

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК:616.31:616-089.28/29

Василишин У.Р.

Стан слизової оболонки протезного ложа та пародонта опорних і збережених зубів при їх значній втраті та користуванні знімними конструкціями зубних протезів

Кафедра стоматології інституту післядипломної освіти (зав.каф. - проф. М.М. Рожко) Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Робота присвячена вивченню впливу значної втрати зубів та тривалого користування знімними конструкціями зубних протезів на слизову оболонку протезного ложа та пародонта опорних та збережених зубів, на виникнення та перебіг запальних процесів у цих ділянках.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження є 105 пацієнтів Центру стоматології університетської клініки ІФНМУ віком 45-70 років зі значною або повною втратою зубів, котрим рекомендоване чи здійснюється лікування знімними конструкціями зубних протезів.

Результати. Встановлено, що значна втрата зубів негативно позначається на стані слизової оболонки беззубої ділянки щелепи, спричиняючи виникнення та прогресування запальних процесів як на поверхні слизової оболонки, так і в пародонті опорних та збережених зубів. На початку лікування таких хворих знімними конструкціями зубних протезів спостерігається покращення мікроциркуляторних та мікробіотичних процесів у ділянці протезного ложа, зменшення, а то і повне зникнення запалення.

Висновки. Тривале користування (3 і більше років) знімними конструкціями зубних протезів без їхньої належної своєчасної корекції призводить до травматизації протезного ложа та пародонта опорних і збережених зубів, порушення процесів дренажу під протезами і, як наслідок, розвитку нерідко тяжких форм запального процесу зі звиразкуванням, крововиливами та нальотами на поверхні слизової оболонки, прогресування проліферативних та гіпертрофічних процесів як у ділянці протезного ложа, так і в пародонті опорних і збережених зубів.

Ключові слова: слизова оболонка, ротова порожнина, протезне ложе, зуби, пародонт, запальний процес.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень.

Значна, а то і повна втрата зубів (ВЗ) – порівняно часта патологія зубощелепна системи [2,5,7]. Лікування таких хворих здійснюється, як правило, за допомогою знімних конструкцій зубних протезів (ЗКЗП) [4,5,9]. Проте, як ВЗ, так і застосування ЗКЗП, за даними багатьох дослідників [3,4,6,7], зумовлюють істотні мікроциркуляторні та мікробіотичні зміни слизової оболонки (СО) ротової порожнини (РП), у першу чергу, в ділянці протезного ложа (ПЛ) і пародонта опорних та збережених зубів (ПОЗЗ) [1,7,8,10], що призводить до виникнення запальних процесів (ЗП).

Метою роботи є вивчення можливого негативного впливу значної ВЗ та тривалого користування ЗКЗП на СОПЛ та ПОЗЗ, на виникнення та перебіг ЗП у цих ділянках РП.

Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження є 105 пацієнтів Центру стоматології університетської клініки ІФНМУ віком 45-70 років зі значною чи повною ВЗ на одній чи двох щелепах, без тяжкої соматичної патології, які залежно від того, вперше чи повторно проводилось їх ортопедичне лікування ЗКЗП, розподілялись на 2 групи: перша (51 особа) – лікування ЗКЗП первинне, та друга (54 особи) – лікування ЗКЗП повторне. Базиси знімних пластинкових протезів виготовляли із пластмаси «Фторакс» інжекційним методом із дотриманням технології та режиму полімеризації. Спостереження за пацієнтами здійснювалось у динаміці – до протезування, через 3-6 місяців, 12 місяців та через 3 і більше років. У всіх пацієнтів докладно вивчався стан СОПЛ, зокрема, від незначної реакції до значних змін і проявів ЗП СОПЛ.

