

Rola edukacji pacjentów w zakresie higieny protez ruchomych – opis przypadków

The role of patients education in the hygiene of removable dentures – a case report

Bogna Scheffs, Agnieszka Marcinkowska

Katedra i Klinika Protetyki Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wiesław Hędzielek

HASŁA INDEKSOWE:

leczenie protetyczne, higiena protez, protezy ruchome

KEY WORDS:

prosthetic treatment, denture hygiene, removable denture

Streszczenie

Leczenie protetyczne uzupełnieniami ruchomy mi jest procesem długotrwałym, wymagającym od pacjentów motywacji i wiedzy dotyczącej higieny jamy ustnej oraz prawidłowego użytkowania protez. Pacjenci z tego typu protezami narażeni są na występowanie zakażeń bakteryjnych i grzybiczych znacznie bardziej niż osoby nie użytkujące takich uzupełnień. Niezwykle ważna jest świadomość negatywnego wpływu płytki nazębnej, płytki protez oraz zakażeń grzybiczo- bakteryjnych na stan zdrowia jamy ustnej jak i całego organizmu. Uzmysłowanie pacjentom, roli higieny jamy ustnej oraz konieczności opieki następowej, stanowi nieodłączny element leczenia. Spełnienie powyższych warunków umożliwia uzyskanie długotrwałego, pozytywnego efektu terapeutycznego. Dodatkowo dostępność licznych preparatów przeznaczonych do higieny umożliwia skuteczną ochronę przed negatywnymi skutkami zakażeń drobnoustrojami.

W pracy przedstawiono przykłady rehabilitacji protetycznej pacjentów z niezadowolającą higieną ruchomych uzupełnień protetycznych. Opisano błędy w postępowaniu podczas pielęgnacji oraz własnoręczne modyfikacje ruchomych uzupełnień protetycznych. U obu pacjentów wykonano nowe protezy osiadające oraz skupiono się na

Summary

Prosthetic treatment with removable dentures is long- lasting process, which requires from patients motivation and awareness about oral hygiene and proper maintenance of dental prosthesis. Removable prosthesis wearers are much more susceptible to fungal and bacterial infections than people who do not use any dentures. Knowledge of negative influence of dental plaque, denture plaque and intraoral infections on oral and whole organism health is essential. Forcing patients, the role of oral hygiene and the need for follow- up care is an integral part of the treatment. Realization of this conditions enable specialists to get positive therapeutic effects. In addition, availability of numerous hygiene products provides effective protection against the negative effects of microbial infections. This paper presents cases of prosthetic rehabilitation of patients with unsatisfactory hygiene of removable prosthetic appliances. New dentures were prepared and focused on thorough education about appropriate handling and good oral hygiene maintenance. Improved hygiene and patients' health awareness were observed.

sumiennej edukacji dotyczącej sposobu użytkowania oraz zachowania higieny. Zaobserwowano poprawę stanu higieny oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej pacjentów.

Wstęp

Wydłużona średnia życia społeczeństwa powoduje wzrost liczby pacjentów wymagających uzupełniania braków zębowych. Osoby starsze dłużej pozostają aktywne zawodowo, ich status materialny ulega stopniowej poprawie, co powoduje zwiększone zapotrzebowanie na leczenie protetyczne. Dostępne metody leczenia pacjentów z brakami w uzębieniu, obejmują leczenie implantologiczne, uzupełnienia stałe oraz protezy ruchome. Pomimo dużego postępu w dziedzinie protetyki i implantologii nadal najczęściej stosownym u pacjentów bezzębnych uzupełnieniem protetycznym są konwencjonalne protezy całkowite.¹ Choć koszt uzupełnień protetycznych jest jednym z bardziej istotnych kryteriów przy wyborze metody leczenia, to na ostateczny wybór mają wpływ także inne czynniki, takie jak obawy pacjenta przed ingerencją chirurgiczną.²

Leczenie protetyczne obliuguje lekarza dentyzę nie tylko do wykonania protez z należytą starannością, ale również do podjęcia współpracy z pacjentem. Użytkownik protez musi zrozumieć, że leczenie oraz adaptacja do nowych uzupełnień protetycznych wymaga czasu oraz cierpliwości. Pacjent z pomocą lekarza powinien aktywnie uczestniczyć w procesie adaptacji do protez.³ Oddanie protez do użytkowania nie jest równoznaczne z zakończeniem leczenia. Należy pamiętać, że opieka następową, regularne wizyty kontrolne są nieodłącznym elementem uzyskania pozytywnego rezultatu rehabilitacji protetycznej, a tym samym poprawy jakości życia oraz zadowolenia pacjentów.

