

УДК 618.3-06

Клінічні особливості і принципи лікування алергічного стоматиту під час використання часткових і повних знімних протезів

Сатановский Михаил Абрамович, старший преподаватель
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Симферополь

Сатановский Дмитрий Михайлович, зав. хирургическим кабинетом
ФГБУ «1472 ВМКГ» МО РФ, Филиал №2, Симферополь

Северина Светлана Константиновна, кандидат медицинских наук, доцент

Овчаренко Елена Николаевна, ассистент
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Симферополь

Аннотация. Авторы изучали проблему реакции структурных компонентов ротовой полости на съёмные пластиночные протезы. Так, установлено, что любое наложение съёмных пластиночных протезов вызывает воспалительную реакцию слизистой оболочки протезного ложа. Изучалась потребность жителей региона в протезировании, основные патогенетические механизмы, приводящие к развитию аллергических реакций. Новым в лечении аллергических стоматитов является изготовление протезов типа «Акри-фри». Это позволяет уменьшить или полностью нивелировать отрицательное воздействие акрилатов на слизистую оболочку протезного ложа.

Ключевые слова: протезный стоматит, Акри-фри, аллергическая реакция.

Вступ. Потреба населення знімному протезуванню складає від 5% (у віці від 20 до 40 років) до 80% у більш старших пацієнтів [4, 6]. У свою чергу проблема взаємини тканин порожнини рота з матеріалами, застосовуваними для виготовлення знімних ортопедичних конструкцій, є однією з основних в клініці ортопедичної стоматології [2, 5]. Акрилові стоматологічні матеріали знайшли широке застосування при виготовленні часткових і повних знімних протезів. При цьому механізм виникнення алергічного стоматиту ще не виявлено повністю, але, найімовірніше, це пов'язано з реакцією імунної системи на подразники [8, 9]. Згідно з даними ВООЗ, гіперчутливістю уповільненого типу називають групу реакцій, що розвиваються в організмі через 1-2-е діб після контакту з алергеном. Вони відрізняються від інших типів алергічних реакцій тим, що не пов'язані з виробленням антитіл [3, 7].

Реакція гіперчутливості сповільненого типу або алергічна реакція типу IV може викликати різні прояви в порожнині рота. Вони можуть бути розташовані локалізовано або дифузно на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) і зазвичай з'являються через 24-72 години після введення антигену. Антигени, що викликають такий тип реакції, в основному є екзогенними, такими як контактні алергени (зокрема, метилметакрилат, метали) і лікарські засоби. Найбільш поширеними проявами є хейліт, гінгівіт, стоматит, періоральний дерматит, синдром печіння, лихеноїдна реакція і орофасціальний гранулематоз [1].

Найважливішою частиною діагностики є використання патч-тестів, які вказують на алергічну реакцію. Результати патч-тестів вказали, що найбільш поширеними доведеними алергенами є золото, нікель, ртуть, паладій, кобальт, акрилат. Хоча зв'язок між конкретними клінічними проявами і позитивними результатами патч-тесту не завжди був знайдений, не-

обхідно провести патч-тестування для доказу контактної гіперчутливості. Тому у пацієнтів з внутрішньоротовими симптомами необхідно враховувати алергічну гіперчутливість до стоматологічних компонентів.

Аналіз і обговорення. Реакції гіперчутливості уповільненого типу (алергічні реакції IV типу) представляють собою алергічні імунні реакції, які проявляються перш за все через Т-клітини (клітинний імунітет).

Відстрочена гіперчутливість може виникати тільки у пацієнтів, які раніше контактували з певним антигеном, і, таким чином, у них виникала сенсibilізація організму. Дослідження показали, що введений антиген стимулює сенсibilізований CD4 до секреції різних цитокінів. Ці цитокіни, туморнекротизуючий фактор і туморнекротизуючий фактор-β, індукують експресію молекул адгезії (E-селектин) на дермальних ендотеліальних клітинах кровоносних судин. Це дозволяє екстравазувати різні клітини, проникаючи в навколишні тканини (спочатку це в основному нейтрофіли, а потім моноцити і макрофаги). Накопичення макрофагів посилюється цитокінами, які секретуються сенсibilізованими CD4-клітинами, що контактують з антигеном (Інтерлейкін-3), і активація макрофагів стимулюється Інтерфероном γ.

