

УДК 616.314-77-08

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОТЕЗНЫМИ СТОМАТОПАТИЯМИ

Д.М. Сулейменова, С.К. Кабдыканов, Ж.Р. Сапаргалиева

Государственный медицинский университет города Семей, Клиника «Суперстом», г. Семей

Резюме

Лечение непереносимости материалов зубных протезов антиоксидантами позволяет избежать снятия конструкций протезов из нержавеющей стали и замены их на благородные.

Положительные результаты лечения позволяют говорить о перспективности применения антиоксидантов, в частности ацетилцистеина (флуимуцила) в процессе реабилитации больных с непереносимостью несъемных металлических зубных протезов из нержавеющей стали.

Тұжырым

ПРОТЕЗДІСТОМАТОПАТИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ПРОТЕЗДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Д.М. Сулейменова, С.К. Кабдыканов, Ж.Р. Сапаргалиева

Тіс протездерінің материалдарын жақтыртпаушылықты антиоксиданттармен емдеу (93,2% жағдайда) тот баспайтын болаттан жасалған протез конструкцияларын шешіп және бағалы материалдарға ауыстыруға көп жағдайда жол бәрмейді.

Емдеудің қолайлы нәтижесі антиоксиданттарды, атап айтқанда ацетилцистеинді (флуимуцил) тот баспайтын болаттан жасалған металл тіс протездерін жақтыртпайтын науқастарды реабилитация үрдісіне қолданудың зор мүмкіншілігі бар екендігіне көз жеткізуге болады.

Summary

SPECIAL FEATURES OF TREATMENT AND PROSTHESIS OF PATIENTS WITH PROSTHETIC STOMATOPATHIES

D.D. Suleimeneva, S.K. Kabdykanov, Zh.R. Sapargaliyeva

Treatment of dental prosthetics intolerance allows avoiding of removal of prosthesis devices made of stainless steel and replacing them with noble in 93.2% of cases.. Positive results suggest promising applications of antioxidants, including acetylcysteine (flumucila) in the process of rehabilitation of patients with intolerance to non-removable stainless steel dental prosthetics.

В стоматологической практике наиболее часто встречаемой патологией органов полости рта являются протезные стоматопатии. Заболевание является полиэтиологичным. Одной из причин является токсичность конструкционных материалов и аллергические реакции к ним. Направление таких пациентов к дерматологу или аллергологу (а часто и к психиатру) снимает с врача-стоматолога ряд проблем, а назначение совместного комплексного лечения, в том числе местного, помогает пациенту. Спектр диагностических и терапевтических мероприятий в современной стоматологической практике заметно расширился. Причинами протезных стоматопатий также являются: механическое раздражение (острые края протеза, давление); микробные раздражения (бактерии, грибы); нарушение иммунитета (возраст пациента, психический стресс, Diabetesmellitus тип I, ВИЧ-инфекция); психогенные факторы, которые могут быть также точно установлены и устранены.

Протезные стоматопатии могут проявляться в виде изменений отдельных участков слизистой оболочки полости рта или иметь обширные зоны распространения. Проявлениями являются эритемы, жжение в области слизистой оболочки (языка, щеки, губ), боли (локальная поверхностная или тупая глубокая с иррадиацией), нарушения вкусовых ощущений (привкус металла или пластмассы). Протезная непереносимость чаще всего обусловлена зубопротезными материалами. По данным последних исследований, эритемы обнаруживаются и под пластмассовыми протезами, и под металлическими каркасами частичных зубных протезов. При наличии зубного протеза с пластмассовым базисом границы эритемы чаще диффузные. Причина - механическое раздражение, часто в комбинации с микробным фактором. Границы гиперемии соответствуют базису съемного протеза для верхней челюсти. Оба типа зубных протезов очень редко вызывают истинную аллергическую реакцию, за исключением протезов, выполнен-

ных из материалов, содержащих ионы никеля. Чаще речь идет о местном токсическом заболевании, которое можно точно диагностировать с помощью современных методов.

Цель исследования: Выявление протезных стоматопатий, разработка метода их устранения и рационального протезирования.

Материалы и методы:

Для изучения данной проблемы обследованы, лечены и перепротезированы в течение последних трех лет 49 пациентов с различными дефектами и подобранными и изготовленными к ним ортопедическими конструкциями из разных материалов: пластмассы, металла (нержавеющей стали, кобальто-хромового сплава).

Анализ материала протеза и его присутствия в тканях обеспечивается рентгенографическим исследованием, который может выявить негативные изменения протеза и материала, вызванные его неудовлетворительным изготовлением (поры, неомогенность структуры). Микроскопический анализ позволяет установить влияние среды полости рта на зубной протез (коррозию). При подозрении на микробный генез заболевания может быть взят мазок со слизистой полости рта. Если локальные токсические реакции исключены, внести ясность поможет специальный аллергенный тест у аллерголога, дерматолога.

При подозрении на нарушение иммунитета дополнительно рекомендуется консультация врача-терапевта-иммунолога. Иммунная недостаточность может объяснить сниженную реактивную способность слизистой оболочки.

