

Т. Н. МАНАК, Л. Г. БОРИСЕНКО

**ПРОТЕЗНЫЙ СТОМАТИТ:
КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Минск БГМУ 2019

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
2-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Т. Н. МанаК, Л. Г. Борисенко

ПРОТЕЗНЫЙ СТОМАТИТ: КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2019

УДК 616.31-002-08-084(075.8)

ББК 56.6я73

М23

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 20.02.2019 г., протокол № 6

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. общей стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. А. Юдина; д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапевтической стоматологии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. К. Луцкая

Манак, Т. Н.

М23 Протезный стоматит : клиника, профилактика, лечение : учебно-методическое пособие / Т. Н. Манак, Л. Г. Борисенко. – Минск : БГМУ, 2019. – 20 с.

ISBN 978-985-21-0335-0.

Изложены причины возникновения, классификация, клинические проявления протезного стоматита и его профилактика.

Предназначается студентам 3–5-го курса стоматологического факультета, врачам-интернам, врачам-стоматологам.

УДК 616.31-002-08-084(075.8)

ББК 56.6я73

Учебное издание

Манак Татьяна Николаевна

Борисенко Людмила Григорьевна

**ПРОТЕЗНЫЙ СТОМАТИТ:
КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т. Н. Манак

Редактор Н. В. Оношко

Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 24.05.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,99. Тираж 60 экз. Заказ 343.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0335-0

© Манак Т. Н., Борисенко Л. Г., 2019

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: Диагностика, клинические проявления, принципы лечения «белых» и «эрозивно-язвенных» поражений слизистой оболочки полости рта.

Общее время занятий: 70–90 мин семинара.

Средняя продолжительность жизни людей в последнее время увеличивается и, как следствие, увеличивается количество людей пожилого и старческого возраста. В послании Международной ассоциации геронтологов по этому поводу говорится, что «век молодых превращается в век пожилых людей и людей преклонного возраста». В настоящее время в Республике Беларусь количество жителей старше 60 лет составляет 21,1 % от всего населения (по данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 2017 г.). В нашей стране у людей в возрасте 65–74 лет среднее количество сохранившихся в полости рта естественных зубов на 45,5 % ниже допустимых пределов утери зубов, рекомендованных ВОЗ. Полная вторичная адентия наблюдается у 22 % лиц пожилого возраста. В протезировании съемными зубными протезами нуждается 44,3–53,8 % городского и сельского населения.

В настоящее время ортопедическое лечение частичной и полной адентии посредством съемных пластиночных протезов (СПП) является наиболее целесообразным. Но любые, даже качественно изготовленные СПП могут стать причиной возникновения протезного стоматита.

Протезными стоматитами называют различные патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) воспалительного характера, обусловленные 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 (Е. И. Гаврилов, 1979). 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 протезным стоматитом несколько чаще, чем мужчины. Изучение причин возникновения данной патологии показывает, что в абсолютном большинстве случаев она является следствием нарушения технологии изготовления зубных протезов, связана с погрешностями клинических этапов их изготовления, а в ряде случаев обусловлена самой конструкцией зубного протеза или патологическим действием химических ингредиентов, входящих в состав материала, из которого изготовлен зубной протез. Важное значение в возникновении протезного стоматита также играет состояние здоровья владельца протеза, соблюдение им гигиены полости рта и правил ухода за зубными протезами.

В связи с вышесказанным важно обобщить принципы диагностики, профилактики и подходов к лечению протезного стоматита.

Цель занятия: интегрировать знания об этиологии, патогенезе, особенностях клинических проявлений, принципах дифференциальной диагностики и лечения протезного стоматита СОПР.

Задачи занятия:

- 1) ознакомиться с классификацией заболеваний СОПР;
- 2) закрепить последовательность клинического обследования пациента с заболеваниями СОПР;
- 3) научиться выявлять и давать описание элементов поражения слизистой оболочки мягкого и твердого неба, щек, альвеолярных отростков;
- 4) научиться применять дополнительные методы обследования и лабораторную диагностику при заболеваниях СОПР;
- 5) изучить принципы дифференциальной диагностики поражений СОПР;
- 6) научиться составлять план лечения пациента с протезным стоматитом.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить:

- из морфологии человека: анатомию и гистологию губ и языка;
- нормальной физиологии: функции СОПР, слизистой оболочки и красной каймы губ;
- патологической физиологии: патоморфологические процессы (воспаление, дистрофия, неоплазия);
- дерматовенерологии: элементы поражения СОПР и кожи;
- фармакологии: антисептические, антибактериальные, противогрибковые, противовоспалительные и кератопластические средства.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Строение СОПР.
2. Классификация и характеристика элементов поражения слизистой оболочки.
3. Цитологические, гистологические, микробиологические, аллергологические, биохимические методы исследования.
4. Показания и противопоказания к применению антисептиков, противовоспалительных средств, кератопластиков.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Классификация болезней СОПР (ВОЗ).
2. Методы обследования при заболеваниях СОПР.
3. Клиника и диагностика протезного стоматита.
4. Дифференциальная диагностика протезного стоматита с другими заболеваниями СОПР.
5. Современные принципы профилактики и лечения пациентов с протезным стоматитом.

