Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

НА ТЕМУ: СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ СО СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.

Выполнил студент

5 курса 522 группы

Рубанов Максим Сергеевич

Научный руководитель

К.м.н. Шевелева Наталья Александровна

Санкт-Петербург

2019

Оглавление

[Введение 2](#_Toc9190312)

[ГЛАВА 1. Литературный обзор 4](#_Toc9190313)

[1.1. Съемные ортопедические конструкции 4](#_Toc9190314)

[1.2. Влияние съемных протезов на слизистую оболочку протезного ложа 11](#_Toc9190315)

[1.3. Виды осложнений после протезирования зубов 19](#_Toc9190316)

[Глава 2 Методы исследования 26](#_Toc9190317)

[2.1 Характеристика обследованных пациентов 26](#_Toc9190318)

[2.2 Описание клинической методики 27](#_Toc9190319)

[2.3. Параклинические методы 31](#_Toc9190320)

[ГЛАВА 3. Результаты исследования 32](#_Toc9190321)

[3.1 Результаты клинического исследования 32](#_Toc9190322)

[Выводы 46](#_Toc9190323)

[Заключение 47](#_Toc9190324)

[Использованная литература и источники 49](#_Toc9190325)

# Введение

Заболевания слизистой оболочки полости рта занимают особое место среди стоматологических заболеваний. Диагностика и лечение таких заболеваний крайне сложны. Кроме того, многие из этих болезней имеют инфекционную природу, что вызывает опасность инфицирования медицинского персонала.

Потребность в протезировании зубов съемными протезами у пациентов в возрасте от 50-ти лет и старше достигает 55-57 %, у лиц молодого возраста в наши дни также не редким стало использование съемных протезов. Протезирование способно вызвать нарушения вкуса и состояние слизистой оболочки полости рта у пациентов. Наличие в полости рта съемных ортопедических конструкций может послужить привкуса кислоты, соли, металла во рту, потерю вкусовых ощущений, нарушению слюноотделения. Часто у больных может наблюдаться жжение слизистой оболочки языка, неба, щек, усиливающееся после курения, уменьшающееся после приема пищи. У пациентов слизистая оболочка, примыкающая к съемным протезам, иногда бывает отечна и гиперемирована, наблюдается эрозии, стоматиты. Удаление или замена ортопедических конструкций и своевременное назначение местной противовоспалительной терапии купировало вышеуказанные жалобы.

Таким образом, в правильной постановке диагноза и назначении эффективной терапии важное значение имеют правильно собранный анамнез, оценка жалоб пациента и консультация профильного специалиста.

**Целью нашего исследования** является оценка состояния слизистой оболочки полости рта у пациентов со съемными ортопедическими конструкциями.

Для того, чтобы решить поставленную в работе цель исследования были определены следующие **задачи:**

1. Оценить состояние слизистой оболочки полости рта в зависимости от возраста пациента.

2. Оценить состояние слизистой оболочки полости рта в зависимости от типа протеза.

3. Оценить состояние слизистой оболочки полости рта от срока пользования съемным протезом.

# ГЛАВА 1. Литературный обзор

# 1.1. Съемные ортопедические конструкции

Зубопротезирование относится к области стоматологии, которая занимается восстановлением поврежденных или утраченных зубов при помощи изготовления и установления во рту у пациента специальных ортопедических конструкций. Такие конструкции называются зубными протезами. Сегодня возможны следующие протезы зубов: съемные, несъемные, условно съемные, комбинированные. Такая классификация отображает основные характеристики стоматологических конструкций, используемых для каждого вида протезирования[[1]](#footnote-1).

В случае съемных протезов, пациенту изготавливают протезы, которые он может самостоятельно снимать для проведения необходимых гигиенических процедур, второй вариант, несъёмные протезы – это установка постоянных или временных стационарных протезов. Термин условно-съемное протезирование обозначает, что конструкцию снимать можно, но делает это только врач в определенных целях: для чистки, проведения коррекции, замены и т.д[[2]](#footnote-2). Довольно часто стоматологи применяют комбинированное протезирование, при котором одновременно используются и съемные и несъемные ортопедические изделия[[3]](#footnote-3).

Съемные ортопедические изделия подразделяются на два основных типа: частичные и полные съемные конструкции. В свою очередь, каждый из этих видов подразделяется на различные типы, отличающиеся друг от друга материалом изготовления и функциональными особенностями. Выбор необходимой ортопедической конструкции, главным образом, зависит от того, сколько зубов имеется в полости рта пациента.

При полном отсутствии зубов на одной, или сразу на двух челюстях, пациенту предлагают установить полные съемные протезы. Помимо стандартных пластинчатых съемных конструкций, существуют также нейлоновые протезы. Конструкции, изготовленные по современным методикам более прочны и долговечны, а также эстетически более привлекательны. При надлежащем уходе и следовании рекомендациям врача, протезы могут прослужить, сохраняя первоначальный внешний вид и функции, много лет.

Одним из главных критериев при выборе конструкции является надежность её фиксации в полости рта. Если говорить о съемных конструкциях, то самый надежный способ их фиксации – это установка протеза на импланты, которые предварительно вкручиваются в челюстную кость. Для того чтобы определиться с тем, какой же вариант изделия подобрать, нужно понять, какими недостатками и достоинствами обладает конструкция.

Особенности нейлонового протеза заключается в эластичности конструкции. Благодаря материалу, из которого они изготовлены, протезы очень мягкие, легкие и гибкие. Протезы из нейлона не выделяют никакого запаха и не впитывают влагу, благодаря чему на их поверхности нет скопления бактерий. такие конструкции выглядят достаточно естественно, соответствуя натуральной форме и цвету зубов. Помимо этого свой эстетичный внешний они сохраняют на протяжении нескольких лет. Нейлоновые съемные конструкции с организмом человека биосовместимы, поэтому не вызывают никаких аллергических реакций. К минусам нейлоновых протезов можно отнести наличие небольших просветов в местах соединения зубов.

При потере нескольких зубов, одним из вариантов их восстановления, являются частично-съемные протезы. Изготавливаются такие конструкции из пластмассового базиса или металлического каркаса. К основным видам относятся: пластмассовые частично-съемные протезы, бюгельные частично-съемные конструкции и нейлоновые ортопедические изделия.

Пластинчатые протезы – самый простой вариант восстановления недостающих зубов. Используются, как в качестве постоянной ортопедической конструкции, так и в качестве временного протеза. Такие конструкции довольно просты в использовании, а также имеют невысокую стоимость. Минусом подобных конструкций является долгий период привыкания к протезу.

Бюгельные протезы удобны в использовании, надежны и прочны даже при длительном сроке эксплуатации. Главное их достоинство – правильное распределение жевательной нагрузки. Основа бюгельного протеза – это каркас в виде металлической дуги с элементами для крепления. Крепиться протез может при помощи крючков или же замков, цепляющихся за оставшиеся зубы. Изготовлен каркас из сплавов, обладающих высокой прочностью. Существуют различные варианты креплений бюгельных протезов:

на телескопических коронках (меньшая коронка зацементирована на опорном зубе, который обтачивают конусом, а большая одевается сверху);

на замковых креплениях (аттачменах), под них также проводится специальная обточка зубов;

на крючках-кламмерах[[4]](#footnote-4).

Для установки бюгельных ортопедических систем во рту пациента должны оставаться здоровые зубы, пригодные для крепления конструкции. Если зубов у пациента нет, то вживляют несколько имплантов с телескопическими коронками, к которым потом крепят бюгельный протез.

В случае тотального отсутствия зубов создаются полные съемные протезы на присосках. Этот способ крепления нельзя понимать дословно, поскольку никаких специальных присасывающих приспособлений на изделиях нет. Фиксация во рту происходит за счет гибкости и податливости материала, который полностью повторяет контуры десны и как будто ее обволакивает. Однако на нижней челюсти иногда приходится пользоваться дополнительно специальным клеем для протезов, поскольку в этом месте добиться полного прилегания очень тяжело.

Протезы зубов, изготовленные из качественного акрила или нейлона, по внешнему виду почти не отличаются от натуральной десны. При этом изделия из нейлона не вызывают аллергий, не меняют цвет в процессе ношения, не впитывают запахи, а также не накапливают на своей поверхности микроорганизмы. Акриловые же, наоборот, отличаются повышенной аллергенностью и обладают пористой структурой, которая способствует аккумуляции бактерий.

