



СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.31-089.28/29-018.73-003.96

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА К СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ

Д.А. ФЕДОРОВ¹
Е.А. ЛЕЩЕВА¹
В.А. НЕКРЫЛОВ¹
И.П. РЫЖОВА²

¹⁾ Воронежская государственная
медицинская академия
имени Н.Н. Бурденко

²⁾ Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет

e-mail: xxxfdxxx@yandex.ru

В статье изложены данные о способах ускорения адаптации больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта к полным и частичным съемным зубным протезам. Для решения поставленных цели и задач, было выбрано три направления: применение мягкой подкладки «Моллосил плюс» под базис зубных протезов, второе – применение совершенно новой и широко развивающаяся технологии изготовления за рубежом из полимерного материала «Виллопласт» эластичных зубных протезов и третье – сочетанное применение протеза с мягкой прокладкой на фоне иммунокорректирующей терапии. Большую роль в адаптации данных больных играет состояние местного иммунитета.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, протезирование, местный иммунитет, гепон, протез с двойным базисом.

Литературные данные за последнее десятилетие свидетельствуют о неуклонном росте количества больных, нуждающихся в съемных конструкциях зубных протезов; около 3-4% данных больных имеют сопутствующую патологию слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай, фиброматоз и др.), что значительно осложняет возможность оказания качественной ортопедической помощи и как следствие – пациенты продолжительное время остаются без лечения [1, 2, 3, 6].

Целью нашего исследования явился поиск оптимальных условий для улучшения адаптации к съемным конструкциям зубных протезов больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Для решения поставленных цели и задач нами было выбрано три направления: применение мягкой подкладки «Моллосил плюс» под базис зубных протезов, второе – применение совершенно новой и широко развивающаяся технологии изготовления за рубежом из полимерного материала «Виллопласт» эластичных зубных протезов и третье – сочетанное применение протеза с мягкой прокладкой на фоне иммунокорректирующей терапии.

Одним из перспективных направлений в современной стоматологии является применение иммунокорректирующих препаратов в комплексном лечении патологии слизистой оболочки полости рта [4, 5].

Фармакологические свойства иммуномодулятора широкого спектра действия «Гепон» положительно зарекомендовали себя при его внутреннем и наружном применении в гастроэнтерологии, гинекологии, ЛОР-практике, дерматологии, терапевтической стоматологии и т.д. Именно поэтому свой выбор мы остановили на данном иммуномодуляторе, как средстве улучшения адаптации к съемным протезам у больных с

хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта при ортопедической стоматологической помощи.

При оценке адаптационных реакций слизистой оболочки протезного ложа к съемным протезам мы уделяли большое значение изучению таких показателей как местный иммунитет ротовой полости и, не менее важной, остается клиническая оценка слизистой оболочки у больных с частичным и полным отсутствием зубов, а также своевременное выявление зон ее воспаления при пользовании съемными протезами.

Под нашим наблюдением находилось 30 больных в возрасте от 45-82 лет. Всего пациентам было изготовлено 42 съемных протеза: с двойным базисом, протезы из нейлона и акриловой пластмассы (18 человек – частичные съемные протезы (60%), 12 – человек полный съемный протез (40%). Из 30 обследованных нами пациентов частичная потеря зубов на обеих челюстях имели 7 человек (23,3%), на одной челюсти 11 (36,7%) человек (на верхней 6 (54,5%) и на нижней 5 (45,5%)). У 12 (40%) человек полная потеря зубов – на одной из челюстей у 7 (58,3%) человек (на верхней челюсти 3 чел. (42,9%), на нижней челюсти у 5 человек (57,1%), на обеих челюстях полное отсутствие зубов – 5 человек (41,7%).

Обследованные нами пациенты имели сопутствующую патологию: 10 – красный плоский лишай (КПЛ) – 33,3%, 5 – лейкоплакию (16,6%), 5 – хронический афтозный стоматит (ХРАС) – 16,6%, 4 – синдром жжения слизистой оболочки полости рта (СЖСОПР) – 13,3% и 6 – кандидоз полости рта – 20%.

Все пациенты были разделены на следующие группы: 1 группа – пациенты, которым применили съемные протезы из акриловой пластмассы ПМ-1 (8 чел.); группа – пациенты, которым применили съемные протезы с двойным базисом из «Моллосил» (6 чел.); 3 группа – пациенты, которым после наложения протезов с двойным базисом «Моллосил», помимо традиционной коррекции, назначили препарат «Гепон» (10 чел.); 4 группа – пациенты, которым применили съемные протезы, изготовленные из нейлона (6 чел.).