Решение о направлении больного к врачу-психиатру или психологу - это последний шаг, который должен быть реализован лишь после того, как все вышеперечисленные диагностические средства исчерпаны.

Клиническое наблюдение

Диагностика непереносимости материалов зубных протезов базировалась на жалобах и анамнезе. В кли-

нику ортопедической стоматологии в период (2006-2011г.г.) с жалобами на непереносимость зубных протезов из неблагородных металлов обратилось 49 человек в возрасте от 40 до 55 лет.

Наиболее часто встречающимися симптомами у больных были: металлический привкус - 45%, парестезии в виде жжения и пощипывания языка или его боковых поверхностей, слизистой оболочки щек, неба - 19%, неприятное чувство "тяжести" и оскомины - 11%, ощущение горечи и кисло-солоноватого привкуса - 10%, сухость в полости рта - 8%, ощущение "тока" - 7%.

Явления непереносимости к металлическим протезам возникали в разные сроки: в течение первого месяца и спустя год - два после ортопедического лечения.

В ходе микробиологического исследования у 15% пациентов подтверждена бактериальная этиология болезни, причиной ее чаще являлся *Staphylococcus aureus*. Грибковая инфекция выявлена у 7% обследуемых, им поставлен кандидоз или эритематозно-атрофический микоз.

У остальных пациентов, по данным бактериологического и микологического анализов патологических изменений в полости рта не выявлено, поэтому у них был исследован металлический базис протеза в связи с загрязнением сплава и возможной его коррозией. Однако состав сплава был в норме, никель не обнаружен.

В результате тщательного осмотра металлического базиса протеза с поверхности обращенной к слизистой оболочке обнаружены значительные коррозионные изменения. Полученные данные указывают на то, что причиной образования эритемы, как локальной токсической реакции, могли быть ионы металла, являющиеся продуктом коррозии хромокобальтового сплава или наличием прямого контакта протеза со слизистой оболочкой полости рта, т.е. имело место механическое раздражение при снижении иммунной защиты организма больного. Предположение было подтверждено в результате анализа числа клеток CD4 в крови пациента, являющихся одним из параметров, используемых для описания индивидуального иммунного статуса пациента.

Всем пациентам была проведена санация полости рта. Лечение острой формы язвенного некротического гингивита - у 6; катарального гингивита - у 19; снятие зубных отложений - у 29 пациентов; у 25 больных проведены общие терапевтические и saniрующие мероприятия на пародонте из-за диагностированного пародонтита разной степени тяжести и пародонтоза. У 6 пациентов, носящих бюгельный протез из сплава на основе хром-кобальта (Vitallium®), выявлен тяжелый протезный стоматит с выраженной эритемой в области фронтального беззубого альвеолярного отростка, боковых, жевательных отделов зубного ряда, частично - с небной стороны, где металл и пластмасса базиса протеза прилегали к слизистой оболочке.

16 больным были заменены протезы из нержавеющей стали на протезы из серебрянно-палладиевого сплава и золота 12 человек; 10 пациентам проведено металлокерамическое перепротезирование; 11 больным (40-55 лет) без снятия несъемных металлических протезов (нержавеющая сталь без и с нитридо-титановым покрытием) проведено лечение антиоксидантом - ацетилцистеином (флуимуцилом) по 600 мг в сутки в течение 3 недель.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте 20-40 лет с интактной зубочелюстной системой.

Данные клинко-лабораторных исследований через 1,5 месяца показали, что у 28 пациентов жалобы исчезли полностью, у 10 сохранялись жалобы на металличе-

ский привкус только по утрам и у 8 жалобы оставались прежними (им изготовили протезы из серебрянно-палладиевого сплава). У 3 больных через 6 месяцев после проведения медикаментозного лечения произошел рецидив заболевания. Им был проведен повторный курс медикаментозного лечения, который привел к положительному результату.

В отдаленные сроки наблюдения (2-5 лет) - обострений и рецидивов заболевания не было.

Непереносимость зубных протезов разного происхождения с многообразными проявлениями встречается довольно часто у пациентов стоматологической практики. Представленное клиническое наблюдение продемонстрировало роль механического раздражения слизистой полости рта зубным протезом, что привело к образованию эритемы.

Используемые в стоматологической практике материалы неизбежно приводят к противоборству живых тканей и систем человеческого организма с чужеродными материалами. Эта "конфронтация" ярче всего представлена в полости рта.

Стоматологические материалы и их составные элементы являются неполноценными антигенами - так называемыми гаптенами, которые могут преобразовываться в полноценные антигены в результате соединения с собственным белком и получать способность к сенсибилизации (чувствительности). Последняя, проходит незаметно и зависит от дозировки материала (аллергологический эффект). Для зубных протезов в течение 30 лет применяются акриловые пластмассы. В последние годы разрабатываются различные композиты - наполненные пластмассовые материалы на базе диакрилатов.

