



ВЛИЯНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РТА

Эгамов Шероз Анваржонович

Ассистент Университета Zarmed, г.Самарканд, Узбекистан

Илхомжонова Севара Тулкиновна

Студентка стоматологического факультета Самаркандского
Государственного Медицинского Университета, г.Самарканд, Узбекистан
<https://doi.org/10.5281/zenodo.15148349>

Аннотация:

В обзоре представлены клинические, морфологические и цитологические изменения слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа под влиянием съемных протезов, теоретические и клинические аспекты этих проблем, а также возможные пути решения в ортопедической стоматологии с использованием материалов с памятью формы.

Ключевые слова: протезное ложе, съемные протезы, материалы с памятью формы.

Съемные зубные протезы представляют собой комбинированные раздражители, оказывающие механическое, хемотаксическое, сенсibiliзирующее и термоизолирующее действие на слизистую оболочку протезного ложа (СОПЛ) и его нейрорецепторный аппарат, сила и характер которого зависят от физико-химических свойств базисов, особенностей конструкции, качество изготовления и условия использования протезов. Последние проявляются ощущением жжения, покалывания, сухости, болезненности в области опорных тканей протезного ложа, иногда кончика и спинки языка, губ и щек, что приводит у ряда пациентов к невозможности пользоваться зубными протезами.

Протезный стоматит чаще возникает у женщин, особенно старше 50 лет, вследствие снижения защитно-барьерной функции эпителия твердого неба, реже альвеолярного отростка верхней челюсти и очень редко альвеолярной части нижней челюсти. При этом у одного и того же больного локализация, интенсивность и площадь воспалительных явлений могут различаться. Исследования последних лет показали, что проблема соотношения зубного протеза и протезного ложа не потеряла своей актуальности и в современных условиях. Клинически очаговое воспаление при использовании съемных протезов проявляется в виде одиночной или множественной точечной гиперемии, иногда крупных пятен, не имеющих регулярности в размерах и локализации. По мере

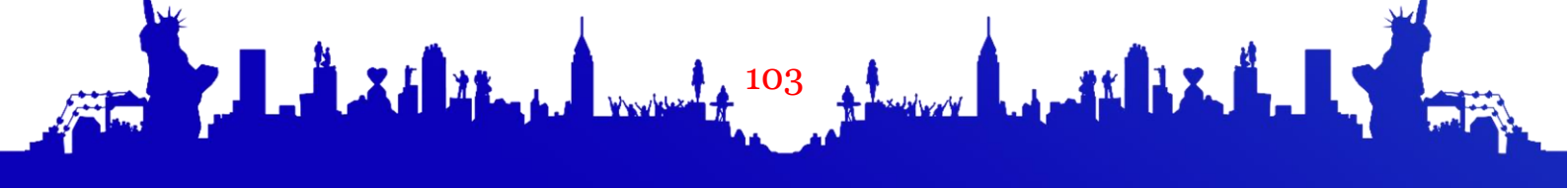




дальнейшего развития процесса на фоне разрыхления и отека слизистой оболочки появляются кровотокающие эрозии и пролежни, гиперпластические разрастания, сопровождающиеся болезненностью.

Поверхностно-очаговое воспаление чаще локализуется в области железистой зоны, уздечек, переходных складок и альвеолярных отростков. Декубитальные язвы располагаются преимущественно в области переходных складок и по линии «А», реже — альвеолярных отростков и твердого неба. Папилломатозные разрастания чаще локализуются в центральной части твердого неба. Диффузное диффузное воспаление характеризуется теми же клиническими признаками, но топографо-анатомически занимает всю поверхность протезного ложа, совпадая с его границами, имеет вишнево-красный цвет, отечность и рыхлость. Воспаление ММРВ без нарушения целостности эпителия наблюдается у пациентов, пользующихся съемными протезами, как правило, от 1 до 3 лет. Эрозии и гиперплазия в этих случаях развиваются в сроки 3 и более лет, когда возникает несоответствие поверхности базиса протезному ложу. Причинами очагового воспаления ММРВ являются: плохая фиксация и балансировка протезов, шероховатость, пористость, неточное соответствие базиса рельефу протезного ложа вследствие усадки и уменьшения на 0,02-0,5% пластмассы при полимеризации, что способствует механическое раздражение, а также макросмещения и неравномерное давление протеза на опорные ткани во время жевания. Этиология диффузного воспаления ММРВ носит химически токсический или аллергический характер. Как отмечает Василенко З.С., технические мероприятия по улучшению качества полимеризации акриловых пластмасс и уменьшению количества остаточного мономера в зубных протезах малоэффективны у больных с разлитым хемотаксическим воспалением опорных тканей протезного ложа. Существует мнение, полностью отрицающее механические факторы и указывающее, что воспалительные изменения могут возникать и при качественных протезах, связывая это исключительно с общим состоянием организма.

