

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

**ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА
КОРЕКЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ТКАНИН
ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА І ПОЛЯ В ПЕРІОД
АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ**

(методичні рекомендації)

Київ – 2011

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ -
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

"УЗГОДЖЕНО"
Директор Департаменту лікувально-
профілактичної допомоги МОЗ України
М.К.ХОБЗЕЙ
» травня 2011 року

**ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА
КОРЕКЦІЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ТКАНИН
ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА І ПОЛЯ В ПЕРІОД
АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ**

(методичні рекомендації)

Київ – 2011

Установа-розробник:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
МОЗ України

Укладачі:

д.мед.н., професор ПАВЛЕНКО О.В.	(044)572-84-33
д.мед.н., професор БІДА В.І.	(044)482-08-40
к.мед.н., доцент ДОРОШЕНКО О.М.	(044)482-08-40
к.мед.н., доцент ВОЛОСОВЕЦЬ Т.М.	(044)482-08-52
к.мед.н., асистент ПАВЛЕНКО М.О.	(044)482-08-52
к.мед.н., асистент БІДА О.В.	(044)482-08-52

Рецензент:

А.В. Борисенко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України

Голова Проблемної комісії «Стоматологія»:

К.М.Косенко – член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор

ЗМІСТ

ВСТУП	5
ОСНОВНА ЧАСТИНА	
1. Механізм виникнення патологічних змін слизової оболонки тканин протезного ложа і поля в період адаптації до знімних протезів	6
2. Профілактика та комплексне лікування патологічних змін тканин протезного ложа і поля в період адаптації до знімних протезів	9
ВИСНОВКИ	20
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	21

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

- СОПР – слизова оболонка порожнини рота
ІІ-1 – інтерлейкін 1
ІІ-8 – інтерлейкін 8
ФНП – фактор некроза пухлин
ФМС – фізіологічна мікробна система

ВСТУП

Як показали численні клінічні та експериментальні дослідження, знімні пластинкові протези, щільно прилягаючи до слизової оболонки протезного ложа, є неадекватними її подразниками. Слизова оболонка піддається дії механічного подразнення, жувального тиску. Крім того, на неї несприятливо впливають хімічні інгредієнти, що входять до складу пластмас, із яких виготовлений базис протезу.

Неможливість безперервного зрошення слиною протезного ложа, накопичення під базисом протезу залишків їжі та злушеного епітелію, наявність оптимальної температури та вологості є сприятливими факторами для розвитку патогенної мікрофлори та, як наслідок, відповідної реакції слизової оболонки у вигляді запалення, що, в свою чергу, призводить до порушення процесів адаптації до них.

Отже, огляд проблем біологічних ризиків ортопедичного лікування знімними конструкціями зубних протезів вказує на провідну роль у виникненні запалення хімічних, фізичних, термічних факторів та стану біоценозу ротової порожнини.

Як наслідок негативної дії знімних протезів є порушення капілярного кровообігу слизової оболонки ротової порожнини, факторів гемокоагуляції слини, виникають підвищене слиновиділення та зниження активності місцевого імунітету.

Усі вищепераховані фактори мають негативний вплив на тканини ротової порожнини і, в першу чергу, на слизову оболонку протезного ложа, викликаючи запалення, травми, підсилення атрофічних процесів, що робить неможливим для хворих користування протезами. Важливу роль у розвитку патологічних змін в тканинах протезного ложа відіграють якість виготовлення протезів, індивідуальні характеристики протезоносіїв, наявність у них загальносоматичної патології, стану імунної системи та ін.

Удосконалення технології виготовлення знімних зубних протезів суттєво сприяло розв'язанню проблеми прискорення адаптації до них, але повністю її не вирішило. З огляду на вищесказане, поруч з удосконаленням методик виготовлення ортопедичних конструкцій, виникає необхідність у використанні комплексу заходів, спрямованих на профілактику та лікування ускладнень, покращення фіксації та стабілізації протезів шляхом використання медикаментозних засобів місцевого та загального призначення. На підставі власних наукових досліджень запропонований новий спосіб профілактики і лікування патологічних змін тканин протезного ложа і поля в період адаптації до знімних протезів із застосуванням різних медикаментозних препаратів.

Методичні рекомендації розраховані на лікарів: стоматологів-ортопедів і стоматологів-терапевтів.

В Україні методичні рекомендації видаються вперше.

МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА І ПОЛЯ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Однією з найпоширеніших проблем при ортопедичному лікуванні частковими та повними пластинковими знімними протезами, базис яких виготовлений із акрилових пластмас, є виникнення патологічних змін в тканинах протезного ложа. На думку багатьох авторів, користування знімними протезами призводить до виникнення протезних стоматитів.

При дослідженні причин виникнення протезних стоматитів більшість авторів вказують на комплекс дії різних факторів. Протез може бути механічним, токсико-хімічним, біологічним, психологічним, алергічним подразником.

