

HALINA PANEK, ANNA DOBOSZ, MAGDALENA SOSNA-GRAMZA, PIOTR NAPADLEK

Analiza dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów dotyczących przeszłości protetycznej

Analysis of Complaints Reported by Patients in Their Prosthetic Past

Katedra Protetyki Stomatologicznej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Wprowadzenie. Pomyślny wynik leczenia z zastosowaniem protez ruchomych zależy nie tylko od ich prawidłowego wykonania, ale także od uwzględnienia wymogów pacjenta. Duże znaczenie w tym względzie przypisuje się wykorzystaniu danych z badania podmiotowego pacjenta, w tym informacji zebranych podczas wywiadu dotyczących leczenia protetycznego pacjenta w przeszłości. Wywiad ten pozwala na analizę dolegliwości, powstałych w czasie użytkowania wcześniej wykonanych uzupełnień i ewentualnie na ich wyeliminowanie przy wykonywaniu nowych uzupełnień.

Cel pracy. Analiza subiektywnych dolegliwości podanych przez pacjentów w wywiadzie odnośnie do trudności w użytkowaniu wcześniej wykonanych protez ruchomych oraz określenie zależności tych dolegliwości od wybranych uwarunkowań ogólnych i miejscowych.

Materiał i metody. Analizowano 255 kart historii choroby pacjentów (170 kobiet i 85 mężczyzn), którzy zgłosili się do Katedry Protetyki Stomatologicznej AM we Wrocławiu w celu wykonania uzupełnień ruchomych w ramach dydaktyki IV i V roku stomatologii. Wiek badanych wahał się od 26 do 92 lat. Na podstawie zapisów w kartach historii choroby określono rodzaj dolegliwości związanych z wcześniej wykonanymi protezami ruchomymi, a następnie określono ich zależność od płci, wieku, a także stopnia zachowania podłoża śluzówkowo-kostnego i ogólnego stanu zdrowia pacjentów.

Wyniki. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabelach i na rycinach oraz poddano opracowaniu statystycznemu testem χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wnioski. Dolegliwości zgłaszało około 40% badanych pacjentów. Do najczęstszych skarg należały: brak stabilizacji protez i trudności przy żuciu pokarmów. Dolegliwości te zgłaszali głównie pacjenci w podeszłym wieku, u których najczęściej stwierdzano schorzenia ogólnoustrojowe. Na pieczenie jamy ustnej i ból podłoża najczęściej uskarżali się chorzy na cukrzycę, a na zaburzenia mowy – pacjenci najmłodsi. Wywiad dotyczący leczenia protetycznego w przeszłości pozwala na uchwycenie istoty i ważności problemów zgłaszanych przez pacjenta i może umożliwić właściwe zaplanowanie metod ich przewycięzania (**Dent. Med. Probl. 2004, 41, 3, 489–498**).

Słowa kluczowe: przeszłość protetyczna, adaptacja protez.

Abstract

Background. Successful results of prosthetic rehabilitation with using the removable dentures depends on proper executing the clinical and laboratory procedures as well as on fulfilling the patients' needs and expectations. Also, data gathered during the clinical examination and history taking have a great importance for final success of prosthetic treatment. Particularly, informations from the patients' prosthetic past should be thoroughly analyzed to determine the nature of the complaints related to previous dentures, and in consequence, to eliminate the problems in the future prosthetic procedures.

Objectives. Were to analyze subjective complaints and symptoms reported by patients in relation to their previously made dentures, and, moreover, to establish a dependence of the complaints on some objective local and general factors.

Material and Methods. Material of the study were medical record cards of 255 patients (170 female and 85 male) who visited the Prosthetic Department, Medical University of Wrocław, in order to make removable dentures during clinical trainings performed by dental students. Age of the patients ranged from 26 to 92 years. The authors analyzed the particular kind of patients' complaints in dependence of gender, age, maintenance of the prosthetic foundation and general status of health.

Results. Results of the study were presented in 4 tables and figures. For statistical estimation of results of the studies, test χ^2 was used with p -value $< 0,05$.

Conclusions. Complaints on previously made removable dentures were reported by 40% patients. Among the most frequent complaints were inadequate stabilization of the dentures on prosthetic foundation and difficulty in chewing the food. The above complaints were especially common in older patients, where various general disorders were often found. Burning and pain of the mouth were the most frequent symptoms reported by patients suffered from diabetes mellitus, while the problems with proper sound pronunciation in speech were mainly found in the youngest group of patients. Thorough anamnesis on patients' prosthetic past is very important, because it enables to distinguish the nature and hierarchy of reported complaints, and, thus, a proper decision making for future prosthetic procedures is possible in order to eliminate the majority of the problems (*Dent. Med. Probl.* 2004, 41, 3, 489–498).

Key words: prosthetic past, adaptation.

Wielu autorów badających problem adaptacji i inkorporacji protez ruchowych zgodnie podkreśla, że pełna satysfakcja pacjenta z użytkowania uzupełnień protetycznych ma uwarunkowania psychosomatyczne [1–4]. Pomyślny wynik leczenia z zastosowaniem protez ruchowych zależy bowiem nie tylko od prawidłowego wykonania kliniczno-laboratoryjnego tych uzupełnień, ale także od uwzględnienia oczekiwań i wymogów pacjenta odnośnie do estetyki i funkcji przyszłych uzupełnień protetycznych. Duże znaczenie w tym względzie przypisuje się umiejętnemu wykorzystaniu danych z badania podmiotowego pacjenta, w tym informacji zebranych podczas wywiadu dotyczącego leczenia protetycznego pacjenta w przeszłości [5–7]. Wywiad ten pozwala na prześledzenie dolegliwości powstałych w czasie użytkowania wcześniej wykonanych uzupełnień i ewentualnie na ich wyeliminowanie przy wykonywaniu nowych.

Celem pracy była analiza subiektywnych dolegliwości podanych przez pacjentów w wywiadzie odnośnie do trudności w adaptacji do wcześniej wykonanych protez ruchowych oraz określenie zależności tych dolegliwości od wybranych uwarunkowań ogólnych i miejscowych.

