

МОНИТОРИНГ ЛОКАЛЬНЫХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В., Матвеев С.В., Вирабян В.А., Панченко Д.В.

¹ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград, Россия (400001, г. Волгоград пл. Павших борцов), stomatolog-semen@bk.ru

Адаптация ортопедических конструкций у пациентов с дефектами краниофациальной локализации остается достаточно актуальной проблемой ввиду разнообразного их клинического проявления. Наиболее распространенными материалами, используемыми для замещения костных дефектов, являются полиуретан и акриловые пластмассы. Клинические признаки локальной адаптации к конструкциям из исследуемых материалов у пациентов с дефектами краниофациальной локализации различны. При этом локальная реакция тканей на используемые материалы не всегда положительная. С целью оценки локальных адаптационных реакций и клинической эффективности ортопедических конструкций использованы формула и динамическая оценка адаптации пациента, включающая оценку по шкале пяти категориальных признаков по протоколу динамической оценки адаптации пациента. Полученные результаты могут быть использованы в клинической практике врачей стоматологов-ортопедов.

Ключевые слова: адаптация, съемные протезы, онкопатология, дефекты, краниофациальная локализация

MONITORING OF LOCAL ADAPTIVE REACTIONS IN PATIENTS WITH CRANIOFACIAL LOCALIZATION DEFECTS DENTURES

Mikhalchenko D.V., Sletov A.A., Zhidovinov A.V., Matveev S.V., Virabyan V.A., Panchenko D.V.

GBOU VPO "Volgograd State Medical University", Volgograd, Russia (400001, Volgograd Sq. Fallen Fighters, 1), stomatolog-semen@bk.ru

Currently, the issue of adaptation to orthopedic constructions is very acute, particularly for patients with abnormal craniofacial area. To address this issue, we decided to examine and compare the degree of adaptation of these patients to the structures of polyurethane and acrylic resins. Clinical signs of local adaptation to the structure of the materials studied in patients with craniofacial defects localization different. In order to evaluate the local adaptation responses and clinical efficacy of prosthetic use formulas and dynamic adaptation of the patient assessment, including an assessment on a scale of five categorical signs protocol dynamic adaptation assessment of the patient. The results can be used as guidelines for the clinical acceptance of orthopedists.

Keywords: adaptation, dentures, oncopathology

Проблемы адаптации тканей полости рта к ортопедическим конструкциям не теряют актуальности в настоящее время. В своих наблюдениях Гизи в 1900 г. отметил, что за 40 лет практической деятельности он осуществил ортопедическое лечение полными съемными протезами более 20 тыс. человек, из которых 25% полностью адаптировались, 25% — не адаптировались, а 50% с нарушением процессов адаптации; при этом выделена группа пациентов с адаптационными особенностями. И в настоящее время существует группа пациентов с особенностями адаптации ортопедических конструкций после курса комбинированного лечения онкологической патологии краниофациальной локализации.

Начиная с 1950-х гг. в развитых странах мира выявлена отчетливая тенденция к повышению заболеваемости злокачественными новообразованиями. Процесс этот имеет устойчивый характер [4].

Исходя из данных эффективности проводимого лечения врачами-химиотерапевтами отмечена тенденция роста числа пациентов, нуждающихся во всесторонних реабилитационных мероприятиях, в том числе с использованием съемных ортопедических конструкций [7, 8].

В ортопедической стоматологии понятие адаптации имеет сравнительно узкое значение — привыкание больного к зубному протезу. Пациент обычно привыкает к зубному протезу, если в процессе пользования им устранены болевые ощущения, наступила психическая, фонетическая и двигательная адаптация [3, 4].

Однако по данным К. Якоба (1977), З.С. Василенко (1977, 1980), М.К. Драгобецкого (1985) и иных 20–26% больных не пользуются зубными протезами, а 37% вынуждены приспособляться к некачественным протезам. Кроме того, в 52% случаев протезирования съемными зубными протезами эти конструкции неустойчивы при жевании, и у 64,7% больных под базами протезов развиваются заболевания слизистой оболочки [1, 2].

Известно, что процессы адаптации человека к зубному протезу носят корковый характер (психофизиологический аспект), и определяющими факторами являются тип высшей нервной деятельности и пластичность нервных центров пациента [2].

Иорданишвили А.К. в 2010 г. систематизировал факторы, влияющие на адаптацию, где выделил медицинский аспект или анатомо-физиологические особенности жевательного аппарата, социально-психологический, психофизический, социально-экономический, социально-экономический и технико-технологический аспекты [5, 6].

