

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Протезные стоматиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и методы
профилактики и лечения.

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология ортопедическая»
Мартынчук Дмитрий Васильевич
рецензент к.м.н. Лысенко Ольга Владимировна

Красноярск, 2019

Содержание.

Введение.....	3
Понятие о протезных стоматитах. Этиология.....	4
Классификация.....	5
Патогенез и клинические проявления.....	6
Лечение.....	9
Профилактика.....	13
Список литературы.....	14

Введение.

При изучении клиники изменений тканей протезного ложа прежде всего обращает на себя внимание воспаление. Различные гиперпластические разрастания эпителия и даже папилломы возникают вторично, являясь выражением одной из сторон воспаления — пролиферации. Эту реакцию многие авторы называют протезным стоматитом, и мы не видим необходимости отказываться от этого термина, поскольку в нем заключено главное содержание реакции, а именно, воспаление и причина его — протез. Затем следует иметь в виду травматические стоматиты, возникающие при неправильном планировании границ протеза, его балансировании, трещинах, шероховатостях и др. В грубой форме травма выступает в виде пролежней (декубитальные язвы), которые также относятся к стоматитам.

Понятие о протезных стоматитах. Этиология.

Протезными стоматитами (ПС) называют различную патологию СОПРиЯ воспалительного характера, обусловленную наличием в полости рта зубного протеза. Термин «протезные стоматиты» точно отражает основное содержание реакции слизистой оболочки протезного ложа и поля и ее причину — зубной протез. Протезными стоматитами страдают чаще люди пожилого и старческого возраста, имеющие сопутствующую патологию внутренних органов и систем организма, особенно хронические заболевания органов пищеварительной системы. Женщины болеют ПС несколько чаще, чем мужчины. Изучение причин возникновения ПС показывает, что в абсолютном большинстве случаев они являются следствием нарушения технологии изготовления зубных протезов, связаны с погрешностями клинических этапов их изготовления, ряде случаев обусловлены самой конструкцией зубного протеза или патологическим действием химических ингредиентов, входящих в состав материала, из которого изготовлен зубной протез. Важное значение в возникновении ПС также играет состояние здоровья владельца протеза, соблюдение им гигиены полости рта и правил ухода за зубными протезами. В практической деятельности врачей-стоматологов целесообразно пользоваться следующей классификацией протезных стоматитов, учитывающей этиологию, форму патологического процесса, характер и степень тяжести его течения, а также локализацию патологических изменений СОПРиЯ, вызванных зубным протезом.

Классификация.

Протезные стоматиты. I. По этиологии: 1) травматические, 2) токсические, 3) аллергические, 4) обусловленные физическими факторами. II. По форме патологического процесса: 1) катаральные (серозные), 2) эрозивные, 3) язвенные, 4) язвенно-некротические, 5) гиперпластические. III. По характеру течения патологического процесса: 1) острые, 2) подострые, 3) хронические (ремиссия, обострение). IV. По локализации патологических изменений на СОПРиЯ: 1) очаговые (ограниченные, локализованные), 2) диффузные (разлитые, генерализованные). V. По степени тяжести течения: 1) легкие, 2) средней тяжести, 3) тяжелой степени тяжести.

Патогенез и клинические проявления.

