

***Вплив часткових знімних протезів
на тканини порожнини рота.
Протезні стоматити.
Адаптація до знімних протезів.***



ПОЛТАВА-2021

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Адаптація. Фактори, що впливають на адаптацію.
2. Теорії адаптації за В.Ю. Курляндським, І.С. Рубіновим, Г.Б. Шиловой.
3. Вплив знімних конструкцій на порожнину рота і організм пацієнта.
4. Діагностика та лікування токсичного протезного стоматиту.
5. Діагностика та лікування алергічного протезного стоматиту.
6. Прояви механічної травми у порожнині рота.

Адаптація (від лат. *adaptatio* - прикладання, пристосування) - це звикання пацієнта до протеза і пристосування протеза до тканин протезного ложа, яке виражається в:

- 1) стабільності психічного статусу пацієнта;**
- 2) неможливості існування без протеза;**
- 3) відсутності факторів подразнення слизової оболонки протезного ложа, губ, щік, язика.**

Протез в значній мірі змінює фізіологію органів жувального апарату. Він спочатку сприймається пацієнтом як **стороннє тіло**, а по відношенню до слизової оболонки протезного ложа виявляється **незвичайним подразником**.

Протез змінює звичні взаємини органів. Це обумовлено:

- **скороченням обсягу власне порожнини рота.**
- **одночасно порушується топографія артикуляційних пунктів, необхідних для утворення різних звуків.**

Нові оклюзійні відносини між штучними зубами можуть змінювати характер жувальних рухів нижньої щелепи.

При зміні висоти прикусу створюються нові умови для діяльності жувальних м'язів і СНЩС.

З плином часу відповідна реакція на роздратування починає стихати: почуття відчуття чужорідного тіла зменшується.

Пацієнт перестає відчувати протез, забуває про його існування і навіть *відчуває незручність, якщо деякий час не користується протезом.*

В основі затихання цих реакцій лежать складні **нейрорефлекторних процеси.**

Незвичайний подразник (протез) викликає в корі півкуль головного мозку збудження певних центрів, яке проявляється у вигляді рефлекторних реакцій:

- **слиновиділення;**
- **відчуття стороннього тіла;**
- **позиви до блювоти.**

В.Ю. Курляндський вважає, що в основі звикання до протезів лежить коркове гальмування, яке є умовним.

Протез є чужорідним тілом і звикання до протезу можна розділити на кілька фаз:

I фаза - фаза подразнення (в день накладення протеза) - характеризується гіперсалівацією, зміною дикції, слабкою жувальною потужністю, блювотним рефлексом;

II фаза - фаза часткового гальмування (від 1-го до 5-го дня) - запобігати негативним явищам кілька стихають;

III фаза - фаза повного гальмування (з 6-го по 33-й день) - пацієнт не відчуває протез як чужорідне тіло, а навпаки, відчуває дискомфорт без нього.

І.С. Рубінов на підставі об'єктивного вивчення жувальної функції за допомогою жувальних проб і мастікаціографії висловив протилежну думку про те, що в основі звикання до протезів лежить ***не гальмування, а утворення нових рухових рефлексів.***

Протез він вважав ***не «чужорідним тілом»***, а ***«органом»*** на підставі того, що якщо не користуватися протезом, то звикання не наступить.

За даними проф. **Г.Б. Шиловой** (1967) на підставі «Об'єктивного вивчення нормалізації жувальної функції при користуванні протезами» встановила, що жувальна функція при звикання стає все більш повноцінним. Це можна об'єктивно простежити за даними мастікаціограм і жувальних проб.

За даними **Г.Б. Шиловой** звикання до протезу відбувається в 2 етапи:

- *Етап звикання до протезу як до чужорідного тіла в результаті виникнення захисного гальмування.*
- *Етап звикання до протезу з формуванням рухового динамічного стереотипу акту їжі на підставі умовно-безумовних нервових зв'язків.*

Фактори, що впливають на адаптацію до знімних протезів:

- **розмір конструкції;**
- **біль, що виникає при користуванні протезом;**
- **погана фіксація і стабілізація;**
- **час користування протезом і прийом їжі (при знятті протеза - підкріплюється старий стереотип жування і подовжуються терміни звикання до нового протезу);**
- **тип вищої нервової діяльності пацієнта.**

Групи пацієнтів

з неадекватною реакцією на лікування:

1-а група - істеричні особи, що відрізняються емоційною лабільністю, драматизацією поведінки, недовірливі, мають багату уявою;

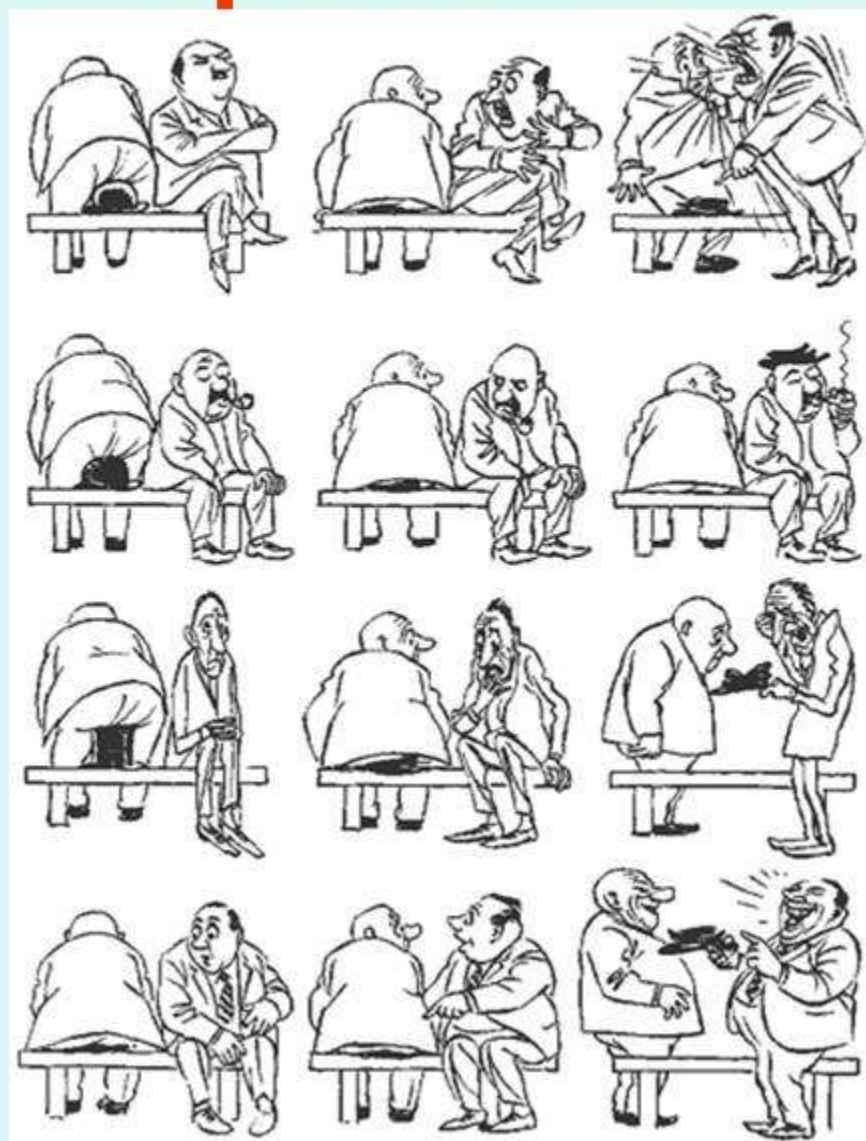
2-а група - ригідні (негнучкі), педантичні суб'єкти з постійністю характеру, які не припиняють вимагати замінити протези, так як корекції та реставрації їх не задовольняють. Цій групі пацієнтів необхідна психологічна корекція;

3-тя група - недовірливі, підозрілі (параноїдальні) особистості;

4-а група - особи, яким властива відчужена поведінка, "холодні" манери - це шизоїдні особистості. У спілкуванні з ними необхідні особливий такт и увага.

Типы темперамента

- Холерик
- Флегматик
- Меланхолик
- Сангвиник



флегматик



меланхолик



сангвиник



холерик



Методи, які сприяють адаптації до ПСП

- Виявлення зон підвищеного тиску.
- Вибіркове пришліфовування передчасних контактів зубів або корекція оклюзійних поверхонь.
- Усунення порушення дикції (триває від декількох годин до декількох днів). Якщо це триває довше, необхідно з'ясувати причину порушення мови: психологічний стан пацієнта або конструкція протеза.

