

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ.**

На правах рукописи
УДК: 616.314-76:615.462

Монастырева Н.Н.

**ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В
КОНЦЕПЦИИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

14.01.14 - СТОМАТОЛОГИЯ

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
д.м.н., проф. Золоев Р.В.
Научный консультант:
д.м.н., проф. Козлов С.В.

Москва
2014

Оглавление

Список сокращений.....	4
Введение.....	5
ГЛАВА I.....	10
Обзор литературы.....	10
1. Эпидемиологические показатели в ортопедической стоматологии Ошибка! Закладка не определена.	
2. Клиническая картина и методы лечения частичного отсутствия зубов. Ошибка! Закладка не определена.	
3. Эпидемиология осложнений со стороны СОПР после протезирования 10	
4. Виды непереносимости зубных протезов и факторы их развития	13
5. Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем.....	26
ГЛАВА II.....	35
Материал и методы.....	35
2.1. Клинический материал исследования.....	35
2.2. Осмотр врача – стоматолога.....	37
2.3. Характеристика мер профилактики осложнений после протезирования со стороны СОПР.....	42
2.4. Исследование качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.....	43
2.5. Методика оценки эффективности протезирования съёмными протезами.....	45
2.6. Методика ортопедического лечения.....	39
2.7. Статистическая обработка данных.....	47
ГЛАВА III.....	50

Результаты собственного исследования.....	50
3.1. Результаты клинического исследования пациентов.....	50
3.2. Клиническая оценка эффективности применения различных форм профилактики осложнений СОПР после ортопедического лечения.....	61
3.3. Результаты анкетирования пациентов.....	61
ГЛАВА IV.....	76
Клинические примеры различных видов профилактики осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения.....	76
ГЛАВА V.....	80
Заключение.....	80
Выводы.....	87
Практические рекомендации.....	88
Список литературы:.....	89

Список сокращений

РСО – Алания – Республика Северная Осетия-Алания;

РФ – Российская Федерация;

ЮФО – Южный Федеральный округ;

КПУ – индекс (кариес, пломба, удаленные);

КВЗ – кариес временных зубов;

КПЗ – кариес постоянных зубов;

компонент «К» индекса КПУ – наличие кариозного дефекта эмали;

компонент «П» индекса КПУ – пломбированные зубы;

компонент «У» индекса КПУ – удаленные зубы;

СОПР – слизистая оболочка полости рта;

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав;

ЗЧА – зубочелюстные аномалии;

СРІ – коммунальный пародонтальный индекс;

УСП – уровень стоматологической помощи.

КЖ – качество жизни

ОНІР-14 – oral health impact profile

Введение

Состояние вопроса

Наличие осложнений, развившихся в связи с протезированием и реакцией на него со стороны окружающих тканей, является одним из критериев качества оказания ортопедической стоматологической помощи. Тем не менее, своевременная диагностика и профилактика заболеваний СОПР является достаточно сложной задачей врача стоматолога.

В ортопедической стоматологии ситуация осложняется наличием зубных протезов в полости рта с соответствующими патогенными факторами. Так, у пациентов, пользующихся съемными пластиночными протезами из акриловой пластмассы, часто встречаются заболевания СОПР: красный плоский лишай, лейкоплакия, стоматиты аллергического и токсико-химического генеза, папилломатоз, дольчатые фибромы, заеды, кандидоз. А хронизация заболеваний СОПР возникает в результате раздражения составляющими компонентами материалов зубных протезов (пластмассы, сплавы металлов) и характеризуется ороговением слизистой оболочки с воспалением в строме (Ибрагимов Т.И., 2007).

Кроме того, имеет место нарушение трофических функций и снижение местных защитных функций в области адентии в связи с длительным отсутствием зубов, что в дальнейшем может оказывать негативное влияние, как на состояние полости рта, так и на процесс функциональной адаптации установленных протезов.

Также в патогенезе воспалительных процессов в СОПР имеет место иммунный фактор как на макро-, так и на микроуровне. Есть данные о существенной роли местных защитных реакций, зависящих от состава, количества и активности клеток и медиаторов иммунной системы на поверхности слизистых оболочек (Пинегин Б.В. и др., 1997).

Основными препаратами, эффективными в данном случае, являются противомикробные, противовоспалительные, нормализующие гемодинамику, антиоксиданты, иммуностимуляторы, а также их комбинации.

С учетом комплексного подхода уместным является применение физиотерапевтических методов, направленных на повышение адаптивных и репаративных возможностей организма (Стрелкова Н.И., 2002), которые успешно применяются и стоматологической практике (Герасименко М. Ю. и др., 2003; Зисман В.А. и др., 2003).

Проблема осложнений со стороны СОПР в ортопедической стоматологии является достаточно серьезной и требующей учета множества факторов. От успешности профилактики таких осложнений зависит эффективность лечения в целом, а значит и качество жизни пациента. Признано, что разработка эффективных методов профилактики осложнений при протезировании является важной медико-социальной проблемой (Калинина П.В.1990; Марков Б. П., 1998).

Появление большого количества частных стоматологических клиник в РСО-Алания лишь усугубляет проблему, поскольку в таких клиниках физиотерапия отходит на второй план за неимением достаточной площади для размещения соответствующей аппаратуры.

Кроме того, вопрос экономии средств в стоматологии стоит довольно остро. Физиотерапевтические процедуры, такие как дарсонвализация и озонотерапия, являясь менее затратными, чем, например, многократные повторные обращения к врачу для проведения повторных корректировок или применение дорогостоящих лекарственных средств, перспективны в плане повышения экономической эффективности протезирования в стоматологии.

Актуальность данной работы объясняется, помимо широкой распространенности проблемы в РСО-Алания, необходимостью поиска эффективного алгоритма профилактики и лечения осложнений со стороны

СОПР после протезирования с использованием современных достижений терапевтической стоматологии.

Цель исследования

Целью исследования является повышение эффективности профилактики и лечения осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения; сокращение сроков адаптации к ортопедическим конструкциям, и, соответственно, достижение более быстрого улучшения качества жизни пациентов после ортопедического вмешательства.

Задачи исследования

1. Проанализировать встречаемость и тяжесть осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения.

2. Провести ортопедическое лечение пациентов, вошедших в исследование, с использованием физиотерапевтических воздействий в качестве профилактических или лечебных мер.

3. Сравнить основную и контрольную группы по показателям стоматологического статуса после лечения.

4. Сравнить основную и контрольную группы по показателям качества жизни после лечения.

Новизна исследования

Получены данные о влиянии физиотерапевтических процедур (озонотерапии и дарсонвализации) на состояние слизистой полости рта после ортопедического лечения. Установлено сокращение сроков адаптации к протезам под влиянием курса процедур физиотерапии. Выявлена эффективность данных воздействий в плане снижения частоты осложнений после протезирования. Установлена связь состояния слизистой полости рта

после ортопедического вмешательства с уровнем качества жизни. Обоснована необходимость оптимизации профилактики осложнений СОПР.

Практическая значимость

Учет возможных осложнений со стороны СОПР у пациентов при ортопедическом лечении, а также своевременное принятие научно обоснованных мер по их предотвращению позволит значительно снизить затраты на лечение, а также улучшить его качество, в том числе характеризующее субъективной оценкой качества жизни пациентами.

Апробация материалов диссертации

Результаты и основные положения диссертации доложены и обсуждены на совместном заседании кафедры клинической стоматологии ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ в 2013 г; конференции «Молодые ученые – медицине» (2013).

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в преподавательскую работу кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний с курсом стоматологии ФПДО и в клинико-организационную работу поликлиники №1 СОГМА.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Личное участие автора

Автором лично было проведено ортопедическое лечение 370 пациентов, в том числе пациентов, вошедших в основную и контрольные группы (138 человек). Также автором проводился лонгитюдный анализ состояния полости

рта и качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем у этих пациентов.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 118 страницах, иллюстрирована 22 таблицами и 15 рисунками и состоит из введения, трех глав: обзора литературы, материал и методы исследований, результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Указатель литературы включает 213 источника, из которых 107 отечественных.

