот на слузокожата од бактерии, вируси , габи и паразити, од што произлегува и заклучокот дека протезниот стоматит е резултат на интеракција на различни системски и локални фактори. Но таму каде правилно и редовно се одржува оралната и протезна хигиена тој е поредок.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

Многу едноставен начин кој најчесто е занемарен за да се редуцира акумулацијата на плакот е редовно чистење со специјална четкица. Gulati и Gupta⁶⁶ потврдиле дека сигнификантно се намалува количеството на создавање на плак кај пациенти кои двапати на ден ги чистат преостанатите заби, јазикот и протезите.

Тука сакаме да нагласиме дека стоматолозите треба да знаат за техниката на чистење на протезите и за современите методи и сретства кои се најефикасни за чистење на протезите и истито да го инсистираат кај пациентите. Со препорака за комбинирано механичко и хемиско чистење на протезите. Контролата на правилното чистење и одржување на протезите е најзначајна мерка во превенција на протезниот стоматит. Потребни се контролни прегледи на кои треба да се прави контрола на протезниот плак (плак индикатори), полирање на протезите и ремотивација на пациентите за одржување на орална хигиена.

Регистрацијата на плакот кај носителите на мобилни протези според степенот на акумулација на плак на протезите (Tarbet) и видот на протези , можеме да заклучиме дека без плак беа само 6 испитаници или (10%) , со прв степен беа регистрирани 19 испитаници или (31,6%) , со втор степен беа регистрирани 25 испитаници или (41,6%) и со трет степен беа 10 испитаници или (16,6%), со 4 и 5 степен немаше кај ниту еден испитаник.

Кај испитаниците носители на totalни протези без плак немаше ниту еден испитаник , со прв степен беа 3 испитаника или (37.5%), со втор степен беа 4 испитаника или (50.0%), и еден испитаник или (12.5%) беше со трет степен на акумулација на плак. Кај испитаниците со парцијални акрилатни протези без плак беа 4 испитаника или (11.11%) , со прв степен беа 12 испитаника или (33.33%), со втор степен беа 15 испитаника или (41.67%) и со трет степен на акумулација на плак беа 5 испитаника или (13.89%). Кај испитаниците носители на парцијални скелетирани протези без плак беа 2 испитаника или (12.5%), со прв степен беа 4 испитаника или (25.0%), со втор степен беа 6 испитаника или (37.5%), и со трет степен на акумулација на плак беа 4 испитаника или (25.0%). Плак индексот не се разликуваше многу во споредба со видот на протезата, заради што и разликата на вредностите помеѓу плак акумулацијата и видот на протезите статистички не беше значајна($\chi^2 = 1,471, df=3, p=0,6156$).

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Се нагласува потребата од редовно отстранување на протезниот плак , особено на контактните површини на протезата со оралното ткиво. Површински промени и пропустливоста на базата на протезата често пати покажува нерамнини и микропори. Ваквите неправилности на протезата се причина за габична колонизација, а не ретко истите и не можат детално да се исчистат механички или хемиски. Заради тие причини се создаваат идеални услови за пенетрирање на Кандида, а воедно и нејзиното синергистично дејство со останатите присутни патогени елементи во устата. Најважни карактеристики од кои зависи иницијалната адхезија на микроорганизмите се хидрофобноста на протезата, рапавоста на нејзината површина и сл. Пенетрација епоголема кај неполирани отколку кај полирани протези кои се во непосреден контакт со оралната мукоза. Значи неопходно е протезата да е полирана до висок сјај.

Староста на протезите е важен фактор кој делува негативно на околните ткива заради несоодветна хигиена и акумулација на плак(Kreher JM и спор)⁶⁷. Дека квалитетот на протезата е поврзан со староста на протезата заклучиле Kreher⁶⁸ и спор, кои сметаат дека со годините се ослободува остатокот од мономерите , и лошата стабилност влијаеле на контаминација на протезите .