Воспалительным явлениям ММРВ способствуют плохое гигиеническое состояние, загрязнение поверхности протезов из акриловой пластмассы микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, что снижает местный иммунитет. Это обстоятельство создает своеобразный очаг токсикоинфекции, который может быть причиной патологических изменений местного и общего характера в

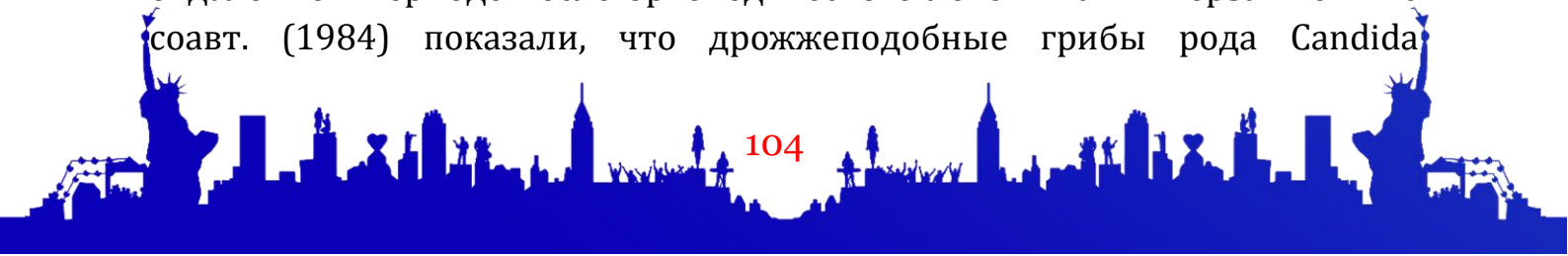




организме больного. По мнению ряда авторов, одной из основных причин непереносимости основных материалов, раздражения и воспаления ММРВ является остаточный мономер - метилметакрилат, содержащийся в пластике в концентрации 0,2-5,2% даже при длительной полимеризации и остающийся в протез на срок до 12 месяцев. Остальные компоненты, входящие в состав базовых пластиков, считаются относительно безвредными и редко вызывают аллергические реакции из-за низкой концентрации их содержания (гидрохинон - 0,01%, пероксид бензоила - 0,2-0,5% и др.), а красители - из-за плохой растворимости. считаются биологически индифферентными.

В этих ситуациях клиническая картина соответствует контактному химико-токсическому неспецифическому воспалению, проявляющемуся в виде гиперемии, точечных кровоизлияний, отека, ощущения сухости и жжения, парестезий слизистой оболочки полости рта и языка. В редких случаях явления непереносимости основного материала могут проявляться в виде экземы, глоссита, отека губ, острого дерматита лица и рук, бронхиальной астмы и других аллергических состояний. Следует отметить, что одной из причин воспаления слизистой оболочки протезного ложа является отрицательное давление под основой ортопедической конструкции, которое может оказывать повреждающее действие. Различают атрофический и гипертрофический протезный стоматит. В атрофическом варианте, атрофия, эритематоз слизистой оболочки на значительной части опорных тканей. Патоморфологическая поверхность слизистой оболочки покрыта многослойным плоским неороговистым эпителием, шиповатый слой тонкий, на отдельных участках может наблюдаться акантоз. В соединительнотканной основе наблюдается лимфогистоцитарная инфильтрация. Иногда клетки-макрофаги внедряются в толщу эпителия. При гиперпластическом стоматите в слизистой оболочке помимо признаков продуктивного воспаления отмечают выраженные эритематозные изменения, очаги которых локализуются чаще в центре твердого неба и верхушке альвеолярного отростка, при этом. На слизистой оболочке обнаруживается интенсивный рост дрожжевых грибов.