ГЛАВА I

Обзор литературы

1. Эпидемиология осложнений со стороны СОПР после протезирования

Ортопедическая стоматология является динамически развивающейся отраслью медицины в плане диагностики, профилактики и лечения заболеваний полости рта. Но при этом на фоне глобального увеличения среднего возраста населения растет потребность в ортопедическом стоматологическом лечении (Варламов П.Г., 2001; Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю., 2002; Ибрагимов Т.И., 2006; Калинская А.А., Сорокин В.Н., Трифонов В.В., 2006).

Частичное отсутствие зубов – наиболее частая причина обращения к врачу стоматологу-ортопеду. Данная патология в РФ составляет 40 – 75% от всех обратившихся за стоматологической помощью. При первичном обращении по поводу стоматологической патологии дефекты зубных рядов встречаются у 70,1 – 73,2% обратившихся (Боровский Е.В., 1997; Копейкин В.Н., 2001; Трезубов В.Н., Щербаков А.С., 2008;).

Данные по распространенности нежелательных реакций на стоматологические материалы и лечение в целом представляются заниженными ввиду того, что подобную оценку достаточно трудно провести. Наиболее приближенными к действительности считаются подсчеты, проводимые в Скандинавских странах, согласно которым побочные эффекты могут возникать с частотой от 1 на 700 до 1 на 2600 проведенных стоматологических процедур и быть более распространенными в узкоспециализированных областях стоматологии (Kallus T., Mjor I.A., 1991; Jacobsen N. et al., 1990).

Некоторые исследования сообщают о распространенности протезного стоматита на основании популяционных исследований. Примером такого

исследования служит американское исследование NHANES III (3rd National Health & Nutrition Examination Survey). В исследование вошли 33 994 человек, из которых 17 235 прошли стоматологический осмотр и 3450 имели, как минимум, один зубной протез (Shulman J.D. et al., 2005; Shulman J.D. et al., 2004). В США около 20% взрослого населения носит съемные протезы. Распространенность протезного стоматита при этом по данным исследования NHANES III составляет 28% (от 35% до 18% для протезов верхней и нижней челюсти, соответственно).

Популяционные исследования в Дании, Словении, Испании и Турции выявили распространенность протезного стоматита в 65%, 14.7%, 19.6%, и 18.5% случаях, соответственно (Budtz-Jorgensen E. et al., 1975; Mumcu G. et al., 2005; Vallejo M.J.G. et al., 2002; Kovac-Kavcic M., Skaleric U., 2000).

Высокая встречаемость протезного стоматита, наблюдаемая в датском исследовании связывалась исследователями с плохой гигиеной полости рта и высокой распространенностью кандидозной инфекции у пациентов пожилого и старческого возраста (Budtz-Jorgensen E. et al., 1975).

В турецком исследовании участвовало 765 случайно отобранных человек, 26% из которых носили съемные протезы, а встречаемость протезного стоматита была относительно низкой – 18.5% (Mumcu G. et al., 2005). В исследованиях проведенных в Финляндии на популяционном уровне (Nevalainen M.J. et al., 1997) и на уровне населения пожилого и старческого возраста (Mikkonen M., et al., 1984), распространенность протезного стоматита была выявлена в 45% и 38%, соответственно. В аналогичном исследовании, проведенном в Германии в 1997 году распространенность протезного стоматита на уровне популяции выявлялась в 2.5% и 18.3% в возрасте 34-44 и 65-74 лет, соответственно (Reichart P.A, 2000).

Исследования, проведенные исключительно среди населения пожилого и старческого возраста, выявили распространенность протезного стоматита в пределах от 15% до 71% (Budtz-Jorgensen E. et al., 1975; Nevalainen M.J. et al.,

1997; Espinoza I. et al., 2003; Vigild M., 1987; Kulak-Ozkan Y. et al., 2002; Peltola P. et al., 2004; Frenkel H. et al., 2000; Marchini L. et al., 2006; Budtz-Jorgensen E. et al., 1996). В Дании процент протезного стоматита среди пожилых, использующих зубные протезы, составлял 34% (Vigild M., 1987). В Финляндии данный показатель находился в рамках от 35% до 25% (Nevalainen M.J. et al., 1997; Peltola P. et al., 2004). В Южной Америке, в Чили и Бразилии, распространенность протезного стоматита среди пожилых была 34.5%, 54% -58.2%, соответственно (Espinoza I. et al., 2003; Marchini L. et al., 2006; Freitas J.V. et al., 2008).

Некоторые исследования распространенности протезного стоматита фокусировались лишь на пациентах, посещавших стоматологический кабинет для лечения, корректировки или замены зубного протеза. Такие исследования проводились в Канаде, Мехико, Бразилии, Турции, Иордании, Шотландии и Испании (Monroy T.V. et al., 2005). Распространенность протезного стоматита варьировала от 17% до 77%, при этом в 9 из 12 исследований данный показатель был больше 45%. В 6 исследованиях, проведенных на выборке 200 и более пациентов с зубными протезами, этот показатель составил от 17% до 55.5% (Marchini L. et al., 2004; Dikbas I. et al., 2006; Khasawneh S., Al-Wahadni A., 2002), тогда как в других исследованиях на выборке 100 и менее человек распространенность варьировала от 45% до 77.5% (Coco B.J. et al., 2008; Dagistan S. et al., 2008; Emami E. et al., 2007).

Что касается оценки гендерных различий в распространенности протезного стоматита, то такие попытки также предпринимались. В финских исследованиях, к примеру, было установлено, что протезный стоматит более распространен среди женщин (Nevalainen M.J. et al., 1997; Mikkonen M. et al., 1984). Аналогичные данные были получены в исследовании в Словении (Kovac-Kavcic M., Skaleric U., 2000). В Чили наблюдалась аналогичная тенденция: показатель среди женщин составил 38.7%, тогда как среди мужчин 25.1%. С другой стороны, в Бразилии такой тенденции выявить не

удалось (Vigild M., 1987; Freitas J.B. et al., 2008). В других исследованиях также не выявлялось связи распространенности протезного стоматита связанных с полом (Monroy T.B. et al., 2005; Khasawneh S., Al-Wahadni A., 2002).

Следует отметить, что вышеописанные исследования имеют свои методологические особенности (разные опросники, группы исследования, шкалы оценки патологии) и, соответственно, сравнение распространенности данной патологии по странам затруднено. Тем не менее, высокая распространенность протезного стоматита по данным литературы налицо.

Таким образом, в современном мире на фоне общего старения населения и возросшего числа использования зубных протезов закономерным представляется рост встречаемости протезного стоматита, что подтверждается данными мировых исследований.

2. Виды непереносимости зубных протезов и факторы их развития

К протезным стоматитам (ПС) относится патология СОПР воспалительного характера, обусловленная наличием в полости рта зубного протеза. Термин «протезные стоматиты» точно отражает основное содержание реакции слизистой оболочки протезного ложа и поля и ее причину — зубной протез (Гаврилов Е.И., 1979).

В МКБ-С-3 данная форма патологии формулируется как «Стоматит, связанный с ношением зубного протеза» (С12.12).

Наиболее полной классификацией протезных стоматитов, учитывающей этиологию, форму патологического процесса, характер и степень тяжести его течения, а также локализацию патологических изменений СОПРиЯ, вызванных зубным протезом, можно считать классификацию А.К. Иорданишвили (1988). Согласно данной классификации ПС по этиологии делятся на травматические, токсические, аллергические и обусловленные

физическими факторами; по форме патологического процесса – на катаральные (серозные), эрозивные, язвенные, язвенно-некротические, гиперпластические; по характеру течения патологического процесса – на острые, подострые, хронические (ремиссия, обострение); по локализации патологических изменений – на очаговые (ограниченные, локализованные), диффузные (разлитые, генерализованные); по степени тяжести течения – на легкие, средней тяжести, тяжелой степени тяжести.

