

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный университет»
Факультет стоматологии и медицинских технологий

Кафедра стоматологии

Допускается к защите
Заведующий кафедрой

_____ (подпись)
« ___ » _____ 2018 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
НА ТЕМУ: Реакция тканей протезного ложа на съёмные
ортопедические конструкции

Выполнила студентка
Менлигулова А.А.
525 группы

Научный руководитель
д.м.н., проф. *Соколов Н.А.*

Санкт-Петербург
2018 Год

ОГЛАВЛЕНИЕ

Перечень условных обозначений и символов.....	3
Введение.....	4
Глава 1. Обзор литературы.....	8
Глава 2. Материалы и методы.....	20
Глава 3. Результаты собственных исследований.....	24
Заключение.....	49
Выводы	53
Список литературы.....	55
Приложение 1.....	59
Приложение 2.....	61

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ И СИМВОЛОВ

ЖЭ – жевательная эффективность

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ЖД – жевательное давление

СОПР – слизистая оболочка полости рта

СОПЛ – слизистая оболочка протезного ложа

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Зубное протезирование получило свое распространение еще в древние времена. Этому свидетельствуют находки, обнаруженные при раскопках гробниц и древних памятников. Долгое время зубные протезы изготавливались произвольно, и тем самым имели недостатки. На протяжении XIX в. зубное протезирование в России не являлось отдельным направлением в медицине, а лишь частью зубоврачевания, для которого было характерно освоение ручных методов изготовления протезов, при котором не отводилось должного внимания изучению внутренних процессов взаимодействия и реакции протеза с тканями полости рта [19].

На сегодняшний день, имея массу новых технологий, материалов способов изготовления протезов - мы имеем проблемы, связанные с адаптацией съемных протезов в полости рта. Материалы, входящие в состав съемных протезов, могут так или иначе влиять на состояние слизистой полости рта, вызывая ее аллергизацию и атрофические изменения тканей протезного ложа [7]. Это носит довольно распространенный характер в протезировании на сегодня, несмотря на то, что используемые материалы являются высокотехнологичными и биосовместимыми с тканями слизистой. Это также обусловлено и тем, что каждый день появляются все новые материалы и конструкции, которые требуют непосредственных исследований сложных межтканевых реакций в области контакта протеза и протезного ложа [7].

Несмотря на прогрессирующее развитие имплантационных методов замещения отсутствующих зубов, съемное протезирование по-прежнему актуально для пациентов, имеющих противопоказания к имплантации зубов и/или ограниченный бюджет [14,17].

Также, немаловажным является комплексный подход к лечению съемными зубными протезами, включающий специальную, индивидуальную подготовку и учитывающий анатомо-физиологические особенности

слизистых оболочек верхней и нижней челюстях. Проведение контрольных осмотров протезируемых пациентов, позволяет оценить степень адаптации СОПЛ к съемным протезам и своевременно определить изменения в тканях протезного ложа и предотвратить патологические процессы [21].

Целью настоящего исследования является оценка реакции тканей протезного ложа на съемные протезы и выявление взаимосвязи скорости адаптации слизистой оболочки полости рта пациентов к съемным протезам при использовании эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных, анальгезирующих и других средств.

Для реализации поставленной цели были разработаны следующие **задачи исследования:**

1. Установить взаимосвязь между локализацией травматических поражений СОПЛ и скоростью адаптации к съемным протезам;
2. Оценить взаимосвязь между реакцией тканей протезного ложа и характером подготовки полости рта к протезированию;
3. Сравнить количество корректировок пластмассового базиса съемных зубных протезов с наличием сопутствующих заболеваний в анамнезе;
4. Оценить качество фиксации съемных протезов на верхней и нижней челюстях;
5. Выявить взаимосвязь скорости адаптации к съемным протезам пациентов (через количество коррекций протезов) и использование эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных и других средств.

Научная новизна

Выявлена взаимосвязь скорости адаптации к съемным протезам пациентов и использования эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных, анальгезирующих и других средств. Установлена наиболее частая локализация травматических повреждений на слизистой оболочке полости рта съемными протезами. Определена зависимость степени фиксации съемных протезов от использования индивидуальных ложек на

этапе снятия оттисков, и от проводимых перебазировок протезов на верхней и нижней челюстях.

Практическая значимость работы

- Знания о возможных реакциях слизистой оболочки протезного ложа на съемные протезы, позволяет врачу-стоматологу-ортопеду оценить скорость адаптации к съемным протезам и составить наиболее полное представление о правильности планирования последующего ортопедического лечения.
- Разработанные методы обследования пациентов, применяющих полных и частично съемные зубные протезы через равные промежутки времени, дают возможность полноценно оценить состояние слизистой оболочки и снизить развитие атрофических процессов тканей протезного ложа.
- Применение пациентами дентальных гелей, таких как «Метрогил дента», «Солкосерил дентальный», «Камистад» и другие средства позволяют оценить степень влияния зубных протезов на протезное ложе при их использовании и оценить скорость адаптации слизистой оболочки.

Апробация работы

Материалы работы доложены на XXI Международной медико-биологической конференции молодых исследователей «Фундаментальная наука и клиническая медицина - Человек и его здоровье» СПбГУ, Санкт-Петербург, 14 апреля 2018 года; в сборнике статей Международной научно-практической конференции XXIV Международные Чтения (памяти Лузина Н.Н.), Москва, 1 апреля 2018 года.

По материалам исследования опубликованы статьи:

1. В.В.Костюничев, врач.//А.А.Менлигулова, студ.// Реакция тканей протезного ложа на съемные ортопедические конструкции.// XXI Международная медико-биологическая конференция молодых

исследователей «Фундаментальная наука и клиническая медицина — человек и его здоровье» 14 апреля 2018 года Санкт-Петербургский государственный университет. — 214 С. (Приложение 1)

2. Н.А.Соколович д.м.н., профессор кафедры стоматологии, СПбГУ//
В.В.Костюничев ассистент кафедры стоматологии, СПбГУ//
А.А.Менлигулова студент 5 курса, Факультет стоматологии, СПбГУ//
Влияние лекарственных средств на скорость адаптации слизистой оболочки полости рта к съемным протезам.—Международная научно-практическая конференция XXIV Международные Чтения (памяти Лузина Н.Н.), Москва, 1 апреля 2018 года. — 48 С.

(Приложение 2)

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Этиопатогенез травматических повреждений тканей протезного ложа съёмными ортопедическими конструкциями.

Протез, находясь в полости рта выполняет лечебную и профилактическую функции. Его задачей является не только лечение зубного дефекта путем его замещения, но и предупреждение развития заболеваний зубочелюстной системы [19].

Зубной протез, выполняющий свою функцию оказывает определенное действие на ткани и органы полости рта. Так как зубной протез в полости рта является инородным или по-другому раздражителем, то он соответственно помимо основной лечебной функции, оказывает и побочные действия на ткани протезного ложа. Для съёмного протеза тканями взаимодействия являются слизистая оболочка альвеолярного отростка, твердого неба, кламмеры, искусственные зубы и др. Понятие «протезное ложе» включает в себя органы и ткани, находящиеся в прямом контакте с протезом [7].

Прежде чем начать выяснять, как именно ортопедические конструкции оказывают свое влияние на протезное ложе, следует ознакомиться с тем, что собою представляет съёмное протезирование. Так как неблагоприятное действие, как правило, связано именно с типом конструкцией протеза, которое и определяет степень его контакта со слизистой полости рта, жевательное давление и прочее, остановимся на понятии съёмных ортопедических конструкций.

Съёмное протезирование делится на частичное и полное. В зависимости от дефектов зубных рядов применяется один из методов протезирования. Так при мелких, средних и больших дефектах применяется частичное съёмное протезирование, а при полной потери зубов - полное.

Для определения дефектов зубных дуг верхней и нижней челюстей при частичном съемном протезировании используют классификацию зубных рядов по Кеннеди [20].

Следует учитывать, что побочное действие зубного протеза связано с типом его конструкции, который определяет степень его воздействия на СОПР и способ передачи ЖД [7,15]. По типу конструкции съемные протезы можно разделить на пластиночные и бюгельные. Оба вида протезов имеют различия. К примеру, у пластиночных протезов вид передачи ЖД на протезное ложе вертикальный, что означает полную передачу жевательного давления на неадаптируемую для этого слизистую оболочку. А у бюгельного протеза вид передачи жевательной нагрузки комбинированный, то есть через базис протеза и систему удерживающих элементов на слизистую и опорные зубы [25]. Исключить полное воздействие на слизистую оболочку протезного ложа не удастся, но можно использовать вместо пластиночного протеза бюгельный, тем самым снизив площадь взаимодействия базиса с СОПР [7].

В конструктивных элементах частичного пластиночного съемного протеза выделяют базис, которые бывает пластмассовым или металлическим; систему опорно-удерживающих элементов (кламмеров) и искусственные зубы. Базис представляет собой пластинку, выполненную из металла и пластмассы, покрывающий альвеолярный отросток кости, на которую крепятся кламмера и искусственные зубы. Хочется отметить, что для правильного распределения ЖД на протезное ложе необходимо, чтобы базис протеза обладал достаточной прочностью, упругостью и минимальной пластичностью. Что касается материала, из которого должен быть изготовлен базис протеза, он должен как можно меньше адсорбировать компоненты ротовой жидкости и пищевых продуктов, а также не должен создавать дополнительных усилий при чистке зубов [20].

В конструктивных элементах бюгельного протеза выделяют металлический каркас, который состоит из дуги и фиксирующих элементов и также базиса, содержащего искусственные зубы. Хочется отметить, что в

бюгельном протезе именно за счет дуги происходит перераспределение жевательного давления на опорные зубы и альвеолярные отростки челюстей. Что касается технических свойств протеза, то дуга за счет упругости сплава способствует снижению жевательной нагрузки на седловидные части протеза, что в последующем также снижает ЖД на протезное ложе [20].

Травматическое воздействие как пластиночного, так и бюгельного съемного протеза на СОПР может быть достигнуто базисом, кламмерами, и самим протезом. Травма вследствие базиса протеза возникает чаще из-за несоответствия его границ с границами протезного ложа. Травма может наноситься шероховатостями внутренней поверхности протеза, его длинными и острыми краями. Также травматическое воздействие может достигаться вследствие деформации базиса протеза, повышении ЖД из-за отсутствия множественных контактов искусственных зубов, и при недостаточной фиксации и стабилизации протеза. Если возникло несоответствие протезного ложа базису протеза из-за атрофии костной ткани, неточного слепка или ошибок техника в процессе работы, то исправить протез можно с помощью перебазировки [27,31].

Для определения плана лечения при полной утрате зубов принято использовать классификацию беззубых верхних и нижних челюстей по Шредеру и Келлеру [25]. Итак, для верхней челюсти первый тип характеризуется хорошо выраженным альвеолярным отростком, буграми и высоким небным сводом; второй тип – средняя степень атрофии; третий тип – значительная атрофия, характеризующаяся полным отсутствием бугров и плоским небом. Для нижней челюсти при первом типе альвеолярные части округлены и незначительно равномерно атрофированы; при втором типе – выраженная, но равномерная атрофия; при третьем типе – выраженная атрофия в боковых участках; при четвертом типе – атрофия более выражена в передних участках зубной дуги [25]. Что является неблагоприятным в полном съемном протезировании то, что изменения, возникшие в полости рта в результате полной потери зубов, затрагивают не только альвеолярные

отростки челюстей, но и слизистую оболочку. В данной ситуации уже имеющая атрофия и полный съемный протез в полости рта окажут дополнительный компонент побочного влияния на протезное ложе.

Помимо конструктивных особенностей, следует обратить внимание на материалы из которых изготовлены протезы, так они чаще всего определяют токсическое действие на ткани протезного ложа. Протезы могут быть выполнены из акриловой пластмассы, нейлона, а также содержать металлические элементы в зависимости от вида протеза. Если учитывать атрофические процессы СОПЛ под базисом нейлонового и акрилового протеза в зависимости от состояния микроциркуляции, то показатели гемодинамики, в том числе и трофика тканей лучше под базисом нейлонового протеза. Соответственно степень атрофии и ишемии под базисом нейлонового протеза будет также снижена [2].

З.С. Васкуленко в своей работе указывает, что среди пациентов, использующих акриловые протезы распространены такие токсические проявления как акриловые стоматиты, дисфункции рецепторного аппарата и аллергические реакции [3,4,5].

Такие авторы как Иорданишвили А.К. Балин В.Н. и другие соавторы выделяют травматические, аллергические, токсические и физические протезные стоматиты [1].

Акриловые стоматиты возникают при нарушении режима полимеризации, приводящему к чрезмерному содержанию мономера в базисе до 8% [24].

1.2. Клинические проявления

Воспаление СОПР при протезном стоматите имеет очаговую или разлитую локализацию. Первое проявляется в виде одиночной или множественной точечной гиперемии или более крупных пятен на слизистой оболочке твердого неба, альвеолярных отростках верхней и нижней челюстях. Также на поверхности твердого неба (задняя треть) могут наблюдаться отек и

шероховатость по причине разрежения эпителия. Они могут носить признаки, как и катерального воспаления, так и выражаться в виде эрозий, гиперпластическими разрастаниями, которые могут отмечаться небольшими кровоизлияниями. Второй вид воспаления при акриловом стоматите носит диффузный характер и проявляется теми же признаками, что и очаговый, однако затрагивает непосредственно всю поверхность протезного ложа [7,34]. Также токсическое влияния акрилатов может привести к возникновению сухости языка и слизистой оболочки ротовой полости под базисом протеза. При осмотре на фоне гиперемии языка наблюдается атрофия и сглаженность сосочков [26].

Что касается дисфункции рецепторного аппарата то, по наблюдениям К.С. Маликова (1961) и А.М. Константинова (1964), у пациентов, использующих съемные протезы рецепторы СОПР немного иначе реагируют на различные температурные раздражители. Также в связи с проводимыми исследованиями (Новик И.О.1938, Андерсон Х.А. 1954, Василенко З.С. 1955) базис съемного пластинчатого протеза может также нарушать температурную, тактильную, вкусовую и болевую чувствительности. Все это может проявляться в виде жжения, пощипывания, ощущением сухости в области протезного ложа [7,13].

Помимо нарушения чувствительности, воздействие протезов на СОПР приводит к снижению ее защитных механизмов и миграции нейтрофильных лейкоцитов, которая в последующем может привести к слущиванию эпителия [7].

Одним из неблагоприятных факторов замещающих ортопедических конструкций является усиление слюноотделения. Усиленная саливация наступает через незначительное время после установки протеза и говорит о раздражении рецепторов слизистой оболочки ротовой полости [7].

Травма может проявляться при легкой форме в виде катерального воспаления слизистой оболочки, а при грубой - малые и большие пролежи(язвы), проникающие на различную глубину. Пролежневые язвы

кровоточат, покрыты серым фибринозным налетом, болезненны. Острые язвы сразу проходят после исправления краев протеза. В ином случае процесс переходит в хроническую форму. Хронические язвы имеют локализацию чаще на границе базиса протеза, имея щелевидную форму. После устранения причины эти язвы заживают при правильном гигиеническом уходе с образованием рубцов по переходной складке. Следует учитывать тот момент, что рубцы могут препятствовать созданию замыкающего клапана при последующим протезировании. В случае обнаружения проявлений травмы, необходимо своевременно заменить недоброкачественный протез [7,33,35].

Аллергические действие чаще всего возникают из-за остаточного мономера под названием метилметакрилат, содержащийся в пластмассе в концентрации 0,2 – 5,2% и сохраняющийся в протезе до года. Помимо остаточного мономера, аллергические реакции на съемные протезы вызывают и другие их составляющие такие как, гидрохинон, перекись бензоила, окись цинка и красители, которые проявляются клинически явлениями протезного стоматита. Тем не менее, эти вещества базисных пластмасс оказывают меньшее вредное воздействие на СОПР в силу своей малой концентрации [22,32]. Клинически аллергические явления проявляется гиперемией, отеком, кровоизлияниями, ощущением жжения и парестезиями слизистой оболочки полости рта и языка [5].