И нейлоновый, и акриловый протез при правильном уходе (обязательном мытье после еды, дезинфекции, периодической профессиональной чистке и т.д.) в среднем рассчитан на 5 лет эксплуатации. Но многие люди и не могут использовать такие конструкции дольше, поскольку со временем из-за атрофии тканей челюсти изделие становится просто «не по размеру»[[5]](#footnote-5).

Ниже в таблице 1 приведены основные виды съемных зубных протезов их достоинства и недостатки.

Таблица 1 – Основные виды съемных протезов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид протеза | Плюсы | Минусы |
| Акриловый | - доступная цена; - легкость; - небольшая нагрузка на опорные зубы за счет ее распределения на десны; - эстетичный вид.  | - пористая структура материала, способствующая накоплению влаги в протезе и размножению бактерий; - хрупкость; - большой размер; - относительно слабая фиксация; - нарушение дикции и восприятия вкусов. |
| Нейлоновый  | - эстетичность; - мягкость; - гипоаллергенность; - комфорт при ношении. | - короткий срок службы (2-3 года); - нарушение фиксации изделия за счет постепенной осадки материала; - отсутствие равномерного распределения жевательной нагрузки. |
| Бюгельный | - прочность; - компактность; - подобие натуральной челюсти; - отсутствие дикционных и вкусовых нарушений; - не подлежит обязательному снятию перед приемом вязкой, липкой пищи и на ночь; - возможно применение при пародонтите. | - возможность натирания десен; - длительный период реабилитации. |
| Силиконовый | - эластичность; - надежная фиксация; - долговечность; - прочность; - гипоаллергенность; - равномерное распределение жевательной нагрузки (при неполном протезировании); - отсутствие необходимости обтачивания опорных зубов; - устойчивость к пищевым красителям; - эстетичность. | - уязвимость перед сильной жевательной нагрузкой; - склонность к проседанию; - плохая полируемость; - необходимость регулярной коррекции; - дороговизна. |

Возможность замещения всего зубного ряда полными акриловыми или нейлоновыми протезами, а также их цена – это основные плюсы данных конструкций, особенно для пожилых людей. У более молодых пациентов широко применяются временные акриловые микропротезы, которые скрывают дефект одного зуба[[6]](#footnote-6).

Пластинчатые протезы относятся к разряду самых распространенных конструкций, применяемых в целях восстановления зубного ряда даже в случае полной потери зубов. Современные изделия изготавливают из нейлона, каучука, акрила и пр. Основа протеза, имеющая розовый цвет, изготавливается на основе индивидуального слепка челюсти пациента (верхней или нижней). Именно за счет этой основы соединяются между собой и остальные части конструкции (искусственные зубы, кламмеры), а также осуществляется перераспределение жевательной нагрузки на десны.

Современные изделия изготавливают из нейлона, каучука, акрила и пр. Основа протеза, имеющая розовый цвет, изготавливается на основе индивидуального слепка челюсти пациента (верхней или нижней). Именно за счет этой основы соединяются между собой и остальные части конструкции (искусственные зубы, кламмеры), а также осуществляется перераспределение жевательной нагрузки на десны.

О ближайших и отдаленных результатах протезирования судят на основании оценки:

1) субъективных ощущений больного;

 2) состояния тканей периодонта опорных зубов;

3) степени прочности фиксации протеза;

4) степени возможности больного употреблять различную пищу;

5) результатов и данных жевательных проб;

6) степени восстановления внешнего вида пациента;

6) степени чистоты его речи;

7) данных мастикациографии, свидетельствующих о мере перестройки двигательных рефлексов и выработки полноценных жевательных движений.

Лица, пользующиеся протезами, должны ежегодно проходить осмотры с целью обследования состояния полости рта и самих протезов, а по мере увеличения сроков пользования ими — и для решения вопроса о дате нового протезирования.

# 1.2. Влияние съемных протезов на слизистую оболочку протезного ложа

Протезы, кроме лечебного эффекта, могут оказывать и нежелательное побочное влияние на слизистую оболочку и кость протезного ложа. Побочное действие протеза зависит от материала, из которого сделан протез, особенностей его конструкции, тщательности подготовки полости рта к протезированию, ухода за протезом и гигиены полости рта, а также индивидуальной реактивности организма.

Съемные зубные протезы являются комбинированными раздражителями, оказывающими на слизистую оболочку протезного ложа и ее нервно-рецепторный аппарат механическое, химикотоксическое, сенсибилизирующее и термоизолирующее влияние, сила и характер которого зависит от физикохимических свойств базисов, конструкционных особенностей, качества изготовления и сроков пользования протезами[[7]](#footnote-7).

Клинически очаговое воспаление слизистой оболочки протезного ложа при пользовании съемными зубными протезами проявляется в виде одиночной или множественной точечной гиперемии, иногда больших пятен, не имеющих закономерности в размере и локализации. По мере дальнейшего развития процесса на фоне разрыхления и отечности слизистой оболочки появляются кровоточащие эрозии и декубитальные язвы, гиперпластические разрастания, сопровождающиеся болезненностью. Поверхностное очаговое воспаление чаще локализуется в области железистой зоны, уздечек, переходных складок и альвеолярных гребней. Декубитальные язвы располагаются в основном в области переходных складок и по линии «А», реже — альвеолярных гребней и твердого неба. Папилломатозные разрастания чаще локализуются в центральной части твердого неба[[8]](#footnote-8). Разлитое диффузное воспаление характеризуется теми же клиническими признаками, но топографо-анатомически занимает всю поверхность протезного ложа, совпадая с его границами, имеет вишнево-красный цвет, отечность и разрыхленность. Воспаление слизистой оболочки протезного ложа без нарушения целостности эпителия наблюдается у больных, пользующихся съемными протезами, как правило, от 1 до 3 лет. Эрозии и гиперплазия в этих случаях развиваются в сроки от 3 и более лет, когда возникает несоответствие поверхности базиса и протезного ложа[[9]](#footnote-9).

Причинами очагового воспаления слизистой оболочки протезного ложа являются: плохая фиксация и балансирование протезов, шероховатость, пористость, неточное соответствие базиса рельефу протезного ложа вследствие усадки и уменьшения на 0,02-0,5% пластмассы при полимеризации, что способствует механическому раздражению, а также макросдвигам и не равномерному давлению протеза на опорные ткани во время жевания. Воспалительным явлениям СОПЛ способствует плохое гигиеническое состояние, загрязнение поверхности протезов из акриловой пластмассы микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, что снижает местный иммунитет. Данное обстоятельство создает своеобразный очаг токсикоинфекции, который может быть причиной патологических изменений местного и общего характера в организме пациента[[10]](#footnote-10).  По мнению ряда авторов, основной причиной протезных стоматитов является адсорбция поверхности протезов из акрилатов частиц пищевых продуктов, лекарственных веществ, микрофлоры полости рта и их токсинов, вследствие чего с течением времени зубные протезы приобретают антигенные свойства и требуют переделки[[11]](#footnote-11).

При пользовании съемными пластиночными протезами у пациентов очень рано выявляется воспаление десневого края с язычной и небной сторон зубов. Десна становится гиперемированной, отечной, рыхлой. Межзубные сосочки приобретают синюшный оттенок, набухают и как бы отстают от зубов. В дальнейшем развиваются патологические десневые карманы, обнажаются шейки зубов, появляются боли от холодного или горячего.

Кроме указанных изменений, наблюдается очаговое воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка и твердого неба, принимающее со временем хроническое течение. На фоне отечной слизистой оболочки обнаруживаются пролежни, кровоточащие трещины, папилломатозные разрастания, бугристость, складки. Папилломатозные разрастания наблюдаются на твердом небе по средней линии его, а гиперпластические — по переходной складке как на верхней, так и на нижней челюсти (3. С. Василенко). Воспаление может иметь различный характер, но всегда ограничивается пределами протезного поля. Причиной его являются погрешности в изготовлении протеза, особенно нарушение границ его, плохая припасовка, отсутствие полного прилегания протеза к слизистой оболочке, плохой уход за ним.