Жжение и боль в ротовой полости с или без видимых проявлений воспаления или изъязвления слизистой может наблюдаться у пациентов, использующих зубные протезы в силу различных причин.

По данным демографических исследований особенности, включающие увеличивающийся возраст, женский пол, курение и сопутствующие общие заболевания, ослабляющие иммунную функцию, относятся к предрасполагающим факторам к развитию протезного стоматита. Кроме того, учитывались также такие частые следствия ношения протеза как травматизация слизистой вследствие плохой фиксации протеза, недостаточная гигиена полости рта и протеза в частности, присутствие патологической флоры (чаще кандидозной) и длительное ношение протеза само по себе (Webb V.C. et al., 1998; Shulman J.D. et al., 2005). Также подчеркивалась немаловажная роль контактной аллергии на материалы протезов как этиологического фактора протезного стоматита.

Современная точка зрения принимает во внимание совокупное действие факторов в процессе развития непереносимости зубных протезов.

Budtz-Jorgensen и Vertram (Budtz-Jorgensen E., Vertram U., 1970) продемонстрировали связь между локализованным воспалением и плохой фиксацией зубного протеза, приводящей к раздражению и травме. Менее ограниченные формы протезного стоматита были, по данным исследований, больше связаны с плохой гигиеной и грибковой инфекцией (Budtz-Jorgensen

Е., Bertram U., 1970). В другом исследовании также была обоснована связь между недостаточной фиксацией протеза и риском развития протезного стоматита (Vigild M., 1987). С другой стороны, в исследовании Emami и соавт. (Emami E. et al., 2008) было показано, что увеличение окклюзионного давления увеличивает риск развития протезного стоматита.

В целом большая стабильность протеза снижает риск развития протезного стоматита.

Недостаточный гигиенический уход за зубным протезом является существенным фактором развития протезного стоматита. Данное положение было доказано во многих работах Budtz-Jorgensen E., Bertram U., 1970; Kulak-Ozkan Y. et al., 2002; Frenkel H. et al., 2000; Marchini L., et al., 2004; Dikbas I. et al., 2006; Khasawneh S., Al-Wahadni A., 2002). Очень многие пациенты, использующие зубные протезы, в плане гигиены полости рта ограничиваются лишь чисткой зубов зубной щеткой, тогда как этого недостаточно для ухода за съемным протезом. Ношение съемных протезов во время сна также повышает риск развития протезного стоматита Budtz-Jorgensen E., Bertram U., 1970; Peltola P. et al., 2004; Marchini L., et al., 2004; Dikbas I. et al., 2006; Khasawneh S., Al-Wahadni A., 2002).

Budtz-Jorgensen и Bertram показали связь между недостаточной гигиеной зубного протеза и колонизации поверхности протеза и СОПР грибами рода *Candida*, большей травматизацией слизистой и более выраженным воспалением у 58 пациентов в возрасте в среднем 57.7 лет и продолжительностью ношения протеза в среднем 26.8 лет (Budtz-Jorgensen E., Bertram U., 1970). Другие исследования также подтверждали связь уровня гигиены полости рта и зубного протеза и развития протезного стоматита (Kulak-Ozkan Y. et al., 2002; Dikbas I. et al., 2006).

Недостаточно очищенный протез быстро покрывается биопленкой и накапливает патогенный зубной налет. Биопленка и налет содержат бактерии и дрожжевые грибки, которые могут колонизировать также слизистую

оболочку полости рта, что играет роль при развитии воспаления, сопровождающего протезный стоматит (Campos M.S., et al., 2008; Coulthwaite L., Verran J., 2007).

С другой стороны улучшение гигиены полости рта и зубного протеза позволяет добиться стойкой ремиссии и снизить риск появления признаков непереносимости зубного протеза (Cross L.J. et al., 2004).

Роль грибов рода *Candida* в развитии протезного стоматита связана с патологически быстрым ростом микроорганизма на поверхности протеза и слизистой полости рта и признана ведущим этиологическим фактором в развитии воспаления при данной патологии (Kulak-Ozkan Y. et al., 2002; Monroy T.B. et al., 2005; Coco B.J. et al., 2008; Dagistan S. et al., 2008).

Кроме того, как таковое наличие зубных протезов может вызвать осложнения, в первую очередь благодаря формированию биопленки на поверхности протеза, а затем и на поверхности слизистой. Исследования *in vitro* показали, что микроорганизмы данной биопленки проявляют устойчивость к антибактериальным и антифунгинальным веществам ввиду неизвестных пока механизмов (Ramage G. et al., 2004).

В исследовании Pires и соавт. было показано, что у пациентов с протезным стоматитом всегда выявляется колонизация протеза и СОПР *S. albicans*, и в 80% случаев отмечается недостаточный уход за протезом. При этом замена протеза и изменение поведения в плане гигиены полости рта позволила устранить явления стоматита (Pires F.R. et al., 2002) у 2/3 испытуемых в течение 6 месяцев. В других исследованиях были получены аналогичные результаты (Webb B.C. et al., 2005).

С другой стороны, имеют место исследования, в которых установлено, что за исключением *S. albicans* видовой состав биопленок зубных протезов у пациентов с развившимся протезным стоматитом и без такового был идентичен (Frank R.M., Steuer P., 1985; Walter B., Frank R.M., 1985).

Кроме того, состав зубных протезов также играет немаловажную роль. Среди материалов, широко используемых в медицине и в бытовой сфере, широкое распространение получили пластмассы. Из пластмасс, которые применяются в медицинской практике, и в том числе в стоматологии, наибольшая популярность принадлежит акрилатам.

Аллергические реакции и ограниченное химическое раздражение, вызванное составом протезного материала, являются немаловажным предметом исследования в стоматологии (Lamey P.J., Lewis M.A., 1991; Rietschel R.L., Fowler J.F., 1995; Crissey J.T., 1965; Devlin H., Watts D.C., 1984; Bauer A., Wollina U., 1998), и вопрос этот остается до конца нерешенным.

Симптомы синдрома патологической реакции на протезные материалы в стоматологии

Наиболее частым осложнением у пациентов при протезировании является синдром «горящего рта» (Giunta J.L. et al., 1979; Cibirka R.M. et al., 1997; van Joost T. et al., 1988) в первую очередь в области слизистой неба, которая находится в непосредственном контакте с протезом (Ali A. et al., 1986; Goncalves T.S. et al., 2006; Austin AT, Basker RM., 1980) а также в области языка, слизистой ротовой полости и ротоглотки (Weaver R., Goebel W.M., 1980; Ali A. et al., 1986). При этом отмечается жжение языка, слизистой оболочки рта; пощипывание, покалывание языка; чувство ожога языка, слизистой оболочки; чувство «батарейки»; онемение (Лебедев, К.А., Митронин, А.В., Понякина, 2009).

К субъективным ощущениям также относятся изменение вкусовых ощущений (кислый, горький, соленый и др. вкус); металлический вкус; измененный вкус; неприятный вкус.

Для вышеописанных симптомов характерно отсутствие объективных клинических проявлений.

Возможно также изменение выделения и свойств слюны: ксеростомия, ощущение изменения качества слюны, повышенное слюноотделение. Объективным проявлением является, в данном случае, гиперсаливация.

Поражения слизистой оболочки рта и языка субъективно сопровождаются болью и зудом, основными клиническими симптомами считается покраснение, опухание, боль в области СОПР (Hensten-Pettersen A, Jacobsen N., 1991), появление пузырьков и язвочек (Giunta J.L. et al.,1979; Weaver R., Goebel W.M., 1980; Ali A. et al.,1986; Koutis D., Freeman S., 2001), а также трещины, афты, лихеноидные поражения (Лебедев, К.А., Митронин, А.В., Понякина, 2009) и отек губ (Ruiz-Genao D.P. et al.,2003).