Materiał i metody

Materiał badań stanowiło 300 kart historii choroby pacjentów, którzy zgłosili się w latach 1999–2001 do Katedry Protetyki Stomatologicznej AM we Wrocławiu w celu wykonania uzupełnień protetycznych ruchomych w ramach dydaktyki IV i V roku stomatologii. W grupie było 45 osób, które po raz pierwszy zgłosiły się do leczenia protetycznego, dlatego nie zostały objęte zakresem niniejszego opracowania. Do dalszych badań zakwalifikowano 255 pacjentów, w tym 170 kobiet i 85 mężczyzn. Wiek badanych wahał się od 26 do 92 lat.

Na podstawie zapisów w kartach historii choroby określono rodzaj dolegliwości związanych z użytkowaniem wcześniej wykonanych protez ruchowych, a następnie przeanalizowano częstość

występowania poszczególnych dolegliwości w zależności od płci, wieku, a także od stopnia zachowania podłoża śluzówkowo-kostnego i ogólnego stanu zdrowia pacjentów.

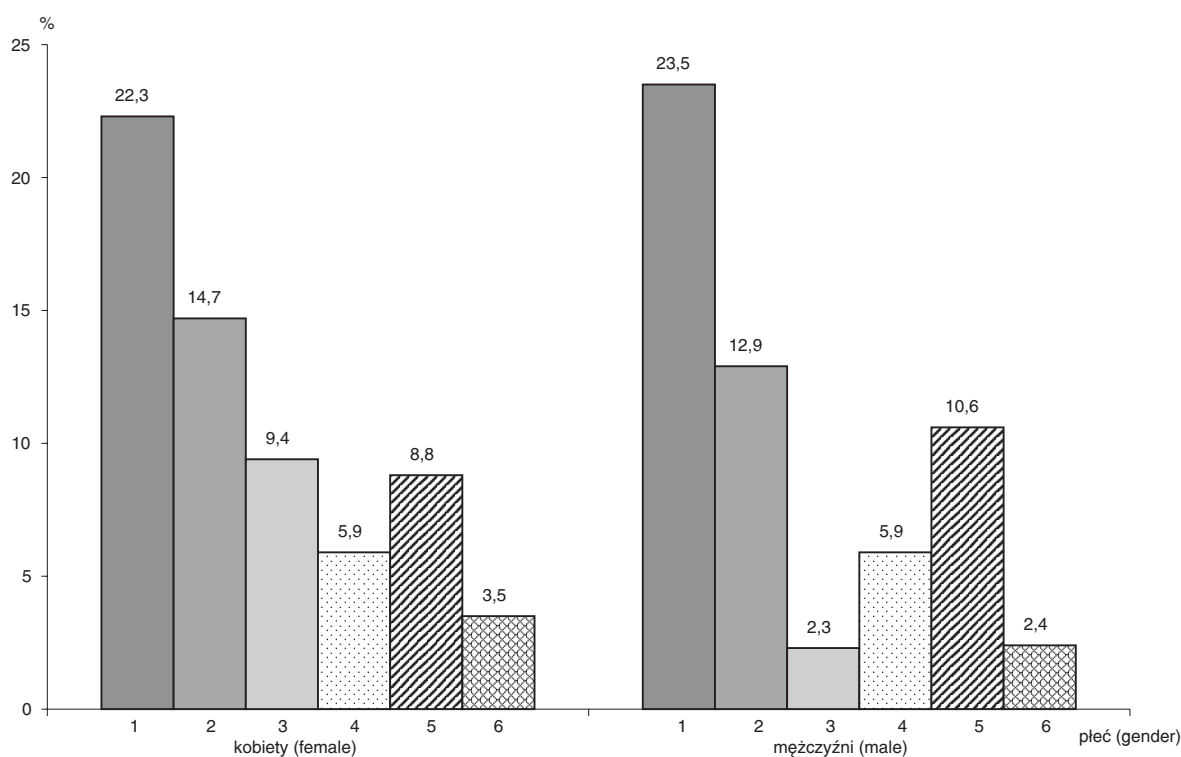
Wyniki

W tabeli 1 i na rycinie 1 przedstawiono częstość występowania poszczególnych dolegliwości wywołanych wcześniej wykonanymi uzupełnieniami protetycznymi u kobiet i mężczyzn. Okazało się, że dolegliwości związane z użytkowaniem protez ruchowym podawało około 40% badanych, przy czym większość z nich nie miała związku z płcią. Najczęstszą przyczyną braku satysfakcji pacjentów z użytkowanych uzupełnień była niedostateczna stabilizacja i retencja uzupełnień na podłożu protetycznym, na którą skarżyło się około 1/5 badanych. Kolejną dolegliwością było utrudnione żucie pokarmów, które występowało u 14,7% kobiet i 12,9% mężczyzn. Na ból i pieczenie błony śluzowej jamy ustnej podczas użytkowania protez skarżyło się około 10% badanych. Odruch wymiotny i zaburzenia mowy występowały bardzo rzadko (około 3–5%). Objaw uderzania zębami był natomiast 4 razy częstszy u kobiet aniżeli u mężczyzn. Ta ostatnia różnica (9,4% i 2,3%) okazała się istotna statystycznie.