У 1-му випадку пацієнту рекомендують голосно читати, записувати свій голос, прослуховувати запис, виправляти помилки.

У 2-му випадку причинами порушення можуть бути: підвищення висоти прикусу, невідповідність форми базису протеза на в/щ, недостатньо місця для язика, неправильна постановка штучних зубів.

- **Своєчасне виявлення порушення функції жування.**

Причини: підвищена або занижена висота прикусу, неправильне визначення ЦО і співвідношення зубів у мезіодистальному напрямку.

- **Використання адгезивних порошків, паст, рідин, фіксуєчих підкладок для прискорення процесу адаптації, поліпшення фіксації, лікування запальних процесів слизової оболонки.**
- **Перебазування протезів.**
- **Виконання всіх рекомендацій лікаря пацієнтом.**

ТЕРМІНИ АДАПТАЦІЇ ДО РІЗНИХ ВИДІВ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ

Терміни Конструкція	Терміни			
	1 день	1 місяць	6 місяців	1 рік
МП	97%	97%	98,3%	98,5%
ЧЗПП	76,1%	78,8%	88,4%	88,9%
БП	95,6%	95,8%	97,6%	98,4%
ПЗПП	25,8%	70,8%	84,4%	89,4%

Вплив ЧЗП на слизову оболонку порожнини рота різне від норми до появи різних патологічних процесів.

Реакція тканин протезного ложа на протез:

- **Вогнищеві** (обмежені) гострі і хронічні запалення;
- **Розлиті** (дифузні) гострі і хронічні запалення;
- **Порушення чутливості слизової оболонки порожнини рота при зовні нормальному її стані.**

Langer 1962 p.

Класифікація протезних стоматитів (А.К. Іорданішвілі, 1988)

I. За етіологією:

- *травматичні;*
- *токсичні;*
- *алергічні;*
- *обумовлені фізичними факторами.*

II. За формою патологічного процесу:

- *катаральні (серозні);*
- *ерозивні;*
- *виразкові;*
- *виразково-некротичні;*
- *гіперпластичні.*

Класифікація протезних стоматитів (А.К. Іорданішвілі, 1988)

III. За характером перебігу патологічного процесу:

- гострі;
- підгострі;
- хронічні (ремісія, загострення).

IV. За локалізацією патологічних змін СОПР:

- осередкові (обмежені, локалізовані);
- дифузні (розлиті, генералізовані).

V. За ступенем тяжкості перебігу:

- легкого ступеня тяжкості;
- середнього ступеня тяжкості;
- тяжкого ступеня тяжкості.

Класифікація протезних стоматитів

I. Протезні стоматити різної етіології (без травми).

А. Осередкові (гострі або хронічні)

Б. Розлиті (гострі або хронічні)

а) катаральні

б) виразкові в) з гіперплазією

II. Травматичні стоматити.

А. Гострі а) катаральні

Б. Хронічні б) виразкові (декубітальних виразка)

Рибаков А.І. (1964 р.)

Реакції тканин протезного ложа на присутність протеза обумовлені:

- **якістю протеза;**
- **властивостями матеріалу;**
- **способом фіксації;**
- **особливостями передачі жувального тиску;**
- **оклюзійними взаємовідносинами;**
- **величиною протезного базису;**
- **станом слизової оболонки порожнини рота;**
- **станом кісткової структури альвеолярних відростків;**
- **психологічним настроєм пацієнта.**

Найближчі та віддалені результати протезування ЧЗП:

- **безпосередня дія:**
спостерігається при контакті протеза з тканинами протезного ложе.
- **опосередкований вплив:**
здійснюється опосередковано через різні органи і системи пацієнта.

Токсична дія ЧЗП викликається:

- **надлишком мономера, який подразнює слизову оболонку протезного ложа;**
- **бактеріальними токсинами при поганій гігієні протеза;**

Стоматити, що розвиваються у таких випадках отримали назву **ТОКСИЧНИХ акрилових.**

Алергічна дія протеза обумовлена:

- **матеріалами, з яких він виготовлений** (мономер і барвники, що входять до складу базису протеза, і оксиди металів, які, реагуючи з білками тканин протезного ложа, стають алергенами);
- як токсичну, так і алергічну дію протеза можна повністю усунути шляхом підбору відповідних базисних матеріалів.

