

ДЕНТАЛЬНАЯ ПЛЕКСАЛГИЯ, КАК ФАКТОР ДЕЗАДАПТАЦИИ К СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗАМ

Диасамидзе Элгуджа Джемалович

*канд. мед. наук, директор стоматологического центра Харьковской
медицинской академии последипломного образования, г. Харьков*

E-mail: doctor-pravdi@rambler.ru

DENTAL PLEKSALGIYA AS A FACTOR MALADJUSTMENT TO REMOVABLE DENTURES

Diasamidze Elgudja

*candidate health Sciences, director of the dental center of Kharkov
Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkov*

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена изучению возникновения болевой чувствительности при ортопедическом лечении съемными зубными протезами в основе которой лежит, по нашему мнению, осложненные травматические вмешательства в зубочелюстной области, которые являются одним из причинных факторов в возникновении одонтогенной дентальной плексалгии с травматизацией нервных волоком, т. к. приводят к анатомическим причинам поражения зубных сплетений.

ABSTRACT

The article is devoted to the study of the occurrence of pain sensitivity in orthopedic treatment dentures which is based, in our opinion, complicated traumatic dental intervention in the area, which is one of the causative factors in the occurrence of odontogenic dental pleksalgii with traumatization of the nerve portage, as lead to anatomical reasons, dental plexus lesions.

Ключевые слова: адаптация; дентальная плексалгия; эстеziометрия.

Key words: adaptation; dental pleksalgiya; esthesiometry.

Актуальность. В ортопедической стоматологии уделяется огромное внимание процессу адаптации к съемным протезам, который имеет сравнительно узкое значение — привыкание к зубному протезу.

Привыкание к зубному протезу является основным критерием оценки качества лечения для пациента, но и одной из важнейших клинических проблем.

Процесс адаптации к съёмным зубным протезам может сопровождаться появлением различного характера болей, нарушениями чувствительности и многообразными парестезиями (жжение, зуд, ползание мурашек, онемение, покалывание, пощипывание) [2, с. 3, 5, с. 11]. В этом плане значительный интерес представляет проблема диагностики болевого синдрома при пользовании съёмными протезами [1, с. 4].

Наиболее сложными в диагностике и лечении на стоматологическом приеме являются болевые синдромы в области лица, которые обусловлены различными по характеру причинами.

Изучению прозопалгий или проблемы лицевых болей посвящено многочисленные научные публикации. Среди прозопалгий особое место занимают лицевые боли, которые обусловлены патологией зубных сплетений.

Впервые симптомокомплекс при поражении зубного сплетения был описан в 1973 г. В.Е. Гречко, который для его обозначения предложил термин «дентальная плексалгия» [3, с. 3].

Верхние зубы иннервируются от n. maxillaris, II ветви тройничного нерва, дающего верхние альвеолярные нервы, сопровождающие одноименные артерии. Задние верхние передние, средние и задние альвеолярные нервы, соединяясь между собой аркадами, образуют верхнее зубное сплетение, *plexus dentalis superior*. Это сплетение может частично находиться и непосредственно под слизистой оболочкой гайморовой пазухи (рис. 1).