Цитокіни лімфоцитів викликають підвищену проникність місцевих капілярів, що сприяє набряку. Ферменти з макрофагів сприяють пошкодженню тканин і некрозу. Ці ушкодження можуть бути викликані активністю лімфотоксинів (туморнекротизуючий фактор-β), виділених з сенсibilізованих CD4. Цитотоксичні CD8 Т-клітини можуть також брати участь в реакції гіперчутливості з затримкою.

Алергічний стоматит є важливим типом затримки гіперчутливості, яка може розвиватися після конта-

кту шкірної поверхні або СОПР з деякими речовинами. В основному це речовини з невеликою молекулярною масою (пікринова кислота, динітрохлорбензол, різні рослинні інгредієнти, косметика, деякі ліки, метали та інші речовини). Після абсорбції в епідерміс речовина зв'язується з білками (носіями) і стає імуногенним, отже, виникає гіперчутливість, що виявляється як еритема і набряк СОПР, іноді супроводжуваний везикулами.

По механізму виникнення алергічні протезні стоматити є алергічною реакцією сповільненого типу, яка клінічно проявляється виникненням контактного стоматиту. Основна причина їх виникнення полягає в розвитку підвищеної чутливості до органічних (метилметакрилат) і неорганічних (барвники, пластифікатори, наповнювачі) речовин, які є первинними засобами для отримання базисів знімних зубних протезів. Ці композити, будучи неповними антигенами-гаптенами, реагують з білками тканин протезного ложа і стають алергенами, внаслідок чого набувають повноцінні антигенні властивості.

Розрізняють неспецифічні фактори, які сприяють проникненню алергену з порожнини рота в кров. Гаптен накопичується в сироватці крові до певного рівня, потім виникає алергічна реакція організму. Це такі фактори:

1. Під ортопедичною конструкцією порушуються теплообмінні процеси. Через зростання температури відбувається зміна структури м'яких тканин, їх розпушення і мацерація, розширення судин, а це в свою чергу є сприятливим середовищем для надходження алергену в кров.

2. Мікротравми від знімного протеза в процесі щоденних навантажень (жування) викликають вогнища запалення в місці прилягання протеза, що сприяє проникненню через тріщини і рани гаптенів.

3. Корозія в процесі окислення металів ротовою рідиною підвищує концентрацію алергенів в кілька разів.

4. Підвищення кислотності ротової рідини викликає руйнування металевих і пластмасових виробів, вивільняючи велику кількість алергенних компонентів.

5. Перевищення терміну служби протеза (зазвичай більше 3-4 років) призводить до його прискореного зносу, стирання і руйнування, внаслідок чого збільшується кількість використовуваних для виробництва компонентів в слині.

Пацієнти скаржаться на печіння на СОПР і язиці, сухість у роті, зміну смакових відчуттів, що супроводжуються головними болями, порушенням сну, дратівливістю, алергічними проявами на шкірі. Виникнення цих відчуттів і патоморфологічні зміни найбільш проявляються через 5-10 днів від початку носіння зубного протеза.

При огляді ротової порожнини в цих випадках визначаються дифузна гіперемія і набряк СОПР і язика не тільки в межах протезного ложа, але і в місцях, що контактують із зубними протезами, – щоки, губи (протезне поле). Можливі точкові (петехіальні) крововиливи. При повній відмові від користування зубним протезом відбувається значне поліпшення самопочуття, а при користуванні їм спостерігається рецидив захворювання.

Необхідно відзначити, що у більшості хворих з алергічними протезними стоматитами при опитуванні виявляється обтяжений алергологічний анамнез: непереносимість деяких продуктів харчування, алергічні дерматози, кон'юнктивіти, полінози, бронхіальна астма тощо.

Лікування алергічних протезних стоматитів складається, в першу чергу, у виробництві нових зубних протезів з індиферентних матеріалів, при цьому необхідно визначати за допомогою шкірних алергічних проб їх індивідуальну переносимість. Якщо ж у хворого зберігається стійкий синдром печіння СОПР, то правильним буде застосовувати лікувальні конструкції зубних протезів, які повністю (і базис, і штучні зуби) виготовлені з безбарвної пластмаси або в них поєднується постановка керамічних або сітталлових зубів з штучними зубами, зробленими з безбарвної пластмаси.

