

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Stomatologická klinika



Eliška Urbanová

Úloha dentální hygienistky u pacienta se snímatelnou náhradou

The role of dental hygienists
dealing with patients with
removable denture

Bakalářská práce

Praha, duben 2017

Autor práce: Eliška Urbanová

Studijní program: Dentální hygienistka

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: MDDr. Soňa Zbránková

Pracoviště vedoucího práce: **Stomatologická klinika 3. LF UK**

FNKV

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28. dubna 2017

Eliška Urbanová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce MDDr. Soni Zbránkové za její odborné vedení a užitečné rady, které mi pomohly s vypracováním. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu při studiích.

Obsah

OBSAH	5
1. CÍL PRÁCE	6
2. ÚVOD	7
3. TEORETICKÁ ČÁST	8
3.1. STOMATOLOGICKÁ PROTETIKA	8
3.1.1. <i>Historie</i>	8
3.1.2. <i>Zubní náhrady</i>	9
3.1.3. <i>Klasifikace defektů chrupu</i>	10
3.2. SNÍMATELNÉ PROTETICKÉ NÁHRADY	12
3.2.1. <i>Částečné snímatelné náhrady</i>	12
3.2.1.1. <i>Společné konstrukční prvky</i>	13
3.2.2. <i>Celkové snímatelné náhrady</i>	17
3.2.2.1. <i>Retence náhrady v ústech</i>	18
3.3. PLÁNOVÁNÍ PROTETICKÉ PRÁCE	19
3.3.1. <i>Anamnéza</i>	19
3.3.2. <i>Vyšetření</i>	20
3.3.3. <i>Hygienická fáze</i>	22
3.3.3.1. <i>Individuální péče</i>	23
3.3.3.2. <i>Profesionální péče</i>	23
3.3.4. <i>Předprotetická fáze</i>	24
3.4. NEVÝHODY A RIZIKA NOŠENÍ SNÍMATELNÝCH NÁHRAD.....	25
3.4.1. <i>Nevýhody</i>	25
3.4.2. <i>Rizika</i>	27
3.4.2.1. <i>Výživa</i>	28
3.4.2.2. <i>Zubní plak</i>	29
3.4.2.3. <i>Přímé trauma, žvýkací síly a artikulační překážky</i>	32
3.5. PREVENCE ŠKOD SPOJENÝCH S NOŠENÍM SNÍMATELNÉ NÁHRADY	33
3.5.1. <i>Následná péče</i>	34
3.5.1.1. <i>Hygiena zbývajícího chrupu a náhrad</i>	35
4. PRAKTICKÁ ČÁST	41
4.1. HYPOTÉZY	41
4.2. MATERIÁL A METODIKA.....	41
4.3. VÝSLEDKY	42
5. DISKUSE	63
6. ZÁVĚR	68
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
8. SOUHRN	74
9. SUMMARY	75
10. SEZNAM OBRÁZKŮ	76
11. SEZNAM TABULEK	77
12. SEZNAM GRAFŮ	78
13. SEZNAM PŘÍLOH	79
14. PŘÍLOHY	80

1. Cíl práce

Cílem teoretické části této bakalářské práce je shrnutí informací o snímatelných protetických náhradách. Zahrnuji popis jednotlivých typů náhrad, jejich konstrukčních prvků a indikaci. Popisuji plán ošetření. Upozorňuji na nevýhody a možná rizika spojená s nošením snímatelné náhrady a rekapituluji způsoby hygienické péče o zbytkový chrup včetně náhrady.

Cílem praktické části je dotazníkové šetření, které má porovnat zkušenosti praktických zubních lékařů a dentálních hygienistek v souvislosti s ošetřováním pacientů se snímatelnou náhradou. Zkušenosti se týkají počtu pacientů, nálezů patologických změn v jejich dutině ústní a způsobech edukace. Dalším cílem je vytvořit návod, jak správně pečovat o snímatelnou náhradu.

2. Úvod

Zvyšování povědomí o důležitosti ústní hygieny je realizováno řadou vzdělávacích preventivních programů. Nicméně ty cílí především na děti a mladistvé. Přitom v celosvětovém měřítku je prokázáno, že naše populace stárne. Jedním z důvodů je zlepšení poskytované zdravotní péče dospívajícím, kteří se pak dožívají vyššího věku. Dalším důvodem je také nízká míra porodnosti [1]. Vyrůstá počet osob, které si udržely vlastní chrup až do vyššího věku. Přesto si myslím, že u starších lidí, kteří nosí snímatelnou náhradu, by také měla figurovat edukace péče o snímatelnou náhradu a zbylý chrup spolu se zaměřením na prevenci slizničních onemocnění dutiny ústní. Proto jsem si vybrala téma, které se zaměřuje právě na tyto pacienty, jelikož by na ně měl být brán větší ohled alespoň v individuální prevenci.

Důkladná a pravidelně prováděná hygiena dutiny ústní je předpokladem pro orální zdraví člověka potažmo pro celkové zdraví. Zuby tvoří oporu měkkým tkáním, které určují vzhled obličeje. Nenahraditelnou úlohu mají při zpracování potravy a důležité jsou i pro výslovnost při mluvení. Ztráta zubů řešená umělým chrupem zajistí člověku zachování těchto funkcí.

V populaci převládá názor, že umělé zuby vydrží věčně, ale není tomu tak. Hygienická péče věnována zubní náhradě je stejně důležitá jako péče o vlastní zuby. Pravidelné prohlídky stavu dutiny ústní a náhrady by měly být samozřejmostí. Mikroflóra dutiny ústní může ve spojitosti s nedodržením hygieny zubní náhrady způsobit pacientovi řadu potíží. V jejich důsledku někdy bývá indikováno i zhotovení nové náhrady. Ve stomatologické ordinaci by proto měl pacient dostat informace, jak o náhradu pečovat. Dodržování pokynů by mělo být kontrolováno na pravidelných prohlídkách.

3. Teoretická část

3.1. Stomatologická protetika

Stomatologická protetika se zabývá náhradou poškozených nebo chybějících tkání dutiny ústní. Mezi nahrazované tkáně patří zubní korunky a jejich části, jednotlivé zuby či skupiny zubů až chrup jako celek. Nahrazuje se i alveolární výběžek [2].

Úkolem stomatologické protetiky je rehabilitace orofaciálního systému. Pacientovi navracíme ztracenou funkci mastikací, včetně schopnosti fonační a v neposlední řadě ho rehabilitujeme i po stránce estetické a psychické. Náhradami předcházíme patologickým změnám na tkáních dutiny ústní [3].

3.1.1. Historie

Snaha nahradit ztracený chrup sahá daleko do lidské historie. Důvodem byla zpočátku estetika a dekorativní význam, zvláště při ztrátách zubů ve frontální oblasti. Využívaly se dostupné materiály jako kosti, slonovina, zuby zvířat ale i zemřelých lidí [4].

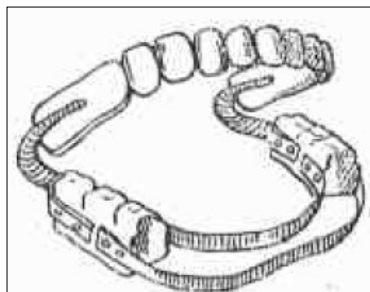
Způsob výroby náhrad se dlouhou dobu příliš nevyvíjel vzhledem k omezené nabídce materiálů a jejich limitům při technologickém zpracování [5].

Patrně nejstarší protézy jsou připisované Etruskům (10. stol. př. n. l.), kteří jsou mnohými autory považováni za vynálezce zubního můstku.

Milníkem v protetice se stalo vydání první stomatologické publikace v roce 1728, ve které se nacházejí návody na zhotovení různých druhů náhrad včetně celkových, které byly pomocí pružných per spojeny na distálních okrajích. Autor Pierre Fauchard je od té doby považován za zakladatele moderní stomatologie. Další vývoj byl podpořen Philippem Pfaffem, který roku 1756 popsal otiskování nahřátým pečetním voskem a udělal první registraci čelistních vztahů. Na konci 18. století se jako kotevní prvky snímatelných protéz začaly používat spony a J. Gardette zhotovil

celkovou protézu, která v ústech držela díky přísátí náhrady k protéznímu loži.

Obrázek 1 - Celková Fauchardova protéza [6]



Zlomovým bylo 19. století. Objevy vulkanizace kaučuku, artikulačních teorií a artikulátorů umožnily zhotovení kvalitnějších snímatelných náhrad. Významnou práci o okluzní křivce zveřejnil v roce 1890 anatom Maximilian von Spee, podle kterého se křivka jmenuje.

Následující 20. století představovalo období zdokonalování výsledných náhrad díky novým protetickým materiálům od otiskovacích hmot (agary, algináty, elastomery) až po metylmetakrylové pryskyřice a kovové slitiny zpracovávané licí technikou. Chromkobaltové snímatelné protézy se po 50. letech rozšířily do celého světa [6].

Nesmíme opomenout ani zásluhy průkopníků protetiky v naší zemi, jako jsou bratři Wachsmannové a prof. Jan Jesenský, který vytvořil svou modifikaci tehdejších fazetových korunek. Dalším je doc. Miloš Voldřich, který protetiku pojímal jako moderní obor a tuto vizi předal i svým žákům [6].

3.1.2. Zubní náhrady

Zubní náhrady můžeme dělit na základě různých kritérií. Podle ukotvení rozlišujeme náhrady fixní, snímatelné a kombinované. Podle přenosu žvýkacího tlaku dělíme náhrady na dentální, dentomukózní, mukózně dentální a mukózní. Podle použitého materiálu dělíme náhrady na kovové, keramické, plastové, kompozitní nebo kombinované [2]. Strub (2016) popisuje dělení na provizorní a definitivní náhrady [7].

Způsob výroby náhrad je přímý nebo nepřímý. Přímý způsob je realizován lékařem přímo v ordinaci a nepřímý postup je zajištěn vytvořením otisku situace v ústech pacienta, který je dále zpracován v laboratoři [8]. Další metodou je použití CAD/CAM technologie. Ta spočívá v propojení intraorální kamery – skeneru, počítače a frézovacího zařízení. Naskenováním situace v ústech pacienta vznikne optický „otisk“, který je převeden na virtuální trojrozměrný model. Na modelu lékař vytvoří předlohu požadované náhrady, podle které se vyfrézuje skutečná náhrada [9].

3.1.3. Klasifikace defektů chrupu

Kvalitní protetické ošetření je možné jen v případě indikace správné náhrady na danou situaci v ústech pacienta.

Existuje několik způsobů dělení defektů chrupu. Jedním z nejstarších je Kennedyho klasifikace. Jedná se o rozdělení defektů chrupu do čtyř základních tříd. Podtřídy popisují počet a rozsah mezer. První třída zahrnuje oboustranně zkrácený zubní oblouk s jednou, dvěma nebo více mezerami. Jednostranně zkrácený zubní oblouk s mezerami je typický pro druhou třídu. Do třetí Kennedyho třídy je řazen jednostranně, oboustranně či vícečetně přerušovaný zubní oblouk. Do čtvrté třídy je řazen zubní oblouk s mezerou ve frontálním úseku chrupu [7,10].

Klasifikace podle Eichnera dělí defekty chrupu na tři hlavní třídy označené písmeny A, B a C. Hlavním kritériem je počet funkčních opěrných zón, jež tvoří premoláry a moláry levé a pravé strany zubního oblouku. Opěrné zóny jsou u plnohodnotného skusu čtyři a jsou dány kontaktem antagonistů u premolárů a molárů. Ve třídě A je kontakt antagonistů se všemi opěrnými zónami. Ve skupině B může být zachován kontakt u méně než čtyř opěrných zón. Ztráta kontaktu s antagonisty u všech opěrných zón patří do skupiny C [7,10]. Nicméně uvedené způsoby dělení se nezabývají biologickým faktorem zubu [11].

Voldřich (1975) rozdělil zuby s ohledem k jejich anatomickým vlastnostem a postavení v zubním oblouku do tří tříd:

- I. **Pilíře první třídy** – mohou jimi být zuby vícekořenové, především první a druhé moláry a výjimečně i kvalitní třetí moláry. Ve frontálním úseku je stěžejní špičák, který má dlouhý kořen a tvoří přechod zubů v laterální úsek. Pokud vedle sebe stojí dva pilíře druhé třídy, které jsou vzájemně spojené, lze je někdy také řadit do této skupiny.

- II. **Pilíře druhé třídy** – do této skupiny patří horní střední řezáky, premoláry a třetí moláry, které nemají dostatečný biologický faktor na to, aby mohly být řazeny do předchozí skupiny.

- III. **Pilíře třetí třídy** – řadíme sem horní postranní řezáky, řezáky dolní čelisti a všechny zuby se špatným biologickým faktorem. Obecně mají tyto zuby jako pilíře minimální využití, snad jen v případě náhrad malého rozsahu a jako pilíře vmezeřené s nimi lze počítat.

Voldřichova klasifikace defektů chrupu zohledňuje členění zubů na výše uvedené pilíře spolu s velikostí a umístěním mezery v zubním oblouku do čtyř tříd:

- I. **Třída** - Mezerovitý chrup se ztrátou jednoho až dvou zubů (malé mezery) či ztráty tří maximálně čtyř zubů, kdy je podmínkou ohraničení pilířovými zuby první třídy.

- II. **Třída** – Distálně zkrácený zubní oblouk, způsobený chybějícími zuby v laterálním úseku. Rozlišujeme jednostranně a oboustranně zkrácený oblouk, s výskytem mezer nebo bez nich.

- III. **Třída** – Do této třídy patří defekty nezařaditelné do výše uvedených tříd. Za takové považujeme velké defekty s nedostatkem kvalitních pilířových zubů, u kterých lze jen těžko zajistit účinnou stabilitu náhrady.

- IV. **Třída** – Do této třídy je zařazena čelist bezzubá, která je nahrazována celkovou snímatelnou náhradou.

Rozdělení zubních defektů slouží jako systematický přehled situací, které v dutině ústní mohou nastat, avšak při plánování protetického ošetření se jimi nelze slepě řídit s ohledem na velkou variabilitu biologického faktoru zubů [11].

3.2. Snímatelné protetické náhrady

Snímatelné náhrady tvoří skupinu konstrukcí, které si pacient může svépomocí vyndat z úst a zase si je nasadit, přičemž splňují stabilizační požadavky v klidovém stavu stejně tak jako v dynamickém - žvýkání a mluvení [12]. Snímatelné zubní náhrady se dělí na částečné, celkové a hybridní [7].

Porovnáváním snímatelné zubní protézy a fixního můstku dospívá Bittner (1982) k pozitivním a negativním vlastnostem snímatelné náhrady. Mezi pozitivní řadí čistitelnost mimo ústa, minimální preparaci zubů a menší finanční zátěž pro pacienta. Naopak delší zvykání si na náhradu, nižší funkčnost a horší kontrolu dlahovacího účinku na zuby v dutině ústní zařazuje do negativních vlastností [12].

3.2.1. Částečné snímatelné náhrady

Částečné snímatelné zubní náhrady rehabilitují chrup v případě vícečetných ztrát zubů, a pokud není k dispozici dostatek kvalitních kotevních zubů, které by mohly zajistit řešení fixním můstkem [3].

S ohledem na množství a lokalizaci mezer lze k rehabilitaci stavu použít snímáčí můstky, sedlové a deskové náhrady či hybridní náhrady [2].

Obrázek 2 – Snímatelná náhrada (zdroj: archiv autorky)



3.2.1.1. Společné konstrukční prvky

Konstrukční prvky snímatelných náhrad zajišťují biomechanickou, léčebnou a profylaktickou funkci budoucí náhrady [13]. Rozlišujeme dentální část náhrady tvořenou kotevními a stabilizačními prvky a slizniční část, kterou tvoří spojovací prvky a tělo náhrady [2].

Tělo náhrady

Slouží k nahrazení části alveolárního výběžku a přilehlých zubů. Typ defektu je rozhodující pro určení tvaru báze náhrady. První třída dle Voldřicha je řešená redukováným tělem, které se neúčastní přenosu žvýkacího tlaku. Sedlo použijeme u defektů druhé třídy, kde se může různou měrou podílet na přenosu žvýkacího tlaku na zuby. Tělo rozšířené v desku použijeme u defektů třetí třídy s přenosem tlaku převážně mukózně dentálním.

Tělo může být zhotovené z plastů na bázi metylmetakrylátu, ale i ze slitin kovů [14]. Podklad těla je tvořen kovovou konstrukcí, která slouží k vyztužení náhrady, a proto se pro označení náhrad užívá termín skeletové náhrady. Umělé zuby se volí redukované ve všech směrech z plastového nebo z keramického materiálu [2].

Kotevní prvky

Kotevní prvky slouží k ukotvení náhrady na zbývajících zubech, stabilizaci a k přenosu žvýkacího tlaku dentální cestou [14].

a) Spony

Spony jsou kotevní zařízení, které je indikováno v různých formách u všech částečných snímatelných náhrad. Dělíme je podle použitého materiálu na drátěné, lité či kombinované. Typickým příkladem je spona tříramenná, která spadá do Neyova sponového systému. Jedním ze sponových ramen je *rameno retenční*, které je většinou položené na vestibulární ploše zubu, kde může zhoršit výsledný estetický efekt

viditelných zubů při úsměvu. Jeho funkcí je kromě zajištění retence i stabilizace náhrady a slouží k přenosu žvýkacího tlaku. Je uložené pod linií maximální konvexity zubu. Negativní vlastností retenčního ramene je vytváření páčivého pohybu, který je znatelný především při nasazování a snímání náhrady.

Protipólem retenčního ramene je *stabilizační rameno*, které je lité a umístěné většinou na orální ploše zubu. Tím vyrovnává nepříznivé vlastnosti retenčního ramene. Pokud je pacient alergický na nějaký kov z dentální slitiny, je nevyhnutelné rameno zhotovit z jiného materiálu. Třetí rameno je určené k přenosu žvýkacího tlaku a je umístěné na okluzi. Nazýváme ho *opěrné* nebo-li *opěrný trn*. Během plánování náhrady je dobré zvážit, jestli neopatřit kotevní zub fixní korunkou, na které se schůdky pro uchycení stabilizačního ramene i okluzní trn vytvoří již při její výrobě [14].

Obrázek 3 - Tříramenná litá spona [15]



b) Zásuvné spoje (attachementy)

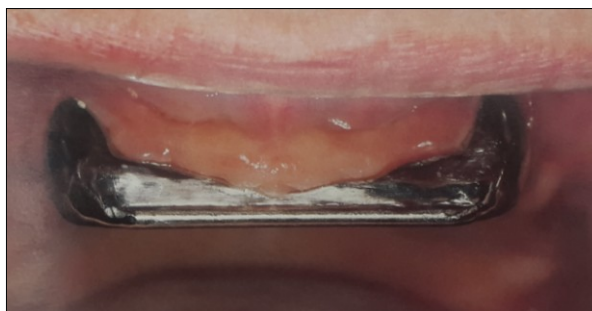
Tyto spoje představují kotevní variantu pro pacienty, kteří nejsou spokojeni s esteticky nevzhlednými retenčními rameny spon. Nevyhovující estetika u zásuvných spojů odpadá, protože se skládají ze dvou částí, které do sebe zapadají. Rozlišujeme pozitivní část – patrici a negativní část – matrici. Retence mezi oběma částmi je zajištěna třením použitých materiálů. Rozlišujeme spoje intrakoronální, kdy je spoj součástí korunky a extrakoronální spoje, které se ukotvují částečně nebo úplně mimo kotevní korunku. Zásuvný spoj může být také kotven v kořeni zubu [14].

Vacek (2014) poukazuje na vyšší cenu zásuvných spojů vyráběných továrně společně s vyšší cenou pilířové konstrukce. Nevýhodou jsou rovněž špatně proveditelné až neproveditelné opravy [2].

c) Kotevní třmeny

Do této skupiny kotevních prvků jsou řazeny třmeny (kovová lišta) s rozmanitými průřezy sloužící k překlenutí mezery mezi dvěma pilířovými zuby nebo implantáty. Na třmen, který tvoří patrici, se zasouvá matrice v podobě pružného jezdce – jeho držení v náhradě umožňuje jeden nebo více retenčních prvků různého tvaru [14]. Mezeru mohou ohraničovat korunkové náhrady. V tom případě se jedná o Gilmoreův třmen. Jestliže se spojují endodonticky ošetřené kořeny, hovoříme o Dolderově modifikaci třmenu, který slouží k uchycení hybridní náhrady. Třmeny zajišťují kvalitní retenci a stabilizaci zubní náhrady ve frontálním i laterálním úseku chrupu. Dalšími výhodami je dlouhodobý dlahovací efekt pilířových zubů a snížení extraalveolární páky na minimum. Nevýhodou je množství materiálu, které blokuje prostor pro bázi a umělé zuby snímatelné náhrady společně s hůře proveditelnými opravami [2].

Obrázek 4 - Třmen kotvený do kořene [14]



d) Teleskopické a kónusové korunky

Dostálová (2004) je definuje jako kovové korunky se dvěma plášti tvaru kónusu s různým sklonem od 0° do 12°. Pláště korunky jsou tvořeny vnitřní *primární korunkou*, která je nacementovaná na pilířový zub a zevní *sekundární korunkou* anatomického tvaru. Tření materiálů a velikost dotykové plochy zajišťuje retenci obou korunek [14].

Kotvení tímto systémem zajišťuje možnost dobré hygienické péče o náhradu a umožňuje celkové ošetření pilířových zubů. Při ošetření lze využít i neparalelní zuby a zuby s odlišnou kvalitou. Pokud by se kvalita pilířového zubu zhoršila natolik, že by musel být extrahován, dá se zub v protéze nahradit. Mezi nevýhody patří nutnost rozsáhlé preparace pilířových zubů, až nutnost endodontického ošetření. V současné době se teleskopické a kónusové korunky preferují hlavně v západních zemích Evropské Unie. U nás je jejich obliba výrazně nižší [2].