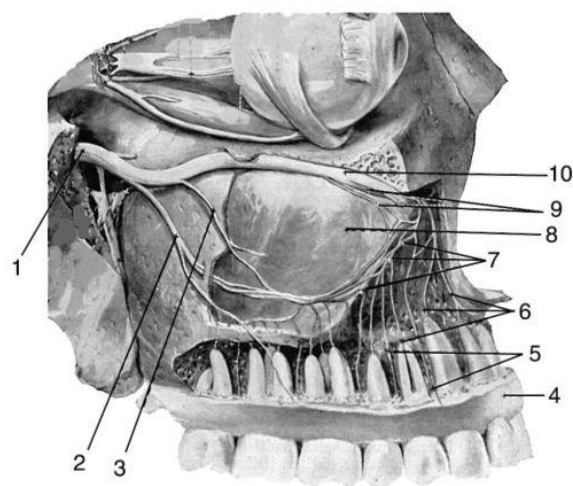


Рисунок 1. Иннервация зубов верхней челюсти: 1 — n. maxillaris; 2 — rr. alveolares superiores posteriores; 3 — ramus alveolaris superior medius; 4 — gingiva; 5 — rr. gingivales superiores; 6 — rr. dentales superiores; 7 — plexus dentalis superior; 8 — слизистая оболочка верхнечелюстной (займоровой) пазухи; 9 — rr. alveolares superiores anteriores; 10 — n. Infraorbitalis [4, с. 147]

Нижние зубы иннервирует III ветвь тройничного нерва, n. mandibularis. От него отходит n. alveolaris inferior, который, проходя в нижнечелюстном канале, обычно разветвляется на стволы, образующие нижнее зубное сплетение, plexus dentalis inferior. От последнего через верхушечное отверстие корня вступают в пульпу зубные ветви, rami dentales (рис. 2).

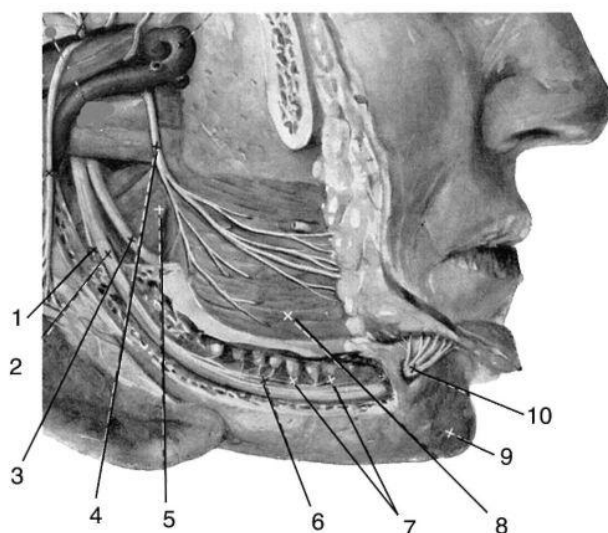


Рисунок 2. Иннервация нижних зубов: 1 — n. mylohyoideus; 2 — n. alveolaris inferior; 3 — n. lingualis; 4 — n. buccalis; 5 — m. pterygoideus internus; 6 — plexus dentalis inferior; 7 — rr. dentales inferiores; 8 — m. buccinator; 9 — mandibula; 10 — n. mentalis [4, с. 148]

Как свидетельствует клиническая практика, большинство пациентов, предъявляющих жалобы на дискомфорт и боль в полости рта при съемном зубном протезировании, не могут четко описать свои субъективные ощущения.

В последние десятилетия научный интерес к дентальной плексалгии возрос, появились возможности проведения более точных физиологических исследований у пациентов с болевыми лицевыми синдромами.

Целью нашего исследования является анализ факторов, которые ведут к нарушению адаптации к съемным зубным протезам в клинике ортопедической стоматологии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 137 человек (100 женщин и 37 мужчин) для выявления факторов отказа больных от пользования съемными зубными протезами.

Средний возраст обследованных составил $59,3 \pm 1,6$ лет.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возраст, лет						Всего
	30—39		40—45		более 45		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Женский	14	10,2	20	14,6	70	51,1	104
Мужской	3	2,2	9	6,6	21	15,3	33
Всего	17	12,4	29	21,2	91	66,4	137

У всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Больные были распределены на 2 группы:

Первую группу составляли больные с жалобами на физическую боль при пользовании съемными зубными протезами (91 больных).

В контрольную группу вошли 46 условно здоровых людей. Среди них 30 женщин и 16 мужчин.