Гистологические исследования (М. А. Реброва) показали, что под съемными пластинчатыми протезами утолщается эпителиальный пласт слизистой оболочки твердого неба. Одновременно с этим отмечается истончение рогового слоя, иногда полное отсутствие его. Наблюдаются явления хронического воспаления в виде диффузной или очаговой круг-локлеточной инфильтрации соединительной ткани, особенно выраженной в передней и средней третях твердого неба. Имеют место изменения нервных элементов в виде фрагментации и зернистого распада нервных волокон, варикозных утолщений и разволокнения безмякотных нервных волокон. Внутренняя эластическая мембрана сосудов утолщается и разволокняется. Однако грубых нарушений кровообращения в виде тромбоза не отмечено. Эти явления более выражены при длительном пользовании протезами.

Распространено мнение, что жевательное давление, передаваемое протезом на слизистую оболочку и кость беззубого альвеолярного отростка, способствует развитию атрофии. К другим причинам, вызывающим изменения слизистой оболочки и кости протезного ложа, следует отнести несоответствие протеза протезному ложу (балансирование и др.)[[12]](#footnote-12).

В основе патогенеза атрофических изменений кости, слизистой оболочки роль главного фактора отводится изменению сосудов (Е. И. Гаврилов). Они являются теми тканевыми элементами, которые в первую очередь принимают на себя давление протеза и изменения кровообращения не могут не отразиться на состоянии слизистого покрова и кости альвеолярного отростка и твердого неба.

Часть побочных явлений, связанных с протезами, может быть устранена улучшением их качества, а часть всегда будет сопутствовать им, пока протезы будут опираться на слизистую оболочку альвеолярного отростка и твердого неба.

Кроме механических факторов, вызывающих изменения слизистой оболочки протезного ложа, следует назвать токсические агенты, к которым в первую очередь относится мономер акриловой пластмассы.

При нарушении режима полимеризации протеза в его базисе остается свободный мономер, который как всякий эфир обладает местным раздражающим действием. Не исключена возможность возникновения очагового и разлитого воспаления по типу аллергической реакции. Аллергеном в данном случае может явиться мономер пластмассы или ее красители. Воспаление слизистой оболочки, вызванное избытком мономера, принято называть акриловым стоматитом. Для него характерно появление на фоне разлитой гиперемии слизистой оболочки чувства жжения и боли. Повторная полимеризация протеза может снять это явление.

Отдельную группу составляют больные с парестезиями слизистой оболочки, которую они связывают с пользованием пластмассовыми протезами. Клиническая картина при этом более или менее типична. Больные жалуются на сухость во рту, жжение и пощипывание слизистой оболочки протезного поля, появившиеся через некоторое время после наложения пластмассового протеза. У некоторых больных ощущение жжения имеет место и за пределами протезного ложа: в губах, языке, слизистой оболочке щек. Жалобы часто касаются верхней челюсти и очень редко — нижней. Общее обследование больных с парестезиями слизистой оболочки при пользовании съемными протезами позволило установить, что многие из них страдают общими заболеваниями, среди которых на первом месте стоят поражения органов пищеварения, печени, а затем функциональные расстройства нервной системы, сосудистые заболевания, возрастные изменения в виде затянувшегося и тяжело протекающего инволюционного периода у женщин. Явления непереносимости пластмассовых протезов наблюдаются у лиц в возрасте 40—45 лет (Л. И. Солодилов, В. А. Шаврова).

Парестезии слизистой оболочки бывают настолько сильно выражены, что больные отказываются от пользования съемными протезами. Поэтому можно говорить о непереносимости пластмассовых протезов. Больные с подобными жалобами нуждаются в тщательном комплексном обследовании. Вначале это производят в стоматологических клиниках, где подробно собирают анамнез и выясняют, не было ли парестезии до протезирования. Если до протезирования имелась парестезия слизистой оболочки, больной подлежит тщательному обследованию у терапевта, а по его указанию и у других специалистов. Одновременно проводится ряд местных мероприятий: уточнение границ протеза, устранение неточного прилегания, балансирования его. Если это не приносит успеха, следует провести повторную полимеризацию протеза или изготовить новый протез из бесцветной пластмассы или с металлическим базисом. Последние два мероприятия проводят для исключения раздражающего действия остаточного мономера, а возможно, и красителей. При парестезиях следует расширить показания к применению бюгельных протезов.

Причинами осложнений после установки съемных протезов может быть некачественная подготовка к протезированию. Перед лечением обязательно должна быть проведена санация полости рта, восстановление, а чаще протезирование зубов, которые будут служить опорой для фиксации протеза.

Другой причиной может быть недостаточная гигиена полости рта. Это может привести к воспалению десен под протезом, к образованию кариеса, пульпита зубов, которые служат опорой для протеза.

Иногда осложнения возникают в результате поломки или смещения частей протеза нарушается его фиксация в полости рта, возникает дискомфорт и боль при его ношении.

В качестве следующей причины можно назвать неточно изготовленный протез. Конструкция должна легко фиксироваться и также сниматься без особых усилий. В полости рта между конструкцией и десной не должно быть щелей, но при этом протез не должен давить и натирать мягкие ткани. В первом случае в промежутке будут скапливаться остатки пищи, во втором — на слизистой будут возникать намины, а в дальнейшем пролежни.

Особое внимание при ортопедическом лечении следует обратить на устранение нарушений артикуляции искусственных зубных рядов, балансирования базиса. Посредством оптимального восстановления высоты нижнего отдела лица, объемного моделирования базисов протезов, правильной ориентации окклюзионной плоскости и создания бугоркового перекрытия можно предупредить ущемление слизистой оболочки, а также прикусывание губ и щек, особенно в области очагов поражения.

При наложении зубных протезов больному необходимо проверить границы базиса, тщательность полировки протеза и артикуляционные взаимоотношения зубных рядов челюстей. Края съемных зубных протезов должны быть утолщены и закруглены для исключения механической травмы. Следует слегка отполировать внутреннюю поверхность базиса съемного протеза, добиваясь снятия малых шероховатостей, вызывающих микротравмы СОПР протезного ложа. При этом также снижается пористость базисной пластмассы, что уменьшает задержку пищевых остатков и микроорганизмов на зубном протезе, уменьшая тем самым воспалительные явления слизистой оболочки протезного ложа.

Стоматиты, возникающие под воздействием механической травмы, развиваются почти у всех больных после наложения протезов вследствие несоответствия его базиса рельефу и границам протезного ложа. Профилактика их заключается в соблюдении принципа законченности лечения: врач после наложения протеза наблюдает больного до тех пор, пока не убедится, что тканям протезного ложа не угрожает травма[[13]](#footnote-13).

Особенно внимательно следует относиться к пациентам с предраковыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта.

У больных с травматическим папилломатозом с целью профилактики перерождения папиллом из-за их легкой ранимости, частого изъязвления и развития воспалительного процесса в строме протезирование зубов выполняют только после хирургического иссечения, электрокоагуляции или криодеструкции папиллом.

По завершении зубного протезирования больные с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта должны находиться под динамическим наблюдением для исключения хронической травмы, обусловленной зубным протезом.

Если местные стоматологические мероприятия не устраняют явлений парестезии, причину их следует искать в общих заболеваниях организма, и в соответствии с этим больной подлежит наблюдению у врачей других специальностей.

Таким образом, влияния протезов на ткани и органы зубочелюстной системы также многообразно, как и ответные реакции организма. Действие протезов на слизистую оболочку полости рта можно разделить: на побочное, травмирующее, токсическое и аллергическое. Реакция тканей протезного ложа проявляется прежде всего в виде воспаления слизистой оболочки (гиперемия, отёчность, боль, гипер или гипосаливация), различного по интенсивности и обширности. В далеко зашедших случаях воспаления возникают эрозии, язвы, гиперпластические разрастания в виде мелких ворсинчатых и грибовидных полипов, а также общесоматические нарушения со стороны нервной системы, ЖКТ, головные боли и др.

# 1.3. Виды осложнений после протезирования зубов

Известны следующие осложнения после протезирования зубов:

 - намины и натертости после установки протезов;

 - воспалительный процесс на деснах под протезами, стоматит;

- заболевания опорных зубов (кариес, пульпит,пародонтит и др.);

- аллергия на материалы, используемые для создания протезов;

- гальванический синдром;

- ослабление фиксации съемных конструкций;

- изменение положения щек и губ[[14]](#footnote-14).

Рассмотрим каждое из осложнений более подробно.