Stabilizační prvky

Mezi stabilizační prvky náhrad řadíme například stabilizační ramena spon, skříňkovité kavity sponových zubů a okluzní výběžky. Vzájemným propojením stabilizačních ramen spony vzniká průběžná spona, která má funkci jednak spojovací ale i dlahovací [14]. Průběžných spon existuje více typů. Jestliže spona probíhá nad oblastí tuberculum dentale orálních plošek zubů a nezasahuje na incizi, hovoříme o Kennedyho průběžné sponě. Naopak Sprengova i Van Thielova spona vybíhá na okluzi či incizi zubů nebo ji kompletně překrývá. Varianta s překrytou incizí může být doplněna o „drápky“, které vycházejí ze spony a přes bod kontaktu zubů zasahují až na jejich vestibulární plochu – vzniká tak drápková Jacksonova incizní spona. Obecnými vlastnostmi stabilizačních prvků je schopnost udržení náhrady na místě i přes působení horizontálních páčivých sil [2].

Spojovací prvky

Úkolem spojovacích prvků je spojení jednotlivých komponent částečných snímatelných náhrad. Tyto prvky vedle spojovací funkce zajišťují i stabilizaci náhrady, potažmo přenos žvýkacího tlaku [2].

Řešíme-li defekty v horní čelisti, používáme ke spojení třmeny umístěné v přední, střední či zadní části patra, které mají vždy zaoblené hrany. Další variantou jsou redukované nebo neredukované patrové desky. K zamezení iritace gingivy je nutné, aby se spojovací prvky nedotýkaly marginální části parodontu [2]. Zadní patrový třmen s sebou nese určitá

rizika jako možnost vyvolání nevolnosti či vznik otlaků. Zadní okraj třmene by měl ideálně dosahovat na přechod tvrdého a měkkého patra, pokud zde nejsou anatomické překážky jako torus palatinus. Nejvhodnější variantou je střední patrový třmen, který eliminuje nežádoucí jevy, zamezuje páčení náhrady a zároveň usnadňuje tvorbu sykavek [14]. Ovšem u gotického patra je podle Vacka (2014) lepší rozhodnout se pro desku, která je v zadní části redukována [2].

Mezi spojovací prvky dolní čelisti patří podjazykový třmen a podjazyková destička. Modelace podjazykového třmenu by měla dosahovat podkovovitého tvaru s poloeliptickým či polohruškovitým průřezem [2]. Uvedené spojovací prvky řadí Strub (2016) mezi hlavní spojovací prvky. Druhou skupinou jsou vedlejší spojovací prvky, které slouží ke spojení kotevních prvků s tělem náhrady nebo s hlavními spojovacími prvky [7].

3.2.2. Celkové snímatelné náhrady

Celková snímatelná náhrada je indikovaná při ztrátě všech zubů v jednom či obou zubních obloucích. Nejčastěji se řeší klasickou celkovou snímatelnou náhradou, ale variantou je i náhrada podepřená implantáty. U celkové náhrady odpadají konstrukční prvky popsané u částečných snímatelných náhrad. Výjimkou je tělo náhrady, které je součástí bazální desky a jsou do něj upevněné umělé zuby. Báze snímatelné náhrady dosedá na plochu nazývanou protézni lože. Vzhledem k tomu, že se reliéf protézniho lože při nošení snímatelných náhrad v důsledku mukózního přenosu žvýkacího tlaku mění, je nutné se těmito změnám přizpůsobovat obnovováním nebo podkládáním báze náhrady [2].

Obrázek 5 - Horní a dolní celková snímatelná náhrada (zdroj: archiv autorky)



3.2.2.1. Retence náhrady v ústech

Držení protézy v ústech je zajištěné mechanickými, fyzikálními a myofunkčními principy. Složek retence je několik.

Adheze

Přilnavost tvoří základní vazební složku, která spojuje bázi náhrady a sliznici. Míru adheze určuje šířka škvíry mezi adherujícími plochami a přesnost, se kterou báze náhrady reprodukuje slizniční reliéf. Zásadní adherující plochou je alveolární výběžek, který by měl být vysoký, pokrytý nepohyblivou sliznicí a oválného tvaru, jež nejlépe zajistí retenci a stabilitu protézy. Škvíra mezi plochami se při nošení náhrady vyplní viskózní slinou, která zvýší retenci náhrady díky svému odporu.

Podtlak

Zmiňovaná škvíra se při funkčním zatížení náhrady zvětšuje a tím vytváří podtlak, který brání uvolnění náhrady.

Funkce svalů

Svalové skupiny rovnoměrně a reflexně upevňují bázi náhrady k protéznímu loži. Tomu musí odpovídat i tvar a rozsah celkové náhrady, která nesmí bránit pohybům měkkých tkání.

Podsekřiviny

Je-li náhrada zakotvená v podsekřivé oblasti jako je tuber maxillae či frontální oblast alveolu, retence náhrady se tím zvýší.

Uspořádání umělého chrupu

Vhodným uspořádáním ploch zubů se zajistí stabilita náhrady při mluvení a žvýkání [14].

3.3. Plánování protetické práce

Lékař by měl mít dostatečné množství takových informací, které zajistí optimální léčebný výsledek u ošetřovaného pacienta [4].

Zásadním kritériem při plánování náhrady je subjektivní i objektivní dostupnost řešení. Současně bychom měli pacienta upozornit na finanční zátěž zvoleného řešení a životnost náhrady [14].

Do postupu je zahrnuta anamnéza pacienta, vyšetření a poučení pacienta o hygieně dutiny ústní a náhrady. Dále předprotetické ošetření, fáze zhotovení náhrady, poučení pacienta a následné pravidelné kontroly [2,4].

3.3.1. Anamnéza

Anamnéza slouží k seznámení se zdravotním stavem pacienta a zabránění vzniku komplikací u rizikových pacientů. Kromě toho slouží anamnestické údaje při řešení akutních situací [4].

Rozlišujeme anamnézu rodinou, osobní, sociální, dentální a nynější onemocnění. V rodinné anamnéze zjišťujeme dědičné dispozice k různým onemocněním. Součástí osobní anamnézy jsou informace o nemocech, úrazech a chirurgických zákrocích, které pacient prodělal. Součástí jsou i údaje o alergiích, užívaných lécích a návykových látkách. Ptáme se i na možné těhotenství. Cílem sociální anamnézy je posouzení pacientova zázemí, způsobu života a pracovního prostředí. Dentální anamnéza slouží k posouzení současných problémů v oblasti úst, čelistí a obličeje pacienta. Zjišťujeme i úroveň ústní hygieny a dosavadní zkušenosti se zubním ošetřením [3].

Pozornost je nutné věnovat hlavně starším pacientům, kteří často trpí několika onemocněními současně. Podíl seniorů ve společnosti narůstá [4]. Dokládají to čísla Českého statistického úřadu, který uvádí, že při sčítání lidu, domů a bytů v roce 1991 žilo v České republice 1 301 957 osob starších 65 let. O deset později to při SLDB bylo 1 410 575 a v roce 2011 1 644 836 osob nad 65 let [16].

Ošetření snímatelnými náhradami bude výhledově častějším protetickým ošetřením, protože zastoupení seniorů v evropské populaci narůstá [17]. To dokazují i výsledky šetření z roku 2005, které byly publikovány v časopise Community Dentistry and Oral Epidemiology. Podle těch tvoří osoby ve věku nad 65 let více než 50 % bezzubých obyvatel Evropy. V zemích jako je Rumunsko, Itálie či Slovinsko je procento nižší. Avšak v případě Rumunska je to vysvětleno celkově nižším počtem osob této věkové skupiny [18]. Oproti tomu Lenčová v článku z roku 2007 poukazuje na to, že jde-li o ústní zdraví seniorské populace, v posledních letech je zaznamenán významný vzestup počtu seniorů, kteří mají zachované a sanované vlastní zuby a naopak pokles počtu seniorů, u kterých je nutná extrakce zubů. Významně klesá i prevalence bezzubosti [19].

3.3.2. Vyšetření

Pacient, u kterého je nezbytné defekt v ústech řešit snímatelnou náhradou, musí být řádně vyšetřen. Toto vyšetření se prakticky neliší od běžného způsobu vyšetření, které kromě posouzení stavu pacienta na základě anamnestických údajů zahrnuje extraorální, intraorální, rentgenologické, funkční a protetické vyšetření. Součástí je i pořízení sádrových modelů na základě kvalitních otisků a vyfotografování dutiny ústní pacienta [2].

A) Extraorální vyšetření

Extraorální vyšetření provádíme už při příchodu pacienta do ordinace. Všímáme si symetrie obličeje, barvy kůže a útvarů na kůži. Dotykem vyšetřujeme oblasti výstupů větví trojklanného nervu, čelistní klouby s ohledem na výskyt zvukových fenoménů a vyšetření oblasti podčelistních a podjazykových lymfatických uzlin. Zaměřujeme se i na linii úsměvu, která je pro plánování zubní náhrady ve frontálním úseku důležitá [2,3,4].

B) Intraorální vyšetření

Intraorální vyšetření by mělo být prováděno co nejpodrobněji. Nosí-li pacient snímatelnou náhradu, provádí se až po jejím vyjmutí.

Informace o biologickém faktoru zubů, parodontu, alveolární kosti a vzájemném vztahu čelistí se získávají klinickým a rentgenovým vyšetřením. Biologický faktor zubů je termín, který do stomatologie zavedl Wild. Označuje tím kvalitu a stav zmíněných tkání [2]. V klinickém vyšetření se zaměřujeme na stupeň kazivosti, viklavost a vitalitu zubů. Všímáme si ortodontických anomálií a vzájemných vztahů zubů v jedné i protilehlé čelisti. Hodnotíme i přítomnost parodontálních kapes, volnou i připojenou gingivu a gingivodentální spojení. Ověřujeme i reakce zubů na různé podněty. Na rentgenovém snímku můžeme hodnotit kvalitu a tvar kořenů zubů, šířku periodontální štěrbiny a přítomnost patologických změn v okolí kořene. U kosti zjišťujeme její stav a přítomnost resorpce. Pokud je přítomen nevitální zub, zjišťujeme, zda a jak kvalitně je zub ošetřen endodonticky.

Vyšetření protézního lože zahrnuje zjištění, zda na něm nejsou žádné překážky, které by mohly bránit stabilitě náhrady či kvalitnímu zhotovení individuální otiskovací lžičky. Za překážky považujeme ponechaný kořen – radix relictá, novotvary (nádor, vřed), známky poranění či zánětu, kvasinky či plísně, vystouplé překážky - výběžky kosti pod sliznicí po extrakci lokalizované často na dolní čelisti [2].

Zaměřujeme se také na stav sliznice, podslizničního vaziva a alveolární výběžky čelistí. Hodnotíme kvalitu žvýkacího a obličejového svalstva a přítomnost svalových vláken ve slizničních řasách [2]. Při vyšetřování ústní sliznice a jazyka bychom se měli zaměřovat především na možný výskyt prekanceróz a časných forem karcinomů a jiných patologických změn. Posuzujeme barvu sliznice a defekty, které mohou být příznakem celkového onemocnění nebo výsledkem chronického dráždění náhradou. Sledujeme také vývody slinných žláz a vlhkost sliznic danou množstvím a kvalitou produkované sliny, protože ta se značně podílí na retenci a stabilitě výsledné snímatelné náhrady. V případě slizničního onemocnění je nutná jeho diagnostika a nález musí být zaznamenán do karty pacienta. Má-li lékař

ohledně diagnostiky pochybnosti, je vhodné doporučit pacienta na specializované oddělení [2].

Dostálová (2004) doplňuje vyšetření o zhodnocení kvality předchozí konzervační léčby, dříve zhotovených protetických výrobků a úroveň hygieny dutiny ústní [14].

C) Rentgenologické vyšetření

Účelem rentgenologického vyšetření je zhotovení extraorálních či intraorálních snímků. Na těch jsou zachyceny jinak nehodnotitelné struktury. Na extraorálních snímcích lze hodnotit kvalitu kosti, tvar a velikost kostních okrajů. Dále také čelistní dutiny, čelistní klouby a přilehlé kostěné struktury obličeje. Intraorální snímky slouží k detailnějšímu zachycení korunek a kořenů zubů, přítomných kazů, periodontální štěrbin a posouzení kvality endodontického ošetření. Existují i speciální vyšetření za pomoci výpočetní tomografie [2,3].

D) Funkční a protetické vyšetření

Účelem funkčního vyšetření je zaznamenání typu okluze a rozsahu pohybu, který vykonává dolní čelist. Náplní protetického vyšetření je posouzení kvality stávající protetické náhrady. Zjišťuje se míra retence, přesnost a stabilita náhrady v ústech.

3.3.3. Hygienická fáze

Hygienická fáze ošetření by měla zohledňovat individuální potřeby pacienta. Úkony, které patří do této fáze, jsou prováděné za účelem zlepšení orálního zdraví. Zabraňujeme vzniku onemocnění, která jsou podmíněná přítomností zubního mikrobiálního povlaku. Pacienta se snažíme motivovat ke spolupráci v péči o dutinu ústní a stavíme ho na pozici našeho partnera. U spolupracujícího pacienta můžeme očekávat delší životnost zubní náhrady [20]. Před zahájením další fáze léčebného plánu je nutné provést zhodnocení hygienické fáze [4].

Péči o dutinu ústní lze rozdělit na část individuální a profesionální [20].

3.3.3.1. Individuální péče

Každodenní péči o dutinu ústní provádí pacient s využitím mechanických a chemických prostředků [20].

Zubní kartáček je základní mechanická pomůcka určená k odstraňování zubního plaku. Rozlišujeme ruční, elektrické a jednosvazkové kartáčky. K hygieně mezizubních prostor lze využít mezizubní kartáčky, zubní vlákna a pásky, superfloss, zubní párátka či gum soft pick a mezizubní stimulatory. Dalšími mechanickými prostředky v péči o dutinu ústní jsou ústní sprchy a škrabky na jazyk [4,20,21].

Použití chemických prostředků napomáhá zabraňovat tvorbě zubního plaku, snižovat jeho škodlivost a usnadňovat jeho odstraňování mechanickými prostředky. Jsou dostupné ve formě výplachů, zubních past, zubních gelů a ústních vod [2,3]. Mezi účinné látky, které zabraňují tvorbě plaku, patří například chlorhexidin diglukonát, hexeditin, fluorid cínatý, sanguarin. Za nejúčinnější je považován chlorhexidin diglukonát. Délka jeho používání je ale řadou vedlejších účinků omezená [2,3,4].

3.3.3.2. Profesionální péče

Profesionální hygienická péče o chrup patří zpravidla do kompetencí dentální hygienistky [20]. Na parodontologickém předlčení se podílí společně se zubním lékařem. Pokud je pacientem člověk se stávající snímatelnou zubní náhradou, je nutné ji zabezpečit natolik, aby plnila svou funkci do doby, než pacient obdrží definitivní náhradu [4].

Dentální hygienistka poskytuje profesionální péči, která spočívá v odstranění zubního plaku, zubního kamene a případných exogenních pigmentací [20]. V rámci profesionální dentální péče je někdy nutné odstranit iatrogenní dráždění. Úprava převislých výplní, okrajů korunek nebo nevyhovujících mezičlenů můstků umožní pacientovi efektivní čištění zubů [4]. Dentální hygienistka by měla k pacientovi přistupovat individuálně

a s přihlédnutím k jeho věku a intelektu. V rámci návštěvy dentální hygienistky by měl být pacient poučen o problematice zubního plaku a kamene, příčině vzniku zánětu dásní případně parodontu. K vysvětlování lze použít pomůcky ve formě fotografických atlasů, modelů chrupu či rentgenových snímků. Od informovaného pacienta lze očekávat větší motivaci k provádění odpovídající ústní hygieny i doma [21]. Jakmile pacient porozuměl problematice, můžeme mu ukázat vhodné dentální pomůcky a během praktického nácviku ho naučit, jak je správně používat. Instruktaž se vztahuje na hygienu dutiny ústní i na případné zubní náhrady [4]. Na základě manuální zručnosti pacienta, jeho osobnosti a stavu chrupu vybereme odpovídající techniku čištění zubů, která zajistí efektivní odstraňování zubního plaku. Nejprve je vhodné ukázat techniku na modelu, a poté v ústech pacienta. Po ukázce pacienta vyzveme, aby si techniku vyzkoušel sám [20]. U starších pacientů je nutné opakování instruktaže, dokud není zajištěn požadovaný výsledek. Součástí profesionální péče by mělo být i poskytnutí rad ohledně stravování [4].

3.3.4. Předprotetická fáze

V rámci předprotetického ošetření pracuje protetik s jinými specialisty. Uvádím spolupráci se stomatochirurgem, parodontologem, konzervačním zubním lékařem a ortodontistou. Po ukončení této fáze následuje zhodnocení celého předprotetického ošetření [4].

Stomatochirurgická příprava u bezzubého pacienta zahrnuje především výkony na protetickém loži [4]. Chirurgicky se upravuje vlající sliznice, vysoké úpony řas a uzdiček, mělké vestibulum či nepříznivě velké a vazivově změněné distální konce alveolárních výběžků – tuber maxilae. Ostré kostní výběžky se egalizují [22]. V ostatních případech může stomatochirurg extrahovat zuby viklavé, s masivním kazivým procesem nebo významnou vertikální resorpcí kosti nebo dostavovat alveolární hřeben a zavádět dentální implantáty [4].

Parodontolog zajistí fyziologickou artikulaci dlahováním zubů, odstraní subgingivální zubní kámen a ohladí povrch kořenů zubů. Dalšími příklady jsou chirurgické úkony na gingivě a řízená tkáňová regenerace parodontu [4].

Součástí konzervační terapie je definitivní endodontické ošetření kořenových kanálků, odstranění kazu u protetických pilířů a dostavba ztracené tkáně [4].

Účelem ortodontické terapie je umožnit dospělým pacientům se zubními či skeletálními anomáliemi uspokojivé protetické ošetření. Přistupovat k terapii lze jen u spolupracujících pacientů, se zdravým parodontem a zvládnutou péčí o dutinu ústní [4]. Ortodontista upravuje postavení pilířových zubů, hloubku skusu, rotované zuby. Může také měnit defekt chrupu úpravou velikosti a rozložení mezer v chrupu. Léčba okluzních poruch zajistí axiální směr přenosu žvýkacích tlaků [4,23].

3.4. Nevýhody a rizika nošení snímatelných náhrad

Zubní protéza je vystavena měnícímu se prostředí dutiny ústní i několik let. Proměnnými ději jsou individuální stravovací návyky, úroveň prováděné hygieny dutiny ústní a případné zlozvyky či parafunkce (bruxismus, clenching). Životnost náhrady ovlivňují i morfologické změny alveolární kosti, produkce slinných žláz a další [17].

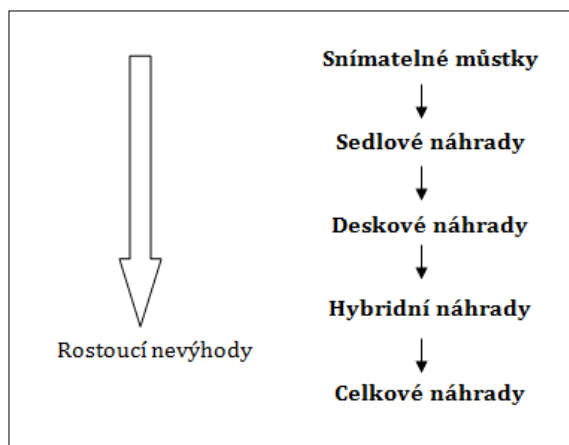
3.4.1. Nevýhody

Snímatelné náhrady zajišťují rehabilitaci orofaciálního systému, ale uživatel se musí vypořádat i s negativní stránkou, která je s nošením náhrad spojena. Rozlišujeme nevýhody subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní patří psychické a fyzické omezení, které je způsobeno přítomností značného množství cizího tělesa v dutině ústní a také právě snímatelnost náhrady, jež může představovat společenské zesměšnění při nechtěném uvolnění náhrady. Podle několika hledisek (typ snímatelné

náhrady, rozsah báze, členitost povrchu, materiály) pak můžeme rozdělit objektivní nevýhody [17].

V případě částečných snímatelných náhrad s gracilním provedením spojovacích prvků není ústní pohoda rušená tolik jako u redukované patrové a podjazykové desky a desky s maximálním rozšířením. Dobře jsou snášeny i kotevní prvky malých rozměrů. Naopak masivně konstruované tělo náhrady s mohutnými umělými zuby výrazně omezuje prostor v dutině ústní. Problémy nastávají při žvýkání potravy a mluvení, protože pohyb jazyka je omezen. Rozsah a tvarové zhotovení náhrady jsou spolu s držením a stabilitou zásadní pro výslednou funkci náhrady a spokojenost pacienta. U snímatelných náhrad platí, že nejméně nevýhod se pojí se snímatelnými můstky a nejvíce s celkovými náhradami [17].

Obrázek 6 – Pořadí základních typů protéz podle rozsahu, množství materiálu v ústech, komfortu a dlouhodobé spokojenosti pacienta [17]



Rozsah báze a extenze okrajů protézy jsou dány způsobem, jakým se přenáší žvýkací tlak. Mukózní přenos žvýkacího tlaku zajišťuje maximálně rozšířená báze náhrady a představuje omezení především při náhradě celého chrupu horní čelisti. Extendovanou bázi vyžaduje i konstrukce náhrady s dentomukózním přenosem žvýkacího tlaku. Prakticky žádné potíže vzhledem k rozsahu báze resp. těla náhrady nebyly zaznamenány u náhrad s dentálním přenosem žvýkacího tlaku.

Přítomnost konstrukčních prvků náhrady, především těch umístěných na orální straně zvyšuje subjektivní negativní vnímání náhrady. Navíc jsou členitým povrchem náhrady vytvářena retenční místa pro zbytky potravy a hromadění zubního plaku. Proto je pacient nucen k provádění dokonalé ústní hygieny.