При разборе вопроса о побочных воздействиях протеза на СОПР необходимо не забывать о том, что на клиническую картину этих самых неблагоприятных влияний также оказывают такие факторы, как возраст, пол, состояние жевательно-речевого аппарата, профессиональная деятельность и общесоматический статус пациента [11,32].

1.3. Методы лечения и рекомендации по профилактике травм слизистой протезами.

План ортопедического лечения должен включать специальную (хирургическую, терапевтическую) и индивидуальную подготовку.

Индивидуальная подготовка должна учитывать анатомические и возрастные особенности альвеолярных отростков и покрывающих их тканей [19].

Анатомически имеются различия в строении альвеолярных отростков, небного свода и тканях, покрывающих их. К примеру факторами, обеспечивающими устойчивость зубных протезов, является выпуклость зубной дуги, выраженность альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей, широкий свод неба, высокий свод преддверия полости рта, низкое прикрепление уздечек губ [30]. Из этого следует, что при хорошей фиксации протеза в полости рта значительно снижается риск побочных воздействий на ткани протезного ложа.

Следует также учитывать и возрастные изменения у пациентов пожилого и старческого возраста, клинически проявляющиеся наличием атрофии альвеолярной части нижней челюсти, уплощением преддверия полости рта, увеличением подъязычных слюнных желез, продольными подвижными складками слизистой на протезном ложе, острыми челюстно-подъязычными линиями и подбородочно-язычной остью [22]. Эти проявления могут вызвать трудности для протезирования, к примеру, попытка расправить складки и тяжи, расположенные на гребне альвеолярного отростка, могут вызвать их деформацию и смещение. В ходе дальнейшего протезирования они утеснят базис протеза, тем самым увеличивая давление на ткани протезного ложа, приводя к последующим травматическим повреждениям [7].

По наблюдениям исследователей, протезы при полной и частичной потере зубов рекомендуется менять каждые 3-5 лет, потому что процессы атрофии и резорбции костной ткани продолжаются и под протезом. В случае длительного ношения протеза происходит износ протезных и наблюдаются изменения протезного ложа [12].

При протезировании необходимо уделить особое внимание срокам, степени, а также способам ускорения адаптации протеза к слизистой оболочке полости рта. Зубной протез, как уже упоминалось ранее, несмотря на то, что выполняет лечебную функцию, он еще является и инородным и может

оказывать побочное действие на ткани и органы полости рта. Во-первых протез, находящийся на протяжении долгого времени, изменяет естественное положение органов полости рта по отношению к друг другу, тем самым сокращает объем полости рта, приводя к нарушению артикуляционных пунктов, которые играют роль в образовании речи. В будущем из-за упражнений эти неблагоприятные факторы устраняются, и речь восстанавливается. От типа съемного протеза, толщины протезного базиса и анатомических особенностей пациента, будет и зависеть скорость восстановления речи. Во-вторых, новая альвеолярная высота, как правило, создает новые условия к адаптации жевательных мышц и ВЧС. При ее увеличении, повышается тонус мышц, фиксирующих нижнюю челюсть (миостатический рефлекс). При малом увеличении альвеолярной высоты миостатический рефлекс стихает, а при значительном увеличении – может сохраняться на протяжении долгого времени. Если так, то необходимо снизить альвеолярную высоту в 2-3 приема до прекращения болей. В-третьих, взаимоотношение между искусственными зубами с естественными приводит к возникновению новых окклюзионных контактов, которые, в свою очередь, могут изменять положение нижней челюсти к верхней и нарушать ее привычный характер движений. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что понятие адаптации к протезам включает и перестройку двигательных рефлексов, способствующих в будущем к выработке правильных движений нижней челюсти. [25]

В скором времени о отсроченном результаты протезирования определяются с помощью:

- субъективных ощущениях пациента;
- состоянии СОПЛ;
- фиксации протеза;
- функциональности речи и полноценной выработке жевательных движений;
- показателей жевательных проб [25].

Одним из признаков хорошей адаптации съемного протеза - является достаточная его фиксация в полости рта. Для точной фиксации протеза в ротовой полости необходимо произвести правильный функциональный оттиск с использованием индивидуальных ложек. В противном случае снятие оттиска без индивидуальных ложек, может привести к неточности полученного оттиска, что в дальнейшем приведет к неполноценному прилеганию протезного базиса к тканям протезного ложа. Непосредственно перед получением оттиска необходимо произвести коррекцию границ ее краев, которую проводят при помощи функциональных проб (Боянов, Осинг, Гербст и др.). К примеру, пробы Гербста подразумевают глотание слюны, медленное открывание рта, проведение языком по красной кайме губ, дотрагивание кончиком языка слизистой щеки при полуоткрытом рте, вытягивание губ «трубочкой», динамичное движение мимических мышц [26].

Также следует остановить свое внимание на слизистой оболочке полости рта, так как она является одним из звеньев в контакте протез и протезное ложе.

Слизистую оболочку протезного ложа Суппле по клиническим характеристикам подразделил на четыре вида.

1. Слизистая оболочка, соответствующая нормальным показателям: хорошо выраженные альвеолярные части, в меру податлива, умеренно секретизирующая слизистый секрет, бледно- розового цвета, минимально ранима.

2. Слизистая оболочка гипертрофированного типа, места прикрепления естественных складок находятся ближе к вершине альвеолярной части. Как правило она гиперемирована, чаще отечна, при пальпации рыхлой консистенции.

3. Слизистая оболочка третьего типа атрофическая, низкий альвеолярный гребень. Она по своей консистенции плотная, сухая, недостаточно секретизируемая.

4. Слизистая оболочка атрофирована, подвижные тяжи расположены продольно и свободно смещаются. Это приводит к их ущемлению, что в последующем значительно усложняет пользование протезом [25].

Из этого следует, что при планировании лечения необходимо учитывать и состояние слизистой оболочки полости рта, ведь при первом типе – протезирование наиболее благоприятное: слизистая оболочка выступает хорошей опорой для протеза(в частности и с металлическим базисом), в дальнейшем оно окажет минимальное побочное воздействие на слизистую, а при следующих типах – ситуация обратная: протез подвижен, что способствует недостаточной его фиксации, а в последующем возможности травматизации или оказании излишнего давления на протезное ложе [25].

Имеет место быть при съемном протезировании такой термин как податливость слизистой оболочки протезного ложа. Под податливостью слизистой оболочки полости рта понимают ее свойство сжиматься под давлением и при этом возобновлять свою изначальную форму [16]. Степень податливости и подвижности слизистой оболочки протезного ложа можно определить различными методами: от простых – пальпация и зондирование, к более сложным – при помощи специальных устройств Л.Л. Соловейчика С. А. Гущиной, прибора Яковлева К.К. и других [23].

По рекомендациям Гаврилова Е.И. и Мирозяна А. А. в плане ортопедического лечения необходимо определять податливость тканей протезного ложа, так как от этого зависит равномерное распределение ЖД от базиса съемного протеза на ткани протезного ложа. Это также необходимо для определения мало податливых участков СОПР, которые требуют снижения нагрузки, исходящей в дальнейшем от протеза [23].

В ходе ортопедического протезирования необходимо не только произвести правильное обследование, подготовку и непосредственно лечение, но и наблюдение за пациентом после постановки протеза [28]. Задача врача заключается в том, чтобы он проводил систематическое наблюдение за пациентом до момента обнаружения, что период привыкания благополучно

завершен и состояние протезного ложа хорошее. Это важно, так как именно в этот период могут возникнуть ряд мелких дефектов, которые травмируют слизистую оболочку протезного ложа [7].

После установки протеза, как уже упоминалось ранее, могут возникать различные реакции СОПР, одним из проявлений которых являются протезными стоматитами [7]. Существуют различные лекарственные средства, предотвращающие эти проявления на слизистой оболочке ротовой полости. К эпителизирующим препаратам относят «Солкосерил дентальный». Его действие заключается в обеспечении нормализации обменных процессов в эпителии (кератинизации) слизистой оболочки рта). Препараты «Метрогил дента», «Холисал», «Камистад» обладают противовоспалительным и противомикробным действием, в частности последние два имеют еще и анальгезирующий эффект. Таким образом, можно сказать о том, что названные препараты рекомендованы к использованию их после протезирования, так как они предохраняют слизистую оболочку рта от раздражения, оказывают противовоспалительное и противомикробное действие, обладают обволакивающим свойством [18].

Также задачей врача в периоде наблюдения является обучение пациента и контроль по гигиеническому уходу за полостью рта и протезом. Это важно, так как одной из причин побочного явления на ткани протезного ложа, является плохое гигиеническое состояние полости рта и неправильный уход за зубными протезами. Съемный протез нарушает функцию естественного самоочищения поверхности слизистой оболочки протезного ложа, приводящей к увеличению патогенной микрофлоры [8]. Одной из причин является образование пор при полимеризации пластмассы, а именно вымывании из нее мономера. Недостаточная полировка протеза в местах прикрепления его к тканям протезного ложа, приводит к накоплению пищи и в последующем загрязнению ротовой полости [7].

При проводимых исследованиях выяснилось, что плохой уход за протезами также способствует неблагоприятному воздействию на ткани

протезного ложа [10]. Исходя из вышесказанного, для предотвращения возникновения подобных воздействий к профилактическим действиям можно отнести:

- тщательный и грамотный инструктаж о правилах пользования зубными протезами;

- регулярное проведение личной гигиены пациентом непосредственно полости рта и правильный уход за самим зубным протезом [29].

Таким образом, знания о возможных неблагоприятных реакциях слизистой оболочки протезного ложа на съемные протезы, обусловленные их составом, типом конструкции, степенью фиксации и другое, позволяет врачу-стоматологу-ортопеду оценить скорость адаптации к съемным протезам и составить наиболее полное представление о правильности планирования последующего ортопедического лечения.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика обследованных

В ходе практического исследования было обследовано 72 пациента (22 мужчин и 50 женщин), проживающих в г. Санкт-Петербург, прошедших ортопедическое лечение частичными и полными съемными протезами в ортопедическом отделении СПб ГБУЗ Городской поликлиники №39 в возрасте от 52 до 96 лет (средний возраст 63,6 лет). Их распределение по возрасту и полу представлено в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1.

Распределение больных по возрастным группам и полу.

Пол	Возраст				Всего
	50-59лет	60-69 лет	70-79 лет	80 лет и старше	
Мужчины	4	10	2	6	22
Женщины	8	12	16	14	50
Итого	12	22	18	20	72

2.2. Методы исследования испытуемых и их протезов

В практическом исследовании использовались следующие методы:

- клинические;
- параклинические;
- социологический(анкетирование).

2.2.1. Клинические методы

В ходе практического исследования в течение полгода, с сентября 2017 года по март 2018 года было обследовано 72 пациента (22 мужчины и 50 женщин) в возрасте от 52 до 96 лет, прошедших ортопедическое лечение частичными и полными съемными протезами. Осматривалась слизистая

оболочка полости рта на предмет явлений протезного стоматита через определенные промежутки времени после наложения протезов. Осмотр слизистой оболочки полости рта на предмет протезного стоматита проходил при помощи смотрового стоматологического набора (зонд и зеркало). Пациенты разделены на контрольную (14 человек) и основную (58 человек) группы. Пациентам из основной группы после наложения съемного протеза были даны рекомендации наносить эпителизирующие, противовоспалительные, противомикробные, анальгезирующие и другие средства на слизистую оболочку, в течение периода адаптации к протезу. Назначались препараты «Камистад гель для десен» (12 пациентам, 19,6%), «Метрогил дента гель стоматологический» (14 пациентам, 22,9%), «Солкосерил дентальная адгезивная паста» (8 пациентам, 13,1%), «Холисал гель стоматологический» (11 пациентам, 18%). 13 пациентам (21,3%) были рекомендованы ванночки с отварами ромашки/шалфея 3 раза в день. Пациенты из контрольной группы не использовали вышеуказанные средства. Всем пациентам рекомендовалось появляться на контрольный осмотр после наложения протезов через 2 суток, 1 неделю, 2 недели, 1 месяц, 2 месяца, 3 месяца. Учитывались количество посещений для корректировки протезов, локализация и характер травматических повреждений слизистой оболочки протезного ложа, степень фиксации протезов верхней и нижней челюстях, имело ли место быть применение индивидуальных ложек при снятии функциональных оттисков и проведению перебазировок съемных протезов.

2.2.2. Параклинические методы

Из параклинических методов для обработки полученных данных в процессе моего исследования был использован математический метод.

Математический метод

Полученные мною результаты обрабатывались с помощью статистических методов. В частности была использована программа Microsoft Excel.

Статистическую обработку и графическое представление полученных в процессе исследования данных проводили с помощью компьютерных программ Statistika 6.0 и Excel 2003. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

2.2.3. Социологический метод (анкетирование)

Для получения более полной клинической картины о пациентах в ходе практического исследования, им была предложена анкета, включающая в себя 4 вопроса.

Анкета для пациента.

1. Имеется ли у вас сахарный диабет?

- нет;
- да, 1-го типа;
- да, 2-го типа.

2. Оцените степень фиксации протеза в полости рта:

- хорошая;
- удовлетворительная;
- плохая.

3. Использовали ли вы какие-либо лекарственные средства для скорейшего заживления слизистой оболочки полости рта?

- Нет, не использовал(ла);
- Да, полоскания раствором ромашки и/или шалфея;
- Да, гель «Солкосерил дентальный»;
- Да, гель «Метрогил дента»;
- Да, гель «Камистад»;
- Да, гель «Холисал».

4. Посещали ли вы стоматолога для коррекции протеза, если да, то сколько раз?

- Нет, не посещал(ла);
- Да, один раз;

- Да, два раза;
- Да, три и более раз.

ГЛАВА 3

Результаты исследования

3.1. Характеристика обследованных

В ходе практического исследования было обследовано 72 пациента (22 мужчин и 50 женщин) протезированных или получивших консультацию в ортопедическом отделении СПб ГБУЗ Городской поликлиники №39 в возрасте от 52 до 96 лет (средний возраст 63,6 лет). Их распределение по возрасту и полу представлено в таблице 3.1.1. и на рисунке 3.1.1.

Таблица 3.1.1.

Распределение пациентов по возрастным группам и полу.

Пол	Возраст				Всего
	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	80 лет и старше	
Мужчины	4	10	2	6	22
Женщины	8	12	16	14	50
Итого	12	22	18	20	72

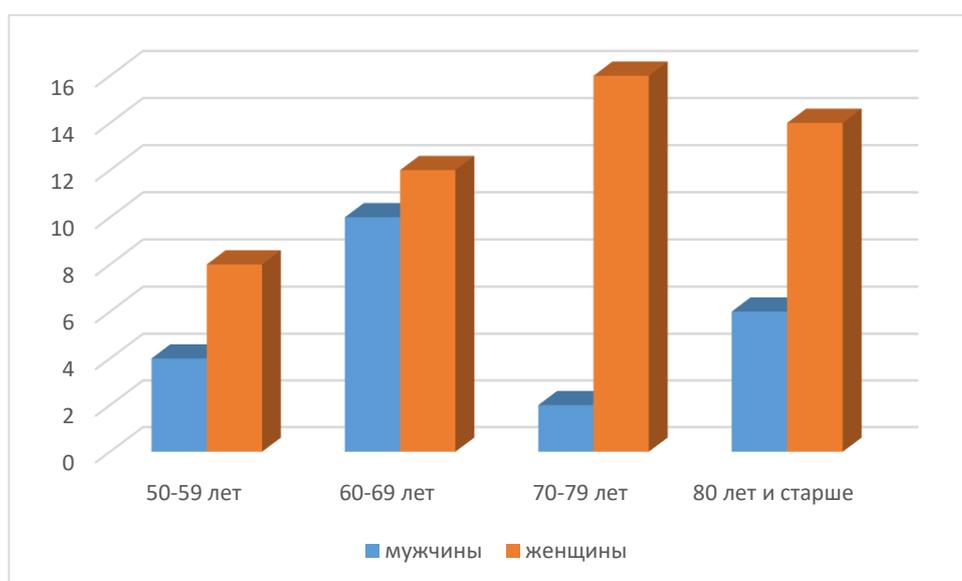


Рис. 3.1.1. Распределение пациентов по половозрастным группам.