Також при наявності стійкого синдрому печіння слизової оболонки всього протезного поля показано застосовувати знімні зубні протези, забезпечені еластичним магнітним аплікатором на зовнішній поверхні базису в області парестетичної слизової.

Новинкою в лікуванні алергічних стоматитів є виготовлення протезів типу «Акрі-фрі»: знімний протез «Акрі-фрі» – це новий тип протезування при частковій і повній відсутності зубів. Ці протези виготовляються з особливого типу акрилової пластмаси, яка не містить мономерів. Протезування «Акрі-фрі» вперше було розроблено компанією «Perflex Ltd» (Ізраїль). На «Акрі-фрі» протезах пацієнти відзначають меншу масу і об'єм протезів, їх індиферентність до СОПР і язика, практичну невидимість в порожнині рота, а також зручність для постійного носіння помірно гнучкість.

Показаннями до застосування безмономерних протезів є часткова або повна відсутність зубів, алергічні реакції на протези зі звичайної акрилової пластмаси, алергічні реакції на металеві конструкції. Пластмаса, з якої виготовляється пропонується тип протезів, відноситься до групи термопластів. Це дозволяє тут не використовувати токсичний метилметакрилат, на який у багатьох пацієнтів часто викликає алергію. До винаходу матеріалу Perflex® Acry-free хворим з алергією на мономер акрилової пластмаси пропонувалися тільки протези з нейлону, що володіють безліччю недоліків.

Для виготовлення протеза цього типу доводиться виконувати роботу методом ливарного формування (при високій температурі), це дозволяє зробити найбільш точну відповідність поверхні протеза з формою протезного ложа. Внаслідок цього протез більш стійкий, зручний для носіння та пережовування їжі, менше травмує слизову оболонку ясен – особливо якщо порівнювати його з протезами з нейлону. «Акрі-фрі» протез має меншу товщину пластмасового базису в порівнянні з протезами зі звичайної пластмаси (іншими словами, він займає значно менший обсяг в порожнині рота). Також він відрізняється меншою масою, що особливо важливо для більш надійної фіксації протеза на верхній щелепі.

Додатковими перевагами є:

- помірна гнучкість (даний тип протезів характеризується помірною еластичністю, створюючи комфорт для носіння);

- индифферентность до подлежащих тканей (пластмаса Perflex® Acry-free є термопластичною, завдяки чому в ній немає токсичного мономера – метилметакрилату, який часто викликає алергію);

- хороша естетика (пластмаса «Акрі-фрі» може бути різного відтінку і прозорості, що дозволяє досягти природного вигляду протеза, практично непомітного в роті, що робить протези «Акрі-фрі» схожими на нейлонові в плані естетики. Не менш важливим фактором є те, що кламмера часткового знімного протезу «Акрі-фрі» виконується не з металу, а з еластичної пластмаси рожевого кольору, що робить цей протез естетичніше);

- зручність догляду за протезом (протези з пластмаси Perflex® Acry-free мають дуже гладку, блискучу, поліровану поверхню, до якої важче адгезуються бактерії і зубні відкладення),

- достатня міцність і ремонтпридатність («Акрі-фрі» зубні протези робляться з дуже міцної пластмаси, яка багаторазово (до 10 разів) стійкіше до деформацій в порівнянні зі звичайною пластмасою).

При клінічно важких формах перебігу алергічних протезних стоматитів, супроводжуваних шкірними алергічними реакціями і набряками м'яких тканин алергічно-лицевої ділянки, доводиться призначати антигістамінні препарати (еріус, супрастин, цетиризин, цетрин, димедрол, діазолін, лоратадин) і додатково застосовувати методи неспецифічної терапії: гіпербаричної оксигенації, лазеротерапії, голкорекс-терапії, магнітотерапії.

Профілактика алергічних протезних стоматитів заснована на своєчасному зборі алергічного анамнезу у вперше обстежуваних пацієнтів і здійсненні у них вищевказаних проб на всіх етапах підготовки до

протезування зубів. У разі непереносимості пластмасових зубів і при наявності протипоказань до застосування мінеральних зубів вакуумного випалу (керамічних) в знімних протезах також доцільно застосовувати лікувальні конструкції зубних протезів.