Намины и натертости после установки протезов являются довольно распространенным явлением, которое особенно характерно для съемных конструкций. Симптомами такого осложнения являются неприятные ощущения в полости рта, боль во время приема пищи, чувство инородного тела во рту, а также обильное слюноотделение.

На следующий день после установки съемной конструкции всегда следует повторный прием в кабинете врача-стоматолога. Независимо от наличия или отсутствия неприятных ощущений необходимо явиться в клинику на осмотр, иначе, если этого не сделать, на слизистой в местах постоянного избыточного давления и натирания образуются пролежни.

При необходимости доктор проведет коррекцию протеза и назначит дату следующего посещения. Как минимум, две поправки обязательны у всех. В течение первых двух-трех недель происходит привыкание к протезам, и дискомфортные ощущения — это абсолютно нормальное явление. Полная адаптация наступает, как правило, к концу третьей недели.

Протезный стоматит является одним из самых частых осложнений. Его проявления следующие[[15]](#footnote-15).

В первое время после установки протеза кроме дискомфорта ощущается чрезмерно сильное давление на слизистую, боль. Появляется покраснение десен, а возможно, и образование гнойничков на слизистой. Происходит ущемление мелких кровеносных сосудов, в месте прилегания нарушается кровоснабжение тканей – образуются пролежни. Фиксирующие элементы частично съемных протезов также могут раздражать окружающие ткани пародонта и способствовать их воспалению.

Необходимо посетить своего лечащего врача, который проведет антисептическую обработку полости рта и протеза, назначит местную противовоспалительною терапию (полоскания, ротовые ванночки, мази, гели), а также комплекс процедур, направленных на ускорение регенерации тканей.

В случае с частичными съемными протезами в полости рта присутствуют зубы, которые выполняют важную функцию опоры и крепления протеза. Здоровы ли опорные зубы, покрыты коронками или восстановлены пломбами, в любом случае за ним необходимо ухаживать, и соблюдать гигиену всей полости рта. При осложнениях связанных с опорными зубами будет наблюдаться скопления остатков пищи, налёт на зубах, а также на съемных конструкциях, неприятный запах изо рта и от протеза, кровоточивость десен вокруг опорных зубов, болезненные ощущения во время приема пищи, от температурных раздражителей, ночные боли[[16]](#footnote-16).

Лечение и профилактика заболеваний опорных зубов связана с соблюдением регулярного и тщательного ухода за протезами и зубами. Необходимо посещать врача для проведения профессиональной гигиены полости рта. В случае возникновения боли во время жевания, а также ноющей, острой боли, обращаться к своему лечащему врачу-стоматологу.

При установки съемных ортопедических конструкций возможна аллергия. Аллергическая реакция на зубопротезные материалы может возникнуть при контакте протезов с тканями организма пациента. В настоящее время ученые стараются свести до минимума возникновение таких реакций, и на сегодняшний день известно множество различных материалов для изготовления съемных протезов.

Скорость возникновения аллергической реакции может быть различной – от нескольких минут до нескольких часов, а иногда и дней после установки протеза.

Симптомами аллергии на зубопротезные материалы являются: высыпания на коже лица; покраснение и отек слизистой оболочки полости рта; приступы бронхиальной астмы и даже удушье; воспаление слюнных желез; сухость во рту; ощущение жжения языка.

Лечение заключается в том, чтобы немедленно снять зубные протезы, далее обратиться к врачу-стоматологу-ортопеду. Повторное протезирование проводить конструкциями, которые изготовлены из другого материала[[17]](#footnote-17).

Гальванический синдром представляет собой осложнение после протезирования заключающееся в появлении гальванического тока в ротовой полости. Причина возникновения — присутствие разнородных металлов в составе всех конструкций, установленных в полости рта, (например, используемых в качестве основания протеза и в составе коронок зубов) при наличии предрасположенности конкретного пациента к данному заболеванию.

В современной стоматологии при изготовлении зубных протезов используются такие металлы и их сплавы, как нержавеющая сталь, кобальтохромовые, серебрянопалладиевые сплавы, сплавы на основе драгоценных металлов и другие. Известно, что любой сплав, погруженный в раствор электролита (в данном случае в этом качестве выступает слюна), обретает свойственный лишь ему потенциал. Если в ротовой полости пациента присутствуют металлы с различными потенциалами, то возникают все условия, необходимые для образования гальванического тока.

Симптомы гальванического синдрома следующие: неприятные ощущения во время еды; металлический привкус во рту; привкус горечи и кислоты во рту, особенно усиливающийся при прикосновении металлической ложки к протезам; головные боли; нарушения сна; общее недомогание; аллергические проявления на слизистой оболочке полости рта (отек, эрозии); потемнение металлических протезов.

Лечение состоит в повторном протезировании, исключающее наличие в полости рта разнородных металлов.

Ослабление фиксации съемных конструкций - осложнение развивается постепенно, по мере приближения к окончанию срока эксплуатации конструкции пластиночных протезов. В случае бюгельного протезирования также возможно стирание пластмассовых частей замковых протезов, ослабление кламмеров.

Причинами этого осложнения являются: ежедневное использование, регулярная выемка из полости рта, изменение анатомического строения протезного ложа (убыль костной ткани с возрастом)[[18]](#footnote-18).

Симптомами ослабления фиксации съемных конструкций является ощущение смещения, передвижения протеза во рту; отсутствие прилегания протеза к деснам, зубам; выпадание конструкции из полости рта во время еды и при разговоре.

Лечение заключается в изготовлении нового съемного протеза; использование специальных стоматологических клеев для фиксации; коррекция креплений, перебазировка протеза.

Перебазировка протеза — исправление, реставрация съемной конструкции с целью получения приспособленного к жевательному давлению базиса протеза, уточнения его прилегания к протезному ложу.

Со временем под базисом съемного протеза происходит атрофия слизистой и костной ткани. Атрофия приводит к неравномерному распределению жевательного давления между опорными зубами (если они есть) и слизистой. Если не проводить перебазировку съемного протеза, это может привести к его поломке и потере опорных зубов.

Перебазировка может проходить как непосредственно во рту пациента, так и в лаборатории.

Врач-стоматолог снимает тонкий слой пластмассы с поверхности протеза, прилегающей к слизистой оболочке протезного ложа и накладывает на обработанный базис равномерным слоем самотвердеющую пластмассу. Через некоторое время протез вводят в полость рта, устанавливают и прижимают, после чего пациент смыкает челюсти. Излишки пластмассы убирают шпателем. После этого, протез вынимают и помещают в специальный аппарат, где проходит окончательная полимеризация пластмассы (отверждение);

Изменение положения щек и губ. Причинами такого осложнения являются ошибки на этапах изготовления протеза: чрезмерная или недостаточная толщина базиса во фронтальном отделе, неправильное определение высоты нижней трети лица и цетрального соотношения челюстей, неточная постановка искусственных зубов в базис протеза.

Симптомами является «проваленные» или наоборот чрезмерно выпяченные губы; прикусывание щек съемными протезами; глубокие носогубные складки; опущенные уголки рта; возможность сомкнуть губы только при усилии, в расслабленном же состоянии видны зубы; ощущение натянутости щек[[19]](#footnote-19).

Лечение состоит в изготовление нового съемного протеза.

Следует помнить о необходимости периодического снятия протезов для соблюдения должной гигиены полости рта и поддержания в чистоте съемной конструкции, а также для профилактики развития осложнений и заболеваний ротовой полости.

Таким образом, анализ источников показывает, что несмотря на различные этиологию и патогенез, многообразие вариантов клинического течения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, можно выделить ряд принципов ортопедического лечения таких пациентов. Для протезирования зубных рядов съемными конструкциями следует учитывать следующее:

- нужно снижать факторы, приводящие к раздражению и травме слизистой оболочки рта;

- для изготовления съемных протезов необходимо использовать материалы не вызывающие аллергии;

- препарирование опорных зубов должно проводиться со строгим учетом требований асептики и антисептики, при атравматичном оттеснении мягких тканей. После препарирования твердых тканей необходимо сглаживать острые края зубов и обрабатывать их поверхность полиром;

- мостовидные конструкции должны иметь тщательно отполированные поверхности без резко выступающих элементов.