На таблице 3.1.1. и рисунке 3.1.1. продемонстрировано распределение пациентов по возрастным группам и полу. Наиболее высокое число обследованных пациентов в возрастной группе 60-69 лет, в которой число женщин составляет 12 чел., а мужчин – 10 чел.

Для оценки реакции тканей протезного ложа на съемные протезы пациенты были разделены на контрольную и основную группы, что отображено на рисунках 3.1.2 и 3.1.3.

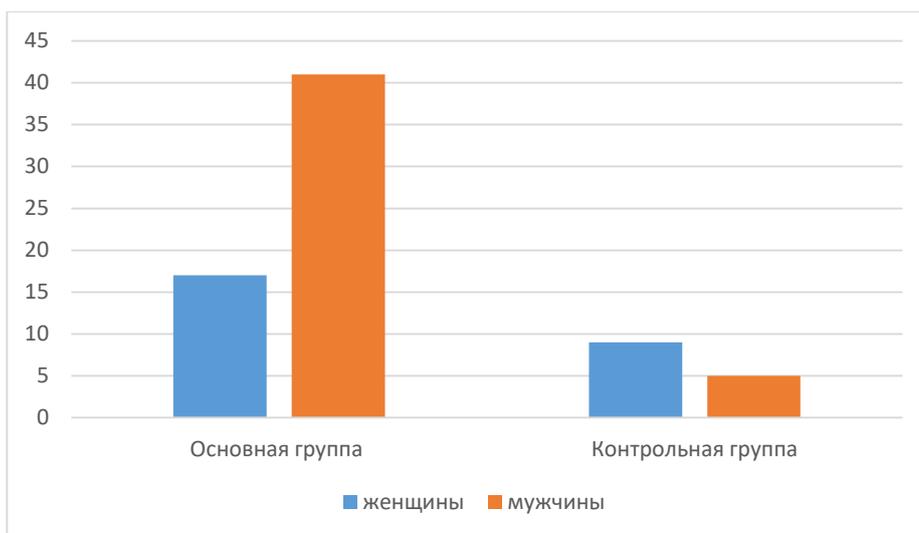


Рис. 3.1.2. Распределение пациентов основной и контрольной группы по полу.

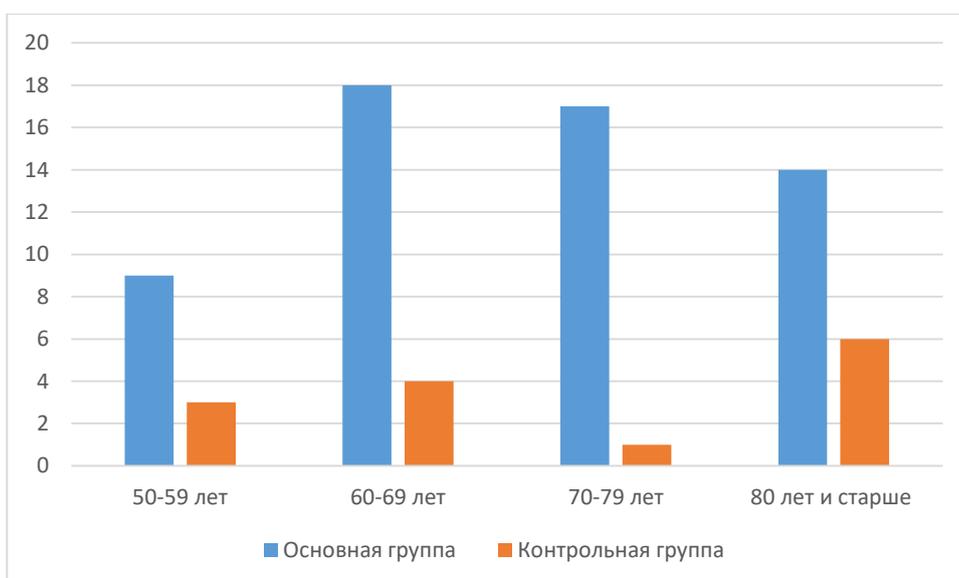


Рис. 3.1.3. Распределение пациентов основной и контрольной группы по возрасту.

Основную группу составили 58 человек, которые применяли противовоспалительные, противомикробные, эпителизирующие и другие средства для устранения травматических воздействий съемных протезов на слизистую оболочку полости рта. Среди них 17 женщин и 41 мужчина; пациентов в возрастной категории 50-59 лет – 9 чел., 60-69 лет – 18 чел., 70-79 лет – 17 чел. и 80 лет и старше – 14 человек. В свою очередь, контрольную группу составили 14 человек, которые не использовали никаких лекарственных средств для эпителизации слизистой оболочки полости рта. Среди них 9 женщин и 5 мужчин; пациентов в возрастной категории 50-59 лет – 3 чел., 60-69 лет – 4 чел., 70-79 лет – 1 чел. и 80 лет и старше – 6 человек.

3.2. Характеристика зубных протезов

Ортопедические конструкции, которые применялись пациентами, были представлены полностью и частично съемными, а также бюгельными протезами. Съемные протезы, которыми пользовались обследуемые были изготовлены из следующих материалов: акрил, нейлон и акри-фри. Длительность пользования протезами составила от момента наложения до трех месяцев.

Количество, типы и материалы изготовления съемных зубных протезов у обследованных продемонстрированы в таблицах и рисунках 3.2.1. - 3.2.3.

Таблица 3.2.1.

Тип и количество съемных протезов.

Тип протеза	Полный съемный	Частично съемный	Бюгельный	Всего
На верхней челюсти	36	24	1	61
На нижней челюсти	29	33	4	66

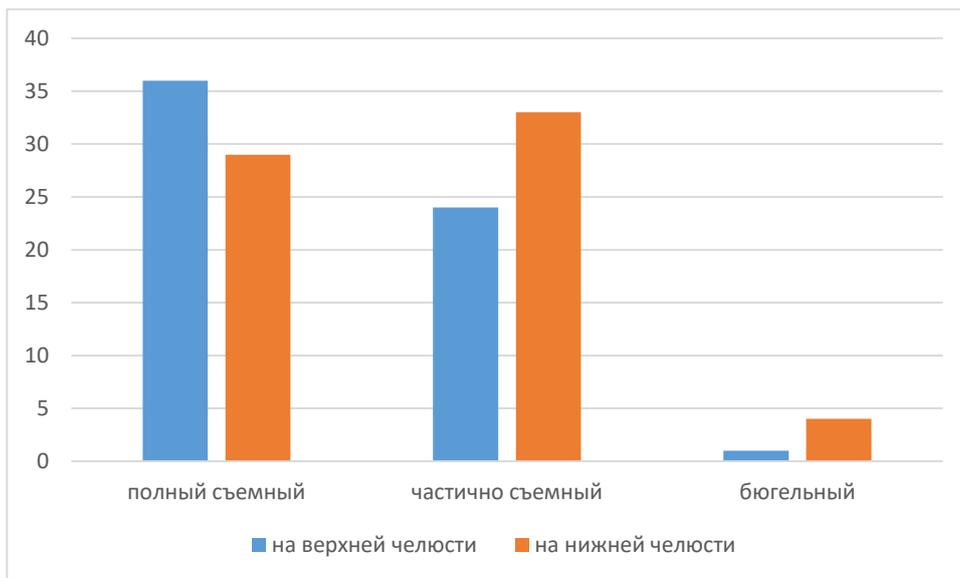


Рис. 3.2.1. Тип и количество съемных протезов.

На таблице и рисунке 3.2.1. представлено распределение обследованных со съемными протезами на верхней и нижней челюстях в зависимости от их типа и количества. Чаще всего имело место быть применение полного съемного протеза - 36 верхних и 29 нижних протезов; после следует применение частично съемных протезов – 24 верхних и 33 нижних протезов; использование бюгельного протеза в меньшинстве – 1 верхний и 4 нижних протезов. Следует отметить, что у 11 обследуемых отсутствует протез на верхней челюсти, а у 6 – на нижней.

Таблица 3.2.2.

Количество и материалы, из которых изготовлены съемные протезы на верхней челюсти.

Тип протеза	Материал протеза		
	Акрил	Нейлон	Акри-фри
Полный съемный	35	-	1
Частично съемный	17	3	3
Бюгельный	1	-	-

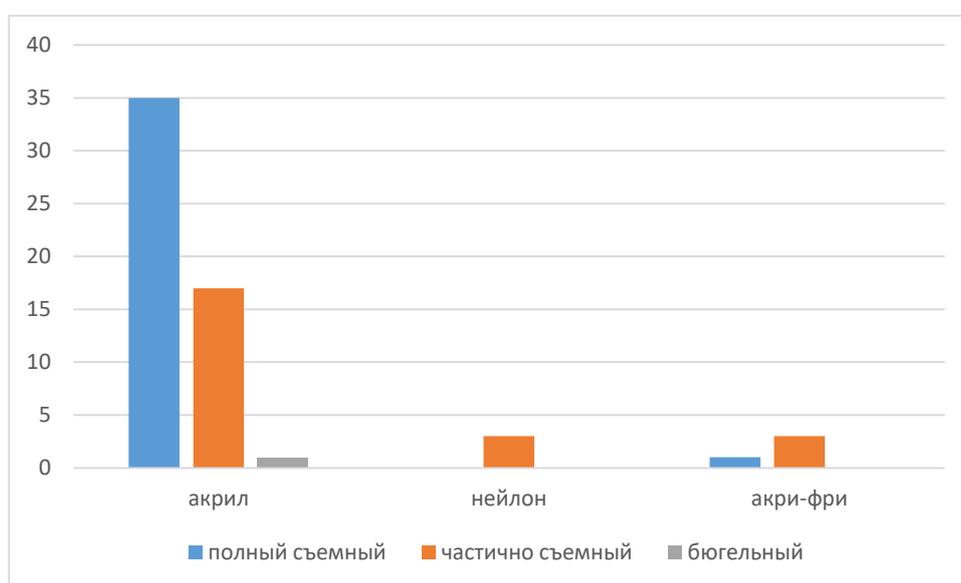


Рис. 3.2.2. Количество и материалы, из которых изготовлены съемные протезы на верхней челюсти.

Таблица 3.2.3.

Количество и материалы, из которых изготовлены съемные протезы на нижней челюсти.

Тип протеза	Материал протеза		
	Акрил	Нейлон	Акри-фри
Полный съемный	27	-	2
Частично съемный	24	6	2
Бюгельный	4	-	-

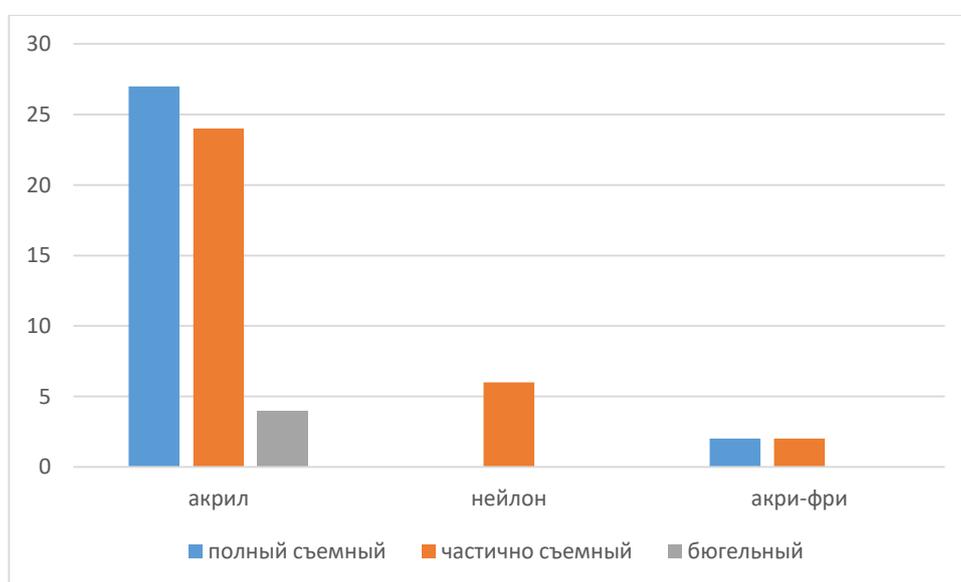


Рис. 3.2.3. Количество и материалы, из которых изготовлены съемные протезы на нижней челюсти.

На таблицах и рисунках 3.2.2. - 3.2.3. продемонстрировано распределение съемных протезов на верхней и нижней челюсти в зависимости

от материала, из которых они изготовлены. Наиболее часто имело место быть изготовление протезов из акрила – 53 верхних и 55 нижних протезов; затем следует изготовление протезов из нейлона - 3 верхних и 6 нижних протезов; после изготовления протезов из материала акри-фри – 4 верхних и 4 нижних протезов.

3.3. Оценка взаимосвязи между локализацией травматических повреждений СОПЛ и скоростью адаптации к съемным протезам.

3.3.1. Оценка локализации травматических повреждений на слизистой оболочке полости рта съемными протезами.

Прежде чем оценить характер подготовки полости рта к протезированию, следует выяснить, где чаще всего травмировалась слизистая оболочка полости рта. Это оценивалось по данным локализации проводимых корректировок верхнего и нижнего протезов. Результаты проводимого исследования продемонстрированы на рисунке 3.3.1. – 3.3.2.



Рис.3.3.1. Распределение обследованных в зависимости от локализации проводимых корректировок верхнего протеза.

На рисунке 3.3.1. показано, что среди числа обследованных пациентов чаще всего проводились корректировки верхнего протеза в зоне переходной складки СОПР, расположенной в области бугров и зонах прикрепления

слизистых тяжей щек, следовательно, и травматизация этих участков на верхней челюсти больше.

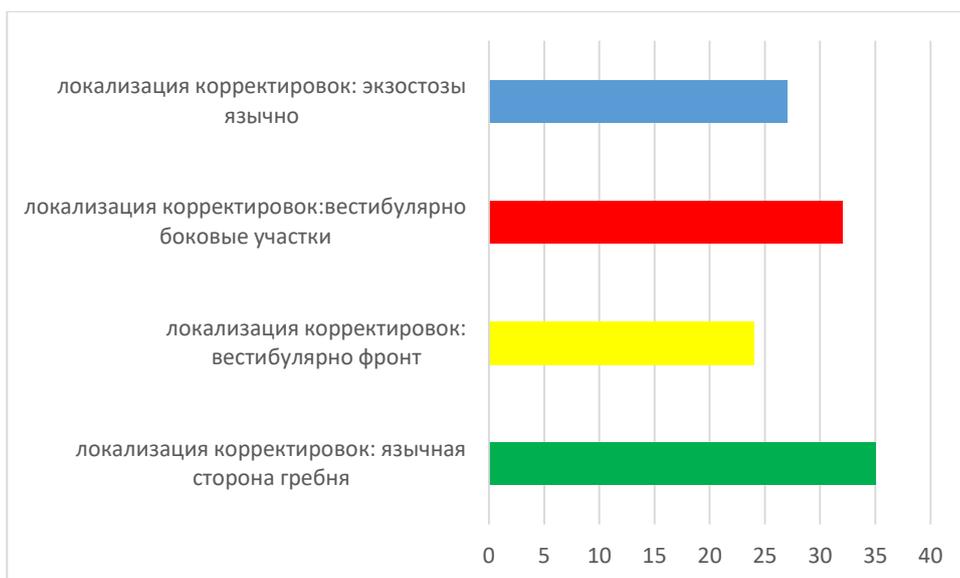


Рис.3.3.2. Распределение обследованных в зависимости от локализации проводимых корректировок нижнего протеза.

На рисунке 3.3.2. показано, что среди числа обследованных пациентов чаще всего проводились корректировки нижнего протеза в области челюстно-подъязычной линии и экзостозов с язычной стороны гребня, следовательно, и травматизация этих участков на нижней челюсти больше.