У виникненні протезних стоматитів велике значення має механічна структура та хімічний склад протезу, відповідність його формі протезного ложа, стан загальної та місцевої резистентності організму, швидкість саливації, мікробний пейзаж ротової порожнини, здатність слизової оболонки порожнини рота до регенерації.

Одним із патогенетичних факторів виникнення запальних процесів протезного ложа є матеріал, із якого виготовлений знімний протез. Токсична дія акрилових пластмас, із яких виготовлені базиси протезів, обумовлена впливом залишкового мономеру на тканини слизової оболонки порожнини рота та організму в цілому. До того ж, при довготривалому користуванні знімними пластинковими протезами ферментна система, слина, мікрофлора порожнини рота викликають, за рахунок хімічних реакцій, біодеструкцію пластмаси та виділення вільного мономеру, який може стати причиною запальних процесів на СОПР.

Біохімічне дослідження гомогенату тканин ясен показало, що постійне надходження до організму токсичних речовин знижує активність каталази, збільшує концентрацію малонового діальдегіду, підвищує активність катехоламінів та еластази, що стимулює розвиток запального процесу.

Утворення продуктів катаболізму ліпідів та інших коротколанцюгових з'єднань під дією акрилових пластмас призводить до виникнення запального процесу СОПР та порушення функції імунної системи.

Однією із причин виникнення запально-деструктивних змін в тканинах протезного ложа є механічна травма, яка, порушуючи цілісність слизової оболонки порожнини рота, сприяє підсиленому розвитку бактеріальної флори, яка потрапляє із внутрішнього шару базису протеза, викликаючи запальні процеси в слизовій оболонці протезного поля.

У зв'язку з тим, що теплопровідність пластмас незначна, під базисом протеза створюються умови, які стимулюють розвиток мікрофлори. Наявність залишків їжі під базисом протеза, постійна вологість, оптимальні значення рН і температури створюють сприятливі умови для адгезії, колонізації та розмноження патогенних штамів.

Жувальний тиск базису протеза, який передається на слизову оболонку протезного ложа, являється сильним подразником, який порушує капілярний кровообіг. Порушення кровообігу та дія надлишкового мономера на слизову оболонку протезного ложа сприяють порушенню бар'єрної функції епітелію і, як наслідок, в слизовій оболонці виникає запальний процес.

У розвитку запальних процесів СОПР у осіб, що користуються знімними пластинковими протезами, значну роль відіграє мікрофлора ротової порожнини. У здорових людей кількісний та якісний склад мікрофлори ротової порожнини досить стабільний. Вона утворює так звану фізіологічну мікробну систему (ФМС) яка в значній мірі визначає резистентність СОПР до патогенних факторів.

За даними досліджень останніх років, у більшості хворих, які потребують зубного протезування, спостерігається дисбактеріоз ротової порожнини, причинами якого можуть бути гіпосаливація, зниження орального та системного імунітету, неконтрольований прийом лікарських препаратів (антисептиків, антибіотиків), різного роду інтоксикації та ін.

Залишки їжі, злуцений епітелій, що накопичуються під знімним протезом, під дією несприятливих факторів екзогенного та ендогенного походження, призводять до зміни кількісного та якісного складу мікрофлори ротової порожнини та виникненню дисбіозу ротової порожнини. Порушення мікробного біоценозу є одним із основних факторів виникнення запальних процесів слизової оболонки порожнини рота, в тому числі і протезних стоматитів.

Зниження резистентності СОПР внаслідок механічної, токсичної, алергічної дії знімних пластинкових протезів виникає посилення дисбактеріозу в ротовій порожнині.

Необхідно враховувати, що наявність дисбіозу ротової порожнини у осіб, які підлягають ортопедичному лікуванню, приводить до підсилення негативної дії протеза на тканини протезного ложа та викликає передумови для виникнення ускладнень, а саме: запальних процесів слизової оболонки ротової порожнини.

Бактеріальне обсіменіння протеза значно зростає при хронічних запальних процесах СОПР (травма, пародонтит, стоматит, діабет та ін.).

На сьогоднішній день безперечно доведено, що мікрофлора, яка знаходиться на протезах та СОПР, діє негативно не тільки місцево, але і на організм в цілому.

Бактеріальні токсини сприяють розвитку запального процесу слизової оболонки, під їх дією зменшується стійкість тканинних структур до механічних подразників. Бактеріальні антигени стимулюють систему компліменту, ініціюють утворення біологічно активних медіаторів. При цьому підвищується фагоцитоз, хемотаксис нейтрофілів, імуноадгезія, судинна проникність. У зв'язку з цим фізіологічні функції СОПР різко погіршуються, що призводить до виникнення аутоінфекції.

Постійна присутність мікроорганізмів на та під протезом може викликати сенсibiliзацію та зниження імунологічної реактивності організму. Порушуючи мікробний баланс у ротовій порожнині, знімні пластинкові протези підлягають дії патогенних мікроорганізмів та їх ферментів, завдяки чому змінюються властивості акрилових пластмас, що веде до їх руйнування. Вивільнені під час деструкції протеза токсичні речовини справляють негативну дію не тільки на СОПР, але і на весь організм.