Данные симптомы нередко служат причиной постановки диагноза стоматита, хейлита, глоссита, гингивита и др.

Примерно у четверти пациентов, обращающихся по поводу непереносимости протезных материалов, наблюдается также наличие общеклинических нарушений (Лебедев, К.А., Митронин, А.В., Понякина, 2009).

Описаны случаи крапивницы, как системного проявления реакции на акриловые материалы (Lunder T., Rogl-Butina M., 2000), патология ЖКТ, дыхательной системы, НС, кожный зуд, зуд в глазах, боли в суставах, отеки ног, тошнота, слабость, не купирующиеся применением обычной терапии (Лебедев, К.А., Митронин, А.В., Понякина, 2009).

Кожные аллергические тесты у сенсibilизированных пациентов подтверждают аллергию на материалы, из которых изготавливаются зубные протезы (Koutis D., Freeman S., 2001; Goncalves T.S. et al., 2006; Fernstrom A.I., Oquist G., 1980). Таким образом, у пациентов с вышеописанными симптомами следует принимать во внимание возможность развития аллергических реакций и локального химического раздражения.

При контактном стоматите субъективные симптомы часто более выражены, чем объективные и включают потерю вкусовой и общей чувствительности, ощущение жжения и боль в областях контакта с протезом (Weaver R., Goebel W.M., 1980). При аллергическом протезном стоматите симптомы ограничиваются пространством протезного ложа, что затрудняет дифференцировку с контактными протезными стоматитами (Weaver R., Goebel W.M., 1980).

Таким образом, развитие побочных эффектов при установке зубных протезов является существенной клинической проблемой и, соответственно, фактором, существенно снижающим качество жизни пациентов, а также экономическую эффективность данного вида лечения.

Осложнения, приводящие к замене несъемных протезов

Осложнения, развивающиеся после протезирования несъемными мостовидными протезами, изучались большим числом отечественных и зарубежных авторов.

Основными осложнениями, обуславливающими необходимость замены протезов, названы кариес зубов и его осложнения, приводящие к разрушению коронковой части опорных зубов, поломки протезов, заболевания пародонта опорных зубов, неверно избранная конструкция протеза и другие врачебные ошибки, а также эстетические дефекты протезов (Акатьев В. А., 1979; Баданин В.В., 2000; Большаков Г.В., 1983; Гончаров А.В., Валеев И.В., Исангулов Р.Г., 1996; Грицай И.Г., 1998; Ильина-Маркосян Л.В., 1981; Кудинов Г.А., 1996; Малый А.Ю., 2001; Манукова А.И., 1969; Янцеловский Э.И., Швец Б.П., 1969).

Conny D.J., Brown M. (1981) считают, что показанием к снятию и замене несъемных протезов является механическое разрушение протезов, кариозное и периодонтальное поражение опорных зубов, нарушение внешнего вида протеза (Conny P.I., Brown M.H., 1981).

И.Т.Дубовой и Б.Ф.Юдашкин (1962), называют причинами преждевременного снятия мостовидных протезов отрыв промежуточной части протеза в местах пайки, расцементировка коронок опорных зубов, травма десны консольными протезами, заболевания пародонта (Дубовой И.Т., Юдашкин Б.Ф., 1962).

Наиболее частой причиной снятия протезов ряд авторов считает вторичный кариес и его осложнения (Каламкарров Х.А., Лосев Ф.Ф., Погосов В.Р., 1994.). Г.Т. Еслямгалиев, О.М.Мирзабеков (1976) отметили эту причину в 59,5% случаев (Еслямгалиев Г.Т., Мирзабеков О.М., 1976). Л.М.Детинич (1968) наблюдал кариес при снятии протезов в 58,9% случаев (Детинич Л.М., 1968). Близки к этим результатам данные З.Я.Шура (Шур З.Я., 1963) и он называет кариес причиной переделки протезов в 50% случаев. Гринберг Ф.Г. с соавторами отметили эту же причину снятия протезов в 30,9% своих наблюдений (Гринберг Ф.Г., Чичило О.С., Картавый В.А., 1999). Малый А.Ю. (2006) определил, что кариес и его осложнения, обусловившие разрушение коронок опорных зубов, встречаются в 32,6% случаев (Малый А.Ю., 2006). Другие авторы реже наблюдали это осложнение - К.Л. Асланов (1983) – в 22,4% случаев (Асланов К. Л., 1983).; Ф.Ф. Егоров, Мешков О.В. (1995) (Егоров Ф. Ф., Мешков О. В.,1995) – в 24,5%, Гадаев М.С. (2003) (Гадаев М.С., 2003) – в $19,05 \pm 3,03$, Букаев М.Ф. (2005) (Букаев М.Ф., 2005) - в 16,80% случаев.

Коллектив бельгийских ученых, проводящих систематические клинико-эпидемиологические исследования в области ортопедической стоматологии, также называют наиболее частыми причинами замены протезов кариес и расцементировки (совокупная доля – 61% случаев) (De Backer H., Van Maele G., De Moor N., Van den Berghe L., De Boever J., 2006).

Поломки протезов многие авторы называют не менее редким осложнением. Малый (2006) наблюдал их чаще, чем кариес зубов – в 37,9% случаев, сходный показатель дают Ф.Ф. Егоров, Мешков О.В. (1995) - 34,2%.

З.Я.Шур (1963) указывает на поломки протезов в 19,6% своих наблюдений (Шур З.Я., 1963; Малый А.Ю., 2006; Егоров Ф. Ф., Мешков О. В., 1995).

Другие авторы зафиксировали поломки и дефекты протезов и коронок в 12-16% случаев (Букаев М.Ф., 2005; Асланов К.Л., 1983; Сальковский В. Л., 1968).

Также значимой причиной снятия протезов авторы называют такой дефект, как расцементировка протезов. В исследовании КЭРОЛА-I врачи, проводившие обследование, отмечали это осложнение у 26,38% пациентов, обратившихся за стоматологической помощью (Кресникова Ю.В., 2008).

Pjetursson В.Е. с соавторами (2004) указывают расцементировку как причину снятия протезов в 19,2 % случаев, сходные данные установил Малый А.Ю. (2006) - 14,2% (Малый А.Ю., 2006; Pjetursson В.Е., Tan К., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M., 2004; Pjetursson В.Е., Tan К., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M., 2004).

Одной из часто встречающихся причин переделки протезов являются, по данным литературы, развившиеся заболевания пародонта опорных зубов (Ибрагимов Т.И., 2003). Ю.Г. Голинский (2000) в 39,6% случаев снятия протезов отметит в качестве причины пародонтит (Голинский Ю.Г., 2000).

Ф.Ф. Егоров, Мешков О.В. (1995) считают заболевания пародонта причиной замены протезов в 34,2% случаев (Егоров Ф. Ф., Мешков О. В., 1995).

Букаев М.Ф. (2005) наблюдал эту патологию в 22,68% случаев (Букаев М.Ф., 2005).

Реже заболевания пародонта отмечены О.П. Гончаровой (2002) - 12,8% случаев (Гончарова О.П., 2002).

В проведенных в разные годы исследованиях авторы неизменно отмечают в качестве причин, обусловивших необходимость замены протеза, врачебные ошибки (Семенюк В.М., Кирющенко В.М., Прохоров В.А. и др., 2000).

Так, Ю.Г. Голинский (2000) определил, что распространённость заболеваний зубочелюстной системы, обусловленных нерациональным протезированием, составляет 75,2%. Он отмечает, что только 37,2% обследованных им пациентов пользуются рациональными и качественными протезами (Голинский Ю.Г., 2000).

