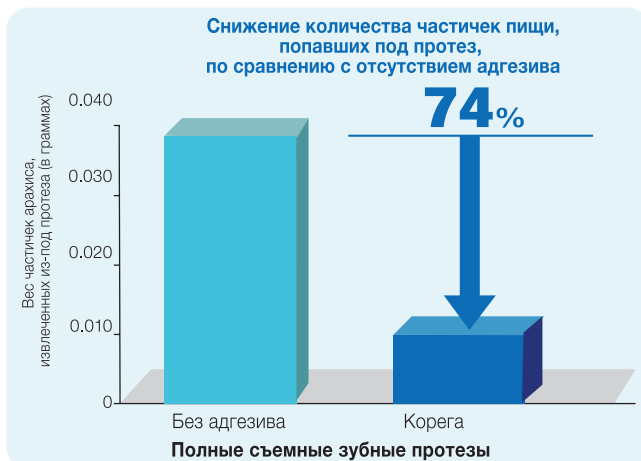


Даже при наличии хорошо припасованных зубных протезов пациенты сталкиваются с двумя проблемами, которые приводят к неудовлетворенности изготовленными протезами и неуверенности^{1, 2}:

- У 87% людей, носящих зубные протезы, возникает раздражение дёсен частичками пищи, попавшими под протез³, что вынуждает их придерживаться менее разнообразного, скудного пищевого рациона^{2, 4}.
- 55% людей, носящих зубные протезы, испытывают дискомфорт от смещения протеза⁵.

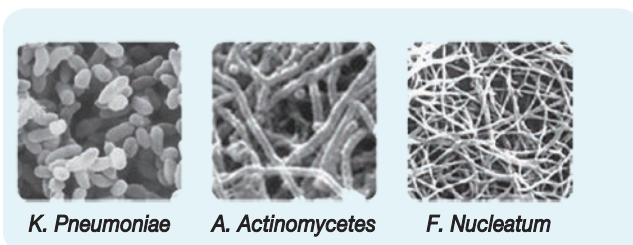


Клинически доказано:

- при использовании крема **КОРЕГА®** под протез попадает на 74% меньше частичек пищи, чем при отсутствии адгезива, что помогает уменьшить раздражение и болевой симптом, являющийся следствием раздражения⁵.
- крем **КОРЕГА®** улучшает фиксацию протеза и увеличивает силу накусывания на 38% даже у людей с хорошо припасованными полными съёмными протезами⁶, улучшая способность пациентов есть твердую пищу⁷.

84% протезов имеют значительный зубной налет на поверхности⁸.

В клинических исследованиях доказано, что таблетки для очищения зубных протезов **КОРЕГА®**:



- обладают бактерицидной активностью против грам-положительных и грам-отрицательных бактерий;
- убивают 99,9% бактерий, вызывающих неприятный запах изо рта;
- эффективно удаляют налёт и зубные бляшки.

КОМПЛЕКС СРЕДСТВ ПО УХОДУ

Рекомендуйте Вашим пациентам комплекс средств для ежедневного ухода за съёмными зубными протезами, и Вы обеспечите пациентам максимальный комфорт и уверенность. Каждый день. День за днем.



В.О. Самусенков,
к.м.н., ассистент

А.Л. Макаров,
к.м.н., ассистент

А.С. Утюж,
к.м.н., доцент¹

С.Р. Белоус,
врач-стоматолог, клинический ординатор²

Рациональные подходы к протетическому лечению пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта

Резюме. В статье описываются наиболее рациональные методы протетического лечения пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Исследование, проводившееся на кафедре ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, позволило выявить низкую осведомленность пациентов о правилах пользования и ухода за ортопедическими конструкциями (зубных паст и ополаскивателей Parodontax и Sensodyne, фиксирующего крема и очищающих таблеток Corega). Это в свою очередь влияет на ухудшение уровня жизни больных, а также на рост заболеваемости слизистой оболочки полости рта. Предложены методики профилактики и лечения данных патологий, улучшающих данную ситуацию.