При наличии показаний к применению съемных конструкций предпочтение следует отдавать дуговым и пластиночным протезам с опорно-удерживающими элементами (кламмерами, аттачменами, телескопическими коронками, балочными и магнитными системами фиксации) для разгрузки слизистой оболочки с последующим серебрением внутренней поверхности базиса, прилегающей к пораженной слизистой оболочке, так как ионы серебра оказывают противовоспалительное действие и нормализуют активность ферментов и содержание общего белка в слюне и слизистой оболочке.

Для протезирования съемными пластиночными протезами обширных дефектов зубных рядов или полного отсутствия зубов необходимо использовать двухслойные базисы из бесцветной пластмассы с эластичной подкладкой. Подкладка из мягкой пластмассы может располагаться дифференцированно лишь в участках локализации очагов поражения слизистой или по краю базиса. Это способствует равномерному распределению жевательного давления на слизистую оболочку, амортизирует жевательное давление, предупреждает или уменьшает болевые ощущения, улучшает фиксацию протезов и нормализует сроки адаптации к ним.

Точная диагностика с использованием современных методов и материалов, тщательно проведенная дифференциальная диагностика, рациональное протезирование в сочетании с санацией, общим и местным медикаментозным лечением способствует значительному снижению интенсивности или исчезновению воспалительных явлений слизистой оболочки полости рта и является элементом профилактики их обострений.

# Глава 2 Методы исследования

# 2.1 Характеристика обследованных пациентов

Объектом исследования стали пациенты с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, которые проходили лечение в ФГБМУ МНЦ «ИЭМ». Исследование проводилось на базе ФГБМУ МНЦ «ИЭМ».

В исследовательской работе принимали участие 52 пациента, из них 22 мужчины и 30 женщин. Всем пациентам было проведено обследование, предусматривающее оценку стоматологического статуса, с занесением полученных данных в карту обследования стоматологического пациента. Было сформировано несколько групп, разделенных по возрасту, полу и соматическим заболеваниям.

Группировка и шифровка материалов

По возрасту

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Возрастные группы | Число пациентов с конструкциями |
| 1 | От 44-54 лет | 7 |
| 2 | От 55-65 лет | 13 |
| 3 | От 66-75 лет | 27 |
| 4 | Старше 75 | 5 |

По полу

|  |  |
| --- | --- |
| Мужчины | Женщины |
| 22 | 30 |

По длительности ношения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| До 3-х лет | 3-6 лет | >6 лет |
| 17 | 15 | 20 |

По типу конструкции

|  |  |
| --- | --- |
| Полные съемные протезы | Неполные съемные протезы |
| 15 | Пластиночные | Бюгельные |
| 26 | 11 |

По соматических заболеваниям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сердечно-сосудистые заболевания | Эндокринные заболевания | Желудочно-кишечные заболевания |
| Гипертоническая болезнь | ИБС | Заболевания щитовидной железы | Сахарный диабет |
| 24 | 17 | 3 | 6 | 13 |

# 2.2 Описание клинической методики

Методика клинического обследование пациентов заключалось в осмотре внешнего вида лица, зубных рядов, пародонта, слизистой оболочки.

  I. Основные методы исследования:

1. Сбор анамнеза жизни и заболевания
* Что беспокоит пациента, на что жалуется
* Установить сущность основной жалобы (боль, дискомфорт, неприятные ощущения; эстетическая проблема; нарушение функций; неприятный запах из полости рта)
* Определить, когда пациент впервые отметил появление беспокоящей его проблемы, постоянно или периодически возникают неприятные ощущения, есть ли облегчающие факторы, с момента возникновения заболевания наблюдается улучшение/ухудшение или сохраняется в таком же состоянии.
* Если основная жалоба боль, то следуют выяснить локализацию, характер, иррадиацию.
1. Клинический осмотр полости рта
* Осмотр красной каймы губ и углов рта.
* Осмотр тканей преддверия полости рта (оцениваем состояние зубных рядов и пародонта, слизистую оболочку собственно полости рта; глубину преддверия полости рта, цвет слизистой оболочки, выраженность уздечек и уровень их прикрепления на альвеолярном отростке.)
* Осмотр десен (оцениваем цвет, консистенцию, контур и расположение десневого края, размеры, кровоточивость, болезненность)
* Осмотр зубных рядов (оцениваем взаимоотношение зубов, наличие зубных отложений, степень стираемости, наличие кариозных полостей и дефектов некариозного происхождения, качество пломб, качество ортопедических конструкций)
* Осмотр слизистой оболочки полости рта и языка
1. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс РМА, для оценки степени тяжести гингивита

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA).

Коды:

* 0 — нет признаков воспаления десны;
* 1 — воспаление десневого сосочка (Р);
* 2 — воспаление маргинальной десны (М);
* 3 — воспаление альвеолярной десны (А).

Индекс РМА рассчитывают по формуле:

РМА = (Сумма баллов/ 3\*количество зубов)\* 100%

Критерии индекса РМА:

* до 30%— легкая степень тяжести гингивита;
* 31—60 % — средняя степень тяжести;
* > 61% — тяжелая степень.
1. Пародонтальный индекс Рассела для оценки тяжести гингивита, наличие пародонтальных карманов, подвижность зубов, деструкцию костной ткани

Состояние пародонта регистрируют возле каждого зуба (за исключением третьих моляров), ставят наивысший балл. В сомнительных случаях ставят низший балл. В зубной формуле напротив каждого зуба проставляют баллы (от 0 до 8), отражающие состояние тканей пародонта:

0 - воспаления десны нет;

1 - легкий гингивит, воспаление не окружает весь зуб;

2 - гингивит, воспаление окружает весь зуб, однако повреждения эпителиального прикрепления нет;

6 - гингивит с образованием пародонтального кармана, жевательная функция зуба не нарушена, зуб устойчив;

8 - выраженная деструкция тканей пародонта, жевательная функция зуба нарушена, зуб легко подвижен, может быть смещен.

Формула:

PI=(Сумма индексов пародонта каждого зуба)/(количество зубов)

Критерии оценки:

* 0,1- 2,0 Гингивит
* 1,5- 5,0 Пародонтит
* 4,8- 8,0 Тяжелый пародонтит, сопровождающийся подвижностью зубов.
1. Проба Шиллера позволяет определить участки гипер- и паракератоза.

Ватный тампон, смоченный 2 % раствором Люголя, прикладывают к участку слизистой оболочки на 1 минуту и наблюдают результат. Для оценки используют 3 степени йоднегативности:

* I степень – полное отсутствие окрашивания
* II степень – йоднегативность при патологических состояниях слизистой оболочки, сопровождающихся значительным паракератозом эпителия или комбинацией пара- и гиперкератоза с преобладанием первого
* III степень – йоднегативность выявляется в участках предполагаемой нормальной слизистой оболочки и окружности очага поражения.
1. Люминесцентный метод исследования слизистой оболочки полости рта с помощью лампы Вуда предусматривает использование свечения тканей при воздействии ультрафиолетовых лучей. Здоровая слизистая светится бледно-синевато-фиолетовым цветом, гиперкератоз голубовато-фиолетовый, воспаление интенсивное синюшно-фиолетовое свечение, эрозии и язвы проявляются темно-коричневыми или черными пятнами, простая форма лейкоплакии окрашивается мутно-белым цветом.

# 2.3. Параклинические методы

Для обработки полученных данных в ходе исследования, мы использовали математический метод.

Полученные нами результаты обрабатывались с помощью статистической программы.Статистическая обработка включала вычисление в программе Microsoft Excel. Для визуализации результатов исследования были построены диаграммы.

# ГЛАВА 3. Результаты исследования

# 3.1 Результаты клинического исследования

Для решения поставленных задач было проведено обследование 52 пациентов в возрасте от 44 до 78 лет

В ходе клинического исследования было выяснено, что обследуемые пациенты предъявляют жалобы на жжение, сухость в полости рта, отек слизистой оболочек щек, языка, губ, дискомфорт при ношении протезов, нарушения чувствительности.