Л.М. Детинич (1968) указывает, что в обследованном им контингенте у 57,7% пациентов протезы сняты из-за подвижности зубов, изменений пародонта и слизистой оболочки полости рта, что связано с глубоким продвижением краёв коронок в зубодесневые карманы или плотным прилеганием промежуточных звеньев протезов к слизистой оболочке альвеолярного отростка. По мнению автора, указанные осложнения передельываемых мостовидных протезов в 67% случаев произошли из-за некачественной работы врача и в 33% случаев - зубного техника (Детинич Л.М., 1968).

Гадаев М.С. (2003) при исследовании стоматологического статуса у населения пенсионного возраста Чеченской Республики выявил, что наиболее частой причиной повторного протезирования является несоответствие протеза клинической ситуации (64,29±3,70% протезов) (Гадаев М.С., 2003).

Волкова Г.Д., Морозова А.Е. (1975) указали, что по причине неправильного выбора конструкции и перегрузки опорных зубов протезы были сняты в 54% случаев. В.Л. Сальковский (1968) указал на эту же причину в 50% случаев (Волкова Г.Д., Морозова А.Е. и др., 1975; Сальковский В. Л., 1968).

Авторы указывают и прочие осложнения, потребовавшие снятия протезов. Так, Гринберг Ф.Г. с соавторами (1999) в 17,9% наблюдений зафиксировали патологические изменения слизистой оболочки рта (Гринберг Ф.Г., Чичило О.С., Картавый В.А., 1999).

К.Л. Асланов (1983) получил в свое время сходный результат – 18,8% (Асланов К. Л., 1983). Часто отмечается отрицательное влияние несъёмных

протезов на слизистую оболочку полости рта при пользовании консольными конструкциями и мостовидными протезами с седловидной формой промежуточной части (Freesmeyer W.B., 1981).

А.Ф. Петров (1971) при обследовании больных, пользующихся несъемными протезами, в 50% случаев наблюдал седловидные формы промежуточной части, консольные конструкции или недостаточное пространство между телом протеза и десной, что являлось причиной повторного обращения пациентов за стоматологической ортопедической помощью (Петров А.Ф., 1971).

В последние годы исследователи все чаще отмечают в качестве причин замены протезов эстетические дефекты/неудовлетворенность пациентов эстетикой протеза (Маланчук В.А., Безик Т.И., 2003).

Гринберг Ф.Г., Чичило О.С. и Картавый В.А. (1999) выявили такие дефекты в 7,5% (Гринберг Ф.Г., Чичило О.С., Картавый В.А., 1999).

О.П. Гончарова (2002) указывает на потерю эстетических свойств протеза в 11% случаев (Гончарова О.П., 2002).

Кресникова Ю.В. (2008) определила долю эстетических дефектов в 28,59% случаев (Кресникова Ю.В., 2008).

Гадаев М.С. (2003), проводивший обследование населения пенсионного возраста в Чеченской Республике, наблюдал такие дефекты гораздо чаще – у $42,26 \pm 3,81\%$ пациентов (Гадаев М.С., 2003).

Иную структуру осложнений выявляют некоторые зарубежные исследователи. Например, исследование, проведенное Pietursson B.E., Tan W.C., Tan K., Bragger U., Zwahlen M., Lang N.P. (2004), свидетельствует, что после 5 лет эксплуатации несъемных мостовидных протезов 87,7% из них не вызывают осложнений, в 19,2 % случаев происходит расцементировка, кариес и его осложнения возникают в 1,5 % и 2,1% случаев, соответственно (Pjetursson B.E., Tan K., Lang N.P., Bragger U., Egger M., Zwahlen M., 2004).

В систематическом обзоре, в котором были проанализированы результаты 17 исследований, наиболее частым «биологическим»

осложнением протезирования несъемными мостовидными протезами в течение 5-ти лет были заболевания пульпы опорных зубов (32,6%). Кариес соседних с протезом зубов наблюдали в 9,1% случаев.

Помимо «биологических» осложнений, исследователи выделяют технические (Pjetursson B.E., Tan K., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M., 2004). Наиболее частым из них оказались нарушения ретенции (16,1% случаев) и в 5,9% наблюдали поломку каркаса.

О.П. Гончарова (2002) выделяет субъективные и объективные причины замены протезов. К субъективным причинам она относит: потерю эстетических свойств протеза (11%), подвижность опорных зубов IV степени (12,8%), возникновение болевых ощущений при накусывании (16,5%), функциональные нарушения (8,3%). Среди наиболее часто встречающихся объективных причин названы: атрофия костной ткани (19,3%), наличие кисты или околокорневой гранулемы (12,8%), обнажение шейки зуба (12,8%), истирание протеза (5,5%) и наличие разнородных металлов в полости рта (0,9%) (Гончарова О.П., 2002).

Х.А. Каламкарров (1988) называет следующие основные причины снятия мостовидных протезов: неплотный охват шейки - более 60% штампованных коронок, в 85% пластмассовые коронки не соответствуют цвету. Другими причинами замены мостовидных протезов являются: неправильный выбор конструкции протеза, расцементировка коронок, дефекты поверхности коронок, сколы фасеток, пролежни под промежуточной частью протезов, явления гальванизма, аллергические реакции на пластмассовую облицовку, развитие гипертрофии десны в области коронок с пластмассовой облицовкой (Каламкарров Х.А., Абакаров С.И., Киракосян В.П. и др., 1988; Минаев С.С., Стрюк Р.И., Малый А.Ю., Джириков Ю.А., 2006).

Glantz P.Q., Nyman S. (1981) отмечают, что осложнения при применении мостовидных протезов вызваны несоблюдением основных принципов конструирования и изготовления (Glantz P-Q., Nyman S., 1981).

Sassen H. (1978) установил, что причиной замены протеза в 53,2% случаев послужило неправильное оформление краевой зоны коронки, выражающееся в увеличении или уменьшении длины коронки, что небезразлично как для краевого пародонта, так и для возникновения кариеса опорных зубов в пришеечной области (Sassen H., 1978).

В.Г. Васильев и Е.К.Старцева (1981) отмечают, что низкие коронки у мостовидных протезов затрудняют спайку с промежуточной частью, из-за этого уменьшается промывное пространство и образуются трофические язвы слизистой рта. Отсутствие выраженного экватора коронок опорных зубов приводит к воспалительным процессам тканей пародонта (Васильев В.Г., Старцева Е.К., 1981).

К.Л. Асланов (1983) при исследовании причин снятия мостовидных протезов выделяет три группы осложнений: кариес опорных зубов в сочетании с воспалением маргинального пародонта, деструкция пародонта опорных зубов и воспаление слизистой оболочки под телом мостовидного протеза. В 20,1% наблюдений промежуточная часть мостовидного протеза касалась слизистой оболочки. Большинство несъемных мостовидных протезов (66,3 %) имели две опорные точки; 16,9% - три; 10,4 % - более трех опорных точек. Чаще всего мостовидные протезы снимались в связи с кариесом опорных зубов под искусственными коронками - 22,4%; неправильным выбором конструкции протеза - 19,9 %; изменениями слизистой оболочки под промежуточной частью - 18,8 %; износом коронок - 5,4 %; отрывом промежуточной части - 7,1 % (Асланов К. Л., 1983).

И.А. Шилин (1968) при клиническом исследовании пациентов с одиночными коронками и несъемными мостовидными протезами показал, что основной причиной снятия протезов явилось обнажение корней опорных зубов и их подвижность, поражение опорных зубов кариесом, износ коронок, отрыв промежуточных звеньев мостовидных протезов. Автор также отмечает другие причины переделки несъемных ортопедических конструкций: расширение объемов протезирования и изменение

конструкции, расцементировка коронок, пролежни на слизистой оболочке под промежуточной частью мостовидных протезов (Шилин И.А., 1968).

