**Стоматопротетски третман кај повозрасната популација**

Автор: Пом. асс Д-р Катерина Златановска; Пом. Асс Д-р Ана Радеска

Универзитет “Гоце Делчев” – Штип, Факултет за медицински науки, стоматологија

Беззабост (anodontio totalis) е состојба кога во устата на пациентот недостасуваат сите заби. Тоталните забни протези се вид на забни надокнади кои претставуваат средство за стоматопротетско лечење на беззабите пациенти, со што се надокнадуваат изгубените заби и делови од алвеоларниот гребен и се овозможува да се обноват нарушените моторни функции на орофацијалниот систем (џвакање и зборување) и да се поврати изворниот облик на долната третина на лицето, на тој начин овозможувајќи им на овие особи активен и здрав живот.

Према некои истражувања најголем број пациенти на кои им е потребна терапија со тотални протези се особи во средни и постари години, просечно над 51 година. Околу 50% од луѓето над 65-годишна возраст се беззаби. Терапијата на беззабите пациенти со тотални протези представува долготраен процес, но ни остварената терапија не е трајно решение. Анатомските структури се менуваат, па тоталните протези не одговараат на изменетите услови. Поради тоа пациентите со тотални протези треба да бидат под периодична и трајна контрола, со што можните штетни влијанија би се свеле на минимум.

За многу терапевти, за жал, локалните фактори се единствените фактори, што се земаат предвид при изработката на тоталните протези. Сепак, не е доволно да се направи површно испитување и да се забележи само имање или немање природни заби. Не би требало да планираме никакви протетички постапки пред да се процени систематскиот статус на нашиот пациент, бидејќи оралното здравје е во тесна врска со општото здравје, а од тоа и ќе зависи успехот на нашата изработка.

Поради тоа, пред да почнеме да изработуваме тотални протези треба да имаме во предвид одредени состојби кои се јавуваат кај повозрасната популација и секоја на свој начин можат негативно да влијаат на нашиот третман.

* *Зглобни заболувања*, како остеоартрозата, иако најчесто ги зафаќаат зглобовите што ја носат тежината на телото, како колената, ‘рбетот и колковите, честопати се зафатени и терминалните зглобови на прстите, а поретко и виличниот зглоб. Кога терминалните зглобови на прстите се артритични, за пациентот е тешко да ги става во уста и да ги чисти протезите. Остеоартритисот на виличниот зглоб претставува проблем при изработката на тоталните протези, а заболувањето е причина за појава на болки при изведување на мандибуларните движења.
* *Дерматолошки заболувања* често можат да пројават орална манифестација, како на пример пемфигусот. Кај овие пациенти оралната мукоза станува крајно болна и постојаната употреба на протезите е контраиндицирана.
* *Diabetes mellitus*– кај овие пациенти треба да примениме дополнителни совети за спроведување на орална хигиена, навики за исхрана, одмор на подпротезните ткива.
* *Невролошки заболувања*, како Беловата парализа и Паркинсоновата болест, се состојби кои можат да бидат третирани, но со посебно внимание врз протезната ретенција, регистрациите на максило-мандибуларните соодноси и потпорната мускулатура.
* *Менопауза* – период во кој се случуваат многу важни промени во телесните функции. Функциите на жлездите се менуваат и главно промените се на ниво на коските, сведувајќи се на појава на остеопороза. Топли бранови, печење на непцата, печење на јазикот, тенденции на гадење, неспособност за приспособување, појава на минливи зони на болка, се некои од симптомите што ги чувствуваат овие пациентки.
* *Генерализирана остеопороза* како најзастапена системска коскена промена се карактеризира со болки во грбот, губење на телесната висина и висината на лицето. Атрофијата на коските делумно е забележлива во резидуалните алвеоларни гребени повеќе отколку кога гребенот е предмет на постојан притисок што го вршат тоталните протези.

Интраорални промени – многу физиолошки и патолошки промени во процесот на стареење се одразуваат врз оралната мукоза, па затоа терапевтот би требало да е подготвен да го препознае.

* Оралната мукоза кај повозрасните пациенти станува потенка, лесно се абрадира и честопати реагира несоодветно на притисокот на протезите.
* Плунката опаѓа според количеството и се менува според квалитетот. Недоволното подмачкување или лошата вискозност на плунката ја смалува ретенцијата на протезата и ја зголемува фрикционата траума врз тенката мукоза. Ксеростомијата може да биде предизвикана и од одредени лекарства како : антихистаминици, многу антихипертензивни лекови, нитроглицерин, антипаркинсон агенси, антиаритмични агенси и многу други.
* При постоење на лошо подложени протези може да се открие воспалителна хиперплазија. Грешката од одстранување на протезата поради одмарање на мукозата и поради чистење на меките ткива од палатумот е причина за појава на палатинална инфламаторна хиперплазија. Гингивална хиперплазија може да биде предизвикана и од употребата на одредени лекарства, како фенитоин, нифедирин, блокатори на калциумовите канали при третман на angina pectoris, циклоспорини.
* Безболна, неулцерирана, тешко забележлива цврста маса, прекриена со розево обоена мукоза, може да укаже на постоење на фибросарком. Розовата, правилно тркалезна маса со цврста конзистенција, сместена на тврдото или мекото непце, може да е, всушност, мешан тумор (tumor mixtus) на плунковите жлезди.
* Едностран оток на тврдото непце во зоната на вториот премолар или првиот молар може да ни укаже на постоење на неоплазма на максиларниот антрум.
* Воспалението на мукозата може да е индикација за недостиг на витамин B12. Ако плунката е текна и водлеста, а мукозата воспалена, можеби пациентот примал или во моментот прима радиоактивна терапија.
* Генерализирана цијаноза на оралната мукоза кај постари пациенти укажува на срцево или белодробно заболување, но доаѓа предвид и полицитемијата.
* Макроглосијата, обично е последица на олабавување на јазичната мускулатура. Ова се јавува при нарушувања кај ендокрините жлезди, како што е хиперпитуитаризмот. Сепак, екстракцијата на мандибуларните дистални заби овозможува мускулатурата да се олабави и веројатно, е, најчестиот етиолошки фактор за појава на макроглосија.
* Соор – хронична атрофична кандидијаза се јавува поради носење протези во устата. Ова заболување многу почесто се забележува на максиларниот беззаб лак. Лезиите можат да се јават како мултипни зони на црвенило, или кај потешките случаи како мултифокални бели налепи што може да се истружат со цел да се видат зоните под нив кои се составени од еритематозно ткиво.

**Користена литература:**

1. Гугувчевски Љ, Дејановски К, Велевски Д. Клиника на тотално протезирање – Еин-Соф. Скопје, 2003
2. Крстиќ М, Петровиќ А, Станишиќ-Синобад Д, Стошиќ З. Стоматолошка протетика тотална протеза – Веларта, Београд 1998
3. Hugh Devlin - Complete dentures – Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 2002