

ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

МАСЛОВ Олексій Вячеславович

УДК 616.31-002.02:616.314-089.28/.29)-084.-08

**КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ
СПОСОБУ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ПРОТЕЗНИХ СТОМАТИТІВ**

14.01.22 – стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Одеса - 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Одеському державному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Чулак Леонід Дмитрович**,
Одеський державний медичний університет МОЗ України,
завідувач кафедри ортопедичної стоматології

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, старший науковий співробітник **Лабунець Василь Аксентійович**, Інститут стоматології АМН України, завідувач відділом ортопедичної стоматології
- доктор медичних наук, професор **Нідзельський Михайло Якович**, Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, завідувач кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів-ортопедів

Провідна установа:

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, кафедра ортопедичної стоматології, МОЗ України

Захист відбудеться “28” лютого 2005 року о 13.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.563.01 в Інституті стоматології АМН України за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Інституту стоматології АМН України (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11).

Автореферат розісланий “ 27 ” січня 2005 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

Ю.Г. Чумакова Ю.Г.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Незважаючи на значні досягнення в області клінічного матеріалознавства, знімні зубні протези досить часто викликають у хворих різні ускладнення, що найчастіше проявляються запально-реактивними змінами тканин протезного ложа (Василенко З.С., 1980; Павленко А.В. с соавт., 1990; Сысоев Н.П., 1992; Нідзельський М.Я., 1997; Чулак Л.Д., 1997; Кіндій Д.Д., 1999; Рожко П.Д., 1999; Baskin С.V., 2002). Відсоток проявів симптомів протезного стоматиту у хворих, що користуються знімними пластинковими протезами, коливається за даними різних авторів в межах 40-70% (Василенко З.С., 1975; Шуклин В.А., 1998; Osterman S.G., 1999). Основні причини їх виникнення обумовлені в більшості місцевими факторами, що виходять безпосередньо від базису знімного протеза і матеріалу, з якого він виготовлений. Це механічні, термічні, токсико-алергічні подразники слизової оболонки порожнини рота, які здійснюють свій вплив на тлі порушень мікробіоценозу та імунологічної резистентності ротової порожнини, що в сукупності складає патогенетичний механізм розвитку даної патології (Темирбаєв М., 1990). При цьому, реакція слизової оболонки на знімний зубний протез цілком залежить і від індивідуальних властивостей протезного ложа (Дністрянський І.М., 1994; Baskin С.V., 2002).

Ряд учених відзначають важливу роль у формуванні патологічного процесу в області протезного ложа вегетативної і центральної нервової системи (Гаврилюк С.М., 1981; Нідзельський М.Я., 1997). Деякі дослідники рекомендують проводити диференціацію між дійсним запаленням слизової оболонки і так званою «психогенною нестерпністю зубного протеза» (Драгобецкий М.К., 1988; Wagner I.V. et al., 1974; Grushka M., 1987; Koazakova B., Schmitt J., 1988), чи помилковим запаленням, при якому має місце лише суб'єктивне відчуття печії та парестезії.

Основними клінічними проявами протезних стоматитів є катаральне запалення, ерозії чи виразки, пролежні і, як наслідок, прогресуючі розлади гемоциркуляції і трофічні порушення в слизовій оболонці протезного ложа і суміжних ділянках порожнини рота (Сысоев Н.П., 1992). На біохімічному рівні в тканинах спостерігається посилення вільнорадикального окислення ліпідів (Седунов А.А. с соавт., 1990; Силенко Ю.І. із співавт., 1995; Хребор М.В., 1999), зміна активності ферментів ротової рідини (Жнивнин Ю.Е., 1974; Липасова Т.Б. с соавт., 1999).

Загальновизнаним є вплив мікрофлори порожнини рота на ступінь тяжкості і перебіг запального процесу тканин протезного ложа (Сысоев Н.П., Полищук Л.Ф., 1990; Рожко П.Д., 1999; Cittes A.N., 2002).

Вищевказане спричиняє серйозні порушення процесу адаптації до знімних зубних протезів (Нідзельський М.Я., 1997; Гаврилюк С.М., 1999), їх незадовільній фіксації і стабілізації (Дуйшалиев К.Д., 1970; Robson S. et al., 1998).

Варто вказати, що хронічне запалення і деструктивні зміни в тканинах протезного ложа справляють також негативний вплив і на весь організм у цілому (Темирбаєв М., 1990; Бугерчук О.О., Рожко М.М., 2000).

Згідно даним літератури, дослідження щодо пошуку способів профілактики протезних стоматитів в більшості випадків пов'язані зі зниженням токсичної дії залишкового мономера пластмас і поліпшення міцностних характеристик базису протеза (Темирбаєв М., 1990; Данилов П.Г., 1993; Гризодуб В.И., Жуков К.В., 1997; Кіндій Д.Д., 1999; Вальда В.В., 2004).

Все викладене визначає актуальність і доцільність дослідження, спрямованого на пошук і розробку принципово нового способу профілактики і лікування протезних стоматитів, особливістю якого є використання спеціальних прокладочних гелів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Одеського державного медичного університету МОЗ України «Розробка нової технології виготовлення повних знімних протезів і особливості протезування беззубих щелеп при несприятливих анатомо-фізіологічних умовах протезного ложа» (№ ДР 0100U006456). Здобувач був безпосереднім виконавцем наукових досліджень вищевказаної теми.

Мета і завдання дослідження. Мета дослідження – підвищення ефективності профілактики та лікування протезних стоматитів і прискорення терміну адаптації до знімних зубних протезів шляхом розробки і застосування спеціальних прокладочних гелів.

Для досягнення мети дослідження були визначені наступні завдання:

1. Визначити найвірогідніші терміни адаптації до знімних зубних протезів і залежність їх від стану протезного ложа.
2. Дослідити стан гомеостазу та біоценозу порожнини рота у хворих в динаміці користування знімними зубними протезами.
3. Розробити рецептуру нових лікувально-профілактичних прокладочних гелів та обґрунтувати в експерименті і в клініці доцільність їх застосування у пацієнтів зі знімними зубними протезами.
4. Розробити, обґрунтувати та оцінити ефективність комплексного способу профілактики та лікування протезних стоматитів з застосуванням спеціальних прокладочних гелів.