Според должината на носење на протезите прикажано е следното. Со totalни протези, до 5 години и од 5- до 10 години беа по 2 испитаника или (25%), повеќе од 10 години беа 4 испитаника или (50%). Со парцијални акрилатни протези , испитаници кои носеа мобилни протези до 5 години беа 9 испитаника или (25%) , од 5-10 години беа 12 испитаника или (33.33%) и оние кои ги носеа повеќе од 10 години беа 15 испитаника или (41.67%). Скелетирани протези кои ги носеа испитаниците до 5 и од 5-10 години беа по 6 испитаника или (37.5%), а повеќе од 10 години беа 4 испитаника или (13.11%).

Разликите на вредностите помеѓу времето на носење до 5 и од 5-10 години беа статистички значајни $X^2=7.933$, ($df=2$), или $p=0.0123$, а помеѓу 5-10 и над 10 години укажуваа на слаба статистичка значајност $X^2=4.897$, (, $df=2$), $p=0.052$.

Степенот на воспалителни промени на слузокожата кај испитаниците според дюжина на носење на мобилните протези растеше пропорционално со годините на носење на протезите. Кај испитаниците кои ги носеа протезите до 5 години, без воспалителни промени на слузокожата беа 5 испитаника или (31.3%), со прв степен беа 9 испитаника

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

или (56.2%), со втор степен беа 2 испитаника или (12.5%), и со трет степен немаше ниту еден испитаник. Кај испитаниците кои ги носеа протезите во временски интервал од пет до десет години, без воспалителни промени беа 9 испитаника или (45.0%), со промени од прв степен на воспаление на слузокожата беа 7 испитаника или (35.05%), со втор степен на воспаление беа 4 испитаника или (20.0%), и со трет степен на воспалениа на лигавицата немаше ниту еден испитаник. Испитаниците кои ги носеа протезите повеќе од десет години без воспалителни промени на слузокожата беа 13 испитаника или (54.1%), со прв степен на воспаление на слузокожата беа 4 испитаника или (16.7%), со втор степен на воспаление на слузокожата беа 6 испитаника или (25%) и со трет степен на воспаление на слузокожата имаше само еден испитаник или (4.2%).

Резултатите од испитувањата покажаа дека степенот на воспаление на слузокожата се зголемува со годините на носење на протезите што е утврдено со Spearman-овиот тест на корелација која беше со многу голема стататистичка значајност ($p=0.0003$).

Преваленцата на протезниот стоматитис кај без забите пациенти изнесува 62%, 39% и 23% во зависност од истражувачите (Gulati MS и сор)⁶⁶ што многу се разликува од резултатите од испитувањата кои ние ги добивме. Не постои расна или полова склоност кон протезниот стоматит, иако некои автори сметаат дека поголема е преваленцата кај жените (Maller U S и сор).⁶⁹ Испитувањата на Procaccini⁵⁷ направени во една италијанска студија потврдуваат дека со текот на времето протезата предизвикува оштетување на лигавицата на усната шуплина во околу 46 % од случаите што исто така се разликува прилично од нашите резултатите каде процентот беше помал.

Во нашата студија е прикажана дистрибуцијата на испитаниците со протезен стоматит според полот и степенот на воспалителни промени. Од вкупниот број 37 испитаници од машки пол, кај 13 испитаника или (35.1%), не се регистрирани воспалителни промени. Воспаление од прв степен е регистрирано кај 12 испитаника или (32,4%), воспаление од втор степен е регистрирано кај 11 испитаника или (29,7%), и воспалителни промени од трет степен е регистриран само еден испитаник или (2.7%). Женскиот пол е застапен со 23 испитаници. Кај 14 испитаника или (60,8%) од нив не се регистрирани воспалителни промени, додека кај 8 испитаника или (34,8%) е регистрирано воспаление од прв степен,

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

воспаление од втор степен е регистрирано кај 1 испитаник или (4,4%), додека воспаление од трет степен не беше застапено.