До начала ортопедического лечения всем пациентам проводили санацию полости рта (удаление зубов по показаниям, лечение кариозных полостей, удаление под- и наддесневых зубных отложений, лечение пародонта и терапия сопутствующей патологии (КПЛ, ХРАС, лейкоплакия, СЖСОПР, кандидоз полости рта).

Исходя из особенностей течения патологического процесса у больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, осложненными частичным или полным отсутствием зубов, мы проводили объективные и субъективные исследования. Субъективные методы исследования включали в себя: оценка жалоб и субъективного состояния больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного. Объективные методы исследования: внешний осмотр, осмотр и обследование органов полости рта, рентгенологические исследования, лабораторные (иммунологическое исследование слюны, бактериологическое и бактериоскопическое исследование). На каждого больного заполняли специальную карту обследования.

Материалом для иммунологического исследования служила слюна и смыв из полости рта. Иммуноглобулины определяли в нестимулированной смешанной слюне, полученной до еды или через час после еды. Определение IgA, IgG, s-IgA осуществлялось методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчине. Метод основан на реакции образования нерастворимого, комплекса выявляемого иммуноглобулина со специфическими антителами к нему в тонком слое агара. Методика определения лизоцима осуществлялась по О.В. Бухарину. Принцип метода – способность лизоцима лизировать микрококк на жидких или питательных средах.

Определение фагоцитарной активности лейкоцитов основывалось на их способности поглощать инертные частицы.

При бактериологическом исследовании учитывались все микроорганизмы слизистой десны, выросшие на питательных средах до применения съемных протезов и после применения через 10 дней и 1 месяц. Посев слизистой десны проводился количественным методом.

Клиническое состояние слизистой оболочки полости рта, как до протезирования, так и после наложения протеза оценивали по субъективным ощущениям пациента (наличие жалоб), а также с помощью объективных методов: визуального осмотра,



методик окрашивания (проба Шиллера-Писарева) с последующим вычислением отношения площади воспаления слизистой оболочки протезного ложа (методика Лесных, 1987) к площади протеза.

Клиническое обследование пациентов проводилось до протезирования, а так же на 1-е, 3-и, 7-е и 21-е сутки после наложения протезов. Иммунологические исследования проводились до наложения протезов, на 10-е сутки, через 1 и 2 месяца.

Обследованные нами пациенты предъявляли сходные жалобы после протезирования: на боль при пользовании протезом, боль при приеме пищи, ощущение инородного тела, «образование язв в полости рта», «натирание слизистой оболочки протезом», повышенное слюноотделение и т.д.

В первые сутки после наложения протезов жалобы предъявляли 5 (68%) пациентов 1 группы, 4 (40%) пациента из 3 группы, и по 4 (66%) пациента из 2 и 3 групп. На третьи сутки после протезирования количество больных, предъявляющих жалобы, незначительно увеличилось: жалобы зарегистрированы у 6 пациентов (75%) 1 группы, 6 (60%) у пациентов из III группы, показатели в 2 и 4 группе не изменились. При дальнейшем сборе анамнеза нами была выявлена четкая тенденция к уменьшению субъективных ощущений у пациентов III группы: на седьмые сутки после протезирования жалобы были у 2 (20%) пациентов, на 21-е сутки жалоб не зарегистрировано. Во II и IV группах мы также наблюдали положительную динамику в исчезновении жалоб у пациентов, однако, по сравнению с III группой, она была менее выраженной. На седьмые сутки после наложения съемных конструкций жалобы предъявляли 5 (42%) пациентов и на 21-е сутки 2 (17%) пациента. В I группе мы наблюдали ухудшение клинической картины, которая проявлялась в нарастании жалоб, отказа в пользовании пациентом съемным протезом и обострении хронического заболевания слизистой оболочки полости рта: на седьмые сутки после наложения съемных протезов жалобы предъявляли 6 (75%) пациентов, на 21-е сутки – 3 (38%) пациентов из I группы.

После протезирования мы определяли характер патологических элементов слизистой оболочки протезного ложа, время их появления, длительность существования, сроки исчезновения и эпителизации.

На первые сутки после наложения протезов больше чем у половины пациентов II и IV группы мы наблюдали разлитую гиперемию слизистой оболочки протезного ложа (7 человек – 58,3%), точечную гиперемию (2 человека – 16,7%), травматическую эрозию (3 человека – 25%), надо отметить, что пациенты с травматической эрозией из IV группу. При дальнейшем наблюдении, на третьи и седьмые сутки после наложения протезов, мы отметили выраженную тенденцию к увеличению числа пациентов с воспалительными изменениями слизистой протезного ложа. Так, разлитую гиперемию мы наблюдали у 9 человек (75%) на третьи сутки и у 8 человек (66,7%) на седьмые сутки исследования. Наличие травматических эрозий нами зарегистрировано 8 человек (66,7%) на третьи сутки и у 4 человек (33,3%) на седьмые сутки после протезирования. Декубитальных язв выявлено в данных группах не было.