Травмуючий дію протеза викликається:

- базисом протеза;
- кламмерами;
- Травма спостерігається в тих випадках, коли межі базису протеза не відповідають формі і кордонів протезного ложа;
- Травму в її грубій формі (декубітальних виразки) легко попередити, а вже виникла усунути шляхом точного повторення на протезі кордонів і рельєфу протезного ложа.



Ерозія при хронічній травмі



**Гематома при гострій
механічній травмі**

Прояви осередкового запалення:

- **точкова гіперемія**, а іноді - **великі гіперемійовані плями** на слизовій оболонці твердого піднебіння або альвеолярного відростка;
- вогнища запалення **набряклі і шорсткі** внаслідок розпушення епітелію. Одні з них мають всі ознаки **катарального запалення**, в інших - на тлі набрякла епітелію виникають **ерозії, гіперпластичні розростання у вигляді дрібних ворсинчастих і грибоподібних поліпів**. Іноді розростання епітелію нагадують **дрібні грануляції**;
- на слизової оболонці можливі **точкові крововиливи**.

Розлите (дифузне) запалення

- **займає весь простір протезного ложа, точно збігаючись з його межами;**
- **протезне ложе вишнево-червоного кольору, часто з набряком, розпушене;**
- **можуть спостерігатися ділянки катарального запалення слизової оболонки і ділянки з порушенням цілості епітелію у вигляді ерозій або поліпозних розростань;**
- **запалення слизової оболонки протезного ложа може супроводжуватися гіперестезією, що ускладнює встановлення її причини;**
- **рідко запалення переходить на слизову оболонку щік і губ.**



**Дифузне запалення
тканин протезного ложа**

ТОКСИЧНИЙ СТОМАТИТ

Етіологія і патогенез:

Акрилова пластмаса, крім мономера і полімеру, містить різноманітні добавки низькомолекулярних сполук, які надають їй характерні специфічні властивості. До них відносяться:

- **пластифікатори** - речовини, що вводяться для підвищення пластичності пластмас при високих температурах, а також для підвищення пружності полімеру;
- **стабілізатори** - зменшують швидкість старіння полімерного матеріалу під впливом несприятливих зовнішніх фізико-хімічних чинників;
- **наповнювачі** - змінюють механічні та фізичні властивості виробу;
- **барвники**.

Всі ці хімічні речовини, разом узяті і кожен окремо, можуть надавати токсичну дію.

Токсична реакція виникає у разі порушення режиму полімеризації, коли зміст мономера значно збільшено.

При цьому:

- **розвивається швидко і виражене прояв інтоксикації;**
- **через 1-7 доби після накладення знімних протезів відчувається сильна печія слизових оболонок рота під протезом, печія губ.** Зняття протеза значно зменшує ці відчуття або вони зникають повністю;
- **скарги на сухість порожнини рота, іноді гіперсалівацію;**
- **виражені неврологічні порушення: головний біль, порушення сну;**
- **можливі розлади шлунково-кишкового тракту.**

Клінічна картина

При огляді порожнини рота відзначаються:

- **гіперемія і набряк слизових оболонок під протезом**, частіше на верхній щелепі.
- **сухість всіх слизових оболонок рота**, іноді тільки під знімними протезами.
- **язик гіперемійований, сухий. Сосочки язика згладжені, атрофовані.**
- **токсини порушують функцію парасимпатичних нервів, а також тканину слинних залоз, що призводить до зміни обміну гістаміну і серотоніну, калію, білка, наслідком чого є гіпосалівація.**
- **зміни з боку крові:** зниження кількості еритроцитів, лейкоцитоз, пізніше можлива лейкопенія, збільшення ШОЕ.

АЛЕРГІЧНИЙ СТОМАТИТ

Етіологія і патогенез

Алергія (за визначенням А.Д. Адо) - імунна реакція організму, що супроводжується пошкодженням власних тканин. У цьому визначенні закладено патогенез алергічної реакції і то якість, яка відрізняє її від нормальної імунної реакції. Це ж визначення виключає з алергічних всі псевдоалергічні та інші реакції, в основі розвитку яких немає імунологічного механізму.

Алергеном, що викликає алергічні реакції на пластмасові протези, є мономер, який отримує властивості алергену в результаті кон'югації з білками. Попадання в організм антигену викликає його сенсibilізацію.

Сенсibilізація - це імунологічно опосередковане підвищення чутливості організму до алергенів екзо- і ендogenousного походження.