Об'єкт дослідження – хворі з повною та частковою відсутністю зубів на верхній і нижній щелепах, що користуються знімними зубними протезами; експериментальні тварини.

Предмет дослідження – розробка, обґрунтування та оцінка ефективності способу профілактики і лікування протезних стоматитів з застосуванням спеціальних прокладочних гелів.

Методи дослідження: Експериментальні на тваринах – для визначення нешкідливості і специфічної ефективності розроблених прокладочних гелів; клінічні – опит, виявлення скарг, огляд, індексна оцінка стану слизової оболонки порожнини рота; лабораторні (біофізичні, біохімічні, імунологічні, мікробіологічні, функціональні) – для характеристики гомеостазу і біоценозу ротової порожнини та оцінки ефективності лікувально-профілактичних заходів; статистичні – для визначення достовірності отриманих даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше з метою профілактики та лікування протезних стоматитів і прискорення терміну адаптації до знімних зубних протезів розроблені нові прокладочні гелі спрямованої терапевтичної дії, і клінічно доведена їх висока ефективність.

Уперше досліджені терміни адаптації до знімних зубних протезів в залежності від виду пластинкового протеза (частковий, повний), локалізації в порожнині рота (верхня чи нижня щелепа) і стану тканин протезного ложа. Показано, що при виникненні запалення слизової оболонки протезного ложа значно подовжується термін адаптації до протеза, що потребує відповідних лікувально-профілактичних заходів.

Конкретизовано визначення нозологічної форми захворювання «дійсні протезні стоматити»: локальне запалення слизової оболонки протезного ложа, що не зникає після корекції протеза, що розвивається через 1 і більше місяців, має виражену клінічну симптоматику і припиняється після видалення протеза з порожнини рота. Показано, що частота розвитку подібних стоматитів складає більш 13%.

Установлено, що під впливом знімних пластинкових зубних протезів відбуваються порушення функціональної активності слинних залоз, інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів, підвищення протеолітичної активності ротової рідини, недостатність антиоксидантного захисту, зниження неспецифічної резистентності і напруженість специфічного імунітету з одночасним збільшенням мікробного обсіменіння і змінами біоценозу ротової порожнини, що сприяє розвитку протезного стоматиту і порушує процес адаптації до протеза. Виявлені закономірності стали обґрунтуванням для розробки комплексного способу профілактики і лікування протезних стоматитів.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено, опрацьовано і впроваджено в практику новий спосіб профілактики протезних стоматитів, в основі якого лежить використання прокладочного адаптаційного гелю «Профогель» і поліпшення гігієнічного стану протеза, що досягається дезінфікуючою обробкою його в розчині «Корега табс».

Розроблено, опрацьовано і впроваджено новий комплекс лікувально-профілактичних заходів у хворих із протезними стоматитами, що включає застосування прокладочного коригуючого гелю «Шавлієвий», протизапальні (розчин настойки календули) та антисептичні (тетраборат натрію) полоскання порожнини рота і дезінфікуючу обробку протеза в розчині «Корега табс».

Застосування даних способів у хворих, що користуються знімними зубними протезами, дозволяє прискорити процес адаптації до протезів, зменшує ризик виникнення і загострення протезного стоматиту.

Запропоновані способи впроваджені в клінічну практику відділу ортопедичної стоматології Інституту стоматології АМН України, ортопедичного відділення Одеської обласної клінічної стоматологічної поліклініки, в міських стоматологічних поліклініках м. Одеси, Білгород-Дністровського, Ізмаїла. Матеріали дисертації використовуються в навчальному процесі кафедри ортопедичної стоматології Одеського державного медичного університету МОЗ України.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто зроблено інформаційно-патентний пошук, проаналізована наукова література по темі дисертації, самостійно проведені всі клінічні та експериментальні дослідження, узагальнені і проаналізовані отримані результати, проведена їх статистична обробка, написана та оформлена дисертація. Спільно з науковим керівником сформульовані основні висновки і практичні рекомендації роботи.

Дисертант брав безпосередню участь у розробці рецептури і проведенні доклінічних випробувань прокладочних гелів „Профогель” і „Шавлієвий”, створених колективом авторів лабораторії гігієни порожнини рота Інституту стоматології АМН України під керівництвом докт. мед. наук Т.П. Терешині.

Біохімічні і біофізичні дослідження проведені в Інституті стоматології АМН України (лабораторія гігієни порожнини рота), мікробіологічні дослідження – в Українському НД Інституті медичної реабілітації та курортології МОЗ України (лабораторія мікробіології) при безпосередній участі автора.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на Міжнародній конференції «Вітчизняна стоматологія на рубежі століть (традиції, проблеми та перспективи розвитку)» (Полтава, 2001), I Міжнародній слов'янській науково-практичній конференції молодих учених-стоматологів (Одеса, 2002).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 4 наукових праці, з них 3 статті у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, і 1 тези у матеріалах конференції.

Структура і обсяг дисертації. Дисертація викладена на 162 сторінках і складається з вступу, огляду літератури, 4 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатка. Фактичні дані наведені в 42 таблицях. Список використаних джерел містить 312 першоджерел, серед яких 110 іноземних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи досліджень. Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань дисертаційної роботи проведено комплекс експериментальних, клінічних і лабораторних досліджень. В експерименті використано 120 тварин, під клінічним спостереженням знаходилося 176 осіб.

Експериментальні дослідження виконувались з метою вивчення токсикологічних характеристик і специфічної ефективності запропонованих прокладочних гелів «Профогель» і «Шавлієвий». Експерименти проведено на 120 білих щурах різних вікових груп (від 1-місячних до 3-місячних), які утримувались на стандартному раціоні віварію.

Токсикологічні показники гелів «Профогель» і «Шавлієвий» (гостру і хронічну токсичність, подразнюючу і сенсibiliзуючу дії, мікробну забрудненість) оцінювали згідно вимог ДержСанПіН (1999) і Фармакологічного Центру МОЗ України (1994).