Разликите на вредностите за степенот на воспалението помеѓу испитаниците од машки и женски пол беа високо статистички значајни кога се однесува на испитаниците кои беа без воспаление на слузокожата и со втор степен на воспаление на лигавицата ($p=0,001$), и статистички значајни помеѓу испитаниците од машки и женски пол кои беа со прв степен на воспаление на слузокожата ($p=0.05$)

Во нашите испитувања поголема застапеност на протезен стоматит е констатирана кај испитаниците од машкиот пол.

Дистрибуцијата на протезниот стоматит според возраста на испитаниците и степенот на воспалителни промени на слузокожата укажува дека кај возрасната група од 45 до 54 години со вкупен број од 20 испитаника или (33,33%), без воспалителни промени во слузокожата беа 11 испитаника или (55%) , со прв степен на воспаление на слузокожата беа 6 испитаника или (30%), и со втор степен на воспаление беа 3 испитаника или (15%), додека со воспаление од трет степен немаше ниту еден случај. Кај возрасната група од 55 до 74 години со вкупен број од 21 испитаници, без воспалителни промени во слузокожата беа 12 испитаника или (56,8%), со воспаление од прв степен беа 5 испитаника или (24%) и со воспаление од втор степен беа 4 испитаника или (19%) , со трет степен на воспаление немаше ниту еден случај. Кај возрасната група постари од 75 години, која имаше вкупно 19 испитаници ,без воспаление на слузокожата беа 4 испитаника или (21%) , со воспаление на слузокожата од прв степен беа 9 испитаника или (47,4%), со воспаление на слузокожата од втор степен беа 5 испитаника или (26%) ,и со трет степен на воспаление на слузокожата беше само 1 испитаник или(5,3%).

Разликите на вредностите спрема Spearman –овиот тест беа статистички високо значајни помеѓу степените на воспаление на слузокожата и возраста на пациентите од сите три возрасни групи ($p=0.006$).

Истото го потврдува и Lockhart⁶¹ кој во неговото истражување констатирал дека воспалението на слузокожата и габичните инфекции се зголемуваат линеарно со возраста на пациентите. Со ова се потврдува фактот дека кај помлади лица постои голем природен

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

имунитет, додека кај постарите лица тој е намален. Резултатите од оваа истражување се во согласност со нашите наоди.

Анализата на резултатите покажува голема застапеност на без заби пациенти, најверојатно заради лошата орална хигиена, лошата финансиска и социјална состојба особено кај постарите од 60 години . Тука треба да ја нагласиме потребата од развивање на правилен однос кон денталното и орално здравје во текот на целиот живот што би допринеле до сочувување на забите во „третото доба“.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

VIII. ЗАКЛУЧОЦИ

Каква е вакајата етиологичка редукција на кариесот и какви се предвидуваат подоцнежните усложненија?

- * Вакајата имајќи во видувањето доказаната чарче губитоките утешно остануваат користни за "другите" начини на ѕвездење, ако се извршиат акрилатни прегради или скоби за останатите зъби, за горите високо макулите. Така се избегнуваат здравите зъби да се измачат (б. именувано како "избрани" зъби) или да се измачат и да се заменат со "златни".
- * Резултатите од тести за бактеријална обструкција покажуваат значајно подобрување во текот на година. Со помош на антибиотички лекови (б. именувани), антираковински хемотерапии и хемотерапии, а и користење на антибактеријални прегради биејте изминати.
- * На вакаја се 49-54 години (од 24 до 75 години) и тој е средниот вакај (од 55-59 години). Најчестите зарази се *Streptococcus sobrinus* (50%), *S. mutans* (30%) и *Leuconostoc* (3-5%). Останатите зарази се *Enterococcus faecalis* (3-5%) и *Candida albicans* (3-5%). Средната вакаја е 73 години (од 24 до 92 години) и тој е постар од 1993 година (вакаја била 67 години). Најчестите зарази се *Streptococcus sobrinus* (50%), *S. mutans* (30%) и *Leuconostoc* (3-5%).
- * Практически вакајот кој е изведен од мобилни протези покажува се подобар однос на здрави зъби до болни (50% до 55%). Овој однос е констатиран во "The London Study".