W tabeli 2 i na rycinie 2 przedstawiono zależność między częstością występowania dolegliwości a wiekiem pacjentów. Stwierdzono, że u pacjentów najmłodszych, do 45. roku życia, nie występowały żadne problemy z pieczeniem jamy ustnej i odruchem wymiotnym, najrzadziej także skarżyli się na brak stabilizacji protez. W tej grupie badanych odnotowano najwyższy odsetek skarg na utrudnione żucie pokarmu, który wynosił 25% i był nieomal 2 razy większy aniżeli u pacjentów w starszych przedziałach wieku. U pacjentów w wieku 45–60 lat, częściej niż w grupach pozostałych, występowały skargi związane z brakiem stabilizacji protez na podłożu oraz uderzenia zębami, zaburzenia mowy i odruch wymiotny. U pacjentów najstarszych największy pro-

Tabela 1. Częstość występowania dolegliwości w zależności od płci**Table 1.** Frequency of complaints in dependence on gender

Rodzaj dolegliwości (Kind of complaints)	Kobiety (Female)		Mężczyźni (Male)		Razem dolegliwości (Total)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	df = 1	
Brak stabilizacji (Lack of stabilization)	38	22,35	20	23,53	58	22,75	0,00	0,958
Utrudnione żucie (Difficulties in chewing)	25	14,71	11	12,94	36	14,12	0,04	0,849
Uderzania zębami (Tooth tipping)	16	9,41	2	2,35	18	7,06	3,30	0,0695
Zaburzenia mowy (Speech disturbances)	10	5,88	5	5,88	15	5,88	0,08	0,778
Ból i pieczenie (Burning and pain)	15	8,82	9	10,59	24	9,41	0,05	0,820
Odruch wymiotny (Vomiting reflex)	6	3,53	2	2,35	8	3,14	test F	0,722
Bez problemów (Without problems)	106	62,35	53	62,35	159	62,35	0,02	0,891
Razem pacjentów (Total)	170	100	85	100	255	100		

**Ryc. 1.** Częstość występowania dolegliwości w zależności od płci: 1 – brak stabilizacji, 2 – utrudnione żucie, 3 – uderzania zębami, 4 – zaburzenia mowy, 5 – ból i pieczenie, 6 – odruch wymiotny**Fig. 1.** Frequency of complaints in dependence on gender: 1 – lack of stabilization, 2 – difficulties in chewing, 3 – tooth tipping, 4 – speech disturbances, 5 – burning and pain, 6 – vomiting reflex

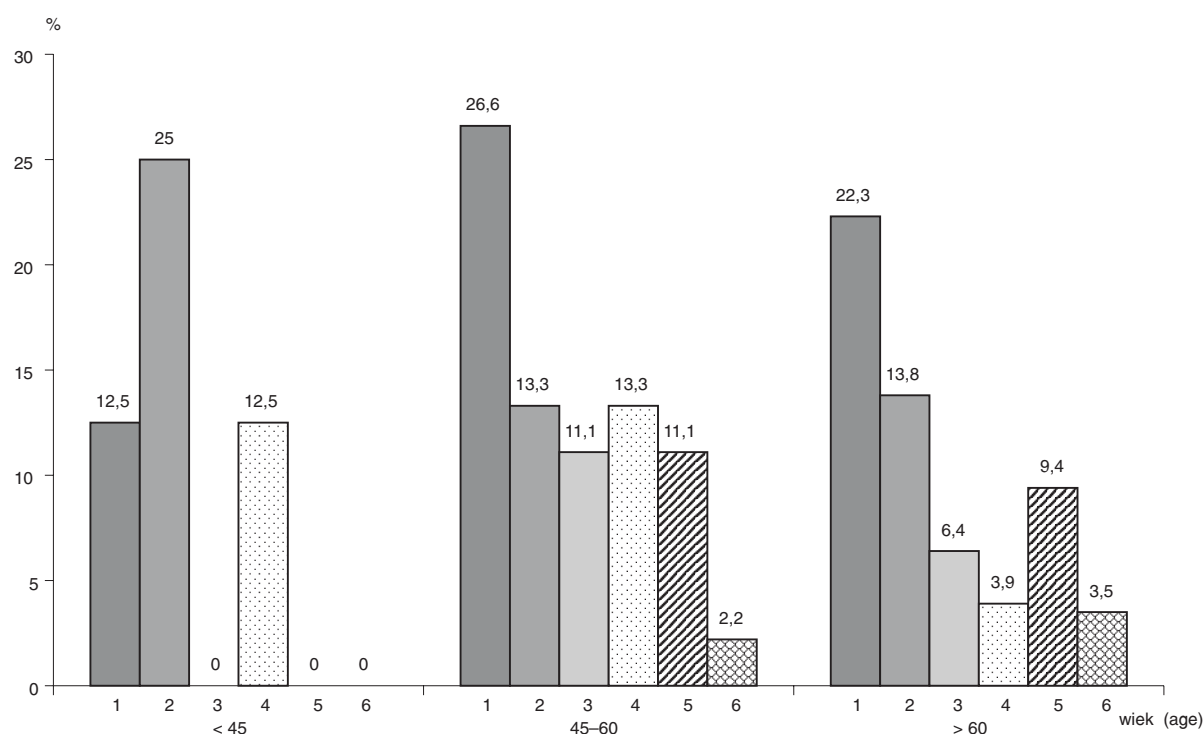
blem stanowił brak stabilizacji protez na podłożu, najmniej skarg natomiast dotyczyło zaburzeń mowy.

W kolejnych badaniach przeanalizowano czę-

stość występowania dolegliwości w zależności od stopnia zachowania podłoża protetycznego, ocenionego według zmodyfikowanej klasyfikacji Zarba [8]. Wprawdzie stan zachowania podłoża

Tabela 2. Częstość występowania dolegliwości w zależności od wieku pacjentów**Table 2.** Frequency of complaints in dependence on age

Rodzaj dolegliwości (Kind of complaints)	Wiek (Age)						Razem dolegliwości (Total)		χ^2	p
	< 45		45–60		> 60					
	n	%	n	%	n	%	n	%	df = 2	
Brak stabilizacji (Lack of stabilization)	1	12,5	12	26,67	45	22,28	58	22,75	0,90	0,639
Utrudnione żucie (Difficulties in chewing)	2	25	6	13,33	28	13,86	36	14,12	0,82	0,665
Uderzania zębami (Tooth tipping)	0	0	5	11,11	13	6,44	18	7,06	1,85	0,396
Zaburzenia mowy (Speech disturbances)	1	12,5	6	13,33	8	3,96	15	5,88	6,49	0,039
Ból i pieczenie (Burning and pain)	0	0	5	11,11	19	9,41	24	9,41	0,98	0,612
Odruch wymiotny (Vomiting reflex)	0	0	1	2,22	7	3,47	8	3,14	0,45	0,797
Bez problemów (Without problems)	5	62,5	26	57,78	128	63,37	159	62,35	0,49	0,783
Razem pacjentów (Total)	8	100	45	100	202	100	255	100		