Специфічну ефективність гелів (протизапальну дію) вивчали на *моделі асептичного запалення*, яке викликали нанесенням на спинку язика розчину їдкого натру на 10 секунд. Через 1 годину виникає запальна реакція, що проявляється різким набряком слизової оболонки язика. Далі на спинку язика наносили досліджувані гелі – 6 аплікацій кожну годину. Після евтаназії у тварин відокремлювали язик на рівні сосочків, оточених валиком, і зважували його. Інтенсивність запального процесу оцінювали по різниці в масі узятого матеріалу в групах порівняння. При цьому про зниження запалення свідчить зменшення запального ексудату, що приводить до зменшення маси язика.

Вплив на тканини пародонта оцінювали визначенням ступеня спонтанної атрофії альвеолярної кістки за методом А.П. Ніколаєвої (1967).

У *клінічних дослідженнях* взяли участь 176 осіб віком 35-74 років (92 чоловіка і 84 жінки), з них 161 пацієнт зі знімними зубними протезами (що вперше протезуються – 138 і з тривалим користуванням зубних протезів – 23) і 15 осіб групи порівняння, які не користуються зубними протезами. Усього виготовлено 71 частковий пластинковий протез і 90 повних пластинкових протезів, 74 – на верхній щелепі і 87 – на нижній. При виготовленні протезів була використана безбарвна пластмаса.

У хворих, що протезувались вперше, реєстрували час повної адаптації (звикання) до протезів і спостерігали динаміку розвитку запалення слизової оболонки порожнини рота під впливом знімних зубних протезів. При цьому ретельно збирали анамнез, здійснювали огляд

протезного ложа і порожнини рота в цілому, використовували пробу Шиллера-Писарева для оцінки ступеня запалення слизової оболонки протезного поля.

Клініко-лабораторні показники досліджували до виготовлення протеза, після тижневого, місячного і двомісячного перебування протеза в порожнині рота. Оцінювали функціональну активність слинних залоз за швидкістю слиновиділення, рН і буферною ємністю слини (Леонт'єв В.К., Петрович Ю.А., 1976). У ротовій рідині визначали загальну протеолітичну активність (ЗПА) (Барабаш Р.Д., Левицкий А.П., 1973), активність еластази (Visser L., Brouf E.R., 1972), вміст лізоциму (Gorin G. et al., 1971) і секреторного імуноглобуліну А (SIgA) (Manchini C. et al., 1965). Вивчали рівень процесів перекисного окислення ліпідів за вмістом МДА (Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977) і активність антиоксидантних ферментів: глутатіонредуктази (Путилина Ф.Е., 1982), глутатіонпероксидази (Ланкин В.З. с соавт., 1976, у модифікації В.О. Пахомової із співавт., 1982) і супероксиддисмутази (СОД) (Чевару С. с соавт., 1985). У ротових змивах підраховували кількість лейкоцитів і епітеліальних клітин (проба Ясиновського (1938) у модифікації О.І. Сукманського із співавт., 1980).

Вивчали загальну і видову мікробну обсіменінність ротових змивів, а також мікробну обсіменінність зубних протезів загальноприйнятими мікробіологічними методами. Досліджували наявність у ротових змивах штамів негемолітичного стрептокока, кишкової палички, непатогенного стафілокока, патогенного стафілокока, ентерококів, грибів роду Кандида, лактобактерій.

Статистичні методи дослідження. Обробку результатів проводили варіаційно-статистичними методами аналізу на персональному комп'ютері IBM PC у SPSS SigmaStat 3.0 і StatSoft Statistica 6.0 (2003 р.). Дані вважали достовірними при рівні значимості 0,95, тобто $P < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження з визначення найвірогідніших термінів адаптації (звикання) до знімних зубних протезів проводились у 138 хворих, яким вперше були виготовлені знімні пластинкові зубні протези. Результати дослідження наведені в табл. 1.

Терміни адаптації до знімних зубних протезів

Терміни адаптації	Пацієнти з частковими пластинковими протезами (n=65)		Пацієнти з повними пластинковими протезами (n=73)		Усього осіб, що звикли до протеза
	на в/щ (n=29)	на н/щ (n=36)	на в/щ (n=32)	на н/щ (n=41)	
Протягом 1-го тижня	2 (6,9%)	3(8,3%)	0(0%)	0(0%)	5(3,6%)*
Протягом 2-го тижня	11 (37,9%)	12(33,3%)	4 (12,5%)	5(12,2%)	32(23,2%)*
Протягом 3-го тижня	6(20,7%)	5(13,9%)	15(46,9%)	18(43,9%)	44(31,9%)*
Протягом 1-го місяця	4(13,8%)	6(16,7%)	4(12,5%)	4(9,7%)	18(13,0%)*
Протягом 2-го місяця	4(13,8%)	6 (16,7%)	5 (15,6%)	9(21,9%)	24 (17,4%)*
Усього:	27(93,1%)	32 (88,9%)	28(87,5%)	36(87,8%)	123(89,1%)*

Примітка: * - розрахунки у % відносно загальної кількості обстежених осіб (138).

Отримані результати свідчать, що протягом першого тижня лише незначна кількість пацієнтів (3,6 %) звикає до знімних зубних протезів, причому тільки пацієнти з частковими знімними протезами. Протягом другого тижня вже 23,2 % осіб звикли до протезів, при цьому більшість пацієнтів – з частковими пластинковими протезами. До кінця третього тижня звикли до протеза 31,9 % пацієнтів. 10,9 % хворих не адаптувалися до протезів протягом 2-х місяців і в більшості з них, а також в осіб, на звикання до протезів яким потрібно було більш 1 місяця, спостерігалися явища запалення протезного ложа, що не зникали після корекції протеза.

Аналіз частоти виникнення і динаміки розвитку запалення тканин протезного ложа показав, що у 68,1 % протезоносіїв відмічаються симптоми протезного стоматиту різного ступеня тяжкості. Як правило, це гіперемія, цианоз, набряк тканин протезного поля, можливі ерозивно-виразкові ураження, болісні відчуття, парестезії, позитивна проба Шиллера-Писарева. Після корекції протеза (у середньому в 2-4 відвідування) у більшій частини пацієнтів (86,2 % від усіх із зафіксованими явищами запалення) зникали симптоми запалення і роздратування слизової оболонки протезного поля.

