

Реакція тканин протезного ложа на знімні протези



Тканини протезного ложа першими реагують на дію базисів протезів, адже слизова оболонка не пристосована до передачі жувального тиску, самоочищення тощо. Виділяють:

- побічну,
- токсичну,
- травматичну дію базису протеза.

Побічна дія знімного протеза полягає: у передачі жувального тиску на тканини протезного ложа, що є неадекватним подразником для слизової оболонки, у порушенні самоочищення, терморегуляції, мови, сприйняття смаку. До результатів побічної дії необхідно віднести “парниковий ефект”.

“Парниковий ефект” є наслідком побічної дії знімного пластмасового базису в результаті порушення терморегуляції слизової оболонки ротової порожнини. Механізм виникнення цього



явища має таке пояснення. Акрилові пластмаси володіють поганою теплопровідністю. З цієї причини під пластмасовим базисом виникає вища тем-

пература, ніж у ротовій порожнині, яка близька до температури тіла людини. З'являється явище термостату, яке є ідеальною умовою для розмноження мікроорганізмів та грибкової мікрофлори. Клінічна картина слизової оболонки проявляється поширеною чи локальною гіперемією, а якщо до цього додається поганий гігієнічний догляд за протезами, то стан слизової оболонки погіршується ще більше.

Альтернативою в боротьбі з “парниковим ефектом” є вибір матеріалів з доброю теплопровідністю. Тому найкращими базисами є металеві, але складність їхнього виготовлення і відповідно висока вартість такого зубного протеза зводять нанівець цю перевагу.



*Повний
пластинко-
вий протез з
металевим
базисом*

До результатів токсичної дії акрилових базисів знімних протезів відносять токсичні стоматити. Вони можуть бути двох типів. Перший зумовлений значною кількістю залишкового мономеру, який не вступив у реакцію полімеризації, другий – зумовлений токсинами, які виділяють мікроорганізми, і спостерігається в разі недотримання гігієни ротової порожнини.

Основним компонентом виникнення акрилових токсичних стоматитів є мономер. За своєю хімічною будовою він – метиловий ефір метакрилової кислоти. У високих концентраціях мономер є протоплазматичною отрутою. Його дія на слизову оболонку ротової порожнини вкрай негативна, негативна його дія і на весь організм. Причиною виникнення токсичних стоматитів може бути і вільний мономер, що вивільняється під час старіння пластмаси, тобто під час процесів деполімеризації.



*Токсичний
стоматит*

Іншим механізмом пояснюється виникнення токсичного бактеріального стоматиту. У разі поганого догляду за ротовою порожниною та за базисами знімних протезів створюються умови для розмноження бактеріальної мікрофлори, збільшується кількість грибкових форм.

Діагностика такого стану досить легка, про нього свідчить стан протезів – наявність пор, часті направки, погане полірування. Хворий повинен знати терміни користування протезами та про необхідність їх заміни.



*Недогляну-
тий знімний
протез*

Найбільша група ускладнень у разі користування повними знімними протезами пов'язані із запаленням слизової оболонки ротової порожнини. Запалення, спричинене знімними про-

тезами, отримало назву протезного стоматиту.

Травматичний протезний стоматит спостерігається часто, особливо в перші дні користування знімними протезами. Травматичні ураження можна виявити по межі протезного ложа і причиною їх виникнення є травма слизової оболонки краєм протеза. Клінічна картина в разі легкої травми може характеризуватися запаленням, якщо ураження глибоке, виникають набряклі рани з дном, яке кровоточить.



*Травма-
тичний
стоматит*

У разі механічної травми слизової оболонки язика чи щік, найчастіше гострим краєм протеза, виникає виразка. Хворі скаржаться на біль в ураженій ділянці, під час огляду виявляється виразка різної форми, глибини і розмірів. Краї рани зазвичай набряклі, слизова оболонка гіперемована. Ліквідація травмівного чинника і призначення полоскань дезінфекційних засобів та аплікацій дає добрий ефект.

Гострі виразки швидко зникають у разі корекції країв протеза; якщо цього не зробити, то гостра виразка переходить у хронічну. Лікар повинен задуматися, якщо лікування виразки протягом 2 тижнів не приносить результату, – у такому разі хворого необхідно проконсультувати в онколога.

Для запобігання травматичному стоматиту необхідно, щоб лікар спостерігав за хворим доти, поки не переконається, що травма слизовій оболонці не загрожує і настала адаптація до повних знімних протезів.

Особливості повторного протезування хворих повними знімними протезами



Відомо, що повні знімні протези можуть ефективно використовуватися протягом невеликого проміжку часу. Показаннями до повторного протезування є зниження лікувальних, профілактичних властивостей, збільшення небажаної дії протезів на тканини протезного ложа.

Дослідження жувальної функції, проведені через різні проміжки після фіксації протезів, виявили цікаві закономірності, які допомагають правильно вирішувати питання повторного протезування.

Загальноприйнято, що питання про заміну протезів необхідно вирішувати після 3-5-річного їх використання. Через цей час жувальна ефективність залишається високою, але досягається вона за рахунок подовження часу розжовування їжі, що свідчить про значне зниження жувальної здатності штучних зубів. Питання повторного протезування може виникнути і раніше, якщо стала гіршою фіксація, виникли балансування, поломки базису, пори в базисі, що погіршують гігієнічний стан протеза, порушення оклюзійних співвідношень, зміни тканин протезного ложа.

Недопустимо для ліквідації цих недоліків перебазування базисів протезів самотверднучими пластмасами. Як тимчасовий захід може бути використане лабораторне перебазування на час виготовлення нового протеза.

З часом часто відбувається зниження міжальвеолярної висоти у хворих, які довгий час користувалися повними знімними протезами. Причини, що призводять до цього, можуть бути різноманітними (помилки лікаря під час визначення міжальвеолярної висоти та фіксації центрального співвідношення щелеп, стирання пластмасових зубів, процеси атрофії у щелепно-лицевій системі). При цьому відбувається зміна зовнішнього вигляду обличчя хворого.



Зміна висоти нижньої третини обличчя у випадку атрофії альвеолярного гребеня нижньої щелепи

Постає питання: відновити міжальвеолярну висоту в нових протезах чи залишити ту, яка була визначена раніше і до якої хворі повністю адаптувалися? Існує кілька наукових думок. Одні вважають, що необхідно залишити попередню міжальвеолярну висоту, інші вважають, що слід визначити нову і збільшити її до необхідного рівня одномоментно. Нині ці думки поділяють не всі стоматологи.

Ще одною особливістю повторного протезування є урахування форми базису старого протеза, його товщини, кількості направок, які були проведені.

Таким чином, у разі повторного протезування хворих необхідно детально вивчити стан протезного ложа, форму старого протеза, його товщину та постановку зубів.