

**ГИПЕРЕСТЕЗИИ ПОЛОСТИ РТА (ЭТИОЛОГИЯ,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)**

Величко Л.С., Ящиковский Н.В.

Кафедра ортопедической стоматологии БГМУ, Минск, РБ

Введение. С истории медицины известно, что гиперестезии полости рта существуют с незапамятных времен. Однако данных их происхождения долго не было. С развитием и совершенствованием научных исследований на сегодняшний день появился целый ряд данных, способствующие диагностике и лечению данного заболевания.

Цель работы. На основании изучения данных литературы и собственных исследований причины гиперестезий можно разделить в трех направлениях: гальваническое, аллергоосложненные и проявления заболеваний общего и местного характера с симптомом гиперестезии в полости рта.

Как правило, независимо от причины происхождения гиперестезии симптомы бывают, в основном, одинаковые, что в значительной мере усложняют диагностику и лечение патологии.

В связи с этим рекомендуется глубокое проведение дифференцированной диагностики патологий, имеющих подобные симптомы.

Материалы и методы. Проводимая нами дифференциальная диагностика включает тщательное обследование: сбор анамнеза, возникновение и развитие заболевания, оценку качества изготовленных протезов, потенциометрию металлических включений полости рта, аллергическое тестирование, измерение нижнего отдела лица, анализы результатов обследования пациентов с соматическими заболеваниями [2,10].

Гальваноз - заболевание, обусловленное гальванизмом полости рта, где слюна и тонкий слой слизистой оболочки обладают свойствами электролитов и приводят к возникновению электрического эффекта.

При наличии в полости рта разнородных металлов появляется разность потенциалов и начинается движение электронов в сторону выравнивания зарядов, возникает гальванизм полости рта [гальваноз], что может явиться причиной гиперестезии и развития гальваноза.[3,5]

Лечение. При составлении плана лечения учитывается наличие в полости рта протезов из разнородных сплавов. В этих случаях, один их протезов необходимо удалить и провести повторное исследование, а лучше

удалить все протезы и заменить новыми. Особое внимание необходимо уделять наличию припоев в паянных мостовидных протезах. Припой должен быть только в местах соприкосновения составных частей, лишнего припоя не должно быть, ибо он приводит к разнородности в протезе [8].

Профилактика. Профилактические действия врача в первую очередь должны быть направлены на снижение чувствительности слизистой оболочки полости рта и устранение раздражителей-полная санация полости рта и устранение факторов возникновения воспаления слизистой оболочки [4].

Важную роль играет качество изготовленных протезов [8].

Лучшими профилактическими факторами обладают: применение цельнолитых протезов, протезов, изготовленных и покрытых керамикой или нитридом титана.

В нашей республике хорошие результаты получены при покрытии металлических протезов нитрид титаном [3]. Нитрид титановое покрытие изолирует слизистую оболочку от развития гальванических процессов.

Аллергическая реакция характеризуется развитием повышенной реакции иммунной системы на молекулы материала, которые служат гаптеном при соединении с белками организма и вызывают развитие воспалительной реакции [3]. Их диагностика представляет большие трудности в связи с тем, что в полости рта одновременно могут находиться материалы зубных протезов, имеющих одинаковые проявления, которые могут быть и при других патологических состояниях организма. Для проведения дифференциальной диагностики необходимо иметь данные специальных методов исследования – лабораторного тестирования, которое проводится после тщательного сбора анамнеза.

Наиболее частым фактором, приводящим к появлению аллергических гиперестезий, являются зубопротезные материалы и не соблюдение правил изготовления из них протезов [8].

Основным этиологическим фактором аллергии является мономер. В норме остаточного мономера в пластмассовом протезе содержится 2%. Эта

норма для здорового пациента со здоровой слизистой оболочкой полости рта. При стоматитах, пародонтозе и других поражениях слизистой оболочки 2% норма может быть запредельной и вызывать гиперестезию. В связи с этим с целью профилактики должны быть излечены все патологические состояния полости рта. Кроме этого необходимо учитывать иммунное состояние организма и при необходимости его регулировать [6,9].