У 13 пацієнтів (13,8 % від всіх обстежених), при рівних умовах дотримання технології виготовлення пластмасового базису й експлуатації готової конструкції, явища запалення не зникали після корекції протеза, що свідчить про наявність у них дійсного протезного стоматиту, викликаного токсичною дією пластмаси і не пов'язаного з травматичною дією елементів протеза.

Даний факт дозволив сформулювати уявлення про дійсні протезні стоматити: це ті, при яких явища запалення тканин протезного ложа не зникають після корекції протезів, розвиваються протягом одного і більш місяців користування протезом, мають виражену клінічну симптоматику і припиняються після вилучення протеза з порожнини рота.

Відомо, що для виникнення і подальшого розвитку хронічного запального процесу потрібні певні умови в порожнині рота. Тому становить інтерес вивчення гомеостазу і

біоценозу ротової порожнини у хворих, що користуються знімними зубними протезами, для визначення напрямку корекції виявлених порушень і розробки патогенетично обґрунтованих профілактичних заходів.

Дослідження проведені у 46 пацієнтів із знімними зубними протезами, які були розподілені на 3 групи: 1) пацієнти, у яких протягом 1 місяця з моменту протезування не було зафіксовано ознак запалення слизової оболонки протезного ложа (інтактна слизова), і які звикли до протеза після першої корекції; 2) пацієнти, в яких протягом першого місяця після протезування в області протезного ложа спостерігалися явища запалення різного ступеня, і період адаптації склав більш 1 місяця; 3) пацієнти з дійсним протезним стоматитом. Результати аналізували в порівнянні з групою осіб, що не користуються знімними зубними протезами (табл. 2).

Наведені в табл. 2 дані свідчать, що після протезування практично у всіх обстежених кількість лейкоцитів у ротових змивах збільшується, однак достовірних відмінностей у порівнянні з вихідним рівнем не зафіксовано.

Кількість епітеліальних клітин у ротових змивах після протезування збільшується значно (у 1-й групі на 31,9 %, у 2-й - на 28,7 %, у 3-ій - на 45,3 %; через місяць відповідно на 9,15 %, 46,8 %, 66,8 %), причому в групах, де було зафіксоване запалення тканин протезного ложа показники стосовно вихідного рівня були вірогідно вище. Це вказує на те, що слизова оболонка порожнини рота реагує на роздратування посиленням десквамації поверхневих шарів епітелію.

У хворих з протезним стоматитом швидкість слиновиділення вже через місяць після протезування знизилась, більш ніж на 30 %. При цьому в пацієнтів з інтактною слизовою оболонкою спостерігалася протилежна картина: збільшення секреції слини відразу після протезування і повернення до вихідного рівня через місяць. рН ротової рідини стосовно вихідних даних підвищувалось через 1 тиждень після протезування у пацієнтів з запаленням тканин протезного ложа і з протезним стоматитом (табл. 2).

Таблиця 2

Показники гомеостазу і біоценозу ротової порожнини у пацієнтів зі знімними зубними протезами (M±m)

Показники	Термін дослідження	Група порівняння (n=15)	Пацієнти зі знімними зубними протезами		
			1 група (інтактна слизова) (n=17)	2 група (запалення тканин протезного ложа) (n=18)	3 група (протезний стоматит) (n=11)
Кількість лейкоцитів в 1 мл ротового змиву (тис.)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	472,5±40,6	352,5±40,4 386,5±37,6 398,1 ±33,2	462,5±41,8 515,6±50,4 488,5±42,2	408,5±38,7 482,4±44,6 512,5±47,6
Кількість клітин епітелію в 1 мл ротового змиву (тис.)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	31,5±3,1	29,5±3,1 38,9±3,5* 32,2±3,1	31,0±3,0 39,9±3,1* 45,5±3,4*#	26,5±2,5 38,5±3,7* 44,2±4,1*#
Швидкість слиновиділення (мл/хв)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	0,71±0,05	0,78±0,06 0,85±0,05 0,72±0,05	0,70±0,07 0,58±0,05 0,50±0,06*#	0,65±0,05 0,45±0,04* 0,42±0,05*#
pH ротової рідини	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	6,77±0,02	6,75±0,02 6,78±0,03 6,72±0,06	6,77±0,03 6,88±0,03*# 6,75±0,06	6,81±0,03 6,92±0,04*# 6,82±0,05*#
Вміст МДА (мкмоль/мл)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	0,48±0,03	0,44±0,04 0,52±0,04 0,50±0,05	0,47±0,03 0,48±0,04 0,64±0,04*#	0,52±0,05 0,65±0,04* 0,77±0,08*#
Активність СОД (ум.од.)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	0,52±0,04	0,47±0,04 0,43±0,04 0,43±0,03	0,40±0,03 0,43±0,04 0,39±0,03#	0,51±0,05 0,42±0,04 0,35±0,03*#
Активність глутатіонредуктази (мкмоль/с х мл)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	0,71±0,07	0,67±0,06 0,59±0,05 0,64±0,06	0,61±0,05 0,54±0,05 0,50±0,06#	0,63±0,05 0,60±0,05 0,47±0,04*#
Активність глутатіонпероксидази (нмоль/с х мл)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	0,52±0,05	0,44±0,05 0,46±0,04 0,45±0,05	0,47±0,05 0,40±0,05 0,33±0,04*#	0,49±0,04 0,36±0,03* 0,32±0,04*#
Загальна протеолітична активність (нкат/л)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	6,00±0,57	6,70±0,71 6,20±0,56 6,50±0,61	5,80±0,52 7,50±0,55*# 6,80±0,55	5,60±0,60 7,70±0,63*# 7,80±0,64*#