Ключевые слова: отсутствие зубов, протетическое лечение, ортопедические конструкции, гигиенический статус протезов, средства для очистки и фиксации протезов в полости рта

Summary. This article describes the best practices of prosthetic treatment of patients with oral mucosa diseases. Research conducted at the First Moscow State University named Sechenov I., department of Prosthetic Dentistry revealed low patients' awareness of rules of use and care of orthopedic structures (toothpastes and rinses Parodontax and Sensodyne, fixing cream and cleaning tablets Corega). This in turn affects the deterioration of patients' life as well as growth of oral mucosa diseases. The article proposes methods of prevention and treatment of these pathologies that improve the situation.

Key words: absence of teeth, prosthetic treatment, orthopedic structures, hygienic status of dentures, tools for cleaning and fixing dentures in the oral cavity

¹ Кафедра ортопедической стоматологии
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова.

² Кафедра комплексного зубопротезирования
МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

В последние годы результаты практической работы врачей-стоматологов указывают на рост обращаемости населения по поводу заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ (ККГ). Чаще всего это связано с ухудшением общесоматического статуса пациентов, появлением новых, часто проявляющихся на СОПР системных заболеваний (СПИД, папилломовирусная инфекция и др.), тенденцией к увеличению среднего возраста жизни населения, неблагоприятным воздействием профессиональных вредностей, «старых» и «новых» вредных привычек (курение, привычное прикусывание СОПР, наркопотребление), местных травмирующих и алергизирующих факторов ятрогенной природы (конструкционные материалы, продукты гигиены полости рта, лекарственные препараты и др.).

Мультифакторный генез тяжелых форм патологии СОПР наиболее полно проявляется у лиц пожилого и старческого возраста, а также у пациентов со сниженной иммунной резистентностью организма, системный статус которых скомпрометирован наличием многих

хронических заболеваний, а стоматологический статус — полным или частичным отсутствием зубов, низким уровнем гигиены полости рта и зубных протезов, нарушением микробиоценоза и слюноотделения, процессов дифференцировки и ороговения эпителиальных клеток, васкуляризации и иннервации СОПР и субэпителиальных структур. Инволютивные атрофические и гиперпластические процессы в тканях полости рта могут потенцироваться действием местных травмирующих факторов (протетические конструкции, реставрации и др.), приводить к развитию долго незаживающих, резистентных к традиционной терапии язв или гиперплазий, склонных к озлокачествлению.

Хронические заболевания СОПР проявляются функциональными и, в меньшей степени, эстетическими нарушениями, которые могут приводить к анатомическим изменениям в тканях полости рта, в том числе в тканях протезного ложа. Отек, эрозирование, атрофия, гиперплазия, склерозирование СОПР, проявляющиеся первичными и вторичными элементами на слизистой оболочке щек, неба, языка, десны и в углах рта, создают

неблагоприятные условия для пользования зубными протезами, фиксации ортопедических конструкций и гигиенического ухода [1, 2]. Выявляемые со стороны СОПР анатомо-функциональные нарушения дополнительно снижают и без того недостаточную жевательную эффективность у лиц с частичным и полным отсутствием зубов. Вследствие этого требуется совместное решение актуальных для терапевтов и ортопедов-стоматологов проблем: обоснованного выбора конструкционного материала и собственно конструкции зубного протеза, щадящего инструментально-технологического обеспечения протетического лечения, оптимальных сроков протетического этапа стоматологической реабилитации, рационального выбора специальных средств для фиксации протезов и гигиенического ухода за ними, особого психологического патронажа за пациентом, а также медикаментозной поддержки СОПР на всех этапах протетического лечения.