Лечение должно быть направлено на правильное содержание мономера путем строгого соблюдения правил изготовления протезов, при необходимости заменить протез новым. Провести оценку иммунологического статуса организма и при его нарушении отрегулировать. Учитывать, что основным этиологическим фактором аллергии в зубопротезировании является мономер и исключить его действие не представляется возможным, тогда протез заменяют на новый, изготовленный из акрилового полимера [полиметилметакрилат], предназначенного для производства зубных протезов методом инъекционного литья. Материал имеет широкое применение, он может использоваться для производства различных конструкций протезов методом литья под давлением. В этом материале нет мономера и исключается реакция полимеризации при изготовлении протеза. Кроме этого материал имеет ряд физико-технических преимуществ в сравнении с обычной пластмассой.

Гиперестезия не связана с зубным протезированием.

Причина гиперестезии может быть связана не только с протезированием зубов, но и при других нарушениях в полости рта и организма в целом у пациентов с соматическими заболеваниями. При объективном обследовании таких пациентов можно отметить отсутствие хорошей гигиены полости рта, пародонтиты, гингивиты, эрозии слизистой оболочки полости рта и другие поражения. Причиной гиперестезии могут быть также и общие заболевания: ахилические гастриты, заболевания печени, актиномикоз, климакс у женщин, остеохондроз шейного отдела позвоночника [1]. При наличии у пациентов данных обследования с перечисленными поражениями их направляют на

консультацию и лечение к соответствующим специалистам. По окончании курса лечения с положительными результатами оказывается ортопедическая помощь в соответствии с показаниями. Для врача-ортопеда особое внимание заслуживает гиперестезия языка при укорочении высоты нижнего отдела лица, которое наблюдается при стирании зубов, ошибочном снижении высоты при определении центральной окклюзии на этапах протезирования и другие. В норме в положении центральной окклюзии суставная головка нижней челюсти находится на скате суставного бугорка у его основания. При снижении высоты нижнего отдела лица суставная головка перемещается кверху и кзади, достигая того участка, где проходит барабанная струна, веточки которой иннервируют язык. При смещении головка оказывает давление на барабанную струну, что приводит к вышеперечисленной симптоматике гиперестезии. Для диагностики и лечения необходимо снять давление головки на барабанную струну, поставив ее в положение центральной окклюзии. Этого легко добиться применением временной пластмассовой каппы. В заключении следует нормализовать высоту нижнего отдела лица постоянным протезом соответствующей конструкции.

Литература:

1. Величко Л.С., Ящиковский Н.В. Профилактика и лечение пациентов с непереносимостью металлических протезов // Современная стоматология. – 2011. - № 1. – с.15-17.
2. Величко Л.С., Ящиковский Н.В. Дифференциальная диагностика, профилактика и лечение гиперестезий полости рта // Современная стоматология. – 2012. - № 1. – с.34-36.
3. Величко Л.С., Ящиковский Н.В. Заболевания, обусловленные материалами зубопротезирования // Международный журнал . – 2010. - № 2. - с.38-43.
4. Гожая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии : монография. – М., 1988. – 157 с.

5. Лебедев К.А., Журули Н.В. и др. // Причины непереносимости стоматологических материалов // Стоматология для всех. – 2007. - № 2. – с.18-23.

6. Наумович С.А., Мойсейчик П.Н., Коцюра Ю.И. Аллергические реакции в ортопедической стоматологии (прогнозирование, диагностика и профилактика) : учеб.-метод. пособие. – Мн. 2006. – 22 с.

7. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – М. : Медицина. 1982. – 154 с.

8. Ящиковский Н.В., Величко Л.С. Влияние технологических факторов на коррозионно-электрические явления на поверхности стоматологических сплавов // Современная стоматология. – 2007. - № 2. – с.67-70.

9. Axell T., Nilner K.T., Nillson B. // Swed. Dent. J. – 1983. - № 7. – p. 169-180.

10. Muller A.W.J., Van Loon L.A.J., Davidson C.L. // J. Oral Rehabilitation. – 1990. – V.17. – P.419-424.