Задания для самостоятельной работы студента. Для подготовки к занятию студенту необходимо повторить учебный материал из смежных дисциплин, затем ознакомиться с материалом данного учебно-методического пособия. Для более эффективного усвоения материала студенту рекомендуется вести записи вопросов и замечаний, которые впоследствии можно выяснить в ходе самостоятельной работы с литературой или на консультации с преподавателем.

Для самоконтроля усвоения темы рекомендуется использовать тестовые вопросы и ситуационные задачи, представленные в системе дистанционного обучения moodle (<http://etest.bsmu.by/course/view.php?id=417>, занятия № 9, 15, 18, 19). Завершают работу над темой контрольные вопросы, ответив на которые студент может успешно подготовиться к занятию.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА

СПП являются не только лечебно-профилактическим средством, восстанавливающим форму и функцию жевательного аппарата при нарушениях в зубочелюстной системе, но и одновременно выступают раздражителем или в роли инородного тела для тканей протезного ложа. У 20 % пользователей СПП причиной стоматита является механическая травма СОПР протезом и присоединившаяся к ней инфекция. Характер морфологических изменений, возникающих под воздействием зубных протезов, зависит, с одной стороны, от интенсивности раздражения, а с другой — от реактивных способностей организма. До определенного момента раздражение, исходящее от протеза, действует как стимулятор и вызывает положительные преобразования в тканях СОПР. Однако если раздражение от протеза сильнее приспособительной способности СОПР (или реактивность организма снижена вследствие определенных общих заболеваний), то могут возникать ее клинически выявляемые изменения, которые обозначаются как «протезные стоматопатии».

Таким образом, термин «протезный стоматит» (stomatitis prophetical) представляет собой собирательное понятие и соответствует названию «заболевания слизистой оболочки полости рта, вызванные съемными зубными протезами».

Доказательств происхождения стоматита в результате только зубного протезирования недостаточно и часто они противоречивы. Вероятнее всего происхождение многофакторно. Могут иметь место еще не раскрытые действующие механизмы, предрасполагающие к таким изменениям ложа пластиночных протезов. Очевидно, что протезирование съемными конструкциями является предрасполагающим фактором протезного стоматита, но не у всех пользователей зубных протезов развивается стоматит. Поэтому возникает необходимость в дальнейшем изучении этого вопроса.

При развитии протезного стоматита слизистая оболочка под протезом гиперемизируется, становится отечной, болезненной. Воспаление слизистой оболочки под протезом может быть очаговым или разлитым. Одни очаги имеют все признаки катарального воспаления, а в других на фоне отечного эпителия наблюдаются эрозии, гиперпластические разрастания в виде мелких ворсинчатых грибовидных полипов. На воспаленной слизистой оболочке возможны точечные кровоизлияния. Разлитое воспаление характеризуется аналогичными признаками, но занимает все пространство протезного ложа, точно совпадая с его границами. Слизистая выглядит вишнево-красной, разрыхленной, отечной. В дистальной трети твердого неба очаги воспаления могут становиться шероховатыми вследствие разрыхления эпителия.

При пользовании СПП чаще всего нарушаются:

- самоочищение;
- терморегуляция;
- микроциркуляция слизистой оболочки полости рта под протезом;
- речь;
- восприятие вкуса и др.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА

Встречаемость протезного стоматита среди носителей зубных протезов колеблется между 25 и 65 % в зависимости от типа населения, выбранного различными исследователями. Поэтому стоматит относится к наиболее распространенному заболеванию у населения, носящего зубные протезы.

По данным исследования российских ученых (2018 г.), протезный стоматит в различных его проявлениях был выявлен у 70 % пациентов, пользующихся СПП. Количество пациентов, у которых было выявлено катаральное воспаление, составило 75,8 % от общего числа пациентов, у которых были выявлены травматические поражения протезного ложа, гиперплазия выявлена у 24,2 %, непереносимость пластмассы — у 1,4 %. Количество пациентов с кандидозом составило 35,8 %. Прослеживается связь между сроками пользования протезом и возникновением изменений СОПР. В виде катарального воспаления протезный стоматит был диагностирован у 69 пациентов при сроках пользования протезами до 3 лет, у 231 — до 7 лет и у 65 обследованных — до 11 лет и выше. У лиц, пользующихся съемными протезами свыше 7–8 лет, были выявлены гиперпластические процессы. Сразу после изготовления съемного протеза проявлялась непереносимость акриловых пластмасс. Неадекватными конструкциями пользовались 57,2 % обследованных носителей протезов. Неудовлетворительное гигиеническое состояние протезов отмечалось у 70,3 % обследованных.