**Ryc. 2.** Częstość występowania dolegliwości w zależności od wieku pacjentów: 1 – brak stabilizacji, 2 – utrudnione żucie, 3 – uderzania zębami, 4 – zaburzenia mowy, 5 – ból i pieczenie, 6 – odruch wymiotny**Fig. 2.** Frequency of complaints in dependence on age: 1 – lack of stabilization, 2 – difficulties in chewing, 3 – tooth tipping, 4 – speech disturbances, 5 – burning and pain, 6 – vomiting reflex

określono w chwili zgłoszenia się pacjenta do dalszego leczenia, to jednak z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że stan ten, jako efekt powolnych inwolucyjnych zmian w układzie sto-

matognatycznym, mógł również wpływać na komfort użytkowania ostatnio wykonanych protez. Jak wynika z danych zawartych w tabeli 3 i na rycinie 3 przy dobrze zachowanym podłożu śluzówkowo-

Tabela 3. Częstość występowania dolegliwości w zależności od stopnia zachowania podłoża protetycznego**Table 3.** Frequency of complaints in dependence on prosthetic foundation

Rodzaj dolegliwości (Kind of complaints)	Rodzaj podłoża (Prosthetic foundation)						Razem dolegliwości (Total)		χ^2	p
	dobre (good)		przeciętne (average)		zanikłe (atrophied)					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Brak stabilizacji (Lack of stabilization)	3	14,29	9	24,32	46	23,35	58	22,75	0,95	0,622
Utrudnione żucie (Difficulties in chewing)	2	9,52	7	18,92	27	13,71	36	14,12	1,10	0,578
Uderzania zębami (Tooth tipping)	0	0	0	0	18	9,14	18	7,06	5,70	0,0578
Zaburzenia mowy (Speech disturbances)	0	0	2	5,41	13	6,6	15	5,88	1,51	0,470
Ból i pieczenie (Burning and pain)	1	4,76	3	8,11	20	10,15	24	9,41	0,73	0,693
Odruch wymiotny (Vomiting reflex)	1	4,76	3	8,11	4	2,03	8	3,14	3,99	0,136
Bez problemów (Without problems)	18	85,71	21	56,76	120	60,91	159	62,35	5,55	0,0624
Razem pacjentów (Total)	21	100	37	100	197	100				