Náhrady by měly být zhotovovány z materiálů s dobrými mechanickými, fyzikálními, chemickými a biologickými vlastnostmi. Odolnější a kvalitnější materiály snižují opotřebení náhrady a zvyšují tak její životnost. V současné době narůstá počet pacientů s alergickými reakcemi na protetické materiály, a proto se biologické vlastnosti materiálů stávají významnějšími [17]. Průzkumem provedeným v roce 2009 se zjistilo, že z testovaných alergenů (dentální kovy, akryláty, aromata, konzervační látky) způsobují alergické reakce nejčastěji kovové dentální materiály. Vysoká četnost senzibilizace byla prokázána u materiálů s obsahem nikelsulfátu, thiosulfátu zlata, paladiumchloridu, rtuti, kaliumdichromátu, amalgámu a kobaltchloridu (řazeno sestupně). Alergické reakce se mohou objevit i v souvislosti se syntetickými pryskyřicemi. Methylmetakrylátová pryskyřice (MMA) je spojována se vznikem nespecifického kontaktního zánětu ústní sliznice i lichenoidní reakce v ústech a na rtech [24].

3.4.2. Rizika

Negativní působení náhrad na tkáň v dutině ústní vychází z přirozených morfologických změn, které probíhají na protézím loži. Po čase se snižuje stabilita a retence náhrady z důvodu úbytku kosti alveolárního výběžku a změn na orální sliznici. Další škody a rizika vznikající při užívání náhrady jsou špatně zhotovené náhrady, nevhodně zvolený materiál, indikace špatného typu náhrady a v neposlední řadě také špatná péče o zubní náhradu. Uvedené faktory se na negativním působení mohou podílet společně [17].

Zachování chrupu je z pohledu ošetřujícího lékaře důležité pro příjem a zpracování potravy. Pokud dojde k poškození některé ze složek žvýkacího aparátu a ostatní složky se již nejsou schopny přizpůsobit, vzniknou škody

na celém žvýkacím ústrojí. Nastávají problémy s rozměňováním potravy, avšak později je postižena i nervosvalová rovnováha žvýkacích svalů a funkce čelistního kloubu [17].

3.4.2.1. Výživa

Během stáří dochází v organismu k řadě změn, jejichž závažnost je ovlivněna vnitřními a zevními vlivy. V dutině ústní dochází k atrofii sliznice, která pokrývá nestejnou vrstvu vaziva. Vůči případným traumatům způsobených náhradou je méně odolná. Slinné žlázy produkují méně slin, což se projevuje obtížemi při přijímání potravy. Suchost v ústech (xerostomie) je součástí tzv. Sjögrenova syndromu. Může být vyvolaná ale i užívanými léky (antidepresiva, antihistaminika, antihypertenziva aj.).

Obecně dochází ke změnám v celém zažívacím traktu. Nepřiměřeným nebo nedostatečným příjmem základních živin dochází k poruše výživy známé jako malnutrice.

V roce 2004 docentka Bernardová provedla studii, ve které se zaměřila na zjištění stavu výživy celkem u 116 pacientů s celkovou náhradou. Z výsledků studie vyplývá, že nošení celkové snímatelné náhrady má za určitých okolností značný vliv na nutriční stav pacienta. Náhrada, která během funkce nesplňuje podmínky retence a stabilizace, vede mimo jiné i k omezení při výběru jídel. Nedostatek potravy a nižší přísun bílkovin a vápníku vede k urychlení resorpce kosti pod náhradou. Avšak problémy se vyskytují i u náhrad kvalitně zhotovených. Proces žvýkání a polykání je ztížen a pacienti s celkovými náhradami potřebují na rozmělnění potravy více času, což může vést k poruchám vylučování, ale zároveň se tak stimuluje sekrece sliny, která snižuje pocit sucha.

Z celkového počtu zkoumaných osob jich 66 uvedlo problémy s příjmem určité potraviny – nejčastěji maso, syrová zelenina, pečivo, ořechy a ryby s kostí. Pacienti by i z důvodů lepší estetiky, retence náhrady a rozměňovací funkce chtěli nové protézy. Avšak nejzávažnějším výsledkem bylo zjištění 10 případů malnutrice a 48 případů s vážným ohrožením malnutricí, kam patřilo i 12 kuřáků [25].

3.4.2.2. Zubní plak

Zubní plak je definován jako vysoce organizovaná ekologická jednotka, která se skládá z velkého množství bakterií usazených v makromolekulární matrix bakteriálního a slinného původu. Vzniká osídlením pelikuly, která se vytváří na zubním povrchu téměř bezprostředně po jeho očištění. Z počátku se hromadí gram pozitivní bakterie jako laktobacily či streptococcus mitis, streptococcus sanguis. Streptokoky tvoří až 95 % mikroorganismů namnožených za jeden den. Po několika dnech narůstají aktinomycety a gram negativní bakterie a poté i fusobakterie. Zubní plak se tedy vyvíjí. Pokud není vrstva plaku rozrušena a odstraněna, dochází k jeho mineralizaci v důsledku ukládání minerálů, kterými je nasycena slina. Zmineralizovaný zubní plak je zubní kámen, který běžnou domácí hygienou neodstraníme. Kromě toho je zubní plak také jedním z faktorů vzniku zubního kazu. Bakterie fermentací sacharidů produkují kyseliny, které snižují pH v dutině ústní. Ty pak narušují zubní sklovinu, která je demineralizována a bez zásahu může poškození přejít až v zubní kaz [26].

Mikrobiální povlak ulpívá na všech površích dutiny ústní. Na umělých materiálech se usazuje snadněji, a tak je přítomností zubní náhrady ovlivněno nejen množství ale i kvalita plaku [17]. Zejména byl prokázán nárůst spirochet a fusobakterií [27]. Místa se zvýšenou akumulací plaku jsou především aproximální plochy zubů, které přiléhají k bázi zubní náhrady. Ve zvýšené míře se plak hromadí i na vlastních zubech čelisti, která není opatřena náhradou. Právě v místě, kde se náhrada dotýká přirozeného zubu, je nahromaděný zubní plak důvodem vzniku zubního kazu.

Na sliznici protetického lože může následkem nakumulovaného plaku vzniknout také stomatitis protetica. Významným etiologickým vyvolavatelem tohoto zánětu je *Candida albicans* [17].

- **Candida albicans**

Candida albicans patří do kvasinek rodu *Candida* a představuje nejčastějšího původce všech kandidóz v dutině ústní. Jejím zdrojem je

mikrobiální zubní povlak. Stěžejní je tedy kvalitní ústní hygiena s cílem odstranit zubní plak [28].

Vstupní bránou jsou pro *Candidy* především ústa a na základě podmínek v organismu může kromě nich kolonizovat i orofaryng, střevo či urogenitální trakt. Kandidóza úst se může projevovat ve čtyřech formách, z nichž se u pacientů se snímatelnými protézami nejčastěji vyskytuje chronická erytematózní kandidóza [29]. Je způsobena nedostatečnou hygienickou péčí o náhradu často v kombinaci se špatnou retencí náhrady, která mírně, ale neustále traumatizuje ústní sliznici. K rozvoji erytematózní formy přispívá i kouření a nedostatečná tvorba sliny jako následek některých užívaných léčiv. Touto traumatizací vznikají bolestivé dekubity na sliznici, nejčastěji lokalizované v místě okrajů náhrady. Výjimkou nejsou ani bělavé lemy na okraji zarudlých ploch. Porézní metylmetakrylátové náhrady jsou kvasinkami infikované, a proto je po vyléčení infekce nutná jejich rebaze. Někdy je nutné zhotovit náhradu novou [28].

Obrázek 7 – Chronická erytematózní kandidóza [28]



Brazílská studie prováděná od prosince 2012 do dubna 2013 se zaměřila na porovnávání množství kvasinek rodu *Candida* ve slině mužů a žen nad 60 let. Skupina byla složena ze 48 osob s protézou a 43 osob bez protetického ošetření. Výsledky ukázaly, že z testovaných 91 pacientů byly kandidy zjištěny u 40 pacientů s protézou a u druhé skupiny u 23 pacientů. Nejpočetnějším izolovaným druhem byla *Candida albicans* [30].

Kandidóza vzniklá sníženou obranyschopností organismu se projevuje bílými a smývatelnými povlaky, které u kandidózy ve spojení s protézou chybí [31]. Sliznice je v místě dosedu náhrady zarudlá, palčivá až bolestivá. Okolní sliznice se jeví zdravě. Tyto slizniční projevy se označují pojmem protetická stomatitida [28].

- **Stomatitis protetica**

Výskyt protetické stomatitidy může u nositelů snímatelných náhrad představovat až 75 %. Na vzniku se může podílet špatná hygiena dutiny ústní včetně náhrady, nošení náhrady během spánku, zhoršená produkce sliny i náhrada, která špatně doléhá na protézni lože [32]. Mechanické a chemické příčiny vyvolávají zánět spíše u nově nasazených protéz. U starších náhrad se jedná o mikrobiální kontaminaci [26]. Samostatné působení chemických nox a alergické reakce na bazální pryskyřice či dentální slitiny zánět vyvolají jen výjimečně. Kvasinky sice nejsou hlavním etiologickým faktorem, ale jsou přítomné v zubním plaku, který ulpívá na náhradách a samy o sobě jsou schopny adherovat na sliznici i na náhrady. Kvasinky rodu *Candida* se u pacientů s protetickou stomatitidou prokazatelně vyskytují ve větší míře [33].

Obrázek 8 – Protetická stomatitida [34]



Podle Newtonovy klasifikace existují tři typy protetické stomatitidy: bodové hyperemické léze nebo prostý zánět, rozptýlený erytém nebo generalizovaný zánět, zánětlivá papilární hyperplazie [32].

Pro léčbu je kromě lokálních či systémových antimykotik nutné zavedení kvalitní hygieny dutiny ústní a péče o náhradu, vyjímání náhrady na noc a úprava špatně dosedající náhrady [32]. Koval'ová (2010) doporučuje v první fázi léčby zavést výplachy jedlou sodou nebo chlorhexidinem [34]. Existuje také léčba chirurgická včetně ošetření diodovým laserem [32].

3.4.2.3. Přímé trauma, žvýkací síly a artikulační překážky

Konstrukční prvky snímatelných náhrad způsobují přímé mechanické zraňování orální sliznice. V případě částečných snímatelných náhrad mohou retenční ramena otírat kompozitní či amalgámové výplně. Zdeformovaná ramena negativně působí na marginální gingivu.

Nošení snímatelných náhrad s mukózním přenosem žvýkacího tlaku působí kompresivně a ohrožují sliznici pod protézou. Při nadměrném působení žvýkacích sil dochází k nevratné tlakové resorpci kostní tkáně. Úbytek kosti mění podmínky retence a stabilizace náhrady.

Při žvýkání se dotýkají okluzní plochy protilehlých zubů. Okluzní trny, které jsou součástí sponového kotevního systému, mohou způsobovat předčasný kontakt žvýkacích plošek. Důsledky jsou patrné na tvrdých zubních tkáních, pokud jsou přítomny, a na jejich parodontu. Postižená je i sliznice pod sedlem náhrady, kde se objeví ohraničený zánět. Pacient se přirozeně snaží během žvýkání nalézt optimálnější polohu okluze a zatěžuje tak neobvyklým způsobem žvýkací svaly. Vyústěním vadné okluze jsou obličejové bolesti a při delším působení je nevratně poškozen čelistní kloub [17].

Nevyhovující náhrada může být příčinou hyperplazie sliznice. Mírné pohyby špatně sedící náhrady dráždí sliznici, která je v kontaktu s okraji náhrady. Pacient by měl protézu přestat dočasně nosit, aby ustoupila počáteční bolest spojená se vznikem dekubitů. Dráždění náhradou ale způsobí vytvoření slizniční duplikatury, která musí být excitována. Stejným mechanismem vzniká i vlající hřeben (*granuloma fissuratum*), který

se nachází výlučně na sliznici bezzubého alveolárního výběžku. Projevuje se rozsáhlou pohyblivou prominencí. Sliznice je výrazně zarudlá. Na rozdíl od protézou indukované hyperplazie sliznice není vlnitý hřeben spojený se subjektivními obtížemi, avšak v obou případech je samozřejmostí úprava dosavadní náhrady nebo výroba nové náhrady [28].

3.5. Prevence škod spojených s nošením snímatelné náhrady

Prevence je všeobecně zaměřena na předcházení nemocí a patologických jevů. Rozlišujeme primární, sekundární a terciární prevenci. Kroky **primární prevence** by měly zabránit vzniku vůbec nějakých škod na zubech, parodontu a orgánech, které jsou funkčně spojeny se stomatognátním systémem. Předcházejí nutnosti protetického ošetření. **Sekundární prevence** brání postupu již vzniklého onemocnění, např. zubního kazu, parodontitidě. Pokud první dva stupně prevence selžou, nastupuje **terciární prevence**. Jejím cílem je předcházení komplikací při přípravě zbylých zubů k začlenění protetické práce při aplikaci a nošení náhrady. Stomatologická protetika se zabývá především terciární prevencí. Nežádoucí účinky náhrad mohou být zapříčiněny nedodržením preventivních opatření během všech fází zhotovení náhrady a také v průběhu užívání náhrady [26].

Prevence vychází ze zodpovědnosti jednotlivých členů dentálního týmu. Zubní lékař musí navrhnout vhodný typ náhrady, lege artis provést vyšetření pacienta a sanaci přítomných patologických jevů jako je zubní kaz, zánět gingivy či parodontu a zhodnotit úroveň dentální hygieny. Na místě je také ošetření kotevních zubů korunkami, které jsou odolné proti mechanickému působení. Zubní technik musí dodržovat všechna pravidla při modelování, odlévání, opracování a úpravě náhrady. Členem dentálního týmu je v neposlední řadě pacient, který svojí správnou péčí o náhradu a dutinu ústní může značně přispět k prevenci škod a rizik, které by jinak

mohly vzniknout. Dlouhá životnost náhrady je zajištěna zejména vysokou úrovní ústní hygieny a poskytováním odborné péče při pravidelných kontrolách u zubního lékaře [17].

3.5.1. Následná péče

Snímatelnými náhradami lze dosáhnout obnovy ztracené fonace a estetiky k dokonalé spokojenosti pacienta. Životnost náhrady snižují komplikace spojené s nošením náhrad [35]. Náhrady svojí přítomností v dutině ústní působí mechanicky, chemicky a biologicky na tvrdé zubní tkáně, ale i na tkáně parodontu a protetické lože [26]. Především se jedná o faktory biologické ve formě zubního plaku, který způsobuje zubní kaz či parodontitidu [35]. Kromě toho se také podílí na vzniku kandidóz, které byly popsány v kapitole 3.4.2.2. Zubní plak.

Dlouhodobá prognóza zubních náhrad se odvíjí od technických a biofyzikálních faktorů. Riziko selhání náhrady lze redukovat, pokud bude pacient docházet na pravidelné kontroly. Profylaktické návštěvy s odstupem dvou až tří měsíců mohou pomoci k uchování orálního zdraví delší dobu, avšak v běžné praxi volíme frekvenci návštěv podle individuálního stavu pacienta. Následné kontroly – recally probíhají se zaměřením na vyšetření stavu dutiny ústní a stavu protézy a protézního lože. Nedílnou součástí návštěv je opětovné poučení a nácvik hygieny dutiny ústní a zubní náhrady a poskytnutí profesionální hygienické péče [7,36].

Úkolem pro pacienta, který nosí zubní náhradu, je především její hygienická údržba s cílem odstranit zubní plak [37]. To můžeme po pacientovi chtít jen v případě, že byl informován o důležitosti ústní hygieny a její úzké spojitosti mezi celkovým zdravím dutiny ústní. K tomu slouží motivace a instruktáž hygieny dutiny ústní, kterou provádí zubní lékař, asistentky či dentální hygienistka. Jen důvěra mezi pacientem a ošetřujícím personálem a pohodová atmosféra zajistí úspěšně motivovaného a instruovaného pacienta [4].

3.5.1.1. Hygiena zbývajícího chrupu a náhrad

Čištění zubů

Důkladná hygienická péče se nevztahuje jen na samotnou náhradu, ale v případě částečné snímatelné náhrady také na zbývající zuby [38]. Cílem instruktáže je ukázka pomůcek ústní hygieny a praktický nácvik jejich používání. Stěžejní je manuální zubní kartáček nebo jeho elektrická varianta. Další pomůckou je zubní pasta, která podporuje mechanické odstranění plaku. V případě pasty s obsahem fluoridu usnadňuje přísun jeho profylaktického množství do tvrdých zubních tkání. Vhodné je také používat kartáček s jedním svazkem vláken, který je určen pro hůře dostupné zuby a jejich plochy. Plochy přístupné k čištění tvoří jen asi 60 % z celku. Zbylé plochy – aproximální se musí čistit speciálními mezizubními pomůckami, mezi které patří mezizubní kartáček, zubní nit (její modifikace Superfloss k čištění mezičlenů fixních můstků), párátko a mezizubní stimulatory. Používání mezizubních pomůcek je manuálně mnohem náročnější. K zamezení tvorby plaku existují i chemické inhibitory s obsahem různých účinných látek, např. chlorhexidin, hexeditin aj. [4].

Čištění náhrady

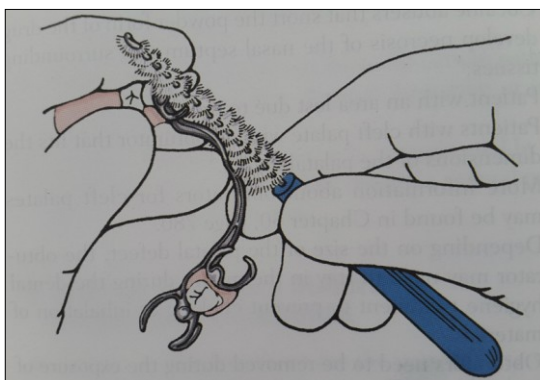
K čištění těla částečné snímatelné náhrady se obecně nedoporučuje používat kartáček, kterým si pacient čistí zbylý chrup, protože kotevní prvky a další kovové části by mohly vlákna kartáčku deformovat. Čištění vlastních zubů by nebylo efektivní. Stejně tak nejsou vhodné elektrické kartáčky, protože je zde nebezpečí poškození náhrady [38]. Vhodný je kartáček na ruce nebo speciální kartáčky na zubní náhrady [33]. Oboustranná hlava kartáčku je opatřena delšími a silnějšími vlákny, přičemž na jedné straně vytvářejí vlákna pyramidu. Pyramidová část je vhodná k čištění slizniční plochy náhrad, která naléhá na alveolární výběžek nebo k čištění attachmentů u částečných snímatelných náhrad [37]. Ke zvýšení mechanického odstranění plaku z náhrady se kartáček kombinuje s mýdlem na ruce, jemnou pastou, či mycím prostředkem na nádobí [4].

Obrázek 9 – Kartáček na protézy (zdroj: archiv autorky)



K vyčištění vnitřních ploch spon se doporučuje speciální kartáček, který se směrem od rukojeti postupně zužuje. Vypadá vlastně jako velká varianta kartáčku mezizubního [38].

Obrázek 10 – Speciální kartáček na čištění vnitřních ploch spon [38]



Samotné použití mezizubního kartáčku u náhrad kotvených na extrakoronálních zásuvných spojích či teleskopických korunkách je žádoucí, ale může být ztížené tvarem náhrady. Problém nastává tehdy, když u patrice zásuvného spoje chybí její prodloužení až k povrchu dásně a chybí vodící ploška pro kartáček. Zejména starší pacienti mají potíže při čištění okrajů aproximálních ploch vnitřních plášťů u teleskopických náhrad, proto se už v roce 1990 navrhlo, aby se vodící plošky konstruovaly i u náhrad teleskopických. Vodící plošky zajistí správné zavedení mezizubního kartáčku mezi teleskopickou korunku a tělo náhrady. Nánosy plaku z aproximálního prostoru pak lze snadno odstranit. Právě pro starší či hendikepované osoby s náhradami hybridními kotvenými na implantátech, náhradami, kde z estetických či fonetických důvodů nelze zajistit čistitelný tvar mezizubního prostoru a u výše uvedených situací, je vhodné zhotovení pryskyřičné

hygienické dlahy. Použití těchto dlah výrazně usnadňuje čištění interdentálních prostor [35].

Obrázek 11 – Čištění aproximálních ploch patric teleskopických korunek mezizubním kartáčkem [35]



Snímatelné náhrady by se měly důkladně mechanicky čistit alespoň jednou za den [4]. Pokud pacient nemůže během dne odstranit ulpělý plak, či potravu na náhradě kartáčkem, je vhodné vyjmout náhradu z úst a vypláchnout si vodou. Náhrada by se měla očistit pod tekoucí vodou a až poté nasadit do úst. Bezpodmínečně nutné je mechanické čištění náhrad před spaním [38].

Protézu je dobré čistit nad umyvadlem vyloženým ručníkem nebo napuštěným vodou. Zamezíme tak poškození náhrady, pokud by nečekaně vyklouzla z ruky. Náhradu pevně uchopíme do dlaně, ale vyvarujeme se příliš silnému stisku, který by mohl náhradu poškodit. Po aplikaci teplé vody a čisticího prostředku vyčistíme povrch náhrady kartáčkem [38]. Nejdříve krouživými pohyby kartáčku čistíme snadno přístupná místa. Pokud pacient používá protézy kartáček, vyčistí pyramidovou částí kartáčku část náhrady, která nasedá na alveolární výběžek se zaměřením na podsekřivá místa [37]. Následně pod tekoucí vodou kartáčkem odstraníme zbytky čisticího prostředku a pohledem zkontrolujeme, zda ještě někde nezůstal zubní plak [38]. Během celého procesu čištění musí být zajištěné dostatečné osvětlení a pacienti se špatným zrakem by měli mít brýle [4].

Mechanické předčištění je stěžejní při péči o náhrady, protože použití jen chemických prostředků zubní plak z povrchu náhrady neodstraní. Řada čistidel má navíc negativní vliv na materiál, ze kterého jsou náhrady vyrobeny. Jedná se o odbarvování plastů, narušení jejich hladkého povrchu, koroze kovových částí. Pacient musí být na tyto následky upozorněn. Doporučit mu můžeme látky, jež uvolňují aktivní kyslík jako alkalický roztok jedlé sody, boraxglycerin, hexeditin či 0,2 % roztok chlorhexidinu [33].