Токсикологический эффект могут вызвать: метиловый эфир метакриловой кислоты - мономер - в принципе является ядом. Однако его ядовитые свойства проявляются лишь при высоких дозах. Для кожи мономер является сильным раздражителем, который быстро угнетает защитные барьеры; при продолжительном воздействии на кожные покровы сначала появляется контактная экзема неаллергического типа, затем - аллергическая контактная экзема.

Заключение. Лечение непереносимости материалов зубных протезов антиоксидантами позволяет избежать (в 93,2% случаев) снятия конструкций протезов из нержавеющей стали и замены их на благородные.

Положительные результаты лечения позволяют говорить о перспективности применения антиоксидантов, в частности ацетилцистеина (флуимуцила) в процессе реабилитации больных с непереносимостью несъемных металлических зубных протезов из нержавеющей стали.

Несъемные протезы из сплавов металлов наиболее часто применяются при ортопедическом лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов, аномалиями и деформациями зубочелюстной системы. Эти протезы выполняют не только функциональную, но и эстетическую роль. Однако при всей важности зубного протезирования необходимо учитывать, что при его осуществлении в полость рта вводятся и находятся в ней на протяжении длительного времени инородные тела, изготовленные из материалов, не собственных организма человека. Поэтому перед современной ортопедической стоматологией встает вопрос о биосовместимости металлических зубных сплавов организма человека.

При подборе конструкции протеза необходимо помнить, что интенсивность взаимодействия сплавов в полости рта зависит от следующих факторов: природы металлов, условий контакта между ними, состава и структурного состояния сплавов.

Литература:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б. и др. - М.: МЕДИ издательство, - 2005. - С.11-21.
2. Боровский Е.В., Машкилейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - М., 2001.с.66-103; - С.158-179.
3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычкова В.А., Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. - Смоленск, 2000. - С.420-425

4. Амираев У.А., Рузуддинов С.Р. Клиника и протезирование дефектов зубных рядов. - Бишкек, 2002. - С.15-17
5. Максимовская Л.Н., Рощина П.И. Лекарственные средства в стоматологии. Справочник. М: Медицина 2000. - С. 240
6. Манеев В.Г. Электрохимические и аллергические свойства некоторых металлов, применяемых в ортопедической стоматологии: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1972 г.

УДК 616.314-089-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙШ.Ш. Абралина¹, Л.М. Садвокасова¹, Д.М. Буржанова², П.А. Камбарова², Б.А. Куренова³ГМУ г.Семей¹, ЛУ «Стоматология», г. Семей², КГКП «Поликлиника 4» г. Павлодар³**Тұжырым****БАЛАЛАРДЫҢ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫ ЛИМФАДЕНИТИНІҢ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Ш.Ш. Абралина, Л.М. Садвокасова, Д.М. Буржанова, П.А. Камбарова, Б.А. Куренова

*Жүргізілген зерттеулеріміздің нәтижелері бойынша, жақ-бет аймағы лимфадениттері 6 жастан 10 жасқа дейінгі балаларда қыс мезгілінде жиі кездеседі және барлық нозологияның 6,8 % құрайды.***Summaru****PECULIARITIES OF LYMFHADENITIS MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN**

SH. Abralina, L. Sadvokasova, D. Burzhanova, P. Kambarova, B. Kurenova

Studies have rereled that the lymphadenitis maxillofacial region are more frequent between the ages of 6-10 years in winter and up 6.8% all cases nozoology.

За последние годы отмечается рост одонтогенных и неодонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, что связано со снижением профилактической работы среди детского населения. В специальной литературе в основном описываются одонтогенные лимфадениты. Однако в челюстно-лицевой области регионарные лимфадениты у детей и подростков развиваются не только при одонтогенной инфекции. Они могут развиваться и при инфекционно-воспалительных заболеваниях слизистой оболочки полости рта и носоглотки, острым и хроническом тонзиллите, гнойничковых заболеваниях кожи лица и др. Только в 15-20% они связаны с одонтогенной инфекцией и почти у половины больных бывают затруднения по определению первичного инфекционного очага.

Цель исследования – изучение распространенности, первичной локализации инфекционного очага, возрастной характеристики больных, сезонности заболеваемости острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей и подростков.

Материал и методы исследования.

Использовались данные статистического исследования историй болезней 64 детей, проходивших лечение амбулаторно и госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии в возрасте до 15 лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Данные проведенного анализа выявили, что лимфадениты челюстно-лицевой области у детей встречались у 6,8% случаев от всех нозологий. Анализу не подвергались лимфадениты сопутствующие периоститам, остеомиелитам, флегмонам, сиагоденитам, где последние являлись ведущими при госпитализации и лечении больных. Их них мальчиков было 28 (43,8%), девочек – 36 (56,2%). Острые серозные лимфадениты диагностированы у 36 детей (56,2%), острые гнойные – у 28 (43,8%). Характеристика острых лимфаденитов в зависимости от возраста была следующей: дети в возрасте до 1 года составили - 5, от года до 3 лет - 14, от 3 до 6 лет- 10, от 6 до 10 лет- 19, от 10 до 12 лет -10 , от 12 до 15 лет - 6.

Рисунок 1. Распределение детей по возрасту