Травматические ПС в большинстве случаев возникают почти сразу после наложения съемных зубных протезов из-за несоответствия формы и размеров базиса, кламмеров протеза границе и поверхности протезного ложа, а также при нарушении артикуляции зубных дуг челюстей. При развитии травматического ПС основной жалобой пациентов является боль в месте травмы, усиливающаяся при пользовании зубным протезом. Чаще всего травматические ПС бывают очаговыми и обнаруживаются по границе протезного ложа, в месте, соответствующем удлинённому (укороченному) или истонченному краю базиса съёмного зубного протеза, или связаны с чрезмерным его объемом. К возникновению очаговых воспалений слизистой оболочки твердого неба, альвеолярных дуг челюстей приводят нарушения артикуляции искусственных зубных дуг, балансирование базиса съёмного зубного протеза, что обуславливает неравномерное распределение жевательного давления на протезное ложе. Одиночные шероховатости и поры базиса съёмного зубного протеза также могут быть причиной очаговых воспалительных процессов на СОПР. При кратковременном пользовании такими протезами возникает ограниченное катаральное воспаление СОПР. В месте травмы возникают гиперемия и отек СОПР, могут появляться эрозии. При продолжительном действии травматического фактора на СОПР образуются язвы, появляется локальная кровоточивость. В запущенных случаях развивается некротический стоматит. Следует заметить, что при хроническом безболезненном травмировании СОПР происходит ее гиперплазия и могут развиваться папилломы (травматический папилломатоз). Диффузные травматические ПС возникают при пользовании съёмными зубными протезами, имеющими незначительные шероховатости по всей внутренней поверхности его базиса. При осмотре полости рта у таких пациентов выявляются гиперемия и отек всей слизистой оболочки протезного ложа, точно совпадающие с его границами. Возможно появление

эрозий и язв в диаметре до 2 мм, располагающихся по всему протезному ложу.

Токсические ПС или акриловые стоматиты возникают вследствие вымывания свободного мономера — метилметакрилата (ММА) из базисов протезов в слюну; ММА, являясь эфиром, оказывает раздражающее действие на СОПР, вызывая в ней патологические изменения. Небезразличны в этом отношении красители, наполнители и пластификаторы, применяемые в процессе изготовления базисных пластмасс. Сила токсического действия ММА зависит от площади протезного ложа, длительности периода воздействия, концентрации мономера в слюне и скорости его всасывания, состояния СОПР и их всасывающей способности. Последняя усиливается при воспалительных заболеваниях СОПР, болевых раздражениях, воздействии химических (профессиональные вредности) и некоторых пищевых веществ (острые закуски, пряности, алкоголь и т.п.).

Больные токсическими ПС предъявляют жалобы на неприятные ощущения и жжение СОПР, появляющиеся при пользовании съемными зубными протезами, на повышенное слюноотделение. В случае отказа от пользования зубными протезами указанные явления проходят в течение 4-7 суток. При повторном наложении протезов, спустя 1-2 суток, жалобы вновь появляются и нарастают к 7-8 суткам, что обусловливается созданием определенной концентрации ММА в слюне. При осмотре полости рта выявляются диффузная гиперемия и отек СОПР, точно совпадающие с границами базиса съемного зубного протеза. При хроническом воспалении слизистой оболочки протезного ложа она выглядит вишнево-красной, отечной, иногда с точечными кровоизлияниями.

Аллергические ПС по механизму возникновения представляют собой аллергическую реакцию замедленного типа, клинически проявляющуюся возникновением контактного стоматита. Основной причиной их возникновения является развитие повышенной чувствительности к органическим (ММА) и неорганическим (красители, наполнители,

пластификаторы) компонентам, которые являются исходными материалами для получения базисов съемных зубных протезов. Данные вещества, являясь неполными антигенами-гаптенами, реагируя с белками тканей протезного ложа, становятся аллергенами, приобретая полноценные антигенные свойства. Больные жалуются на жжение СОПРиЯ, сухость во рту, изменение вкусовых ощущений, которые сопровождаются головными болями, плохим сном, раздражительностью, кожными аллергическими проявлениями. Эти ощущения и патологические изменения возникают спустя 5-10 дней после начала ношения зубного протеза. При осмотре полости рта в таких случаях выявляются диффузная гиперемия и отек СОПРиЯ не только в пределах границ протезного ложа, но и в местах, прилегающих к зубным протезам, — на щеках, губах (протезное поле). Иногда наблюдаются точечные кровоизлияния.

Лечение.