Изменения, возникающие в слизистой оболочке протезного ложа, зависят от экзогенных, эндогенных факторов и от их совокупности (рис. 1).

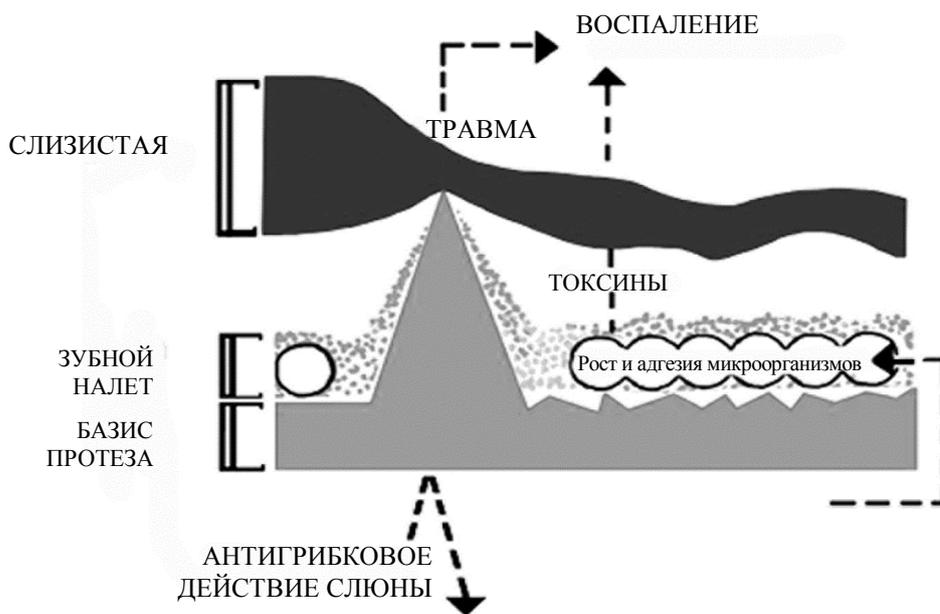


Рис. 1. Причинно-следственные связи возникновения протезного стоматита

Воздействие съемных зубных протезов на ткани протезного ложа по Е. И. Гаврилову классифицируется следующим образом:

- побочное;
- механотравматическое;
- аллергическое;
- токсическое.

Побочное влияние СПП на ткани протезного ложа выражается в характере передачи жевательного давления, являющегося неадекватным раздражителем для слизистой оболочки, в нарушении самоочищения, терморегуляции, речи, восприятия вкуса. К побочному действию съемного протеза следует также отнести «парниковый эффект» и вакуум.

«Парниковый эффект» возникает при пользовании протезами с пластмассовым базисом, обладающим малой теплопроводностью. Вследствие этого под базисом протеза температура на 0,3–0,5 °С выше, чем в полости рта. Возникает как бы термостат, в котором создаются условия для размножения бактериальной и грибковой микрофлоры с последующим развитием воспалительного процесса. Если к «парниковому эффекту» прибавить плохой уход за протезами и полостью рта, то слизистая оболочка протезного ложа попадет в еще более худшие условия.

Вакуум возникает под протезом с хорошим замыкающим клапаном. В силу этого проявляется эффект «медицинской банки». Вакуум вызывает

расширение капилляров слизистой оболочки твердого неба, сопровождающееся гиперемией и хроническим ее воспалением.

В развитии побочных эффектов значимую роль играет не только качество изготовленного протеза и свойства материалов, но и состояние самой СОПР, изменяющейся при различных общих заболеваниях организма (диабет, сердечно-сосудистые заболевания, патология желудочно-кишечного тракта и др.). Здесь особенно важно состояние капилляров и их проницаемость.