3.4. Оценка характера подготовки полости рта к протезированию.

3.4.1. Оценка взаимосвязи количества проводимых коррекций на верхней и нижней челюсти от того, были ли удалены на них зубы.

Далее был рассмотрен непосредственный характер подготовки полости рта к протезированию. Это оценивалось по количеству проводимых коррекций (рис.3.4.1.1. – 3.4.1.2.) на верхней и нижней челюстях с предшествующим протезированию удалением зубов по показаниям и без него.

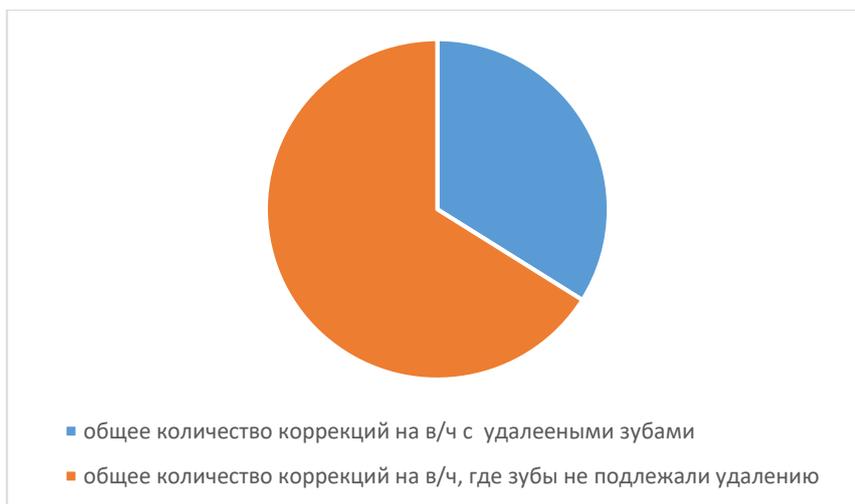


Рис.3.4.1.1. Распределение обследованных по количеству проводимых коррекций на верхней челюсти в зависимости от того, были ли удалены на ней зубы.

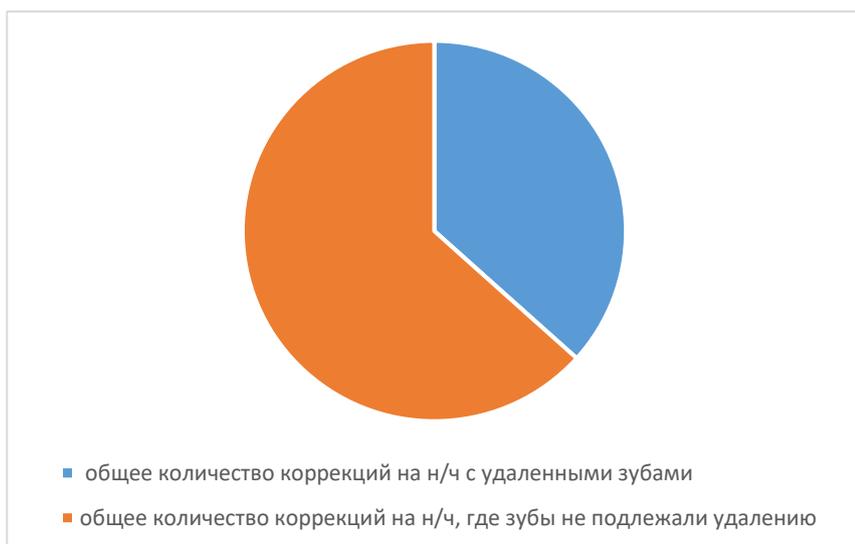


Рис.3.4.1.2. Распределение обследованных по количеству проводимых коррекций на нижней челюсти в зависимости от того, были ли удалены на ней зубы.

На рисунке 3.4.1.1. отображено распределение обследованных в зависимости от количества проводимых коррекций на верхней челюсти. На верхней челюсти с удаленными зубами общее число коррекций составило 37 у 18 обследованных пациентов, а на верхней челюсти, где зубы не подлежали удалению – 72 у 54 обследованных пациентов.

На рисунке 3.4.1.2. отображено распределение обследованных в зависимости от количества проводимых коррекций на нижней челюсти. На нижней челюсти с удаленными зубами общее число коррекций составило 55 у 23 обследованных пациентов, а на верхней челюсти, где зубы не подлежали удалению – 95 у 49 обследованных пациентов.

Среднее количество коррекций на верхней и нижней челюстях с удаленными зубами равно 2-2,4, а на верхней и нижней челюстях, где зубы не подлежали удалению – 1,3-1,9.

На основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что количество коррекций, проводимых на верхней и нижней челюстях с удаленными зубами выше на 1,5 раза, чем на нижней и верхней челюстях, где зубы не подлежали удалению.

3.4.2. Оценка зависимости между сроками изготовления съемных протезов на верхней и нижней челюстях с предшествующей протезированию зубов подготовкой в виде удаления зубов по показаниям и без нее.

Также мной была выявлена зависимость между сроками изготовления съемных протезов на верхней и нижней челюстях с предшествующей протезированию зубов подготовкой в виде удаления зубов по показаниям и без нее.

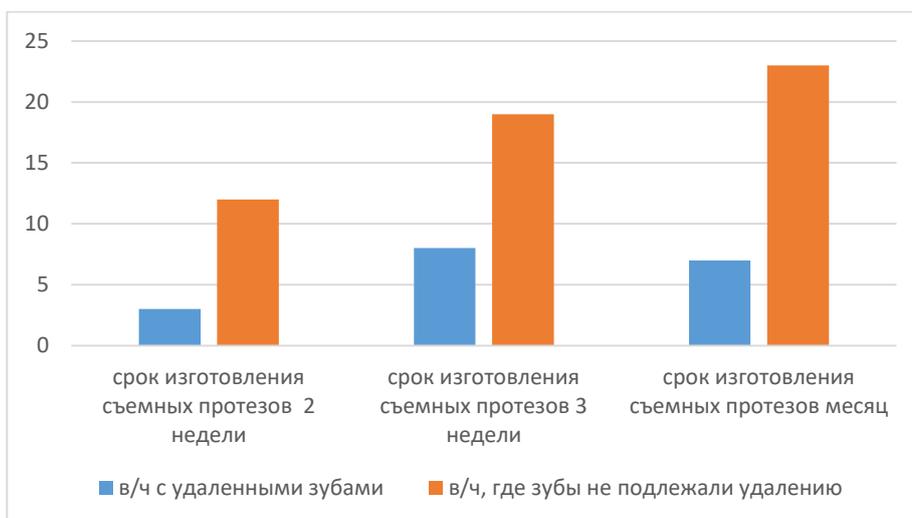


Рис.3.4.2.1. Распределение обследованных в зависимости от срока изготовления съемных протезов на верхней челюсти.

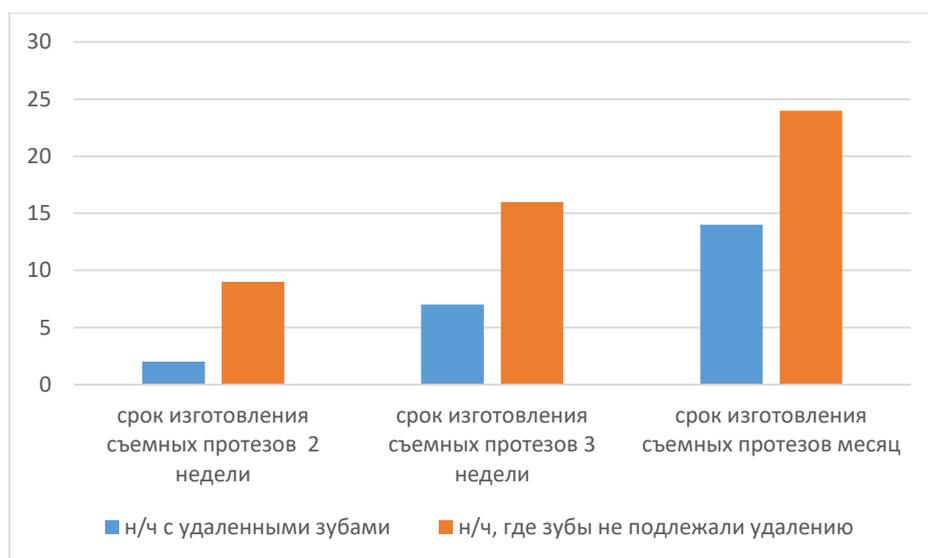


Рис.3.4.2.2. Распределение обследованных в зависимости от срока изготовления съёмных протезов на нижней челюсти с/без удаленными зубами.

На рисунке 3.4.2.1. показано распределение обследованных в зависимости от срока изготовления съёмных протезов на верхней челюсти с предшествующей протезированию зубов подготовкой в виде удаления зубов по показаниям и без нее. На верхней челюсти с удаленными зубами процент обследованных со сроком изготовления съёмных протезов 2 недели составил 16,6%, 3 недели – 44,4%, месяц – 38,8%. Что касается верхней челюсти, где зубы не подлежали удалению процент обследованных со сроком изготовления съёмных протезов 2 недели составил 22,2%, 3 недели – 35,1 %, месяц – 42,5 %. Исходя из полученных результатов можно сказать о том, что срок изготовления съёмных протезов у обследованных пациентов с удаленными зубами на верхней челюсти больше, чем у пациентов, у которых зубы на верхней челюсти не подлежали удалению.

На рисунке 3.4.2.2. показано распределение обследованных в зависимости от срока изготовления съёмных протезов на нижней челюсти с предшествующей протезированию зубов подготовкой в виде удаления зубов по показаниям и без нее. На нижней челюсти с удаленными зубами процент обследованных со сроком изготовления съёмных протезов 2 недели составил 10,5%, 3 недели – 36,8%, месяц – 73,6%. Что касается верхней челюсти, где зубы не подлежали удалению процент обследованных со сроком изготовления

2 недели составил 18,3%, 3 недели – 32,6 %, месяц – 48,9 %. Исходя из полученных результатов можно сказать о том, что срок изготовления съемных протезов у обследованных пациентов с удаленными зубами на нижней челюсти больше, чем у пациентов, у которых зубы на нижней челюсти не подлежали удалению.

3.5. Сравнение количества проводимых корректировок пластмассового базиса съемных зубных протезов с наличием сопутствующих заболеваний в анамнезе.

Для получения данных о сопутствующих заболеваниях, пациентам была предложена анкета, где они указывали, имели ли они в анамнезе заболевание сахарный диабет. Данные оценки количества посещений для коррекций протезов верхней и нижней челюстей у здоровых пациентов и у пациентов с заболеванием сахарный диабет представлены на рисунках 3.5.1. – 3.5.2.

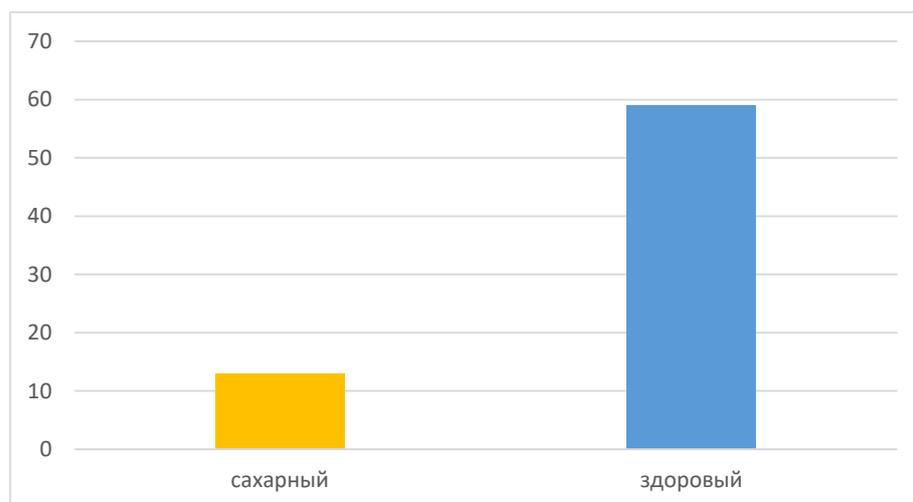


Рис.3.5.1. Распределение обследованных пациентов по заболеваемости сахарным диабетом.

Рисунок 3.5.1. показывает распределение обследованных пациентов по заболеваемости сахарным диабетом. Число здоровых пациентов составило 59чел., число пациентов с сахарным диабетом – 13 чел.

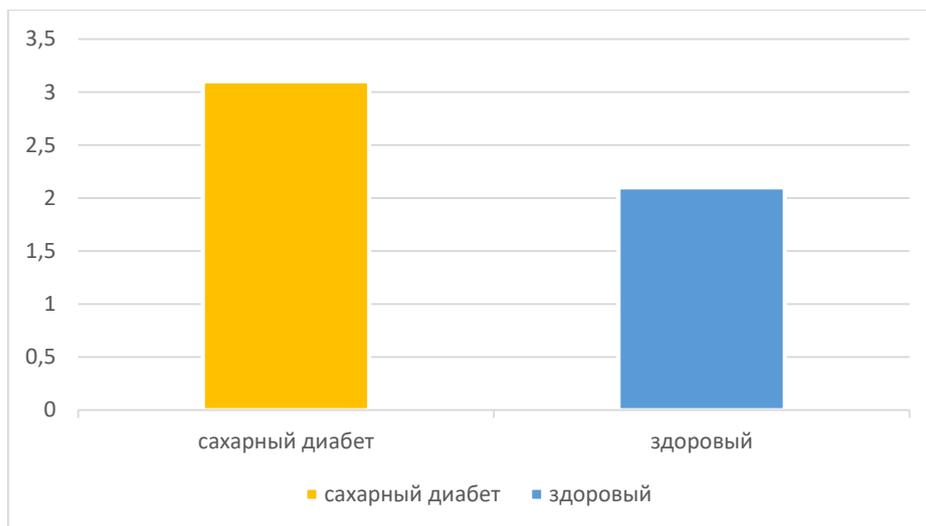


Рис.3.5.2. Распределение обследованных пациентов в зависимости от среднего количества посещений для коррекций.

На рисунке 3.5.2. отображено распределение обследованных в зависимости от среднего количества посещений для коррекций. Можно сделать вывод о том, что среди пациентов, имеющих сахарный диабет, среднее количество коррекций для посещений больше (3,1), чем у здоровых (2,1).

3.6. Оценка качества фиксации съёмных протезов на верхней и нижней челюстях.

3.6.1. Оценка качества фиксации съёмных протезов на верхней и нижней челюстях врачами и пациентами.

С целью изучения качества фиксации съёмных протезов на верхней и нижней челюстях были изучены данные заполненных анкет пациентов, предлагаемые во второй главе. Эти данные сравнивались с заключениями врачей о качестве фиксации.

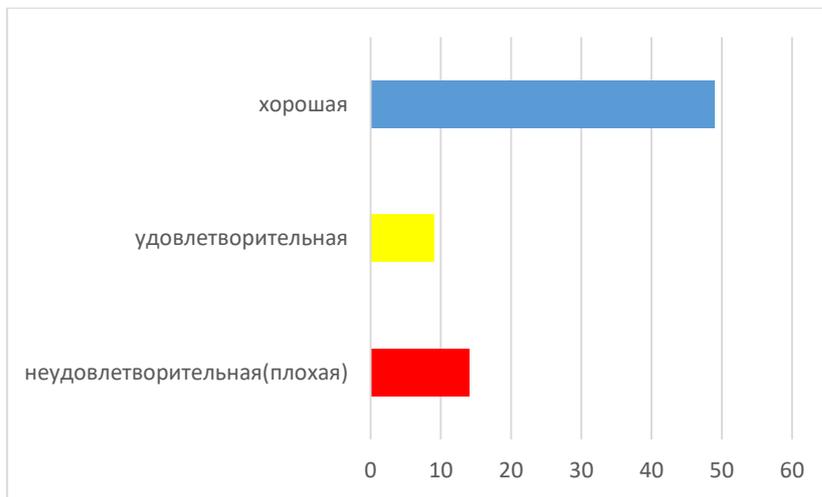


Рис.3.6.1.1. Распределение обследуемых в зависимости от оценки врачей качества фиксации съемных протезов на верхней челюсти.