З метою вивчення можливого негативного впливу ВЗ та користування ЗКЗП на стан ПОЗЗ 79 пацієнтів (у 26 пацієнтів у зв'язку з повною ВЗ пародонт відсутній) також розподілялись за аналогічними ознаками на 2 групи: 38 осіб – перша група, та 41 особа – друга група. У межах кожної групи пацієнти розподілялись на дві

підгрупи: перша – симптоми ЗП у РП відсутні, та друга – є симптоми ЗП у РП. У всіх пацієнтів вивчався стан пародонта, зокрема, наявність та тяжкість хвороби тканин пародонта (ХП), а також наявність гіпертрофічних та гіперпластичних процесів у ПОЗЗ.

Результати дослідження та їх обговорення

У процесі вивчення впливу ВЗ та тривалого користування ЗКЗП на СОПЛ встановлено наступне (табл. 1).

У 19 пацієнтів із 51, що становить $37,25 \pm 6,77\%$ випадків, котрі вперше звернулись у клініку з метою ортопедичного лікування ВЗ ЗКЗП, ознаки ЗП СОПЛ були відсутні. У всіх інших обстежуваних пацієнтів цієї групи відзначались різного характеру симптоми ЗППЛ. У переважної більшості ($60,78 \pm 6,84\%$) констатували гіперемію ПЛ, дещо рідше ($33,33 \pm 6,6\%$) – набряк, у $13,73 \pm 4,82\%$ випадків – пастозність ПЛ. Поодинокі ($1,96 - 3,92\%$) були й інші ознаки ЗП СОПЛ, зокрема, такі, як гіпертрофія та атрофія, звиразкування, висипання, нальоти, крововиливи.

Через 3-6 місяців від моменту виготовлення ЗКЗП у цій групі на обстеження звернулось 48 з 51 пацієнтів. Порівнюючи у цей час дані обстеження пацієнтів із тими, що були отримані перед початком їх лікування, слід зауважити, що вони істотно не відрізнялись між собою.

Показовими є результати обстеження пацієнтів цієї групи через 12 місяців з моменту виготовлення ЗКЗП. У 16 з 26 осіб, що становить $61,54 \pm 9,54\%$ випадків, ЗП на СОПЛ не був зафіксований. Значно рідше, порівняно з попередніми дослідженнями, виявляли також набряк та пастозність СО, гіпертрофію та атрофію СОПЛ, а також такі симптоми порівняно тяжкого ЗП, як звиразкування, нальоти, висипання та крововиливи.

Дещо інші результати одержали при обстеженні пацієнтів цієї групи через 3 і більше років від моменту виготовлення ЗКЗП. У всіх 17 пацієнтів цієї групи були різного ступеня важкості симптоми ЗП СОПЛ. У всіх пацієнтів відзначали гіперемію СОПЛ, дещо рідше ($58,82 \pm 11,94\%$) – набряк та пастозність СО, у значній кількості випадків ($23,53 - 35,59\%$) – звиразкування, висипання, нальоти, крововиливи. Лише по одному випадку ($5,88 \pm 5,71\%$) констатували ознаки гіперплазії та гіпертрофії СОПЛ.

Показовими є результати, одержані при обстеженні пацієнтів, котрі здійснювали повторне лікування ЗКЗП. Тільки у 14 з 54 пацієнтів ($25,93 \pm 5,71\%$) симптоми запалення СОПЛ були відсутні, що значно менше, ніж в аналогічний період обстеження у 1-й групі. У всіх інших обстежуваних пацієнтів спостерігались явища ЗП СОПЛ різного характеру. Домінуючими були гіперемія ($53,7 \pm 6,79\%$), набряк ($24,07 \pm 5,82$) та пастозність СО ($16,67 \pm 5,07\%$). Порівняно часто ($14,81 - 16,67\%$) констатували гіперплазію та гіпертрофію СОПЛ, дещо рідше ($3,12 - 5,56\%$) – звиразкування, нальоти, висипання та крововиливи у ділянці ПЛ.