Механотравматическое действие СПП является следствием «длительного покрытия» тканей протезного ложа, «давящего и сдвигающего воздействия протеза». В качестве механической причины протезного стоматита следует отметить шероховатость поверхности протеза, соприкасающейся со СОПР. Наличие мельчайших неточностей в протезе, пор на его поверхности, приводящих к несоответствию поверхности протеза анатомическому рельефу СОПР, вызывает ее раздражение. Самые незначительные шероховатости на поверхности пластиночного протеза приводят к микроскопическим травматическим повреждениям СОПР, провоцирующим развитие «пролежневого стоматита». Механическое раздражение подлежащей СОПР жесткими базисами протезов — мощный и постоянно действующий фактор. Наиболее травматичным для эпителия и собственного слоя СОПР является трение при скольжении жестких базисов по ее поверхности. Травмирующее влияние усиливается от некачественно изготовленного протеза, его фиксирующих элементов: недостаточной полировки, балансирования, нарушения артикуляции искусственных зубных дуг, несоответствия базиса протеза границам и поверхности протезного ложа. Кроме неудовлетворительного качества изготовления протезов, многократные их починки также способствуют травме и задержке пищи на поверхности базиса, что в свою очередь ведет к размножению микроорганизмов и развитию протезного стоматита.

Аллергическое действие протеза обусловлено развитием повышенной чувствительности СОПР к материалам, из которых изготовлен СПП: органическим (мономер — метиловый эфир метакриловой кислоты) и неорганическим (гидрохинон, пероксид бензоила, оксид цинка, красители) его компонентам. Вещества, вызывающие контактную аллергическую реакцию замедленного типа, приобретают свои свойства вследствие химического соединения с белками организма. Их принято называть гаптенами. Аллергические реакции в виде отека Квинке, крапивницы и стоматита наблюдались еще в те времена, когда пользовались протезами с каучуковым базисом. Чаще они стали проявляться при ношении базисов из акриловых пластмасс. Именно химические ингредиенты, входящие в пластмассу, являются гаптенами. Аллергическое воспаление проявляется на слизистой оболочке языка, губ, щек, альвеолярных частей и особенно на небе.

Оно резко ограничено областью соприкосновения базиса протеза с тканями протезного ложа. Слизистая оболочка под протезом ярко-красного цвета, блестящая. Контактная аллергия исчезает только после прекращения пользования протезом, на материал которого организм пациента отвечает гиперреакцией.

Токсическое действие СПП может быть двух видов: химическое и бактериальное. Химическое чаще всего вызывается избытком мономера, который, будучи эфиром, содержащимся в акриловой пластмассе, обладает раздражающим действием на СОПР, а в больших концентрациях является протоплазматическим ядом. Его происхождение связано с нарушением технологии приготовления пластмассового теста и режима его полимеризации. «Старение» СПП вследствие вымывания свободного мономера из базиса протеза в слюну также оказывает раздражающее действие на слизистую оболочку протезного ложа, вызывая ее патологические изменения.

Бактериальный вид токсического стоматита обусловлен токсинами бактериального происхождения, которые появляются при низком уровне гигиены полости рта и плохом уходе за протезами.

По данным А. Г. Разуменко и других исследователей, неудовлетворительная гигиена полости рта и плохой уход за СПП являются основной причиной возникновения протезных стоматитов. При неправильном гигиеническом уходе под базисом съемного протеза развиваются благоприятные условия для размножения микрофлоры: нарушается постоянное орошение слизистой оболочки слюной, скапливаются клетки слущенного эпителия, пищевые остатки, влага, поддерживается постоянная повышенная температура. При этом микрофлора не только увеличивается количественно, но и изменяется ее качественный состав за счет роста грибов вида *Candida albicans*, которые чаще всего обнаруживаются под базисом СПП. Помимо вышеперечисленных причин росту грибковой микрофлоры может способствовать выделение серы из сосудов воспаленной слизистой оболочки. На верхней челюсти протезный стоматит развивается чаще, чем на нижней. Вероятность возникновения протезного стоматита увеличивается с возрастом пациента, женщины страдают чаще, чем мужчины.

КЛАССИФИКАЦИЯ

ВОЗ в своей классификации выделяет:

1. Стоматит, связанный с ношением зубного протеза (K12.12).
2. Кандидозный стоматит, связанный с ношением зубного протеза (B37.03).

Е. И. Гаврилов в классификационную характеристику протезных стоматитов вносит этиологические факторы и характер течения заболевания.

ния. Предложенная исследователем классификация подразделяет протезные стоматиты на следующие группы:

1. Протезные стоматиты различной этиологии (побочная, токсическая, аллергическая):

1) очаговые (острые или хронические):

- катаральные;
- язвенные;
- гиперпластические;

2) разлитые (острые или хронические):

- катаральные;
- язвенные;
- гиперпластические.

2. Травматические стоматиты:

1) острые:

- катаральные;
- язвенные.

2) хронические:

- катаральные;
- язвенные.