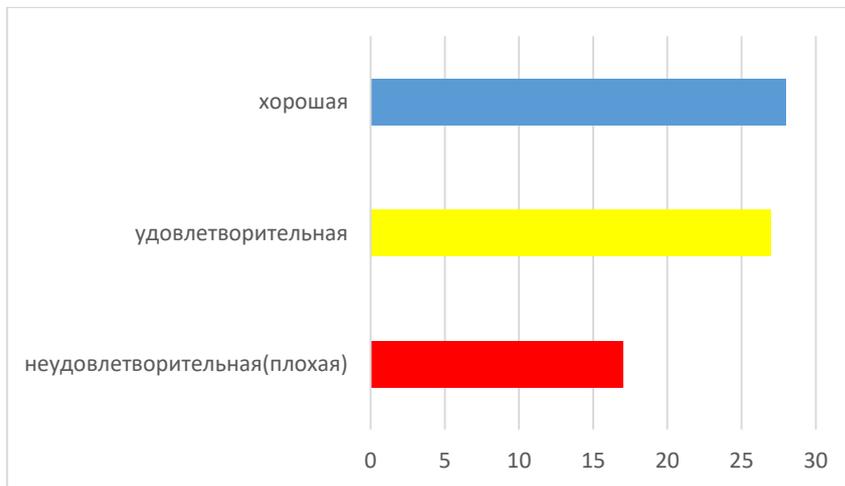


Рис.3.6.1.2. Распределение обследуемых в зависимости от оценки врачей качества фиксации съемных протезов на нижней челюсти.

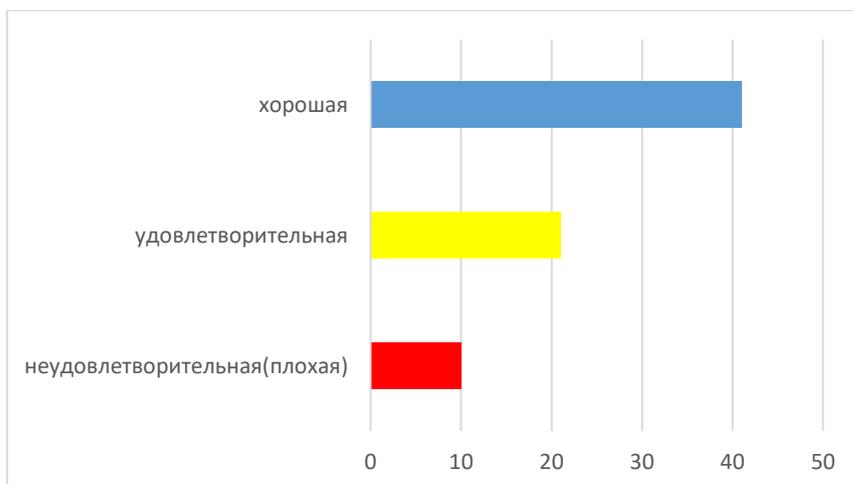


Рис.3.6.1.3. Распределение обследуемых в зависимости от собственной оценки пациентов качества фиксации съемных протезов на верхней и нижней челюстях.

По данным рисунков 3.6.1.1. и 3.6.1.3. хорошая фиксация съемного протеза на верхней челюсти по данным врачей у 49 чел., неудовлетворительная(плохая) - у 14 чел., удовлетворительная – у 9 чел., а по данным пациентов хорошая фиксация – у 41 чел., неудовлетворительная – у 10 чел., удовлетворительная – у 21 чел.

По данным рисунков 3.6.1.2. и 3.6.1.3. хорошая фиксация съемного протеза на нижней челюсти по данным врачей у 28 чел., неудовлетворительная(плохая) – у 17 чел., удовлетворительная – у 27 чел., а по данным пациентов хорошая фиксация – у 41 чел., неудовлетворительная – у 10 чел., удовлетворительная – у 21 чел.

Не выявлено четкой взаимосвязи между оценкой качества фиксации съемных протезов на верхней и нижней челюстях по данным пациентов и врачей, но, следует отметить, что неудовлетворительная фиксация протеза выявлена врачами наиболее чаще, чем пациентами.

Также была оценена взаимосвязь между адаптацией съемных протезов на верхней и нижней челюстях. Число обследованных с неудовлетворительной фиксацией протеза на верхней челюсти составило 14, а на нижней челюсти – 17. Таким образом, степень адаптации к съемным протезам верхней челюсти была лучше на 20%, чем на нижней челюсти.

3.6.2. Оценка качества фиксации съемных протезов на верхней и нижней челюстях в зависимости от проводимых перебазировок.

Вместе с тем была оценена взаимосвязь между проводимыми перебазировками протезов и качеством их фиксации на верхней и нижней челюстях.

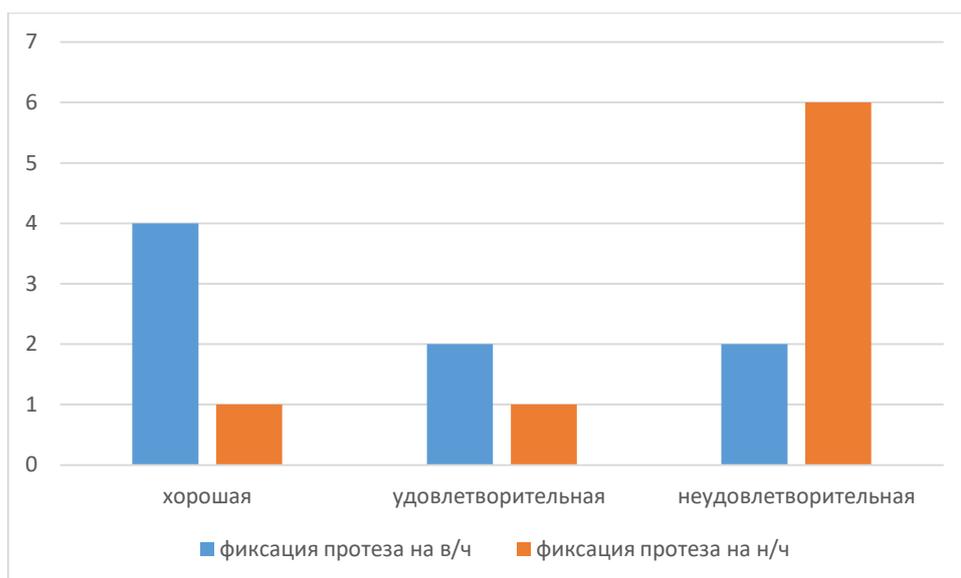


Рис.3.6.2.1. Распределение обследованных по качеству фиксации протезов на верхней и нижней челюстях в зависимости от перебазировок.

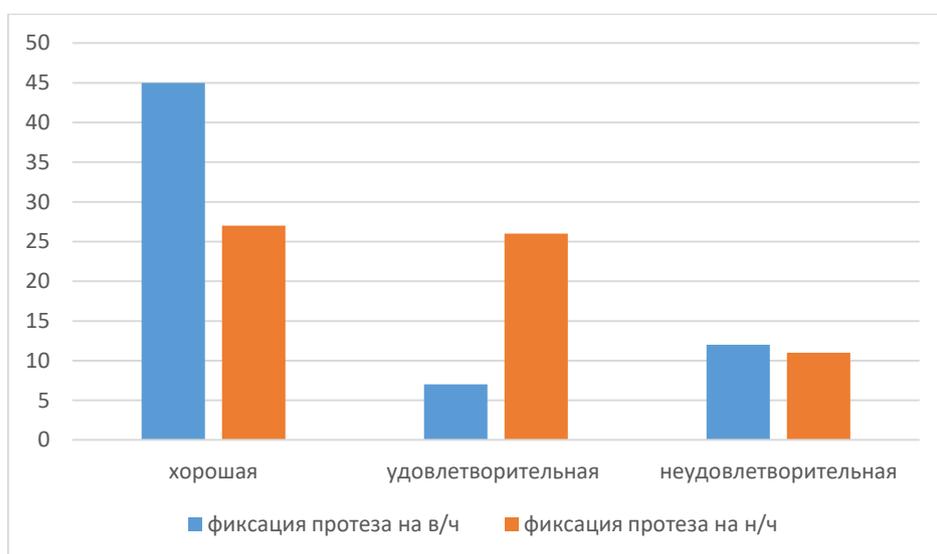


Рис.3.6.2.2. Распределение обследованных по качеству фиксации протезов на верхней и нижней челюстях при отсутствии перебазировок.

На рисунке 3.6.2.1. продемонстрировано распределение обследованных в зависимости от качества фиксации протезов на верхней и нижней челюстях и перебазировками, где они имели место быть. На верхней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 6 из 8 обследованных пациентов. На нижней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 2 из 8 обследованных пациентов.

На рисунке 3.6.2.2. показано распределение обследованных в зависимости от качества фиксации протезов на верхней и нижней челюстях и перебазировками,

где они не имели место быть. На верхней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 52 из 64 обследуемых пациентов. На нижней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 53 из 64 обследуемых. Таким образом, на основании полученных результатов в проводимом мною исследовании, осуществленные перебазировки протезов на верхней и нижней челюстях не повлияли на качество фиксации съемных протезов.

3.6.3. Оценка качества фиксации съемных протезов на верхней и нижней челюстях в зависимости от того, имело ли место изготовление индивидуальных ложек в процессе производства.

Также мной была выявлена зависимость степени фиксации съемных протезов от использования индивидуальных ложек на этапе снятия оттисков.

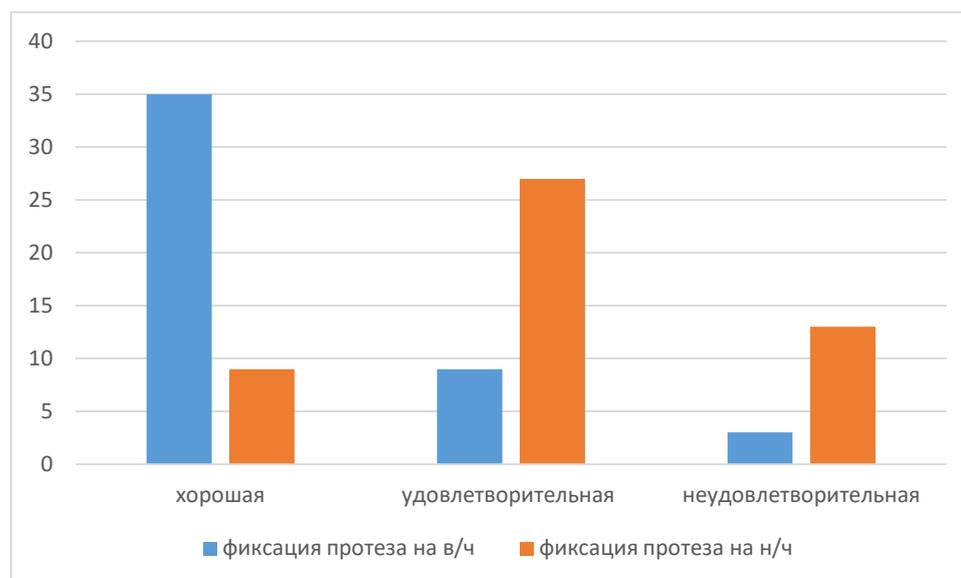


Рис.3.6.3.1. Распределение обследованных в зависимости от качества фиксации протезов на верхней и нижней челюстях с изготовлением индивидуальных ложек в процессе производства.

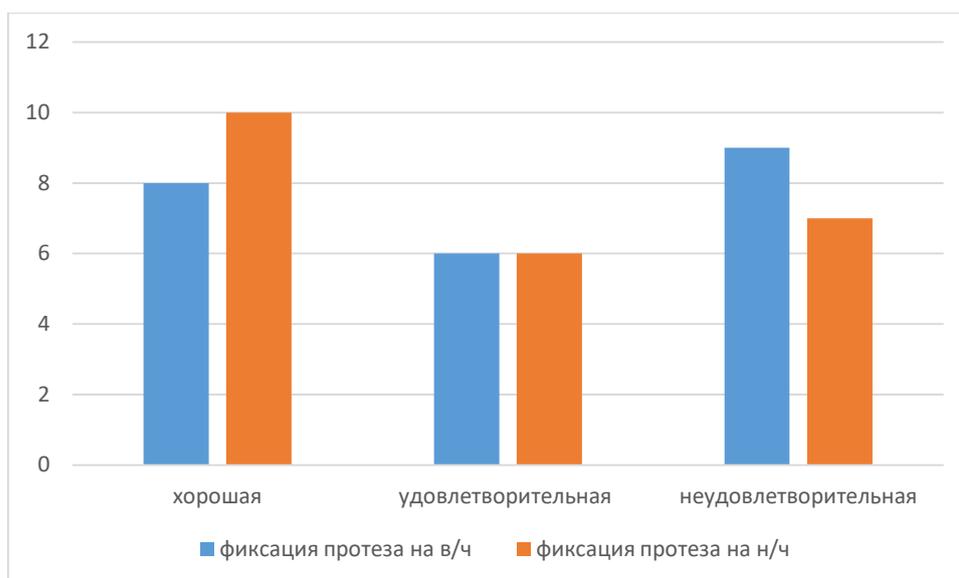


Рис.3.6.3.2. Распределение обследованных в зависимости от качества фиксации протезов на верхней и нижней челюстях без изготовления индивидуальных ложек в процессе производства.

На рисунке 3.6.3.1. отображено распределение обследованных в зависимости от качества фиксации протезов на верхней и нижней челюстях с изготовлением индивидуальных ложек в процессе производства. На верхней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 44 из 49 обследованных пациентов. На нижней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 36 из 49 обследованных пациентов.

На рисунке 3.6.3.2. показано распределение обследованных в зависимости от качества фиксации протезов на верхней и нижней челюстях без изготовления индивидуальных ложек в процессе производства. На верхней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 14 из 23 обследованных пациентов. На нижней челюсти хорошая и удовлетворительная фиксация протезов установлена у 16 из 23 обследованных пациентов.

В процентном соотношении удовлетворительная и хорошая фиксация на верхней челюсти при использовании индивидуальных ложек составила 89,7 %, а без использования – 60 %. Что касается нижней челюсти, то процент удовлетворительной и хорошей фиксации при использовании индивидуальных ложек составил 73,5%, а без использования – 69,5 %.

На основании вышеизложенного, можно сказать, что использование индивидуальных ложек улучшает степень фиксации съемных протезов как на верхней и нижней челюстях. В связи с этим рекомендуется изготавливать индивидуальные ложки для получения оттисков верхней и нижней челюстей.

3.7. Характеристика обследованных пациентов с протезным стоматитом в зависимости от применения лекарственных средств и эпителизирующих гелей.

В проводимом исследовании была оценена степень развития протезного стоматита с/без использования лекарственных средств. Осмотр слизистой оболочки полости рта на предмет протезного стоматита проходил при помощи смотрового стоматологического набора (зонд и зеркало).

При проведении обследования число пациентов с явлениями протезного стоматита составило 72 чел. Протезный стоматит проявлялся в виде гиперемии слизистой оболочки протезного ложа, а также язвенными поражениями верхней и нижней челюстей. Количество обследуемых, имеющих гиперемии и/или декубитальные язвы на верхней и на нижней челюстях, представлены на рисунке 3.7.1.

