

КЛИНИКО-ДИФЕРЕНЦИАЛНО-ДИАГНОСТИЧЕН МОДЕЛ НА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЯТРОГЕННИ ПРОЯВИ, ЛЕКУВАНИ СЪС СНЕМАЕМИ ЧАСТИЧНИ И ЦЕЛИ ПЛАКОВИ ПРОТЕЗИ

Калина Георгиева, Кирил Гогушев, Георги Костадинов, Методи Абаджиев
Катедра „Протетична дентална медицина“, Факултет по Дентална медицина,
Медицински университет - Варна

A CLINICAL APPROACH TO PATIENTS WITH IATROGENIC MANIFESTATIONS, TREATED WITH REMOVABLE PARTIAL AND COMPLETE ACRYLIC DENTURES

Kalina Georgieva, Kiril Gogushev, Georgi Kostadinov, Metodi Abadjiev
Department of Prosthetic Dental Medicine, Faculty of Dental Medicine,
Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Ятрогенните увреждания на тъканите в устната кухина при лечение със сменяеми частични и цели плакови протези са причинени от избор и изпълнение на неправилен лечебен план, лошо изработени протезни конструкции или несъвършенства в използваните материали и технологии. Патологичните увреждания могат да засегнат лигавицата, алвеоларната кост, ТЗТ и пародонта на опорните зъби.

Основните групи пациенти, лекувани със сменяеми частични и цели плакови протези, с ятрогенни прояви са две: клинично здрави пациенти, обеззъбени частично или изцяло поради недобро и неправилно стоматологично лечение до момента и медицински компрометирани пациенти, лекувани с частични или цели плакови протези.

Предложеният клинично-диференциално-диагностичен модел на поведение на лекаря по дентална медицина при пациенти с ятрогенни прояви в резултат от лечение със сменяеми частични и цели плакови протези се състои от 8 основни етапа.

Комбинацията от локализация, обхват и макроскопския вид на лигавичната клинична находка помагат на клинициста да стесни кръга от предполагаеми етиологични фактори, довели до ятрогенната проява. Подход на лекаря по дентална медицина е съобразно характера на идентифицирания проблем или група от проблеми.

Ключови думи: алгоритъм на поведение, ятрогенни прояви, сменяеми протези

ABSTRACT

Iatrogenic complications of the tissues in the oral cavity in patients treated with removable partial and complete acrylic dentures are caused by selection and execution of inappropriate treatment plan, poorly fabricated removable dentures or material's and technologies' imperfection.

Complications that occur could affect oral mucosa, alveolar bone, hard dental tissues and periodontium of abutment teeth.

The general groups of patients with iatrogenic manifestations due to previous prosthodontic treatment with removable partial and complete acrylic dentures are two: patients in good general health but with partial or complete edentulism due to poor and improper dental treatment until now and medically compromised patients treated with partial and complete dentures.

The proposed clinical protocol in cases with iatrogenic manifestations as a result of previous treatment with removable partial and complete acrylic dentures consists of 8 basic steps.

The combination of location, range and macroscopic type of the clinical finding helps the dentist to narrow the possible etiologic factors that cause the iatrogenic manifestation. The dentist's approach depends on the nature of the identified problem or group of problems.

Keywords: clinical protocol, iatrogenic manifestations, removable dentures

ВЪВЕДЕНИЕ

Ятрогенните увреждания на тъканите в устната кухина при лечение със сменяеми частични и цели плакови протези са причинени от избор и изпълнение на неправилен лечебен план, лошо изработени протезни конструкции или несъвършенства в използваните материали и технологии. Патологичните увреждания могат да засегнат лигавицата, алвеоларната кост, ТЗТ и пародонта на опорните зъби (18,19).