Через 3-6 місяців від моменту повторного лікування ЗКЗП значних змін при об'єктивному обстеженні СОПЛ не відмічено.

Аналізуючи результати обстеження у цій групі пацієнтів через 12 місяців від моменту повторного лікування ЗКЗП, можна засвідчити зростання (з $25,93\%$ до $46,67\%$) відсотку пацієнтів зі здоровою СОПЛ, зменшення кількості пацієнтів із симптомами порівняно тяжкого ЗП.

Через 3 і більше років на обстеження зголосилось 12

Таблиця 1. Стан СОПЛ пацієнтів дослідних груп у процесі користування ЗКЗП

Стан СОПЛ	Група							
	1(лікування ЗКЗП вперше)				2(лікування ЗКЗП повторно)			
	Час обстеження				Час обстеження			
	До лікування n=51	Через 3-6 міс n=48	Через 12 міс n=26	Через 3 і більше років n=17	До лікування n=54	Через 3-6 міс n=45	Через 12 міс n=30	Через 3 і більше років n=12
Без змін	19 37,25±6,77%	17 35,42±6,96%	16 61,54±9,54%	0	14 25,93±5,96%	17 37,78±7,23%	14 46,67±9,11%	0
Гіперемія	31 60,78±6,84%	28 58,33±7,12%	10 38,46±9,54%	17 100%	29 53,7±6,79%	27 60±7,3%	16 53,33±6,17%	6 50±14,43%
Набряк	17 33,33±6,6%	15 31,32±6,9%	5 19,23±7,73%	10 58,82±11,94%	17 24,07±5,82%	11 24,44±6,41%	8 23,33±7,72%	6 50±14,43%
Пастозність	11 13,73±4,82%	8 20,83±5,86%	4 19,23±7,72%	10 58,82±11,94%	9 16,67±6,8%	8 11,78±5,7%	5 16,67±6,8%	6 50±14,43%
Гіперплазія	0	0	0	1 5,88±5,71%	9 16,67±5,07%	8 11,78±5,7%	5 16,67±6,8%	6 50±14,43%
Гіпертрофія	2 3,92±2,72%	2 4,17±2,88%	0	1 5,88±5,71%	8 14,81±4,83%	7 15,56±5,4%	5 16,67±6,8%	3 25±12,5%
Атрофія	1 1,96±1,94%	1 2,08±2,06%	0	0	1 1,85±1,83%	2 2,22±2,2%	0	0
Звиразкування	1 1,96±2,72%	1 2,08±2,06%	0	4 23,53±10,29%	3 5,56±3,12%	2 4,44±3,07%	1 3,33±3,28%	2 16,67±10,76%
Висипи, нальоти, крововиливи	1 1,96±1,94%	0	0	6 35,29±11,59%	3 5,56±3,12%	3 6,67±3,72%	1 3,33±3,28%	6 50±14,43%

пацієнтів цієї групи, у яких були виявлені тією чи іншою мірою симптоми ЗП СОПЛ. Домінуючими були гіперемія, набряк, пастозність, висипання, нальоти та крововиливи. Порівняно часто (25±12,5%) відмічали гіперплазію та гіпертрофію ПЛ.

У процесі вивчення впливу ВЗ та користування ЗКЗП на тканини ПОЗЗ встановлено наступне (табл. 2).

У всіх пацієнтів обох дослідних груп при зверненні у клініку були ознаки ХП, проте інтенсивність її значною мірою залежала як від того, лікування ЗКЗП первинне чи повторне, так і від наявності чи відсутності ЗП у РП. Зокрема, у пацієнтів I-ої підгрупи I-ої групи домінував пародонтит ОЗЗ 1 ступеня (78,95±0,35%), значно рідше (15,79±8,37%) – пародонтит 2 ступеня, і тільки у одному випадку, що становить трохи більше 5%, констатували важку форму ХП (3 ступінь). У одного пацієнта виявлені симптоми гіпертрофії тканин пародонта.