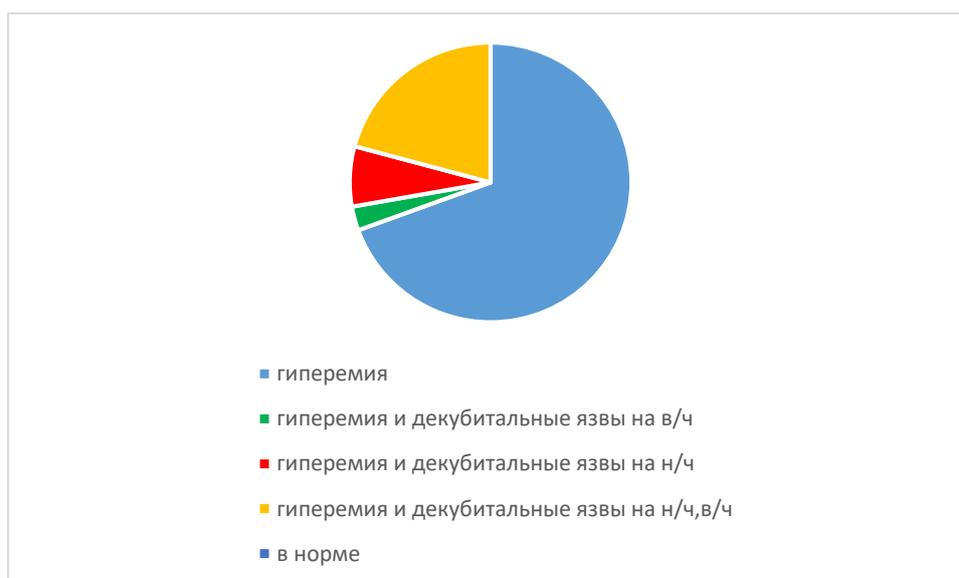


Рис.3.7.1. Распределение количества обследованных с признаками протезного стоматита на верхней и нижней челюстях.

Рисунок 3.7.1. показывает, что среди числа обследованных с протезным стоматитом, гиперемия наблюдалась у 50 чел. (69 %), гиперемия и декубитальные язвы на верхней челюсти – у 2 чел. (3 %), гиперемия и декубитальные язвы на нижней челюсти – у 5 чел. (7%), и гиперемия и декубитальные язвы на верхней и нижней челюстях – у 15 чел. (21 %). Из этого следует сделать вывод о том, что протезный стоматит проявляется гиперемией в 100 % случаев, и 31 % случаев приводит к возникновению декубитальных язв.

Обследуемые на предмет протезного стоматита были разделены на две группы: контрольная группа, включающая 14 чел., и основная, состоящая из 58 чел. В основной группе имело место быть использование лекарственных средств для эпителизации, а в контрольной - напротив. Из существующих лекарственных средств пациентам были предложены – «Меторогил дента», «Холисал», «Камистад» и «Солкосерил дентальный», а также полоскания растворами ромашки и шалфея. На рисунке 3.7.2. отображено распределение пациентов основной группы с протезным стоматитом в зависимости от применения лекарственных средств.

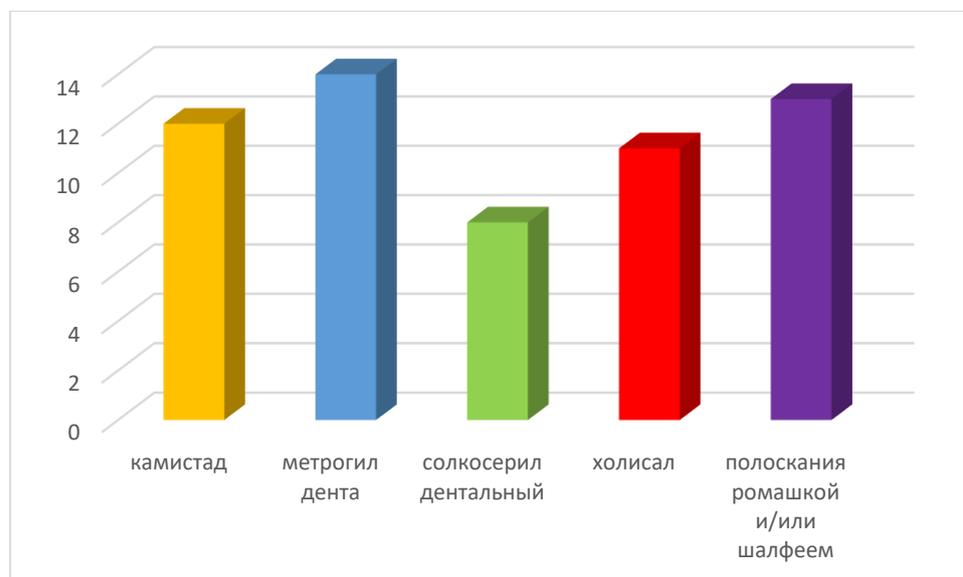


Рис.3.7.2. Распределение пациентов основной группы с протезным стоматитом в зависимости от применения лекарственных средств.

Среди обследованных основной группы с явлениями протезного стоматита 12 чел. применяли «Камистад», 14 чел. – «Метрогил дента», 8 чел. –

«Солкосерил дентальный», 11 чел. – «Холисал» и 13 чел. использовали в качестве полосканий растворы ромашки и/или шалфея. Следует упомянуть о том, что 14 чел. контрольной группы не применяли никаких средств для эпителизации слизистой оболочки полости рта.

Для оценки сроков заживления СОПЛ с применением эпителизирующих средств контрольные осмотры проводились спустя 2 суток, неделю, 2 недели, месяц, два месяца, три месяца после установки съемного протеза. Чтобы оценить зависимость применения лекарственных средств на развитие протезного стоматита, я разобрала каждое средство в отдельности.

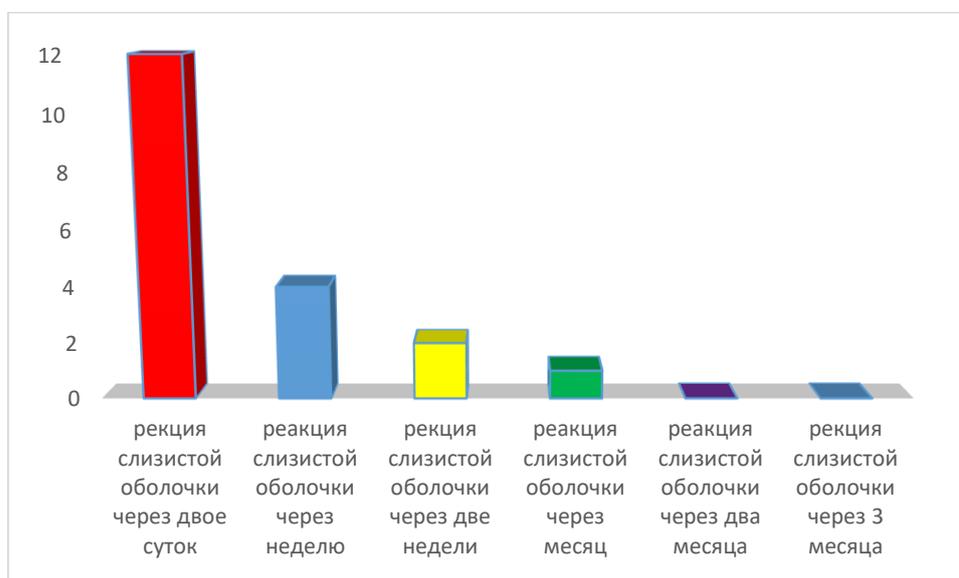


Рис.3.7.3. Количество пациентов с реакцией слизистой оболочки полости рта, пораженной протезным стоматитом при использовании геля «Камистад».

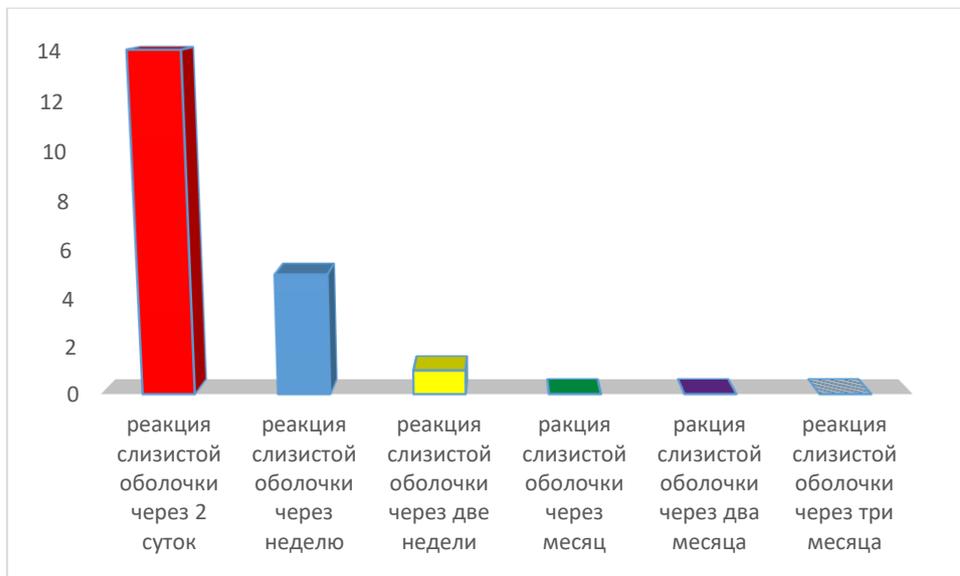


Рис.3.7.4. Количество пациентов с реакцией слизистой оболочки полости рта, пораженной протезным стоматитом при использовании геля «Метрогил дента».

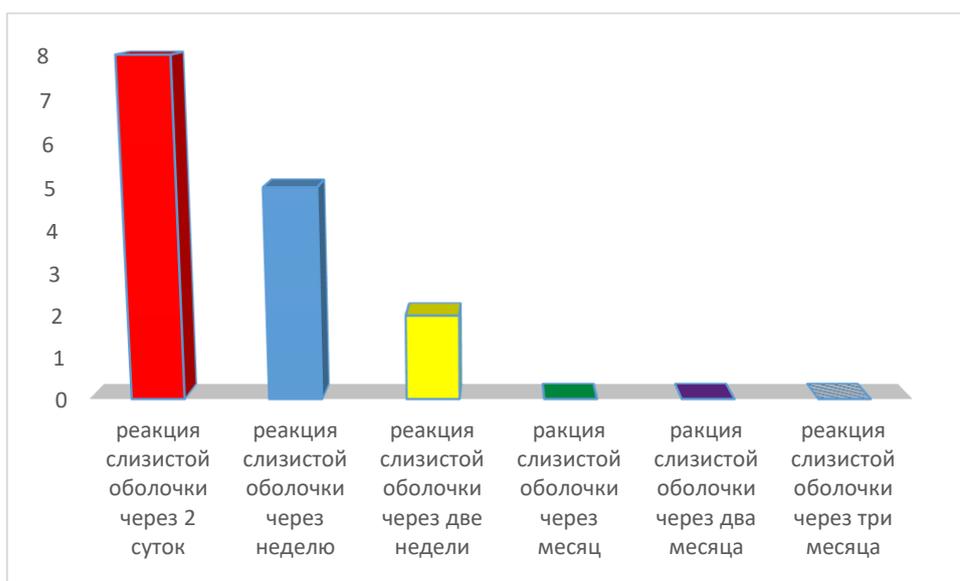


Рис.3.7.5. Количество пациентов с реакцией слизистой оболочки полости рта, пораженной протезным стоматитом при использовании геля «Солкосерил дентальный».

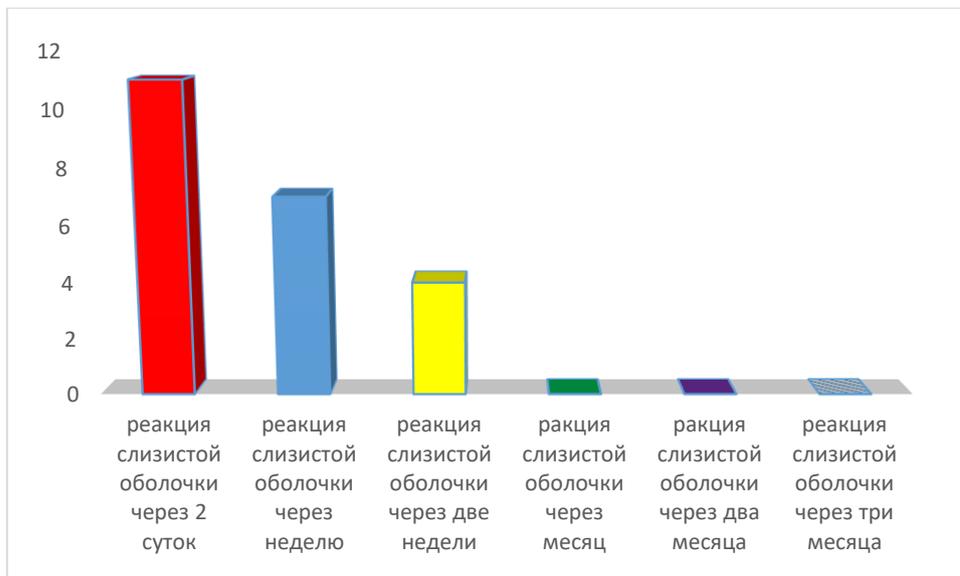


Рис.3.7.6. Количество пациентов с реакцией слизистой оболочки полости рта, пораженной протезным стоматитом при использовании геля «Холисал».

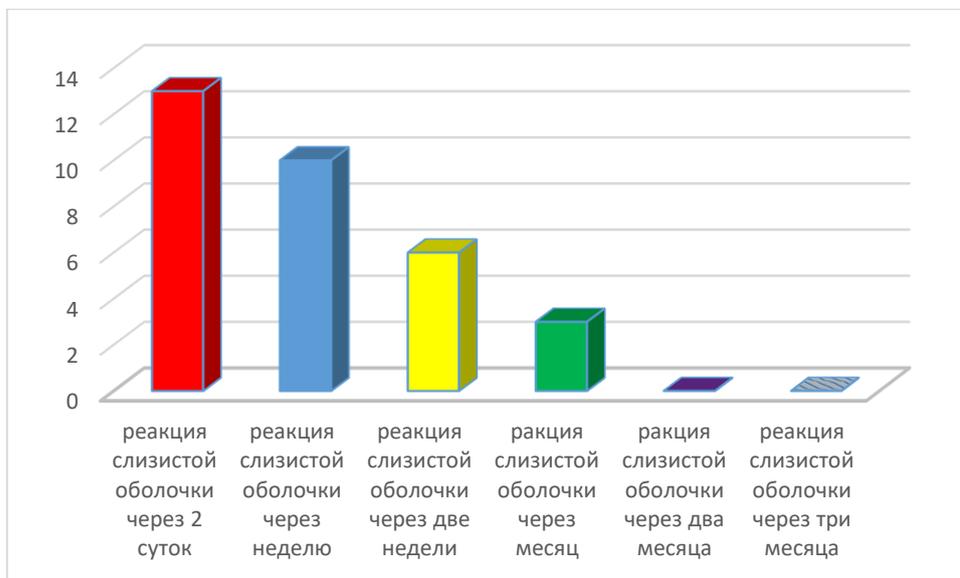


Рис.3.7.7. Количество пациентов с реакцией слизистой оболочки полости рта, пораженной протезным стоматитом при использовании настоя ромашки и/или шалфея для полоскания.

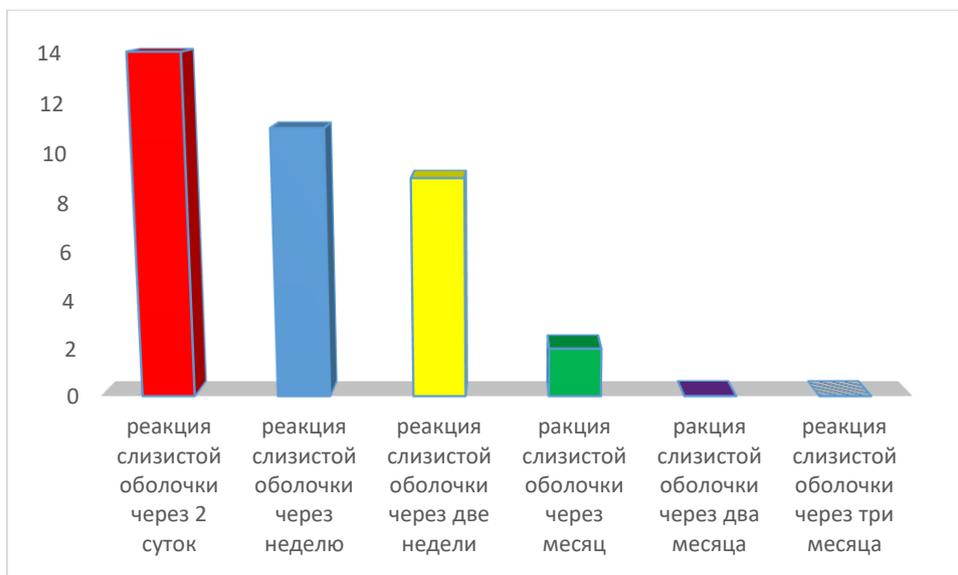


Рис.3.7.8. Количество пациентов с реакцией слизистой оболочки полости рта, пораженной протезным стоматитом, которые не применяли каких-либо лекарственных средств для эпителизации.