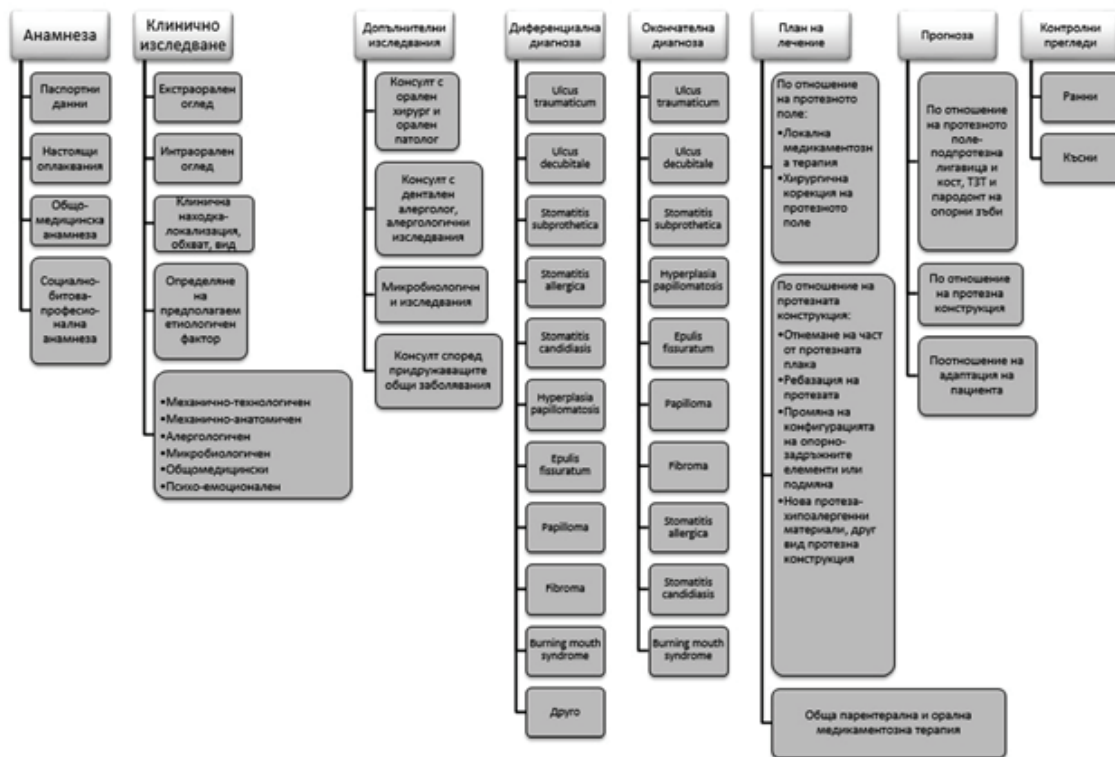
Сменяемите плакови протези са 43% от използваните протезни конструкции в България - според Бонев и кол. (2). Високият дял на този тип протезиране заедно с полиетиологичния характер на ятрогенните прояви вследствие на такъв тип лечение обуславят проблема за диагностика, лечението и профилактиката на тези ятрогенни прояви като актуален и значим за ежедневната дентална практика.

Сред диагностичните проблеми са точното отдиференциране на етиологичния фактор, довел до клиничната находка - механична травма, алергологичен или инфекциозен фактор, анатомични особености на протезното поле, несъвършенства на използваните материали и технологии за изработка на сменяемите протезни кон-

струкции, психоемоционален статус на пациента и др. Често сходната симптоматика и липсата на патогномонични симптоми изисква задълбочен диференциално-диагностичен подход.

Сред лечебно-профилактичните проблеми са повишеният риск от възникване на ранни контактни алергични стоматити или късни кръстосани токсоалергични реакции в зоната и около протезното поле, рискът от реинфекция при Candida-асоциирания подпротезен стоматит, изборът на подходящ материал и технология на изработка на сменяемата конструкция с цел минимизиране на микротравматизма на подпротезната лигавица.

При извършването на ретроспективен анализ в наличната литература се откриват множество съобщения, свързани с един или повече ятрогенни фактори в контекста на сменяемото протезиране, но не е открит ясно описан, систематизиран клинико-диференциално-диагностичен модел на поведение на лекаря по дентална медицина при пациенти с ятрогенни прояви, лекувани с частични или цели плакови протези. На база обобщените данни от литературата е представена графика, отразяваща основните етапи в диференциално-диагностично-лечебния процес при такива пациенти (Фиг. 1).