У пациентов первой группы в анамнезе мы выделили основные этиологические факторы: дефекты пломбирования зубов (маляров и

премоляров) и их корневых каналов, связанные с избыточным введением пломбировочного материала в просвет последних, оперативные вмешательства на челюсти — постэкстракционный альвеолит, одномоментное удаление трёх и более зубов, удаление большого числа зубов в течение короткого промежутка времени при подготовке к протезированию, осложнённое удаление зубов мудрости, премоляров, моляров и остатков их корней, проводниковая анестезия.

Всем пациентам был проведен комплекс основных и дополнительных методов исследования. Обследование пациентов проводили по схеме, которая включала:

1-й этап — детализация и анализ предъявленных жалоб, сбор и тщательный анализ анамнестических данных. Особое внимание уделялось жалобам на различные болевые ощущения и особенностям их проявления — время и условия возникновения, интенсивность и длительность, определяли взаимосвязи с обострением общесоматических заболеваний.

2-й этап — тщательный объективный осмотр СОПР и протезного ложа для выявления неблагоприятных анатомо-топографических соотношений полости рта. Костную ткань протезного ложа обследовали при помощи рентгенографии и томографии. Пальпаторно исследовались жевательные мышцы для определения состояния участков повышенного тонуса в жевательной мускулатуре.

3-й этап — визуальный осмотр, экспертная оценка качества съёмного пластиночного протеза и окклюзионных взаимоотношений, в т. ч. окклюзиография традиционным способом. При экспертной оценке, внимание обращали на гигиенический уход за протезами, наличие в протезах пор, трещин, участков изменения цвета в толще протеза и его характер, интенсивность помутнения, состояние фиксирующих элементов.

4-й этап — дополнительные методы исследования. Оценку динамики количественных и качественных характеристик болевого синдрома проводили при помощи эстезиометрии.

После стоматологического осмотра проводили эстезиометрию. Определение болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта проводилось аппаратом «Эстезиометр» Е.С. Ирошниковой и А.И. Дойникова.

Исследование болевой чувствительности слизистой оболочки рта производят в следующей последовательности. Выводной рычаг эстезиометра вводится в полость рта больного и съемным щупом производится нажатие на слизистую оболочку. При перемещении выводного рычага концом рычажной пружины отклоняется стрелка прибора, показывающая давление, производимое на слизистую оболочку рабочим щупом. При возвращении выводного рычага в исходное положение стрелка прибора сохраняет фиксированное положение. Для проведения последующего замера стрелку прибора необходимо вернуть в нулевое положение.

Для измерения порогов болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта использовался специальный рабочий щуп с площадью поперечного сечения 2 мм². Болевая чувствительность измерялась в г/мм².

Диагностика болевой чувствительности слизистой оболочки челюстей осуществляли в области 16, 14, 12, 22, 24, 26, 36, 34, 32, 42, 44, 46 зубов с вестибулярной и оральной поверхности, отступя 0,5—0,75 см от переходной складки, а также по гребню альвеолярного отростка в месте дефекта на соответствующих зонах, указанных выше. На верхней челюсти дополнительно определялись три зоны в области твердого неба (передняя, средняя и задняя). Таким образом, на верхней челюсти исследовались 21 зона, на нижней — 18. Эти зоны являются местом максимального давления, оказываемого через пластиночный протез на подлежащие ткани.

Результаты и обсуждение. В первой группе преобладали жалобы на чувство боли под базисом протеза и были обусловлены наложением зубных протезов на слизистую оболочку полости рта, особенно усиливающееся во время еды.

Характерным для этой группы пациентов явилось то, что жалобы всегда подтверждались объективными клиническими признаками. При

осмотре слизистой оболочки нами были отмечены наличие очагового воспаления слизистой оболочки, соответственно месту наибольшего жевательного давления со стороны протеза.

Осмотр показал, что возникновение чувства боли из-за того, что протез травмировал места выхода сосудов, которые были покрыты истончённой слизистой оболочкой. Наиболее часто травматизация слизистой наблюдалась при неблагоприятных анатомических условиях тканей полости рта: наличие острых гребней, экзостозов.

Рентгенография зубов и челюстей, позволили обнаружить значимые органические изменения, которые могли обуславливать формирование болевых синдромов в области протезного ложа.

