с характером патологических изменений в толстой кишке. Заболевания пародонта тяжелее протекают на фоне неспецифического язвенного колита, чем на фоне синдрома раздраженного кишечника.

2. Поражение пародонта у пациентов с неспецифическим язвенным колитом связано с потерей минеральной плотности кости по типу остеопении или остеопороза. Выраженная резорбция костной ткани альвеолярного отростка при неспецифическом язвенном колите ограничивает проведение протезирования методом внутрикостной дентальной имплантации у этой категории пациентов.

3. Установлено, что при применении металлокерамических протезов у пациентов с неспецифическим язвенным колитом явления пародонтита и резорбции костной ткани альвеолярного отростка значительно менее выражены, чем при использовании металлических протезов.

4. Изменения показателей пролиферации и антиапоптозного белка bcl-2 могут выступать в качестве ранних диагностических критериев патогенного воздействия зубных протезов на пародонт.

Конфликт интересов. Данная работа проведена в рамках диссертационного исследования и не имеет коммерческой или иной заинтересованности физических или юридических лиц.

Библиографический список

1. Булкина Н.В., Еремин О.В., Козлова И.В. Сочетанные заболевания полости рта и органов пищеварения: клинические, морфологические и иммуноморфологические аспекты. Саратов: Изд-во СГМУ, 2011. 125 с.
2. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения: учеб. пособие / И.В. Козлова, М.В. Сафонова, Ю.Н. Мясина [и др.]. Саратов: Изд-во СГМУ, 2010. 195 с.
3. IBD Around the world: Comparing the epidemiology, diagnosis, and treatment: Proceedings of the World Digestive Health Day 2010 — Inflammatory bowel disease task force meeting // D. C. Baumgart [et al.] // Inflammatory Bowel Diseases. 2011. Vol. 17. P. 639–644.
4. Grundmann O., Yoon S.L. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-

care practitioners // J. of Gastroenterology and Hepatology. P. 691–699.

5. Smith M., Seymour G. J., Cullinan M. P. Histopathological features of chronic and aggressive periodontitis // Periodontol. 2000. Vol. 53. P. 45–54.

6. Expression of cytokines in the gingival crevicular fluid and serum from patients with inflammatory bowel disease and untreated chronic periodontitis // C. M. Figueredo [et al.] // J. of Periodontal Research. 2011. № 1. P. 141–146.

7. Пародонтальные осложнения при протезировании мостовидными цельнолитыми и металлокерамическими протезами / А. И. Матвеева, А. А. Прохончуков, А. Б. Виноградов [и др.] // Клиническая стоматология. 2009. № 4. С. 58–62.

8. The Role of Oral Hygiene in Inflammatory Bowel Disease / S. Singhal [et al.] // Dig. Dis. Sci. 2011. Vol. 56. P. 170–175.

Translit

1. Bulkina N.V., Eremin O.V., Kozlova I.V. Sochetannye zabojevanija polosti rta i organov piwevarenija: klinicheskie, morfologicheskie i immunomorfologicheskie aspekty. Saratov: Izd-vo SGMU, 2011. 125 s.

2. Diagnostika i lechenie boleznij organov piwevarenija: uceb. posobie / I.V. Kozlova, M.V. Safonova, Ju.N. Mjalina [i dr.]. Saratov: Izd-vo SGMU, 2010. 195 s.

3. IBD Around the world: Comparing the epidemiology, diagnosis, and treatment: Proceedings of the World Digestive Health Day 2010 — Inflammatory bowel disease task force meeting // D. C. Baumgart [et al.] // Inflammatory Bowel Diseases. 2011. Vol. 17. P. 639–644.

4. Grundmann O., Yoon S.L. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioners // J. of Gastroenterology and Hepatology. P. 691–699.

5. Smith M., Seymour G. J., Cullinan M. P. Histopathologica l features of chronic and aggressive periodontitis // Periodontol. 2000. Vol. 53. P. 45–54.

6. Expression of cytokines in the gingival crevicular fluid and serum from patients with inflammatory bowel disease and untreated chronic periodontitis // C. M. Figueredo [et al.] // J. of Periodontal Research. 2011. № 1. P. 141–146.

7. Parodontal'nye oslozhnenija pri protezirovanii mostovidnymi cel'nolitymi i metallokeramicheskim prot ezami / A. I. Matveeva, A. A. Prohonchukov, A. B. Vinogradov [i dr.] // Klinicheskaja stomatologija. 2009. № 4. S. 58–62.