Фиг. 1. Схематично представяне на основните етапи от алгоритъм на поведение на лекаря по дентална медицина при пациенти с ятрогенни прояви в резултат от лечение със сменяеми частични и цели плакови протези

Схематично представяне на основните етапи от алгоритъм на поведение на лекаря по дентална медицина при пациенти с ятрогенни прояви в резултат от лечение със сменяеми частични и цели плакови протези

Предложеният алгоритъм на поведение се състои от 8 основни етапа: анамнеза, клинично изследване, допълнителни изследвания, диференциална диагноза, окончателна диагноза, план на лечение, прогноза и контролни прегледи.

Подробна и структурирана анамнеза, насочена към идентифициране на етиологичния фактор, довел до ятрогенни прояви при пациенти, протезирани със сменяеми частични и цели протези, е първият етап в търсенето на причинно-следствена връзка между клиничните симптоми и действията на лекуващия екип (ятрогенния) (47).

Прецизно се документират паспортните данни на пациента (име, възраст, контакти), следвани от анамнеза на настоящите оплаквания (*anamnesis morbi*). Обръща се внимание на характер и тежест на оплакванията, начало, еволюция и давност на проблема, събира се информация за протетичното лечение със сменяеми частични или цели протези - каква е била ситуацията преди протетичното лечение (31), провеждана ли е предпротетична подготовка и каква (1), избор на лечебен план и точно този тип протезни конструкции (30) - плакови протези, документация от допълнителни изследвания, консулти със специалист, рентгенографии или фотодокументация са много полезни, писмени указания към пациента след приключване на лечението, контролни прегледи и т.н. (3,14,27).

Субективни симптоми (пареща болка, сухота, промяна във вкуса) в устната кухина, съчетани с локални етиологични фактори, могат да насочат към алергологичен и микробиологичен проблем (6,25,26,35,43,44).

От анамнезата на живота (*anamnesis vitae*) особено важна е информацията за общото здравословно състояние, особено при медицински компрометирани пациенти, което насочва вниманието към възможен етиологичен фактор за ятрогенните прояви.

При диабетно болни често травмизираните участъци на подпротезната лигавица заздравяват по-бавно, пародонтът на опорните зъби е засегнат, при понижен имунитет се развиват вторични гъбични инфекции, в т.ч. и подпротезен кандидозен стоматит, ксеростомията допълнително влошава състоянието на травмизираната подпротезна лигавица и т.н. (37,42,50,54,55,57).

Социално-битовият статус на пациента може да обясни избора на дадената плакова конструкция пред друг вид протезна конструкция или друг план на лечение.

Клиничното изследване регистрира обективната симптоматика, като е желателно клиничната находка да се фотодокументира (5).

Екстраоралният оглед е насочен към находки, които биха могли да имат връзка с ятрогенния фактор - понижена (3) или повишена височина на оклузия (56), негативна устна стълбица може да се дължат на механично-технологичен проблем при изработка на протезните конструкции (16,17,19,46), оток или обрив по лицето и устните насочва към алергологичен проблем или неспазване на технологията на изработка и високи стойности на остатъчен мономер (11,12), често кандидозният подпротезен стоматит се асоциира с ангуларен хейлит и т.н.

Интраоралният оглед е особено важен за документиране на клиничната находка. Ятрогенните прояви засягат подпротезната лигавица и кост, ТЗТ и пародонта на опорните зъби при частични плакови протези. Клиничната находка по лигавицата се разделя според локализация, вид и обхват.

Според локализацията ятрогенната проява може да бъде разположена във вестибулума, по подпротезната лигавица, оралната мукоза или в областта на маргиналният пародонт на опорните зъби.

Според обхвата клиничните находки могат да бъдат генерализирани или локализирани.

Според макроскопския си вид се наблюдават увреждания с нарушаване целостта на лигавицата и проминиращи.

Комбинацията от локализация, обхват и вид на клиничната находка помагат на клинициста да стесни кръга от предполагаеми етиологични фактори, довели до ятрогенната проява.