При лечении травматических ПС необходимо прежде всего устранить раздражающие механические факторы путем тщательной коррекции и обработки зубного протеза. Последняя включает в себя соответствующую коррекцию границ и толщины базиса протеза, исправление артикуляции искусственных зубов путем шлифования, легкую «полировку» внутренней поверхности базиса съемного зубного протеза с целью удаления малых шероховатостей, а также изоляцию базиса протеза в области острых костных выступов. При наличии клинических показаний и в случае стойких ограниченных реакций слизистой оболочки протезного ложа следует прибегнуть к изменению конструкции зубного протеза (например, съемного пластиночного протеза на бюгельный протез), оставляя измененную (ранимую) слизистую оболочку вне протезного ложа. В ряде случаев целесообразно применить двухслойные зубные протезы с мягкой эластичной подкладкой базиса (ортосил-М, ПМ и др.) съемного протеза. Кроме сказанного, следует проводить симптоматическую терапию травматических ПС, которая состоит из двух этапов: 1) проведения медикаментозной терапии патологии СОПР; 2) соблюдения правил гигиенического ухода за полостью рта и за зубными протезами непосредственно больными. Медикаментозная терапия катаральных и эрозивных поражений СОПР сводится к полосканиям и ирригации под давлением (из кружки Эсмарха, резинового баллона или сифона) полости рта антисептическими растворами (фурацилина 1:5000, риванола 1:1000, 0,2% раствора хлоргексидина), щелочными минеральными водами (боржоми, джермук и др.). Для этих целей также применяют полоскания, которые готовят следующим образом. На 500 мл 0,5% раствора новокаина берут один белок куриного яйца. После их тщательного смешивания и взбалтывания раствор можно использовать в течение трех дней, храня его в прохладном и темном месте. Раствор калия перманганата в этих случаях применять не следует, так как он вызывает сухость в полости рта и неприятные ощущения саднения. Хороший лечебный эффект дает

смазывание пораженной СОПР 0,5% раствором метиленовой сини на 40% раствора глюкозы или винилином (бальзамом Шостаковского), а также дентальной адгезивной пастой Солкосерил (Солко Базель АГ, Швейцария), гелем Протил фирмы Септодонт (Франция) или отечественным аналогом Стомазин. При наличии язвенно-некротических поражений СОПР их обрабатывают протеолитическими ферментами (растворами трипсина, химотрипсина или хипопсина) и антисептическими препаратами (перекись водорода 3%, раствор калия перманганата 1:5000 и др.). Для устранения болевого синдрома при язвенно-некротических поражениях СОПР последние обрабатывают омагниченной водой напряженностью поля 30-40 мЛТ или эмульсией уротропина с анестезином (Anaesthesini, Urotropini ad 0.3; Glycerini ad 10.0). В целях безболезненного приема пищи смазывания и аппликации следует проводить за 15-30 мин до еды. Эффективное лечебное воздействие на воспалительную СОПРиЯ и язвенные поражения оказывают охлажденный кефир и ацидофилин. Больные перед проглатыванием должны задерживать их в полости рта на 7-10 с, создавая для СОПРиЯ «ванну». В кефире и ацидофиле содержится ряд веществ, способствующих обезболиванию и регенерации. Язвенно-некротические поражения СОПРиЯ можно обрабатывать 0,5% раствором метиленовой сини, приготовленной на 40% растворе глюкозы, и препаратами, оптимизирующими регенерацию и эпителизацию, — аппликации маслами витамина А, мазью ментода, 25% раствором ацемина, а также, путем распыления на язвенно-некротические поражения СОПР аэрозоли Левиан, линимента Спедиан. Этиотропный лечебный эффект дает нанесение на язвенно-некротические поверхности мази с трихополом (Metronidazoli 5.0, Methyluracili 5.0, Vaselini ad 100.0). Такие процедуры необходимо проводить по 4-6 раз в сутки после предварительной антисептической обработки слизистой оболочки полости рта и языка. Для оптимизации регенерации и снижения болевого синдрома целесообразно применять физиотерапевтические процедуры: облучение язвенных поверхностей СОПРиЯ короткими УФ-лучами, местную

дарсонвализацию, гидротерапию и аэрозольтерапию противовоспалительными, антисептическими, кератопластическими и др. веществами. Хороший лечебный эффект дает применение магнитотерапии, лазеротерапии и гипербарической оксигенации (ГБО). С целью устранения болей и снятия раздражений больным запрещают разговаривать, принимать твердую и горячую пищу, курить, употреблять алкоголь и острые приправы. Пища должна быть жидкой, питательной, вкусной и богатой витаминами. Если после устранения причинного травматического фактора и проведения медикаментозного и физиотерапевтического лечения в течение двух недель язва не заживет, больного должен осмотреть онкостоматолог.