Variantou chemického čištění náhrady je použití speciálních tablet, které obsahují silikonové polymery, enzymy, detergenty, bělící činidla a aromatizační přísady. Tablety mají zásaditou povahu, což omezuje růst mikroorganismů. Tableta se rozpustí v nádobce s vodou, do které se náhrada ponoří asi na 15 minut nebo přes noc. Roztok je nutné po každém použití vyměnit. Používání čistících tablet na protézy by mělo být vnímáno jako součást pravidelné péče o náhradu [19].

Obrázek 12 – Čistící tablety Corega (zdroj: archiv autorky)



Dalším možným způsobem péče o zubní náhrady je použití ultrazvukové čističky. Odstraňuje velmi dobře zubní kámen, a proto je ideální pro jemné a důkladné čištění snímatelných zubních protéz. Její funkce spočívá v generování impulzů, které vytvářejí krátké a rychlé oscilační

pohyby v tekutém mediu. Proces je rychlý a snadný. Je vhodná jak pro zubní ambulance, tak i na domácí použití [39].

Obrázek 13 – Ultrazvuková čistička [40]



Otázkou je vyjímání náhrad z úst na noc. Dr. Marxkors (2007) doporučuje částečné snímatelné náhrady ponechat v ústech a celkové snímatelné náhrady vyjímát. U pacientů se objevují parafunkce jako skřípání a zatínání zubů nejen ve dne, ale i v noci a výjimkou nejsou ani nositelé celkových náhrad. Pokud celková náhrada zůstane v ústech přes noc, způsobují parafunkce destrukci tkání. V důsledku tlaku, který je vyvíjen na protézni lože, odumírají cévy a kost se začne odbourávat, protože není adekvátně zásobena krví. Jestliže je ale náhrada přes noc mimo ústa, může se tkáň, která není uzpůsobena k přenosu žvýkacího tlaku, zotavit. Výjimku tvoří pacienti s onemocněním čelistního kloubu a ti, kteří bez náhrady trpí poruchami spánku. Mladší pacienti se mohou před partnerem bez náhrady stydět. Potom upřednostňujeme psychickou pohodu, která by jinak mohla způsobit větší potíže. Náhrady bychom po očištění měli ponořit do speciální nádoby s vodou [37]. Ponoření náhrady do vody také umožní uvolnění zbytkového množství monomeru z náhrady, jedná-li se o pacienta, který náhradu právě obdržel. Během polymerace náhrady v laboratoři se jeho množství pohybuje v rozmezí 2 – 4 %. Nicméně při podmínkách, které panují v dutině ústní, se procentuální zastoupení zbytkového monomeru snižuje po dvou dnech až na polovinu původní hodnoty, což značí jeho další

uvolňování a může poškozovat přilehlé tkáně [31]. Ponechání náhrady mimo vodné prostředí může způsobit deformaci náhrady [4].

Důvody, které hovoří pro vyjmutí celkových náhrad z úst na noc, naopak u částečných snímatelných náhrad nefigurují. Částečné snímatelné náhrady je vhodné nosit i přes noc, protože v opačném případě by byla porušena stabilita kotevních zubů [37].

4. Praktická část

4.1. Hypotézy

1. Domnívám se, že pacienti se snímatelnými zubními náhradami tvoří méně jak polovinu klientely praktických zubních lékařů a dentálních hygienistek.
2. Dentální hygienistky při prohlídkách pacientů se snímatelnými náhradami nevěnují zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou.
3. Zubní lékaři a dentální hygienistky se setkávají s přítomností kandidóz v dutině ústní pacientů jako důsledek nedostatečné péče o jejich snímatelnou náhradu.
4. Předpokládám, že lékaři nedelegují vysvětlení péče o náhradu na dentální hygienistky.

4.2. Materiál a metodika

Pro psaní praktické části bakalářské práce byla zvolena metodika dotazníkového šetření. Vypracovány byly dva anonymní dotazníky, z nichž jeden byl určen zubním lékařům a druhý dentálním hygienistkám. Dotazníky byly distribuovány dvěma způsoby. Tištěná forma dotazníků byla rozdána na Vinohradském stomatologickém dni v listopadu roku 2016. Dotazníky vytvořené v online aplikaci Google formuláře byly umístěny do odborných skupin na sociálních sítích a rozeslány na e-mailové adresy členů Asociace dentálních hygienistek. Odpovědi byly přijímány od listopadu roku 2016 do února roku 2017.

Celkem bylo rozdáno po sto kusech tištěných dotazníků pro obě dotazované skupiny. Správně vyplněných dotazníků se vrátilo 53. Z toho 21 od zubních lékařů a 32 od dentálních hygienistek. Elektronický dotazník vyplnilo 79 zubních lékařů a 68 dentálních hygienistek. Regulérně vyplněných dotazníků bylo celkem 200 a to 100 od zubních lékařů a 100 od dentálních hygienistek. Získaná data byla porovnávána a zpracována

v programu Numbers verze 4.0.5. Dotazníky tvořilo 17 otázek. Podle charakteru otázek mohli dotazovaní označit jednu z nabízených odpovědí či více odpovědí. V první části byly zjišťovány základní informace o respondentech. Druhá část otázek se zaměřovala na ošetřování pacientů se snímatelnými náhradami a patologické nálezy v jejich dutině ústní. V poslední části se dotazník soustřeďuje na edukaci a doporučované pomůcky určené k péči o náhrady.

4.3. Výsledky

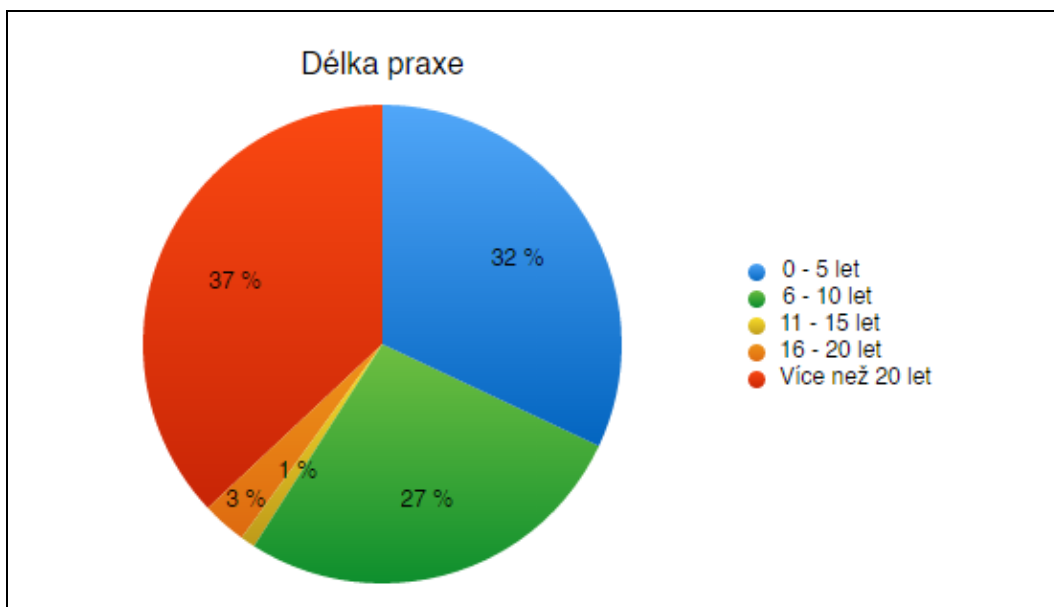
A) Odpovědi praktických zubních lékařů

Tabulka 1 - Otázka č. 1: Vaše pohlaví.

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Muž	77	77
Žena	23	23

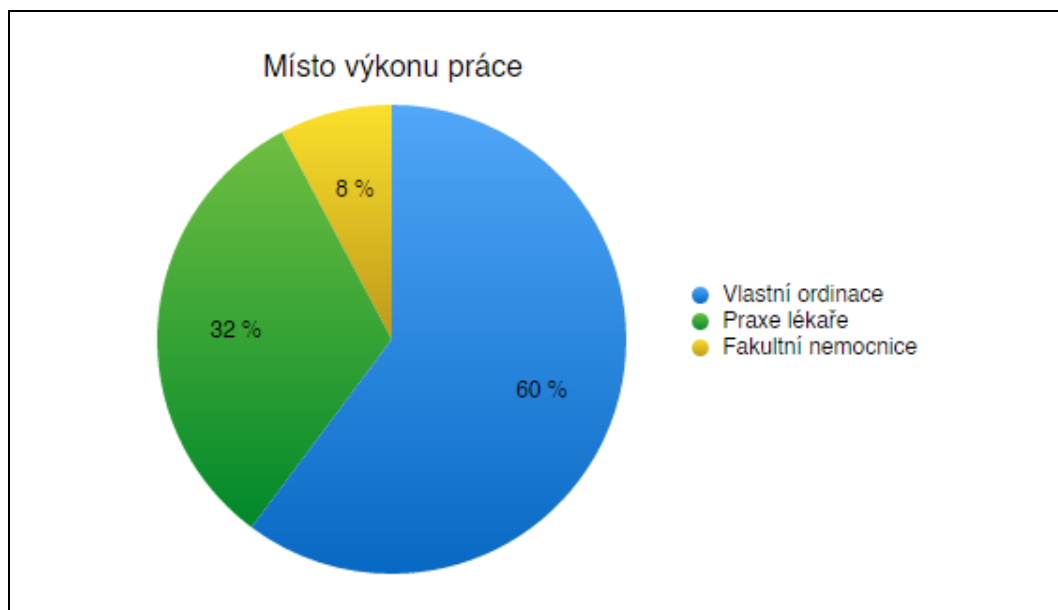
Více než 75 % z dotázaných lékařů představují muži (viz Tabulka 1).

Graf 1 - Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve svém oboru?



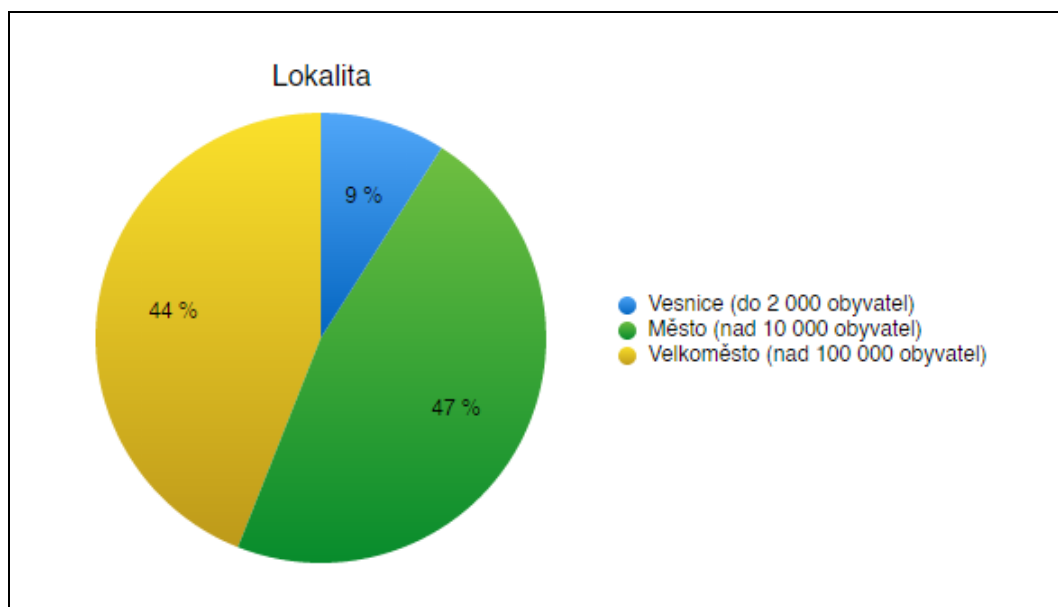
Největší zastoupení tvoří skupina 37 % (37) lékařů s praxí delší než 20 let a 32 % (32) lékařů s praxí do 5 let. 27 % (27) dotazovaných lékařů pracuje v rozmezí od 6 do 10 let (viz Graf 1).

Graf 2 - Otázka č. 3: Pracujete ve vlastní ordinaci, jako zaměstnanec v praxi jiného lékaře či ve fakultní nemocnici?



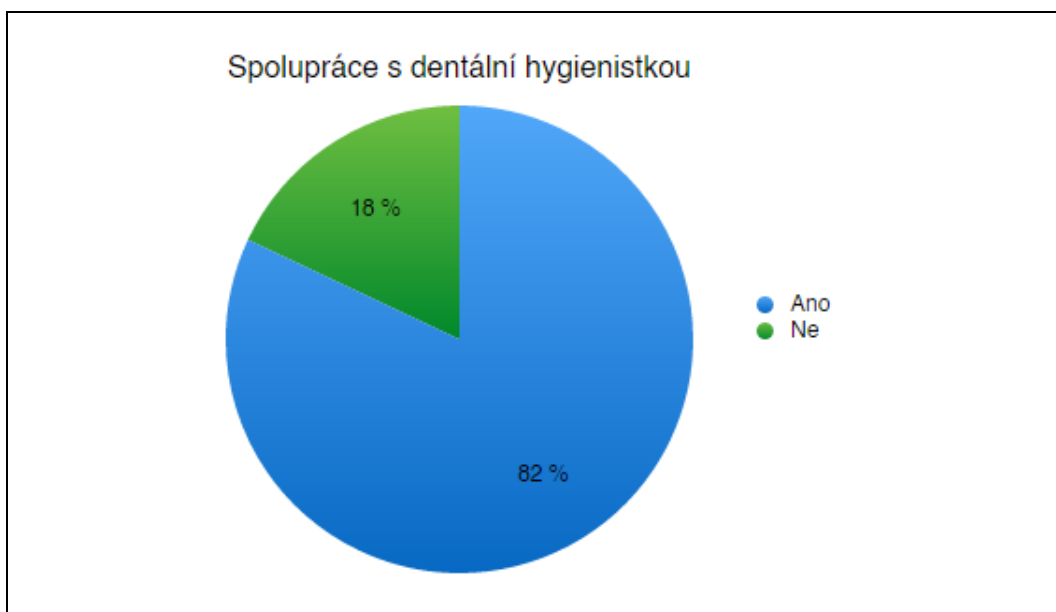
Otázka č. 3 umožňovala označení více možností. Respondenti pracují převážně v soukromém sektoru. Pouze 8 % (8) dotazovaných lékařů pracuje ve fakultní nemocnici (viz Graf 2).

Graf 3 - Otázka č. 4: Kde se nachází vaše pracoviště?



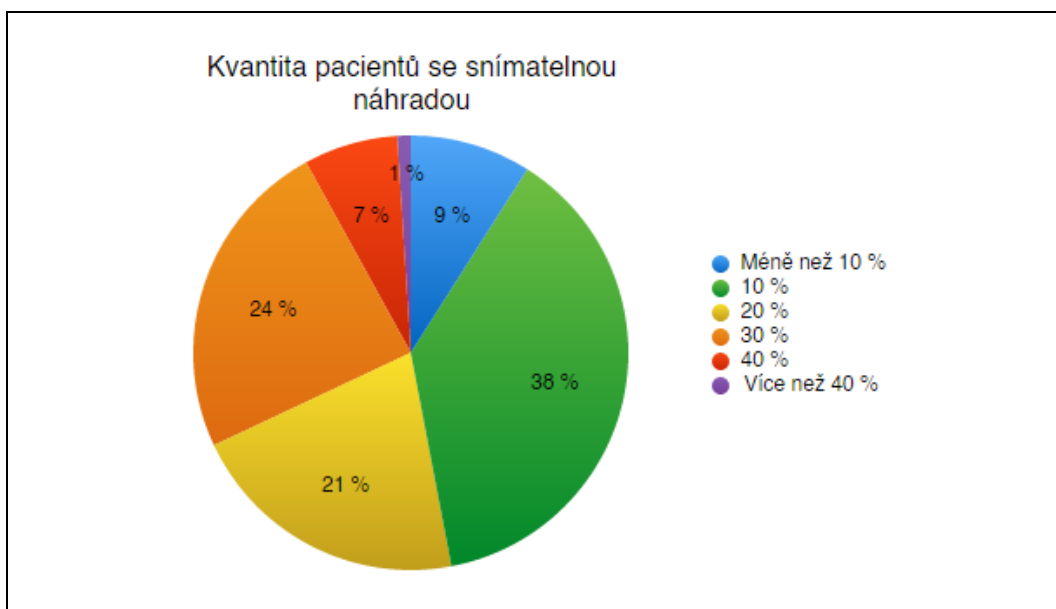
Z dotazovaných lékařů téměř 50 % (47) uvedlo, že pracují ve městě. 44 % (44) lékařů pracuje ve velkoměstě a 9 % (9) lékařů na vesnici (viz Graf 3).

Graf 4 - Otázka č. 5: Spolupracujete s dentální hygienistkou?



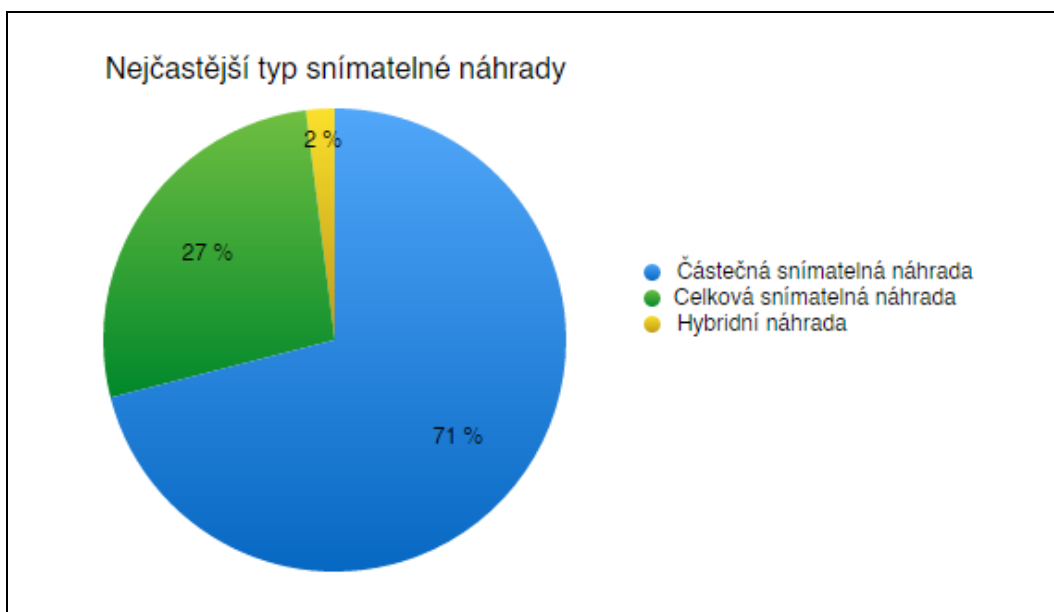
Jenom 18 % (18) dotazovaných lékařů nenavázalo spolupráci s dentální hygienistkou (viz Graf 4).

Graf 5 - Otázka č. 6: Kolik % ve vaší praxi tvoří pacienti se snímatelnou náhradou?



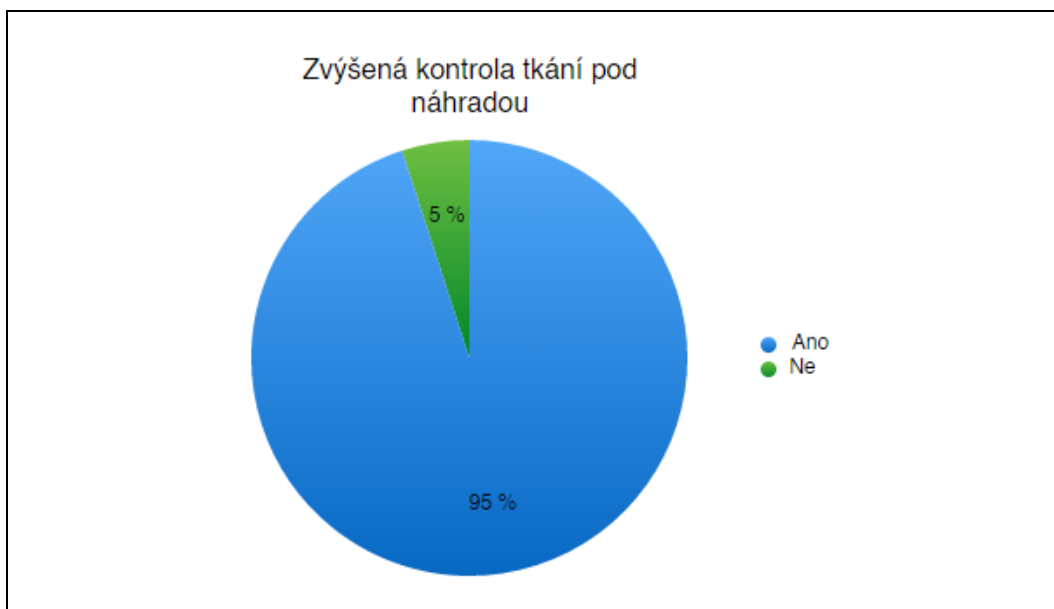
Lidé se snímatelnými náhradami tvoří 10 % pacientů u 38 % (38) dotazovaných zubních lékařů. 24 % (24) respondentů uvádí, že tito pacienti tvoří 30 % jejich klientely a 20% zastoupení uvádí 21 % (21) respondentů (viz Graf 5).

Graf 6 - Otázka č. 7: Nejčastěji se jedná o jaký typ náhrady?