Локализирана клинична находка във вестибулума или по оралната мукоза (език, бузи) с проминиращ макроскопски вид насочва към туморовидно разрастване (*epulis fissuratum*, *papilloma*, *fibroma*) в резултат на механично-технологичен или механично-анатомичен проблем (дълги протезни ръбове, плитък вестибулум, прехапване на език или бузи поради неправилно наредени или остри изкуствени зъби, дразнене от опорно-задръжни средства и др.) (17,21,27,28,29,41).

Генерализирана находка най-често по небцето под цели или частични плакови протези с вид на многобройни малки папиларни или нодуларни изпъкналости на лигавицата (*hyperplasia*

papillomatosis, stomatitis candidiasis) насочва към микробиологичен или механично-технологичен проблем (27,38,49).

Локализирана находка по подпротезната лигавица или оралната мукоза с нарушаване целостта на лигавицата насочва към травматична проява (ulcus traumaticum, ulcus decubitale) вследствие отново на механично-технологичен или механично-анатомичен проблем (недобре прилягаща протезна плака, позитивни перли, дълги и остри протезни ръбове, костни екзостози след екстракция на зъби, неравномерна атрофия на алвеоларния гребен и др.) (22,34,35,36).

Локализирана находка с нарушаване целостта на маргиналната гингива на опорните зъби също се свързва с механично-технологичен проблем (травма от опорно-задръжни средства или протезна плака) (3,4,18,51).

Генерализирана клинична находка, топографски свързана с протезната конструкция, изразяваща се в слабо изразен до силен еритем със или без едем, орални лихеноидни реакции, рецидивиращи афтози насочва към алергологична етиология или токсично действие на голямо количество остатъчен мономер поради неспазване на полимеризационния процес на използваната акрилова пластмаса (7,13,23).

Локализирани области на възпаление по нормална палатинална лигавица в контакт с протезата (разпръснати петехии, точковидна хиперемия, бели петна), както и генерализирано възпаление на подпротезната мукоза (дифузен еритем, едем) насочват към вторична кандидозна инфекция на вече травмизирана подпротезна лигавица, медицински компрометирани пациенти - търси се микробиологичен, механично-технологичен, механично-анатомичен, общомедицински проблем (13,23,26).

Уврежданията на ТЗТ на опорните зъби (кариозни и некариозни) се регистрират в денталния статус на пациента при интраоралния оглед, като се обръща внимание дали са топографски свързани с опорно-задръжни средства, лоша орална хигиена и др. (4).

Уврежданията на пародонта на опорните зъби се документират към пародонталния статус на пациента, като ятрогенните прояви могат да бъдат резултат на неправилен избор на вид протезна конструкция, неправилно конструиране на протезната плака и избор на опорно-задръжни средства, водещи до претоварване на пародонта на остатъчното съзъбие и до загуба на опорни зъби с увеличаване дефекта на зъбните редици (4,10,16,17,19,20,31,58).

След като клиницистът се е насочил към един или група предполагаеми ятрогенни фактори, се изясняват нозологичните единици, които ще бъдат включени в диференциалната диагноза на клиничния случай. С цел сравняване, приемане или отхвърляне сходни симптоми между нозологичните единици и поставяне на ясна, точна и вярна окончателна диагноза се назначават допълнителни изследвания – алергологични, микробиологични, провеждат се консулти със специалисти в съответните области - лицево-челюстен и орален хирург, орален патолог, дентален алерголог, според придружаващите общи заболявания (13,14,27,45).

Въз основа на цялата събрана информация и окончателната диагноза се изготвя план на лечение, съдържащ комплекс от мерки както към протезното поле, така и към протезните конструкции, съобразени с общото здравословно състояние на пациента и ятрогенния етиологичен фактор (Табл. 1).

Основните групи пациенти, лекувани със сменяеми частични и цели плакови протези, с ятрогенни прояви са две:

1. Клинично здрави пациенти, обеззъбени частично или изцяло поради недобро и неправилно стоматологично лечение до момента.
2. Медицински компрометирани пациенти, лекувани с частични или цели плакови протези - диабет (diabetes mellitus) тип 2, синдром на Съогрен (първичен или вторичен) и др. (9,15,40,45).

По отношение на протезното поле се провежда хирургична корекция (при механично-анатомичен проблем), локална медикаментозна терапия (при механично-технологичен, механично-анатомичен, алергологичен, микробиологичен, общомедицински проблем).