Алергія включає не тільки підвищення чутливості до будь-якого антигену, а й реалізацію цієї підвищеної чутливості у вигляді алергічної реакції.

За характером механізму, який бере участь в розвитку алергії, виділяють **3 стадії**:

➤ **Імунологічна стадія** охоплює всі зміни в імунній системі, що виникають з моменту надходження алергену в організм, утворення антитіл або сенсibilізованих лімфоцитів і з'єднання їх з повторно надійшли алергеном.

➤ **Патохімічна стадія** полягає в утворенні біологічно активних медіаторів. Стимулом до їх виникнення є з'єднання алергену з антитілами або сенсibilізованими лімфоцитами в кінці імунологічної стадії.

➤ **Патофізіологічна стадія**, або стадія клінічних проявів, характеризується патогенною дією утворилися медіаторів на клітини, органи і тканини організму.

Обстеження хворого з алергічним стоматитом починають:

- зі збору та аналізу алергологічного анамнезу, в якому велике значення слід надавати факторів, які сприяють розвитку алергічних ускладнень:**
- обтяжена спадковість,**
- супутні алергічні захворювання: риніт, кропив'янка, екзема, набряк Квінке, бронхіальна астма та ін.**
- враховують наявність хронічних захворювань ШКТ, глистової інвазії, клімактеричного періоду, ендокринних порушень.**

Скарги пацієнтів з алергічним стоматитом:

- на неможливість або утруднене користування знімними протезами внаслідок постійного відчуття печії у ділянці слизової оболонки протезного ложа;
- на печію язика, слизових оболонок альвеолярних відростків, щік, губ;
- на сухість у порожнині рота;
- слина в'язка, «піниста», «клейка»;
- гіпосалівація ускладнює користування протезом і посилює клінічну картину.

Характерні скарги пацієнтів з алергічним стоматитом:

- набряк слизових оболонок щік, язика, губ, м'якого піднебіння і глотки;
- внаслідок набряку утруднене ковтання, іноді дихання, язик не вміщується в роті, «заважає», хворі прикушують щоки, мова;
- функціональні порушення нервової системи: дратівливість, безсоння, емоційна лабільність, канцерофобія;
- відзначаються загострення хронічних холециститів, гастритів, колітів;
- можливі підвищення температури шкіри (37,0-37,4° С), гострий дерматит обличчя, кистей рук, диспепсія, відчуття печіння в шлунку, хронічний риніт, кон'юнктивіт.

Клінічна картина

Об'єктивно відзначається:

- запалення слизової оболонки протезного ложа, чітко обмежене ділянками, які безпосередньо стикаються з внутрішньою поверхнею базисів протезів;
- запалену ділянку слизової оболонки являє собою точну копію розмірів і форми базису протеза;
- запалення може поширюватися за межі протезного поля на ділянки слизової оболонки губ, щік, спинки язика, які контактують із зовнішньою поверхнею протезів.

На тлі **алергічного стоматиту** може виникати механічне подразнення тканин протезного ложе протезом, яке посилює клінічну картину.

На тлі червоної, розпушеній слизової оболонки протезного ложа можна виявити структурні зміни гіпертрофічного характеру:

- **дрібні ворсинчатоподібні папіломатозні розростання.**
- **великі грибоподібні поодинокі папіломи.**
- **іноді заїди.**

Механічний вплив протеза на підлеглі тканини протезного ложа, порушення теплообміну під базисом протеза є сприяють, що готують факторами алергічного стоматиту, так як при цьому:

- збільшується проникність судин;**
- поліпшується всмоктування алергену;**
- у вогнищі запалення змінюється обмін речовин, що призводить до накопичення різних білкових продуктів обміну, які також сприяє розвитку алергічного стоматиту.**

Результати обстеження:

1. Клінічний аналіз крові: лейкопенія, лімфоцитоз, зменшення кількості сегментоядерних лейкоцитів.

2. Шкірні проби на мономер позитивні:

- почервоніння (+);
- почервоніння і набряклість (++);
- пухирці (+++).

3. Імунологічні показники:

- зміни функціонального стану Т- і В-лімфоцитів,
- зменшення лізоциму,
- позитивна реакція гальмування міграції лейкоцитів.