Останнім часом значна увага дослідників спрямована на вивчення імунної відповіді організму на дію знімних протезів в порожнині рота. З'явилися наукові праці, які підтверджують одну з ключових ролей цитокінів в регуляції імунної відповіді як в нормі, так і при патологічних процесах.

Лімфоцити продукують цитокіни, частина з яких підтримує запальний процес (інтерлейкін 1, інтерлейкін 8, фактор некрозу пухлин). Загальновизначеними медіаторами гострого запального процесу є ІЛ-1 та ФНП. При запаленні послідовно виробляються цитокіни ФНП-а, ІЛ-1, ІЛ-6. В подальшому ІЛ-6 пригнічує секрецію ФНП-β і ІЛ-1 та активує гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему. В цьому аспекті його можна розглядати як прозапальний, так і протизапальний цитокін.

У реалізації запального процесу особливе значення мають прозапальні цитокіни ІЛ-1β та ФНП-а, як фактор міжклітинної взаємодії в імунній відповіді. Вони регулюють всі послідовні етапи розвитку запалення та адекватну відповідь на дію етіологічного фактора і відіграють головну роль у регуляції направленої дії макрофагів. Вони активують Т і В-лімфоцити, забезпечують хемотаксис лейкоцитів до місця ураження, стимулюють утворення С-реактивних білків ранньої фази запалення, активують експресію інших цитокінів (ІЛ-6, -8) активують макрофаги, регулюють проліферацію фібробластів та утворення колагену, беруть активну участь у процесах ангиогенезу та ремоделювання. Активовані цитокінами ІЛ-8 разом з ними бере участь у хемотаксисі нейтрофілів, хоча головна його функція – це регуляція репарації та ангиогенез.

У початкових фазах запалення відбувається активація клітин, підвищена експресія прозапальних цитокінів. Але, якщо ступінь активації перестає бути адекватним, захисний початковий механізм перетворюється в патологічний, що приводить до масивних ушкоджень клітин і тканин організму.

Високий рівень ІЛ-1, ФНП та ІЛ-8 – це індикатор хронізації запального процесу. Вивчення їх рівня у вогнищі ураження та сироватці крові допоможе з'ясувати характер перебігу запального процесу та можливі механізми дії протизапальних лікарських засобів.

Як показали дослідження багатьох авторів та наші власні дослідження, ортопедичне лікування та користування зубними протезами в ранні терміни звикання до них викликає високе психоемоційне напруження у пацієнтів, що може бути передумовою для розвитку патологічних станів в організмі та, зокрема, в ротовій порожнині.

Підготовка пацієнта до протезування, саме протезування та рання адаптація до зубних протезів, особливо знімних, можуть сприяти розвитку різноманітних психогенних реакцій та патопсихологічних станів, які ще недостатньо вивчені в ортопедичній стоматології.

З огляду на вищевикладене, виникає необхідність у використанні комплексу лікувальних засобів загального та місцевого призначення, спрямованих на профілактику і лікування ускладнень та прискорення термінів адаптації до знімних протезів.

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА І ПОЛЯ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Хворі, які брали участь в нашому дослідженні, раніше знімними конструкціями зубних протезів не користувалися. Метою їх візиту до стоматолога-ортопеда було виготовлення часткових та повних знімних протезів. Нами обстежено та проведено лікування 60 хворих із частковими та повними дефектами зубних рядів. Серед пацієнтів було 34 жінки і 26 чоловіків віком від 40 до 65 років. Виготовлено 44 часткових знімних пластинкових та 22 повних знімних пластинкових протезів із акрилової пластмаси «Фторакс».

Для діагностики ефективності проведеної медикаментозної корекції використовували клінічні, функціональні та лабораторні методи дослідження.

В залежності від методу медикаментозного лікування та майбутньої конструкції протезу пацієнти були розділені на 3 групи. До першої групи увійшли 20 осіб, яким виготовляли часткові і повні знімні протези, яким під час адаптації до знімних протезів не було застосовано ніякої медикаментозної корекції. До другої групи увійшло 20 хворих із частковими дефектами зубних рядів,

яким виготовляли часткові знімні протези і одразу ж перед початком користування ними, з метою профілактики виникнення патологічних змін слизової оболонки протезного ложа і поля, рекомендували наносити тонким шаром гель «Пантестин» на базис протеза, як препарат, який створює буферну зону між протезом і слизовою оболонкою, стабілізує стан мікроциркуляторного русла, підвищуючий репаративні властивості слизової оболонки порожнини рота та прискорює процеси адаптації до протезів. Гель «Пантестин» являє собою комбінацію антисептика мірамистину та похідної форми пантотенової кислоти – Д-пантенолу. Гель «Пантестин» має виражену протизапальну, протимікробну, знеболюючу дію, виявляє осмотичну та дегідратаційну активність, виявляє мембраностабілізуючу дію. Наведені властивості препарату забезпечують виражену протизапальну та ранозаживляючу дію на запальний процес різного генезу: мікробний, термічний, механічний, хімічний, фізичний та запобігають виникненню запальних змін у тканинах протезного ложа.