По отношение на протезната конструкция се правят корекции чрез отнемане на част от протезната плака, ребазация на протезата (при механично-технологичен, механично-анатомичен, микробиологичен проблем), промяна на конфигурацията на опорно-задръжните елементи или тяхната подмяна (при механично-технологичен, механично-анатомичен, психоемоционален проблем), изработва се нова протеза (при алергологичен проблем от хипоалергенни материали, друг вид протезна конструкция при механично-анатомичен проблем) (32,33,39,48,53).

Обща парентерална и орална медикаментозна терапия се провежда при алергологичен, микробиологичен, общомедицински, психоемоционален проблем.

Табл. 1. Подход на лекаря по дентална медицина съобразно характера на идентифицирания проблем или група от проблеми

Подход на лекаря по дентална медицина	Проблем					
	Механично-технологичен	Механично-анатомичен	Алергологичен	Микро-биологичен	Синдром на парещата уста	Психо-емоционален статус на пациента
Отнемане на част от протезната плака	+	+				
Промяна конфигурацията на опорно-задръжните елементи или подмяната им	+	+				
Нова протеза	+	+	+		+	+
Ребазация на протезата	+	+		+		
Алергологични изследвания			+		+	
Микробиологични изследвания				+	+	
Хирургична корекция на протезното поле		+				
Локална медикаментозна терапия - третиране на протезното поле с лекарствени средства	+	+	+	+	+	
Обща парентерална и орална медикаментозна терапия				+	+	
Консулт със специалист			+		+	+

При определяне на прогнозата от лечението на пациенти с ятрогенни прояви вследствие протезиране със сменяеми частични или цели плакови протези трябва да се вземат под внимание тежестта на патологичния процес и ефектът на оздравителния процес след евентуалното лечение (18).

По отношение на протезното поле имат значение степен на увреждане на подпротезната лигавица и кост, възможност за съхранение на опорните зъби (ТЗТ и пародонт).

По отношение на протезната конструкция се преценява дали тя може да бъде коригирана или се налага изработка на нова такава.

По отношение на адаптацията на пациента от значение е общото му здравословно състояние, лечение и контрол на придружаващите заболявания, психоемоционалната нагласа на пациента (17,31).

След приключване на лечението на ятрогенните прояви на пациента се предоставят писмени инструкции, включващи обяснения за грижи към протезното поле и протезните конструкции, времеви интервали за провеждане на ранни и късни контролни прегледи (16,17,31,34,46).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съвременната дентална медицина предоставя широк спектър от възможности за лечение и профилактика на пациенти с ятрогенни прояви, резултат от протезиране с частични или цели плакови протези (8,24,52). При адекватен и своевременно проведен клинично-диференциално-диагностичен процес по предложения модел е възможно постигане на удовлетворяващ краен резултат с добра прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаджиев М, Симеонов С, Балчева М. Предпротетична подготовка при цялостна рехабилитация на дъвкателния апарат. СДК и НУС. 2009; 2:21-23.
2. Бонев Б, Филчев Д, Даскалова Н, Янева Кр. Потребности от протезиране при населението над 20-годишна възраст в България. Дентална медицина. 2013; 95(2):164-168.