Сравнительно краткую, но точную классификацию типов протезного стоматита приводит А. V. Newton, который отдает предпочтение степени встречающихся поражений:

1) простое локальное воспаление;

2) генерализованная эритема, поражающая все протезное ложе;

3) сосочковая гиперплазия неба.

В практической деятельности врачей-стоматологов целесообразно пользоваться следующей классификацией протезных стоматитов (А. К. Иорданишвили, 1988), учитывающей этиологию, форму патологического процесса, характер и степень тяжести его течения, а также локализацию патологических изменений СОПР, вызванных зубным протезом:

1. По этиологии:

- 1) травматические;
- 2) токсические;
- 3) аллергические;
- 4) обусловленные физическими факторами.

2. По форме патологического процесса:

- 1) катаральные (серозные);
- 2) эрозивные;
- 3) язвенные;
- 4) язвенно-некротические;
- 5) гиперпластические.

3. По характеру течения патологического процесса:
 - 1) острые;
 - 2) подострые;
 - 3) хронические (ремиссия, обострение).
4. По локализации патологических изменений на СОПР:
 - 1) очаговые (ограниченные, локализованные);
 - 2) диффузные (разлитые, генерализованные).
5. По степени тяжести течения:
 - 1) легкие;
 - 2) средней тяжести;
 - 3) тяжелой степени тяжести.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Согласно классификации А. V. Newton (1960 г.), *простое локальное воспаление* может возникнуть на фоне как нормальной, так и атрофичной СОПР и проявляется в виде точечной гиперемии (рис. 2), а иногда и в виде больших гиперемизированных пятен или крупных эритем. Одни очаги имеют все признаки катарального воспаления, а в других на фоне отека эпителия наблюдаются эрозии.



Рис. 2. Простое локальное воспаление

Генерализованная эритема характеризуется аналогичными признаками, но занимает все пространство протезного ложа, точно совпадая с его границами. Слизистая оболочка протезного ложа вишнево-красного цвета, рыхлая и отечная (рис. 3).



Рис. 3. Генерализованная эритема

Сосочковая гиперплазия неба характеризуется гиперпластическими разрастаниями или мелкими ворсинчатыми грибовидными полипами (рис. 4). Встречается редко. Появляется при длительном ношении СПП и плохой гигиене полости рта.



Рис. 4. Сосочковая гиперплазия неба

В ряде случаев поверхностный эпителий ороговеет, а клетки глубоких слоев эпителиального пласта пролиферируют, при этом соединительная ткань характеризуется клеточной инфильтрацией, кровеносные сосуды расширены, железы подвергаются регрессивному изменению. В тканях протезного ложа, пораженных воспалением, изменяется содержание и распределение гликогена, мукополисахаридов, рибонуклеопротеинов и фосфатаз.

Отмечена определенная закономерность между сроками пользования протезами и реактивными изменениями. Чем больше времени прошло с момента наложения протеза, тем более выражены изменения. Структурно-функциональные сдвиги в тканях протезного ложа приводят к изменению податливости СОПР и необходимости изготовления нового протеза. На верхней челюсти за счет большей поверхности покрытия базисом СПП протезный стоматит развивается чаще, чем на нижней.

ЗНАЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ

СПП широко применяются в клинической практике. Согласно статистическим данным, в Республике Беларусь в 2017 г. запротезировано 363 тыс. человек. В общей сложности им изготовлено 182 865 съемных протезов. Хорошо известно, что даже при качественном изготовлении СПП, они нередко являются причиной воспаления слизистой оболочки протезного ложа, т. е. причиной возникновения протезного стоматита. Основную роль при этом играет неудовлетворительный гигиенический уход за протезом.

На поверхности протеза, особенно при плохой гигиене, с присутствующими остатками пищи, налетом, камнем, количество бактерий может достигать от $1 \cdot 10^6$ до $2 \cdot 10^9$ КОЕ/мл. Бактерии способны проникать внутрь пластмассового базиса, и число их нарастает по мере увеличения срока пользования протезами. При несоблюдении основных правил гигие-

ны усугубляется патологическое состояние протезного ложа, уменьшается время использования протеза. Плохой гигиене съемных протезов способствует также ухудшение их механического очищения малым количеством слюны и ослабление защитных факторов ротовой жидкости, антибактериальная способность которой в норме достаточно высока. Большинство людей, имеющих полные или частичные съемные пластиночные протезы, не обеспечивают достаточный гигиенический уход за ними. Так, J. Wirs, P. Tschappat исследовали уровень гигиенического ухода за СПП у лиц старше 80 лет, и в 86 % случаев на протезах был обнаружен налет.