Компоненти гелю при місцевому застосуванні легко проникають у всі шари слизової оболонки, адсорбуються в запальних та виразково-некротичних ділянках. Гель не токсичний, не виявляє подразнюючої дії.

Одним із найбільш негативних моментів застосування знімних протезів із синтетичних полімерних матеріалів можуть бути явища інтоксикації, які виникають внаслідок наявності в них залишкового мономера, що за даними різних авторів становить від 1 до 9%. Тому при ортопедичному лікуванні даної групи хворих ми використали препарат, дія якого спрямована на нейтралізацію або ослаблення токсичної дії залишкового мономера – препарат сорбційно-дестоксикаційної дії «Силікс» на основі непористого аморфного високодисперсного кремнезему, який виявляє високі адсорбційні властивості стосовно білків, екзо- та ендотоксинів та мікроорганізмів. Величина зв'язування мікроорганізмів становить до 3 млрд мікробних тіл на 1 г сорбенту. Висока сорбційна ефективність «Силіксу» пояснюється склеюванням мікроорганізмів частками сорбенту. В травному каналі «Силікс» не перетравлюється, не всмоктується, не подразнює слизову оболонку кишківника. Після застосування «Силікс» звільняє її від токсинів, гальмує їх всмоктування. При застосуванні препарату, при тривалому введенні внутрішньо терапевтичної дози високодисперсного кремнезему, на відміну від інших сорбентів, не спостерігається девітамінізуючий ефект. Препарат приймають у вигляді водної зависі за 20–30 хв. до прийому їжі 3–4 рази на добу протягом 1 місяця від початку користування знімним протезом.

Як відомо із літературних джерел, у більшості хворих, які потребують ортопедичного лікування знімними конструкціями зубних протезів, спостерігаються явища дисбактеріозу ротової порожнини. Як наслідок, зменшується синтез вітамінів групи В і К та утворення летючих жирних кислот, які забезпе-

чують енергетику епітелію слизових оболонок, що сприяє стимуляції імунітету та посиленню явищ дисбактеріозу. Тактика боротьби з інфекцією та тлі дисбактеріозу може будуватися за рахунок підсилення захисних сил макроорганізму.

Як оригінальний засіб для підвищення резистентності організму та профілактики патологічних змін в слизовій оболонці ротової порожнини при стресових ситуаціях хворим рекомендується приймати вітамінно-мінеральний комплекс «Вітакап» протягом 1 місяця від початку користування знімними протезами по 1 капсулі один раз на добу.

Фармакологічна дія препарату обумовлена властивостями його складових частин. Вітаміни групи В (В1, В2, В6) регулюють значну кількість біохімічних процесів, беручи активну участь в метаболізмі білків, жирів та вуглеводів. Вітамін В2 – рибофлавін – являється каталізатором тканинного обміну, відіграючи важливу роль в утворенні ДНК, стимулює процеси регенерації тканин. Вітамін В6 (піридоксин) бере участь у метаболізмі амінокислот та білків, синтезі нейромедіаторів. Вітамін Е має виражену антиоксидантну дію, бере активну участь у синтезі колагену та еластичних волокон. Нікатінамід виявляє ранозаживляючу дію при виразках різного генезу та локалізації. Вітамін С регулює окисно-відновні процеси, забезпечує синтез колагену, має протизапальну та ранозаживляючу дію. Кальцію пантотенат стимулює утворення кортикостероїдів. Як складова частина коферменту А забезпечує процеси ацетилювання, оптимізує енергетичне забезпечення тканин, покращує процеси регенерації. Залізо забезпечує еритропоез та доступ кисню в тканини, без чого неможлива їх регенерація. Цинк бере участь у синтезі нуклеїнових кислот та гормонів, підвищує регенерацію тканин. Марганець та мідь беруть участь у тканинному диханні, формуванні кісткової тканини та регуляції імунних реакцій. Мідь, кобальт і хром стимулюють тканинне дихання, кровотворення, підсилюють імунні реакції та регенерацію тканин. Однією із складових препарату є Д-пантенол, який є попередником пантотенової кислоти. Пантотенова кислота – водорозчинний вітамін, складова частина коферменту А, який у вигляді коферменту ацетил – КоА бере участь у клітинному метаболізмі. Вона необхідна для формування, регенерації шкіри та слизових оболонок. Препарат має стреспротекторну дію, підвищує витривалість та працездатність організму.