Жалобы пациентов по группам исследования представлены в таблице 3.1.1

**Таблица 3.1.1** Жалобы пациентов разных возрастных групп

| ГруппаЖалоба  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Жжение под протезом | 3 | 43 | 5 | 39 | 9 | 33 | 2 | 40 |
| Сухость в полости рта | 4 | 31 | 4 | 31 | 5 | 19 | 3 | 60 |
| Отек слизистой щек, языка, губ | 0 | 0 | 4 | 31 | 7 | 26 | 1 | 20 |
| Дискомфорт | 2 | 29 | 8 | 62 | 13 | 48 | 4 | 80 |
| Нарушение сенсорной чувствительности | 0 | 0 | 1 | 8 | 3 | 11 | 1 | 20 |

**Рис. 3.1.1** Жалобы пациентов в разных возрастных группах

В ходе сбора анамнеза у пациентов были выявлены следующие соматических заболевания: гипертоническая болезнь, гипотония, бронхиальная астма, заболевание щитовидной железы, эпилепсия, сахарный диабет, заболевание почек, заболевание ЖКТ.

Соматические заболевания обследованных пациентов представлены в таблице 3.1.2

**Таблица 3.1.2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Число пациентов | % |
| Гипертоническая болезнь | 21 | 52 |
| ИБС | 12 | 23 |
| Заболевание щитовидной железы | 2 | 4 |
| Сахарный диабет | 5 | 10 |
| Заболевание ЖКТ | 8 | 15 |

**Рис. 3.1.2** Структура соматических заболевания у обследованных пациентов

Распределение групп пациентов по типу ортопедических конструкций представлены в таблице 3.1.3

**Таблица 3.1.3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыТип конструкции  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Полный съемный протез | 0 | 0 | 4 | 31 | 9 | 33 | 2 | 40 |
| Пластиночный протез | 5 | 71 | 6 | 46 | 12 | 44 | 3 | 60 |
| Бюгельный протез | 2 | 29 | 3 | 23 | 6 | 22 | 0 | 0 |

**Рис. 3.1.3** Распределение групп пациентов по типу ортопедических конструкций

Структура соматических заболеваний обследованных пациентов по группам представлен в таблице 3.1.4

**Таблица 3.1.4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыЗаболевания  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Гипертоническая болезнь | 3 | 43 | 6 | 46 | 11 | 41 | 4 | 80 |
| ИБС | 2 | 29 | 3 | 23 | 9 | 27 | 3 | 6 |
| Заболевание щитовидной железы | 0 | 0 | 2 | 15 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| Сахарный диабет | 1 | 14 | 3 | 23 | 2 | 7 | 0 | 0 |
| Заболевание ЖКТ | 2 | 29 | 4 | 31 | 6 | 22 | 1 | 20 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Рис. 3.1.4** Структура соматических заболеваний обследованных пациентов по группам

При осмотре полости рта была проведена оценка выраженности воспалительных явлений в десне с помощью индекса PMA (Таблица 3.1.5)

**Таблица 3.1.5**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыКод | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Нет признаков воспаления | 3 | 43 | 6 | 47 | 10 | 37 | 0 | 0 |
| Воспаление десневого сосочка | 4 | 57 | 3 | 23 | 8 | 29 | 2 | 40 |
| Воспаление маргинальной десны | 0 | 0 | 2 | 15 | 4 | 15 | 2 | 40 |
| Воспаление альвеолярной десны | 0 | 0 | 2 | 15 | 5 | 19 | 1 | 20 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Рис. 3.1.5** Оценка индекса PMA

Для оценки состояния тканей пародонта у пациентов с частичными съемными протезами использовался пародонтальный индекс Рассела (таблица 3.1.6)

**Таблица 3.1.6**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыКритерий  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Гингивит | 2 | 29 | 3 | 23 | 6 | 22 | 5 | 100 |
| Пародонтит | 0 | 0 | 2 | 15 | 4 | 15 | 1 | 20 |
| Тяжелый пародонтит | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 1 | 20 |

**Рис. 3.1.6** Оценка пародонтального индекса CPITN

Для определения участков гипер- и паракератоза в области переходной складки использовалась проба Шиллера (Таблица 3.1.7)

**Таблица 3.1.7**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыКритерий  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Отсутствие окрашивания | 6 | 86 | 9 | 69 | 15 | 56 | 1 | 20 |
| Йоднегативность при патологических состояниях | 1 | 14 | 4 | 31 | 12 | 44 | 4 | 80 |
| Йоднегативность нормальной слизистой | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Рис. 3.1.7** Результаты окраски слизистой методом Шиллера

Также было проведено люминесцентное исследование состояния оценка слизистой оболочки полости рта (таблица 3.1.8)

**Таблица 3.1.8**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыКритерий  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Гиперкератоз | 1 | 14 | 4 | 31 | 12 | 44 | 4 | 80 |
| Эрозии и язвы | 0 | 0 | 1 | 8 | 3 | 11 | 1 | 20 |
| Воспаление | 3 | 29 | 5 | 31 | 11 | 30 | 5 | 100 |
| Лейкоплакия | 0 | 0 | 2 | 15 | 5 | 19 | 1 | 20 |

**Рис. 3.1.8** Результаты люминесцентной диагностики

Распределение групп пациентов по срокам пользования протезом (таблица 3.1.9)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ГруппыСрок  | 1 группа | 2 группа | 3 группа | 4 группа |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| До 3-лет | 4 | 57 | 4 | 31 | 9 | 36 | 0 | 0 |
| 3-6 лет | 3 | 43 | 4 | 31 | 6 | 28 | 2 | 20 |
| >6 лет | 0 | 0 | 5 | 38 | 12 | 44 | 3 | 60 |

Рис 3.1.9 Распределение групп пациентов по длительности ношения протезов

Распределение групп пациентов с различными типами съемных протезов по критериям люминесцентной диагностики (таблица 3.1.10)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип протеза Критерий | Полный съемный | Частичный съемный | Бюгельный протез |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Гиперкератоз | 9 | 60 | 10 | 38 | 2 | 18 |
| Эрозии и язвы | 2 | 13 | 2 | 8 | 0 | 0 |
| Воспаление | 10 | 67 | 9 | 35 | 5 | 45 |
| Лейкоплакия | 5 | 33 | 3 | 12 | 0 | 0 |

**Рис. 3.1.10** Распределение пациентов с различными типами съемных протезов по критериям люминесцентной диагностики

Распределение групп пациентов с различным сроком пользования съемными протезами по критериям люминесцентной диагностики (таблица 3.1.11)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Срок пользованияКритерий | До 3 лет | 3-6 лет | >6 лет |
| Число пациентов | % | Число пациентов | % | Число пациентов | % |
| Гиперкератоз | 0 | 0 | 8 | 53 | 13 | 65 |
| Эрозии и язвы | 0 | 0 | 2 | 13 | 2 | 10 |
| Воспаление | 7 | 41 | 9 | 60 | 8 | 40 |
| Лейкоплакия | 0 | 0 | 3 | 20 | 5 | 25 |

**Рис. 3.1.11** Распределение групп пациентов с различным сроком пользования съемными протезами по критериям люминесцентной диагностики

# Выводы

1. При изучении состояния слизистой оболочки полости рта было выявлено, что у пациентов старших возрастных групп наблюдается более тяжелое поражение слизистой.
2. При изучении состояния слизистой оболочки полости рта было выявлено, что при использовании полных съемных протезов отмечалось худшее состояние слизистой, чем при использовании частичных съемных, а при использовании частичных съемных хуже, чем при использовании бюгельных протезов. У пациентов, пользующихся полными съемными протезами, поражения слизистой оболочки встречались чаще чем у пациентов других групп. У пациентов, использующих бюгельные протезы поражения слизистой оболочки отмечались реже, чем у пациентов с частичными съемными протезами.
3. При изучении состояния слизистой оболочки полости рта было выявлено, что у пациентов при длительном сроке ношения протезов отмечались более тяжелые поражения слизистой оболочки полости рта.

# Заключение

Протез, замещая дефект зубного ряда, выполняет несколько функций, главными из которых являются восстановление функции жевания, речи, работы жевательных мышц и ВНЧС, а также эстетики зубного ряда. Но помимо этого протез оказывает негативное действие на слизистую оболочку полости рта, являясь комбинированным раздражителем. Он оказывает на слизистую оболочку протезного ложа механическое и химическое воздействие. Химическое обусловлено мономером, являющимся компонентом пластмассы базисов протезов, на который могут развиваться аллергические реакции. Механическое – типом конструкции каждого протеза, определяющим его взаимоотношения со слизистой оболочкой. Отсюда может следовать его травматическое влияние.