На 21-ые сутки после наложения протезов количество пациентов, имеющих воспалительные изменения слизистой оболочки протезного ложа заметно уменьшилось: разлитую гиперемию мы наблюдали у 2 человек (16,7%), травматическую эрозию у 1 человека (8,3%).

В I группе на первые сутки после наложения протезов у 6 пациентов (75%) – разлитая гиперемия слизистой оболочки протезного ложа, травматическая эрозия у 5 человек (62,5%), точечная гиперемия у 3 пациентов (37,5%). На третьи сутки после наложения протезов у всех 8 пациентов была выявлена разлитая гиперемия (100%), у 6 пациентов (75%) на седьмые сутки исследования. Наличие травматических эрозий нами зарегистрировано у 7 (87,5%) человек на третьи сутки и у 4 человек (50%) на 7-е сутки после протезирования. Кроме того, нами отмечено появление декубитальной язвы у 1 пациента на седьмые сутки (12,5%) после протезирования. На 21-е сутки мы увидели тенденцию к уменьшению воспалительных изменений слизистой оболочки протезного ложа, так разлитая гиперемия отмечалась у 3 человек (37,5%), точечная гиперемия у 5 (62,5%), травматическая эрозия у 1 человека (12,5%) и декубитальная язва отсутствовала.

При изучении слизистой оболочки протезного ложа у пациентов III группы на первые сутки обследования нами зарегистрировано значительно меньшее количество патологических элементов, сопровождающихся нарушением целостности эпителиального покрова слизистой оболочки полости рта. Так, травматическая эрозия обнаружена у 2-х пациентов (20%), что на 42,5% меньше по сравнению с пациентами из I-й группы и на 5% меньше чем в II и IV группах.

С третьих суток наблюдений отметили выраженную положительную динамику в уменьшении количества пациентов, имеющих патологические изменения слизистой оболочки протезного ложа без нарушения целостности эпителиального покрова: разлитая гиперемия обнаружена у 4 (40%) пациентов, что 60% меньше по сравнению с пациентами I группы и на 25% меньше чем у пациентов в II и IV группах. Количество пациентов с травматическими эрозиями (три пациента – 30%) увеличилось на 10% по сравнению с предыдущим исследованием (первые сутки после протезирования). На седьмые сутки после протезирования мы наблюдали выраженную динамику в уменьшении количества пациентов, имеющих патологические изменения слизистой оболочки: разлитую гиперемию отметили у двух пациентов, травматических изменений, сопровождающихся нарушением целостности эпителия слизистой оболочки полости рта в эти сроки нами не выявлено. На 21 сутки изменений слизистой оболочки не обнаружено.

Наибольшие значения площадей воспаления (76-100%) зарегистрированы нами среди пациентов I группы (8 случаев из 12). Напротив, среди пациентов III группы значения максимальных площадей воспаления были в пределах 25% (4 из 16).

У всех обследованных через 10 дней в 1-ой группе после наложения съемного протеза в смывах из полости рта было выявлено значительное снижение содержания иммуноглобулинов s-Ig, IgA и незначительное снижение IgG. Уровень лизоцима в слюне понизился, также выявлено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов в тесте с латексом. По видимому, обнаруженные изменения являются следствием травматического влияния базиса протеза на слизистую оболочку полости рта, что приводит к подавлению местного иммунитета.

Через 30 дней после протезирования происходит дальнейшее незначительное снижения показателей, что говорит об адаптации органов и слизистых оболочек полости рта к съемному протезу.

На 10 день в 2-й и 4-ой групп пользования съемными конструкциями у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта в смывах из полости рта наблюдалось незначительное повышение уровня s-Ig, IgA и IgG, по сравнению с уровнем данных показателей до протезирования. Также наблюдался подъем уровня лизоцима, а показатели фагоцитоза практически не изменились.

«Гепон» принимается натошак внутрь, по следующей схеме: содержимое флакона растворяли в 5 мл воды для инъекций, держали сублингвально 4–5 минут, после чего не всосавшийся остаток проглатывался. Процедуру проводят 2 раза в день ежедневно в течение 3 дней и через день 1 раз в день в течение месяца. Иммунологические показатели местного иммунитета определяли на 10 день и спустя 1 месяц после протезирования.

Результаты исследования, проведенные, после применения гепона показали, что на 10 день у пациентов было выявлено увеличение содержания s-Ig, IgA и IgG, также нормализация уровня активности лизоцима и отмечено повышение фагоцитарной активности нейтрофилов.