При запаленнях СОПР, які не супроводжуються порушенням цілості покриву слизової оболонки, догляд за ротовою порожниною також відрізняється від звичайного. Для чищення природних зубів показані зубна щітка з м'якою щетиною і лікувально-профілактичні пасти «Lacalut – Fitoformula», «SPLAT – Лісові трави», «SPLAT – Актив» та інші, які надають хорошу антимікробну, протизапальну, очищуючу та дезоруючу дію. Догляд за знімними зубними протезами здійснюється шляхом систематичного їх промивання під проточною водою за допомогою зубної щітки, порошку або пасти. Зберігати їх слід в посудині з кип'яченою водою при температурі 16-20° С, в якій можна додати 2-3 краплі зубного еліксиру («Лісовий», «Свіжість») для усунення неприємного запаху.

Висновок: Під час стоматологічного лікування застосовуються різні матеріали, які іноді можуть завдати шкоди пацієнтам і співробітникам, тому необхідно проявляти обережність під час їх використання. Останнім часом збільшилася кількість публікацій про контактні алергії СОПР до різних продуктів харчування, гігієнічних засобів для порожнини рота і матеріалів, використовуваних в стоматології, тому перед початком протезування стоматолог повинен ретельно зібрати алергологічний анамнез, щоб виключити розвиток алергічних ускладнень. При наявності у пацієнта обтяженого алергологічного анамнезу, перевагу слід віддавати виготовленню ортопедичних конструкцій типу «Акрі-фрі» або нейлонових протезів.

Литература:

1. Беляева Е. А. Структурные преобразования поднижнечелюстной слюнной железы после однократного тотального гамма-облучения / Е.А. Беляева, М.А. Кривенцов // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 17, № 3 (67). – С. 9-12.
2. Беляева Е. А. Экспериментальное моделирование применения ксеногенной спинномозговой жидкости в качестве протекторного средства при лучевом поражении поднижнечелюстной слюнной железы / Е.А. Беляева, М.А. Кривенцов // Український морфологічний альманах. – 2014. – Т. 12, № 2. – С. 106-108.
3. Демьяненко С. А. Состояние слизистой оболочки полости рта у крыс на фоне дисбиоза, вызванного введением линкомицина / С.А. Демьяненко, Н.В. Марченко, В.Н. Кириченко // Современные достижения стоматологии: сб. всеросс. научно-практич. конф. с междунар. участием, посв. 30-летию Кировского государственного медицинского университета. – 2017. – С. 58-60.
4. Куликов А. С. Особенности ортопедического лечения непереносимости акриловых пластмасс у больных с нарушением функции щитовидной железы / А.С. Куликов, С.И. Жадько, К.Г. Кушнир // Современная стоматология: сб. науч. тр., посв. 125-летию основателя кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессора Исаака Михайловича Оксмана. – 2017. – С. 262-266.
5. Куликов А. С. Обоснование лечебно-профилактического комплекса для предупреждения явлений непереносимости к акрилатам у больных с гиперфункцией щитовидной железы / А.С. Куликов, С.И. Жадько, О.Л. Ирза [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 20, № 3-1. – С. 68-71.
6. Куница В. В. Оценка состояния здоровья студентов - медиков 4 - го года обучения / В.В. Куница, Г.Н. Санина, В.Н. Куница // Инновации, технологии, наука: Сб. ст. Междунар. научно-практич. конф. Ответственный редактор: Сукиасян Асатур Альбертович. – Уфа, 2016. – С. 157-160.
7. Михайличенко В. Ю. Особенности тиреоидопосредованного иммунного дисбаланса при лечении гиперпластических заболеваний щитовидной железы / В.Ю. Михайличенко, А.М. Резниченко, А.А. Древетняк, [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2017. – Т. 2, № 1. – С. 39-46.
8. Придатко И.С. Определение активности фермента сукцинатдегидрогеназы у ортопедических больных с синдромом непереносимости к акриловым пластмассам / И.С. Придатко, С.И. Жадько, О.М. Лавровская [и др.] // Стоматология славянских государств: сб. тр. IX междунар. науч.-практ. конф., посв. 140-летию Белгородского государственного нац. исследовательского ун-та. – 2016. – С. 384-387.



www.esa-conference.ru

9. Przybylla B, Rueff F. Contact dermatitis. In: Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Landthaler M, editors. Dermatology, 3rd edn. Berlin: Springer-Verlag, – 2009. – 377-401.