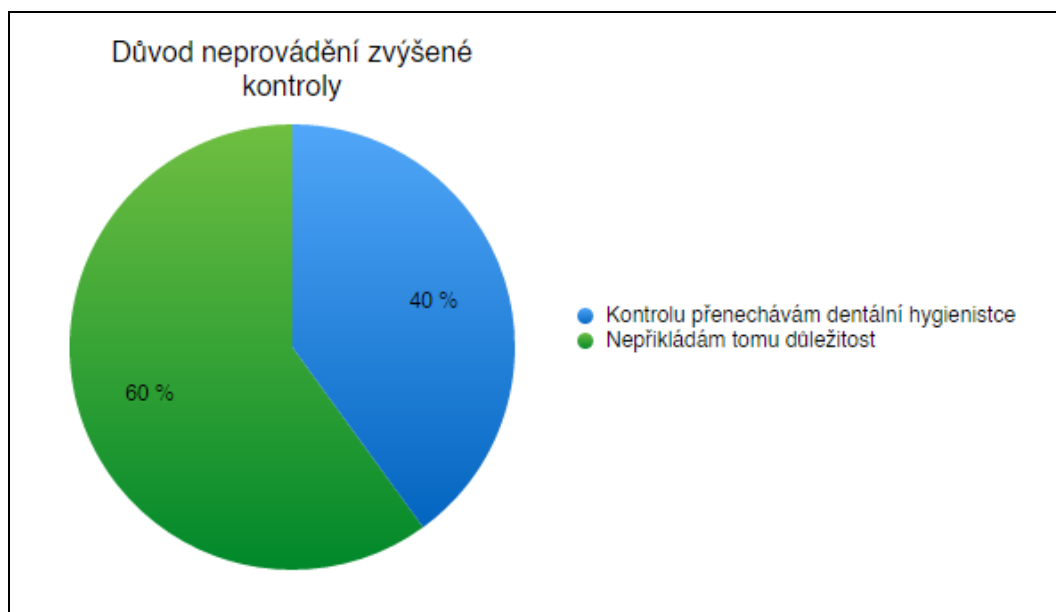
Ze snímatelných náhrad jsou pacienti nejčastěji rehabilitováni variantou částečně snímatelnou, což uvedlo 71 % (71) lékařů. 27 % (27) lékařů uvedlo jako nejčastější typ náhradu celkovou, a pouze 2 % (2) lékařů náhradu hybridní (viz Graf 6).

Graf 7 - Otázka č. 8: Věnujete zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou?



95 % (95) lékařů zvýšeně kontroluje tkáně pod snímatelnou náhradou. Pouze 5 % (5) lékařů tkáně pod snímatelnou náhradou nekontroluje se zvýšenou pozorností (viz Graf 7).

Graf 8 - Otázka č. 9: Pokud ne, je to z jakého důvodu?



60 % (3) lékařů, kteří nevěnují zvýšenou pozornost kontrole tkání pod snímatelnou náhradou, nepovažuje tyto kontroly za důležité. Zbýlých 40 % (2) lékařů přenechává kontrolu tkání dentální hygienistce (viz Graf 8).

Graf 9 - Otázka č. 10: Všiml/a jste si někdy v ústech pacienta změn na sliznici v důsledku nošení snímatelné náhrady?



Téměř všichni respondenti někdy zaznamenali změny na sliznici dutiny ústní pacientů, které souvisejí s nošením snímatelné náhrady (viz Graf 9).

Graf 10 - Otázka č. 11: Setkal/a jste se někdy u pacienta s orální kandidózou?

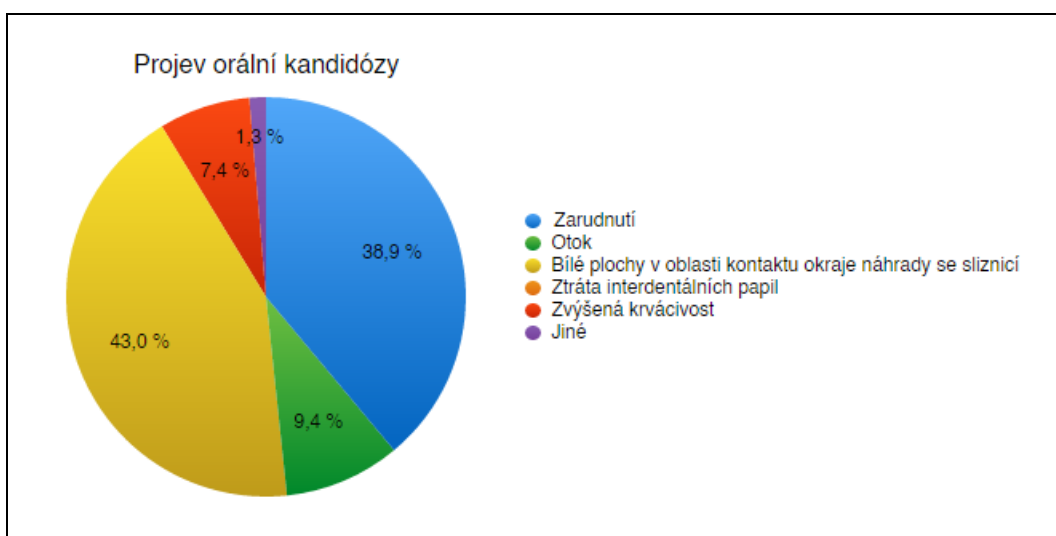


Pouze 15 % (15) dotazovaných lékařů se dosud neseťkalo s pacientem s výskytem kandidózy v dutině ústní (viz Graf 10).

Tabulka 2 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Zarudnutí	58	38,9
Otok	14	9,4
Bílé plochy v oblasti kontaktu okraje náhrady se sliznicí	64	43,0
Ztráta interdentalních papil	0	0
Zvýšená krvácivost	11	7,4
Jiné	2	1,3

Graf 11 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?

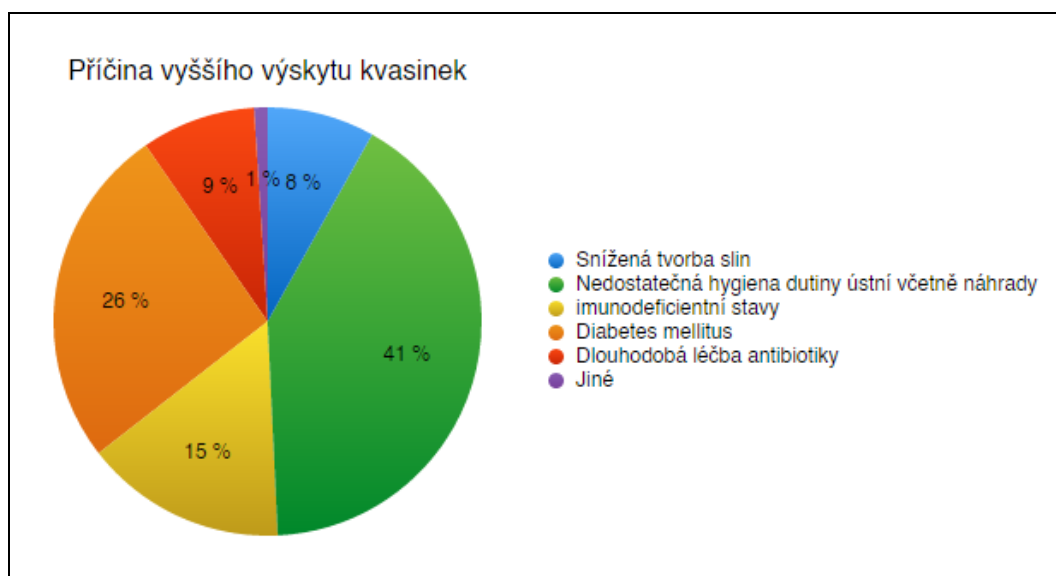


Lékaři, kteří se již setkali u pacienta s orální kandidózou, mohli u otázky č. 12 volit více odpovědí. Jako projev orální kandidózy uvádí zejména bílé plochy v oblasti kontaktu okraje náhrady se sliznicí (43 %) (64) a zarudnutí (39 %) (58). Otok je uveden v 9% (14) zastoupení (viz Tabulka2 a Graf 11).

Tabulka 3 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Snížená tvorba slin	16	8
Nedostatečná hygiena dutiny ústní včetně náhrady	81	41
Imunodeficientní stavy	30	15
Diabetes mellitus	51	26
Dlouhodobá léčba antibiotiky	17	9
Jiné	2	1

Graf 12 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?

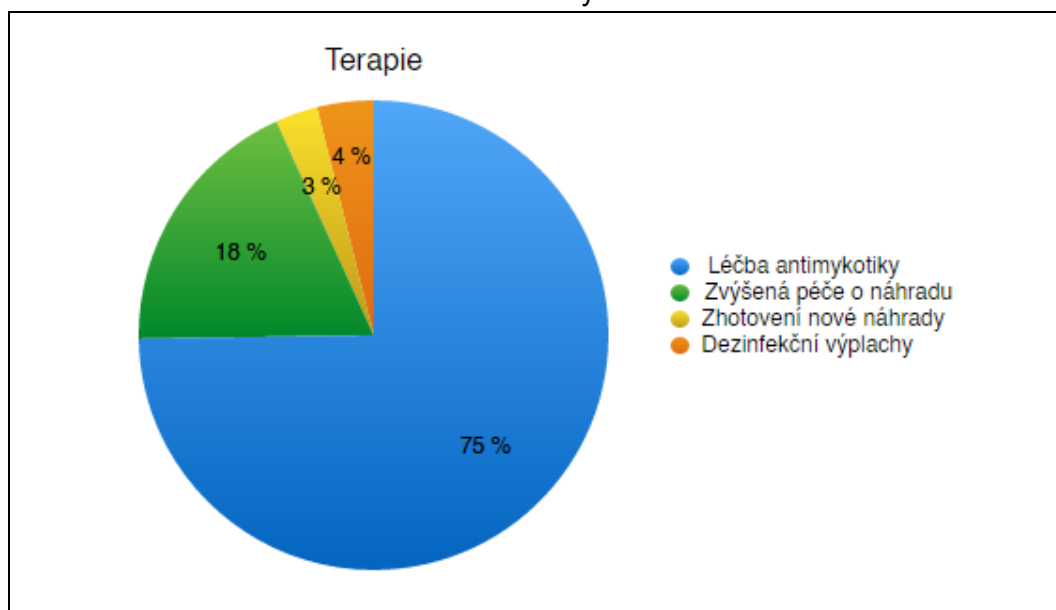


Otázka č. 13 v dotazníku pro zubní lékaře byla uzavřená s možností označit více odpovědí. Respondenti se ve 41 % (81) shodli, že důvodem orální kandidózy byla nedostatečná hygienická péče o snímatelnou náhradu a dutinu ústní pacienta. Mezi další příčiny uvedli Diabetes mellitus (26 %), imunodeficientní stavy (15 %) a dlouhodobou léčbu antibiotiky (9 %) (viz Tabulka 3 a Graf 12).

Tabulka 4 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?

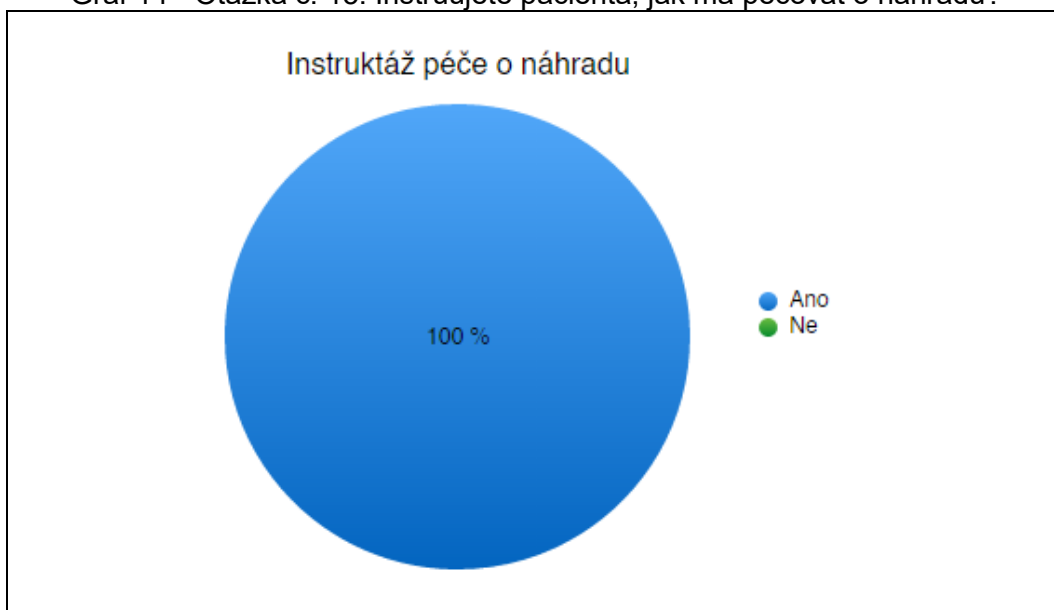
Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Léčba antimykotiky	77	75
Zvýšená péče o náhradu	19	18
Zhotovení nové náhrady	3	3
Desinfekční výplachy	4	4

Graf 13 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?



Kombinaci odpovědí umožňovala i otázka č. 14. V rámci terapie orální kandidózy lékaři nejčastěji volí farmakoterapii (75 %). Pouze v 18 % se shodují na doporučení zvýšit péči o náhradu. V méně než 5 % se shodují na desinfekčních výplacích a předělání náhrady (viz Tabulka 4 a Graf 13).

Graf 14 - Otázka č. 15: Instruuje pacienta, jak má pečovat o náhradu?

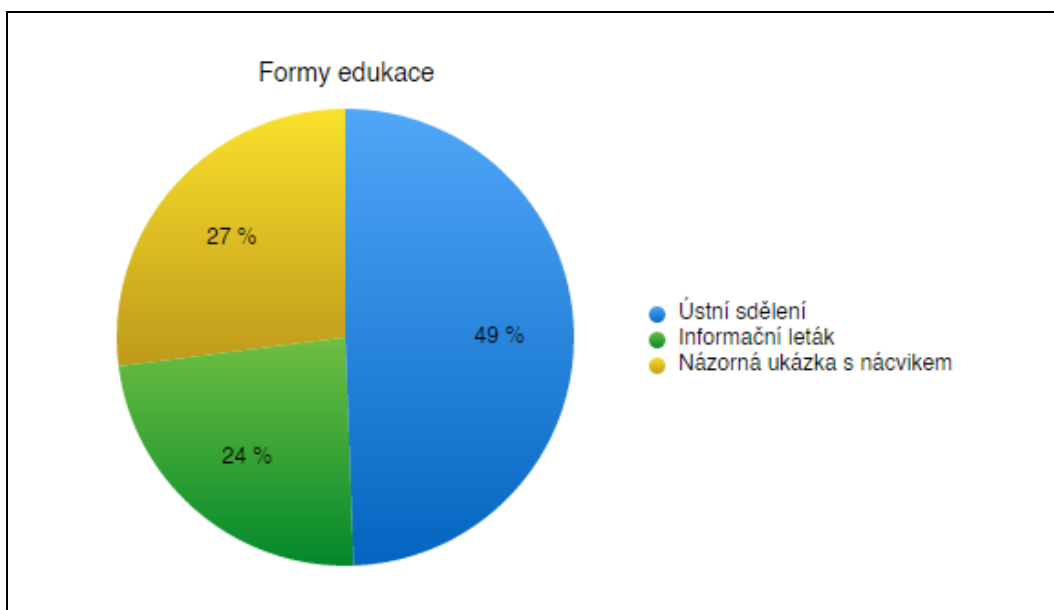


100% respondentů instruuje pacienty v oblasti péče o snímatelnou náhradu (viz Graf 14).

Tabulka 5 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?

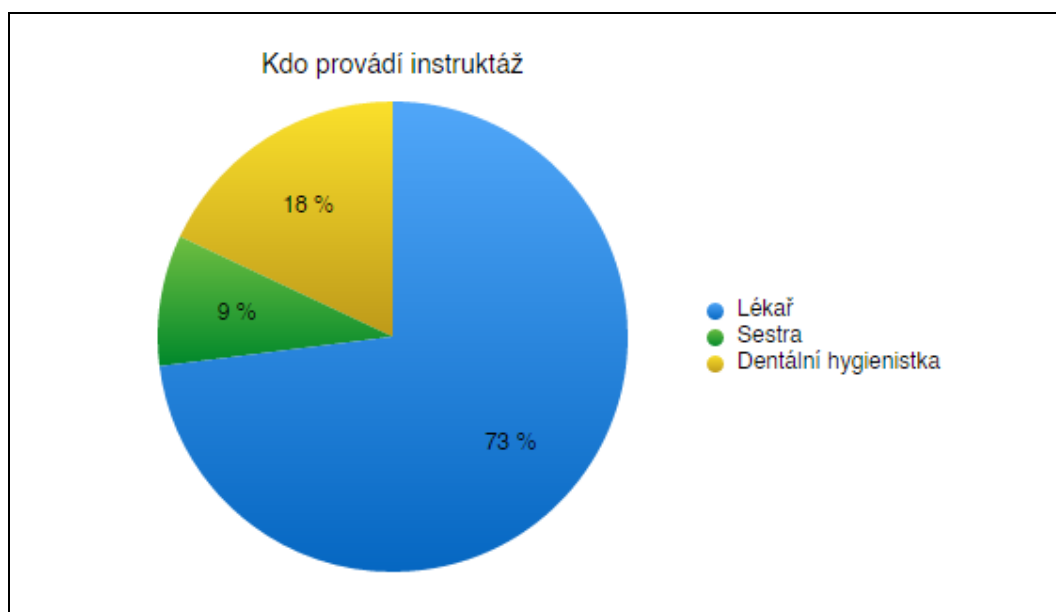
Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Ústní sdělení	86	49
Informační leták	41	24
Názorná ukázka s nácvikem	47	27

Graf 15 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?



Dotazovaní zubní lékaři měli u otázky č. 16 možnost označit více odpovědí. Ve 49 % (86) se shodují na instruktáži péče o náhradu prováděnou ústní formou. Následuje ukázka s nácviem péče o náhradu (27 %) a poskytnutí informačního letáku (24 %) (viz Tabulka 5 a Graf 15).

Graf 16 - Otázka č. 17: Kdo instruktáž provádí?



Pacienty osobně edukuje téměř 75 % (73) dotazovaných lékařů. 18 % (18) lékařů odpovědělo, že edukaci provádí dentální hygienistka. Zbýlých 9 % (9) lékařů uvedlo jako edukátora sestru (viz Graf 16).

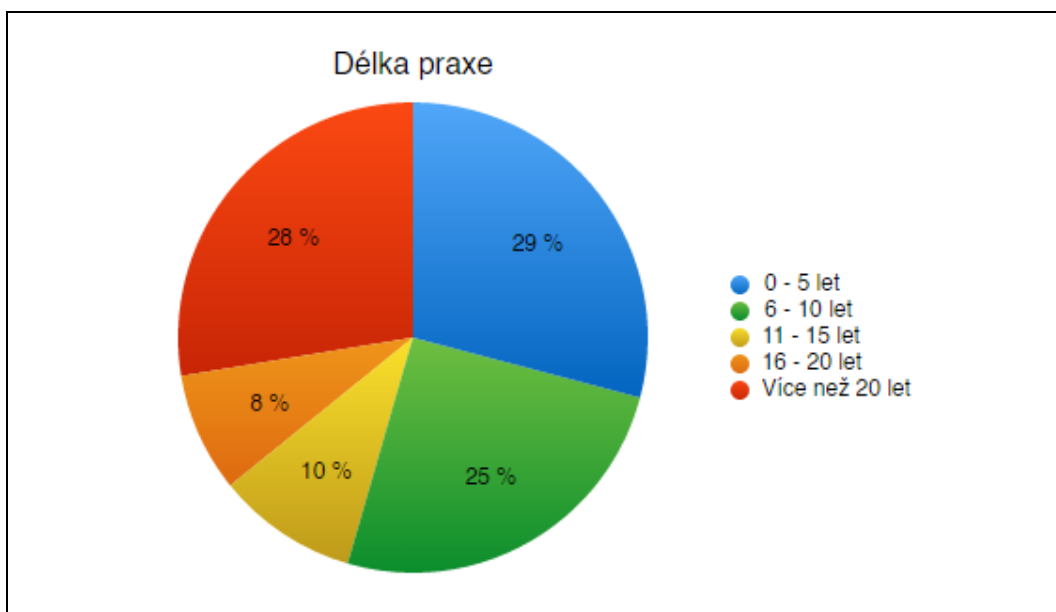
B) Odpovědi dentálních hygienistek

Tabulka 6 – Otázka č. 1: Vaše pohlaví.

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Muž	97	97
Žena	3	3

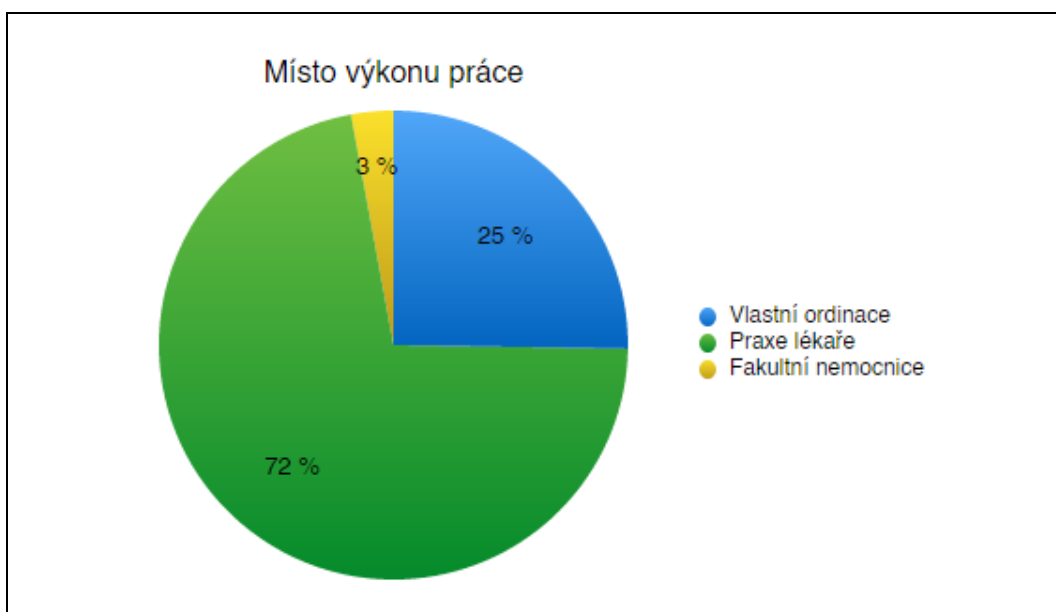
97 % respondentů byly ženy, pouze 3 % muži (viz Tabulka 6).