Спустя 1 месяц наблюдался пролонгированный эффект действия данного препарата, который сохранялся до 2 месяцев после наложения протезов.

Таким образом, уже на 1-е и 3-и сутки адаптации к съемным протезам количество пациентов с местным применением иммуномодулятора «Гепон», имеющих жалобы после протезирования, было меньше на 28% по сравнению с аналогичным числом пациентов I группы. При дальнейшем наблюдении нами отмечена выраженная тенденция в уменьшении количества пациентов III группы, имеющих жалобы: на 7-е сутки после протезирования жалобы были лишь у двух пациентов (20%), что на 55% меньше по сравнению с аналогичным сроком исследования в группе пациентов, где использовали съемные пластинчатые протезы из пластмассы. На 21-е сутки после протезирования жалоб у больных III группы не было зарегистрировано. Во II и IV группе мы также наблюдали положитель-



ную динамику в исчезновении жалоб у пациентов, однако, по сравнению с III группой (с применением препарата «Гепон»), она была менее выраженной. Что касается I группы, то жалобы сохранялись длительное время и в единичных случаях.

В результате проведенных исследований, основываясь на субъективных ощущениях пациентов, можно сказать, что применение прокладки из «Моллосил плюс» на фоне применения иммуномодулятора «Гепон» у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта сокращает сроки адаптации к съемным протезам.

Учитывая данные объективного изучения состояния слизистой оболочки протезного ложа (наличие гиперемии, эрозий и язв) на разных сроках адаптации к частичным съемным протезам и полным съемным протезам, изготовленным из разного материала, у пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, можно сказать, что иммуномодулятор «Гепон» обладает мощным ранозаживляющим, эпителизирующим и противовоспалительным действием. Причем эти фармакологические свойства препарата могут применяться как с профилактической, так и с лечебными целями.

Таким образом, использование гепона, как иммунокорректора местного иммунитета, позволяет снизить воспалительную реакцию слизистой оболочки протезного ложа и повысить ее резистентность к негативному воздействию съемного протеза в период адаптации. Кроме того, улучшается местный иммунитет в полости рта. В свою очередь сочетанное применение гепона и протеза с прокладкой из «Моллосил плюс» способствует уменьшению числа посещений с целью коррекции протеза, а также сокращению сроков адаптации, что позволяет улучшить качество жизни пациентов с полным или частичным отсутствием зубов не только на начальном этапе адаптации, но и в течение всего времени пользования съемным протезом. Все вышесказанное подтверждается иммунологическими и лабораторными результатами исследований в нашей работе.

Литература

1. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов / И.М. Мишенев [и др.] – М., 2008.– С. 112-113.
2. Жулев, Е.Н. Челюстно – лицевая ортопедическая стоматология: пособие для врачей / Е.Н. Жулев, С.Д. Арутюнов. – М., 2008.– С. 58-59.
3. Барер, Г.М.Терапевтическая стоматология. Т. 3. Заболевания слизистых оболочек полости рта / Г.М. Барер. –М.: Монографическое издание, 2005.– С. 288.
4. Роль местного иммунитета в патогенезе непереносимости стоматологических конструкционных / Е.С. Михайлова [и др.] // Цитокины и воспаление. – СПб, 2006. –№2. – С. 15-18.
5. Земсков, А.М. Клиническая иммунология: учебник для вузов / А.М. Земсков, В.М. Земсков, А.В. Караулов. – М., 2006.– С. 17-19.
6. Лебеденко, И.Ю. Протезирование при полном отсутствие зубов: руководство по ортопедической стоматологии / И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливрадзян, Т.П. Ибрагимова. – М., 2005.– С.400.

EFFICACY ENHANCEMENT WAYS OF ADAPTATION TO PARTIAL LAMINAR DENTURES IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES OF THE ORAL CAVITY MUCOUS MEMBRANE

D.A. FEDOROV¹
E.A. LESCHEVA¹
V.A. NEKRYLOV¹
I.P. RYZHOVA²

¹⁾ *Voronezh State Medical Academy named by N.N.Burdenko*

²⁾ *Belgorod National Research University*

e-mail: xxxfdxxx@yandex.ru

The article covers the information on the methods to increase adaptation to full and partial dentures in patients with chronic diseases of the oral cavity mucous membrane. Three main directions were selected to accomplish the tasks set:

- an application of the soft lining “Mollosil plus” under the denture basis;
- an application of a brand new and world-wide developing production technology of elastic dentures from polymeric material “Villoplast”;
- an application of dentures with the soft lining together with immune supportive therapy.

The major role in patient adaptation is assigned to the local immunity state.

Key words: diseases of the oral cavity mucous membrane, prosthetics, local immunity, Gepon, denture with double basis.