В современной специализированной литературе чаще затрагиваются вопросы совершенствования консервативного, медикаментозного или реже физиотерапевтического лечения заболеваний СОПР [3], тогда как ортопедической стоматологической реабилитации и особенностям протетического лечения пациентов с конкретными формами патологии СОПР уделяется недостаточно внимания. Несомненно, ортопедические конструкции могут не только инициировать развитие заболеваний полости рта, но и являться комплексной проблемой в реабилитации больных с существующими заболеваниями СОПР и ККГ. Согласно данным литературы, у пациентов с полными съемными пластиночными протезами заболевания СОПР выявляются в 3,3 раза чаще, чем у лиц с сохранным зубным рядом на обеих челюстях [5]. Для пациентов с патологией СОПР не имеется системного и рационального подхода к ортопедической реабилитации, не сформулированы практические рекомендации по особенностям использования технологий и методов протезирования. Индивидуализированное рациональное протетическое лечение должно закреплять результат консервативного лечения и способствовать скорейшему устранению структурно-функциональных и эстетических нарушений, которые могли быть связаны и с поражением СОПР, и с отсутствием зубов. Конечной целью комплексного консервативного и протетического лечения пациентов должно быть улучшение качества жизни больного с хронической патологией СОПР [4].

Необходимо обозначить и указать роль и определить особенности протетического лечения в комплексной стоматологической реабилитации и улучшении стоматологических показателей качества жизни у больных с хроническими заболеваниями СОПР.

Исследования проводились на базе кафедры ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Всем пациентам, обратившимся за лечебно-консультативной помощью по поводу жалоб на неудовлетворительно изготовленные ранее зубные протезы (невозможность рационально пользоваться,

говорить, принимать пищу и т.п.), приведшим к развитию заболеваний СОПР и ККГ, было проведено общеклиническое обследование, которое включало: опрос, осмотр, пальпацию, перкуссию, зондирование, расчет индексных показателей. Оценку общесоматического статуса, наличие, характер и стадию (компенсации, декомпенсации) системной патологии определяли по заключениям профессорско-преподавательского состава кафедры, выпискам из амбулаторных карт.

Отдельное внимание уделялось оценке исходного уровня оказания стоматологической помощи больным с хронической патологией СОПР: наличию системного и комплексного подхода к лечению, назначению рациональных схем и режимов фармакотерапии, завершенности санации полости рта, устранению общих и местных факторов риска, подбору рациональных гигиенических протоколов, при необходимости — наличию диспансерного наблюдения за больными и эффективности диспансеризации.

Обследование проводилось у мужчин и женщин в возрасте от 40 до 65 лет с наиболее распространенной патологией СОПР — красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР) и кандидозом полости рта, у которых по итогам клинического обследования было принято решение о необходимости протетического этапа комплексного лечения для стабилизации результатов консервативного лечения и максимально полного восстановления анатомо-функционального состояния тканей полости рта. У пациентов проводили оценку исходного ортопедического статуса с анализом вида имеющихся протетических конструкций, использованных ортопедических материалов, качества изготовления протезов и их гигиенического состояния. Оценку гигиенического статуса протезов проводили по методике E. Ambjornsen. Для изготовления протетических конструкций используется широкий спектр материалов, в том числе металлов, поэтому особое внимание при патологии СОПР обращали на возможное наличие гальванизма в полости рта. Для изучения биопотенциалов ротовой полости использовался биопотенциометр БПМ-03, обработку результатов проводили с использованием стандартного пакета офисных программ.

В качестве инструмента для оценки качества жизни у наблюдаемых нами пациентов использовались различные тест-опросники, в том числе тест Айзенка. Эффективность лечения с позиций оценки качества жизни пациентов анализировалась методом вариационной статистики по Стьюденту с расчетом парного t -критерия. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты анализа свидетельствовали, что в структуре заболеваний СОПР и ККГ преобладали красный плоский лишай (28,5%), кандидоз (17,0%), хронический рецидивирующий афтозный стоматит (10,5%) и лейкоплакия (8,5% пациентов). Различные формы предраковых заболеваний ККГ выявлены у 3% пациентов. Обращало на себя внимание относительно высокое (по 1% обследованных) число лиц

с лекарственно-обусловленными поражениями СОПР (медикаментозный стоматит) и химиоукузитом.

В большинстве случаев заболевания СОПР сопровождалось выраженным отеком-болевым и ксеростомическим симптомами. В 80,4% случаев пациентов беспокоил необычный вид слизистой, неприятный запах изо рта отмечали 78,6% пациентов. Жалобы на расстройства речи и нарушение дикции предъявляли 68,2% пациентов, эстетическая составляющая беспокоила 63,6% больных.