Цель исследования – изучить эффективность ортопедической реабилитации по данным локальных адаптационных реакций к конструкциям из полиуретана и акриловых пластмасс.

Методы и материалы

Обследованы 25 пациентов с дефектами краниофациальной локализации, прошедших курс комбинированного лечения, нуждающихся в ортопедической реабилитации, с использованием различных съемных конструкций. 12 пациентам были изготовлены протезы из полиуретана с эластичной прокладкой, 13 – из акриловых пластмасс. Оценка адаптации проводилась в течение 4 месяцев использования протеза.

Для решения поставленных задач нами был разработан способ оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям, включающий оценку уровня адаптации

пациента по шкале пяти категориальных признаков врачом стоматологом-ортопедом по протоколу динамической оценки адаптации пациента [9].

Результаты и обсуждение исследования.

Мониторинг адаптационных показателей проведен согласно протоколу динамической оценки адаптации пациента к ортопедическим стоматологическим конструкциям (рис. 1).

В результате опроса вычисляют сумму полученных баллов интегрированного показателя уровня адаптации к протезам, при этом оценку уровня адаптации пациента проводят по четырехбалльной шкале категориальных признаков, а в качестве интегрированного показателя используют индекс адаптации, вычисляемый по формуле, используя правило сигмальных отклонений Р. Готтсданкера (1982), к среднему уровню адаптации.

Лица, имеющие оценку выше 1,5 баллов, отнесены к группе с достоверно определенным признаком нарушения адаптации. Обследуемые с оценкой ниже 0,5 баллов вошли в группу с оптимальным течением адаптационного процесса. Адаптацию следует считать наступившей, если ИАОК \leq 0,1 балла.

Протокол динамической оценки адаптации пациента к ортопедической стоматологической конструкции

Категория	Перечень утверждений	Оценка утверждений
1. Жевательный дискомфорт	<p>Пациент предъявляет жалобы на невозможность пережевывания пищи</p> <p>0 – жалобы отсутствуют 1 балла – пищу нужно дольше пережевывать 2 балла — некомфортно пережевывать пищу, хочется перевести пищевой комок на другую сторону 3 балл – больно жевать</p>	
	<p>У пациента трудности с откусыванием пищи</p> <p>0 — жалобы отсутствуют 1 балл – можно откусить, но приходится искать положение 2 балла – не кусается 3 балла – кусается с болью</p>	
	<p>Пациент испытывает затруднения при глотании</p> <p>0 – жалобы отсутствуют 1 балл – дискомфорт при глотании 2 балла – боль при глотании пищи 3 балла – боль при глотании жидкостей</p>	
2. Тактильный Дискомфорт	<p>Пациент ощущает неудобство в полости рта</p> <p>0 – жалобы отсутствуют 1 балл – ощущение неравномерного давления в разных участках при смыкании зубов 2 балла – чувство стягивания или распираания в полости рта 3 балла – стягивание или распираание в полости рта до боли</p>	

	<p>Пациент утверждает, что во рту много лишнего</p> <p>0 — жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – щека, язык, губы ощущают избыточный размер</p> <p>2 балла – прикусывание щек, языка, губ</p> <p>3 балла – боль при жевании в области уха</p>	
	<p>Пациент постоянно ищет языком изъяны в конструкции</p> <p>0 — жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл — пациент ищет языком изъяны в конструкции</p> <p>2 балла – пациент травмирует язык в поисках изъянов</p> <p>3 балла – пациент жалуется на застрявшую пищу</p>	
3. Признаки травмы слизистой оболочки протезного ложа	<p>Отмечается гиперемия слизистой оболочки протезного ложа/маргинальной десны</p> <p>0 — жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – гиперемия маргинального края</p> <p>2 балла – прикрепленной слизистой</p> <p>3 балла – подвижной слизистой</p>	
	<p>На слизистой оболочке имеются травматические повреждения</p> <p>0 — отсутствуют</p> <p>1 балл – гиперемия</p> <p>2 балла – эрозия</p> <p>3 балла – язва</p>	
	<p>Оценка воспалительного процесса в тканях пародонта (биопотенциалометрия)</p> <p>0 — разность потенциалов от 0 до 5 мВ</p> <p>1 балл – разность потенциалов от 5 до 9 мВ</p> <p>2 балла – разность потенциалов от 9 до 20 мВ</p> <p>3 балла – разность потенциалов более 20 мВ</p>	
4. Характер слюноотделения	<p>Ухудшение вкусовых ощущений</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – вкусовые свойства ослаблены</p> <p>2 балла – отсутствие вкуса</p> <p>3 балла – инородный привкус</p>	
	<p>Отмечается сухость слизистой оболочки протезного ложа</p> <p>0 — жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – незначительная</p> <p>2 балла – требует постоянного увлажнения</p> <p>3 балла – сухость во рту, затрудняющая функции</p>	
	<p>Гиперсаливация</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – много слюны, приходится постоянно глотать</p> <p>2 балла – пациент плюется при разговоре</p> <p>3 балла – приходится сплевывать постоянно</p>	
5. Коммуникативный дискомфорт.	<p>Эстетический дискомфорт (пациент недоволен цветом и формой восстановленных зубов)</p> <p>0 — жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – пациенту кажется, что форма и размеры немного отличаются</p> <p>2 балла – пациент уверен, что форма и размеры отличаются, и это его беспокоит</p> <p>3 балла – пациенту говорят об отличиях окружающие</p>	