Pacjenci z ruchomymi uzupełnieniami

protetycznymi narażeni są na występowanie zakażeń bakteryjnych i grzybiczych. Ponadto intensywność zabiegów higienicznych spada wraz z wiekiem. Związane jest to spadkiem zdolności manualnych pacjentów oraz przekonaniem o tym, że sztuczne uzębienie nie wymaga takiej samej uwagi co zęby własne.⁴

W badaniach *Frączak* i wsp.⁵ wśród pacjentów powyżej 30-tego roku życia 56 na 71 protez w szczęce i 57 na 71 protez w żuchwie higiena ruchomych uzupełnień protetycznych była niezadowolająca. *Baran* i wsp.⁶ wykazali, że jedynie 18,4% ocenianych uzupełnień całkowitych cechowała się dobrą higieną. Niedostateczna higiena i obecna płytka protez przyczyniają się do stanu zapalnego błony śluzowej jamy ustnej, stomatopatii protetycznych, zapaleniu dziąseł oraz *fetor ex ore*. Tworzywo akrylowe, z którego wykonywane się konwencjonalne protezy ruchome ma wpływ na higienę oraz stan podłoża protetycznego. Szorstka dośluzówkowa powierzchnia płyty protezy oraz porowatość materiału stwarzają dogodne warunki do odkładania biofilmu bakteryjno-grzybiczego.⁷⁻⁹ Pokrycie płytą protezy tkanek jamy ustnej wpływa na wzrost temperatury pod płytą protezy, zaburzenie naturalnego procesu samooczyszczania i tym samym namnażanie grzybów z rodzaju *Candida*. Spadek pH spowodowany przez płytkę protez, obecność węglowodanów w diecie, potęguje wzrost grzybów drożdżopodobnych i zaostrzenie stanu zapalnego błony śluzowej.¹⁰

Płytką nazębna, płytka protez u pacjentów z częściowymi brakami w uzębieniu wpływa również negatywnie na pozostałe uzębienie. Szybsza utrata zębów może następować z powodu próchnicy oraz periodontopatii. Rolą

lekarza dentysty jest sumienne informowanie pacjenta o wpływie higieny nie tylko na powodzenie leczenia, ale również na ogólne zdrowie. Obecność drobnoustrojów ma znaczenie przy występowaniu takich chorób jak zapalenie wsierdza, zakażenie dróg oddechowych, zachłystowe zapalenie płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc. Ponadto, ciągły stan zapalny błony śluzowej może przyczyniać się do zwiększania ryzyka zawału mięśnia sercowego oraz osteoporozy.¹¹

Pacjenci korzystający z uzupełnień protetycznych mają dostęp do licznych środków czyszczących oraz akcesoriów do utrzymania prawidłowej higieny protez, takie jak szczotki, pasty, tabletki, płyny dezynfekujące, pojemniki do przechowywania. Produkty te dostępne są zarówno w aptekach, jak i drogeriach. Najczęściej stosowaną metodą czyszczenia protez jest ich szczotkowanie bez użycia pasty i z jej zastosowaniem.^{4,6,12} Umiejętne stosowanie środków do higieny powala na skuteczne mechaniczne oczyszczanie protez. Pacjenci powinni pamiętać, że ruchome uzupełnienia protetyczne należy codziennie czyścić poprzez ich zwilżenie oraz szczotkowanie przy użyciu środka czyszczącego do protez bez dodatków ściernych.¹ Dodatkowym elementem są preparaty chemiczne, takie jak tabletki oraz płyny czyszczące, które w znacznym stopniu pozwalają na usunięcie płytki protez oraz ograniczają występowanie stanów zapalnych błony śluzowej.¹³ Należy jednak przestrzegać zaleceń producenta, ponieważ nieumiejętne stosowanie środków chemicznych może spowodować zniszczenie protez. Protez nie należy umieszczać w gorącej wodzie oraz ich gotować, gdyż może to powodować odkształcenie płyty protezy oraz uszkodzenie tworzywa akrylowego.

