

НАПРЯМ 4. СТОМАТОЛОГІЯ ТА ФАРМАЦІЯ. МЕДИЦИНА ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

АДАПТАЦІЙНІ РЕАКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ДО КОМБІНОВАНИХ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

Антощук М. М.

*аспірант факультету стоматології та фармації
Міжнародний гуманітарний університет
Науковий керівник: Шутурмінський В. Г.
доктор медичних наук, доцент,
доцент кафедри загальної стоматології
факультету стоматології та фармації
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Якість протезування пацієнтів комбінованими частковими знімними пластинковими протезами виражається у відсутності при користуванні ними больових явищ, психологічна (відсутності сприйняття даної конструкції як чужого органа (стороннього тіла), рухова (новий стереотип жування) та фонетична адаптація.

На позитивний перебіг реабілітації пацієнта впливають вікові, соціальні та психосоматичні фактори . Також варто враховувати індивідуальні особливості пацієнта з захворюваннями зубощелепної системи в процесі ортопедичного лікування . Лікаря-ортопеду-стоматологу важливо враховувати кількість супутніх захворювань пацієнта, адже встановлено, що в процесі розвитку патологічних станів організму людини зростає адаптаційно-компенсаційний запит до системи органів зубо-щелепної системи.

Існує взаємозв'язок між віком пацієнтів, об'ємом конструкцій та часом адаптації необхідних для відновлення органів зубо-щелепної системи. Ієрархія рівнів ураження органів зубо-щелепної системи виглядає наступним чином: 1 – дефекти зубів; 2 – дефекти зубних рядів; 3 – вторинні зміни прикусу; 4 – порушення регуляторних механізмів. Тому успіх реабілітації пацієнтів у клініці ортопедичної стоматології є результатом адекватної взаємодії на всі компоненти патологічних процесів у щелепно-лицевій ділянці і соматичні порушення.

Цінну лікувально-профілактичну функцію виконують знімні пластинкові протези, так як відновлюють анатомо-функціональні особливості зубів і 25 зубних рядів при дефектах зубного ряду, створюючи артикуляційну рівновагу та мобілізуючи резервні сили зубо-щелепної системи.

Опрацьовані літературні джерела дозволяють стверджувати, що акрилові пластмаси, які використовують при виготовленні комбінованих знімних протезів, містять ряд компонентів, що діють у ротовій порожнині як алергенигаптени. Проникаючи в організм через слизову оболонку, вони здатні викликати її зміни внаслідок подразнення залишковим мономером і компонентами, які входять до складу часткового пластинкового протезу.

Явища запалення слизової оболонки протезного ложа описані більш, ніж в 40 % пацієнтів, які користуються знімними протезами. Інші автори описують різноманітні патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота у 66,7 % осіб з протезами із акрилових пластмас. В опрацьованій літературі описані випадки зменшення об'єму слизової оболонки протезного ложа, яка зумовлена не тільки віком, а й дією протезів, що призводило до погіршення трофіки епітелію. Аналіз даних дозволяє стверджувати, що найбільш тривалим подразником слизової оболонки протезного ложа і рецепторного апарату є механічний чинник.

Травмувальна дія базису протеза підсилюється внаслідок поганої фіксації під час акту жування. Для визначення ділянок запалення слизової оболонки протезного ложа після фіксації часткових знімних протезів запропонована низка методик, використання яких дозволило виявити зони перевантаження в ранні терміни і своєчасно їх усувати, що сприяло попередженню можливих пошкоджень дотичних тканин слизової оболонки протезного ложа. Для визначення ступеня атрофії альвеолярного паростка верхньої щелепи і альвеолярної частини нижньої щелепи до та після протезування знімними протезами дослідниками використовувався метод вивчення діаг- 26 ностичних моделей за допомогою паралелометра, враховуючи ділянки щелеп, які були найменш ушкоджені процесом атрофії.

Проведені дослідження свідчать, що пластинкові протези з жорстким базисом можуть викликати травматичні стоматити. Внаслідок своєї структури вони порушують процеси терморегуляції в слизовій оболонці порожнини рота і зниження температури слизової оболонки при відкриванні рота, а також акумуляції тепла в закритому положенні. Цей чинник сприяє розрихленню, мацерації слизової оболонки порожнини рота, збільшує проникність судинної стінки, що, у свою чергу, створює умови для проникнення залишкового мономера в кров'яне русло.