Лечение токсических ПС заключается в отказе от пользования зубными протезами до момента стихания неприятных ощущений, патологических изменений и нормализации СОПРиЯ. За это время протезы подвергают повторной полимеризации или обработке ультразвуком, что снижает содержание в них остаточного ММА. В случае отсутствия лечебного эффекта изготавливают новые съемные зубные протезы методом литьевого прессования, так как из базисов протезов, изготовленных указанным способом, мономера вымывается в 2 раза меньше по сравнению с протезами, изготовленными по обычной методике — компрессионного прессования. Полимеризацию базисных пластмасс целесообразно проводить в условиях сухой среды (в сухожаровом шкафу), что способствует связыванию ММА. В ряде случаев для достижения стойкого лечебного результата приходится изготавливать съемные зубные протезы из бесцветной пластмассы или с металлическим базисом.

Лечение аллергических ПС заключается в изготовлении новых зубных протезов из индифферентных материалов, индивидуальную переносимость которых определяют с помощью накожных аллергических проб. При наличии у больного стойкого синдрома жжения слизистой оболочки полости рта возможно применение лечебных конструкций зубных протезов, которые полностью (и базис, и искусственные зубы) изготовлены из бесцветной

пластмассы или в них сочетается постановка фарфоровых или ситалловых зубов с искусственными зубами, выполненными из бесцветной пластмассы. При наличии стойкого синдрома жжения слизистой оболочки протезного поля показано применение съемных зубных протезов, наружная поверхность базиса которых в области парестетичной слизистой снабжена эластичным магнитным аппликатором.

Профилактика.

Профилактика травматических ПС заключается в строгом соблюдении правил изготовления и конструирования зубных протезов, соблюдении принципа законченности лечения: врач после сдачи зубного протеза наблюдает больного до тех пор, пока не убедится, что тканям протезного ложа и поля не угрожает травма. К профилактическим мерам относят также четкий и полный инструктаж больного о правилах пользования зубным протезом и диспансерное наблюдение за протезоносителями.

Профилактика токсических ПС заключается в соблюдении соотношения мономера и полимера для приготовления формовочного теста базисной пластмассы, которое должно быть 1:3 по объему или 1:2 по массе, в строгом выполнении режима полимеризации, что способствует наиболее полному связыванию ММА. При сдаче съемного зубного протеза больному следует советовать делать паузы в пользовании протезами на 2, 6-7 и 30 дни после наложения протезов, а также не реже 2 раз в год рекомендовать полностью исключать пользование зубными протезами на 2-3 дня. В дни таких пауз целесообразно проводить местную гипосенсибилизирующую терапию при помощи электрофореза 5% раствора хлористого кальция, 0,5% раствора витамина или аэрозольных ингаляций СОПР, расположенной под базисами съемных зубных протезов.

Список литературы.

- 1) Ортопедическое лечение в клинической практике // Роберт С. Клугман - 2008
- 2) Ортопедическая стоматология // Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким. - 2008
- 3) Ортопедические методы лечения в стоматологии // Ремизова А. А. - 2012
- 4) Техника бюгельного протезирования // Вего - 2016
- 5) Съёмные протезы // М.Л. Миронова - 2014
- 6) Цельнолитые съёмные протезы // Маркскурс Р. - 2000
- 7) Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствие зубов // И. Ю. Лебедеико, Т. И. Ибрагимова. –М.: ООО «Мед. информ. агенство», 2005. - 400 с.