Активність еластази (мккат/л)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	6,90±0,61	7,50±0,67 7,90±0,71 7,30±0,77	6,50±0,61 8,50±0,65*# 6,60±0,60	7,20±0,64 9,40±0,81*# 9,60±0,87*#
Вміст лізоциму (мкг/л)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	385,7±34,5	355,2±32,5 386,2±34,3 393,1±37,2	377,4±38,1 369,7±41,1 365,4±34,2	403,2±38,4 356,4±32,0 303,3±31,2*
Вміст SIgA (г/л)	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	0,427±0,041	0,454±0,042 0,467±0,045 0,442±0,042	0,388±0,029 0,464±0,040 0,471±0,050	0,412±0,043 0,480±0,042 0,561±0,049*#
Загальне мікробне обсіменіння (кількість мікроорганізмів в 1 мл ротового змиву), x 10 ⁶	до протезування через 1 тиж. через 1 міс.	30,4±2,8	27,8±2,5 29,8±2,7 31,2±3,2	27,8±2,5 33,8±3,1 30,2±2,6	25,7±2,2 48,5±3,5*# 39,8±3,7*#

Примітка: * - позначка достовірності стосовно даних до протезування; # - позначка достовірності стосовно даних в групі порівняння.

Вміст лізоциму – показника неспецифічного гуморального імунітету – через 1 місяць після протезування знижувався достовірно в групі пацієнтів із протезним стоматитом ($p<0,05$). Рівень SIgA в цій групі також перетерплює зміни, однак, убік прогресуючого наростання ($p<0,05$). Цей факт можна оцінити як реакцію на хронічне антигенне роздратування.

Вміст МДА в ротовій рідині помітно збільшився, особливо через 1 місяць після протезування у пацієнтів, у яких було зафіксоване запалення тканин протезного ложа ($p<0,05$). Активність антиоксидантних ферментів – СОД, глутатіонредуктази і глутатіопероксидази – через тиждень після протезування значно не змінилася, тільки в групі пацієнтів із протезним стоматитом достовірно знизилась активність глутатіонпероксидази ($p<0,05$). Через місяць після протезування було зафіксовано достовірне зниження активності всіх досліджених антиоксидантних ферментів у пацієнтів із протезним стоматитом.

Загальна протеолітична активність ротової рідини вірогідно збільшилась у пацієнтів з розвиненим протезним стоматитом, причому вже через тиждень після протезування. Виявлено зміни активності еластази ротової рідини убік збільшення, як стосовно вихідного рівня, так і до даних у групі порівняння.

У пацієнтів з явищами запалення тканин протезного ложа через тиждень після протезування визначена підвищена кількість мікроорганізмів у ротових змивах, однак через місяць вона практично повернулася до вихідного рівня. У групі хворих з протезним стоматитом через тиждень після протезування загальне мікробне обсіменіння ротової порожнини збільшилось в 1,6 рази ($p<0,001$). Через 1 місяць після протезування рівень загального мікробного обсіменіння в них був також високим ($p<0,05$).

У хворих, що користуються знімними зубними протезами, змінюється і видовий склад мікрофлори. У пацієнтів з протезним стоматитом збільшилась частота виділення негемолітичного стрептокока (на 36,3 % через місяць стосовно вихідних даних) і непатогенного стафілокока (на 23,6 % через місяць стосовно вихідних даних). Такі

мікроорганізми, як ентерокок, кишкова паличка і патогенний стафілокок, що не виділялись при першому дослідженні в жодного пацієнта, через 1 місяць були зафіксовані в 2-х пацієнтів з 11, що склало 18,2 %. У 3 рази збільшився вміст у ротових змивах дріжджоподібних грибів.

Таким чином, отримані результати свідчать, що під впливом знімних пластинкових зубних протезів відбуваються порушення функціональної активності слинних залоз, інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів, підвищення протеолітичної активності ротової рідини, недостатність антиоксидантного захисту, зниження неспецифічної резистентності і напруженість специфічного імунітету з одночасним збільшенням мікробної агресії і змінами біоценозу ротової порожнини, що сприяє розвитку протезного стоматиту і порушує процес адаптації до протеза, подовжує терміни адаптації. Виявлені закономірності стали обґрунтуванням для розробки комплексного способу профілактики і лікування протезних стоматитів.

В основу запропонованого комплексу покладено два напрямки – зниження побічної дії пластмаси базису протеза на слизову оболонку протезного ложа і зменшення патогенної дії мікрофлори. Для цього розроблені нові засоби, що забезпечують створення буферної зони між базисом протеза і слизовою оболонкою протезного ложа, справляють антимікробну, протизапальну та імуномодулюючу дії, - спеціальні прокладочні гелі.

Схема і складові частини комплексу лікувально-профілактичних заходів наведені у практичних рекомендаціях.

Розроблено та запропоновано 2 рецептури прокладочних гелів: «Профогель» (адаптаційний, зм'якшуючий) і «Шавлієвий» (коригуючий).

Застосування «Профогеля» є доцільним з метою профілактики запалення протезного поля і прискорення терміну адаптації до протеза. До складу «Профогеля» введені вазелінова олія, гліцерин, аскорбінова кислота, бензоат натрію, ментол, ароматизатор, барвник.

Гель «Шавлієвий» за своїм складом (екстракти шавлії та ехінацеї, аскорбінова кислота, тетраборат натрію, хлоргексидин, гліцерин, ментол, ароматизатори, барвник) спрямований проявляти протизапальну й антимікробну дію, впливати на регенеративні і метаболічні процеси, покращувати трофіку тканин.

Гелі розроблялися згідно ТУ В 02012102-001-2001. Основою гелів є водно-гліцериновий розчин натрію карбоксиметилцеллюлози.

Проведені токсикологічні дослідження нешкідливості прокладочних гелів довели, що розроблені засоби не виявляють токсичної дії на організм, не подразнюють слизову оболонку порожнини рота, не викликають сенсibiliзуючої дії, а також не містять патогенних мікроорганізмів.

Результати експериментальних досліджень показали, що гелі позитивно впливають на слизову оболонку порожнини рота і тканини пародонта. Гель «Шавлієвий» володіє вираженою протизапальною дією, що підтверджується на моделі асептичного запалення достовірним зниженням маси язика щурів (зниження фази ексудації на 15 %).

Наступним етапом роботи було визначення ефективності розробленого способу профілактики та лікування протезних стоматитів. В дослідженнях брали участь пацієнти, що вперше протезувались, і пацієнти з тривалим строком користування знімними зубними протезами.