У літературі трапляється інформація про більші зміни слизової оболонки протезного ложа в осіб, які цілодобово користуються протезом і мають незадовільну гігієну ротової порожнини та протезів . Погана гігієна ротової порожнини, протезів сприяє якісним і кількісним змінам мікробіоти ротової порожнини та появи нових, не властивих їй, мікроорганізмів (патогенний стафілокок – від 10 до 22 %, кишкова паличка – від 10 % до 63 %, ентерокок – до 22 %) . Здорові тканини знаходяться в динамічній рівновазі зі збалансованими біохімічними процесами, які зберігають структуру тканин та підтримують її функцію . Чужорідний матеріал порушує цю рівновагу, викликаючи в живих тканинах патологічні реакції.

Ортопедичні конструкції в порожнині рота в деяких випадках викликають розвиток дисбактеріозу з виникненням патологічних процесів на слизовій оболонці язика, шік, губ у вигляді ерозій, гіперплазії та гіперкератозу . Нормальна мікробна флора, виконує функцію біологічного бар'єра і постійного стимулятора локального імунітету, тобто позитивно впливає на гомеостаз ротової порожнини.

Механічна травма слизової оболонки протезного ложа елементами конструкції змінює кількісно-якісні властивості мікробіоти сприяючи зростанню патогенної мікрофлори, яка може викликати захворювання слизової оболонки порожнини рота . Основою травматичного впливу є інконгурентність між базисом протезу і рельєфом слизової оболонки порожнини рота, яка виникає в процесі усадки пластмаси базису протеза – до 0,4-0,55 % . Петришин С. В. описує, що нерівності у вигляді пор різної величини, шипів, гострих гребнів, трапляються у 25 % пластинкових протезів. Також до недоліків пластмаси, які сприяють травмам тканин протезного ложа належить внутрішнє напруження, через яке з'являються тріщини . Шорсткість поверхні пластмас, полімеризованих у воді, в середньому складає $1,01 \pm 0,047$ мкм, а полімерів, які тверднуть у сухому середовищі з попередніми висушеними гіпсовими формами – $0,83 \pm 0,26$ мкм.

При розвитку запальних реакцій протезного ложа звертають увагу на механізм фіксації протеза в порожнині рота, вказують на тиск і зсуви протезу під час акту жування. Протез перебуває в мікродинаміці, викликаючи ішемію та пошкоджуючи слизову оболонку, роблячи її вразливою до залишкового мономера базису та ферментів ротової рідини. Запальні явища в порожнині рота мають різну локалізацію – беззубий альвеолярний паросток, поверхня язика (23 %), тверде піднебіння (16 %) та щоки (13 %). Механічна дія знімних протезів викликає злущення епітелію слизової оболонки, зниження факторів місцевого захисту і сприяє розвитку протезних стоматитів. Знімні протези травмують слизову оболонку протезного ложа, тому при

діагностиці причин порушення адаптації зубо-щелепної системи до часткових знімних пластинкових протезів цей чинник потрібно виключити першим.

Однією з перших спроб класифікувати вплив протезів на слизову оболонку протезного ложа була класифікація Василенко З.С.: 1) вогнищеве (обмежене) гостре і хронічне запалення. 2) дифузне гостре та хронічне запалення. 3) порушення чутливості слизової оболонки порожнини рота без зовнішніх проявів. Етамі рекомендує 28 виділяти безсимптомні стоматити в окремий вид стоматитів, так як вони, не викликаючи суб'єктивних скарг у хворих, викликають значні зміни багатьох тканин зубо-щелепної системи.

ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЕСУ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ COVID-19

Ком М. І.

*аспірант кафедри загальної стоматології
факультету стоматології та фармації
Міжнародний гуманітарний університет
Науковий керівник: **Терешина Т. П.**
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри загальної стоматології
факультету стоматології та фармації
Міжнародний гуманітарний університет
м. Одеса, Україна*

Як відомо, карієс зубів є серйозною медичною і соціальною проблемою. Згідно із спостереженнями карієс зубів чинить негативний вплив на якість життя і відбивається в цілому на соціо-демографічних і соціо-економічних показниках, клінічних і поведінкових факторах [1, с. 4-5; 2, с. 94-98].

Прийнято вважати, що основною причиною каріозної демінералізації є мікроорганізми [3, с. 26-28; 4, р. 1324-1329]. Однак поглиблення сприяє порушення мінерального обміну в порожнині рота і, в першу чергу, через недостатнє надходження мінералів природним шляхом, із слини [5, р. 225-230; 6, р. 2-6].

Зі зменшенням виділення слини зменшується кількість мінеральних компонентів і, як наслідок, різко порушується баланс: мінералізація / демінералізація зубів в сторону посилення останньої [7, с. 6-10;