Produkty adhezyjne poprawiają retencję i stabilizację protez, oraz zapobiegają gromadzeniu się resztek pokarmu pod protezą. Ze względu na brak badań dotyczących wpływu środków adhezyjnych na tkanki jamy ustnej

stosowanych przez okres przekraczający sześć miesięcy, nie powinny być one stosowane długoczasowo.¹ Zawsze w takich przypadkach niezbędna jest okresowa ocena podłoża protetycznego oraz jakości protezy.³ Według badań Panek i wsp.,¹⁴ które oceniały dolegliwości występujące u pacjentów użytkujących protezy ruchome, aż 40% badanych zgłaszało różnego rodzaju problemy. Najczęściej występującą dolegliwością była niedostateczna stabilizacja i retencja na podłożu protetycznym, utrudnione żucie pokarmów oraz ból i pieczenie błony śluzowej jamy ustnej.

Dowiedziano, że regularne wizyty kontrolne oraz prawidłowa edukacja pacjenta dotycząca zasad pielęgnacji protez, ma wpływ na poprawę stanu higieny protez i jamy ustnej. Badania kontrolne mają istotne znaczenie w ocenie jakości leczenia protetycznego. W trakcie badania kontrolnego lekarz ma możliwość sprawdzenia, stanu tkanek miękkich, uzębienia oraz podłoża protetycznego.⁴

W przypadku zgłaszania dolegliwości jest możliwe dokonanie korekt, podścielenia lub wymiany uzupełnienia. Przekazanie informacji na temat higieny i pielęgnacji protez oraz procesu adaptacji do nowych uzupełnień protetycznych, jest ważnym elementem procesu leczniczego.³

Na podstawie analizy *Mierzwińskiej-Nastalskiej* i wsp.¹ nie znaleziono żadnych badań, w których oceniono, jakie powinny być odstępy pomiędzy wizytami kontrolnymi u bezzębnych pacjentów. Według *Milward* i wsp.⁴ wizyty kontrolne u pacjentów użytkujących protezy ruchome powinny odbywać się co 6-12 miesięcy. Pozwala to na monitorowanie stanu zębów naturalnych oraz ogólnego zdrowia jamy ustnej. W celu zilustrowania w jaki sposób nieprawidłowa higiena uzupełnień protetycznych oraz ich długoletnie użytkowanie, wpływa niekorzystnie na stan podłoża protetycznego, przedstawiono opis dwóch przypadków pacjentów.

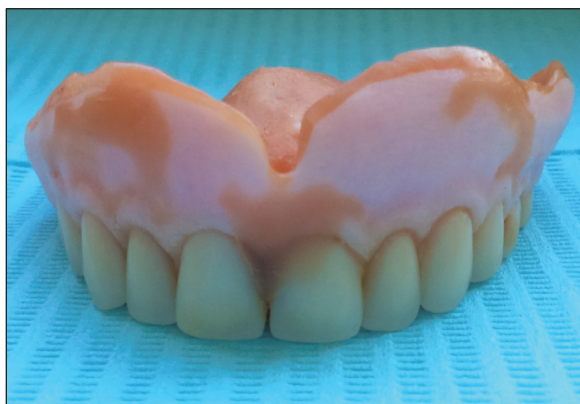


Fig. 1. Pacjent 1 – dotychczas użytkowana proteza górna.



Fig. 2. Pacjent 1 – widoczna zmiana barwy tworzywa akrylowego.