При наявності виразково-некротичних уражень слизової оболонки ротової порожнини лікування починають із рясних зрошень та знеболення вогнища ураження. З цієї метою використовували 0,1% водний розчин мефенаміна натрієвої солі у вигляді аплікацій, рясних зрошень або ванночок ротової порожнини на 10–15 хвилин. Потім проводять ретельну механічну обробку виразкових поверхонь і при необхідності – корекцію протезу. При наявності значних уражень для очищення виразкової поверхні від некротичних шлівок застосовують розчини протеолітичних ферментів (трипсин, хімотрипсин), які

наклали на виразки на 10–15 хв., потім проводять ретельну механічну обробку виразкових поверхонь при постійному рясному зрошенні порожнини рота розчином мефенаміна натрієвої солі.

На заключному етапі ділянки ураження просушують стерильними ватними кульками або марлевими серветками. На висушену таким чином ушкоджену поверхню скляними лопатками, шпателем або за допомогою ватних тампонів чи серветок наносять гель «Пантестин» 1–3 рази на добу. При наявності декубітальних виразок під базисом знімного протезу, після корекції останнього, необхідну кількість гелю «Пантестин» рівномірно наносять на поверхню попередньо очищеного і просушеного протезу. Протез вводять до ротової порожнини і щільно притискають до щелепи. Лікування проводять до повного вщухання запального процесу та загоєння виразкових поверхонь.

У третій групі хворих (20 пацієнтів) із незадовільними анатомо-топографічними умовами в порожнині рота (різка та нерівномірна атрофія альвеолярного відростка, нерівномірна податливість слизової оболонки), яким виготовлялися повні знімні пластинкові протези, одразу ж перед початком користування ортопедичними конструкціями рекомендували наносити на базис протеза для прискорення адаптації гель «Комфорт», створений на основі мірамістину та декспантенолу із вмістом натрій-карбоксиметилцелюлози та інших допоміжних речовин, що дає можливість одержання композиції із широкою фармакологічною активністю, яка може бути рекомендована до тривалого застосування без ризику виникнення алергічних реакцій.

Важливою проблемою для даної групи хворих є труднощі у досягненні задовільного функціонування протезів. Гель, крім протизапальних, містить адгезивні речовини, які сприяють покращенню фіксації і стабілізації протезів у порожнині рота. Після зняття протеза залишки препарату змивають водою. Внутрішньо хворі даної групи приймали вітамінно-мінеральний препарат «Вітакап» та «Силікс» за раніше описаною схемою.

Клінічну оцінку стану протезного ложа визначали через 5,15 та 30 діб за наступними критеріями:

- відмінно – слизова оболонка протезного ложа без запальних проявів;
- добре – при незначних ділянках гіперемії;
- задовільно – у разі гіперемії, що розповсюджена на 1/3 протезного поля;
- незадовільно – коли ½ чи більше протезного поля змінено у кольорі чи хворий не користувався протезом.

Одним із показників адаптації до знімних пластинкових протезів може бути кількість проведених корекцій, які визначали за наступною шкалою: відмінна адаптація – при відсутності корекцій; добра – при одній корекції; задовільна – при 2–3-х корекціях; незадовільна – більше 3-х корекцій.

Оцінка стану протезного ложа у пацієнтів 3-х груп представлена в табл. 1.

Стан протезного ложа у пацієнтів досліджуваних груп у різні терміни адаптації до знімних протезів

Критерії оцінки стану протезного ложа	Кількість пацієнтів (n=60)								
	Група № 1			Група № 2			Група № 3		
	Через 5 діб	Через 15 діб	Через 30 діб	Через 5 діб	Через 15 діб	Через 30 діб	Через 5 діб	Через 15 діб	Через 30 діб
Відмінний	5 (25 %)	7 (35 %)	6 (30 %)	8 (40 %)	14 (70 %)	17 (85 %)	15 (75 %)	15 (75 %)	16 (80 %)
Добрий	4 (20 %)	5 (25 %)	8 (40 %)	6 (30 %)	5 (25 %)	3 (15 %)	5 (25 %)	3 (15 %)	3 (15 %)
Задовільний	5 (25 %)	4 (20 %)	4 (20 %)	4 (20 %)	1 (5 %)	-	-	2 (10 %)	1 (5 %)
Незадовільний	6 (30 %)	4 (20 %)	2 (10 %)	2 (10 %)	-	-	-	-	-
Всього	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)

З даної таблиці видно, що найбільш позитивна оцінка стану протезного ложа спостерігалася у хворих другої та третьої груп, яким призначали медикаментозну терапію.

Найгірші показники виявилися у хворих першої групи, яким не призначали медикаментозних засобів корекції.

Аналогічні закономірності виявилися і у кількості корекцій, які знадобилися пацієнтам для адаптації до знімних протезів (табл. 2).