У другій підгрупі цієї ж групи домінували форми ХП середнього та важкого ступенів тяжкості (більше, ніж у 62% випадків, порівняно з 21% у пацієнтів I-ої підгрупи).

Таку ж тенденцію спостерігали у пацієнтів II-ої дослідної групи. Зокрема, якщо легка форма ХП встановлена більше ніж у третини обстежуваних пацієнтів (у 5 з 14), у котрих відсутні симптоми ЗП у РП, то серед осіб, у котрих констатували ознаки ЗП у РП, ця ж форма ХП ОЗЗ встановлена тільки у 3-х пацієнтів з 27 (11,11±6,05%). Загалом, у пацієнтів, у котрих були симптоми ЗП у РП, тяжкі форми ХП (2 і 3

ступені) спостерігались значно частіше (88,88%), ніж при відсутності ЗП у РП (64,29%). Слід також зауважити, що у II-й дослідній групі, незалежно від наявності симптомів ЗП у РП, порівняно часто (21,43-22,22%) виявляли також гіпертрофічні процеси в ПОЗЗ. Через 12 місяців після виготовлення ЗКЗП в обидвох групах зросла кількість пацієнтів із середнім ступенем вираженості патології пародонта опорних зубів, причому більш істотно у пацієнтів із наявністю симптомів ЗП РП (в I-й групі з 48,28% до 65,7%, в II-й групі з 74,07% до 88,6%). Для даної патології характерні вогнищевість ураження, відповідно до ділянок дотикання протеза до СОПЛ, а також поліморфізм патологічних змін (одночасна наявність катаральних, ерозивних, гіперпластичних процесів) на малій площі ділянки ураження.

Отже, значна ВЗ негативно впливає на СО беззубих ділянок щелеп та на ПОЗЗ. Істотні мікроциркуляторні зміни у СО сприяють розвитку ЗП у РП, зокрема, на СОПЛ. Застосування ЗКЗП на початку лікування позитивно впливає на стан СОПЛ, покращує мікроциркуляцію, сприяє зменшенню інтенсивності ЗП на СОПЛ. Наочним свідченням цього є зникнення у перші 12 місяців від моменту виготовлення ЗКЗП симптомів тяжких альтеративних форм ЗП СОПЛ. Тривале користування ЗКЗП (більше 3-х років) без їхньої корекції та своєчасної заміни сприяє наростанню симптомів ЗП, його хронізації, переходу у тяжкі форми, травматизації СОПЛ, розвитку гіперпластичних та гіпертрофічних явищ на СОПЛ. Збільшення відсотка випадків тяжких форм ХП у пацієнтів, у котрих спостерігались симптоми ЗП у РП, є свідченням їх можливого спільного генезу (мікробного, травматичного, алергічного тощо). Наростання гіпертрофічних та гіперпластичних явищ у пародонті у процесі тривалого користування ЗКЗП є додатковою ознакою хронічної травматизуючої дії протезів як на СОПЛ, так і на ПОЗЗ, спільності етіопатогенетичних механізмів ЗП як і у пародонті, і на СОПЛ зокрема, так і на СОРП взагалі.

Висновки

1. ВЗ та тривале користування ЗКЗП негативно позначаються на стані СОПЛ та ПОЗЗ, що проявляється розвитком ЗП у РП, появою та збільшенням відсотка тяжких альтеративних та гіперпластичних станів на ПЛ та ПОЗЗ.