Травмирующее воздействие съемных протезов на слизистую оболочку полости рта может быть вызвано деформацией базиса протеза, несоответствия границ протеза границам протезного ложа, атрофии протезного ложа или из-за плохой фиксации протеза. Помимо травмирующего воздействия протез ухудшает самоочищение полости рта, а при плохом уходе загрязняет ее, тем самым изменяя микрофлору.

Для уменьшения возникновения негативных влияний съемных протезов необходимо тщательно подходить к протезированию. Использование индивидуальных ложек при снятии оттисков позволит лучше отобразить тяжи слизистой, что в дальнейшем повысит комфорт при ношении протеза. Систематическое наблюдение за пациентом после постановки протеза позволит убедиться в том, что период адаптации прошел успешно, либо требуются корректировки.

В данном исследовании изучалось состояние слизистой оболочки полости рта у пациентов со съемными ортопедическими конструкциями.

В исследовании приняли участие 52 пациента в возрасте от 44 до 75 лет. При анализе полученных данных было выявлено, что пациенты предъявляют жалобы на жжение слизистой оболочки под протезом, сухость в полости рта, дискомфорт при ношении протеза, а также нарушение сенсорной чувствительности. При осмотре у некоторых пациентов выявлялся отек слизистой оболочки щек, языка и губ.

При анализе индекса PMA и пародонтального индекса Рассела было выявлено, что гигиена полости рта и состояние тканей пародонта у обследованных ухудшается с возрастом.

При оценке результатов окрашивания слизистой методом Шиллера было установлено, что с возрастом увеличивается встречаемость участков гиперкератоза на слизистой оболочке полости рта.

При оценке результатов люминесцентной диагностики было выявлено: участки гиперкератоза, декубитальные язвы и эрозии, очаги воспаления и лейкоплакия, а также увеличение количества патологических очагов с возрастом пациентов.

Исходя из полученной информации можно сделать вывод, что пациентам со съемными ортопедическими конструкциями нужно регулярно проходить осмотр, в установленные сроки выполнять повторное протезирование для профилактики возникновения заболеваний слизистой оболочки полости рта.