Несмотря на то, что данные авторов имеют отличия, они сходятся в определении основных и наиболее часто встречающихся осложнений. В то же время остается не выясненным вопрос о зависимости развития осложнений после протезирования пациентов в разных возрастных группах. Также авторами не исследовался вопрос связи сроков пользования несъемными протезами с возрастом стоматологических больных. В возрастном аспекте авторы изучали только заболеваемость частичным отсутствием зубов и потребность в протезировании.

3. Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем

Болезни полости рта в большой степени влияют на благополучие человека и субъективную оценку его наличия. Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, является относительно новым, но быстро приобретающим вес понятием. Концепция качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, крайне важна для формирования направленности работы стоматологии как отрасли медицины и, по мнению авторов, должна быть базисом для разработки программ по организации лечебной помощи в данной отрасли. Существуют различные подходы к измерению качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, одним из самых популярных является анкетирование.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) использует следующее определение здоровья - "Здоровье является состоянием полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов". (Park К., 2007).

Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, является относительно новым, но быстро развивающимся понятием, которое появилось в последние двадцать лет. G.D. Slade и соавт. отмечали наличие

разницы между простым отсутствием болезни и состоянием полного физического, умственного и социального благополучия. Данный сдвиг в понимании феномена здоровья способствовал смещению фокуса внимания в субъективную область самовосприятия и самоактуализации человека (Gift Н.С. et al., 1997)

Понятие качества жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, появилось в 80х годах двадцатого века, тогда как понятие качество жизни, связанное со здоровьем в целом – в 60х годах двадцатого века. Такую задержку авторы объясняют недостаточным пониманием влияния стоматологического здоровья на качество жизни человека. Только 40 лет назад считалось, что здоровье полости рта не относится к общему состоянию здоровья. Так, Р. Davis утверждал, что заболевания полости рта, кроме болевого синдрома и рака, угрожающего жизни, не влияют на социальную жизнь пациента и имеют лишь отрицательный косметический эффект (Davis Р., 1976). Другие исследователи приравнивали болезни зубов к частым жалобам, таким как головная боль, сыпь и ожоги, воспринимаемым как несущественные проблемы (Dunnell К., Cartwright А., 1972), которые не являются поводом для освобождения от работы (Gerson L.W., 1972) Позже, в конце 1970-х, концепция качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, начала приобретать вес в связи с накапливающимися данными о влиянии болезней полости рта на социальные взаимодействия (Cohen L.K., Jago J.D., 1976; Bonito А. et al., 1984; Cushing А.М. et al., 1986; Ettinger R.L., 1987)

Очевидно, что клинические показатели заболеваний полости рта, такие как кариес зубов или заболевания пародонта не вполне вписывались новую концепцию здоровья ВОЗ. Такое положение дел подчеркнуло необходимость формирования новых показателей состояния здоровья, в отличие от клинических показателей состояния болезни. В результате, исследователи начали разрабатывать альтернативные меры, оценивающие влияние здоровья

полости рта на физическое, психологическое социальное состояние человека. К ним относятся стандартизованные опросники (Al Shamrany M., 2006).

Концепция качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, предполагает, что конечная цель стоматологической помощи в основном хорошее здоровье полости рта. По данным US Surgeon General, болезни полости рта и условия могут "... подорвать самооценку и чувство собственного достоинства, препятствовать нормальному социальному взаимодействию, вызвать другие проблемы со здоровьем и привести к хроническому стрессу и депрессии, а также быть причиной больших финансовых затрат. Они (заболевания полости рта) могут также влиять на жизненно важные функции, такие как дыхание, выбор питания, глотание и речь; на повседневную деятельность, такую как работа, школа, семейные взаимодействия". (Rozier R.G, Pahel B.T., 2008) Люди оценивают свое качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, путем сравнения ожиданий и реального опыта (Carr A.J. et al., 2001)

Качество жизни является весьма индивидуальным понятием. Mount и Scott сравнили оценку КЖ с оценкой красоты розы: не важно, сколько измерения произведено (например, цвет, запах, высота и т.д.) всей красоты розы никогда измерить. Качество жизни индивидуально, хотя его оценка, максимально приближенная к реальности не исключена. (Higginson I.J., Carr A.J., 2001).

Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, является многомерным конструктом, который отражает (помимо прочего) состояние комфорта человека при принятии пищи, во время сна и социальных взаимодействий; а также самооценку и удовлетворенность состоянием здоровья ротовой полости (National Institute of Health, 2000).

Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, связано с функциональными, психологическими, социальными факторами, а также с ощущением боли и дискомфорта (Inglehart M.R. et al., 2002).

В клинической практике данный показатель используется для: выявления и определения приоритетности проблем; усиления взаимодействия врач-пациент; скрининга скрытых проблем; обеспечения принятия совместных клинических решений; мониторинга изменений/реакции на терапию (Inglehart M.R. et al., 2002)

Методы оценки качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, должны быть валидны, целесообразны, приемлемы, надежны, чувствительны к изменениям и интерпретируемы (Inglehart M.R. et al., 2002).

Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, многоплановое понятие, которое включает восприятие людьми факторов, которые важны в их повседневной жизни. Необходимость разработки оценки (ориентированной на ощущения пациента) состояния полости рта было впервые признано L. Cohen и J. Jago (Cohen L.K., Jago J.D., 1976) По сути, есть три метода оценки КЖ, связанного со стоматологическим здоровьем (Slade G.D., 2002.) Это социальные показатели, общая самооценка КЖ, связанного с состоянием полости рта, и комплексные вопросники. Кратко говоря, социальные показатели отражают эпидемиологию на популяционном уровне. Как правило, они отражают количество дней ограниченной активности на работе или в школе, связанной с заболеваниями полости рта. Тогда как социальные показатели необходимы для организации здравоохранения, они ограничены в отражении КЖ, связанного со стоматологическим здоровьем.

Общая самооценка КЖ, связанного с состоянием полости рта, отражает ответ респондента на один вопрос о состоянии полости рта. Как правило, подобный вопрос звучит как «Как Вы на данный момент оцениваете свое

стоматологическое здоровье?», а ответ предлагается выбрать из ряда от «отлично» до «плохо».

Комплексные вопросники – самый распространенный вид оценки КЖ, связанного со стоматологическим здоровьем. На сегодняшний день за рубежом разработано большое количество таких анкет, более того, их количество растет в соответствии со специфическими задачами. К таким задачам может относиться оценка таких состояний как тревога по поводу состояния полости рта (McNeil D.W., Rainwater A.J., 1998), рак головы и шеи (Terrell J.E. et al, 1997), челюстно-лицевая деформация (Cunningham S.J. et al, 2000), а также исследование влияния протеза на питания пожилых (Wöstmann V. et al, 2008) или детей (Jokovic A., et al, 2002).

Кроме того, анкеты отличаются друг от друга по количеству вопросов и характера вопросов и ответов.

Большинство исследований здоровья ротовой полости населения или отдельных испытуемых основываются на наличии клинических показателей заболевания; имеется относительно небольшое число исследований, опирающихся на субъективную оценку состояния полости рта (Locker D., Jokovic A., 1997). За последние 30 лет социальные показатели в эпидемиологических исследованиях в стоматологии широко используются ввиду того, что отдельно оценка клиники не отражает картины заболеваемости в полной мере (Smith J.M., Sheiham A., 1979; Locker D., Miller Y., 1994) Эти показатели были разработаны и проверены в эпидемиологических исследованиях на различных популяциях для построения более конкретных представлений о связи между субъективными и объективными оценками здоровья полости рта, которые помогут оценить реальное положение дел в той или иной группе населения (Locker D., Miller Y., 1994).

В целом, КЖ, связанное со стоматологическим здоровьем, чаще всего исследуется с помощью подхода, основанном на использовании анкет, которые нацелены на восприятие субъектом своего физического и психологического здоровья и функциональных возможностей. (McGrath C. et al, 2004).