У хворих, що протезувались вперше, було проведено 2 серії досліджень: 1) лікувально-профілактичні заходи призначалися через 1 місяць після протезування і лише тим пацієнтам, які протягом місяця не звикли до знімних зубних протезів, і в них були

зафіксовані симптоми запалення слизової оболонки протезного ложа; 2) всім пацієнтам з першого дня перебування протеза в порожнині рота призначалися профілактичні заходи.

В першій серії дослідження пацієнти були розділені на 3 групи: 1 група - спеціальні профілактичні засоби не призначалися; 2 група - був використаний для щоденного застосування гель «Шавлієвий»; 3 група – комплекс заходів: гель «Шавлієвий», антисептичні і протизапальні полоскання і щоденна обробка протеза засобом «Коррега».

Проведені дослідження показали, що в 90% пацієнтів 1 групи через 2 тижні спостерігалися явища запалення слизової оболонки протезного ложа, через 2 місяці таких залишилося 3 особи, що склало 33 %. В 2 групі, де був призначений тільки гель «Шавлієвий», через 2 тижні в 50 % пацієнтів зникли симптоми запалення, а через 2 місяці з незначними проявами запалення був тільки 1 пацієнт. Серед пацієнтів 3 групи, де був призначений комплекс лікувальних заходів, через 2 тижні тільки в 40 % хворих ще відзначалися запальні явища, однак до кінця 2-го місяця й у них уже не було ніяких проявів запалення.

У пацієнтів 1 групи, яким не були призначені спеціальні лікувально-профілактичні заходи, не зафіксовано істотних змін у показниках гомеостазу і біоценозу ротової порожнини. У той же час призначення гелю «Шавлієвий» як окремо, так і в комплексі з полосканнями рота й обробкою протеза, призвело до нормалізації досліджуваних біофізичних, біохімічних і імунологічних показників, однак у різній мірі. Найбільше істотно змінилися такі показники, як кількість клітин епітелію в ротових змивах (зменшення інтенсивності на 26,1% в 2 групі, де був використаний тільки гель «Шавлієвий», і на 24,6% у пацієнтів 3 групи, що застосовували гель у комплексі з полосканням і обробкою протеза) і вміст МДА в ротовій рідині (вірогідне зменшення).

Це свідчить про те, що, по-перше, механізм лікувально-профілактичної дії гелю «Шавлієвий» має патогенетичну спрямованість, впливаючи на найважливіші ланки запального процесу: перекисне окислення ліпідів і систему антирадикального захисту; а по-друге, гель захищає слизову оболонку від дратівного впливу конструкцій протеза, про що свідчить зменшення десквамації епітелію.

Результати вивчення ефективності профілактичних заходів, призначених з 1-го дня перебування протеза в порожнині рота, показали, що швидше звикали до протеза пацієнти, яким були призначені профілактичні заходи («Профогель» - 2 група та «Профогель» і спеціальна гігієна зубних протезів – 3 група). Якщо в 1 групі пацієнтів (без профзаходів) протягом першого тижня не було осіб, що адаптувалися до протеза, то в 2 і 3 – більш 27 % пацієнтів не пред'являли скарг. Їм для звикання потрібна була тільки одна корекція протеза. Через місяць у 1 групі тільки 9 осіб з 11 заявили про відсутність дискомфорту в порожнині рота в зв'язку з присутністю протеза, у той час як в 2 і 3 групах відзначалась 100% адаптація. Незначні явища запалення слизової оболонки протезного ложа в деяких пацієнтів 2 і 3 груп спостерігалися лише на першому етапі після протезування, а через місяць слизова оболонка в усіх була не змінена.

Клінічна апробація розробленого методу профілактики і лікування протезних стоматитів у пацієнтів з тривалим строком користування знімними зубними протезами проведена з залученням 2 груп пацієнтів: 1 групу склали протезоносії, в яких на момент обстеження не було зафіксовано явищ запалення протезного ложа (стан ремісії); у 2 групі були пацієнти з симптомами запалення в області протезного ложа, тобто у стані загострення захворювання.

Пацієнтам 1 групи з метою профілактики рецидиву захворювання був призначений прокладочний гель «Профогель». В 2 групі був використаний комплекс заходів, що включав

гель «Шавлієвий», обробку протеза таблетками «Коррега» і полоскання рота розчином календули і тетраборатом натрію з метою забезпечення протизапального ефекту та антибактеріальної дії. Пацієнти застосовували призначені засоби протягом 1 місяця.

Результати досліджень свідчать, що протезоносії 1 групи через місяць не пред'являли скарг. Через 3 місяці після використання «Профогеля» лише 1 чоловік пред'являв скарги, і в нього спостерігалися симптоми запалення тканин протезного ложа. Згодом цьому пацієнту був призначений комплекс заходів, що включає використання гелю «Шавлієвий».

Істотних змін у досліджуваних показниках гомеостазу і біоценозу ротової порожнини пацієнтів 1 групи під впливом «Профогеля» не спостерігалось, за винятком швидкості слиновиділення, яка після регулярного використання «Профогеля» протягом місяця достовірно збільшилася (на 32,7%), що вказує на підвищення функціональної активності слинних залоз.

У пацієнтів 2 групи з наявністю протезного стоматиту після місячного застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів практично усі досліджувані показники мали динаміку зміни убік нормалізації стосовно вихідного рівня. Достовірні відмінності спостерігались для швидкості слиновиділення (збільшилась на 46,1 %), рН ротової рідини (зменшилось на 0,15), активності глутатіонпероксидази (збільшилась на 31,9 %), активності еластази (зменшилась на 30,7 %), вмісту лізоциму (збільшився на 26,9 %). Практично у всіх пацієнтів зникли запальні явища на 5-7 день, і вони не пред'являли скарг.

У пацієнтів двох груп значно знизився рівень мікробного обсіменіння ротової порожнини (на 26 %), не було зафіксовано жодного випадку присутності в ротових змивах кишкової палички та ентерокока, майже вдвічі зменшилася частота виділення дріжджових грибів роду Кандида.