Микробиологическое исследование мазков с поверхностей съемных протезов из акриловой пластмассы, проведенное в ближайшем и отдаленном периоде после ортопедического лечения Л.М. Перзашкевич с соавт. (1984) показали, что дрожжеподобные грибы рода *Candida*





выделялись у всех больных, при этом наблюдалось постепенное их увеличение в прямой зависимости от продолжительности использования протезов. В настоящее время накоплен значительный объем информации и опубликовано достаточное количество работ по морфофункциональным особенностям, гистохимическим и ультраструктурным исследованиям. Под влиянием съемных пластинчатых протезов в срок от 2 до 8 лет происходит утолщение эпителиального слоя и истончение собственной пластинки слизистой оболочки. Клетки базального слоя становятся низкопризматическими. Зернистый и роговой слои постепенно истончаются и исчезают. Имеется выраженная картина акантоза. Эпителиальные выросты весьма разнообразны по форме и размерам. Лимфоциты обнаруживаются в эпителии. В соединительной ткани увеличивается количество клеточных элементов фибробластического ряда, но интерстициальное вещество преобладает над клетками. Увеличивается количество инфильтратов из плазмоцитов и гистиоцитов, выявляются их периваскулярные скопления.

С увеличением срока использования протезов (5-8 лет) увеличивается количество очаговых инфильтратов из лимфоцитов и плазмоцитов, которые возникают не только по ходу сосудов, но и в других участках соединительного слоя. Эластические волокна соединительной ткани и сосудов ММРВ становятся толще, грубее, некоторые из них теряют непрерывность. В сосудах мышечного типа внутренняя эластическая мембрана гипертрофирована. В средней оболочке сосудов количество эластических элементов становится меньше, а в адвентиции - больше. Коллагеновые волокна соединительной ткани фрагментированы, мукоидное набухание, гиалиноз, склероз, фибриноидная дистрофия. При использовании съемных протезов в течение 10 и более лет морфологические изменения слизистой оболочки протезного ложа усиливаются и характеризуются различным сочетанием атрофических и гиперпластических процессов. Эпителиальный слой утолщается неравномерно, роговой и зернистый слои исчезают. Имеются выраженные дистрофические изменения в клетках поверхностного слоя (дискератоз, паракератоз), который нередко отторгается. В этих случаях эпителий протезного ложа представляет собой узкую полосу разрыхленных базальных и шиповатых клеток, инфильтрированных лимфоцитами. В некоторых ситуациях наблюдается обнажение соединительнотканых сосочков с их гипертрофией и папилломатозом. Во всех участках ММПБ





проявляется картина хронического воспаления. Размеры шпиковых клеток увеличиваются, а их межклеточные пространства уменьшаются, повсеместно выражены явления акантоза. Эпителиальные выросты достигают крупных размеров и разнообразной формы. В слое шиповатых клеток обнаруживаются эпителиальные жемчужины разной степени зрелости. Соединительная ткань инфильтрирована плазматическими клетками и гистиоцитами. Количество коллагеновых волокон в соединительнотканной основе увеличивается с увеличением сроков использования протезов, они становятся тоньше, фрагментируются, часто гиалинизируются, их пучки располагаются хаотично даже в сосочках собственного слоя. Эластические волокна имеют тенденцию к утолщению и фрагментации. В сосудах мышечного типа отмечается эластоз. В средней оболочке сосудов количество эластических волокон становится меньше, а в адвентиции - больше.

Это показывает, что установка конструкций из определенных материалов вызывает изменения микрофлоры полости рта. Примерно у 70% больных развиваются стоматит и признаки катарального воспаления. По этой причине врачи рекомендуют регулярные посещения для профилактики, своевременного выявления проблемы и лечения. При правильном уходе за полостью рта риск осложнений значительно снижается.

Список литературы:

1. Vasilenko Z.S. The effect of lamellar prostheses on the oral mucosa // Dentistry. - 1955. - No. 4. - pp.42-47.
2. Vysotskaya A.V. Clinic and therapy of inflammatory phenomena on the oral mucosa associated with the use of removable plate prostheses // Dentistry. - 1956. - No. 3. - pp. 46-50.
3. Gavrilov E.I. Prosthesis and prosthetic bed. - M.: Medicine, 1979. - 264 p.