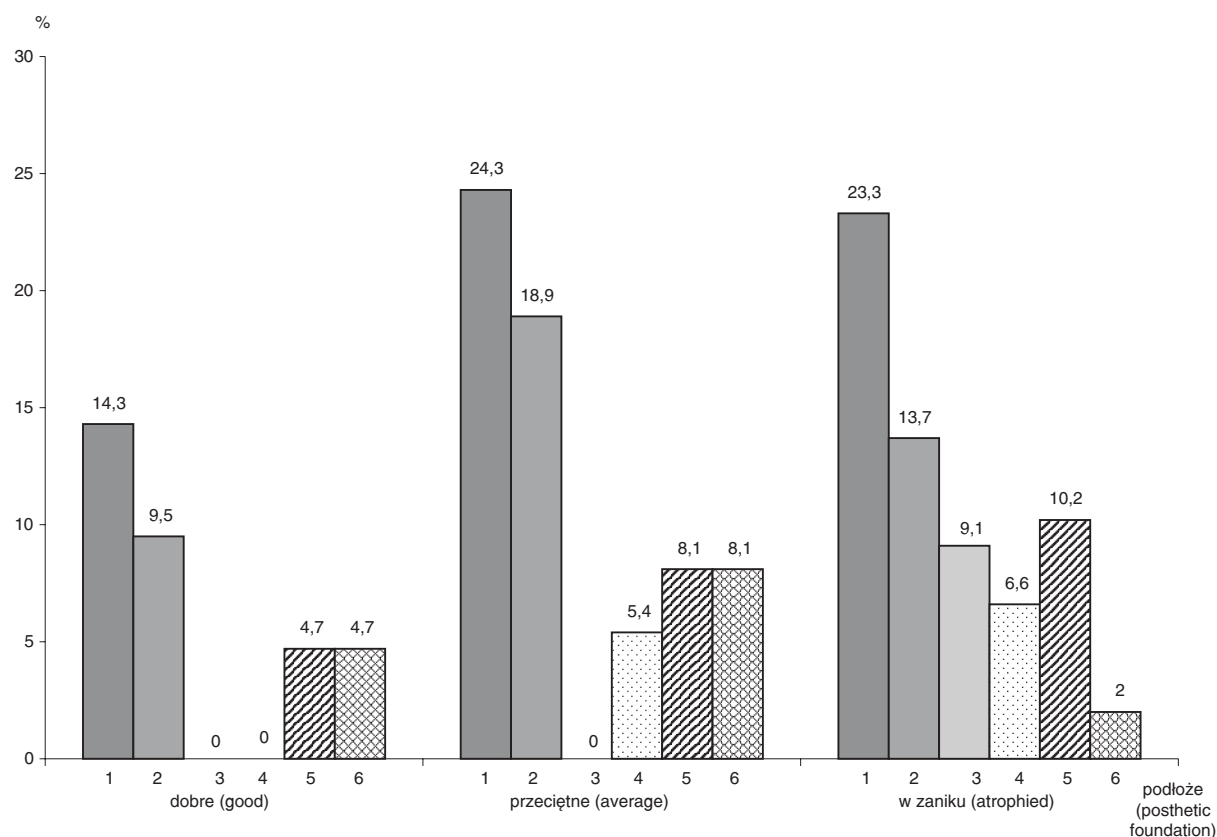
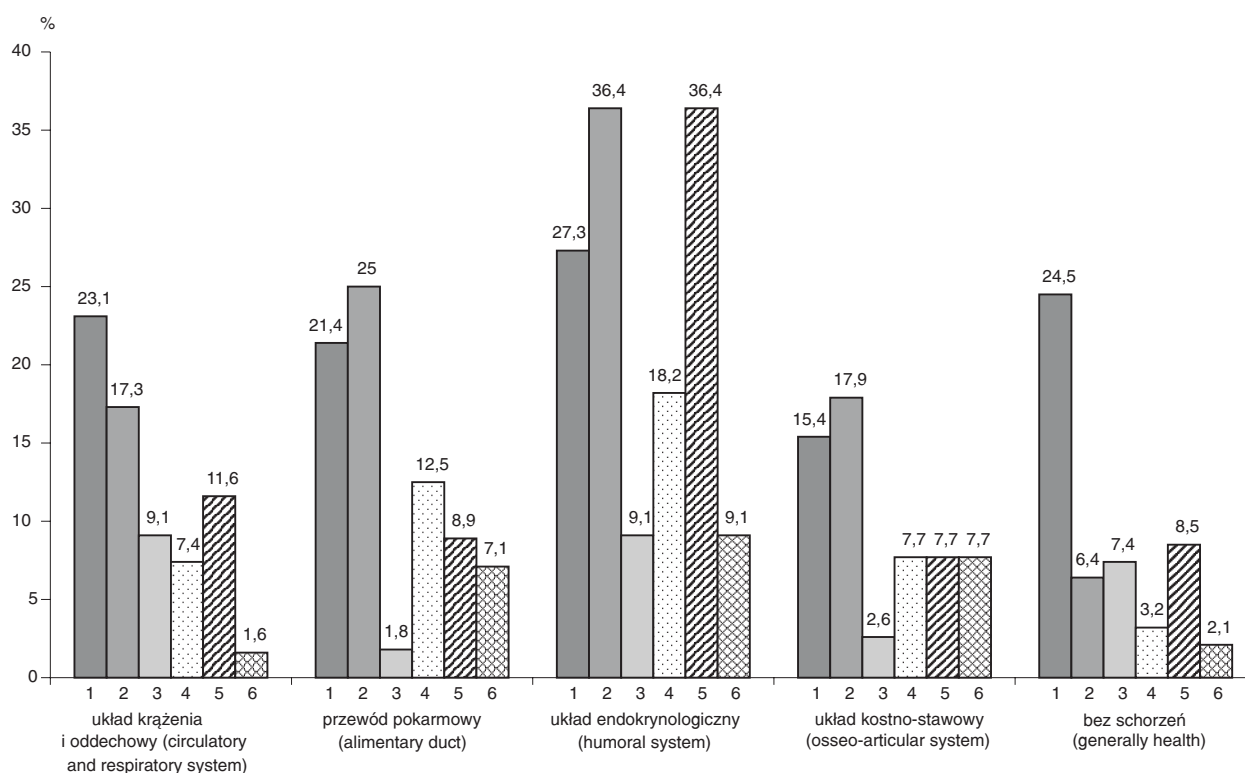
**Ryc. 3.** Częstość występowania dolegliwości w zależności od stopnia zachowania podłoża protetycznego: 1 – brak stabilizacji, 2 – utrudnione żucie, 3 – uderzania zębami, 4 – zaburzenia mowy, 5 – ból i pieczenie, 6 – odruch wymiotny**Fig. 3.** Frequency of complaints in dependence on prosthetic foundation: 1 – lack of stabilization, 2 – difficulties in chewing, 3 – tooth tipping, 4 – speech disturbances, 5 – burning and pain, 6 – vomiting reflex

Tabela 4. Częstość występowania dolegliwości w zależności od schorzeń ogólnoustrojowych
Table 4. Frequency of complaints in dependence on general status of health

Rodzaj dolegliwości (Kind of complaints)	Układ krążenia i oddechowy (Circulatory and res- piratory system)		Przewód pokarmowy (Alimentary duct)		Układ endo- krynologiczny (Humoral system)		Układ kostno-stawowy (Osseo-articular system)		Bez schorzeń (Generally healthy)		Razem (Total)	χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Brak stabilizacji (Lack of stabilization)	28	23,14	12	21,43	3	27,27	6	15,38	23	24,47	58	1,04	0,791
Utrudnione żucie (Difficulties in chewing)	21	17,36	14	25	4	36,36	7	17,95	6	6,38	36	14,1	0,002
Uderzania zębami (Tooth tipping)	11	9,09	1	1,79	1	9,09	1	2,56	7	7,45	18	7,06	0,216
Zaburzenia mowy (Speech disturbances)	9	7,44	7	12,5	2	18,18	3	7,69	3	3,19	15	5,88	0,094
Ból i pieczenie (Burning and pain)	14	11,57	5	8,93	4	36,36	3	7,69	8	8,51	24	9,41	0,037
Odruch wymiotny (Vomiting reflex)	2	1,65	4	7,14	1	9,09	3	7,69	2	2,13	8	3,14	0,21
Bez problemów (Without problems)	71	58,68	32	57,14	4	36,36	26	66,67	64	68,09	159	62,4	0,126
Razem schorzeń (Total)	121	100	56	100	11	100	39	100	94	100			



Ryc. 4. Częstość występowania dolegliwości w zależności od schorzeń ogólnoustrojowych: 1 – brak stabilizacji, 2 – utrudnione żucie, 3 – uderzania zębami, 4 – zaburzenia mowy, 5 – ból i pieczenie, 6 – odruch wymiotny

Fig. 4. Frequency of complaints in dependence on general status of health: 1 – lack of stabilization, 2 – difficulties in chewing, 3 – tooth tipping, 4 – speech disturbances, 5 – burning and pain, 6 – vomiting reflex