ЗАКЛУЧОЦИ

Вакајата е етиологичка редукција на кариесот.

Секторот стоматит не е позадински проблем.

Случајот на вакаја на мобилни протези е илјаден.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

VIII. ЗАКЛУЧОЦИ

Од анализата на добиените резултати во нашите испитувања ги добивме следните заклучоци:

- Резултатите за видот на протетски помагала според вилиците укажаа дека со totalни протези беа 7 горната вилица и 1 во долната вилица, парцијални акрилатни протези беа скоро подеднакво застапени , во горната вилица-максила беа 21, а во долната вилица-мандибула беа 15, исклучок беа парцијалните скелетирани протези кои во максила беа застапени кај 3, а во мандибулата кај 13 испитаници.
- Резултатите за видот на протетското помагало беше разновидна помеѓу половите и таа беше значајна. Со totalни протези беа најмал број (8 испитаника), со парцијални протези беа најголем број (36 испитаника), и со парцијални скелетирани протези беа 16 испитаника.
- На возраст од 45-54 години беа 20 испитаника од кои 12 испитаника или (60%) од женски пол и 8 испитаника или (40%) од машки пол, На возраст од 55-74 години беа 21 испитаници од кои 14 испитаника или (66%) од женски пол и 7 испитаника или (33%) од машки пол, и на возраст над 75 години беа 19 испитаници од кои 4 испитаника или (21%) од женски пол и 15 испитаника или (79%) од машки пол.
- Протезниот стоматитис кај испитаниците од нашата популација носители на мобилни протези е застапен со 55%. Од нив според класификацијата на Newton беа:
 - 33,3% со прв степен на воспалителни промени,
 - 20% со втор степен на воспалителни промени и
 - 1,67% со трет степен на воспалителни промени.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

Статистички, разликите на вредностите кај испитаниците со акрилатни и скелетирани протези и кои немаа воспаление беа сигнificantни ($\chi^2=4.890$, $df=1$, $p<0.05$). Истите параметри но кај испитаници со воспаление од прв, втор и трет степен укажаа на висока статистичка значајност ($p<0.001$).

- Етиолошките фактори кои го предизвикаа протезниот стоматит се различно застапени, и тоа:
 - микробиолошки фактор со 70%,
 - трауматскиот фактор со 52%,
 - алерголошки фактор нема,
 - лоша хигиена на устата со 91%,
 - лоша хигиена на протезата е 100%,
 - валидност на протезите со 48% и
 - пушењето е застапен кај 76%.
- Иако се мислело дека Кандида албиканс е главна причина во етиологијата на протезниот стоматит, таа не била присутна во сите случаи. Оттука е важно да не се препишуваат антифунгебални лекови без миколошка анализа.
- Нашите истражувања покажаа дека најважен фактор во појавата на протезниот стоматит е хигиената на протезата и хигиената на устата.
- Денталниот плак влијае врз појавата на протезниот стоматит и тоа од вкупниот број на испитаници носители на мобилни протези само кај 10% немаше дентален плак, додека кај 90% беше присутен. Од нив со прв степен на акумулација на дентален плак беа 31,6%, со втор степен 41,6% и со трет степен 16,6%. Плак индексот не се разликуваше многу во споредба со видот на протезата , заради што и разликата на вредностите помеѓу плак акумулацијата и видот на протезите статистички не беше значајна ($\chi^2=1,471$, $df=3$, $p=0.6156$).
- Појавата на протезниот стоматит е обратно пропорционално со должината на користење на мобилните протези, додека степенот на воспалителните промени расте пропорционално со должината на носење на протезите.

Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими

Статистички се потврдува со Spearman-овиот тест за корелација кој покажува висока статистика занчајност ($p=0.0003$).