8. The Role of Oral Hygiene in Inflammatory Bowel Disease / S. Singhal [et al.] // Dig. Dis. Sci. 2011. Vol. 56. P. 170–175.

УДК 616.31-002-02-06:616.314-089.23] –07 (045) Оригинальная статья

ПРОТЕТИЧЕСКИЕ СТОМАТИТЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ПРОТЕЗОВ

Л. А. Гооге — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, доцент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук; **Ю. Ю. Розалиева** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, ассистент кафедры ортопедической стоматологии, кандидат медицинских наук.

PROSTHETIC STOMATITIS IN PATIENTS WITH REMOVABLE DENTURES

L. A. Googe — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Orthopedic Stomatology, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **Yu. Yu. Rozalieva** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Orthopedic Stomatology, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 30.12.2011 г.

Дата принятия в печать — 05.06.2012 г.

Гооге Л. А., Розалиева Ю. Ю. Протетические стоматиты у пациентов, пользующихся съемными конструкциями протезов // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 297–299.

Цель: изучение протетических стоматитов у пациентов, пользующихся съемными пластиночными протезами. **Материал.** Проведены консультации и лечение 79 пациентов в возрасте 47–65 лет. Пациенты были разделены на две клинические группы. Первая клиническая группа (39 человек) с выполнением непосредственного протезирования; вторая контрольная клиническая группа (40 человек) — постоянные протезы изготавливали без предварительной подготовки. **Результаты.** У всех пациентов, которым были изготовлены пластиночные протезы без предварительного применения непосредственных конструкций протезов, несмотря на их неоднократную коррекцию, происходили изменения протезного ложа под воздействием краев протезов и базиса в виде повреждения слизистой оболочки протезного ложа и переходной складки. Протетическим стоматитам различной этиологии (без травмы) подвергались те пациенты, которым проводилась однократная или многократная коррекция протезов методом перебазирования с использованием пластмасс холодного отверждения. **Заключение.** Структурные и функциональные изменения зубочелюстной системы при протетических стоматитах приво-

дят к нарушениям, обусловленным воспалением слизистой оболочки. Использование термина «протетический стоматит» отражает этиологический и патогенетический компонент происходящих изменений в тканях протезного ложа.

Ключевые слова: протетические стоматиты, съемные конструкции протезов, острый и хронический травматический стоматит.

Googe L.A., Rozaliev Yu. Yu. Prosthetic stomatitis with removable dentures // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 2. P. 297–299.

The Research Objective: To study patients with prosthetic stomatitis, who use the removable laminar dentures. **Materials:** The consultations and treatment of 79 patients aged 47–65 years have been conducted. The patients have been divided into two clinical groups. The first clinical group (39 persons) with the performance of immediate prosthetics; the second control clinical group (40 persons) — the permanent dentures were produced without the preliminary instruction. **Results:** All the patients, having the laminar dentures without the preliminary use of immediate constructions of dentures, in spite of repeated correction of them, have had changes of dentures and transitory fold. Patients have been exposed to prosthetic stomatitis of different etiology (without trauma); the single-shot or multiple correction of dentures by the method of rebasing with using of cold cure plastics has been made. **Conclusion:** Structural and functional changes of dentition during the prosthetic stomatitis lead to disorders, associated by the mucositis. Use of the term of «prosthetic stomatitis» reflects etiological and pathogenetic component of changes in the denture-supporting tissues.

Key words: prosthetic stomatitis, removable structure of dentures, acute traumatic stomatitis, chronic traumatic stomatitis.

Введение. В клинике ортопедической стоматологии у пациентов, которые пользуются съемными конструкциями зубных протезов, возможно воспаление слизистой оболочки. Воспаление, вызванное съемными протезами, многие клиницисты называют протетическими стоматитами. Как отмечает Е. И. Гаврилов, термин отражает основное содержание реакции протезного ложа (воспаление и его причину) [1]. В связи с тем что в литературе недостаточно сведений по клинике, диагностике и лечению протетических стоматитов, есть необходимость в их систематизации и клинических подтверждениях.

Цель: изучение протетических стоматитов у пациентов, пользующихся съемными пластиночными протезами.