-kostnym skargi na uzupełnienia podawało zaledwie 14,3% pacjentów, a przy podłożu zanikłym i przeciętnym zachowanym odsetek niezadowolonych pacjentów był prawie 2,5 raza wyższy. Pacjenci z dobrze zachowanym podłożem skarżyli się głównie na brak stabilizacji protez (14,3%) i związane z tym trudności podczas żucia pokarmów (9,5%), ale nie podawali żadnych skarg odnośnie do zaburzeń mowy, czy mimowolnego uderzania zębów. Brak stabilizacji protez był także dominującą przyczyną niezadowolenia z protez ruchomych u pacjentów z podłożem zanikłym i przeciętnym (23,3% i 24,3%), podobnie jak utrudnione żucie pokarmów (13,7% i 18,9%). Różnice częstości tych dwóch dolegliwości stwierdzone w skrajnych typach podłoża protetycznego okazały się jednak nieistotne statystycznie. W grupie pacjentów z podłożem zanikłym stwierdzano najwyższy odsetek skarg związanych z bólem i pieczeniem jamy ustnej, który wynosił 10,1% i był 2 razy wyższy aniżeli u pacjentów z podłożem dobrze zachowanym. Różnica ta okazała się jednak nieistotna statystycznie.

W ostatniej części badań analizowano częstość występowania dolegliwości wywołanych uzupełnieniami protetycznymi w zależności od

obecności schorzeń ogólnoustrojowych. Dane zebrane w tabeli 4 i na rycinie 4 wskazują, że największy wpływ na wynik leczenia protetycznego ma współwystępowanie schorzeń układu wewnętrzzwydzielniczego (głównie cukrzycy), układu krążenia i oddechowego oraz przewodu pokarmowego. Ból i pieczenie jamy ustnej, utrudnione żucie to najczęstsze dolegliwości zgłaszane przez pacjentów z chorobami układu endokrynologicznego. Odsetek skarg wynosił 36,3% i był 3,5 raza większy niż u pacjentów z innymi schorzeniami. Różnica ta okazała się istotna statystycznie. Około 27% diabetyków uskarżało się ponadto na brak stabilizacji protez. Utrudnione żucie stanowiło najczęstszą dolegliwość pacjentów ze schorzeniami przewodu pokarmowego (25%), układu endokrynologicznego (36,3%) oraz układu krążenia i oddechowego (17,3%). Różnice częstości występowania skarg na utrudnione żucie u pacjentów z powyższymi schorzeniami okazały się istotne statystycznie. Zaburzenia mowy to najczęstsza dolegliwość występująca u pacjentów ze schorzeniami endokrynologicznymi (18,2%); były istotnie statystycznie większe aniżeli u pacjentów z chorobami przewodu pokarmowego (12,5%).

Omówienie

Stwierdzone w badaniach własnych niezadowolenie pacjentów z wcześniej użytkowanych uzupełnień dotyczyło głównie braku stabilizacji i retencji protez na podłożu oraz zaburzeń mowy. Jednak 62,5% badanych nie zgłaszało żadnych dolegliwości. Wyniki badań własnych są zgodne z badaniami Spiechowicza [6, 9] i innych autorów [10–12], którzy stwierdzili, że stomatopatie protezyczne występują u około 40–50% pacjentów zaopatrzonych protezami ruchomymi, przy czym mają głównie charakter mechaniczny i są spowodowane przez błędy kliniczno-laboratoryjnego wykonania protez. Wykazano, że nieprawidłowe ustawienie zębów w przestrzeni neutralnej oraz niewyrównana okluzja często prowadzi do parafunkcji narządu żucia, wyważania protez i przeciążenia podłoża. Zwiększony nacisk na podłoże stwierdzono zwłaszcza przy nadmiernym podwyższeniu wysokości zwarcia i zablokowaniu szpary spoczynkowej. Dochodzi wtedy często do zaburzeń krążenia i stanów zapalnych błony śluzowej, a także do zaników w obrębie wyrostków zębodołowych, obniżenie wysokości zwarcia powoduje natomiast relatywne wysunięcie żuchwy do przodu i negatywne zmiany w okluzji z wtórnymi przedwczesnymi kontaktami zębów i zmniejszeniem stabilności protez na podłożu. Zauważono też, że nadmiernie rozbudowana płyta protezy, poza destabilizacją protez, może powodować także uraz brodawki przysiecznej i fałdów podniebnych, zaburzenia czucia smaku i temperatury, zaburzenia mowy związane ze zmniejszeniem fizjologicznej przestrzeni dla języka, utrudnione połykanie i oddychanie oraz odruch wymiotny [7, 9]. Brak stabilizacji protez, będący główną przyczyną niezadowolenia pacjentów z protez ruchomych, próbowano rozwiązać za pomocą różnych metod postępowania klinicznego, w tym odpowiedniego kształtowania zasięgu obrzeża protez, uszczelniania na linii A i odpowiedniego kształtowania stosunków zwarciowo-artykulacyjnych w przestrzeni neutralnej [7, 13]. Ostatnio pojawiła się nowa możliwość – wykonywanie implantów, które umożliwiają doskonałe podparcie i retencję dla protez ruchomych, a nawet pozwalają na wykonywanie protez stałych, całkowicie wypierających protezy płytowe [9, 14].

W badaniach własnych na brak stabilizacji protez narzekali głównie pacjenci starsi, powyżej 45. roku życia. Problem ten można byłoby wyjaśnić postępującym z wiekiem zanikiem podłoża śluzówkowo-kostnego. Niektórzy autorzy nie wykazali jednak korelacji między rozległością zaników kości wyrostka a wiekiem [15–17], a jedynie stwierdzili zależność między szybkością zaniku