- Полот има влијание врз протезниот стоматит бидејќи испитаниците од машки пол имаат повеќе протезен стоматит .
- Годините на старост имаат влијание врз појавата на протезен стоматит, и тоа со зголемување на староста, расте и степенот на воспалителните промени. Разликите на вредностите спрема Spearman-овиот тест беа статистички високо значајни ($p=0.0006$).
- На крајот секако треба да нагласиме дека освен споменатите фактори кои ги загрози нашите пациенти треба да се земат сите останати фактори кои предизвикуваат имунодефициенција го ослабуваат отпорот на слузокожата од бактерии, вируси , габи и паразити, од што произлегува и заклучокот дека протезниот стоматит е резултат на интеракција на различни системски и локални фактори но таму каде правилно и редовно се одржува оралната и протезна хигиена тој е поредок.

**Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими**

ДС. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Salmero C, Pajuelo M, Costelloe M, Espinosa V. *Prosthetic dentistry in mobile denture wearers*. *Ventura M, Bergeron E. Candida associated denture stomatitis*. *Med Anthropol Clin Case Rev*. 2011; 16(2):e139-143.
2. Kandelaris D, Petersen PE, Geda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Kron. Care Res*. 2003; 29(7):254-261.
3. Čatović A, Knollčić K. *Risk factors in oral candidiasis among Medicaid patients*. *Zagreb. Nepravilnosti*. 2007; 23: 1-10.
4. Elliot RD. *Mobility status, nutritional status and oral care: Implications for the mobility of over-65s in the home*. *J Dent Nurs Res*. 1999; 16(2): 109-116.
5. Aschenbach T M, Waller D M. *Assessing activities of daily living*. *Journal of oral rehabilitation*. 1987; 14(1): 217-223.
6. Burrell CS, Calvert R, Gillies T. *Survey of oral health problems in older people in decline: weaning and dementia phases*. *Par. J. Geriatric Review*. 2001; 20(9): 35.
7. Fox PL, Major CW. *FDA report on adverse reactions to removable dentures*. *Am J Dent*. 2007; 20(11): 9-17. [PubMed]
8. Juvan GA, Dahl BM, Lehmann M, Christ KS, Engjom AS, Alnæs H, Høglund B. *Impact of denture stomatitis on quality of life in elderly women*. *Nordisk Tandlæge*. 2005; 122(2): 167-71.
9. Almeida D, Karpowicz M, Ziai A, Dahl B. *denture wearers' Complaints & possible dentures side effects in a mobile complete denture system*. *Minerva Stomatol*. 2010; 59(8): 613-629.
10. Gendron L, Leroux F Q. *Pathobiology and biology of fungal colonization on dentures*. *Am J Dent*. 2004; 17(4): 345-352.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

11. Boddy K, Pashley D. *The significance of denture stomatitis in partial denture wearers*. *Quint Int*. 1999; 30(1): 1-6.

IX. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A, Petruzzi M, Serpico R. Candida associated denture stomatitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 1; 16(2):e139-143
2. Kandelman D, Petersen PE., Ueda H. Oral health, general health , and quality of life in older people.Spec Care Dentist. 2008;28(6):224-36
3. Catovic A, Kraljevic K. Bolести usta i zubi u starijoj dobi, ;Durakovic i sur. Medicina starije dobi . Zagreb; Naprijed 1990; 27
4. Elovic-RP. Maxillary molar extraction causes increased bone loss in the mandible of ovariectomized rats. J Bone Miner Res 1995;10(7): 108-93
5. Arendorf T M , Walker D M.- Denture stomatitis : a review . Journal of oral rehabilitation 1987 14(3): 217-227
6. Burnett CA, Calwell E, Clifford TJ. Effect of verbal and written education on denture wearing and cleansing habits, Eur. J Prosthodont Restor Dent 1993; 2:79-83.
7. Fan PL, Meyer DM. FDI report on adverse reactions to resin-based materials. Int Dent J. 2007;57(1):9–12. [PubMed]
8. Arossi GA, Dihl RR, Lehmann M, Cunha KS, Reguly ML, de Andrade HH. In vivo genotoxicity of dental bonding gents. Mutagenesis. 2009;24(2):169–72.
9. Albrecht D, Regina MS, ZIx J. Only a denture sore? Causes of a possible denture sore from a maxillary complete dentures. SchweizMonatsschrZahnmed. 2010;120(8): 675-689
10. Gendrau L, Loewy Z G – Epidemiology and etiology of denture stomatitis . – J. Prosthodont 2011; 20 (4) : 251-260
11. Budtz-Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures . J Oral Pathol. 1981;10:65-80
12. Budtz-Jorgensen E. The signifiance of candida albicans in denture stomatitits . Scand J Dent Res. 1974;84:151-190