Проведенные нами исследования показали, что плохой уровень гигиены отмечен у 39,8 % обследованных с СПП, неудовлетворительный — у 31,2 %, удовлетворительный — у 19,9 % и лишь у 9,1 % пациентов с СПП установлен хороший уровень гигиены. Д. А. Федоров и З. Н. Корень при обследовании 2175 человек с несъемными и съемными зубными протезами установили, что регулярно ухаживали за протезами 27,2 %, нерегулярно — 29,9 %. Не соблюдали правила гигиены 936 человек — 43,0 %. Д. А. Федоров и З. Н. Корень доказали, что при соблюдении гигиены полости рта слизистая оболочка была в норме, без каких-либо признаков воспаления. Следует подчеркнуть, что видовой состав микрофлоры полости рта у лиц, пользующихся съемными зубными протезами, независимо от вида базисного материала (этакрил, фторакс, бакрил и др.) имеет отклонение от нормального соотношения видов микроорганизмов в этом биотипе: определяются такие микроорганизмы, как кишечная палочка (10–65 %), грибы рода *Candida* (10–34 %), патогенный стафилококк (10–22 %), энтерококк (22 %), которые в норме, как правило, не встречаются. В результате исследований, проведенных Л. Г. Борисенко в 2006 г., выявлено, что у лиц, пользующихся СПП, наиболее часто встречается хроническая атрофическая форма кандидоза СОПР со средней степенью тяжести процесса, причем у некоторых из них развивается хейлит и ангулярный хейлит. Содержание грибов в смывах из полости рта составляет от $1 \cdot 10^3$ до $1 \cdot 10^5$ КОЕ/мл смыва.

Клинико-лабораторные исследования контаминации СПП показали, что на протезах после их традиционной обработки остается значительное количество микроорганизмов ($5,63 \cdot 10^6$ КОЕ/мл). Возможно, для здоровых людей это не представляет большой опасности, но у пациентов с ослабленным иммунитетом и сопутствующими заболеваниями такое число бактерий способствует развитию или обострению уже имеющегося воспалительного процесса, а также дополнительной сенсибилизации организма. Поэтому вполне обоснованным является мнение о необходимости обязательной дезинфекции СПП.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА

Недостаточно высокий уровень санитарно-гигиенической культуры населения, использование для обработки съемных зубных протезов неэффективных средств гигиены приводят к воспалению слизистой оболочки, нарушению нормальной микрофлоры в полости рта протезоносителя. Входными воротами для инфекции у лиц, пользующихся съемными зубными протезами, могут служить микротравмы, натертости, повреждения слизистой протезного ложа, полученные в результате воздействия базиса протеза.

Любой протез требует ухода. В процессе эксплуатации на его поверхности образуется налет из остатков пищи и зубных отложений, которые являются благоприятной средой для роста микроорганизмов. Следует отметить, что отношение к гигиене полости рта у населения во многом определяется и социальными условиями, уровнем культуры и образования, местом жительства.

Профилактическое направление в этой области является определяющим в плане предотвращения возникновения побочных эффектов при ношении и эксплуатации СПП. В настоящее время в качестве *профилактических мероприятий* рассматриваются следующие:

- 1) улучшение качества изготовления протезов;
- 2) гигиена протезов;
- 3) гигиена полости рта у лиц, пользующихся СПП;
- 4) лечение и предупреждение общих заболеваний;
- 5) разработка новых дезинфицирующих средств.

В домашних условиях необходима эффективная дезинфекция протезов, особенно для лиц с ослабленным здоровьем или сопутствующими заболеваниями.

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ГИГИЕНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОТЕЗНОГО СТОМАТИТА

Гигиена полости рта у лиц, пользующихся съемными зубными протезами, подразделяется на индивидуальную (в том числе гигиена протезов) и профессиональную.

Индивидуальная гигиена полости рта включает:

- 1) соблюдение режима пользования протезами (обязательно снимать на ночь);
- 2) полоскание полости рта после еды и, как правило, на ночь, кипяченой водой или зубными эликсирами;
- 3) чистку зубов 2 раза в день (утром и вечером) в течение 3–5 мин зубными пастами;

4) самомассаж слизистой десен и неба — можно проводить чистыми пальцами круговыми движениями по слизистой оболочке под протезом и по деснам.

Правила ухода за съемными зубными протезами:

1. По возможности протезы нужно *ополаскивать водой* после каждого приема пищи.