Opis przypadków

Pacjent 1

Pacjent J.P. zgłosił się do Kliniki Protetyki Stomatologicznej celem wykonania nowych uzupełnień protetycznych z powodu niezadowalającej estetyki i długiego okresu użytkowania protez (15 lat). Pacjent znajduje się pod opieką lekarzy specjalistów z powodu licznych chorób ogólnoustrojowych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze oraz zaćma. Pacjent zgłaszał przemijające problemy ze stabilizacją oraz retencją protez, które ustąpiły po zabiegu podścielenia. Stwierdzono niejednolite zabarwienie, zwiększoną chropowatość, nieprzezierność i zmatowienie akrylu dotychczas użytkowanego uzupełnienia protetycznego (ryc. 1, 2). Pacjent podał, iż higiena protez polegała na codziennym moczeniu uzupełnień we wrzątku oraz okazjonalnym ich gotowaniu wraz ze środkiem przeznaczonym do chemicznego oczyszczania protez.

W badaniu wewnątrzustnym stwierdzono bezzębie szczęki i żuchwy. Na granicy podniebienia twardego i miękkiego obecna zmiana o charakterze włóknistym. Podłoże zanikłe twarde. Plan leczenia obejmował chirurgiczne usunięcie zmiany, a następnie wykonanie protez całkowitych osiadających. Rozpoznanie kliniczne potwierdzono w badaniu histopatologicznym.

Po wygojeniu rany oraz usunięciu szwów przystąpiono do wykonania protez. Podczas wizyty oddania protez pouczono pacjenta o sposobie jej użytkowania. Podczas pierwszej wizyty kontrolnej zaobserwowano niewielkie otarcia błony śluzowej na wyrostku zębodołowym żuchwy po stronie prawej. Dokonano korekty zwarcia oraz pobrzeża protez. W trakcie wizyt kontrolnych zwrócono uwagę na dobrą higienę zarówno uzupełnień protetycznych, jak i błony śluzowej. Pacjent podczas każdej wizyty kontrolnej otrzymywał zalecenia odnośnie higieny protez.

Pacjent 2

Pacjent M.L. zgłosił się do Kliniki Protetyki Stomatologicznej celem wykonania nowych uzupełnień protetycznych z powodu ekstrakcji zębów oraz braku przylegania dotychczasowych protez.

W wywiadzie pacjent podał liczne schorzenia ogólnoustrojowe, takie jak cukrzyca, wrzody żołądka, nadciśnienie oraz przebyty zawał mięśnia sercowego. Odbywa regularne kontrole specjalistyczne. Pacjent pali papierosy (jedna paczka dziennie). Dotychczasowe protezy użytkowane od 10 lat pokryte bardzo dużą ilością kamienia oraz obfitym nalotem (ryc. 3, 4). Zaobserwowano również modyfikacje w protezie. Pacjent po utracie zębów 23



Fig. 3. Niezadawalająca higiena protez.



Fig. 4. Obecne obfite złoże.



Fig. 5. Pacjent 2 – modyfikacja protezy przez pacjenta – własnoręcznie dostawiony ząb.



Fig. 6. Pacjent 2 – modyfikacja protezy przez pacjenta.

i 43, które uległy rozchwianiu z powodu parodontozy, własnoręcznie dostawił je za pomocą drutu w przydomowym warsztacie (ryc. 5, 6).

W badaniu wewnątrzustnym stwierdzono rozległe braki w uzębieniu, według klasyfikacji Eichnera klasa C2. Wyrostki zębodołowe dobrze wysklepione. Błona śluzowa zaczerwieniona. Po zabiegu higienizacji oraz wyczyszczeniu protez w gabinecie stomatologicznym przystąpiono do dalszych etapów rehabilitacji protetycznej. Wykonano nowe protezy osiadające szczęki i żuchwy.

W trakcie wizyt kontynuowano edukację oraz udzielano porad mających na celu zachowanie należytej higieny. Pacjent został poinformowany o konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na zdrowie jamy ustnej oraz

całego organizmu. Na wizycie kontrolnej po 24 godzinach od oddania protez, skorygowano warunki zwarcia oraz dokonano korekty po-brzeża protez z powodu niewielkich odleżyn.