Graf 17 - Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve svém oboru?



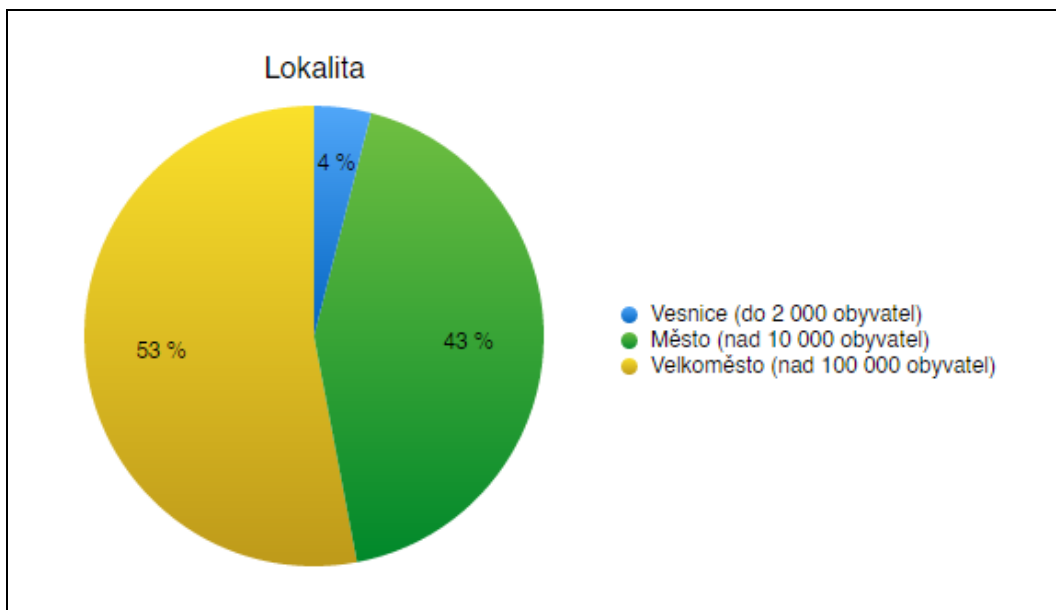
Celkem 29 % (39) z dotazovaných dentálních hygienistek má praxi do pěti let. Praxi delší než 20 let uvedlo 28 % (37) respondentů. Od šesti do deseti let pracuje v oboru 25 % (34) dotazovaných dentálních hygienistek. (viz Graf 17).

Graf 18 - Otázka č. 3: Pracujete ve vlastní ordinaci, jako zaměstnanec v praxi jiného lékaře či ve fakultní nemocnici?



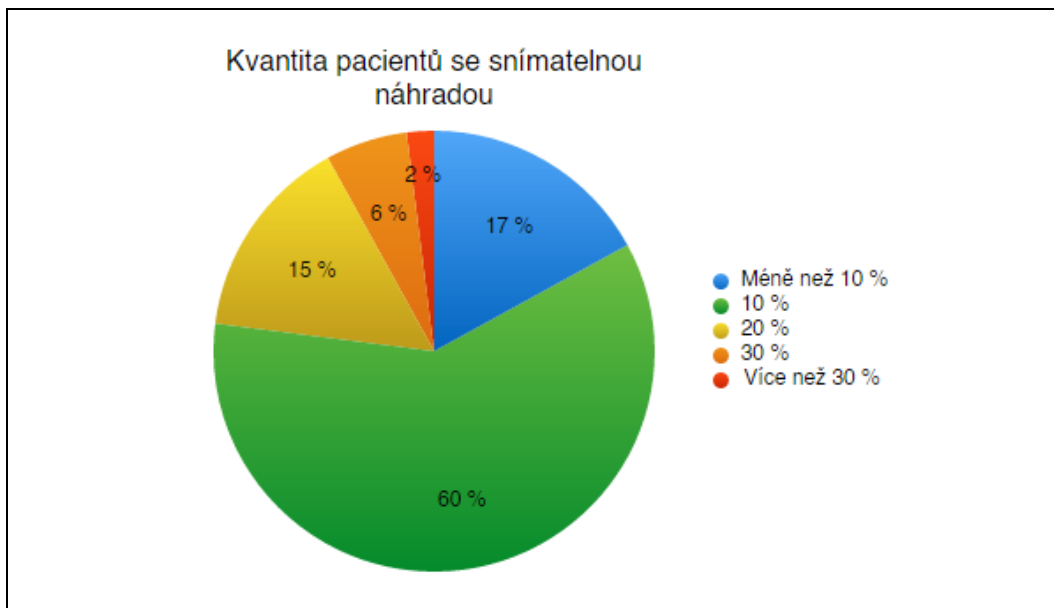
Dotazované dentální hygienistky mohly u otázky č. 3 označit více možností. V 72 % (74) pracují v praxi jiného lékaře. Ve vlastní ordinaci pracuje 25 % (26) respondentů. Pouze 3 % (3) dotazovaných dentálních hygienistek pracuje i ve fakultní nemocnici (viz Graf 18).

Graf 19 - Otázka č. 4: Kde se nachází vaše pracoviště?



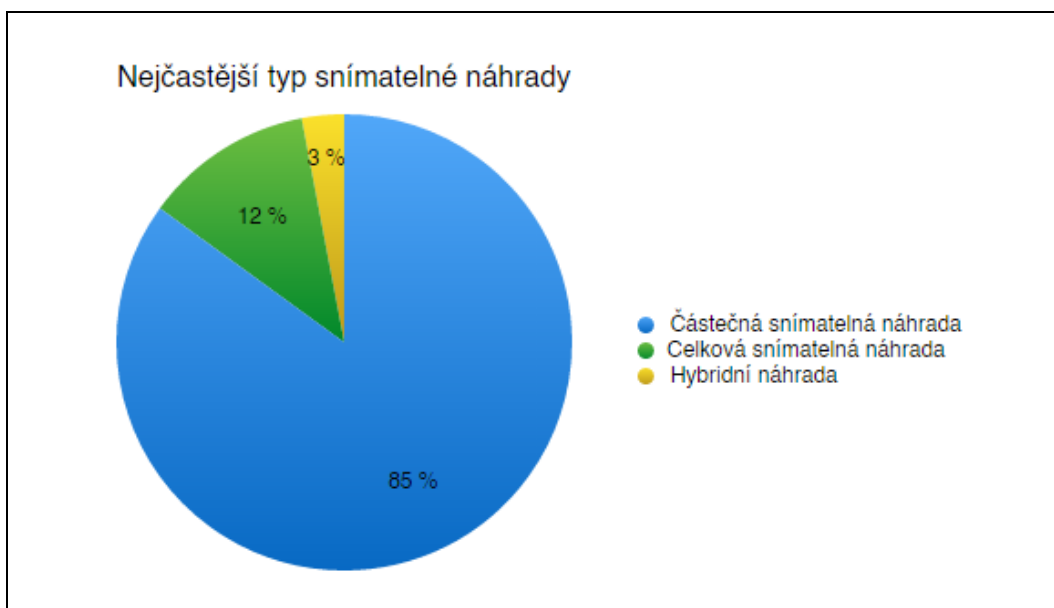
53 % (53) respondentů pracuje ve velkoměstě. Ve městě má pracoviště 43 % (43) dotazovaných dentálních hygienistek. Jenom 4 % (4) dentálních hygienistek pracuje na vesnici (viz Graf 19).

Graf 20 - Otázka č. 5: Kolik % ve vaší praxi tvoří pacienti se snímatelnou náhradou?



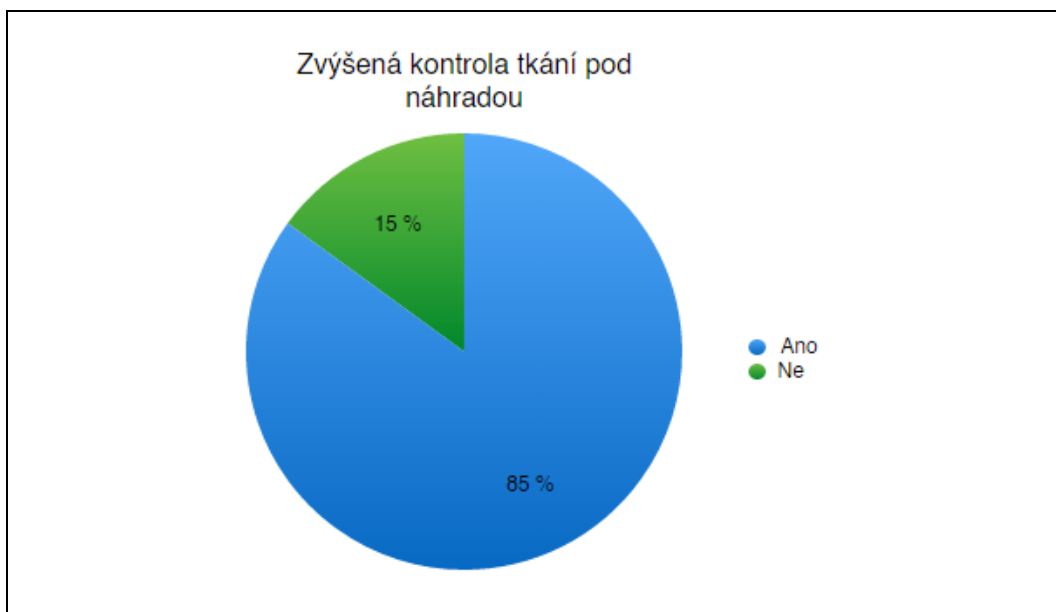
Z pacientů dotazovaných dentálních hygienistek představují nositelé snímatelných náhrad nejčastěji 10 % jejich klientely. Méně než 10% zastoupení uvedlo 17 % (17) respondentů. 15 % (15) respondentů odpovědělo, že pacienti se snímatelnými náhradami tvoří 20 % všech jejich pacientů (viz Graf 20).

Graf 21 - Otázka č. 6: Nejčastěji se jedná o jaký typ náhrady?



Jako nejčastější typ snímatelné náhrady u svých pacientů shledalo 85 % (85) respondentů částečnou snímatelnou náhradu. 12 % (12) dotazovaných dentálních hygienistek uvedlo celkové snímatelné náhrady. Zbylá 3 % (3) respondentů označila jako nejčastější hybridní náhradu (viz Graf 21).

Graf 22 - Otázka č. 7: Věnujete zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou?



Tkáně pod snímatelnou náhradou se zvýšenou pozorností kontroluje kromě 15 % respondentů každý z dotazovaných odborníků (viz Graf 22).

Graf 23 - Otázka č. 8: Pokud ne, je to z jakého důvodu?



93 % (14) dentálních hygienistek, které nevěnují zvýšenou pozornost kontrole tkání pod snímatelnou náhradou, uvedlo jako důvod, že tuto činnost dělá zubní lékař. Zbýlých 7 % (1) nepovažuje kontroly za důležité (viz Graf 23).

Graf 24 - Otázka č. 9: Pokud ano, uveďte, prosím, proč.



100 % (85) respondentů, jež uvedli, že kontrolují tkáně pod snímatelnou náhradou se zvýšenou pozorností, považuje tyto kontroly za samozřejmé (viz Graf 24).

Graf 25 - Otázka č. 10: Všiml/a jste si někdy v ústech pacienta změn na sliznici v důsledku nošení snímatelné náhrady?



V souvislosti s nošením snímatelné náhrady zaznamenalo slizniční změny v dutině ústní pacientů 83 % (83) dotazovaných dentálních hygienistek (viz Graf 25).

Graf 26 - Otázka č. 11: Setkal/a jste se někdy u pacienta s orální kandidózou?

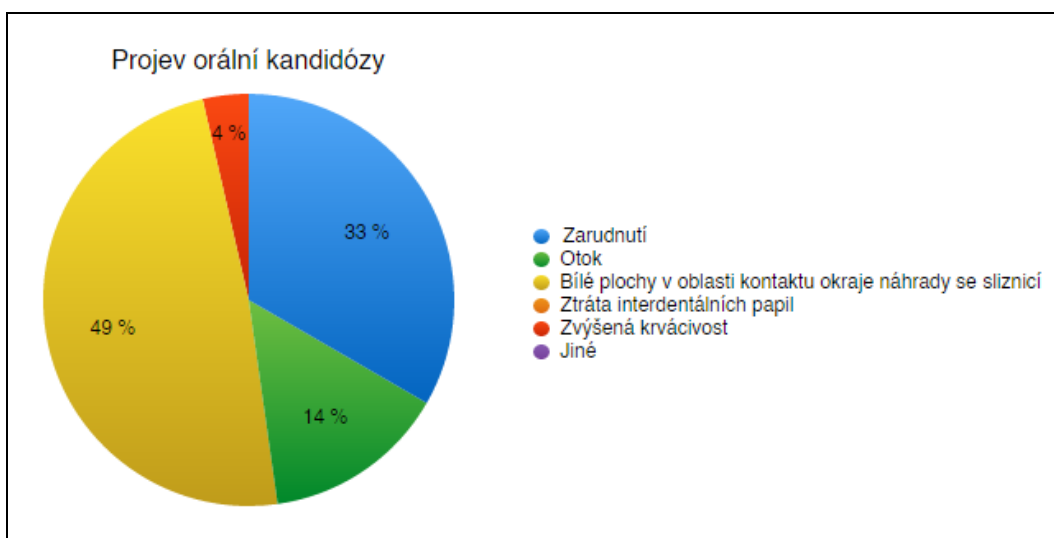


Celkem 55 % (55) respondentů se již setkala s výskytem orální kandidózy u svých pacientů. Tuto zkušenost nemá 45 % (45) dotazovaných dentálních hygienistek (viz Graf 26).

Tabulka 7 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovала na sliznici dutiny ústní?

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Zarudnutí	37	33
Otok	16	14
Bílé plochy v oblasti kontaktu okraje náhrady se sliznicí	54	49
Ztráta interdentalních papil	0	0
Zvýšená krvácivost	4	4
Jiné	0	0

Graf 27 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovала na sliznici dutiny ústní?

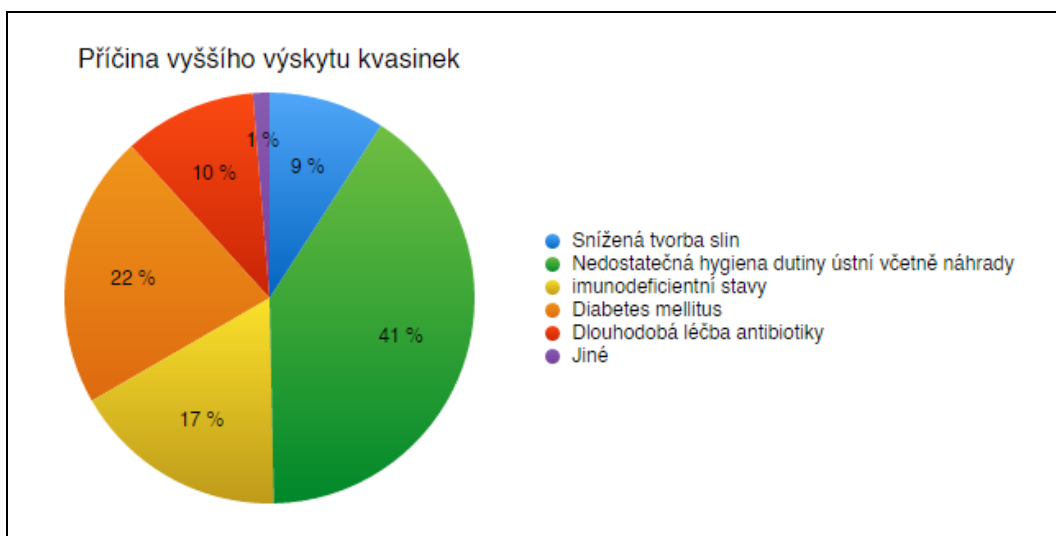


Otázka č. 12 v dotazníku pro dentální hygienistky umožňovala označení více odpovědí. Respondenti, kteří se někdy setkali s pacientem trpícím orální kandidózou, popisují ve 49 % (54) nález bílých ploch v oblasti kontaktu okraje náhrady se sliznicí. Dotazované dentální hygienistky mezi další projevy uvádějí zarudnutí (33 %), otok (14 %) a zvýšenou krvácivost (4 %) (viz Tabulka 7 a Graf 27).

Tabulka 8 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Snížená tvorba slin	14	9
Nedostatečná hygiena dutiny ústní včetně náhrady	62	41
Imunodeficientní stavy	26	17
Diabetes mellitus	33	22
Dlouhodobá léčba antibiotiky	16	10
Jiné	2	1

Graf 28 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?

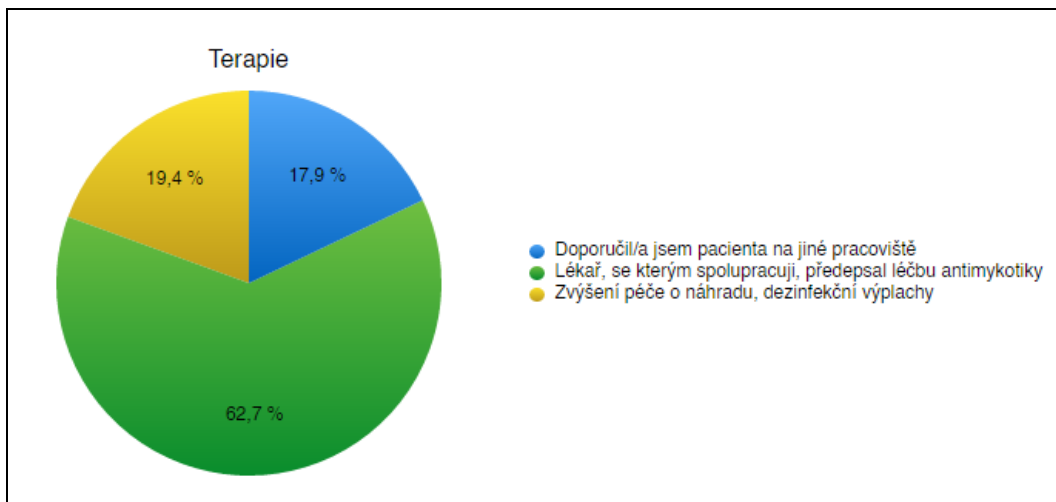


Při posuzování příčiny přemnožení kvasinek mohli respondenti označit více možností. Ve 41 % se (62) shodli, že přemnožení kvasinek v dutině ústní pacientů bylo způsobeno nedostatečnou hygienickou péčí o dutinu ústní včetně snímatelné náhrady. Příčinu v podobě diabetes mellitus uvedli respondenti shodně ve 22 % (33) (viz Tabulka 8 a Graf 28).

Tabulka 9 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?

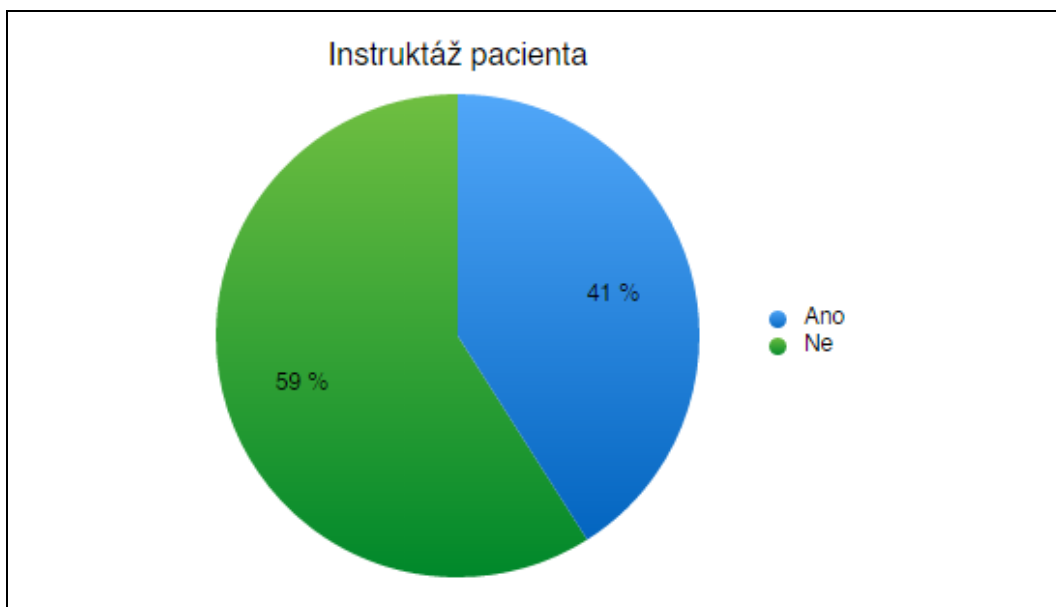
Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Doporučil/a jsem pacienta na jiné pracoviště	12	17,9
Lékař, se kterým spolupracuji, předepsal léčbu antimykotiky	42	62,7
Zvýšení péče o náhradu, dezinfekční výplachy	13	19,4

Graf 29 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?



Více možností mohli respondenti zvolit i u otázky č. 14. V 62 % (42) shodně označili léčbu antimykotiky, kterou předepsal ošetřující lékař. Pouze v 19 % (13) se shodují na doporučení zvýšit péči o náhradu doplněnou o dezinfekční výplachy (viz Tabulka 9 a Graf 29).

Graf 30 - Otázka č. 15: Je pacient po obdržení snímatelné náhrady předán vám, abyste mu vysvětlil/a péči o náhradu?