	<p>Речевой дискомфорт (речь невнятная)</p> <p>0 – жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – отдельные звуки при быстром произношении нарушены</p> <p>2 балла – многие звуки при быстром произношении нарушены</p> <p>3 балла – невозможность произнести некоторые звуки</p>	
	<p>Психологический дискомфорт (пациента беспокоит, что окружающие замечают «протезы»)</p> <p>0 — жалобы отсутствуют</p> <p>1 балл – пациенту кажется, что окружающие видят его протезы</p> <p>2 балла – окружающие обращают внимание, что во рту что-то не так</p> <p>3 балла – окружающие рекомендуют сменить протезы</p>	
Сумма баллов Σ		
Индекс адаптации ИАОК= Σ баллов/n, где n=15		

Рис. 1

Установлено, что в группе пациентов со съёмными протезами из полиуретана сумма баллов минимальна по сравнению с группой пациентов с протезами из акриловых пластмасс, что отражает лучшую адаптацию к ортопедическим конструкциям из полиуретана (рис. 2, 3, 4).

Материал конструкции	Пациенты с наступившей адаптацией ИАОК \leq 0,1 балла	Пациенты с оптимальным течением адаптации 0,1 \leq ИАОК $<$ 0,5	Пациенты со средним уровнем адаптации 0,5 \leq ИАОК \leq 1,5	Пациенты с нарушением адаптации ИАОК \geq 1,5
Полиуретан	4	4	3	1
Акриловые пластмассы	3	1	5	3

Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

Вывод

По результатам исследования установлено, что клинические признаки локальной адаптации к конструкциям из полиуретана и акриловых пластмасс у пациентов с дефектами краниофациальной локализации различны. Мониторинг адаптационных показателей демонстрирует преимущество полиуретановых конструкций перед акриловыми пластмассами. Полученные результаты могут быть использованы в практической деятельности врачей стоматологов-ортопедов.

Список литературы

1. Арутюнов А.С., Седрамян А.Н., Ахмедов Р.-М.А., Комов Е.В., Арутюнов С.Д. Повышение эффективности ортопедического лечения онкологических больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти // Российский стоматологический журнал. — М., — 2009. — № 3. — С. 21–27.
2. Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Порошин А.В., Хвостов С.Н., Вирабян В.А. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта // Современные наукоемкие технологии. — 2013. — № 1. — С. 46–48.
3. Данилина Т.Ф., Сафронов В.Е., Жидовинов А.В., Гумилевский Б.Ю. Клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов / Здоровье и образование в XXI веке. 2008. Т. 10. С. 607–609.
4. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Волгоград, 2013. — 22 с.
5. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 2013.
6. Михальченко Д.В. Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, 1999.
7. Способ оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям. Заявка
8. Изобретение № 2014126016, приоритет от 26.06.2014 // Михальченко Д.В., Жидовинов А.В., Наумова В.Н., Вирабян В.А., Хвостов С.Н.
9. Слётов А.А. Экспериментальное определение регенераторного потенциала клеток костного мозга / Слётов А.А., Переверзев Р.В., Ибрагимов И.М., Кодзоков Б.А., Сирак С.В. // Стоматология для всех. — 2012. — № 2. — С. 29–31.
10. Слётов А.А., Елисеев В.В., Панченко Д.В., Можейко Р.А., Давыдов А.Б., Слётова А.Р. Хирургическое лечение опухолей краниовертебральной локализации // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 3.

Рецензенты:

Михальченко В.Ф., д.м.н., профессор кафедры терапевтической стоматологии ВолгГМУ, г. Волгоград;

Фирсова И.В. д.м.н., зав.кафедрой терапевтической стоматологии ВолгГМУ, профессор, г. Волгоград.