

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Московский А. В.,¹ Вокулова Ю.А.²

¹ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», 428010, г. Чебоксары, Московский проспект, 15;

²ГБОУ ВПО "Нижегородская Государственная Медицинская Академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Нижний Новгород (603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1), e-mail - rector@gmannov.ru

В клинику ортопедической стоматологии нередко обращаются пациенты с частичной или полной потерей зубов и наличием хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта. В настоящее время доказано, что ортопедическое лечение больных с такими заболеваниями, как красный плоский лишай, лейкоплакия, фиброматоз десен, папилломатоз, ангулярный хейлит не только возможно, но и необходимо. Это связано с несомненной ролью протезирования зубов в профилактике обострений названных нозологических форм. 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. В связи с этим возникают вопросы о том, когда проводить ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и какие существуют особенности протезирования.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта, ортопедическое лечение

ORTHOPEDIC TREATMENT FOR DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANES OF THE ORAL CAVITY

Moscovscij A. V.¹, Vokulova J. A.²

¹ Huvash state University n. a. I. N. Ulyanov", 428010, Cheboksary, Moscow prospect, 15;

²Medical University "Nizhny Novgorod State Medical Academy," the Ministry of Health of the Russian Federation, Russia, Nizhny Novgorod, e-mail - rector@gmannov.ru

In the clinic of prosthetic dentistry often patients with partial or complete loss of teeth and presence of chronic diseases of the mucous membranes of the oral cavity. Currently it is proven that orthopedic treatment of patients with diseases such as lichen planus, leukoplakia, gum fibromas, papillomatosis, angular cheilitis is not only possible, but necessary. This is due to the apparent role of prosthetics in the prevention of exacerbations called nosological forms. Diseases of the mucous membranes of the oral cavity occupy a special place among dental diseases. Diagnosis and treatment of such diseases is extremely difficult. In addition, many of these diseases are of infectious nature, which causes the risk of infection of medical personnel. This raises questions about when to conduct orthopedic treatment of patients with diseases of mucous membrane of the oral cavity and what are the features of prosthetics.

Keywords: diseases of the mucous membranes of the oral cavity, orthopedic treatment

В клинику ортопедической стоматологии нередко обращаются пациенты с частичной или полной потерей зубов и наличием хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта. В настоящее время доказано, что ортопедическое лечение больных с такими заболеваниями, как красный плоский лишай, лейкоплакия, фиброматоз десен, папилломатоз, ангулярный хейлит не только возможно, но и необходимо. Это связано с несомненной ролью протезирования зубов в профилактике обострений названных нозологических форм [2, 4, 8, 9].

Важную роль в патогенезе заболеваний слизистой оболочки полости рта играют местные механические и электрохимические раздражители. Таковыми являются: во-первых, аномалии положения зубов, деформации зубных рядов, острые края зубов, частичная потеря зубов, которые способствуют травмированию слизистой оболочки полости рта; во-вторых, неправильно сконструированные или ставшие неполноценными зубные протезы; в-третьих, ортопедические конструкции из металлов с разными электрохимическими потенциалами [4, 5, 8, 9].

При подготовке полости рта к протезированию следует планировать комплекс мероприятий по санации полости рта, включающий в себя профессиональную гигиену, сошлифовывание острых краев зубов, удаление некачественно изготовленных протезов. [9]. С целью устранения электрохимической травмы, нормализации микроэлементного состава слюны и слизистой оболочки, снижения активности ферментов слюны показано удаление протезов из разнородных металлов и пломб из амальгамы [4, 3, 9].

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 [5]. В связи с этим возникают вопросы о том, когда проводить ортопедическое лечение пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и какие существуют особенности протезирования.

Цель исследования

выявить особенности ортопедического лечения пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования

Для выполнения поставленной задачи нами были обследованы 36 человек (21 женщина и 15 мужчин) в возрасте от 25 до 56 лет с частичной потерей зубов, дефектами твердых тканей зубов и со следующими заболеваниями слизистой оболочки полости рта: хроническая механическая травма, лейкоплакия, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красный плоский лишай, кандидоз. Обследование включало в себя данные клинического осмотра, оценка общего состояния здоровья, цитологический, гистологический и бактериологический методы исследования, лучевую диагностику челюстно-лицевой области. Клиническое обследование состояло из двух этапов: сбора анамнеза, внешнего осмотра и осмотра полости рта. Данные анамнеза включали официальный анамнез, социальный статус с указанием вида трудовой деятельности и возможных профессиональных вредностей, а также анамнез жизни и заболевания для выявления возможных этиологических факторов развития патологии. При внешнем осмотре оценивались следующие параметры:

конфигурация лица, соотношение третей лица, степень открывания рта, наличие болезненности при пальпации ВНЧС, характер движения суставных головок, состояние регионарных лимфатических узлов, состояние видимых кожных покровов. Осмотр полости рта проводился по стандартному протоколу, включая пальпацию, оценку подвижности, цвет, блеск, рельеф поверхности слизистой оболочки полости рта.

Для оценки общего состояния здоровья пациентов применяли метод анкетирования. Особое внимание уделяли выявлению патологий центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и иммунной систем.

Цитологический метод применяли с целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики, выявления начала малигнизации и особенностей воспалительного процесса. Материал для исследования забирали из различных полей поврежденного участка: центра, периферии, а также брали контрольные мазки-отпечатки с видимо неизменной слизистой оболочки полости рта.