wyrostka zębodołowego żuchwy w stosunku do szczęki [4]. Udowodniono m.in., że zanik kości wyrostka zębodołowego żuchwy w odcinku przednim i bocznym jest 4-krotnie większy aniżeli w podobnych okolicach szczęki [1]. W wyniku tych procesów powstaje niekorzystna zmiana rozpiętości łuków – łuk zębowy górny staje się w płaszczyźnie poprzecznej i strzałkowej mniejszy od dolnego. Może to utrudniać proces adaptacji do protez i wywoływać dolegliwości w postaci braku ich stabilizacji na podłożu. Trudności w użytkowaniu protez ruchomych u najstarszych pacjentów mogą mieć także tło psychologiczne. Proces starzenia nasila pogorszenie zdolności percepcji, maleje siła, szybkość reakcji i sprawność. Często pacjenci wykonują kilka kompletów uzupełnień protetycznych, wykonanych pod względem czynnościowym i estetycznym prawidłowo i nie są w stanie ich zaakceptować. Stąd też uważa się, że pacjenci w bardzo zaawansowanym wieku powinni być otoczeni szczególnym rodzajem opieki. Od lekarza oprócz kompetencji jest wymagana również życzliwość, zrozumienie i cierpliwość. Jest jednak grupa pacjentów w podeszłym wieku, u których poczucie rozdrażnienia w związku z długotrwałym osamotnieniem jest bardzo duże. Niektórzy autorzy podkreślają związek długotrwałego przebywania w samotności i braku pracy zawodowej z rozwojem agresji [4, 12]. Spostrzeżenia takie poczyniła także Gołębowska et al. [4], badając przyczyny niezadowolenia pacjentów z protez ruchomych. PANEK [6] w swoich badaniach nad trudnościami zaadaptowania się do uzupełnień protetycznych wskazała na problem niedostatecznej edukacji klinicznej pacjentów i niekiedy nadmierne oczekiwania pacjentów odnośnie do możliwości przywrócenia wydolności żucia w bezzębiu. Również Mc Givney [8] zwrócił uwagę na konieczność wstępnego wyjaśnienia pacjentom możliwości i ograniczeń związanych z wykonywaniem konwencjonalnych protez ruchomych oraz podkreślał konieczność prowadzenia leczenia następowego po zakończeniu czynnej fazy leczenia protetycznego.

W przeprowadzonych przez autorów badaniach stwierdzono u pacjentów młodszych częste skargi na utrudnione żucie przy stosunkowo rzadkich skargach na brak stabilizacji protez. Stan ten może wynikać z pierwszorazowego kontaktu tych pacjentów z uzupełnieniami i podwyższonym progiem pobudliwości nerwowej podłoża śluzówkowo-kostnego na obciążenie płytą protezy. Stan ten może mieć również podłoże psychologiczne. Istotną rolę może tu odgrywać związek terapeutyczny między lekarzem i pacjentem, polegający na wzajemnej współpracy, zaufaniu, akceptacji i tolerancji. Stwierdzono, że sukces w leczeniu zależy nie tylko od kompetencji klinicznych lekarza, ale tak-

że od jego osobowości i kultury osobistej, a nawet od jego umiejętności psychoterapeutycznych [1, 9].

Analiza rodzaju dolegliwości od schorzeń ogólnoustrojowych potwierdza szeroko opisywany w piśmiennictwie wpływ stanu ogólnego pacjenta na wynik leczenia protetycznego [17–23]. Schorzenia ogólne osłabiające odporność błony śluzowej na działanie czynnika urazowego oraz sprzyjające namnożeniu się grzybów drożdżopodobnych mogą być czynnikami utrudniającymi proces adaptacji do uzupełnień protetycznych. Wykazano, że zmiany w jamie ustnej w przebiegu cukrzycy mają istotny wpływ na adaptację protez [24]. W cukrzycy niewyrównanej proces beczkowania tkanki kostnej jest zaburzony i przyspieszony zanik wyrostka zębodołowego [20, 25]. Utrata masy kostnej i uszkodzenie mikroarchitektury tkanki kostnej są także charakterystyczne dla osteoporozy występującej często u kobiet w wieku postmenopauzalnym [26]. Zmniejszenie grubości kości i zwiększenie jej porowatości ma wpływ na użytkowanie protez i może być przyczyną zgłaszanych dolegliwości. Drugą grupą badanych, u których stwierdzono zależność między stanem zdrowia a chorobami ogólnoustrojowymi, są pacjenci z dolegliwościami układu krążenia, oddechowego i przewodu pokarmowego. Niektórzy autorzy opisują korelację między schorzeniami układu sercowo-naczyniowego a stanem jamy ustnej [27]. Opierają się na tzw. teorii zakrzepu bakteryj-

nego z udziałem bakterii bytujących w jamie ustnej (*S. sanguis*, *P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*) i wykazali związek między chorobami przyzębia a późniejszym rozwojem choroby niedokrwiennej serca. Znajomość objawów schorzeń przewodu pokarmowego, które manifestują się w jamie ustnej pozwala na różnicowanie zaburzeń gastrycznych związanych z inkorporacją protez od procesów patogennych. Badania dowiodły obecności *Helicobacter pylori* w ślinie pacjentów [28]. Za główny rezerwuuar bakterii uznano kieszonki przyzębne. Udowodniono także, że całkowity brak uzębienia nie wyklucza obecności tych bakterii w obrębie jamy ustnej u użytkowników protez całkowitych.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że dolegliwości związane z wcześniej wykonanymi protezami zgłaszało około 40% badanych pacjentów, do najczęstszych skarg należały: brak stabilizacji protez i trudności w żuciu pokarmów; dolegliwości te dotyczyły głównie pacjentów w podeszłym wieku, ze współistniejącymi schorzeniami ogólnoustrojowymi. Na pieczenie jamy ustnej i ból podłoża najczęściej uskarżali się chorzy na cukrzycę, a na zaburzenia mowy pacjenci najmłodszy. Wywiad na temat leczenia protetycznego w przeszłości pozwala na uchwycenie istoty i ważności problemów zgłaszanych przez pacjenta i może umożliwić właściwe zaplanowanie metod ich przezwyciężania.