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

13. Budtz – Jorgensen E, Bertram V . Denture Stomatitis I, the etiology in relation to trauma and infection. 1970 Acta Odont Scand 28 : 71-92
14. Cawson R. Denture sore mouth and angular cheilitis – oral candidiasis in adults. Br Dent J 1963;115 :441-449
15. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphtous stomatitis. Br J Oral Maxillofac Surg 2008; 46(3): 198-206
16. Stipetić J. Utjecaj fiksoprotetskih konstrukcija izrađenih iz srebro- paladijske legure na bakterijsku floru usne šupljine (disertacija). Zagreb: Stomatološki fakultet; 1998
17. Kolenbrander PE, Andersen RN, Blehert DS, Egland PG, Foster JS, Palmer RJ:**Communication among oral bacteria.** *Microbiol Molec Biol Rev* 2002, **66**:486-505.
18. Newton AV. Denture sore mouth. A possible aetiology. Br DentJ 1962;112:357-60.
19. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MDP, Harty DWS, Knox KW. Candida - associated denture stomatitis. Aetiology and management: A review. Part 2. Oral diseases caused by candida species. Ausln. Dent. Jour. 1998; 43:(3):160-166
20. Dixon D L, Breading LC, Faler TA. Microwave disinfection of denture base materials colonised with Candida albicans. J Prosth Dent 1999; 81; 207-214
21. Pattanaik S, Vikas BVJ, Pattanaik B, Sahu S, Lodam S. Denture Stomatitis: A Literature Review. Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology, 2010; 22(3):136-140
22. Naik AV and Pai RC. A study of factors contributing to denture stomatitis in a North Indian community. Int. Jour.Denst. 2011; doi:10.1155/2011/589064
23. Nikawa H, Yamamoto T, Hamada T, Rahardjo MB, Murata H, Nakanoda S. Antifungal effect of zeolite incorporated tissue conditioner against Candida albicans growth and/or acid production. J Oral Rehabil 1997; 24: 350-357.
24. BhatV, SharmaM, ShettyV, Shastry CS, Rao V. Extracellular Enzymes of Candida Albicans and Their Role in Development of Denture Stomatitis-a Review. JIDAS-2011; 2(1):26-30
25. Amit Vinayak Naik and Ranjana C. Pai – A study of factors contributing to denture stomatitis in a North Indian Community, 2011-International Journal of Dentistry-article ID589064
26. Cawson RA. Symposium on denture sore mouth. II. The role of Candida. Dent Pract Dent Rec 1965; 16:138-142