Отже, застосування «Профогеля» у хворих з тривалим строком користування знімними зубними протезами сприяє подовженню стійкої ремісії і запобігає виникненню рецидивів захворювання. Комплекс лікувально-профілактичних заходів, призначений пацієнтам із протезним стоматитом, що включає використання прокладочного гелю «Шавлієвий», а також антисептичні полоскання рота і дезинфікуючу обробку протеза, сприяє ліквідації запалення, стабілізації патологічного процесу в слизовій оболонці протезного ложа, значно прискорює реабілітацію пацієнтів.

ВИСНОВКИ

У дисертації представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі, спрямованої на розробку та обґрунтування комплексу профілактики і лікування протезних стоматитів, обов'язковим компонентом якого є застосування спеціальних прокладочних гелів.

1. Встановлені терміни адаптації до знімних зубних протезів в залежності від виду пластинкового протеза (часткові, повні), локалізації в порожнині рота (верхня чи нижня щелепи) і стану тканин протезного ложа. Процес адаптації до часткових зубних протезів в більшості випадків протікає протягом 2-х тижнів, до повних зубних протезів – протягом 3-х тижнів. 10,9 % хворих зі знімними зубними протезами не можуть повноцінно користатися ними протягом 2-х і більш місяців. Імовірність розвитку протезного стоматиту в даній категорії хворих складає більш 80%.

2. У хворих з протезними стоматитами спостерігаються істотні порушення гомеостазу і біоценозу порожнини рота: зниження функціональної активності слинних залоз (салівації на

35 %), підвищення рівня процесів перекисного окислення ліпідів (вміст МДА на 54%), протеолітичної активності ротової рідини (ЗПА на 39%), недостатність антиоксидантного захисту, зниження неспецифічної резистентності і напруженість специфічного імунітету, збільшення мікробного обсіменіння (в 1,5 рази) і частоти виділення патогенної мікрофлори.

3. Розроблена рецептура та обґрунтовано компонентний склад спеціальних прокладочних гелів «Профогель» (адаптаційний) і «Шавлієвий» (коригуючий) для профілактики і лікування протезних стоматитів. Доведена їх висока лікувально-профілактична ефективність, що полягає в прискоренні процесу адаптації до знімних зубних протезів (в 1,5 рази), зменшенні ризику виникнення і загострення протезних стоматитів, нормалізації гомеостазу і біоценозу порожнини рота.

4. Розроблена й обґрунтована схема і доведена висока ефективність комплексного способу профілактики і лікування протезних стоматитів, основними напрямками якого є нейтралізація побічної дії пластмасового базису протеза шляхом використання прокладочних гелів „Профогель” і „Шавлієвий”, поліпшення гігієнічного стану протеза шляхом дезінфікуючої обробки протеза в розчині «Корега табс», зменшення запального процесу слизової оболонки протезного ложа шляхом полоскань рота антисептичними і протизапальними розчинами.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою профілактики запалення протезного ложа і прискорення адаптації до знімних пластинкових протезів рекомендується застосовувати прокладочний гель «Профогель», а з лікувально-профілактичною метою при розвитку протезного стоматиту – гель «Шавлієвий».

2. Спосіб використання складових частин запропонованого лікувально-профілактичного комплексу наступний:

а) Із профілактичною метою:

- для нейтралізації побічної дії протеза і прискорення адаптації варто наносити на базис протеза гель «Профогель» тонким шаром 1 раз на день ранком після чищення і миття протеза;

- для зменшення мікробного обсіменіння протеза рекомендується проводити дезінфікуючу обробку шляхом замочування його в розчині (1 таблетка «Корега» на 100 мл води) протягом 15-30 хвилин щодня.

б) З лікувально-профілактичною метою:

- для нейтралізації побічної дії акрилатів і корекції патологічних змін у слизовій оболонці протезного ложа наносити на базис протеза гель «Шавлієвий» тонким шаром 2-3 рази на день ранком після чищення і миття протеза і вдень після прийому їжі;

- для зниження інтенсивності запального процесу протезного ложа рекомендуємо проводити полоскання рота настояюю календули по 40 крап. на ½ ск. теплої води 3 рази на день після прийому їжі.

- для зменшення мікробного забруднення протеза доцільно проводити дезінфікуючу обробку його шляхом замочування протеза в розчині (1 таблетка «Корега» на 100 мл води) протягом 15-30 хвилин щодня;

- для зменшення мікробного обсіменіння порожнини рота необхідно проводити антисептичні полоскання рота 2 рази на день (ранком і ввечері після прийому їжі) розчином тетрабората натрію разом з бікарбонатом натрію, приготовленого по наступній прописі:

Rp.: Natrii Tetraboratis

Natrii hydrocarbonatis āā 20,0
Ol. Menthae gtts 111
M.F.pulv.
D.S. По 1 ч.ложці на 1 ск. теплої води.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Маслов О.В. Зміна показників біоценозу ротової порожнини при виникненні контактних протезних стоматитів // Одеський медичний журнал. – 2003. - № 3. – С. 72-74.
2. Маслов А.В., Терешина Т.П., Чулак Л.Д. Эффективность использования прокладочных гелей в комплексе мероприятий для ускорения реабилитации пациентов с протезными стоматитами // Вісник стоматології. – 2003. - № 1. – С. 56-60. *Участь здобувача полягає в клініко-лабораторному обстеженні та лікуванні хворих з протезними стоматитами, аналізі результатів, написанні статті.*
3. Терешина Т.П., Маслов А.В., Новицкий В.Б. Уход за съемными зубными протезами // Вісник стоматології. – 2002. - № 4. – С. 111-113. *Автором проведені лабораторні дослідження, аналіз результатів, статистична обробка даних, підготовка статті до друку.*
4. Маслов А.В. Динамика адаптации к съемным зубным протезам // Материалы I Межд. славянской научно-практ. конф. молодых ученых-стоматологов. – Одесса: "Астро-принт", 2002. – С. 61-62.

АНОТАЦІЯ

Маслов О.В. Клініко-експериментальне обґрунтування способу профілактики та лікування протезних стоматитів. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. Інститут стоматології АМН України, Одеса, 2005.