Методы. На кафедре и в клинике ортопедической стоматологии проведены консультации и лечение 79 пациентов в возрасте 47–65 лет со съемными пластиночными протезами и сроками их пользования от 3 месяцев до 5 лет. Пациенты были разделены на две клинические группы: первую группу (39 человек) составили больные, которым проводили непосредственное протезирование; во вторую контрольную (40 человек) вошли больные, которым не проводилась предварительная подготовка протезного ложа съемными конструкциями имедиат-протезов. Все пациенты находились под динамическим наблюдением; кратность осмотров: три раза в год в течение пяти лет с момента наложения протезов в полости рта пациента.

В работе использовали классификацию протетических стоматитов, предложенную Е. И. Гавриловым (1997) [1]:

I. Травматические стоматиты (острые или хронические):

- а) катаральные;
- б) язвенные (декубитальная язва);

II. Протетические стоматиты различной этиологии (без травм):

A. Очаговые (острые и хронические):

- а) катаральные;
- б) язвенные;
- в) с гиперплазией;

Б. Разлитые (острые и хронические):

- а) катаральные;
- б) язвенные;
- в) с гиперплазией.

Статистическая обработка результатов исследования была проведена с заданной степенью достоверной вероятности ($P_{(t)}$), исходя из числа наблюдений, при которых значение $P_{(t)}$ равно 0,95, а показатель t приблизительно равен 2 [2].

Результаты. В первой клинической группе выявлен 1 пациент с явлениями непереносимости акриловых пластмасс; во второй контрольной клинической группе — 23 пациента с травматическими стоматитами (из них с острой формой — 5 человек, хроническим течением — 18 больных), в том числе 2 пациента с декубитальными язвами; 11 пациентов были с хроническими протетическими стоматитами различной этиологии (без травмы), среди которых отмечено 7 пациентов с очаговой формой поражения и 3 с разлитой формой поражения слизистой оболочки протезного ложа. У 10 пациентов из обеих клинических групп выявлена патология слизистой оболочки протезного ложа, не связанная с воздействием протезов.

Исследования показали, что у всех пациентов, которым были изготовлены пластиночные протезы без предварительного применения непосредственных конструкций протезов, несмотря на их неоднократную коррекцию, происходили изменения протезного ложа под воздействием краев протезов и базиса в виде повреждения слизистой оболочки протезного ложа и переходной складки.

Протетическим стоматитам различной этиологии (без травмы) подвергались те пациенты, которым проводилась однократная или многократная коррекция протезов методом перебазировки с использованием пластмасс холодного отверждения.

Сравнительная характеристика исследования двух показателей корреляции у пациентов первой группы, которым проводилось непосредственное протезирование, со второй группой пациентов, которым такое лечение не проводилось, позволила выявить очень сильную положительную корреляционную связь $r > 0,9$, что подтверждает эффективность предварительного лечения, которое заключалось в изготовлении имедиат-протезов для коррекции слизистой оболочки альвеолярного отростка и формирования его костных структур, что особенно ценно. Такой подход позволил в дальнейшем изготовить полноценные протезы различных конструкций для длительного постоянного пользования.

Обсуждение. Клиника очагового воспаления возникает вследствие травм протезом и воспаления в виде точечной гипертрофии, которые иногда характеризуются появлением больших гиперимированных

Ответственный автор — Розалиева Юлия Юрьевна.
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.
Тел.: 8-905-369-79-08.
E-mail: orthop-sar@mail.ru

пятен на слизистой оболочке твердого неба, альвеолярной части верхней и нижней челюстей одновременно или только на одной из челюстей. Очаги поражения имеют все признаки катарального воспаления, а на фоне отека эпителия могут наблюдаться эрозии. Иногда отмечаются разрастания эпителия в виде грибовидных полипов. Важным симптомом считается явление точечных кровоизлияний на воспаленной слизистой оболочке.

Очаги воспаления могут быть в виде одиночных или множественных пятен. Отметить какую-либо закономерность в их расположении, размерах и топографии не представляется возможным.

Этиологическими факторами очагового воспаления слизистой оболочки твердого неба, альвеолярных отростков и их отдельных частей являются нарушение артикуляции искусственных зубных рядов, балансирование базиса, что приводит к неравномерному распределению давления по площади протезного ложа. К причинам относятся шероховатости и поры в базисе протеза, плохой уход за протезами, избыток мономера при нарушении режима полимеризации.