# Использованная литература и источники

1. Аболмасов, Н. Г. Ортопедическая стоматология: учебник / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, В. А. Бычков, А. Аль-Хаким. – М.: Медицина, 2010.
2. Анисимов, Н. Ю. Пародонтит. Симптомы и лечение. // Медицинский портал. – <https://mymedicalportal.net> (дата обращения: 21.10.2018).
3. Быкова, О. С. Влияние стоматологических ортопедических конструкций на состояние слизистой полости рта и субъективный статус пациентов / О. С, Быкова, М. Н. Сороковик, Л. В. Силина, И. В. Делов // Дерматология в России. – 2009 - №8(06). - <http://www.dermatology.ru/collections/vliyanie-stomatologicheskikh-ortopedicheskikh-konstruktsii-na-sostoyanie-slizistoi-polos> (дата обращения: 26.10.2018).
4. Василенко, З. С. Влияние пластинчатых протезов на слизистую оболочку полости рта // Стоматология. — 1955. — № 4. — С.42-47.
5. 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. – 41 с.
6. Гаврилов, Е. И. Протез и протезное ложе / И. Е. Гаврилов. — М.: Медицина, 1979. — 264 с.
7. Галановкий, В. Г. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов / В. Г. Галановский, А. А. Радкович // Сибирский медицинский журнал – Иркутск, 2009. - <https://cyberleninka.ru/article/n/reaktsiya-slizistoy-obolochki-opornyh-tkaney-proteznogo-lozha-na-vozdeystvie-semnyh-zubnyh-protezov>
8. Гемонов, В. В. Атлас по гистологии и эмбриологии органов ротовой полости и зубов / В. В. Гемонов, Э. Н. Лаврова, Л. И. Фалин. – М., 2003. - <http://www.booksmed.com> (дата обращения: 26.10.2018).
9. Гигиена полости рта. 4 возраста здоровых зубов // Журнал о стоматологии для всей семьи. - <http://dentist4me.ru/gigiena> (дата обращения: 24.10.2018).
10. Гожая, Л. Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии / Л. Д. Гожая . — М.: Медицина, 1988. — 160 с.
11. Гонтарев, С. Н. Частота и структура диагностических мероприятий у детей и подрост­ с локальными пародонтитами при ортодонтической патологии / С. Н. Гонтарев // Научные ведомости. Серия: Медицина. Фармация – 2011- № 11(154), Выпуск 22/1201. – С. 82-83.
12. Градобоев, А. А. Применение эластичной пластмассы, модифицированной кремнейорганиче-ским коипонентом, в комбинированных базисах съемных протезов: дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, - 2015. 130 с.
13. Грачева, Н. В. Клиника, диагностика и лечение хронического кандидоза слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург: УГМА, - 2010. 23 с.
14. Гюнтер, В. Э. Никелид титана. Медицинский материал нового поколения / В. Э. Гюнтер, В. Н. Ходоренко, Ю. Ф. Ясенчук и др.. — Томск: изд-во МИЦ, 2006. — 296 с.
15. Гюнтер, В.Э. Имплантаты с памятью формы в медицине / В. Э. Гюнтер. — Томск: 8ТТ, 2002. — 265 с.
16. Денисова, Ю.Л. Периодонтальный статус у больных с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в период ортодонтического лечения современной несъемной техникой / Ю. Л. Денисова. //Стоматология детского возраста и профилактика. - 2004. - № 1 - 2. - С. 55 - 57.
17. Джианно Риччи. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – М.: Азбука, 2015. - 739 с.
18. Дмитриева, Л. А. Пародонтология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. – 704 с.
19. Жолудев, С. Е. Клиника, диагностика, лечение и профилактика явлений непереносимости акриловых зубных протезов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Екатеринбург, 1998. — 40 с.
20. Жулев, Е. Н. Челюстно-лицевая ортопедическая стоматология / Е. Н. Жулев, С. Д. Арутюнов, И. Ю. Лебеденко. – М.: Медицина, 2008.
21. Калинина Н. В., Загорский В. А. Протезирование при полной потере зубов. – М.: Медицина. 2010.
22. Килафян О. Я. Гигиена полости рта. Краткий курс. – М.: Феникс, 2014. – 224 с.
23. Кравченко, В. В. Лечение гнойной стоматологической инфекции: монография / А. В. Кравченко, И. Г. Лещенко.- Самара: Перспектива, 2004.- 248 с.
24. Кречетов С.А. Актуальные проблемы в стоматологии. - М., 2010. 80 с.
25. Курс протезирования при полном отсутствии зубов. /  Сообщество студентов. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://vmede.org/sait/?id=Stomatologiya_ortop_lebedenko>
26. Курякина Н. В. Заболевания пародонта/ Н. В. Курякина, Т. Ф. Кутепова. – М.: Медицинская книга, 2003. – 160 с.
27. Куцевляк В. И. Ортодонтия. – М, 2008. - http://www.booksmed.com
28. Лебедев К.А., Журули Н.Б., Понякина И.Д. и др. // Стоматология для всех. – 2007. – № 2.– С. 18–23.
29. Лещева, Е.А. Ортопедическое лечение больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта съемными конструкциями протезов на фоне иммунологической коррекции / Е. А. Лещева, Д. А, Федоров, А. Л, Соловьева, Н. Г, Машкова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №3. Публикация 1-3. URL: http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-3/1-3.pdf (дата обращения: 15.10.2018).
30. Луцкая И. Профилактическая стоматология. – М.: Медицинская литература, 2009. – 538 с.
31. Максимовский Ю. М. Основы профилактики стоматологических заболеваний. Учебное пособие. / Ю. М. Максимовский, О. В. Сагина. – М.: Владос, Пресс., 2014. – 208 с.
32. Марков Б.П. Цитологическая характеристика слизистой оболочки протезного ложа у больных с полным отсутствием зубов, пользующихся пластиночными протезами с фарфоровыми зубами / Б. П. Марков, В. В. Чистохвалов, В. Ю. Кабанов // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. — 1999. — № 3. — С. 14-15.
33. Маркскорс Р. Цельнолитые съемные протезы: монография / Р. Маркскорс // Новое в стоматологии. – 2000 - №5(85). – 96 с.
34. Московский А.В., Вокулова Ю.А. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / А. В. Московский, Ю. А. Вокулова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=23013 (дата обращения: 26.10.2018).
35. Наоши Сатто. Хирургия пародонта. Клинический атлас. – М.: Азбука, 2010. – 448 с.
36. Ортопедическая стоматология: учебник / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. – М.: Медицина, 2011. – 640 с.
37. Пародонтит – симптомы, причины, виды и лечение пародонтита. Болезни зубов и полости рта. Стоматология // Медицина. - http://medicina.dobro-est.com
38. Пародонтит // Десны и заболевания десен. LISTERINE. - <https://www.listerine.ru/desny-i-zabolevanija-desen>(дата обращения: 26.10.2018).
39. Пародонтология: учебное руководство. / Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак. – М.: Медпресс-информ, 2014. – 548 с.
40. Профессиональная гигиена полости рта у детей и подростков: возможные осложнения и пути их решения. // Стоматологический журнал: DENTAL MAGAZINE - https://dentalmagazine.ru
41. Профессиональная профилактика в практике стоматолога / Жан-Француа Руле, Стефан Циммер. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 368 с.
42. Рамм, Н.Л. Несъемная ортодонтическая техника - риск развития осложнений / Н. Л. Рамм, Л. П. Кисельникова, М.А. Юркова. // Институт стоматологии. - 2001. - № 4(13). С. 22-25.
43. Роже Детьенвиль. Лечение пародонтита тяжелой степени. – М.: Азбука, 2008. – 120 с.
44. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отстствии зубов / Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна, Т. И. Ибрагимова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 400 с.
45. Трезубов, В.Н. Особенности взаимодействия съемного протеза с организмом больного / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнев, О. Н. Аль-Хадж // Материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. и Тр. VII съезда Стоматологической Ассоциации России. — М.: Мед. книга, 2002. — С. 335-337.
46. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2013. – 221 с.
47. Улитовский, С. Б. Гигиена полости рта как ведущая часть профилактики и снижения распространенности стоматологических заболеваний / С. Б. Улитовский. // Новое в стоматологии. - 1999. - № 7. - С. 129-133.
48. Улитовский, С. Б. Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта / С. Б. Улитовский. // Новое в стоматологии. - 2009. - С. 55.
49. Федоров, Д.А. Гепона в повышении эффективности ортопедической стоматологической помощи больным с хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта. / Д. А. Федоров, В. А. Некрылов, Е. А, Лещева // Материалы XXVII и XXVIII Всероссийских научно-практических конференций. Москва, 2015. С. 192-193.
50. Янушевич О. О. Болезни пародонта: учебное пособие. – М.: Практическая медицина, 2014. – 180 с.
51. Пат. № 2270636, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Полный съемный зубной протез верхней челюсти / Заявители и патентообладатели А.А. Радкевич, В.Э. Гюнтер, В. Г. Галонский. Заявл. от 30.07.2004; опубл. 27.02.2006, Бюл. № 6.
52. Пат. № 2281058, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Зубочелюстной протез / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004; опубл. 10.08.2006, Бюл. № 22.
53. Пат. № 2281059, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Протез-обтуратор верхней челюсти / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004; опубл. 10.08.2006, Бюл. № 22.
54. Пат. № 2310419, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Способ изготовления пустотелого протеза-обтуратора твердого и мягкого неба / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от Ш.02.2006; опубл. 20.П.2007, Бюл. № 32.
55. Пат. № 23Н773, Российская Федерация, МПК А6ГС Г3/00. Полный съемный зубной протез верхней челюсти / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 09Л2.2005; опубл. 20.0L2008, Бюл. № 2.
56. Baena-Monroy T., Moreno-Maldonado V., Franco-Martínez F., et all. // Med. Oral. Patol. Oral Cir. Bucal. – 2005. – Vol.10, suppl. 1. – P. 27–39.
57. Chandra J., Kuhn D.M., Mukherjee P.B. et al. // J. Bacteriol. – 2001. –Vol. 183. – Р. 5385–5394.
58. Douglas L.J. // Rev. Iberoam. Micol. – 2002. – Vol. 19. – Р. 139–143.
59. Fedorov DA, Nekrylov VA, Leshcheva EA. Rol' Gepona v povyshenii ehffektivnosti ortopedicheskoj stomatologicheskoj pomoshchi bol'nym s hronicheskimi zabolevaniyami slizistoj obolochki rta [the Role of Ge-pon in improving the efficiency of orthopedic dental care to patients with chronic diseases of the oral mucosa]. Proceedings of the XXVII and XXVIII all-Russian scientific-practical conferences. Moscow; 2015. Russian.
60. Gradoboev AA. Primenenie ehlastichnoj plastmassy, modificirovannoj kremnejorganiche-skim koi-ponentom, v kombinirovannyh bazisah s"emnyh protezov [Application of elastic plastic, modified kremnijorga-nicheskie komponentom, the combined bases of removable dentures] [dissertation]. Voronezh (Voronezh region); 2015. Russian.
61. Jabra-Rizk M.A., Falkler W.A. et al. // Rev. Iberoam. Micol. – 2001. – Vol. 18. – Р. 17–22.
62. Krechetov SA. Aktual'nye problemy v stomatologii [Actual problems in dentistry]. Moscow; 2010. Russian.
1. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отстствии зубов / Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна, Т. И. Ибрагимова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. [↑](#footnote-ref-1)
2. Аболмасов Н. Г. Ортопедическая стоматология: учебник / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов, В. А. Бычков, А. Аль-Хаким. – М.: Медицина, 2010. [↑](#footnote-ref-2)
3. Курс протезирования при полном отсутствии зубов. / Сообщество студентов. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://vmede.org/sait/?id=Stomatologiya_ortop_lebedenko> [↑](#footnote-ref-3)
4. Курс протезирования при полном отсутствии зубов. / Сообщество студентов. [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://vmede.org/sait/?id=Stomatologiya_ortop_lebedenko> [↑](#footnote-ref-4)
5. Пародонтология: учебное руководство. / Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак. – М.: Медпресс-информ, 2014. [↑](#footnote-ref-5)
6. Улитовский С. Б. Гигиена полости рта в ортодонтии и ортопедической стоматологии. – Н. Новгород: Издательство НГМА, 2013. [↑](#footnote-ref-6)
7. Гаврилов, Е. И. Протез и протезное ложе / И. Е. Гаврилов. — М.: Медицина, 1979. [↑](#footnote-ref-7)
8. Гюнтер, В.Э. Имплантаты с памятью формы в медицине / В. Э. Гюнтер. — Томск: 8ТТ, 2002. [↑](#footnote-ref-8)
9. Галановкий, В. Г. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов / В. Г. Галановский, А. А. Радкович // Сибирский медицинский журнал – Иркутск, 2009. [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. Трезубов, В.Н. Особенности взаимодействия съемного протеза с организмом больного / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнев, О. Н. Аль-Хадж // Материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. и Тр. VII съезда Стоматологической Ассоциации России. — М.: Мед. книга, 2002. [↑](#footnote-ref-11)
12. 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. [↑](#footnote-ref-12)
13. Трезубов, В.Н. Особенности взаимодействия съемного протеза с организмом больного / В. Н. Трезубов, Л. М. Мишнев, О. Н. Аль-Хадж // Материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. и Тр. VII съезда Стоматологической Ассоциации России. — М.: Мед. книга, 2002. [↑](#footnote-ref-13)
14. Янушевич О. О. Болезни пародонта: учебное пособие. – М.: Практическая медицина, 2014. [↑](#footnote-ref-14)
15. Пародонтит // Десны и заболевания десен. LISTERINE. - <https://www.listerine.ru/desny-i-zabolevanija-desen>(дата обращения: 26.10.2018). [↑](#footnote-ref-15)
16. Профессиональная профилактика в практике стоматолога / Жан-Француа Руле, Стефан Циммер. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. [↑](#footnote-ref-16)
17. Пародонтит // Десны и заболевания десен. LISTERINE. - <https://www.listerine.ru/desny-i-zabolevanija-desen>(дата обращения: 26.10.2018). [↑](#footnote-ref-17)
18. Янушевич О. О. Болезни пародонта: учебное пособие. – М.: Практическая медицина, 2014. [↑](#footnote-ref-18)
19. Улитовский, С. Б. Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта / С. Б. Улитовский. // Новое в стоматологии. - 2009. [↑](#footnote-ref-19)