Таблиця 2. Стан пародонта опорних та збережених зубів у пацієнтів дослідних груп

Стан пародонта опорних і збережених зубів	Група			
	1(лікування ЗКЗП вперше)		2(лікування ЗКЗП повторно)	
	I-а підгрупа симптоми ЗП у РП відсутні n=19	II-а підгрупа є симптоми ЗП у РП n=29	I-а підгрупа симптоми ЗП у РП відсутні n=14	II-а підгрупа є симптоми ЗП у РП n=27
Пародонтит 1 ступеня	15 78,95±9,35%	11 37,93±9,01%	5 35,71±12,81%	3 11,11±6,05%
Пародонтит 2 ступеня	3 15,79±8,37%	14 48,28±9,28%	7 50,00±13,36%	20 74,07±8,43%
Пародонтит 3 ступеня	1 5,26±5,12%	4 13,79±6,4%	2 14,29±12,81%	4 14,81±6,84%
Гіпертрофія та гіперплазія	1 5,26±5,12%	1 3,45±3,39%	3 21,43±10,97%	6 22,22±8,00%

2. Технічне виготовлення протеза згідно з усіма вимогами, підтримання високого рівня гігієни ротової порожнини поряд зі своєчасною корекцією та заміною ЗКЗП сприяють покращенню стану ПЛ та ПОЗЗ, зменшенню інтенсивності ЗП, що, без сумніву, сприяє покращенню самопочуття хворих та підвищує ефективність лікування пацієнтів з допомогою ЗКЗП.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та порівнянні впливу різних конструкцій знімних протезів на СОПЛ та ПОЗЗ, на виникнення та перебіг ЗП у цих ділянках РП.

Література

1. Терапевтична стоматологія / [Данилевський М. Ф., Борисенко А. В., Політун А. М. та ін.] ; під ред. А. В. Борисенко. – [Т. 3. Захворювання пародонта]. – К. : Медицина, 2008. – 616 с.
2. Заблоцький Я.В. Поширеність та структура дефектів зубних рядів населення Львова та Львівської області / Я.В. Заблоцький, Н.М. Дидик // Вісник стоматології. – 2005. – №4. – С.77 – 78.
3. Лепилин А.Б. Влияние съёмных пластмассовых протезов, изготовленных из акриловых пластмасс, на структурно-функциональные свойства клеточных мембран слизистой оболочки полости рта / А.Б. Лепилин, В.И. Рубин, П.Г. Прошин // Стоматология. – 2003. – Т.82, – №2. – С.51 – 54.
4. Нідзельський М.Я. Вплив знімних пластинкових протезів на тканини протезного ложа в залежності від строків користування ними / М.Я. Нідзельський // Вісник стоматології. – 1996. – №1. – С.51 – 54.
5. Ускладнення у хворих при лікуванні ЗПП з акрилових пластмас і їх профілактика // Курс лекцій з ортопедичної стоматології для системи післядипломної освіти / Під ред. проф. Рожко М.М. Івано-Франківськ, – 2003. – С.275 – 281.
6. Царев В.Н. Динамика колонизации мембранной флорой полости рта различных материалов, используемых для зубного протезирования / В.Н. Царев, С.И. Абакаров, С.Э. Умаров // Стоматология. – 2000. – Т.79, – № 1. – С.55 – 57.
7. Палійчук І. В. Стан слизової оболонки ротової порожнини, тканин пародонта у хворих на алергічний і токсичний протезний стоматит / І. В. Палійчук, М. М. Рожко, Р. В. Куцик // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, – № 1. – С. 73–75.
8. Палійчук І.В. Клінічні зміни стану слизової оболонки ротової порожнини, тканин пародонта у хворих на кандидозний і комбінований протезний стоматит / І.В. Палійчук, М.М. Рожко, Р.В. Куцик // Арх. клініч. медицини : Науково-практичний журнал. – 2011. – № 1. – С. 79 – 81.
9. Бутова В.Г. Методические подходы к изучению сроков пользования и сроков службы зубных протезов / В.Г. Бутова, М.Р. Кирилина, А.Ф. Лебедева с соавт. // Стоматология для всех. – 2010. – № 2. – С. 26–28.
10. Максюков С.Ю. Состояние опорных зубов и протезного ложа после повторного протезирования съёмными зубочелюстными протезами [Электронный ресурс] / С.Ю. Максюков, Е.С. Беликова, Д.Н. Гаджиева, А.С. Иванов, А.В. Борзилов // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/106-7396> – название с экрана. – Дата обращения: 09.01.2014.