2. *Чистку протезов* производят специальной щеткой и пастой под струей воды утром и вечером после еды. Щетки для чистки полных и частичных съемных протезов (рис. 6, а) имеют щетину (желательно искусственную) с двух сторон головки: на одной стороне зигзаговидную — для чистки наружных поверхностей протезов (рис. 6, б), а на другой закругленную — для обработки вогнутой части базиса протеза (рис. 6, в). Пасты следует использовать средней абразивности — гигиенические или специальные для съемных зубных протезов, которые обладают повышенными очищающими, дезодорирующими, антисептическими и пенящими свойствами. Один из вариантов их использования: нанесение на поверхность протеза пасты размером с горошину, вспенивание и чистка щеткой в течение 45 с, ополаскивание под струей воды до полного удаления пасты.



Рис. 6. Обработка (очищение) зубных протезов

3. *Обработку съемных зубных протезов* проводят специальными дезинфицирующими средствами с высокой антимикробной активностью, такими как 0,95%-ный раствор салицилата, 20%-ный раствор NaCl, 1%-ный гель салицилата, 0,05%-ный раствор хлоргексидина биглюконата, 0,5%-ный раствор «Триацида». Чаще всего используется прием погружения протеза в дезинфицирующее средство на определенное время, например, в 0,5%-ный раствор «Триацида» на 60 мин 1 раз в день. Для этих целей также можно использовать ферментосодержащие очистители в виде таблеток (dexturta, mutanasa, proteinasa) или специальные индикаторные растворимые таблетки, такие как LACALUT dent, Protefix (Германия), содержащие активный кислород. К достоинствам последних относится не только способность очищать, но и возможность «убивать» запах. Одна таблетка LACALUT dent растворяется в стакане теплой воды,

куда на 30–60 мин помещается протез. По мере очистки протеза раствор обесцвечивается, при этом не оказывая разрушающего действия на материал протезов (рис. 7).



Рис. 7. Очищающие таблетки для съемных протезов

Для предотвращения возникновения натертостей, улучшения фиксации и повышения жевательной эффективности используют *фиксирующие прокладки, порошки, крема*. Наиболее известные из них на нашем рынке — LACALUT Fixodent Creme («Аркам») и Protifix Fixodent Creme (Queisser Pharma) (рис. 8).



Рис. 8. Фиксирующие вещества для съемных протезов

На ночь чистые протезы, предварительно обработанные одним из вышеуказанных способов, необходимо помещать в герметичные пластиковые пакеты или специальные футляры (рис. 9) в условия 100%-ной влажности.



Рис. 9. Футляры для хранения протезов

4. *Съемные зубные протезы необходимо беречь* от воздействия высоких температур, а также от механических и химических повреждений. При появлении трещин или поломке пользоваться протезом нельзя. В таких случаях необходимо обращаться к врачу-стоматологу.

При хорошем уходе зубные протезы сохраняют свой блеск и цвет. Однако от крепкого чая, кофе, курения, плохой гигиены полости рта протезы теряют свой внешний вид — желтеют, покрываются коричневым налетом.

По рекомендациям ВОЗ, замена съемных зубных протезов осуществляется с периодичностью раз в 4–5 лет.

Профессиональную гигиену СПП и ротовой полости пациента проводит врач-стоматолог. Она включает лечение и предупреждение общих заболеваний. Такие болезни, как сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, артериальные гипертензии и другие также способствуют возникновению протезных стоматитов. Поэтому их нужно обязательно лечить.

Систематичность, тщательность и точность выполнения всех рекомендаций с правильным выбором щетки, пасты, дезинфицирующего раствора и дополнительных средств гигиены — определяющий фактор эффективности профилактики заболеваний полости рта.

Планомерная подготовка пациента, правильный выбор конструкции съемного протеза, строгое соблюдение технологии его изготовления, выполнение правил гигиены и диспансерное наблюдение — все это является профилактикой воспалительных явлений протезного ложа и гарантией более легкой адаптации пациентов к съемным зубным пластиночным протезам.

Изменение экологической среды обитания, питания, водоснабжения на фоне низкой санитарно-гигиенической культуры приводит к обострению всех существующих в организме противоречий, особенно это касается протеза и слизистой оболочки. Неблагоприятные гигиенические условия в полости рта являются той благодатной почвой, на которой начинает бур-

но расти патологическая микрофлора полости рта, активизируется процесс воспаления протезного ложа.

Как и в целом в медицине, так и в данном случае профилактическое направление является определяющим в плане предотвращения возникновения побочных эффектов. Сегодня в качестве профилактических мероприятий рассматриваются следующие направления:

1. Улучшение качества изготовления протезов.
2. Гигиена протезов.
3. Гигиена полости рта у протезоносителей.
4. Лечение и предупреждение общих заболеваний.

Следует отметить, что большая часть населения не понимает, да и не знает всю лечебно-профилактическую значимость гигиенических мероприятий в полости рта. Игнорирование кажущейся мелкой проблемы, каковой многие считают гигиену, — это игнорирование собственного здоровья и трудов врача.