Бактериологическое исследование проводили для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики. Мазки – отпечатки, полученные из очага поражения, после фиксации окрашивали и под микроскопом определяли микробную флору.

Лучевая диагностика челюстно-лицевой области проводилась с помощью конусно-лучевого компьютерного томографа GENDEX CB-500 с целью получения данных о состоянии зубов и окружающих периапикальных тканей пародонта, височно-нижнечелюстных суставов.

Результаты исследований

По результатам проведенного исследования все пациенты были разделены на четыре группы: 1 - лица с частичной потерей зубов, дефектами твердых тканей зубов, без заболеваний слизистой оболочки полости рта, нуждающиеся в ортопедическом лечении несъемными зубными протезами (искусственные коронки и мостовидные протезы). У пациентов данной группы отсутствовали в анамнезе данные, свидетельствующие о наличии заболеваний центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и иммунной систем (эта группа составила 8 человек); 2 - лица с частичной потерей зубов, дефектами твердых тканей зубов, с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, нуждающиеся в ортопедическом лечении несъемными зубными протезами (искусственные коронки и мостовидные протезы). У пациентов данной группы в анамнезе наличие заболеваний центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и иммунной систем (эта группа составила 13 человек), 3 - лица с частичной потерей зубов, без заболеваний слизистой оболочки полости рта, нуждающиеся в ортопедическом лечении частичными съемными зубными протезами

протезами (дуговые и пластиночные протезы). У пациентов данной группы отсутствовали в анамнезе данные, свидетельствующие о наличии заболеваний центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и иммунной систем (эта группа составила 7 человек); 4 - лица с частичной потерей зубов, с заболеваниями слизистой оболочки полости рта, нуждающиеся в ортопедическом лечении частичными съемными зубными протезами (дуговые и пластиночные протезы). У пациентов данной группы в анамнезе наличие заболеваний центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной и иммунной систем (эта группа составила 8 человек).

Обсуждение результатов исследования

Результаты проведенного исследования показали, 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 несъемными конструкциями следует учитывать следующее:

1. Необходимо максимально уменьшить все факторы, ведущие к раздражению и травме слизистой оболочки.

2. Необходимо расширить показания к применению несъемных протезов, которые практически не оказывают давление на слизистую оболочку и имеют с ней минимальный контакт.

3. Штампованно-паяные мостовидные протезы в силу коррозии изменяют микроэлементный состав ротовой жидкости. Поэтому предпочтительно изготовление зубных протезов из однородных сплавов металлов, особенно благородных. Мостовидные протезы в таких случаях должны быть литыми цельнометаллическими или металлокерамическими. Приоритетным является использование безметалловых конструкций мостовидных протезов.

4. Ионы серебра способствуют нормализации активности ферментов слюны. Это позволяет рекомендовать пациентам изготовление протезов зубов из сплавов на основе серебра и палладия.

5. 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.

6. Рабочие оттиски следует получать, применяя одноэтапные методы, для исключения дополнительной травмы слизистой оболочки при повторном введении в полость рта слепочной ложки с затвердевшим оттискным материалом. Для вспомогательных оттисков нужно использовать альгинатные слепочные массы. При снятии оттисков края ложек следует

окантовать воском или лейкопластырем и использовать эластичные слепочные материалы. Не рекомендуется получение оттисков термопластическими массами, так как они вводятся в полость рта в нагретом состоянии, что может вызвать дополнительное раздражение слизистой оболочки.

7. Тело мостовидного протеза не должно прилегать к слизистой оболочке альвеолярного отростка во избежание ее механической травмы.

8. 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.

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.

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.

Заключение

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.

Список литературы

1. Аллергия к металлам, используемым для зубного протезирования, и методы ее диагностики / А. И. Воложин [и др.] // Стоматология. — 2004. — № 5. — С. 57–61.
2. Воложин А. И. Непереносимость металлов и металлических сплавов в стоматологии / А. И. Воложин. - М.: ММСИ, 1994. — 69 с.
3. Гальванические процессы в стоматологии. Пособие для врачей стоматологов / под редакцией проф. И.Ю. Лебедева. - М.: МГМСУ, 2012. - 141 с.
4. Гожая Л. Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии / Л. Д. Гожая. - М.: Медицина, 1988. — 160 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несан, Ж.И. Рахний. - ОАО «Стоматология», 2001. - 271 с.
6. Иорданишвили, А.К. Клиническая ортопедическая стоматология / А.К. Иорданишвили. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 249 с.
7. Клиническая патофизиология для стоматолога / под ред. проф. В. Т. Долгих. — Мед. книга, Нижний Новгород: НГМА, 2000. — 200 с.

8. Ортопедическая стоматология: учебник / В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев, Р.А. Фадеев. – 8-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Фолиант, 2010.- 656с.
9. Ортопедическая стоматология / под редакцией проф. В.Н.Копейкина, проф. М.З.Миргазизова. – М.: Медицина, 2001. –640 с.
10. Ортопедическая стоматология: Прикладное материаловедение / В. Н. Трезубов, Л.М Мишнев, Е.Н. Жулев, В.В. Трезубов. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 368 с.

Рецензенты:

Дурново Е.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Нижний Новгород;

Казарина Л.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Нижний Новгород.