Василишин У.Р.

Состояние слизистой оболочки протезного ложа и пародонта опорных и сохраненных зубов при их значительной потере и пользовании съёмными конструкциями зубных протезов

Резюме. Работа посвящена изучению влияния значительной потери зубов и длительного пользования съёмными конс-

струкциями зубных протезов на слизистую оболочку протезного ложа и пародонта опорных и сохраненных зубов, на возникновение и протекание воспалительных процессов в данных участках. **Материалы и методы исследования.** Объектом исследования являются 105 пациентов Центра стоматологии университетской клиники ИФНМУ в возрасте 45-70 лет со значительной или полной потерей зубов, которым рекомендуется или осуществляется лечение съёмными конструкциями зубных протезов. **Результаты.** Установлено, что значительная потеря зубов отрицательно сказывается на состоянии слизистой оболочки беззубого участка челюсти, способствуя возникновению и прогрессированию воспалительных процессов как на поверхности слизистой оболочки, так и в пародонте опорных и сохраненных зубов. В начале лечения таких больных съёмными конструкциями зубных протезов наблюдается улучшение микроциркуляторных и микробиотических процессов в области протезного ложа, уменьшение, а то и полное исчезновение воспаления. **Выводы.** Длительное пользование (3 и более лет) съёмными конструкциями зубных протезов без надлежащей своевременной коррекции приводит к травматизации протезного ложа и пародонта опорных и сохраненных зубов, нарушению процесса дренажа под протезами и, как следствие, развитию нередко тяжелых форм воспалительного процесса с изъязвлением, кровоизлиянием и налетами на поверхности слизистой оболочки, прогрессированию пролиферативных и гипертрофических процессов как в области протезного ложа, так и в пародонте опорных и сохраненных зубов.

Ключевые слова: *слизистая оболочка, ротовая полость, протезное ложе, зубы, пародонт, воспалительный процесс.*

U. Vasylyshyn

The State of Prosthetic Bed Mucous Membrane and Periodontium of Abutment and Preserved Teeth in Conditions of Considerable and Total Loss of Teeth and Use of Removable Dentures

Dentistry Department of Postgraduate Education Institute (Head of Department – prof. M. Rozhko)

Ivano-Frankivsk National Medical University (IFNМУ), Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. The paper deals with the study of impact of considerable loss of teeth and long-term use of removable dentures on mucous membrane of prosthetic bed and periodontium of abutment and preserved teeth, and also impact on the appearance and course of inflammatory processes in these parts.

Materials and research methods: the patients of Dentistry Centre of IFNМУ clinic (105 people from 45 to 70 years old) with considerable and total loss of teeth, treated by the removable dentures, were the objects of the research.

Results: it has been ascertained that considerable loss of teeth influences negatively the state of mucous membrane of toothless part of jaw and causes the development and progress of the inflammatory processes both on the surface of mucous membrane and periodontium of abutment and preserved teeth. The treatment of such patients by the removable dentures leads to the improvement of microcirculatory and microbiotic processes in part of the prosthetic bed, reduction or complete disappearance of inflammation.

Conclusions: the prolonged use of the removable dentures (3 or more years) without proper timely correction causes the trauma of the prosthetic bed and periodontium of abutment and preserved teeth, the disturbance of drainage processes under dentures and as result the development of frequently serious forms of inflammatory process with ulcerations, hemorrhages and spots on surface of mucous membrane, progressing proliferative and hypertrophic processes both in part of the prosthetic bed and in periodontium of abutment and preserved teeth.

Keywords: *mucous membrane, oral cavity, prosthetic bed, teeth, periodontium, inflammatory process.*

Надійшла 10.02.2014 року.