Кількість корекцій знімних протезів у залежності від групи спостереження

Кількість корекцій знімних протезів	Кількість пацієнтів (n=60)		
	Група № 1	Група № 2	Група № 3
Корекції відсутні	2(10,0 %)	12 (60,0 %)	7 (35,0 %)
1 корекція	4 (20,0 %)	6 (30,0 %)	8 (40,0 %)
2–3 корекції	9(45,0 %)	2 (10,0 %)	3 (15,0 %)
Більше 3-х корекцій	5 (25,0 %)	-	2 (10,0 %)
Всього	20 (100 %)	20 (100 %)	20 (100 %)

Середні величини електроміографічних показників у хворих у різні терміни спостереження під час ортопедичного лікування повними знімними протезами із використанням різних методів

медикаментозної корекції

Досліджувані показники	Жувальний м'яз	Контроль (інтактні зубні ряди) (n=15)	Без медикаментозної корекції (n=20)				«Пантестин»-Дарниця + «Силікс» + «Вітакап» (n=20)				«Комфорт»+ «Силікс» + «Вітакап» (n=20)			
			До протезування		Через 30 днів		До протезування		Через 30 днів		До протезування		Через 30 днів	
			Правий	Лівий	Правий	Лівий	Правий	Лівий	Правий	Лівий	Правий	Лівий	Правий	Лівий
Середня амплітуда стиснення (мкВ)	Правий	625±13,86	155±7,43	396±4,60	150±5,43	449±4,60	148±4,12	490±4,89	148±4,12	490±4,89	148±4,12	490±4,89		
	Лівий	698±34,50	150±4,65	403±2,50	143±2,85	438±2,50	152±2,70	485±6,54	152±2,70	485±6,54	152±2,70	485±6,54		
Середня амплітуда жування (мкВ)	Правий	814±29,70	208±4,41	410±5,20	201±3,41	490±4,23	213±4,61	520±4,50	213±4,61	520±4,50	213±4,61	520±4,50		
	Лівий	803±32,10	212±5,32	498±3,43	208±5,32	478±7,8	222±3,50	534±8,87	222±3,50	534±8,87	222±3,50	534±8,87		
Тривалість фази активності (мсек.)	Правий	306±15,70	606±12,50	495±1,28	602±14,30	465±5,9	606±12,50	415±10,3	606±12,50	415±10,3	606±12,50	415±10,3		
	Лівий	310±14,65	587±10,15	487±3,03	607±10,30	481±5,21	587±10,15	418±15,2	587±10,15	418±15,2	587±10,15	418±15,2		
Тривалість фази спокою (мсек.)	Правий	300±12,70	210±12,50	259±1,22	212±10,50	267±5,6	208±12,50	290±9,21	208±12,50	290±9,21	208±12,50	290±9,21		
	Лівий	298±15,24	218±12,45	246±2,08	197±12,30	258±5,21	198±12,45	292±10,3	198±12,45	292±10,3	198±12,45	292±10,3		
«К»	Правий	1,02±0,05	2,89±0,03	1,9±1,01	2,84±1,51	1,86±0,19	2,91±5,21	1,43±0,15	2,91±5,21	1,43±0,15	2,91±5,21	1,43±0,15		
	Лівий	1,04±0,11	2,6±0,29	1,98±0,7	3,08±0,8	1,74±0,21	2,96±0,16	1,43±0,04	2,96±0,16	1,43±0,04	2,96±0,16	1,43±0,04		

Як показали наші дослідження, найбільшу кількість корекцій потребували пацієнти з першої групи, де не використовувалися засоби медикаментозної корекції, а значно меншу кількість – пацієнти другої і третьої груп.

Проведені електроміографічні дослідження показали, що у хворих із частковими і повними дефектами зубних рядів відбуваються виражені функціональні зміни у діяльності жувальних м'язів, які полягають у значному зниженні активності середньої амплітуди їх біопотенціалів як при пробі стиснення, так і при проведенні проби довільного жування. На тлі зниження амплітуди біопотенціалів м'язів спостерігалось різке зниження чіткості електроміографічних записів, відсутність чіткого чергування фаз активності і спокою, що підтверджувалося даними коефіцієнта К. Під впливом ортопедичного лікування знімними протезами відбуваються суттєві зміни показників біоелектричної активності жувальних м'язів. Застосування адаптогенів прискорює процеси звикання до знімних протезів, особливо це стосується групи хворих, де в якості профілактично-лікувального засобу був призначений гель «Комфорт», препарати «Силікс» та «Вітакап», що підтверджується даними електроміографії (табл. 3).