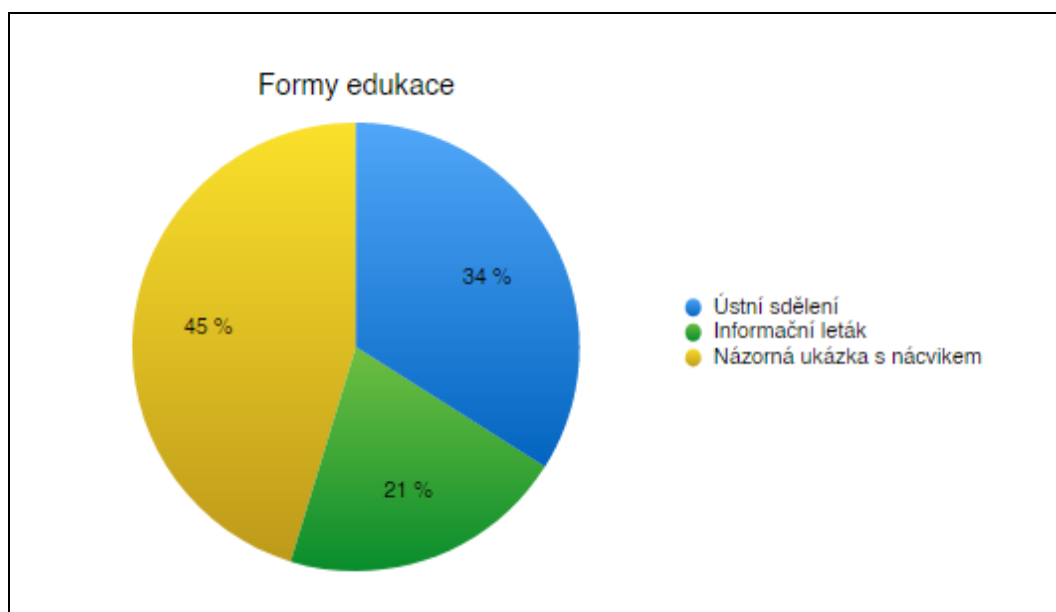


41 % (41) dotazovaných odborníků odpovědělo kladně na otázku týkající se instruktáže péče o náhradu u pacienta s nově nasazenou snímatelnou náhradou (viz Graf 30).

Tabulka 10 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Ústní sdělení	36	34
Informační leták	22	21
Názorná ukázka s nácvikem	48	45

Graf 31 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?

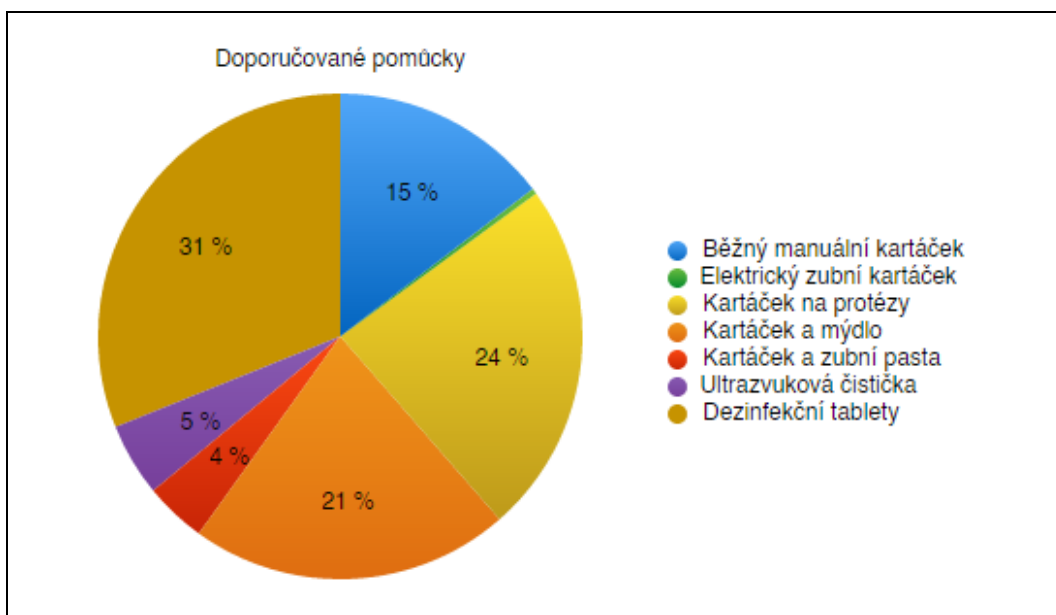


Více možností bylo možné zvolit u otázky č. 16 v dotazníku pro dentální hygienistky. Nejčastějším způsobem edukace je podle respondentů názorná ukázka péče o náhradu (45 %). Edukace ústní formou figuruje v zastoupení 34 %. Informační leták je nejméně používaný (viz Tabulka 10 a Graf 31).

Tabulka 11 - Otázka č. 17: Jaké pomůcky k čištění náhrady doporučujete?

Možnosti	Počet odpovědí [-]	Počet odpovědí [%]
Běžný manuální kartáček	39	15
Elektrický zubní kartáček	1	0
Kartáček na protézy	63	24
Kartáček a mýdlo	57	21
Kartáček a zubní pasta	11	4
Ultrazvuková čistička	13	5
Dezinfekční tablety	83	31

Graf 32 - Otázka č. 17: Jaké pomůcky k čištění náhrady doporučujete?



Otázka č. 17 umožňovala dotazovaným dentálním hygienistkám označit více možností. Nejvíce doporučovanou pomůckou k čištění snímatelných náhrad jsou dezinfekční tablety (31 %). Dotazovaní se ve 24 % shodli na doporučování speciálního protézového kartáčku. Používání ultrazvukové čističky shodně doporučuje pouze 5 % respondentů (viz Tabulka 11 a Graf 32).

5. Diskuse

Ztráty zubů představují mnohé změny v životě člověka. Ovlivňují vzhled, psychiku a mohou mít dopad i na dosavadní stravovací návyky. Protetická řešení rozsáhlých ztrát zubů snímatelnými náhradami jsou spojována především se seniory. Tato skupina populace vyžaduje cílenou péči i ve stomatologické oblasti. Pozornost by měla být zaměřena na prevenci vzniku onemocnění v dutině ústní, která by mohla být způsobena nedostatečnou péčí o snímatelnou náhradu.

Hypotéza č. 1:

Domnívám se, že pacienti se snímatelnými zubními náhradami tvoří méně jak polovinu klientely praktických zubních lékařů a dentálních hygienistek.

Z dotazníku vyplynulo, že pacienti se snímatelnou zubní náhradou tvoří nejčastěji 10 % z celkového počtu pacientů dotazovaných zubních lékařů. Jen 24 % zubních lékařů uvedlo 30% zastoupení takto proteticky ošetřených pacientů. Nad hranicí 40 % se pohybuje pouze jeden ze sta dotazovaných zubních lékařů. Obdobné údaje vyplývají i z odpovědí dentálních hygienistek na otázku týkající se stejné problematiky. Více než polovina respondentů z této kategorie uvedla 10% zastoupení nositelů snímatelných náhrad ve své praxi. Téměř 20 % dentálních hygienistek dokonce i méně než 10 %. Hypotéza č. 1 se tedy potvrdila.

Na základě odpovědí zubních lékařů předpokládám, že povědomí veřejnosti o důležitosti péče o dutinu ústní narůstá, a proto je procento lidí ošetřených snímatelnou náhradou nízké. Výsledky mého šetření korespondují i s obsahem článku z roku 2007 zveřejněném v časopise Progresdent. Lenčová v něm poukazuje na trend nárůstu počtu seniorů, kteří mají zachovaný a sanovaný vlastní chrup. Současně zmiňuje i pokles počtu osob, které už vlastní zuby nemají [19].

Dále jsem zjišťovala, jaký typ snímatelné náhrady pacienti respondentů nejčastěji nosí. Zubní lékaři i dentální hygienistky označili za nejpočetnější částečné snímatelné náhrady. 27 % zubních lékařů označilo celkové snímatelné náhrady a tutéž možnost uvedlo i 12 % dentálních hygienistek.

Nicméně předpokládám, že starší osoby se snímatelnou náhradou považují ošetření dentální hygienistkou za finančně náročné a mnohdy i zbytečné. Pacientům je třeba vysvětlit souvislosti mezi orálním zdravím a celkovým zdravotním stavem. Zároveň je potřeba vyvrátit domněnky o umělém chrupu ve spojitosti s jeho hygienou. Poučení by měli být o možnostech prevence slizničních onemocnění a způsobech nošení náhrady. Informovaný pacient snáze pochopí přínos návštěvy dentální hygienistky.

Hypotéza č. 2:

Dentální hygienistky při prohlídkách pacientů se snímatelnými náhradami nevěnují zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou.

Nevyhovující a špatně dosedající snímatelné zubní náhrady mohou dráždit sliznici dutiny ústní. Vzniknout pak mohou dekubity či slizniční duplikatury. Pacienti mohou být ostýchaví při svěřování se s problémy ve spojitosti s jejich náhradou nebo si potíží nemusí být vědomi. Rolí stomatologických odborníků je kromě provádění preventivních prohlídek i získání důvěry pacienta a cílené dotazování na spokojenost se zubní náhradou. Před vyšetřením dutiny ústní by měl být pacient vyzván vyjmout si stávající náhradu z úst. Teprve poté je umožněno cílené vyšetření sliznice pod náhradou i parodontu zubů, na kterých je náhrada kotvena, v případě částečné snímatelné náhrady.

85 % dotazovaných dentálních hygienistek věnuje zvýšenou pozornost kontrole tkání pod snímatelnou náhradou a považuje to za samozřejmost. Druhá hypotéza se tedy nepotvrdila.

83 % těchto hygienistek při vyšetření zaznamenalo slizniční změny, které přisoudily snímatelné náhradě. U zubních lékařů se jednalo až o 97 %

dotazovaných. Nicméně 17 % dentálních hygienistek v dotazníkovém šetření odpovědělo negativně. U této skupiny převažoval názor, že sliznici pod náhradou kontroluje zubní lékař, a proto dentální hygienistky tkáně nekontrolují. Avšak 5 % dotazovaných zubních lékařů se těmto kontrolám nevěnuje, protože to nepovažují za důležité nebo přenechávají tuto činnost dentální hygienistce. Ošetřující členové dentálního týmu by měli mít dohodnutou/stanovenou strategii uplatňovanou při preventivních kontrolách, aby se předcházelo komunikačním šumům, nekompletním vyšetřením dutiny ústní pacienta a přehlédnutí patologických projevů na ústní sliznici. Právě dutina ústní je totiž často prvním místem nálezu známek závažných onemocnění, které se dosud jinak neprojevují.

Hypotéza č. 3:

Zubní lékaři a dentální hygienistky se setkávají s přítomností kandidóz v dutině ústní pacientů jako důsledek nedostatečné péče o jejich snímatelnou náhradu.

Z výsledků dotazníkového šetření, které bylo prováděno mezi zubními lékaři a dentálními hygienistkami vyplývá, že nález orální kandidózy je nejčastěji uváděn do příčinné souvislosti s nedostatečnou péčí o snímatelnou náhradu. Výše uvedená hypotéza se tedy potvrdila. Překvapivé je, že jen 15 % respondentů z řad zubních lékařů a 45 % dotazovaných dentálních hygienistek dosud neošetřovalo pacienta trpícího orální kandidózou.

Onemocnění diabetes mellitus a poruchy imunity shledávají dotazovaní odborníci jako další nejvýraznější důvody výskytu kvasinkového onemocnění ústní sliznice u pacientů, kteří nosí snímatelnou náhradu. Autoři studie z roku 2011 zjistili, že četnost ústní kandidové infekce je značně vyšší u diabetických pacientů ve srovnání s nediabetiky [41]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) zveřejnil v roce 2015 zprávu, ve které je popsán dlouhodobý nárůst prevalence skupiny onemocnění diabetes mellitus v České republice [42]. Je žádoucí pacienty dostatečně informovat o způsobech péče o snímatelnou náhradu a následcích, které může nedbalá

hygienu snímatelné náhrady představovat pro jejich zdraví. Hygienické návyky rizikových skupin je nutné kontrolovat častěji. Respondenti byli tázáni i na zvolený terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy. V případě již probíhajícího onemocnění v dutině ústní způsobeného kvasinkami uvedli jako nejčastější způsob léčby předepsání odpovídajících léků a dále pak důslednou hygienu náhrad. Podle Slezáka a Dřízhala (2004) je nutné také obnovit bázi snímatelné náhrady a někdy zhotovit zcela novou náhradu [28]. Nicméně terapii orální kandidózy doplněnou o zhotovení nové náhrady uvedla jen 3 % dotazovaných zubních lékařů.

Hypotéza č. 4:

Předpokládám, že lékaři nedelegují vysvětlení péče o náhradu na dentální hygienistky.

Snímatelné protetické náhrady nahrazují rozsáhlé ztráty zubů. Je individuální, jak dlouho si pacient bude na jejich nošení zvykat a do jaké míry náhrada ovlivní dosavadní návyky. Domnívám se, že množství návštěv, které musí pacient absolvovat, než je mu zhotovena snímatelná náhrada, je pro starší pacienty náročné. Obdržení dlouho očekávané náhrady mohou považovat za poslední návštěvu zubní ordinace. Mylně by si však tito pacienti mohli myslet, že o umělý chrup již nemusí pečovat. Rolí zubních lékařů, dentálních hygienistek či zdravotních sester je vyvrátit tyto domněnky, předat pacientovi dostatek informací a zodpovědět případné otázky, které v průběhu rozhovoru vyvstanou.

Pacienti získávají informace nejčastěji přímo od stomatologů, což uvedlo 73 % dotazovaných zubních lékařů a 59 % dentálních hygienistek. 41 % dotazovaných dentálních hygienistek je odborníkem, který pacienta edukuje o hygieně snímatelných náhrad. Avšak zubní lékaři uvádějí, že delegují edukaci na dentální hygienistky pouze v 18 %. Dle výsledků výzkumu je zřejmé, že edukaci provádí převážně zubní lékaři. Hypotéza č. 4 se tedy potvrdila.

Podle mého názoru je ale výhodnější, aby roli edukátora zastávala dentální hygienistka. Utvrdily mě v tom i odpovědi respondentů na otázku týkající se forem edukace. Dotazovaní zubní lékaři příliš nevyužívají názornou ukázkou s nácvikem. Oproti tomu u dotazovaných dentálních hygienistek tato varianta edukace převažuje. Především se staršími pacienty může být komunikace časově náročnější. Předpokládám, že když má pacient dostatek času na vstřebání nových informací a možnost pod dohledem si čištění náhrady vyzkoušet, bude pro něj snazší si informace zapamatovat. Bude lépe motivovaný provádět čištění náhrady a zbylých zubů i doma. Dentální hygienistka pacienta seznámí s alternativami čištění zubní náhrady a současně ho upozorní na úskalí, která pro něj její nošení může představovat. Dosaženou úroveň ústní hygieny a zvládnutí péče o náhradu by měla kontrolovat na pravidelných vyšetřeních.

Zajímalo mě, jaké pomůcky doporučují dentální hygienistky pro čištění zubních snímatelných náhrad. Z výsledků dotazníků je zřejmé, že nejčastěji doporučovány jsou dezinfekční tablety, což uvedlo shodně 31 % dentálních hygienistek. Používání čistících tablet by mělo být zařazeno do každodenní péče o náhradu [19]. Nicméně stěžejním by mělo být čištění kartáčkem [33], který jako pomůcku doporučuje shodně 24 % dentálních hygienistek. Jedná se o variantu speciálního kartáčku určeného k čištění náhrad. 21 % dentálních hygienistek doporučuje kartáček v kombinaci s mýdlem.

6. Závěr

Snímatelné zubní náhrady zvyšují kvalitu života lidem, kteří z různých důvodů přišli o zuby. Obnovují schopnost artikulace, rozměňování potravy a v neposlední řadě zlepšují vzhled, který je pro sebevědomí člověka důležitý. A také se podílejí na psychické rehabilitaci. Pojišťovna plně hradí jen některé konstrukční typy snímatelných náhrad. Nositelé snímatelných náhrad by proto měli jejich hygieně věnovat odpovídající pozornost, aby se předešlo předčasným výměnám. Společným cílem by mělo být zajistit co nejděší funkčnost náhrady a předejít onemocněním ústní sliznice způsobených zanedbanou hygienou.

Z výzkumu vyplývá, že pacienti jsou ve stomatologické ordinaci edukováni, jak pečovat o náhradu. V rámci prvního šetření, které bylo zaměřené na zubní lékaře, vyplývá, že pacienty instruují v 75 % případů sami zubní lékaři a ve zbytku jsou předáni dentální hygienistce nebo sestře. Ze druhého šetření, kde odpovídali dentální hygienistky, vyplynulo, že v 59 % případů opět instruuje pacienta zubní lékař a ve 41 % dentální hygienistka. Nejčastější formou edukace je ústní sdělení, ale u dentálních hygienistek převládá názorná ukázka.

Výsledky dotazníkového šetření však také ukázaly, že nedbalá hygiena náhrad je nejčastějším důvodem výskytu orální kandidózy u pacientů dotazovaných stomatologických odborníků. Pouze 15 % zubních lékařů a 45 % dentálních hygienistek doposud nemělo pacienta, který by byl postižen orální kandidózou.

Pacienti se snímatelnými náhradami by měli být nabádáni k pravidelným preventivním kontrolám u zubního lékaře. Vzhledem k ceně za ošetření dentální hygienistkou by bylo výhodné, aby v roli edukátora navštěvovala cílenou skupinu pacientů například ve spolupráci s kluby seniorů. Rovněž by bylo vhodné, aby byl pravidelně realizován edukační projekt zaměřený na edukaci lidí se snímatelnými náhradami. V minulosti probíhal například projekt Corega seniori, který byl zaštiťován značkou Corega. Dentální hygienistky v rámci pojízdného Centra ústní hygieny

pro seniory, poskytovaly lidem bezplatné poradenství v oblasti péče o snímatelné náhrady.

Výstupem mé bakalářské práce je leták, který by mohl podpořit edukaci pacientů se snímatelnými náhradami ve stomatologických ordinacích.

7. Seznam použité literatury

1. WORLD HEALTH ORGANISATION. *World report on ageing and health* [online]. WHO: 2015 [cit. 2. 1. 2017]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1.
2. VACEK, J. *Protetické zubní lékařství*. In: MAZÁNEK a kol. *Zubní lékařství: propedeutika*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3534-4.
3. VACEK, J. *Základy protetického zubního lékařství a gnatologie*. In: MAZÁNEK, J. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.
4. STRUB, J., KERN, M., TÜRPEL, J. et al. *Protetika I. 4., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5260-0.
5. HUBÁLKOVÁ, H., KRŇOULOVÁ, J. *Materiály a technologie v protetickém zubním lékařství*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-726-2581-9.
6. BITTNER, J., NOVÁK, J. *Stomatologické protézy: učebnice pro střední zdravotnické školy. Díl 1*. Praha: Avicenum, 1982.
7. STRUB, J., KERN, M., TÜRPEL, J. et al. *Protetika III. 4., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5262-4.
8. BITTNER, J. *Protetická technologie pro střední zdravotnické školy: obor zubní technik*. Praha: Scientia Medica, 2001. ISBN 80-85526-77-8.
9. BARTÁK, P., ŠMUCLER, R. CAD/CAM technologie ve stomatologii - systém CEREC. Díl I.: Ordinační část. *Quintessenz*. 2006, **15** (6), ISSN: 1210-017X.
10. BARTÁKOVÁ, S., PRACHÁR, P., VANĚK, J. Klasifikace defektů chrupu. [online]. *StomaTeam*. 2008, **8** (2) [cit. 7. 7. 2016]. ISSN: 1214-147X. Dostupné z: <http://www.stomateam.cz/cz/klasifikace-defektu-chrupu/>.
11. VOLDŘICH, M. *Stomatologická protetika: vybrané kapitoly. Svazek 1*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975.
12. BITTNER, J. *Stomatologické protézy II: učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1982.

13. HOHMANN, A. a W. HIELSCHER. *Konstrukce částečných snímatelných náhrad ve stomatologii*. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-217-4.
14. DOSTÁLOVÁ, T. *Fixní a snímatelná protetika*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0655-5.
15. MACK, Florian. Litá skeletová náhrada - teoretická východiska a praktická doporučení. *Quintessenz*. 2006, **15** (5). ISSN: 1210-017X.
16. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu* [online]. ČSÚ: Praha, 2014 [cit. 16. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf/9f50d576-fb17-4b2a-a221-01b0ff96ee3b?version=1.0>.
17. HUBÁLKOVÁ, H., BARTOŇOVÁ, M., CHARVÁT, J., DOSTÁLOVÁ, T. Snímatelné náhrady a rizika jejich užívání. *Progresdent*. 2006, **12** (3). ISSN: 1211-3859.
18. PETERSEN, P. E., YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme [online]. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2005, vol. 33, p. 81-92 [cit. 27. 6. 2016]. Dostupné z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x/epdf>.
19. LENČOVÁ, E. Hygiena ústní dutiny v seniorském věku: specifické aspekty. *Progresdent*. 2007, **13** (6). ISSN: 1211-3859.
20. NEDVĚDOVÁ, M. *Orální hygiena*. In: MAZÁNEK, J. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.
21. BOTTICELLI, A. T. *Dentální hygiena: teorie a praxe*. Berlin; Praha: Quintessenz, 2002. ISBN: 80-903181-1-8.
22. PAZDERA, J. *Základy ústní a čelistní chirurgie. 2., rozšířené a doplněné vydání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 9788024426600.
23. KOŤOVÁ, M. *Ortodontický průvodce praktického zubního lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1305-5.
24. DITRICHOVÁ, D., KAPRÁLOVÁ, S. Kontaktní přecitlivělost a dutina ústní [online]. *Dermatologie pro praxi*. 2009, **3** (4) [cit. 28. 6. 2016]. ISSN: 1803-5337. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/der/2009/04/04.pdf>.