При наблюдении пациентов контрольной и основной группы с явлениями протезного стоматита были оценены сроки заживления слизистой оболочки полости рта с/без применения лекарственных средств, что отображено на рисунках 3.7.3. – 3.7.8. Я брала во внимание средний показатель результатов обследования спустя две недели установки съемного протеза. При применении геля «Камистад» признаки протезного стоматита проявились у 16,1 % обследуемых, геля «Метрогил дента» - у 7,1 %, геля «Солкосерил дентальный» - у 25%, геля «Холисал»- у 36,3 %, настоя ромашки и/или шалфея для полосканий – у 46,1%. Явления протезного стоматита проявилось у 64,2 % обследуемых, которые не применяли никаких лекарственных средств для эпителизации. Следует указать, что 4 пациента не явились на третье посещение, в связи с этим возможна малая погрешность в результатах исследования. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что наиболее эффективным в лечении протезного стоматита является гель «Метрогил дента», следующим по эффективности является гель «Камистад», затем – «Солкосерил дентальный», и наименее эффективным является гель «Холисал». Полоскания настоем ромашки и/или шалфеем менее эффективно, чем применение эпителизирующих гелей.

Наихудшие показатели наблюдаются у обследуемых, которые не применяли каких-либо лекарственных средств для лечения протезного стоматита.

Таким образом, по результатам проведенного мной исследования, можно сделать заключение, что для более быстрого и эффективного лечения протезного стоматита рекомендуется использование эпителизирующих гелей.

Заключение

Основной задачей ортопедической стоматологии является протезирование. Протез возмещая дефекты зубных рядов, выполняет не только лечебную, но и профилактическую функции [7,20]. В.Н. Трезубов утверждает, что зубной протез также восстанавливает функции жевания, речи, деятельности жевательных мышц и ВНЧС. Тем не менее, зубной протез, находясь в полости рта и восстанавливая жевательную функцию, может оказывать и побочное(неблагоприятное) действие на ткани слизистой оболочки ротовой полости. Поэтому важно произвести правильный план ортопедического лечения. При несоблюдении и неправильном исполнении плана протезирования, зубной протез может напротив усилить побочное действие на ткани и жевательный аппарат полости рта [28,30]. По мнению автора Гаврилова Е.И. съемный протез является комбинированными раздражителем. Он производит на неадаптированную для протезирования слизистую оболочку протезного ложа и ее нервно-рецепторный аппарат механическое, химическое и токсико-аллергическое действие. Эти побочные действия определяются химическим составом базисов, их конструктивных особенностей, качества изготовления и сроков пользования зубными протезами [7].

Проблема данного вопроса и определила задачи настоящего исследования, ориентированные на:

- установление взаимосвязи между локализацией травматических поражений СОПЛ и скоростью адаптации к съемным протезам;
- оценку взаимосвязи между реакциями тканей протезного ложа и характером подготовки полости рта к протезированию;
- сравнение количества корректировок пластмассового базиса съемных зубных протезов с наличием сопутствующих заболеваний в анамнезе;

- оценку качества фиксации съемных протезов на верхней и нижней челюстях;
- выявление взаимосвязи скорости адаптации к съемным протезам пациентов к использованию эпителизирующих и других лекарственных средств, показанных к применению при травматических протезных стоматитах.

Для решения поставленных задач нами было проведено обследование, при котором осматривалась слизистая оболочка полости рта на предмет явлений протезного стоматита через определенные промежутки времени после наложения протезов. Среди числа обследованных пациентов чаще всего проводились корректировки верхнего протеза в зоне переходной складки СОПР, расположенной в области бугров верхней челюсти и зонах прикрепления слизистых тяжей щек, а на нижней челюсти наиболее часто проводились корректировки протеза в области челюстно-подъязычной линии и экзостозов с язычной стороны гребня. Травматическое воздействие съемных протезов на участки слизистой оболочки полости рта может быть вызвано деформацией базиса протеза, несоответствия его границ с границами протезного ложа, повышением ЖД из-за отсутствия множественных контактов искусственных зубов. Также травматическое воздействие может достигаться вследствие недостаточной фиксации и стабилизации протеза. Рациональное протезирование должно включать контроль за качеством производства съемного протеза. Врач-стоматолог-ортопед должен производить систематическое наблюдение за пациентом после постановки протеза до момента обнаружения, что период адаптации протеза благополучно завершен. В ходе проведенного мной исследования выяснилось, что степень адаптации к съемным протезам верхней челюсти была лучше на 20%, чем на нижней челюсти.

Использование индивидуальных ложек в процессе производства протезов улучшает степень фиксации съемных протезов как на верхней и

нижней челюстях. Учитывая эти данные рекомендуется изготавливать индивидуальные ложки для получения оттисков верхней и нижней челюстях.

При оценке характера подготовки полости рта к протезированию выяснилось, что количество коррекций, проводимых на верхней и нижней челюстях с удаленными зубами выше на 1,5 раза, чем на нижней и верхней челюстях, где зубы не подлежали удалению. Количества посещений для коррекций съемных протезов среди пациентов, имеющих сахарный диабет в среднем больше (3,1), чем у здоровых (2,1). На основании полученных данных пациентам, у которых на верхней/нижней челюстях зубы подлежали удалению и пациентам имеющих заболевание сахарный диабет необходимо больше коррекций съемных протезов, следовательно, и процесс адаптации протеза в полости рта больше. Для лиц, имеющих в анамнезе сахарных диабет, характерно нарушение трофики СОПР, что и обуславливает долгий процесс адаптации протеза. Таким образом, подготовка к зубному протезированию, учитывающая особенности клинической ситуации пациента, закладывает основу его успешного исхода и хорошем состоянием тканей протезного ложа [28].

При проведении исследования после установки протеза у 72 обследуемых были обнаружены явления протезного стоматита. Пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. Обследуемые основной группы применяли такие лекарственные средства как «Солкосерил дентальный», «Метрогил дента», «Холисал», «Камистад» и другие для заживления слизистой оболочки протезного ложа, обследуемые контрольной группы – напротив не применяли ничего. Неблагоприятные признаки, такие, как язвенные поражения и гиперемия в основной группе исчезали быстрее, чем в контрольной. Таким образом, можно сказать о том, что другие лекарственные средства рекомендованы к использованию в процессе адаптации к съемным протезам зубов, так как они предохраняют СОПР от раздражения, оказывают противовоспалительное и противомикробное действие, обладают обволакивающим действием.

Таким образом, метод обследования пациентов с съёмными зубными протезами через равные промежутки времени, позволяет полноценно оценить состояние слизистой оболочки, контролировать процесс адаптации к съёмным зубным протезам, снизить развитие атрофических процессов тканей протезного ложа.

Выводы

1. Среди числа обследованных пациентов чаще всего проводились корректировки верхнего протеза в зоне переходной складки СОПР, расположенной в области бугров верхней челюсти и зонах прикрепления слизистых тяжей щек, следовательно, и травмы этих участков слизистой оболочки наблюдались чаще. Среди числа обследованных пациентов с протезом на нижней челюсти чаще всего проводились корректировки протеза в области челюстно-подъязычной линии и экзостозов с язычной стороны гребня, следовательно, и травмы этих участков слизистой оболочки наблюдались чаще.

2. При оценке характера подготовки полости рта выяснилось, что количество коррекций, проводимых на съемных протезах верхней и нижней челюстей с предшествующим протезированию удалением зубов по показаниям, в 1,5 раза больше, чем в случаях, когда в рамках подготовки к протезированию зубы не подлежали удалению.

В результате оценки зависимости между сроками изготовления съемных протезов на верхней и нижней челюстях с предшествующей протезированию зубов подготовкой в виде удаления зубов по показаниям и без нее было установлено, что срок изготовления съемных протезов у обследованных пациентов с удаленными зубами на верхней и нижней челюсти больше, чем у пациентов, зубы которых на верхней и нижней челюсти не подлежали удалению перед изготовлением съемных зубных протезов.

3. На основании сравнения проводимых корректировок пластмассового базиса съемных зубных протезов с наличием сопутствующих заболеваний в анамнезе было выявлено, что среднее количество посещений для коррекций съемных протезов среди пациентов, указывающих в анкетах, что они имеют в анамнезе сахарный диабет в 1,5 раза больше, чем у условно здоровых пациентов.

4. Выявлено, что степень адаптации к съемным протезам верхней челюсти была лучше на 20%, чем на нижней челюсти. Использование

индивидуальных ложек в процессе производства протезов улучшает степень фиксации съемных протезов как на верхней, так и на нижней челюстях. В связи с этим рекомендуется изготавливать индивидуальные ложки для получения оттисков верхней и нижней челюстях.

5. На основании проведенного исследования по установлению взаимосвязи скорости адаптации к съемным протезам пациентов и использованию эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных и других средств, можно сделать вывод о том, что наиболее эффективным в лечении протезного стоматита является гель «Метрогил дента», следующим по эффективности является гель «Камистад», затем – «Солкосерил дентальный», и наименее эффективным является гель «Холисал». Полоскания настоем ромашки и/или шалфеем менее эффективно, чем применение эпителизирующих гелей. Из чего следует, что наихудшие показатели наблюдаются у обследуемых контрольной группы. Неблагоприятные признаки, такие, как язвенные поражения и гиперемия в основной группе исчезали быстрее, чем в контрольной.

Таким образом, для скорейшей адаптации к съемным протезам пациентам рекомендуется использование противомикробных, противовоспалительных и анальгезирующих гелей, эпителизирующих средств.

Список литературы

1. Балин В. Н., Иорданишвили А. К., Гук А. С. Протезные стоматиты. Пути предупреждения и лечения // Нижегородский мед. журн. 1993. № 3.С. 46–51.
2. Баранов, А.Б. Полиамид 12-нейлон-Эвидсан Дент [Текст] / Зубной техник. -2013. - №2. – С. 104-105.
3. Василенко З.С. Диагностика, этиология, патогенез и лечение осложнений в тканях полости рта при съемном зубном протезировании. Методическое письмо. – Киев, 1968.
4. Василенко З. С. Функциональные и морфологические изменения в слизистой оболочке полости рта и ее рецепторном аппарате под влиянием съемных протезов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Киев, 1977.
5. Василенко З. С. Диагностика, лечение и профилактика протезных стоматитов. Киев, 1980.
6. Варес Э. Я., Павленко А. В., Шевченко В. И. Литьевое прессование зубочелюстных протезов из пластмасс. Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1984.
7. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. Гаврилов Е.И. М., Медицина, 1979, 264 с.
8. Галонский, В. Г. Реакция слизистой оболочки опорных тканей оболочки протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов / В. Г. Галонский, А.А. Радкевич // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 18–22.
9. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. – М.: Медицина, 1988. – 160 с.
10. Дуйшалиев К.Д. Влияние съемных пластинчатых протезов на ткани протезного ложа беззубой верхней челюсти. – Автореф. Дис. Канд. – Калинин, 1970.
11. Жолудев С. Е. Клиника, диагностика, лечение и профилактика явлений непереносимости акриловых зубных протезов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Екатеринбург, 1998.

12. Жулев Е.Н., Малявина И.П. Методика изучения характера атрофии при частичной потере зубов // Актуальные проблемы стоматологии. – Рязань: РИО РязГМУ, 2007. – С. 131-135.

13. Иорданишвили А. К., Тер-Погосян Е. М., Иванов А. С. Руководство по профилактике и лечению парестезий слизистой оболочки полости рта с применением методов неспецифической терапии. Л., 1987.

14. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: Учеб. – Изд. 2-е, доп. – М.: Медицина, 2001. – 624 с.

15. Коробко В.Т. Исследование жевательного давления под базисом пластиночного протеза на верхней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1966. – 22 с.

16. Лебедеико И.Ю. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов / Под ред. И.Ю. Лебедеико, Э.С. Каливрадджияна, Т.И. Ибрагимова. – М. : Медицинское информационное агентство, 2005. – 400 с.

17. Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. – М.: Медицинская книга, 2007. – 280 с.

18. Максимовская Л.Н., Рощина П.И. Лекарственные средства в стоматологии: Справочник. — 2-е изд., перераб. и доп. — М: Медицина, 2000. - 240 с.

19. Миронова М.Л. Съёмные протезы: учебное пособие / М.Л. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.

20. Миронова М.Л. Съёмные протезы : учебное пособие / М.Л. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 464 с.

21. Ряховский, А. Н. Определение площади и плотности смыкания зубных рядов / А. Н. Ряховский // Стоматология. — 1992. — № 2 — С. 62-64.

22. Саввиди К.Г. Методика повторного протезирования на беззубой нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста с

неблагоприятными клиническими условиями протезного ложа / Саввиди К.Г.
// Клиническая стоматология. – 2008. - №4 С. 34-35.

23. Садыков М.И., Винник С.В. Методы исследования степени податливости слизистой оболочки беззубого протезного ложа больных перед изготовлением полных съемных пластиночных протезов / Садыков М.И., Винник С.В // Аспирантский вестник Поволжья Медицина. – 2015. - №1-2 С. 167-173.

24. Сергеев Ю.В. Аллергия к материалам, применяемым в ортопедической стоматологии / Ю.В. Сергеев, Т.П. Гусева // Стоматолог. — 2005. — № 6. — С. 68—73.

25. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учебник для медицинских вузов. / Под редакцией заслуженного деятеля науки РФ проф. В.Н. Трезубова. – 7-е изд., перераб. И доп. – СПб.: Фолиант, 2005 – 592. С.

26. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: учебник для студентов / В.Н. Трезубов , А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев ; под ред. з.д.н. России, проф. В.Н. Трезубова. – 4-е изд., испр. И доп. – М. : МЕДпресс – информ, 2011. – 416 с.

27. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов: учебник для студентов / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, Н.Ю. Незнанова, С.Б. Фищев ; под ред. з.д.н. России, проф. В.Н. Трезубова. – 3-е изд., испр. И доп. – М. : МЕДпресс – информ, 2011. – 320 с.

28. Трезубов В. Н., Мишнев Л. М., Сапронова О. Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии: учебное пособие для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности 040400. Стоматология / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, О.Н. Сапронова; под ред. засл. деят. науки России проф. В.Н. Трезубова. - Санкт-Петербург : Фолиант, 2007. - 660, [1] с. : ил. ; 24 см. - Библиогр.: с. 660-661.

29. Улитовский С.Б. Гигиена при зубном протезировании: Учебное пособие. – 2- е изд., -М.: МЕДпресс-информ,2009. -112с.

30. Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. - СПб.: Фолиант, 1998. - 576 с.
31. Bergendal T., Holmberg K., Nord C. E. Yeast Colonization in the oral Cavity and Feces in Patients with Denture Stomatitis // Acta Odontol. Scand. 1983. Vol. 37, № 1. P. 37–45.
32. Biology and cytotoxicity of dental materials: an in vitro study / M. Gociu [et al.] // Rom. J. Morphol. Embryol. – 2013. – Vol. 54, N 2. – P. 261–265.
33. Gasser F. Auswirkungen von Prothesen aut die Gewebe des Prothesenbettes // Dtsch. Zahnarztl. Z. 1970. Bd. 25. ...h. 8. S. 784–792.
34. Herrmann D. Allergische reaktion durch zahnarztliche Werkstoffe // Zahnarztl. Mitt. 1981. ...h. 18. S. 1066–1071
35. Wigdorowicz-Makowezowa N., Kusz K. Stomatopatie protetyczne // Czas. Stomat. 1963. Bd. 16, № 1. S. 51–56.