Piśmiennictwo

- [1] MAJEWSKI S.: Psychologiczny aspekt interakcji lekarz–pacjent w leczeniu protetycznym. *Prot. Stom.* 1985, 35, 1, 23–26.
- [2] MULLER-FAHLBUSCH H.: Psychosomatyka. W: *Protetyka stomatologiczna. Protezy całkowite*. Red. Hupfaufa L. Urban & Partner, Wrocław 1994, 21–37.
- [3] MOLIN C.: From bite to mind – A personal and literature review. *Int. J. Prosthodont.* 1999, 12, 279–288.
- [4] GOŁĘBIEWSKA M., SIERPIŃSKA T., NAMIOT D.: Akceptacja protez u pacjentów w podeszłym wieku a stany emocjonalne. *Prot. Stom.* 1997, 47, 334–339.
- [5] PŁONKA B.: Leczenie protetyczne pacjentów bezzębnych (praca habilitacyjna). AM, Wrocław 1970.
- [6] PANEK H.: Znaczenie wywiadu i poziomu edukacji klinicznej dla sukcesu leczenia protetycznego – opis przypadku. *Wrocł. Stomat.* 2000, 70–76.
- [7] SPIECHOWICZ E.: *Protetyka stomatologiczna*. PZWL, Warszawa 1998.
- [8] ZARB G. A., MCGIVNEY G. P.: Completing the rehabilitation of the patient. In: *Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients*. Mosby, St-Louis 1997, 358–389.
- [9] LANDESMAN H. M.: Building rapport: the art of communication in the management of the edentulous predicament. In: *Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients*. Mosby Co, St-Louis 1997, 125–140.
- [10] HUMMEL S. K., WILSON M. A., MARKER V. A., NUNN M. E.: Quality of removable partial dentures worn by adult U.S. population. *J. Prosthet. Dent.* 2002, 88, 37–43.
- [11] JÓZEFOWICZ W.: Wyniki badań podatności na ucisk tkanek miękkich pokrywających bezzębne wyrostki zębodołowe szczęki. *Prot. Stom.* 1969, 19, 175–180.
- [12] SIERPIŃSKA T.: Analiza przyczyn niezadowolenia z protez ruchomych osiadających u pacjentów w podeszłym wieku. *Prot. Stom.* 1996, 46, 281–284.
- [13] RUNTE C., LAWERINO M., DIRKSEN D., BOLLMAN F., LAMPRECHT-DINNESEN A., SEIFERT E.: The influence of maxillary incisor position in complete dentures on /s/ sound production. *J. Prosthet. Dent.* 2001, 85, 485–495.
- [14] GOODACRE C. J., BERNA G.: Clinical complications with implants and implant prosthesis. *J. Prosthet. Dent.* 2003, 90, 1211–132.
- [15] KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Stomatologia geriatryczna*. CM UJ, Kraków 1995.

- [16] PALMQVIST S., CARLSSON G. E., OWALI B.: The combination syndrome: a literature review. *J. Prosthet. Dent.* 2003, 90, 270–275.
- [17] JEFFCOAT M. K.: Osteoporosis a possible modifying factor in oral bone loss. *Ann. Periodontol.* 1998, 3, 312–321.
- [18] RUSINIAK K., SPIECHOWICZ E., KUCHARSKI Z., MIERZWIŃSKA E.: Leczenie protetyczne bezzębnych pacjentów z manifestacją osteoporozy w obrębie podłoża protetycznego. *Prot. Stom.* 1999, 49, 321–327.
- [19] PANEK H., NAPADLEK P., SOSNA-GRAMZA M., DOBOSZ A.: Zależność adaptacji protez ruchomych od wybranych uwarunkowań ogólnoustrojowych i miejscowych. *Prot. Stom.* 2004, 54, 1, 16–22.
- [20] TUTAK M., CIECHANOWSKI K.: Pacjent z cukrzycą w praktyce stomatologicznej. *Stom. Współczesna* 1996, 3, 146–148.
- [21] ORKISZEWSKA M.: Stan jamy ustnej chorych na cukrzycę insulinozależną i insulinoniezależną. *Pozn. Stomat.* 1993, 143–144.
- [22] ŻUREK A.: Procesy patologiczne w obrębie jamy ustnej w przebiegu niewydolności krążenia. *Stom. Klin.* 1992, 13, 193–203.
- [23] CZERNIUK M., FILIPIAK K. J., GÓRSKA R., OPOLSKI G.: Stan przyzębia a choroby układu sercowo-naczyniowego. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 1999, 101, 433–436.
- [24] ALLY F. Z., BLACKWELL C. C., MACKENZIE D. A., WEIR D. M., CLARKE B. F.: Factors influencing oral carriage of yeasts among individuals with diabetes mellitus. *Epidemiol. Infect.* 1992, 109, 507–518.
- [25] GOŁĘBIEWSKA M.: Badania przyczyn zaników podłoża kostnego bezzębnej żuchwy u kobiet po menopauzie (praca habilitacyjna). AM, Białystok 2002.
- [26] RUSINIAK K., MARKIEWICZ H., SPIECHOWICZ E., MIERZWIŃSKA E., KUBANI M., SZCZYREK P., RAWICKI A.: Badania kliniczne i radiologiczne manifestacji objawów osteoporozy w obrębie układu stomatognatycznego. *Prot. Stom.* 1998, 63–68.
- [27] CZERNIUK M.: Stan przyzębia i potrzeby lecznicze u pacjentów w ostrej fazie choroby niedokrwiennej serca. *No-wa Stomat.* 2003, 6, 2, 26–29.
- [28] LOSTER B. W., KARCZEWSKA E., BIELAŃSKI W., KONTUREK S. J., MAJEWSKI S.: Jama ustna jako siedlisko infekcji *Helicobacter pylori* u pacjentów bezzębnych użytkujących protezy całkowite. XXI Konferencja Sesji Protetyki, Rajgród 2003.

Adres do korespondencji:

Halina Panek
Katedra Protetyki Stomatologicznej AM
ul. Krakowska 26
50-425 Wrocław
tel.: +48 71 784 02 90
e-mail: hpanek0@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.04.2004 r.

Po recenzji: 2.06.2004 r.

Zaakceptowano do druku: 2.06.2004 r.

Received: 8.04.2004

Revised: 2.06.2004

Accepted: 2.06.2004