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

27. Dar-Odeh NS, Al-Beyari M, Abu-Hammad OA. The role of antifungal drugs in the management of denture – associated stomatitis. The International Journal of Antimicrobial Agents 2012; 2(1):1-5
28. Jeganathan S, Lin CC. Denture stomatitis: A review of the aetiology, diagnosis and management. Aust Dent J 1992;37:107-114.
29. Ghezzi EM, Ship JA. Systemic diseases and their treatments in the elderly: impact on oral health. J Public Health Dent 2000; 60(4): 289-96
30. Jang KS. Inhibitory effect of antifungal agents incorporated in denture lining materials against candida albicans. J Korean Acad Prosthodont. 1999; 37(3):293-300.
31. Lombardi T, Budtz-Jørgensen E. Treatment of denture induced denture stomatitis: A review. Eur J Prosthodont Restor Dent 1993; 2:17-22.
32. Cenci TP, Curya ADB, Crielaard W, Tencate JM. Development of Candida-Associated Denture Stomatitis: New Insights. J Appl Oral Sci. 2008; 16(2):86-94S
33. Breustedt A.: Gerontologische und geriatrische probleme in der Stomatologie.Teil I DZZ,30,565-569, 1979
34. Charles J.,Goodacare E.Clinical complications in fihed prosthodontics.J.Dent 25;97-103,2007
35. Bergman B.,Gunnar EC:Clinical Long-term Study of complete denture wearers.J.prosth.dent.35,56-61,1985
36. KnezevicB: Bezubi pacijenti sanirani u domu zdralja i Cacku u periodu od 2000-2003godine.IVKongresa stomatologa Srbije i Crne Gore sa medjunarodnom ucescem,(Zbornik radova) Igalo,111,2004
37. Maksimovic G,Pavlovoc R.:Status zuba kod populacione grupe starijih i njihova medjuzavisnost u funkcionalnom sposobnoscu;IVKongresa stomatologa Srbije i Crne gore sa medjunarodnom ucescem(Zbornik radova) Igalo,112,2004
38. Bogdanovic A: Pol kao determinisuci faktor vrste protetskih indikacija u opstini Grotska.IVKongresa stomatologa Srbije i Crne gore sa medjunarodnom ucescem,(Zbornik radova) Igalo,84,2004
39. Shepherd MG. The pathogenesis and host defence mechanisms of oral candidosis. NZ Dent J 1986;82:78-82.

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни протези
Фуат Бислими*

40. Ma c Farlane TW, Samaranayake LP. Fungal infections. In: Clinical Oral Microbiology. London: Wright, 1989:122-39.
41. Cherian B and Sunil S. Use of Amorolfine in Candida -associated denture stomatitis. Oral and Maxillofacial Pathology Journal 2010; 1(1)
42. Freitas JB, Gomez RS, Abreu MH, Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. J Oral Rehabil 2008; 35(5):370-374
43. Jorge Exposito Sanchez, Dra Mayra Gonzalez Olazabal, Dr Hector Ruiz Calabuch- Factores de riesgos de la estomatitis subprotesis en los pacientes del municipio Taguasco 2008-2009. Gazeta Medica Espirituana 2010; 12 (2)
44. Hrizdana Hadjieva , Mariana Dimova , Stodorov , -Stomatitis prosthetica- a polietiologic disorder, - Journal of IMAB, 2006 vol 12 issue 2; 38-41.
45. Hadzic S , A Dedic , M Gojkov –Vukelic, E Pasic , L Ozbegovic , E Baslagic – Influence of candida infection on denture stomatitis , Acta Medica Academica 2009; 38:6-10
46. Marinka Mravak-Stipetic – Kandidijaza Usne Supljine, Medix 2004 ; 52: 130-132
47. Celebic , G Prpic , D Buntak Kobler – Mikrobioloska flora plaka u nosilaca totalnih akrilatnih proteza . Acta stomatologica croatica 1988, vol 22 br 3 :189-194
48. Figueral Celebic , G Prpic , D Buntak Kobler – Mikrobioloska flora plaka u nosilaca totalnih akrilatnih proteza . Acta stomatologica croatica 1988, vol 22 br 3 :189-194
49. Evren B A, Uludamar A, Iseri U, Ozkan Y K- The association between socio-economic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living deifferent residential houses. Arch Gerontol. Geriatr. 2011 Nov-Dec; 53(3): 252-257
50. Mandali G, Sener I D , Turker S B, Ulgen H – Factors affecting the distribution and prevalence of oral mucosal lesion in complete denture wearers , -Gerodontology 2011 Jun;28(2): 97-103
51. Gokcen-Rohlig B, Saruhanoglu A, Cifter ED, Evlioglu G. Applicability of zirconia dental prostheses for metall allergy patients . Int J Prosthodont 2010;23(6) :562-565
52. Navabi N, Gholamhosseini A, Baghaei B, Hashemipour M A – Risk factor associated with denture stomatitis in healthy subjects attending a dental school in southeast Iran.- Sultan Qaboos Univ. Med J. 2013 nov;13 (4): 574-580
53. Kossioni A E – The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in a older Greek population. – Gerodontology 2011 Jun ;28 (2) :85-90