Автор: Менлигулова А.А. _____ (подпись)

Реакция тканей протезного ложа на съемные ортопедические конструкции

В. В. Костюничев, врач, А. А. Менлигулова, студ.

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несмотря на прогрессирующее развитие имплантационных методов замещения отсутствующих зубов, съемное протезирование по-прежнему актуально для пациентов, имеющих противопоказания к имплантации зубов и/или ограниченный бюджет.

Цель: оценить реакцию тканей протезного ложа на съемные протезы.

Задачи:

1. Выявить взаимосвязь скорости адаптации к съемным протезам пациентов (через количество коррекций протезов) и использования эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных и других средств.

2. Оценить взаимосвязь между реакцией тканей протезного ложа и характером подготовки полости рта к протезированию.

3. Установить взаимосвязь между локализацией травматических поражений слизистой оболочки протезного ложа и скоростью адаптации к съемным протезам.

Материалы и методы. За полугодовой период было обследовано 72 пациента в возрасте от 52 до 96 лет, прошедших ортопедическое лечение съемными протезами. Осматривалась слизистая оболочка полости рта на предмет протезного стоматита через определенные промежутки времени после наложения протезов. Пациенты разделены на контрольную группу (14 человек) и основную (61 человек) в зависимости от применения средств для эпителизации ран слизистой оболочки.

Результаты: у пациентов из контрольной группы выявлялись симптомы протезного стоматита в течение в среднем 14 — 30 дней после наложения протезов, с количеством посещений для коррекции в среднем 3,7. Пациенты,

использующие гели для эпителизации посещали стоматолога в среднем 1,9 раз в течение 7–14 дней после сдачи протезов. Не выявлено четкой взаимосвязи между количеством удаленных зубов при подготовке к протезированию и количеством коррекций протезов (2,3 раза). При этом степень адаптации к съемным протезам верхней челюсти была лучше на 25 %, чем к протезам нижней челюсти. Наиболее часто травмировалась слизистая оболочка в области бугров и в зонах прикрепления слизистых тяжей щек на верхней челюсти, на нижней челюсти в области челюстно-подъязычной линии и экзостозов с язычной стороны гребня.

Выводы: Для скорейшей адаптации к съемным протезам пациентам рекомендуется использование противомикробных, противовоспалительных и анальгезирующих гелей, эпителизирующих средств. Вне зависимости от количества удаленных зубов в рамках подготовки к протезированию, его рекомендуется начинать не раньше, чем через 14 дней после последнего удаления. Рекомендуется уделять особое внимание пробам Гербста и качеству оттисков для эффективной адаптации пациентов к съемным протезам.

Соколович Наталия Александровна д.м.н., профессор кафедры стоматологии, СПбГУ, г. Санкт-Петербург, РФ e-mail: lun_nat@mail.ru

Костюничев Владимир Валерьевич ассистент кафедры стоматологии, СПбГУ, г. Санкт-Петербург, РФ e-mail: vkostyunichev@gmail.com

Менлигулова Алиме Арсеновна студент 5 курса, Факультет стоматологии, СПбГУ, г. Санкт-Петербург, РФ e-mail: spbgu.student001@yandex.ru

ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА СКОРОСТЬ АДАПТАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА К СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ

Аннотация

Несмотря на прогрессирующее развитие имплантационных методов замещения отсутствующих зубов, съемное протезирование по-прежнему актуально для пациентов, имеющих противопоказания к имплантации зубов и/или ограниченный бюджет. Целью исследования являлась оценка реакции тканей протезного ложа на съемные протезы и выявление взаимосвязи скорости адаптации к съемным протезам пациентов и использования эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных, анальгезирующих и других средств. Проведено обследование 72 пациентов, имеющих съемные ортопедические конструкции. По результатам исследования пациентам рекомендуется использование противомикробных, противовоспалительных и анальгезирующих гелей, эпителизирующих средств для скорейшей адаптации к съемным протезам.

Ключевые слова

Съемные протезы, адаптация, травма слизистой оболочки.

Sokolovich Natalia A.,

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Stomatology, St.

Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

Kostyunichev Vladimir V.

Assistant of the Department of Stomatology, St. Petersburg State University, St.
Petersburg, Russia

Menligulova Alime A.

student, Faculty of Stomatology, St. Petersburg State University, St. Petersburg,
Russia

**EFFECT OF DRUGS ON THE RATE OF ADAPTATION OF THE ORAL
MUCOSA
TO REMOVABLE DENTURES**

Abstract

Despite the progressive development of implantation methods for replacing missing teeth, removable prosthetics are still relevant for patients who have contraindications to dental implants and / or a limited budget. The aim of the study was to evaluate the reaction of the tissues of the prosthetic bed to removable dentures and to reveal the relationship between the rate of adaptation to removable prosthetic patients and the use of epithelial, antimicrobial, anti-inflammatory, analgesic and other agents. 72 patients with removable orthopedic structures were examined. Based on the results of the study, patients are recommended to use antimicrobial, anti-inflammatory and analgesic gels, epithelializing agents for quick adaptation to removable dentures.

Keywords

Removable dentures, adaptation, mucosal injury.

Несмотря на прогрессирующее развитие имплантационных методов замещения отсутствующих зубов, съемное протезирование по-прежнему актуально для пациентов, имеющих противопоказания к имплантации зубов и/или ограниченный бюджет. Вследствие этого, врачи-стоматологи-ортопеды пытаются повлиять на скорость адаптации слизистой оболочки полости рта к съемным протезам [3, с. 62-64]. В случае длительного ношения протеза происходит износ протезных конструкций и наблюдаются изменения протезного ложа [1, с. 131-135]. Если возникло несоответствие протезного ложа базису протеза из-за атрофии костной ткани, неточного оттиска или ошибок техника в процессе работы, то исправить протез можно с помощью перебазировки. [4, с.

320]. Однако, часто происходит травматизация слизистой оболочки новыми качественными съемными протезами, в особенности на начальных этапах их использования. Травма может проявляться при легкой форме в виде катарального воспаления слизистой оболочки, а при грубой - малые и большие пролежни(язвы), проникающие на различную глубину слизистой оболочки. [2, с. 464]. Естественно, пациент приходит на корректировку базиса протеза, но возможно ли облегчить неудобства, связанные с привыканием, какими-либо лекарственными средствами?

Цель: оценить реакцию тканей протезного ложа на съемные протезы и выявить взаимосвязь скорости адаптации к съемным протезам пациентов и использования эпителизирующих, противомикробных, противовоспалительных, анальгезирующих и других средств.

Материалы и методы: В ходе практического исследования в течение полугода, с сентября 2017 года по март 2018 года, на клинической базе ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» было обследовано 72 пациента (22 мужчины и 50 женщин) в возрасте от 52 до 96 лет, проживающих в г. Санкт-Петербург, прошедших ортопедическое лечение частичными и полными съемными протезами. Осматривалась слизистая оболочка полости рта на предмет явлений протезного стоматита через определенные промежутки времени после наложения протезов. Пациенты разделены на контрольную (14 человек) и основную (58 человек) группы. Пациентам из основной группы после наложения съемного протеза были даны рекомендации наносить эпителизирующие, противовоспалительные, противомикробные, анальгезирующие и другие средства на слизистую оболочку, в течение периода адаптации к протезу. Назначались препараты «Камистад гель для десен» (12 пациентам, 19,6%), «Метрогил дента гель стоматологический» (14 пациентам, 22,9%), «Солкосерил дентальная адгезивная паста» (8 пациентам, 13,1%), «Холисал гель стоматологический» (11 пациентам, 18%). 13 пациентам (21,3%) были рекомендованы ванночки с отварами ромашки/шалфея 3 раза в день. Пациенты из контрольной группы не использовали вышеуказанные средства.

Всем пациентам рекомендовалось появиться на контрольный осмотр после наложения протезов через 2 суток, 1 неделю, 2 недели, 1 месяц, 2 месяца, 3 месяца. Учитывались количество посещений для корректировки протезов, наличие и характер травматических изменений слизистой оболочки протезного ложа.

Результаты: у пациентов из контрольной группы количество посещений для коррекции протезов в среднем составило 3,7 в течение в среднем 14 – 30 дней после наложения протезов. Изменения слизистой оболочки при контрольных осмотрах описаны в таблице 1. Заметим, что не все пациенты являлись для контрольного осмотра, поэтому, по умолчанию, считалось, что травматических изменений слизистой оболочки протезного ложа у них нет.

Осмотр после наложения протеза через/реакция слизистой оболочки протезного ложа	2 суток (кол-во чел., %)	1 неделя (кол-во чел., %)	2 недели (кол-во чел., %)	1 месяц (кол-во чел., %)	2 месяца (кол-во чел., %)	3 месяца (кол-во чел., %)
В норме	-	3; 21,4%	5; 35,7%	12; 85,7%	14; 100%	14; 100%
Гиперемия и отечность	9; 64,3%	6; 42,9%	8; 57,2%	2; 14,3%	-	-
Язвенные поражения, гиперемия и отечность	5; 35,7%	5; 35,7%	1; 0,1%	-	-	-

Таблица 1. Изменения слизистой оболочки протезного ложа при осмотрах через определенные промежутки времени у пациентов контрольной группы.

Пациенты, использующие эпителизирующие, противовоспалительные, противомикробные и анальгезирующие средства посещали стоматолога в среднем 1,9 раз в течение 7-14 дней после наложения съемных протезов.

Изменения слизистой оболочки у пациентов, использующих вышеуказанные средства, при контрольных осмотрах описаны в таблице 2.

Осмотр после наложения протеза/реакция слизистой оболочки протезного ложа	2 суток (кол-во чел., %)	1 неделя (кол-во чел., %)	2 недели (кол-во чел., %)	1 месяц (кол-во чел., %)	2 месяца (кол-во чел., %)	3 месяца (кол-во чел., %)
В норме	-	27; 46,5%	43; 74,1%	54; 93%	58; 100%	58; 100%
Гиперемия и отечность	41; 70,7%	29; 50%	15; 25,9%	4; 7%	-	-
Язвенные поражения, гиперемия и отечность	17; 29,3%	2; 3,5%	-	-	-	-

Таблица 1. Изменения слизистой оболочки протезного ложа при осмотрах через определенные промежутки времени у **пациентов основной группы**.

Наиболее показательны результаты, полученные спустя 1 и 2 недели после наложения протеза. Они отражены на рисунках 1 и 2.

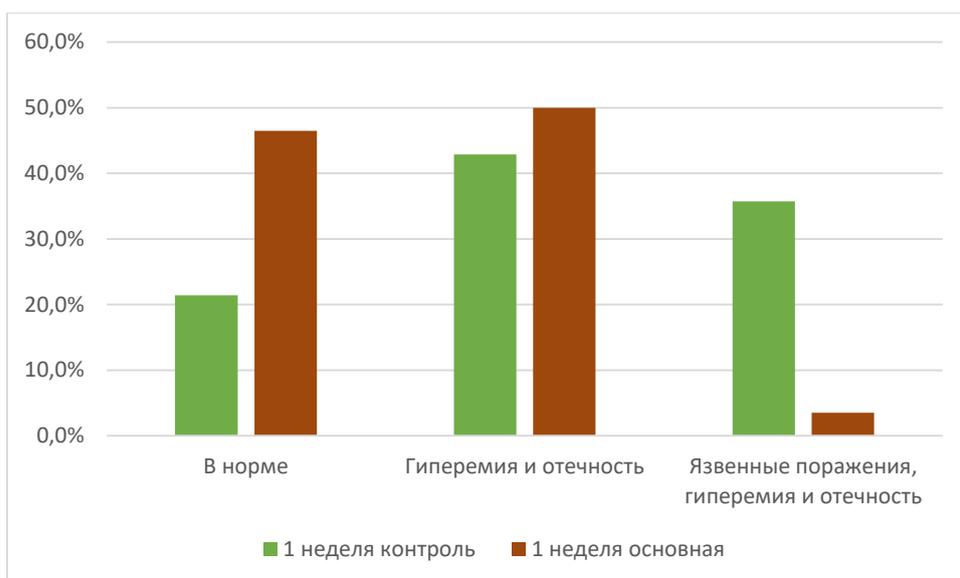


Рис. 1. Количество пациентов основной и контрольной групп в % с травматическими изменениями слизистой оболочки протезного ложа при осмотрах через 1 неделю после наложения протезов.

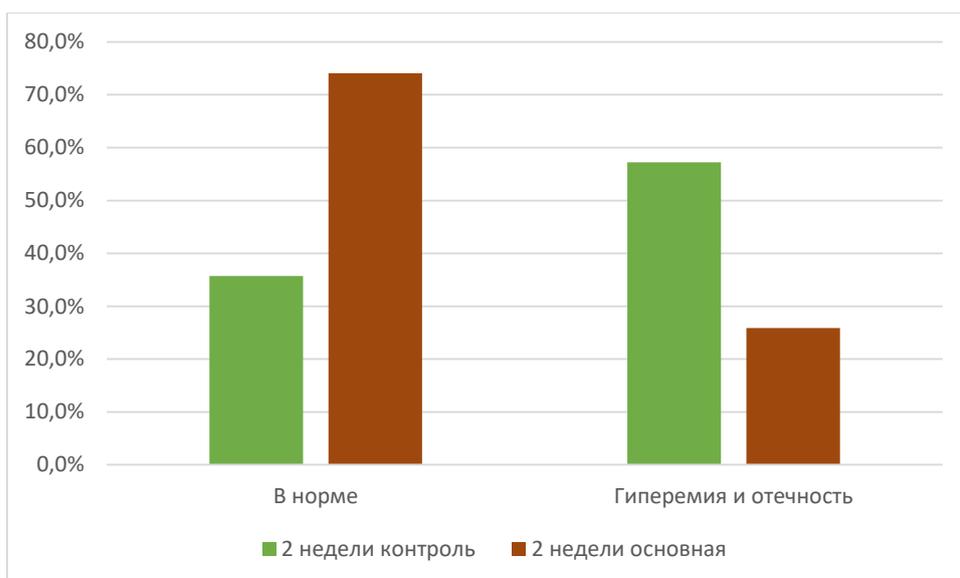


Рис. 1. Количество пациентов основной и контрольной групп в % с травматическими изменениями слизистой оболочки протезного ложа при осмотрах через 2 недели после наложения протезов.

Выводы: По результатам исследования наиболее эффективным оказалось использование эпителизирующие, противовоспалительные, противомикробные и анальгезирующие средств в период адаптации к съемным протезам, чем их неиспользование. Неблагоприятные признаки, такие, как язвенные поражения и гиперемия в основной группе исчезали быстрее, чем в контрольной. Таким

образом, для скорейшей адаптации к съемным протезам пациентам рекомендуется использование противомикробных, противовоспалительных и анальгезирующих гелей, эпителизирующих средств.

Список использованной литературы:

1. Жулев Е.Н., Малявина И.П. Методика изучения характера атрофии при частичной потере зубов // Актуальные проблемы стоматологии. – Рязань: РИО РязГМУ, 2007. – С. 131-135
2. Миронова М.Л. Съемные протезы: учебное пособие / М.Л. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
3. Ряховский, А. Н. Определение площади и плотности смыкания зубных рядов / А. Н. Ряховский // Стоматология. — 1992. — № 2 — С. 62-64.
4. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов: учебник для студентов / В.Н. Трезубов, Л.М. Мишнев, Н.Ю. Незнанова, С.Б. Фищев ; под ред. з.д.н. России, проф. В.Н. Трезубова. – 3-е изд., испр. И доп. – М. : МЕДпресс – информ, 2011. – 320 с

© Соколович Н.А., Костюничев В.В., Менлигулова А.А., 2018