Таким чином, проведені дослідження дозволили запропонувати наступні схеми для профілактики та лікування запально-деструктивних змін у тканинах протезного ложа:

I. Рекомендована схема профілактики патологічних змін слизової оболонки тканин протезного ложа і поля у осіб, яким планується виготовлення часткових знімних протезів:

Компонент	Мета призначення	Механізм дії	Спосіб застосування
1. «Пантестин» – Дарниця	Забезпечення буферної зони між протезом і слизовою оболонкою. Профілактика запального процесу слизової оболонки протезного ложа. Прискорення процесу адаптації до знімного протеза	Протизапальна, анальгезуюча, протимікробна, протигрибкова дія	Перед початком і під час користування знімним протезом гель наноситься на очищену та суху поверхню протеза перед його введенням до ротової порожнини 1–2 рази на добу. Після зняття протеза залишки пре-

Компонент	Мета призначення	Механізм дії	Спосіб застосування
			парату змивають водою.
2. «Силікс»	Забезпечення детоксикаційного ефекту	Сорбційна дія зв'язує та виводить із організму токсини екзогенного та ендogenous походження, бактеріальні алергени, мікробні ендотоксини, токсичні речовини	Застосовується внутрішньо у вигляді водної суспензії за 10–30 хв. до прийому їжі. Добова доза препарату – 12 г. Застосовується у 3 прийоми
3. «Вітакап»	Підвищення імунологічної реактивності організму, профілактика запальних змін слизової оболонки протезного ложа. Зменшення стресогенної ситуації	Регулює метаболізм білків, жирів, вуглеводів, каталізує процеси клітинного дихання, відіграє важливу роль в утворенні ДНК. Стимулює процеси регенерації тканин, має стресопротекторну дію	Всередину по 1 капсулі на добу під час сніданку, починаючи за 1 тиждень до протезування та 2–3 тижні від початку протезування.
4. Гексетидин	Дезинфекція та очищення протезів	Знищення патогенної мікрофлори	Зрошення протеза 2–3 рази на тиждень
5. 2 % содовий розчин	Очищення протеза	Нейтралізація кислотоутворення	Занурення протеза в розчин на 2 год. в день протягом усього періоду використання

II. Рекомендована схема профілактики патологічних змін слизової оболонки протезного ложа і поля у осіб, яким планується виготовлення повних знімних протезів при незадовільних анатомічних умовах ротової порожнини:

Компонент	Мета призначення	Механізм дії	Спосіб застосування
1. Гель «Комфорт»	Створення буферної зони між протезом і слизовою оболонкою. Підвищення фіксації і стабілізації протеза. Профілактика запальних змін слизової оболонки протезного ложа. Прискорення процесу адаптації до знімного протеза	Протизапальна, анальгезуюча, протимікробна, та адгезивна дія	Перед початком і під час користування знімним протезом гель «Комфорт» наноситься на очищену та суху поверхню протеза перед його введенням до ротової порожнини 1–2 рази на добу. Після зняття протеза залишки препарату змивають водою.
2. «Силікс»	Забезпечення детоксикаційного ефекту	Зв'язує та виводить із організму ендотоксини різного походження	Всередину водна суспензія до 12 г на добу у 3 прийоми
3. «Вітакап»	Підвищення імунологічної реактивності організму, профілактика запальних змін слизової оболонки протезного ложа. Зменшення стресогенної ситуації	Регулює метаболізм білків, жирів, вуглеводів, каталізує процеси клітинного дихання, відіграє важливу роль в утворенні ДНК. Стимулює процеси регенерації тканин, має стресопротекторну дію	Всередину по 1 капсулі на добу під час сніданку, починаючи за 1 тиждень до протезування та 2–3 тижні від початку протезування
4. Гексетидин	Дезинфекція та очищення протезів	Знищення патогенної мікрофлори	Зрошення протеза 2–3 рази на тиждень

Компонент	Мета призначення	Механізм дії	Спосіб застосування
5. 2 % розчин натрію гідрокарбонату	Очищення протеза	Нейтралізація кислотоутворення	Занурення протеза в розчин на 2 год в день протягом усього періоду використання

III. Рекомендована схема лікування патологічних змін слизової оболонки ротової порожнини у осіб, яким виготовлені знімні конструкції зубних протезів:

Компонент	Мета призначення	Механізм дії	Спосіб застосування
1. Корекція протеза (за необхідністю)	Усунення травми слизової оболонки протезного ложа	Ліквідація запального процесу	
2. Фурацилін	Антисептична обробка ротової порожнини	Протимікробна дія	Рясні зрошення ротової порожнини, ротові ванночки
3. 0,1 % р-н мефенаміна натрієвої солі	Знеболення вогнища ураження	Проти запальна, знеболююча дія	Аплікації, рясні зрошення, ротові ванночки
4. Застосування протеолітичних ферментів: трипсину, хімотрипсину	Очищення ураженої поверхні від некротичних плівок, нальотів	Некролітична дія	1 мг ферменту розчиняється в 1 мл 0,25 % р-ну новокаїну. Розчин у вигляді аплікацій наносять на виразкові поверхні на 10–15 хв.
5. Гель «Пантестин» – Дарниця	Забезпечення буферної зони між протезом і слизовою оболонкою. Профілактика запального процесу слизової оболонки протезного ложа. Приско-	Проти запальна, анальгезуюча, протимікробна, протигрибкова дія	Перед початком і під час користування знімним протезом гель наноситься на очищену та суху поверхню протеза перед його