Podsumowanie

Opisane przypadki dowodzą, że do pełnego efektu terapeutycznego oprócz wykonania protez, niezbędna jest również współpraca z pacjentem oraz opieka następową. Pacjenci bardzo często nie zdają sobie sprawy z istnienia problemu z uzupełnieniem protetycznym oraz lekceważą go. Uświadomienie pacjenta o konieczności wizyt kontrolnych oraz przestrzeganiu należytej higieny jest ważnym elementem powodzenia leczenia protetycznego oraz satysfakcji pacjenta. Ponadto dostępność oraz

szeroki wachlarz wielu środków do higieny protez ułatwia ich utrzymanie w dobrym stanie przez długi czas. Edukacja jak użytkować i zachowywać higienę powinna stanowić nieodłączny element postępowania leczniczego.

Piśmiennictwo

1. *Mierzwińska-Nastalska E*: Zasady użytkowania, czyszczenia i pielęgnacji protez całkowitych. *Protet Stomatol* 2011; LXI, 4: 293-303.
2. *Bartlett DW*: Protezy częściowe i całkowite- nowe podejście do opieki nad pacjentem. *Protet Stomatol* 2014; LXIV, 2: 134-138.
3. *Ivanhoe JR, Cibirka RM, Parr GR*: Treating the modern complete denture patient: A review of the literature. *J Prosthet Dent* 2002; 88, 6: 631-635.
4. *Milward P, Katechia D, Morgan MZ*: Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *Br Dent J* 2013; 215: E20.
5. *Frączak B, Aleksandruk G, Brzoza W, Chruściel-Nogalska M*: Higiena jamy ustnej oraz ruchomych uzupełnień protetycznych. *Czas Stomatol* 2009; 62, 30: 202-209.
6. *Baran I, Nalaçaci R*: Self – reported denture hygiene habits and oral tissue conditions of complete denture wearers. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49, 2: 237-241.
7. *Cierech M, Mierzwińska-Nastalska E*: Wpływ modyfikacji powierzchni tworzywa akrylowego na formowanie biofilmu bakteryjno-grzybiczego - przegląd piśmiennictwa. *Protet Stomatol* 2014; LXIV, 2: 121-127.
8. *Cierech M, Szczypińska A, Wróbel K, Golaś M, Walke W, Pochrzęst M, Przybyłowska D, Bielas W*: Analiza porównawcza chropowatości tworzyw akrylowych stosowanych w wykonawstwie protez płytowych oraz przylegania do nich grzybów *Candida albicans* – badania in vitro. *Dent Med Probl* 2013; 50, 3: 341-347.
9. *Dorocka-Bobkowska B, Konopka K*: Powstawanie biofilmu *Candida* i jego znaczenie w patogenezie zakażeń przewlekłych – przegląd piśmiennictwa. *Dent Med Probl* 2003; 40, 2: 405-410.
10. *Mierzwińska-Nastalska E, Rusiniak-Kubik K, Gontek R, Okoński P*: Wpływ higieny uzupełnień protetycznych na powstawanie infekcji grzybiczej błony śluzowej jamy ustnej. *Nowa Stomatol* 2000; 4, 14: 52-55.
11. *Przybyłowska D, Mierzwińska-Nastalska E*: Wpływ higieny jamy ustnej i uzupełnień protetycznych na zdrowie ogólne. *Nowa Stomatol* 2013; 18, 2, 83-87.
12. *Peracini A, Andrade IM, Paranhos HFO, Silva CHL, Souza RF*: Behaviors and Hygiene Habits of Complete Denture Wearers. *Braz Dent J* 2010; 21, 3: 247-252.
13. *Mierzwińska-Nastalska E, Jaworowska-Zaręba M, Błachnio S, Tańska M, Borsuk-Nastaj B, Spiechowicz E*: Profilaktyka stanów zapalnych błony śluzowej jamy ustnej u użytkowników uzupełnień protetycznych- kliniczna i laboratoryjna ocena preparatu Corega Tabs. *Protet Stomatol* 2008; LVIII, 3: 183-193.
14. *Panek H, Dobosz A, Sosna-Gramza M, Napadłek P*: Analiza dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów dotyczących przeszłości protetycznej. *Dent Med Probl* 2004; 41, 3: 489-498.

Zaakceptowano do druku: 12.01.2018 r.

Adres autorów: 61-812 Poznań, ul. Bukowska 70

© Zarząd Główny PTS 2018 r.