ДІАГНОСТИКА НЕПЕРЕНОСИМОСТІ АКРИЛОВИХ ПРОТЕЗІВ

Методика оцінки ступеню мікробного забруднення базисів протезів (E. Ambjornsen, S.B. Keng, M. Lem).

Протезний наліт досліджується у 5 ділянках і оцінюється за 4-х бальною системою у кожній ділянці:

0 - при зіскоблюванні гострим інструментом на базисі протезу немає видимого нальоту;

1 - наліт спостерігається тільки на інструменті, яким проводили зіскоблювання ділянок базису;

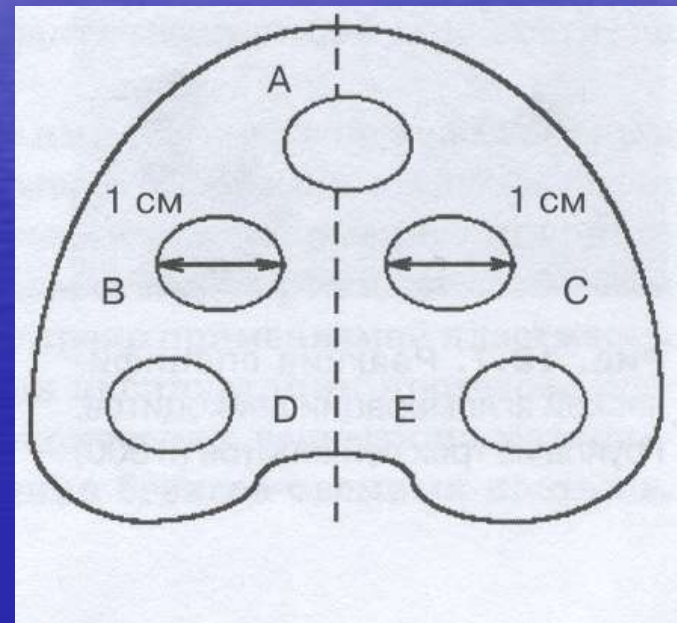
2 - в дослідних ділянках є видимий наліт;

3 - є велика кількість видимого нальоту в досліджуваних ділянках.

При оцінці результату бали підсумовуються.

0 - 3 бали - мала кількість протезного нальоту.

4 бали і вище - виражена кількість нальоту.



Лікування стоматитів повинно бути комплексним

- **Елімінаційна терапія**, тобто усунення алергену з середовища, відноситься до специфічних методів лікування.
- **Виготовлення нового знімного протезу із суворим дотриманням режиму полімеризації**, який визначає кількість залишкового мономера. Можна виготовити знімний протез з двошаровим базисом, підкладкою з еластичних пластмас або протези з безбарвної пластмаси.
- **Покриття зубних протезів із пластмас металом** (хімічне сріблення, золочення, палладування знімних пластмасових протезів) - метод лікування, заснований на дії хімічних речовин, що перешкоджають впливу акрилових протезів на організм.
- **Десенсибілізуюча терапія** (тавегіл, супрастин, діазолін).

Металізація пластмасових базисів

Зв'язок металу з пластмасою здійснюється в результаті створення мікрошорсткості на поверхні пластмаси.

Пластмасу покривають **ЗОЛОТИМИ сплавами** товщиною **10-15 мкн**, **нержавіючої сталлю** - **20 мкн**, проводять хімічну сріблення.

Послідовність хімічного сріблення

Приготування розчинів:

- **сенсibiliзуючий розчин** - двохлористе олово з етиловим спиртом або соляною кислотою;
- **основний розчин** - нітрат срібла з їдким калієм і аміаком;
- **відновник** - розчин глюкози у воді.

Підготовка поверхні протеза:

- ізоляція воском частин протеза, які не підлягають срібленню;
 - обробка в піскоструминному апараті, промивання, протруювання в розчині соляної або азотної кислоти і знову промивання.
 - **Сенсибілізація поверхні**, утворення центрів кристалізації в сенсибілізуючому розчині протягом 15-20 секунд.
 - **Хімічне сріблення.**
 - **Промивання протеза** в дистильованій воді, занурення в основний розчин в рівній пропорції з відновником, промивання в дистильованій воді, висушування при $t = 50^{\circ}\text{C}$.
- Товщина покриття - 0,01-0,02 мкн.**



Картина «палаючого рота»