При повышенном давлении, которое протезы передают на слизистую оболочку через базис, изменения захватывают все ткани протезного ложа (эпителий, соединительную ткань надкостницу и кость). Исследования М.А. Реброва, Р.Ш. Шаймерденова, К.Д. Душалиева показали, что слизистая оболочка протезного ложа вначале отвечает защитной реакцией в виде утолщения эпителиального покрова, которая в дальнейшем сменяется атрофией и истончением рогового слоя [3]. Это явление отмечается у лиц, пользующихся протезами более четырех с половиной лет.

Установлено, что у лиц, продолжительное время пользующихся протезами, воспаление может быть различного происхождения. Его причиной могут служить, с одной стороны, недостатки конструкции протезов, с другой — воспаление, возникающее в подслизистом слое соединительной ткани и являющееся следствием побочного действия всего протеза.

Параллельно с воспалением обнаруживаются изменения в сосудах тканей протезного ложа в виде утолщения их стенок, явно выраженного фиброэластоза. Отмечаются также реактивные изменения в нервных волокнах, что выражается в варикозном утолщении и распаде нервных волокон на отдельных участках [4].

В надкостнице сначала происходит ее утолщение за счет пролиферации остеобластов, затем происходит ее уплощение, и в дальнейшем надкостница превращается в плотный фиброзный тяж. При больших сроках пользования протезами в ней выявляются геморрагические инфильтраты [5].

Считается, что в основе структурно-функциональных сдвигов в тканях протезного ложа прежде всего лежит нарушение кровообращения, которое обусловлено непосредственным воздействием жевательного давления, передаваемого через базис съемного пластиночного протеза. Закономерность, отмеченная между сроками пользования протезами и реактивными изменениями, заключается в том, что чем больше времени прошло с момента наложения

протеза, тем более выражены патологические изменения. Структурные и функциональные изменения в тканях протезного ложа и зубочелюстной системы в конечном итоге приводят к изменению вертикальной податливости слизистой оболочки протезного ложа. Это явление отмечено в исследованиях В.И. Кулаженко, где указывается, что податливость слизистой оболочки протезного ложа уменьшается по мере увеличения срока пользования протезами.

Термин «протетические стоматиты» был предложен В.Н. Трезубовым (1997). Термин добавляет к имеющемуся в Международной классификации болезней (МКБ) этиологический и патогенетический компонент «протетический». Этим подчеркиваются, кроме травматических действий протеза, описанные травмы ятрогенного происхождения при протетических манипуляциях в период изготовления и пользования съемными протезами.

Выводы:

1. Дифференциальная диагностика позволяет выявить этиологические факторы и причины протетических стоматитов.

2. Перед изготовлением съемных конструкций протезов для постоянного пользования рекомендовано применять непосредственные протезы.

3. На лабораторных этапах изготовления съемных протезов необходимо использовать только артикуляторы.

4. Полимеризация протезов должна проводиться в автоматическом режиме.

5. После наложения протезов необходимо диспансерное наблюдение.

6. Срок пользования съемными конструкциями протезов — не более пяти лет.

Конфликт интересов. Работа осуществлялась по инициативе авторского коллектива на личные средства авторов. В данной статье нет заинтересованных физических и юридических лиц, за исключением авторского коллектива.

Библиографический список

1. Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулеев Е.Н.. Ортопедическая стоматология. СПб.: Фолиант, 1997. С. 389–398.
2. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. М.: Медицина, 1968. С. 125–258.
3. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М.. Ортопедическая стоматология. СПб.: Фолиант, 2002. С. 385–387.
4. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М.. Ортопедическая стоматология. СПб.: Фолиант, 2005. С. 395–400.
5. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М., Фадеев Р.А.. Ортопедическая стоматология. СПб.: Фолиант, 2010. С. 434–436.

Translit

1. Werbakov A. S., Gavrilov E. I., Trezubov V. N., Zhulev E. N.. Ortopedicheskaja stomatologija. SPb.: Foliant, 1997. S. 389–398.
2. Sepetliev D. Statisticheskie metody v nauchnyh medicinskih issledovanijah. M.: Medicina, 1968. S. 125–258.
3. Trezubov V. N., Werbakov A. S., Mishnev L. M.. Ortopedicheskaja stomatologija. SPb.: Foliant, 2002. S. 385–387.
4. Trezubov V. N., Werbakov A. S., Mishnev L. M.. Ortopedicheskaja stomatologija. SPb.: Foliant, 2005. S. 395–400.
5. Trezubov V. N., Werbakov A. S., Mishnev L. M., Fadeev R. A.. Ortopedicheskaja stomatologija. SPb.: Foliant, 2010. S. 434–436.