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни проптези
Фуат Бислими*

54. Wilson J “The aetiology , diagnosis and menagement of denture stomatitis”, British Dental Journal, vol. 185, no. 8, pp. 380-384, 1998
55. Shulman JD, Rivera-Hidalgo F, Beach NM. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. J Oral Pathol Med. 2005 Jul; 34(6): 340-6.
56. Googe, L. A.; Rozalieva, Vu. Vu.PROSTHETIC STOMATITIS IN PATIENTS WITH REMOVABLE DENTURES Saratov Journal of Medical Scientific Research / Saratovskii Nau;Apr-jun2012, Vol. 8 Issue 2, p297
57. Procaccini M, Fioroni M. Epidemiologic study of modality and state of preservation of dentures and the possible presence of mucosa lesions in subjects with removable dentures. Minerva Stomatol 2000 May;49(5):209-19.
58. Owall B, Budtz-Jorgensen E, Davenport J, Mushimoto E, Palmqvist I, Renner R, Sofou A, Wostmann B. Removable partial denture design: a need to focus on hygienic principles? Int J Prosthodont 2002 Jul-Aug; 15(4):371-8.
59. Barbeau J, Séguin J, Goulet JP, de Koninck L, Avon SL,Lalonde B, et al. Reassessing the presence of *Candida albicans* in denture related stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003; 95:51-59
60. de Oliveira Mima EG, Pavarina AC, Silva MM, Ribeiro DG,Vergani CE, Kurachi C and Bagnato,VS. Denture stomatitis treated with photodynamic therapy: five cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011; 112:602-608
61. Lockhart SR, Joly S, Vargas K, Swails-Wenger J, Enger L, Soll DR. Natural defenses against *Candida* colonization breakdown in the oral cavities of the elderly. J Dent Res 1999 Apr;78(4):857-68
62. Hoad-Reddick, A. A. Grant, and C. S. Griffiths, “Investigation into the cleanliness of dentures in an elderly population,” The Journal of Prosthetic Dentistry, vol. 64, no. 1, pp. 48–52, 1990. [View at Scopus](#)
63. Girard B, R. G. Landry, and L. Giasson, “Denture stomatitis: etiology and clinical considerations,”Journal of the Canadian Dental Association, vol. 62, no. 10, pp. 808–812, 1996. [View at Scopus](#)
64. Ivanković L .UTJECAJ MOBILNIH PROTEZA NA PROMJENU MIKROBNE FLORE USNE ŠUPLJINE OVISNO O MATERIJALU.Magistarski rad Zagreb, rujan, 2003

*Застапеност на протезен стоматит кај носители на мобилни проптези
Фуат Бислими*

65. Herrera B, Osorio M. Comportamiento de la estomatitis subprotesis en mayores de 45 años. Rev Hab Cienc Med; 2005 Sept-Oct; 4(4).
66. Gulati MS, Gupta L. Clinical evaluation of supplementing tongue brushing to most advocated regime of tooth brushing. J Indian Soc Pedod Prev Dent 1998 Mar; 16(1):12-6.
67. Kreher JM, Graser G, Handelman S. The relationship of drug use to denture function and saliva flow rate in a geriatric population. J Prosthet Dent May 1987; 57;5:631- 638.
68. Kreher J. M, G. N. Graser, S. L. Handelman, and A. D. Eisenberg, "Oral yeasts, mucosal health, and drug use in an elderly denture-wearing population," Special Care in Dentistry, vol. 11, no. 6, pp. 222–226, 1991
69. Maller U S. Karthik. K. S. Maller S V. Candidiasis In Denture Wearers- A Literature Review.JIADS 2010; 1(1):27-30