3. Ботушанов П. Диагностика и лечение на заболяванията на устната лигавица. Пловдив: Авто Спектър; 1997.
4. Ботушанов П. Пародонтология - клиника и консервативно лечение. Пловдив: Автоспектър; 2002.
5. Василева Р, Денков И. Информираност на студентите по дентална медицина относно приложението на денталната фотография. Варненски медицински форум. 2016. 5(1):103-105.
6. Великова Р. Алгоритъм на поведение за диагностика на пациенти със синдром на парещата уста (burning mouth syndrome). Дисертационен труд за присъждане на ОНС „доктор“. София; 2011.
7. Великова Р. Синдром на парещата уста. Алергология и орална медицина: Принципи и практики. под ред. А. Киселова и Б. Петрунов. София; 2013.
8. Влахова А. VALPLAST – идеалните протези? СДК и НУС. 2007; 6(4):181-185.
9. Джемилева Т. Ксеростомия (сухота в устата), етиология, клинични и терапевтични подходи. София: Ацер; 1998.
10. Джемилева Т. Заболявания на пародонта. София: Ацер; 1999.
11. Киселова-Янева А. Стоматологична алергология и огнищна диагностика. Монография. София: ИК „Гутенберг“; 2001.
12. Киселова-Янева А. Орална диагностика и планиране на лечението. Стоматологична практика. 2006; 4(1):4-7.
13. Киселова, А, Стоева И. Клинична картина на алергичните реакции. Подпротезен стоматит. В: Петрунов Б, Димитров В, Киселова А. Клинична имунология, Клинична Алергология, Дентална Клинична Алергология. София: „АРСО“; 2009. стр. 242-244.
14. Киселова-Янева А, Петрунов Б. Алергология и орална медицина. Принципи и практики. под ред. на Киселова-Янева А и Петрунов Б. София: „Иван Сапунджиев“; 2013.
15. Коларов Р, Панчовска М, Раденска-Поповок Ст. Синдром на Съогрен- медицинска и социална проблематика. София: Артик; 2006.
16. Кръстев З, Киселова-Янева А, Коларов Р. Орална медицина. 2009. стр.235-242, 440-446.
17. Пеев Т, Филчев А. Клиника на Протетичната дентална медицина. София: Еко Принт; 2008.
18. Попов Н. Клинични грешки и усложнения в зъбопротезирането. София: Медицина и физкултура; 1988.
19. Попов Н. Клиника на протетичната стоматология. София: Медицина и физкултура; 1992.
20. Попов Н. Практически подходи при протетичното лечение на дъвкателния апарат. Стара загора: Знание; 1995.
21. Попова Е. Stomatitis subprothetica – възможности за диагностика, насоки за етиологично лечение. Дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен “доктор”. Пловдив, Стоматологичен факултет; 2001.
22. Попова Е. Оценка на травматичното въздействие на протезните конструкции върху подлежащата лигавица при лица с подпротезен стоматит. СДК и НУС. 2013; 2(1):23– 28.
23. Стоева И, Киселова-Янева А. Алергични реакции към (мет)акрилатите в денталната практика: обзор от клиничната и изследователската литература. Дентална медицина. 2009; 91(1):80-85.
24. Стоева И, Абаджиев М. Ivoclar технология на Ivoclar- гаранция за високи якостно-механични показатели на цели протези. СДК и НУС. 2009, 1:36-39.
25. Стоева-Иванова И. Интраорална контактна свръхчувствителност към зъбопротезни материали. Дисертационен труд за присъждане ОНС „доктор“. София; 2009.
26. Стоева И. Практическо ръководство по Дентална клинична алергология. Пловдив: МУ-Пловдив; 2011.
27. Угринов Р. Лицево-челюстна и Орална хирургия. София; 2006.
28. Угринов Р. Тумори в лицево-челюстната и шийна области. София; 2009.