Клинический осмотр больных показал, что у большинства пациентов первой группы имеются неблагоприятные анатомо-топографические особенности тканей полости рта: выраженный нёбный торус, экзостозы, острые альвеолярные края, выраженный подъязычный валик, покрывающий протезное ложе.

Среди обследованных больных первой группы нами было выявлено:

- 43 больных с односторонней верхнечелюстной дентальной плексалгией;
- 16 больных односторонней нижнечелюстной дентальной плексалгией;
- 14 больных с двусторонней верхнечелюстной дентальной плексалгией;
- 5 больных с двусторонней нижнечелюстной дентальной плексалгией;
- 13 больных с сочетанной двусторонней верхнечелюстной и нижнечелюстной дентальной плексалгией.

Оценку динамики количественных и качественных характеристик болевого синдрома проводили при помощи эстеziометрии.

Таблица 2.

Результаты эстеziометрического исследования чувствительности слизистой оболочки протезного ложа в первой группе, г/мм²

Верхняя челюсть		
	Сторона дентальной плексалгии	Здоровая сторона

Зоны исследования	16	14	12	22	24	26
p	9±0,71 <0,05	11±0,33 <0,05	13±1,07 <0,05	41±0,19 <0,05	39±0,43 <0,05	44±0,68 <0,05
	Здоровая сторона			Сторона дентальной плексалгии		
Зоны исследования	16	14	12	22	24	26
p	44±0,56 <0,05	39±0,74 <0,05	41±0,16 <0,05	11±0,88 <0,05	10±0,62 <0,05	8±0,53 <0,05
Нижняя челюсть						
	Сторона дентальной плексалгии			Здоровая сторона		
Зоны исследования	46	44	42	32	34	36
p	7±0,33 <0,05	11±1,07 <0,05	14±0,81 <0,05	37±0,69 <0,05	40±0,55 <0,05	41±0,17 <0,05
	Здоровая сторона			Сторона дентальной плексалгии		
Зоны исследования	46	44	42	32	34	36
p	48±1,11 <0,05	39±0,27 <0,05	44±0,52 <0,05	10±0,06 <0,05	11±0,95 <0,05	8±0,39 <0,05

Примечание: p — достоверность, рассчитанная по сравнению с группой сравнения

Нами также были проведены исследования порогов болевой чувствительности эстеziометрией в группе сравнения условно здоровых 46 людей, из них 23 мужчины и 23 женщины. Пороги болевой чувствительности слизистой оболочки челюстей исследовали в области интактных 16, 14, 12, 22, 24, 26, 36, 34, 32, 42, 44, 46 зубов с вестибулярной и оральной поверхности.

Таблица 3.

Результаты эстеziометрического исследования чувствительности слизистой оболочки протезного ложа в контрольной группе, г/мм²

Верхняя челюсть						
Зоны	16	14	12	22	24	26

исследовани я						
р	82,1±4,2 <0,5	82,0±3,4 <0,05	83,3±3,9 <0,05	88,0±1,2 <0,05	79,5±3,8 <0,05	80,5±3,3 <0,05
Нижняя челюсть						
Зоны исследовани я	46	44	42	32	34	36
р	78,5±3,6 <0,5	78,5±2,9 <0,05	79,8±3,5 <0,05	75,5±4,6 <0,05	76,8±5,5 <0,05	80,1±2,2 <0,05

Так, показатели в первой группе существенно отличались от показателей контрольной группы:

- около 16 отсутствующего зуба — ($9 \pm 0,71$, $<0,05$) г/мм² против ($82,1 \pm 4,2$, $<0,05$) г/мм² около интактного; около 14 отсутствующего зуба — ($11 \pm 0,33$, $<0,05$) г/мм² против ($82,0 \pm 3,4$, $<0,05$) г/мм² около интактного;
- около 24 отсутствующего зуба — ($10 \pm 0,62$, $<0,05$) г/мм² против ($79,5 \pm 3,8$, $<0,05$) г/мм² около интактного; около 26 отсутствующего зуба — ($8 \pm 0,53$, $<0,05$) г/мм² против ($80,5 \pm 3,3$, $<0,05$) г/мм² около интактного;
- около 34 отсутствующего зуба — ($11 \pm 0,95$, $<0,05$) г/мм² против ($76,8 \pm 5,5$, $<0,05$) г/мм² около интактного; около 36 отсутствующего зуба — ($8 \pm 0,39$, $<0,05$) г/мм² против ($80,1 \pm 2,2$, $<0,05$) г/мм² около интактного;
- около 44 отсутствующего зуба — ($11 \pm 1,07$, $<0,05$) г/мм² против ($78,5 \pm 2,9$, $<0,05$) г/мм² около интактного; около 46 отсутствующего зуба — ($7 \pm 0,33$, $<0,05$) г/мм² против ($78,5 \pm 3,6$, $<0,05$) г/мм² около интактного.

Таблица 4.

Распределение изученного материала эстеziометрического исследования, лиц

Эстеziометрическое исследование	Диапазоны (г/мм ²)	
	0—50	50—100
1 группа	91	—
Группа сравнения	—	46

Из данных проведенного исследования также очевидно, что большая часть показателей чувствительности больных первой группы лежит в пределах 0—50 г/мм², тогда как показатели в контрольной группе — лежат в основном в диапазоне 50—100 г/мм².

Выводы. По результатам проведенных исследований доказана информативность и клиническая целесообразность эстеziометрии для диагностики дентальной плексалгии и выявления на предпротезном этапе зон с повышенной болевой чувствительностью слизистой оболочки протезного поля при ортопедическом лечении съемными зубными протезами.

В основе болевой чувствительности при ортопедическом лечении съемными зубными протезами лежит, по нашему мнению, осложненные травматические вмешательства в зубочелюстной области, которые являются одним из причинных факторов в возникновении одонтогенной дентальной плексалгии с травматизацией нервных волокон, т. к. приводят к анатомическим причинам поражения зубных сплетений. Воспаленные корневые отломки зуба, экзостозы, кисты, приводят к раздражению волокон альвеолярных сплетений, смещенными при экстракции зубов осколками альвеолярного отростка, которые травмируют нервные окончания, после трудных экстракции, преимущественно после удаления моляров верхней челюсти и нижней челюсти, когда происходит разрыв мягких тканей и нарушается целостность лунок.

У всех обследованных пациентов первой группы вне зависимости от того, являлось ли ортопедическое лечение пусковым фактором дентальной плексалгии, наблюдалось нарушение нервной регуляции слизистой оболочки рта, что подтверждает данные о нейростоматологической природе данного синдрома.

Перечисленное свидетельствует о целесообразности проведения наших исследований, а также позволяет определить концепцию указанных направлений и определяет актуальность повышения эффективности новых технологии для комплексной профилактики, лечения и реабилитации пациентов в ортопедической стоматологии.

Список литературы:

1. Діасамідзе Е.Д. Діагностика, профілактика і лікування зон підвищеної больової чутливості на слизовій оболонці протезного поля у хворих при знімному зубному протезуванні : автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Е.Д. Діасамідзе — Одеса, 2012. — 20 с.
2. Макаров А.Л. диагностика и профилактика болевого синдрома при пользовании съёмными протезами: автореф. дис. на соискание наук, степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.Л. Макаров. — Москва, 2005. — 26 с.
3. Пузин М.Н. Дентальная плексалгия / М.Н. Пузин — М: Медицина, 1990 — 184 с. ил.
4. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека том 3 / Р.Д. Синельников — М: Медицина, 1974 — 399 с. ил
5. Скуридин П.И. Стоматологическое обследование при синдроме жжения полости рта – компьютерная диагностическая система / П.И. Скуридин // Стоматология Подмосковья. — № 1(32). — 2007. — С. 11—12.