Встановлено, що протезні стоматити зустрічаються більш, ніж у 13% пацієнтів із знімними зубними протезами. Адаптація до знімних зубних протезів має пряму залежність від стану протезного ложа. Вірогідність розвитку протезного стоматиту у пацієнтів, що не звикли до протеза протягом 2-х місяців, складає більше 80 %.

Конкретизовано визначення нозологічної форми захворювання «дійсні протезні стоматити»: локальне запалення слизової оболонки протезного ложа, що не зникає після корекції протезів, розвивається через 1 і більше місяців, має виражену клінічну симптоматику і припиняється після видалення протеза з порожнини рота.

Запропоновано метод профілактики і лікування протезних стоматитів, в основі якого є застосування прокладочних гелів: адаптаційного (пом'якшувального) «Профогель» і коригуючого (із заданими властивостями) - гель «Шавлієвий».

Встановлено високий лікувальний ефект при розвинутому протезному стоматиті комплексу, що включає екранування протеза гелем «Шавлієвий», антисептичну обробку протезного ложа тетраборатом натрію, полоскання рота розчином календули і дезинфікуючу обробку протеза засобом «Корега».

Ключові слова: знімні зубні протези, протезне ложе, стоматит, профілактика, лікування, прокладочні гелі «Шавлієвий», «Профогель».

АННОТАЦИЯ

Маслов А.В. Клинико-экспериментальное обоснование способа профилактики и лечения протезных стоматитов. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Институт стоматологии АМН Украины, Одесса, 2005.

Диссертация посвящена изучению распространенности и динамики развития протезных стоматитов и разработке метода профилактики и лечения их.

Клинические исследования показали, что протезные стоматиты встречаются более, чем у 13% пациентов со съёмными зубными протезами.

Установлено, что адаптация к съёмным зубным протезам имеет прямую зависимость от состояния протезного ложа. Пациенты с частичными зубными протезами в большинстве случаев привыкают к съёмным протезам в течение 2-й недели, с полными – в течение 3-й недели. 10,9 % лиц не привыкли к протезам в течение 2-х месяцев. Вероятность развития протезного стоматита у пациентов, не адаптировавшегося к протезу в течение 2-х месяцев, составляет более 80 %.

На основании клинических наблюдений конкретизировано определение нозологической формы заболевания «истинные протезные стоматиты»: локальное воспаление слизистой оболочки протезного ложа, не исчезающее после коррекции протезов, развивающееся спустя 1 и более месяцев, имеющее выраженную клиническую симптоматику и прекращающееся после изъятия протеза из полости рта.

Развитие протезного стоматита сопровождается снижением функциональной активности слюнных желез, усилением свободнорадикального окисления липидов и протеолитической активности ротовой жидкости, увеличением микробной обсемененности ротовой полости.

Предложен метод профилактики и лечения протезных стоматитов, в основе которого применение прокладочных гелей.

Разработаны гели: адаптационный (смягчающий) - «Профогель» и корригирующий (с заданными свойствами) – гель «Шалфейный».

Обоснована целесообразность использования прокладочных гелей в период адаптации к съемным зубным протезам. С целью профилактики воспаления слизистой оболочки протезного ложа и ускорения адаптации к протезу рекомендуется применять «Профогель», с лечебно-профилактической целью при развитии протезного стоматита – гель «Шалфейный».

Установлен высокий лечебный эффект при развившемся протезном стоматите комплекса, включающего экранирование протеза гелем «Шалфейный», антисептическую обработку протезного ложа тетраборатом натрия, полоскание рта раствором календулы и дезинфицирующую обработку протеза средством «Коррега».

Показано, что механизм лечебно-профилактического действия геля «Шалфейный» имеет патогенетическую направленность, влияя на важнейшие звенья воспалительного процесса: перекисное окисление липидов (снижение содержания МДА на 17-27%) и систему антирадикальной защиты (рост активности глутатионпероксидазы на 31-39%) и, кроме того, гель защищает слизистую оболочку от раздражающего влияния конструкций протеза, о чем свидетельствует уменьшение десквамации эпителия.

Применение «Профогеля» у протезоносителей с многолетним стажем, у которых был в анамнезе протезный стоматит, способствует удлинению ремиссии и отодвигает рецидив заболевания. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий, назначенный пациентам с протезным стоматитом, включающий использование в качестве прокладки геля «Шалфейный», а также дезинфицирующего полоскания рта и антисептической обработки протеза, значительно ускоряет реабилитацию пациентов без специального лечения.

Ключевые слова: съемные зубные протезы, протезное ложе, стоматит, профилактика, лечение, прокладочные гели «Шалфейный», «Профогель».

SUMMARY

Maslov A.V. Clinical-experimentally groundation of the method of prophylaxis and treatment of denture stomatitis. - Manuscript.

The dissertation of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.22 - dentistry. Institute of the dentistry of Academy of medical science of Ukraine, Odessa, 2005.

It is set that stomatitis meets more, than at 13% of patients with removable dentures. Adaptation to the removable dentures has direct dependence on the state of mucous membrane under a denture. Probability of development of prosthetic stomatitis at patients, not adapting oneself to prosthetic appliance during 2th months, makes more than 80 %.

Determination of nosology form of disease is specified «veritable denture stomatitis»: inflammation of mucous membrane under a denture, not vanishing after correction of prosthetic appliances, developing after 1 and more than months, having expressed symptoms and halted after the withdrawal of prosthetic appliance from an oral cavity.

The method of prophylaxis and treatment of denture stomatitis in basis of which is offered application of gasket gels: adaptation (emollient) gel «Profogel» and correcting (with the set properties) gel «Shalfeiny».

A high medical effect at developing denture stomatitis of complex including screening of prosthetic appliance by a gel «Shalfeiny» is set, antiseptic treatment of prosthetic bed of sodium tetraborat, rinse of mouth by solution of calendula and disinfectant treatment of prosthetic appliance by the “Correga mean”.

Keywords: removable dentures, mucous membrane under a denture, stomatitis, prophylaxis, treatment, gasket gels «Shalfeiny», «Profogel».