В выделенной группе больных с КПЛ и кандидозом СОПР анализ ортопедического статуса показал, что 65,8% пациентов нуждались в протетическом лечении (изготовлении коронок, частичных и полных съемных протезов), 45,2% пациентов ранее пользовались ортопедическими конструкциями, однако подготовка к ортопедическому лечению проводилась без учета патологии СОПР, а следовательно, не обосновывалось использование материалов для зубных протезов и не прогнозировались возможные осложнения КПЛ и кандидоза СОПР. Так, по данным измерения биопотенциалов в полости рта у 40,5% пациентов зарегистрированы явления гальваноза. Неудовлетворительное гигиеническое состояние имеющих в полости рта съемных зубных протезов наблюдалось у 85% больных. Среди пациентов, регулярно ухаживающих за съемными протезами, в 15,9% случаев был также обнаружен мягкий налет. В 82,5% случаев оценки качества протезов были выявлены сколы, шероховатости, изменение цвета, трещины, поднутрения и пр., что было обусловлено не только длительным (более 10 лет) использованием протезов, но и агрессивным проведением гигиенической чистки протетических конструкций (чистка жесткой щеткой для протезов и использование абразивных чистящих средств). Ни один из пациентов, имеющих в полости рта съемные протетические конструкции, не использовал специализированные безопасные и эффективные средства для их очищения. Среди пациентов, пользующихся съемными протезами, 77,8% никогда не использовали средства для фиксации протезов в полости рта, так как 35,5% из них были удовлетворены фиксацией их протетических конструкций, а остальные не знали об их существовании. Четверть (25,0%) пациентов со съемными конструкциями ранее использовали средства для фиксации, но не были удовлетворены качеством фиксации протезов либо органолептическими свойствами используемых препаратов. Только 4 пациента использовали средства для фиксации на постоянной основе. Всем пациентам с КПЛ и кандидозом СОПР требовалось протезирование либо замена имеющих протетических конструкций на новые.

Решение о протезировании принималось после проведения консервативного лечения по достижении ремиссии КПЛ и кандидоза СОПР.

При планировании и проведении ортопедической реабилитации у данных пациентов придерживались следующих принципов. При протезировании несъемными конструкциями протезов (вкладками, коронками,

мостовидными протезами) использовался щадящий режим препарирования опорных зубов. Рядом с десневым краем препарирование проводили на малых оборотах, используя инструменты с малой величиной алмазного зерна. Поддесневое препарирование было исключено. Слепки получали альгинатными и силиконовыми оттисковыми материалами. Использование термопластических оттисковых масс было исключено ввиду возможности термической травмы слизистой. Особое внимание обращали на края искусственных коронок: они не должны быть острыми и глубоко погружаться в зубодесневую бороздку, травмируя зубодесневое прикрепление. Промежуточная часть мостовидного протеза должна иметь промывную и касательную форму. У пациентов была исключена седловидная форма тела мостовидного протеза из-за высокой вероятности образования пролежней на десне.

При выборе съемных конструкций предпочтение по возможности отдавали бюгельным протезам (в связи с тем, что они имеют меньшую площадь контакта со слизистой оболочкой). Во всех случаях использовали индивидуальные ложки и разгружающую методику получения функциональных оттисков. Особое внимание уделяли правильному оформлению функционального края протеза с изоляцией тяжелой и костных выступов. Использование мягких подкладок позволяло исключить травму слизистой оболочки, способствовало улучшению фиксации протеза. Обращали внимание на качество полировки пластмассы — все поверхности протеза были закруглены, исключались острые края, шероховатости и поднутрения протеза. Хорошая фиксация и стабилизация протеза являются залогом успешного ортопедического лечения пациентов с заболеваниями СОПР, поэтому пациентам также рекомендовалось использование специальных средств для фиксации съемных протезов, например, «Крем для фиксации зубных протезов „Корега“ (нейтральный, экстрасильный мятный и освежающий вкусы)» (GlaxoSmithKline, Великобритания).