Итак, лицам, пользующимся СПП, можно дать следующие рекомендации:

1. Снимать протезы на ночь.
2. Чистить протезы специальной щеткой и пастой утром и вечером.
3. Помещать СПП в растворы антисептиков (хлоргексидин 0,05%-ный и др.) На 30 мин 1–2 раза в день.
4. Ополаскивать протезы по возможности каждый раз после еды.
5. Каждые полгода посещать стоматолога.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Ортопедическая терапия предусматривает не только обследование, подготовку и проведение клинических манипуляций, связанных с протезированием, но и наблюдение за пациентом после наложения протеза. Принцип законченности лечения требует, чтобы врач не выпускал пациента из под наблюдения, пока не убедится в том, что период привыкания закончился благополучно, пациент пользуется протезом, устранены нарушения речи и все причины, вызывающие травму слизистой оболочки протезного ложа. Наложение протеза — ответственная задача, но не менее важно наблюдение за пациентом во время привыкания к протезу, когда необходимо устранять ряд мелких дефектов. Многие пациенты, которым были наложены съемные протезы, ими не пользуются, потому что за ними не было соответствующего наблюдения после наложения протеза. Следует признать обязательной следующую форму обращения к пациенту: «Прошу вас завтра прийти на прием, я должен буду осмотреть вас и устранить имеющиеся недостатки». Встречи врача и пациента должны продолжаться до тех пор, пока врач не убедится, что пациент пользуется протезом и со-

стояние протезного ложа хорошее. Только после этого врач может записать в истории болезни, что лечение закончено. Нарушением принципа законченности лечения следует признать такую форму обращения к пациенту: «Если вас что-либо будет беспокоить, зайдите ко мне». При такой форме обращения пациенту поручается самому решать вопрос о своем состоянии, хотя у него для этого нет профессиональных возможностей.

У многих пациентов декубитальные язвы проявляются после длительного пользования протезом, пришедшим в негодность от починок, деформаций, несоответствия поверхности базиса протезному ложу вследствие атрофии альвеолярного отростка. В этом случае вина лежит на плохом информировании наших пациентов при наложении протеза и плохой санитарно-просветительной пропаганде.

Принято проявлять онкологическую настороженность при всех хронических язвах СОПР. Эта разумная врачебная тактика преследует профилактические цели. Когда в полости рта обнаруживается хроническая декубитальная язва по краю протеза, следует произвести его коррекцию, освободив от давления область язвы. К этому прибегают тогда, когда нет показаний к замене протеза. Когда же протез впервые был наложен более 3 лет назад, пациенту следует запретить им пользоваться, а после исчезновения язвы вновь протезировать. Если в течение 10–15 дней не выявляется четких признаков заживления язвы, пациенту следует проконсультироваться у стоматолога-онколога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борк, К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, лечение : атлас и руководство / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хеде ; пер. с нем. Москва : Медицинская литература, 2011. 448 с.
2. Даурова, Ф. Ю. Заболевания слизистой оболочки рта : учеб. пособие для студ. стомат. ф-та / Ф. Ю. Даурова, Л. А. Кожевникова. Москва : РУДН, 2016. 113 с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкилейсона. Москва : МЕДпресс-информ, 2001. 320 с.
4. Лангле, Р. П. Атлас заболеваний полости рта / Р. П. Лангле, К. С. Миллер ; под ред. Л. А. Дмитриевой. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 230 с.
5. Луцкая, И. К. Заболевания слизистой оболочки полости рта / И. К. Луцкая. Москва : Медицинская литература, 2014. 288 с.
6. Терапевтическая стоматология : учеб. : в 3 ч. / под. ред. Г. М. Барера. 2-е изд. доп. и перераб. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Ч. 3 : Заболевания слизистой оболочки полости рта. 256 с.
7. Терапевтическая стоматология : учеб. для студентов мед. вузов / под ред. Е. В. Боровского. Москва : Медицинское информационное агентство, 2003. 840 с.
8. Laskaris, G. Pocket atlas of oral diseases / G. Laskaris. New York : Thieme Stuttgart, 2006. 370 p.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Общая характеристика протезного стоматита.....	5
Причины возникновения протезного стоматита	6
Классификация.....	9
Клиническая картина.....	11
Значение гигиены съемных протезов	12
Профилактика протезного стоматита	14
Средства и методы гигиены в профилактике протезного стоматита.....	14
Взаимодействие врача и пациента	18
Список использованной литературы	19

ИИ БГМУ

1034

ISBN 978-985-21-0335-0



9 789852 103350