**Гіперемія слизової
оболонки
відповідно межі протеза**





**Декубитальна виразка
на слизові оболонці
бічної поверхні язика**



**Гіперемія, набряк і
гіперплазія слизової
оболонки протезного ложа**



Протезна гранульома



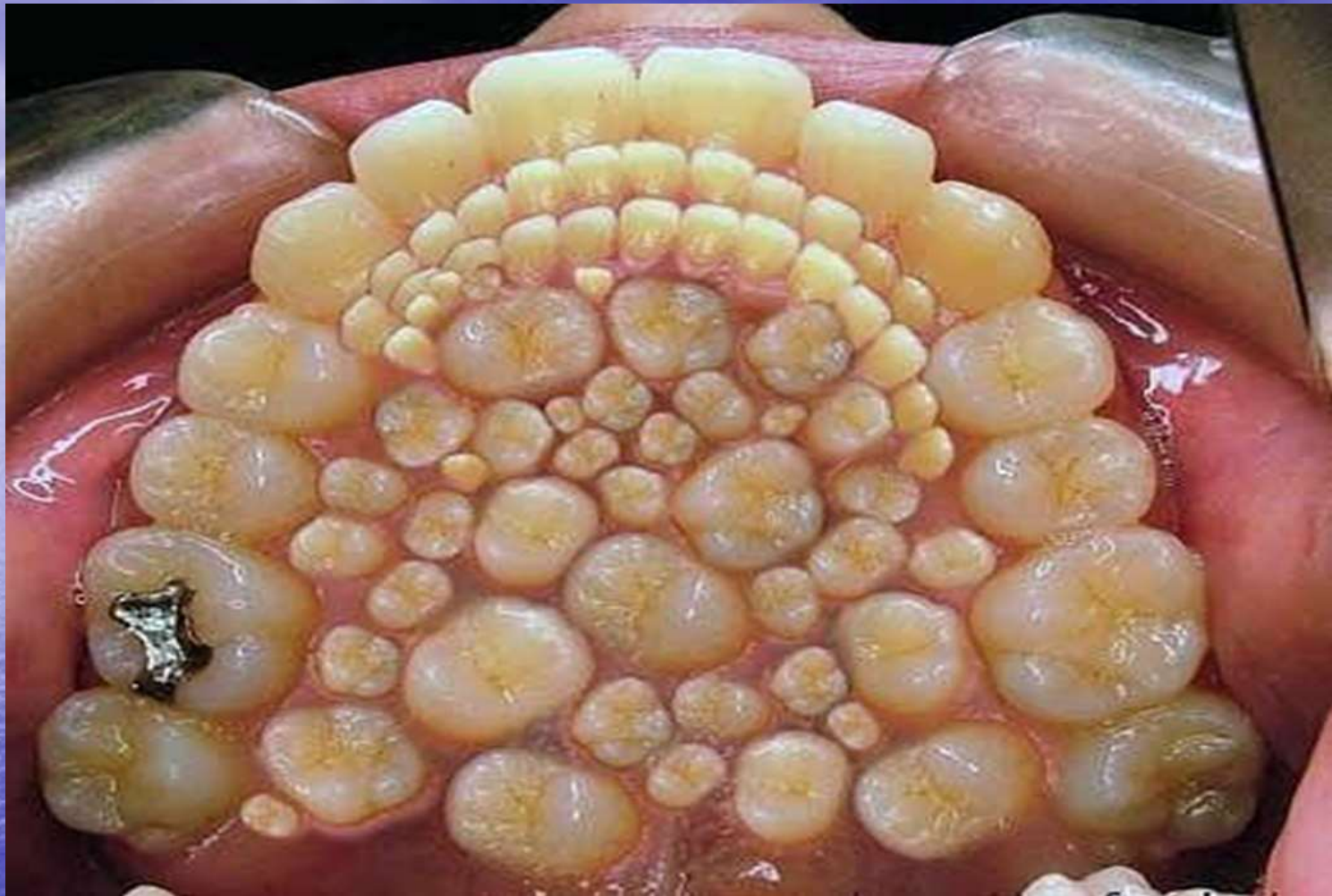
Зміна шкіри навколо червоної облямівки губ



Язик обкладений білим нальотом, що знімаються



**авозилс анавойімерепіГ
мажем ондівопдів акнолобо
узеторп огонмінз**



Поліодонтія - аномалія розвитку надмірну кількість зубів

Дякую за увагу!!!