Важнейшей составляющей успешной реабилитации больных с заболеваниями СОПР является рациональная гигиена полости рта. Данной категории больных рекомендовали использование эффективных и безопасных для СОПР зубных паст Sensodyne F или «Parodontax + фтор» (GSK), ополаскиватели Parodontax или Sensodyne без спирта с выраженным противовоспалительным эффектом, зубные щетки средней степени жесткости на период ремиссии и мягкие — на период обострения заболевания СОПР. Рациональный уход за съемными зубными протезами, способными образовывать на своей поверхности микробную биопленку, также является важнейшей составляющей «идеальной» гигиены. Для профилактики возникновения протезных стоматитов рекомендовали использование средства для эффективного очищения зубных протезов, например таблетки для очищения зубных протезов «Корега Био Формула» (GSK) два раза в день (утром после завтрака и перед сном), так как использование

специализированных средств позволяет избежать микроцарапин на поверхности протеза, продлить срок его использования, предупредить возникновение Candida-ассоциированных протезных стоматитов, так как данные средства обладают выраженной противомикробной и противогрибковой активностью [6, 7].

По завершении ортопедической реабилитации 48 пациентов с КПЛ или кандидозом СОПР было изготовлено 37 полных съемных пластиночных протеза (20 на верхнюю и 17 на нижнюю челюсти), 30 частичных съемных пластиночных протезов (18 на верхнюю и 12 на нижнюю челюсти), 10 мостовидных протезов, 47 одиночно стоящих коронок.

По завершению ортопедической реабилитации и периода адаптации к съемным конструкциям вновь были проведены тест-опросы, в том числе тест Айзенка.

ВЫВОДЫ

Эффективное консервативное лечение деструктивных заболеваний СОПР не всегда сопровождается нормализацией стоматологических показателей. Только

лишь после рационально проведенного ортопедического лечения показатели были приближены к норме. Проблема ортопедическая является обоюдоострой как для пациентов, так и для врачей-стоматологов и связана в первую очередь с высокой нуждаемостью больных в протезировании, низкой мотивированностью пациентов, возрастающей ролью протетических конструкций как факторов риска развития заболеваний СОПР, отсутствием четких рекомендаций по работе с этими пациентами на этапах комплексного лечения и диспансеризации, отсутствием четких инструкций по регламентированному использованию специализированных средств ухода за протезами и полостью рта, психоэмоциональным настроем врачей и психологическим статусом пациентов.

Таким образом, индивидуализированное рациональное протетическое лечение закрепляет результат консервативного лечения и способствует скорейшему восстановлению функциональных нарушений, которые связаны как собственно с заболеваниями СОПР, так и с отсутствием зубов, а также улучшает качество жизни пациентов.

Статья опубликована при финансовой поддержке ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Хелскер».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жолудев С.Е. Особенности протезирования полными съемными протезами и адаптации к ним у лиц пожилого и старческого возраста. — *Уральский медицинский журнал*. — 2012; 8 (100): 31-5.
2. Аболмасов Н.Н., Соловьев А.А., Гелентин П.Н. Характеристика адгезивных средств при адаптации к съемным протезам. — *Вестник Смоленской медицинской академии*. — 2010; 2: 12-4.
3. Либик Т.В. Клиника, диагностика и лечение заболеваний пародонта у больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: дис. ... к.м.н. — Пермь, 2010. — 158 с.
4. Гилева О.С., Либик Т.В., Халилаева Е.В. и др. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни. — *Медицинский вестник Башкортостана*. — 2011; 3 (т. 6): 6—11.
5. Espinoza I., Rojas R., Aranda W., Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. — *Oral Pathol Med*. — 2003; 32 (10): 571-5.
6. Самусенков В.О. Клинико-микробиологическое обоснование временного протезирования при непосредственной дентальной имплантации: дис. ... к.м.н. — Москва, 2012. — 139 с.
7. Sampaio-Maia B., Figueiral M.H., Sousa-Rodrigues P., Fernandes M.H., Scully C. The effect of denture adhesives on *Candida albicans* growth in vitro. — *Gerodontology*. — 2012; 29 (2): e3485—6.