25. BERNARDOVÁ, M. Výživa pacientů s celkovými náhradami. *Česká stomatologie a Praktické zubní lékařství*. 2004, **104/52** (2). ISSN: 1213-0613.
26. KILIAN, J. *Prevence ve stomatologii*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 1999. ISBN: 80-7262-022-3.
27. SORRENTINNO, R., BORELLI, B., et al. Treatment of oral lesions due to removable prostheses [online]. *International dentistry – African edition*. 2011, vol. 1, no. 2. [cit. 28. 6. 2016]. Dostupné z http://www.moderndentistrymedia.com/jul_aug2011/sorrentino.pdf.
28. SLEZÁK, R., DŘÍZHAL, I. *Atlas chorob ústní sliznice*. Praha: Quintessenz, 2004. ISBN: 80-903181-5-0.
29. DANEŠ, L. Mykózy - kandidózy úst. *Diagnóza*. 2001, **4** (2). ISSN: 1212-3595.
30. BIANCHI CMP de C, BIANCHI HA, TADANO T, et al. Factors related to oral candidiasis in elderly users and non-users of removable dental prostheses [online]. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*. 2016, vol. 58, no. 17 [cit. 28. 6. 2016]. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4804554/>.
31. BLANKENSTEIN, F. Nesnášenlivost náhrady jako následek zvyšujícího se dráždění zubní náhradou a poklesu individuální tolerance. *Quintessenz. Zubní laboratoř*, 2002, **6** (3). ISSN: 1213-0117.
32. MIR, M., GUTKNECHT, N., MOJAHEDI, M., et al. Protetická stomatitida: ošetření diodovým laserem [online]. *StomaTeam*. 2016, **16** (2) [cit. 28. 6. 2016]. ISSN: 1214-147X. Dostupné z http://www.dental-tribune.com/printarchive/download/document/37572/file/98c3c3b3109cb3cd41ab4c0284eaf204_1-3.pdf.
33. KRŇOULOVÁ, J., ZEMEN, J., HOUBA, R. Domácí péče o snímatelné zubní náhrady. *Quintessenz*. 2000, **9** (2). ISSN: 1210-017X.
34. KOVALOVÁ, E., ELIAŠOVÁ, A., KOVAL, A., MARKOVSKÁ, N. *Orální hygiena*. [II., III.]. Prešov: Pavol Šidelský - Akcent print, 2010. ISBN: 978-80-89295-24-1.
35. KERN, M. Hygienická dlaha - účinná pomůcka pro péči o dutinu ústní u nositelů částečných snímatelných a hybridních náhrad. *Quintessenz*. 2012, **21** (6). ISSN: 1210-017X.
36. LAMB, D. J. *Celková náhrada, moderní postupy při ošetření pacienta*. 1. vydání. Praha: Quintessenz, 1995. ISBN: 80-901024-7-6.

37. MARXKORS, R. Gerontostomatologie. 4. část. Zubní náhrada - následná péče. *Progresdent*. 2007, **13** (4). ISSN: 1211-3859.
38. WILKINS, E. M.; WYCHE, Ch.J. (ed.). *Clinical practice of the dental hygienist*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013. ISBN: 978-1-4511-7575-2.
39. ULTRASONIC-CLEANER. *O ultrazvuku* [online]. Ultrasonic-cleaner: ©2017 [cit. 12. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.ultrasonic-cleaner.cz/page/o-ultrazvuku/6>.
40. NEJCENY. *Ultrazvuková čistička VGT – 800* [online]. © 2004 – 2017. [cit. 18. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.nej-ceny.cz/631662/ultrazvukova-cisticka-vgt-800-600-ml.html>.
41. OBRADOVIC, R., KESIC, L. G., et al. Diabetes mellitus and oral candidiasis [online]. *Acta Stomatologica Naissi*. 2011, vol. 27, num. 63 [cit. 5. 3. 2017]. Dostupné z: <http://publisher.medfak.ni.ac.rs/ASN/2011/1-broj/DIABETES%20MELLITUS%20AND%20ORAL%20CANDIDIASIS.pdf>.
42. ZVOLSKÝ, M. *Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2013* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2015 [cit. 24. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-diabetologie-pece-diabetiky-roce-2013>.

8. Souhrn

Cílem mé bakalářské práce bylo podat čtenáři ucelený přehled o zubních snímatelných náhradách, rizicích, která mohou pro jejich nositele představovat a dále pak o způsobech, jak pečovat o zbylý chrup a snímatelnou náhradu. Cílem praktické části bylo zjistit zkušenosti stomatologů a dentálních hygienistek s ošetřováním, patologickými nálezy v dutině ústní a edukováním pacientů, kteří nosí snímatelnou náhradu.

Rehabilitace rozsáhlých ztrát zubů snímatelnou náhradou má člověku zlepšit kvalitu života. Předpokladem je náhrada, která bude funkční. Pacient životnost náhrady ovlivní způsoby, jakými bude s náhradou zacházet. Jedná se zejména o kvalitní hygienickou péči věnovanou zubní náhradě. Zároveň lze zabránit vzniku či výrazně snížit riziko vzniku onemocnění sliznice dutiny ústní, která se pojí s nadměrným množstvím zubního mikrobiálního povlaku.

Podkladem pro praktickou část byly odpovědi zubních lékařů a dentálních hygienistek získané na základě dotazníkového šetření. Distribuce dotazníků probíhala v tištěné formě na Vinohradském stomatologickém dni v roce 2016 a dále pak v elektronické podobě na odborných diskuzích. Celkem bylo vyhodnocováno 200 dotazníků.

Výsledky šetření ukázaly, že slizniční změny spojené s nošením snímatelné náhrady zaznamenalo 97 % zubních lékařů a 83 % dentálních hygienistek. Překvapivé bylo, že s kandidovou infekcí se u pacientů nesetkalo jen 15 % zubních lékařů. Z řad dentálních hygienistek se jednalo o 45 %. Pacienti lékařů jsou vždy informováni o způsobech správné péče o snímatelnou náhradu. Nicméně podle respondentů je nález kandidové infekce u pacientů se snímatelnou náhradou nejčastěji přisuzován nedostatečné péči o snímatelnou náhradu.

Výše uvedená zjištění mě vedla k vytvoření letáku s informacemi, jak správně čistit zubní snímatelnou náhradu za pomoci dezinfekčních tablet a kartáčku na protézy. Informace získané u stomatologů by měly být motivací pro pochopení zvláště osob v seniorském věku, že péče o chrup pokračuje a je důležitá i v případě chrupu umělého.

9. Summary

The aim of this bachelor thesis is to present a comprehensive overview of removable dentures, the risks that the wearer can face and ways to take care of the remaining teeth and denture. The aim of the practical part is to find the experiences of dentists and dental hygienists with the treatment, pathological findings in the oral cavity and education of patients who wear dentures.

Rehabilitation of the large teeth losses with denture is supposed to improve the quality of the patient's life. The prerequisite is a replacement, which will be functional. Patient can affect the lifetime of the denture by the ways of using and treatment. The most important is the quality of care given to the dentures. At the same time, the risk of diseases of the oral mucosa can be prevented or significantly reduced, which is associated with excessive levels of dental microbial plaque.

The basis for the practical part were the answers of dentists and dental hygienists gained from the survey. Distribution of questionnaires was conducted in printed form at the Vinohrady Dental Day in 2016 and then in an electronic form on expert discussions. A total of 200 questionnaires were evaluated.

Results has showed that the mucosal changes associated with wearing dentures were recorded by 97 % of dentists and 83 % of dental hygienists. Surprising fact was that only 15 % of dentists did not meet Candida infections. Among dental hygienists it was about 45 %. The patients are always informed about the proper ways of dentures care. However, according to respondents, the finding of Candida infection is most often with patients with dentures and it is most frequently attributed to the inadequate care of dentures.

The findings described above led me to create a leaflet with information on how to properly clean dentures with the help of disinfectant tablets and brush on the prosthesis. The information gained from dentists should work as a motivation for understanding, particularly for older people, that dental care is important and it continues even in the case of artificial teeth.

10. Seznam obrázků

Obrázek 1 - Celková Fauchardova protéza [6]	9
Obrázek 2 – Snímatelná náhrada (zdroj: archiv autorky)	12
Obrázek 3 - Tříramenná litá spona [15]	14
Obrázek 4 - Třmen kotvený do kořene [14].....	15
Obrázek 5 - Horní a dolní celková snímatelná náhrada (zdroj: archiv autorky)...	17
Obrázek 6 – Pořadí základních typů protéz podle rozsahu, množství materiálu v ústech, komfortu a dlouhodobé spokojenosti pacienta [17].....	26
Obrázek 7 – Chronická erytematózní kandidóza [28].....	30
Obrázek 8 – Protetická stomatitida [34].....	31
Obrázek 9 – Kartáček na protézy (zdroj: archiv autorky).....	36
Obrázek 10 – Speciální kartáček na čištění vnitřních ploch spon [38]	36
Obrázek 11 – Čištění aproximálních ploch patric teleskopických korunek mezizubním kartáčkem [35].....	37
Obrázek 12 – Čistící tablety Corega (zdroj: archiv autorky)	38
Obrázek 13 – Ultrazvuková čistička [40].....	39

11. Seznam tabulek

Tabulka 1 - Otázka č. 1: Vaše pohlaví.	42
Tabulka 2 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?	47
Tabulka 3 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?..	48
Tabulka 4 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?	49
Tabulka 5 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu? .	50
Tabulka 6 – Otázka č. 1: Vaše pohlaví.	51
Tabulka 7 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?	58
Tabulka 8 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?..	58
Tabulka 9 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?	59
Tabulka 10 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?	61
Tabulka 11 - Otázka č. 17: Jaké pomůcky k čištění náhrady doporučujete?	61

12. Seznam grafů

Graf 1 - Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve svém oboru?	42
Graf 2 - Otázka č. 3: Pracujete ve vlastní ordinaci, jako zaměstnanec v praxi jiného lékaři či ve fakultní nemocnici?	43
Graf 3 - Otázka č. 4: Kde se nachází vaše pracoviště?	43
Graf 4 - Otázka č. 5: Spolupracujete s dentální hygienistkou?	44
Graf 5 - Otázka č. 6: Kolik % ve vaší praxi tvoří pacienti se snímatelnou náhradou?	44
Graf 6 - Otázka č. 7: Nejčastěji se jedná o jaký typ náhrady?	45
Graf 7 - Otázka č. 8: Věnujete zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou?	45
Graf 8 - Otázka č. 9: Pokud ne, je to z jakého důvodu?.....	46
Graf 9 - Otázka č. 10: Všiml/a jste si někdy v ústech pacienta změn na sliznici v důsledku nošení snímatelné náhrady?	46
Graf 10 - Otázka č. 11: Setkal/a jste se někdy u pacienta s orální kandidózou?...	47
Graf 11 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?..	47
Graf 12 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?	48
Graf 13 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?	49
Graf 14 - Otázka č. 15: Instruuje pacienta, jak má pečovat o náhradu?.....	50
Graf 15 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?	50
Graf 16 - Otázka č. 17: Kdo instruktáž provádí?	51
Graf 17 - Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve svém oboru?	52
Graf 18 - Otázka č. 3: Pracujete ve vlastní ordinaci, jako zaměstnanec v praxi jiného lékaře či ve fakultní nemocnici?	52
Graf 19 - Otázka č. 4: Kde se nachází vaše pracoviště?	53
Graf 20 - Otázka č. 5: Kolik % ve vaší praxi tvoří pacienti se snímatelnou náhradou?	54
Graf 21 - Otázka č. 6: Nejčastěji se jedná o jaký typ náhrady?	54
Graf 22 - Otázka č. 7: Věnujete zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou?	55
Graf 23 - Otázka č. 8: Pokud ne, je to z jakého důvodu?.....	56
Graf 24 - Otázka č. 9: Pokud ano, uveďte, prosím, proč.	56
Graf 25 - Otázka č. 10: Všiml/a jste si někdy v ústech pacienta změn na sliznici v důsledku nošení snímatelné náhrady?	57
Graf 26 - Otázka č. 11: Setkal/a jste se někdy u pacienta s orální kandidózou?...	57
Graf 27 - Otázka č. 12: Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?..	58
Graf 28 - Otázka č. 13: Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?	59
Graf 29 - Otázka č. 14: Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?	60
Graf 30 - Otázka č. 15: Je pacient po obdržení snímatelné náhrady předán vám, abyste mu vysvětlil/a péči o náhradu?	60
Graf 31 - Otázka č. 16: Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?	61
Graf 32 - Otázka č. 17: Jaké pomůcky k čištění náhrady doporučujete?.....	62

13. Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro lékaře/ lékařky

Příloha č. 2: Dotazník pro dentální hygienisty/tky

Příloha č. 3: Leták

14. Přílohy

Příloha č. 1

Anonymní dotazník pro lékaře/lékařky

Dobrý den, jmenuji se Eliška Urbanová a jsem studentkou oboru dentální hygienistka na 3. LF UK v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku vztahujícího se k mé bakalářské práci na téma Úloha dentální hygienistky u pacienta se snímatelnou náhradou. Výsledky dotazníku jsou zcela anonymní.

Děkuji Vám za spolupráci!
Eliška Urbanová, e.l.urbanova@seznam.cz

VYPLŇTE, PROSÍM, POUZE POKUD JSTE JEŠTĚ NEVYPLŇOVAŁ/A TIŠTĚNOU VERZI.

1. Vaše pohlaví Muž Žena
2. Jak dlouho pracujete ve svém oboru? *Označte jen jednu elipsu.*
 0 - 5 let 16 - 20 let
 6 - 10 let Více než 20 let
 11 - 15 let
3. Pracujete ve vlastní ordinaci, jako zaměstnanec v praxi jiného lékaře či ve fakultní nemocnici? *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*
 Vlastní ordinace Praxe lékaře Fakultní nemocnice
4. Kde se nachází vaše pracoviště?
Označte jen jednu elipsu.
 Vesnice (do 2000 obyvatel)
 Město (nad 10 000 obyvatel)
 Velkoměsto (více než 100 000 obyvatel)
5. Spolupracujete s dentální hygienistkou?
Označte jen jednu elipsu.
 Ano Ne
6. Kolik % ve vaší praxi tvoří pacienti se snímatelnou náhradou?
Označte jen jednu elipsu.
 Méně než 10 % 30 %
 10 % 40 %
 20 % Více než 40 %

7. Nejčastěji se jedná o jaký typ náhrady?

Označte jen jednu elipsu.

- Částečná snímatelná náhrada Celková snímatelná náhrada
 Hybridní náhrada

8. Věnujete zvýšenou pozornost kontrole tkáni pod náhradou?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Ne

9. Pokud ne, je to z důvodu:

Označte jen jednu elipsu.

- Kontrolu přenechávám dentální hygienistce
 Nepřikládám tomu důležitost
 Jiné: _____

10. Všiml/a jste si někdy v ústech pacienta změn na sliznici v důsledku nošení snímatelné náhrady?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Ne

11. Setkal/a jste se někdy u pacienta s orální kandidózou?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Ne

12. Pokud ano, jak se projevovала na sliznici dutiny ústní?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Zarudnutí
 Otok
 Bílé plochy v oblasti kontaktu okraje náhrady se sliznicí
 Ztráta interdentalních papil
 Zvýšená krvácivost dásní
 Jiné: _____

13. Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Snížená tvorba slin
 Nedostatečná hygiena dutiny ústní včetně náhrady
 Imunodeficientní stavy
 Diabetes mellitus
 Dlouhodobá léčba antibiotiky
 Jiné: _____

14. Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Léčba antimykotiky
- Zvýšená péče o náhradu
- Zhotovení nové náhrady
- Dezinfekční výplachy

15. Instruuje pacienta, jak má pečovat o náhradu?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Ne

16. Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Ústní sdělení
- Informační leták
- Názorná ukázka s nácvikem

17. Kdo instruktáž provádí?

Označte jen jednu elipsu.

- Lékař
- Dentální hygienistka
- Sestra

Příloha č. 2

Anonymní dotazník pro dentální hygienisty/ky

Dobrý den, jmenuji se Eliška Urbanová a jsem studentkou oboru dentální hygienistka na 3. LF UK v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku vztahujícího se k mé bakalářské práci na téma Úloha dentální hygienistky u pacienta se snímatelnou náhradou. Výsledky dotazníku jsou zcela anonymní.

Děkuji Vám za spolupráci!
Eliška Urbanová, e.l.urbanova@seznam.cz

VYPLŇTE, PROSÍM, POUZE POKUD JSTE JEŠTĚ NEVYPLŇOVAL/A TIŠTĚNOU VERZI.

1. Vaše pohlaví Muž Žena

2. Jak dlouho pracujete ve svém oboru? *Označte jen jednu elipsu.*

- 0 - 5 let 16 - 20 let
 6 - 10 let Více než 20 let
 11 - 15 let

3. Pracujete ve vlastní ordinaci, jako zaměstnanec v praxi jiného lékaře či ve fakultní nemocnici? *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Vlastní ordinace Praxe lékaře Fakultní nemocnice

4. Kde se nachází vaše pracoviště?

Označte jen jednu elipsu.

- Vesnice (do 2000 obyvatel)
 Město (nad 10 000 obyvatel)
 Velkoměsto (více než 100 000 obyvatel)

5. Kolik % ve vaší praxi tvoří pacienti se snímatelnou náhradou?

Označte jen jednu elipsu.

- Méně než 10 % 30 %
 10 % Více než 30 %
 20 %

6. Nejčastěji se jedná o jaký typ náhrady?

Označte jen jednu elipsu.

- Částečná snímatelná náhrada Celková snímatelná náhrada
 Hybridní náhrada

7. Věnujete zvýšenou pozornost kontrole tkání pod náhradou? Označte jen jednu elipsu.

Ano Ne

8. Pokud ne, je to z důvodu: Označte jen jednu elipsu.

- Tkáně pod náhradou kontrokuje lékař
 Nepřikládám tomu důležitost
 Nezbyvá mi na to čas
 Jiné: _____

9. Pokud ano, uveďte, prosím, proč:

Označte jen jednu elipsu.

- Lékař to po mě vyžaduje
 Je to pro mne samozřejmost
 Jiné: _____

10. Všiml/a jste si někdy v ústech pacienta změn na sliznici v důsledku nošení snímatelné náhrady? Označte jen jednu elipsu.

Ano Ne

11. Setkal/a jste se někdy u pacienta s orální kandidózou? Označte jen jednu elipsu.

Ano Ne

12. Pokud ano, jak se projevovala na sliznici dutiny ústní?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Zarudnutí
 Otok
 Bílé plochy v oblasti okraje náhrady se sliznicí
 Ztráta interdentálních papil
 Zvýšená krvácivost dásní
 Jiné: _____

13. Čemu jste přisoudil/a příčinu přemnožení kvasinek?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Snížená tvorba slin
 Nedostatečná hygiena dutiny ústní včetně náhrady
 Imunodeficientní stavy
 Diabetes mellitus
 Dlouhodobá léčba antibiotiky
 Jiné: _____

14.. Jaký byl terapeutický postup při zjištění výskytu orální kandidózy?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Doporučil/a jsem pacienta na jiné pracoviště
- Lékař, se kterým spolupracuji, předepsal léčbu antimykotiky
- Zvýšení péče o náhradu, dezinfekční výplachy

15. Je pacient po obdržení snímatelné náhrady předán Vám, abyste mu vysvětlil/a péči o náhradu?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

16. Pokud ano, jak provádíte instruktáž péče o náhradu?

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Ústní sdělení
- Informační leták
- Názorná ukázka s nácvikem

17. Jaké pomůcky k čištění náhrady doporučujete? *Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Běžný manuální zubní kartáček
- Elektrický zubní kartáček
- Kartáček na protézy
- Kartáček a mýdlo
- Kartáček a zubní pasta
- Ultrazvuková čistička
- Dezinfekční tablety

Nezapomínejte, že pečovat byste měli nejen o zbylý chrup, ale i o zubní náhradu, protože zubní povlak tvořený bakteriemi se usazuje i na jejím povrchu. Zabráňte destrukci zubů zubním kazem a ztrátě zbylých zubů. Současně zamezte vzniku zubního kamene a zánětlivým sliznice dutiny ústní.

- Vlastní zuby v ústech čistěte 2x denně.
- Zubní náhradu čistěte 1x denně.
- Náhradu nečistěte hrubými pastami a jinými mycími prostředky, které by mohly její povrch poškodit.

Dodržujte pravidelné návštěvy svého zubního lékaře a dentální hygienistky, abyste zajistili dlouhou životnost náhrady a zdraví své dutiny ústní. Upozorněte na jakékoli potíže, které v důsledku nošení náhrady pociťujete.

JAK PEČOVAT O ZUBNÍ SNÍMATELNOU NÁHRADU

Díky náhradě udržované v čistotě a pravidelným kontrolám u stomatologického odborníka pro Vás nemusí zubní náhrada představovat zdroj potíží.



Eliška Urbanová © 2017

Ráno

Vyčistěte si vlastní zuby.
Před opětovným nasazením náhradu opláchněte pod tekoucí vodou.

Během dne

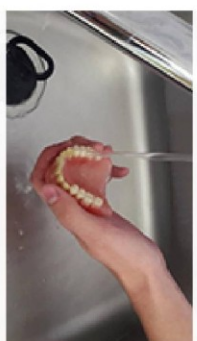
Po konzumaci potravy vyndejte náhradu z úst a vypláchněte si obyčejnou vodou. Opláchněte i náhradu a až poté ji nasadte zpět do úst.

Před spaním

Vyměňte náhradu a mechanicky ji očistěte od zubního povlaku a jiných nečistot. Náhradu čistěte nad ručníkem nebo napuštěným umyvadlem – vyvarujete se tak poškození náhrady při jejím náhodném vyklouznutí z dlaně.



Namočte kartáček do vody nebo použijte tekuté mýdlo, či čisticí gely na náhrady. Držte náhradu přiměřenou silou.



Použijte čisticí tablety. Nejprve vhoďte tabletu do nádoby/sklenice s vodou a poté vložte náhradu. Náhradu můžete v roztoku ponechat celou noc.

Roztok používejte jen na jedno čištění náhrady.