29. Угринов Р. Ръководство по хирургия с атлас. Том. 4 Лицево-челюстна хирургия, София: „Марин Дринов“; 2010.
30. Филчев А, Калъчев Я, Филчев Д, Павлова Ж. Фактори, които влияят на избора на определен вид протезна конструкция. Дентална медицина. 2012; 1:14-17.
31. Филчев А. Протетична дентална медицина- клиника. София: Mind Print; 2014.
32. Badel T, Celic R, Kraljevic S, Panduric J, Dulcic N. Complete denture remounting. Acta Stomat Croat. 2001; 35(3):381-387.
33. Badel T, Panduric J, Kraljevic S, Dulcic N. Checking the occlusal relationships of complete dentures via a remount procedure. Int J Prosthodontics and Restorative dentistry. 2007; 27(2):181-192.
34. Basker RM, Davenport JC, Thomason JM. Prosthetic treatment of the edentulous patient. 5th ed., Blackwell Publishing; 2011.
35. Cawson, Odell, Porter. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral medicine. 7th Edition; 2002.
36. Chom AG. Textbook of Oral medicine. Jaypee Brothers medical publishers LTD, 2nd ed.; 2010.
37. Dorocka-Bobkowska B, Zozulinska-Ziolkiewicz D, Wierusz-Wysocka B, Hedzelek W, Szumala-Kakol A, Budtz-Jørgensen E. Candida-associated denture stomatitis in type 2 diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010; 90(1):81-86.
38. Emami E, Seguin J, Rompre PH, de Koninck L, de Grandmont P, Barbeau J. The relationship of myceliated colonies of Candida albicans with denture stomatitis: An in vivo/ in vitro study. Int J Prosthodont. 2007; 20:514-520.
39. Garrett NR, Perez P, Elbert Ch, Kapur KK. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on masseter activity during chewing. The Journal of Prosthetic Dentistry. 1996; 76(4):394-402.
40. Ikebe K, Morii K, Kashiwagi J, Nokubi T, Ettinger RL. Impact of dry mouth on oral symptoms and function in removable denture wearers in Japan. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2005; 99(6):704-710.
41. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability, and support, Part 3: Support. J Prosthet Dent. 1983; 49(3):306-313.
42. Krasteva A, Panov V, Krasteva A, Kisselova A, Krastev Z. Oral cavity and systemic diseases- Diabetes mellitus. Biotechnol. & Biotechnol. Eq. 2011; 25(1):2183-2186.
43. Langlais, Miller. Colour Atlas of Common Oral Diseases. London, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2th ed., 4th ed.;2009.
44. Laskaris G. Pocket atlas of oral diseases. 2th ed.- Stuttgart etc., Thieme; 2006.
45. Lochhart P.B. ed. Oral medicine and medically complex patients. Wiley-Blackwell, 6th ed.; 2013.
46. MacEntee I.M. The Complete denture, A Clinical pathway. под ред. на проф. Пеев, София: „Шаров“; 2001.
47. Maharaj SR. Iatrogeny: Why patients come to harm. West Indian Medical Journal. 2010; 59(6):702-705.
48. Mostafa M, Mostafa M. The role of clinical remount procedures on the success of complete dentures. Egyptian Dental Journal. 1996; 42(1):1565-1570.
49. Oliveira CE, Gasparoto TH, Dionísio TJ, Porto VC, Vieira NA, Santos CF et al. Candida albicans and denture stomatitis: evaluation of its presence in the lesion, prosthesis, and blood. Int Prosthodont. 2010; 23:158-159.
50. Sanitá PV, Pavarina AC, Giampaolo ET. Candida spp. prevalence in well controlled type 2 diabetic patients with denture stomatitis. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. June 2011; 111(6):726-733.
51. Schmalz G, Arenholt-Bindslov D. Biocompatibility of Dental Materials, Springer; 2009.
52. Schuman Ch, Freigang H, Freigang N. Нова система за протези. Das Internationale Zahntechnik Magazin. 2005;10 (6р превод

- Станимирова) Нова система за протези.
Инфодент. 2007; 9, 85:53-57.
53. Shigli K, Angadi GS, Hegde Pr. The effect of remount procedures on patient comfort for complete denture treatment. J Prosthet Dent. 2008; 99:66-72.
54. Soell M, Hassan M, Miliauskaite A, Haikel Y, Selimovic D. The oral cavity of elderly patients in diabetes. Diabetes Metab. 2007; 33(1):10-18.
55. Soysa NS, Samaranayake LP, Ellepola AN. Diabetes mellitus as a contributory factor in oral candidosis. Diabet Med. 2006; 23:455-459.
56. Svensson P, Kaaber S. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. Journal of oral rehabilitation. 1995; 22(12):887-895.
57. Vitkov L, Weitgasse R, Hannig M, Fuchs K, Krautgartner WD. Candida-induced stomatopyrosis and its relation to diabetes mellitus. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2003; 32:46-50.
58. Wilson ThG, Kornman KS. Fundamentals of Periodontics. Под ред. проф. Ботушанов, София: „Шаров“; 1999.

Адрес за кореспонденция:
д-р Калина Георгиева, дм
Катедра „Протетична дентална медицина“
Факултет по дентална медицина, МУ-Варна
бул. „Цар Освободител“ 84
9000 Варна, България
e-mail: kalina213@gmail.com