Компонент	Мета призначення	Механізм дії	Спосіб застосування
	рення процесу адаптації до знімного протезу		введенням до ротової порожнини 1–2 рази на добу. Після зняття протеза залишки препарату змивають водою.
6. «Силікс»	Забезпечення детоксикаційного ефекту	Препарат сорбційної дії. Зв'язує та виводить із організму токсичні екзогенного та ендогенного походження, бактеріальні алергени, мікробні ендотоксини, токсичні речовини	Застосовується внутрішньо у вигляді водної суспензії за 10–30 хв до прийому їжі. Добова доза препарату – 12 г. Застосовується у 3 прийоми
7. «Вітакап»	Підвищення імунологічної реактивності організму, профілактика запальних змін слизової оболонки протезного ложа. Зменшення стресогенної ситуації	Регулює метаболізм білків, жирів, вуглеводів, каталізує процеси клітинного дихання, відіграє важливу роль в утворенні ДНК. Стимулює процеси регенерації тканин, має стрес протекторну дію	Всередину по 1 капсулі на добу під час сніданку, починаючи за 1 тиждень до протезування та 2–3 тижні від початку протезування.
8. Гексетидин	Дезинфекція та очищення протезів	Знищення патогенної мікрофлори	Зрошення протеза 2–3 рази на тиждень
9. 2 % содовий розчин	Очищення протеза	Нейтралізація кислотоутворення	Занурення протеза в розчин на 2 год. в день протягом усього періоду використання

ВИСНОВКИ

Проведені експериментальні та клінічні дослідження дозволили обґрунтувати, розробити та впровадити в практику охорони здоров'я нову програму лікування та профілактики патологічних змін тканин протезного ложа і поля під час адаптації до знімних конструкцій зубних протезів із застосуванням власно розроблених схем медикаментозного лікування.

Розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів дозволить скоротити терміни адаптації до знімних конструкцій протезів та поліпшити результати лікування патологічних змін протезного ложа під їх дією.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Ажицький Д.Г. Профілактика непереносимості до зубних протезів у клініці ортопедичної стоматології // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2007. – 19с.
2. Громов О.В. Развитие дисбиозов полости рта при различных видах зубного протезирования / О.В.Громов, Н.В.Рожкова, О.Э.Кнава // Вісник стоматології. – 2008. – № 1. – С. 11–12.
3. Дворник В.М. Рефлекторні механізми адаптації при ортопедичному лікуванні прикусу, що знижується // Дис. ... д-ра мед.н. – Полтава. – 2009. – 290с.
4. Дорошенко О.М. Експериментальне вивчення протизапальної дії препарату «Пантестин» // Современная стоматология. – 2007. – № 4 (40). – С.152–154.
5. Дорошенко О.М. Способи медикаментозної корекції патологічних змін тканин протезного ложа у ранні терміни адаптації до знімних протезів // Дентальные технологи. – 2007. – № 3–4 (34–35). – С. 82–84.
6. Дорошенко О.М. Вміст прозапальних цитокінів в слизовій оболонці порожнини рота щурів при запально-деструктивних ураженнях різного генезу // Дентальные технологии. – № 1 (40). – 2009. – С. 43–45.
7. Жолудев С.Е. Адгезивные средства в ортопедической стоматологии. – М. : Медицина, 2007. – 107 с.
8. Левицкий А.П. Физиологическая микробная система полости рта // Вісник стоматології. – 2007. – № 1. – С. 6–11.
9. Маслов О.В. Клініко-експериментальне обґрунтування способу профілактики та лікування протезних стоматитів // Автореф. дис. к.мед.н. – Одеса, 2005. – 15 с.
10. Павленко А.В., Сиренко А.Ф. Некоторые аспекты реабилитации пациентов с частичной и полной адентией. Применение дентальных адгезивов для улучшения фиксации зубных протезов // Дентальные технологи. – 2009. – № 4. – С. 26–29.
11. Неспрядько В.П., Барановський А.В. Пути повышения фиксации и улучшения адаптации к съёмным протезам // Современная стоматология. – 2006. – С. 127–129.
12. Романова Ю.Г. Влияние несъёмного и съёмного зубного протезирования на степень дисбактериоза полости рта // Вісник стоматології. – № 2. – 2007. – С. 44–46.

Підписано до друку 08.07.2011 р. Формат 60x84/16.
Папір MultiCopy. Гарнітура Таймс. Друк циф. дублікатор.

Ум. друк. арк. 1,31. Обл.-вид. арк. 1,1.

Тираж 100. Зам. 14/07.

Видавництво – ФОП Ростунов О.Т.,
«Видавництво «Науковий світ»»®.

Друк – друкарня ФОП Ростунова О.Т.

Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
03680, м. Київ, вул. Боженка, 17, оф. 414.
тел. 200-87-15, 200-87-13, 050-525-88-77.