Результаты, полученные с помощью таких анкет, как правило, представлены в виде баллов, которые отражают серьезность заболеваний полости рта (Slade G.D., Spencer A.J., 1994). Информация о КЖ позволяет оценить чувства и восприятие на индивидуальном уровне, что способствует эффективной коммуникации между врачом и пациентом, более глубокому пониманию влияния состояния полости рта на жизнь пациента и его семьи, а также позволяет оценить удовлетворенность качеством оказанных услуг (Locker D., Miller Y., 1994).

В области общественного здравоохранения, измерение КЖ является полезным инструментом для планирования лечебно-профилактической помощи (Seidl E.M., Zannon C.M., 2004) Что касается исследований, то оценка качества жизни позволяет, помимо прочего, разрабатывать руководства, основанные на принципах доказательной медицины (McGrath C. et al, 2004).

Таким образом, по мнению авторов, при разработке программ по организации здравоохранения в стоматологии отмечается необходимость ориентироваться на показатель качества жизни, связанного со здоровьем полости рта. Показатель КЖ в стоматологии используется как в эпидемиологических исследованиях, так и в клинических исследованиях и т.д. и является инструментом оценки лечебного процесса на различных его этапах.

4. Дарсонвализация и озонотерапия в стоматологии

Повышение эффективности лечения воспалительных и дистрофических заболеваний, в основе которых лежит снижение адаптивных и резервных возможностей организма, с помощью применения немедикаментозных средств является перспективным направлением развития восстановительной медицины (Брагин Г. И., 2005).

Современный уровень развития медицинского приборостроения, включая высокий научно-технологический потенциал военно-промышленного комплекса в условиях конверсии, характеризуется созданием многообразной физиотерапевтической аппаратуры.

Применение физиотерапевтических методик в стоматологии позволяет, во-первых, повысить клиническую эффективность стоматологического воздействия, в том числе и в отдаленных сроках, во-вторых, избежать побочных влияний ЛС.

Метод дарсонвализации – высокочастотной импульсной электротерапии – нашел широкое применение в стоматологии (Волкова О.Б., 1989). Данная физиотерапевтическая процедура обладает высоким противовоспалительным, иммунокорректирующим, трофическим, остеопластическим и вазопротекторным потенциалом (Шувалова Л.Я., 2002, 2003).

Также в результате импульсации рецепторов зоны воздействия в центральной нервной системе и ее вегетативных центрах под воздействием дарсонвализации происходит уменьшение или прекращение парестезии, болей, зуда (Пономаренко Г.Н., 2009).

Установлено, что дополнение медикаментозной терапии дарсонвализацией достоверно улучшает клинические результаты при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита. При этом, при проведении профилактических курсов эффективность изолированного

применения дарсонвализации не отличается от сочетанного с ЛС при данной патологии (Харыбина Ю. С., 2005).

Также доказана эффективность дарсонвализации при восстановлении после дентальной имплантации. Так, установлено, что включение в реабилитационный комплекс в ранний послеоперационный период после дентальной имплантации метода дарсонвализации способствует более быстрому купированию признаков воспаления за счет стимуляции локальной иммунной защиты, коррекции гемодинамики в области оперативного вмешательства и усиления процессов репаративной остеоинтеграции (Шувалова Л. Я., 2003).

Еще одним высокоэффективным физиотерапевтическим средством является озонотерапия. Свойства озона обуславливают его применимость практически в каждой стоматологической процедуре, как вспомогательный метод.

Озон оказывает противовоспалительное (Григорьян А.С. с соавт., 2008), иммуностабилизирующее и анальгезирующее действие, антигипоксическое и детоксицирующее, биоэнергетическое и биосинтетическое (активация метаболизма углеводов, белков, жиров) на организм человека (Seidler V., Linetskiy I., Hubalkova H., 2008).

Кроме того, озон обладает сильнейшим антибактериальным эффектом, оказывая разрушающее воздействие на бактерии, грибы и вирусы за счет разрушения цитоплазматических мембран в процессе озонолитического разрыва двойных связей, а также за счет озон-индуцированного изменения внутриклеточных органелл (Seidler V., Linetskiy I., Hubalkova H., 2008).

Известно также вазодилататорное (Seidler V. et al., 2008), противоопухолевое (Appliedozonesystems, 2010) действие озона. Озон стимулирует процессы ангиогенеза (TeresaB. et al., 2008) и реминерализации ткани зуба (Lynch E., 2004).

Выражен детоксикационный эффект озона, связанный со стимуляцией работы антиоксидантной системы защиты организма и одновременно торможением процессов перекисного окисления липидов. (Львова Л.В., 2006).

Научное и обоснованное применение сочетанных (одномоментных) воздействий физическими факторами является перспективным направлением в современной физиотерапии. При таком воздействии достоверно суммируются и потенцируются лечебные эффекты слагаемых физических факторов, что способствует терапевтической эффективности и увеличивает продолжительность полученного эффекта.

Так, установлено дополняющее действие озона и дарсонвализации при лечении пародонтита. Доказана положительная клиническая картина, динамика пародонтальных индексов, гемодинамических характеристик кровотока в микроциркуляторном русле пародонта в ближайшие и в отдаленные сроки наблюдения. (Голева Н. А., 2011).

Таким образом, одним из перспективных направлений научных исследований в области восстановительной медицины является разработка и оптимизация методов физиотерапии с целью повышения эффективности профилактики и лечения больных с воспалительными заболеваниями.

Резюме

ГЛАВА II

Материал и методы

2.1. Клинический материал исследования

Для исследования влияния физиотерапевтических методов на состояние СОПР после протезирования из 370 были отобраны 138 пациентов стоматологического кабинета СОГМА и Медицинского центра «XXI век», прошедших лечение в 2010-2012 гг. Из них 108 пациентов нуждались в переустановке протезов.

Критериями отбора были:

- наличие необходимости замены протеза;
- осложнения после протезирования со стороны СОПР;
- наличие хронических заболеваний в анамнезе.

Было установлено, что причиной повторного обращения за ортопедической стоматологической помощью были неправильный выбор конструкции протеза, либо некорректная определение границ съёмных протезов и моделировка промежуточной части мостовидных конструкций.

Данные пациенты методом рандомизации были распределены на 2 группы: основную группу, в которой после замены протеза в качестве дополнительной меры профилактики осложнений после протезирования проводилась физиотерапия (дарсонвализация и озонотерапия) (52 человека) и контрольную группу, в которой применялись лишь медикаментозные меры (56 человек) (табл.1).

Остальные 30 пациентов с первичной установкой протеза были отобраны для контроля качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, Критериями включения в данную группу были:

- впервые проведенное протезирование;

-отсутствие неврологических и психиатрических заболеваний;

-отсутствие симптомов податливой слизистой/ достаточная доортопедическая подготовка слизистой полости протезного ложа;

-отсутствие осложнений со стороны СОПР в период восстановления;

-количество последующих перебазировок не более 1.

Таким образом, в исследовании участвовали 3 группы: основная, контрольная и группа первичного протезирования без осложнений.

В таблице 1 показано распределение пациентов по полу.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу

	Основная группа		Контрольная группа		Группа без осложнений	
	Кол-во	Доля	Кол-во	Доля	Кол-во	Доля
М	27	51,9%	30	53,6%	13	43,3%
Ж	25	48,1%	26	46,4%	17	56,7%
Всего	52	100%	56	100%	30	100%

Основная группа насчитывала 52 человека, из которых 27 (51,9%) – мужчины, контрольная группа состояла из 56 человек (30 мужчин – 53,6%) и группа без осложнений насчитывала 30 человек (13 мужчин – 43,4%).

Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов по возрасту

	Основная группа	Контрольная группа	Группа первичного протезирования без осложнений
--	-----------------	--------------------	---

	Кол-во	Доля	Кол-во	Доля	Кол-во	Доля
До 35 лет	6	11,5%	8	14,3%	7	23,3%
35-54	16	30,8%	17	30,4%	13	43,3%
55-64	30	57,7%	31	55,4%	10	33,3%
Всего	52	100%	56	100%	30	100%

Наименьшее число пациентов приходилось на возрастную группу до 35 лет (11,5%, 14,3% и 23,3% для основной, контрольной и группы без осложнений соответственно). Наибольшее число пациентов (57,7%) в основной группе имело возраст от 55 до 64, в контрольной группе наблюдалась аналогичная картина (55,4%). В группе без осложнений наибольшей по числу пациентов была группа от 35 до 54 лет (43,3%).

Все группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Для определения потребности в ортопедическом лечении проведено клинико-социологическое обследование 370 пациентов, в условиях поликлиники №1 СОГМА.

Углубленное обследование при ортопедическом лечении проводилось 138 пациентам в поликлинике №1 СОГМА.

При ортопедическом лечении изучено влияние превентивных мер физиотерапии на течение восстановления после протезирования.

2.2. Осмотр врача – стоматолога

При стоматологическом обследовании пациентов использовались опрос, осмотр, пальпация, оценка состояния пародонта и зубов. Также собирались данные о наличии общих хронических заболеваний.

Проводился осмотр видимых кожных покровов, их тургора, траектории движения нижней челюсти, а также пальпация лимфоузлов (подчелюстных и подбородочных), области ВНЧС при открывании и закрывании рта.

Оценивали состояние прикуса и, в группах повторного протезирования, протеза.

Оценка состояния твердых тканей зубов проводилась с использованием индекса КПУ, который состоит из суммы кариозных (К), пломбированных (П), а также удаленных (У) зубов у обследуемого пациента. Кариес диагностировался по данным анамнеза, осмотра и зондирования.

Классификация дефектов зубных рядов проводилась по Е.И. Гаврилову (1968).

Оценка состояния слизистой оболочки полости рта производилась с применением визуального осмотра (отмечался цвет: розовая, бледная, цианотичная; отечность: наличие отпечатков зубов на слизистой щек; влажность, выраженность сосочков языка: нормальные, атрофия, гипертрофия; наличие налета на языке). СОПР исследовалась также на наличие афт, язв, петехий, кровоизлияний, пятен.

Наличие зон воспаления слизистой оболочки протезного ложа, а также динамика изменений этого показателя оценивалась по методике макрогистохимического исследования, предложенной Н.И. Лесных (1990). Данная методика является недорогой и позволяет провести исследование СОПР на наличие воспаления не прибегая к инструментальным методикам, что особенно актуально в условиях малых населенных пунктов РСО-Алания.

Для выявления зон воспаления использовалась эмульсия, состоящая из пищевого крахмала, окиси цинка, воды и 50% водного раствора поливинилового спирта (взятых в соотношении 1:1:4:3), наносимая на внутреннюю поверхность базисов протезов и в область промежуточной части мостовидных протезов. После 15 минут жевательной нагрузки слизистую оболочку протезного ложа обрабатывали раствором Шиллера-Писарева.

Через 1 минуту наносили 1%-ный раствор толуидинового синего, при этом участки воспаления окрашивались более интенсивно по сравнению с нормальной слизистой оболочкой и становились темно-фиолетового цвета.

Обследование тканей пародонта

Оценивалось наличие признаков воспаления, наличие патологических зубодесневых карманов, зубных отложений, подвижность зубов. Определялся индекс гигиены полости рта (по Федорову – Володкиной). По необходимости проводили рентгенографическое исследование.

Индекс гигиены полости рта, позволяющий выявить налет на зубах, определяли с помощью йод – йодисто-калиевого раствора (йодистый калий – 2,0; йод кристаллический – 1,0; дистиллированная вода – 40,0) (Федоров Ю.А. с соавт., 1996). Данный метод использовался ввиду возможности одновременного определения пробы Шиллера-Писарева (выявление воспалительных процессов мягких тканей полости рта).

Оценку индекса полости рта проводили по пятибалльной системе:

окрашивание всей коронки зуба – 5 баллов;

окрашивание $\frac{3}{4}$ коронки зуба – 4 балла;

окрашивание $\frac{1}{2}$ коронки зуба – 3 балла;

окрашивание $\frac{1}{4}$ коронки зуба – 2 балла;

отсутствие окрашивания зуба – 1 балл.

Расчет проводили по формуле:

$$K_{\text{ср.}} = K_{\text{и}} / n = \text{ИГ},$$

где $K_{\text{ср.}}$ – общий гигиенический индекс одного зуба, n – число зубов.

Состояние гигиены оценивалось как хорошее при ИГ равном 1,1 – 1,4 балла (оптимальное); удовлетворительное 1,5 – 1,8; неудовлетворительное – 1,9 – 2,5; плохое 2,6 – 3,8; очень плохое – 3,9 – 5,0 баллов.

2.3. Методика ортопедического лечения

Проводилось лечение частичной или полной утраты зубов 138 пациентам с использованием съемных и несъемных протезов.

Распределение пациентов по типу дефекта зубного ряда и представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение по типу дефекта зубного ряда (138 человек)

Тип дефекта/ Возраст	До 35 лет	35-54	55-64	Всего
Одно-, двусторонние концевые	10 (7,2%)	12 (8,7%)	12 (8,7%)	34 (24,6%)
Одно-, двусторонние включенные боковых отделов	3 (2,2%)	7 (5,1%)	10 (7,2%)	20 (14,4%)
Включенные дефекты переднего отдела зубных дуг	7 (5,1%)	4 (2,9%)	1 (0,7%)	12 (8,7%)
Комбинированные дефекты	1 (0,7%)	4 (2,9%)	7 (5,1%)	12 (8,7%)
Челюсти с одиночно стоящими зубами	0 (0,0%)	19 (13,8%)	41 (29,7%)	60 (43,5%)
Всего	21 (15,2%)	46 (33,3%)	71 (51,4%)	138 (100%)

Одно и двусторонние концевые дефекты наблюдались у 24,6% пациентов, участвовавших в исследовании, включенные дефекты боковых отделов с одной или с обеих сторон встречались у 14,4% пациентов, включенные дефекты переднего отдела зубных дуг, а также комбинированные дефекты имели место в 8,7% случаев, у 43,5% наблюдалась практически полная потеря зубов одной челюсти.

Данные об установленных протезах представлены в таблице 4.

Таблица 4

Количество и вид установленных протезов, распределение по группам

Группа/вид протезов	Съемные (верхняя челюсть)	Съемные (нижняя челюсть)	Несъемные (мостовидные)
Основная (52 человека)	11(21,2%)	9 (17,3%)	32 (61,5%)
Контрольная (56 человек)	13 (23,2%)	14 (25,0%)	29 (51,8%)
Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)	5 (16,7%)	8 (26,7%)	17 (56,7%)

Количество установленных несъемных протезов в основной и контрольной группе составило 61,5% и 51,8% соответственно. Количество съемных протезов составляло 38,5% и 48,2% для основной и контрольной группы соответственно. В группе пациентов, которым протезирование было проведено впервые соотношение съемных и несъемных протезов составило 43,4% и 56,7% соответственно.

Осложнения со стороны слизистой оболочки, выявляемые на клинических этапах протезирования, характеризовались острой или хронической воспалительной реакцией. Исследовалось состояние СОПР после снятия старых протезов и после фиксации вновь установленных конструкций.

Острая воспалительная реакция характеризовалась активной гиперемией, отеком, деформацией и нарушением целостности слизистой оболочки маргинальной десны. Данная реакция наблюдалась, в основном, после установки протезов

Хроническое воспаление определялось в виде декубитальных поражений (пролежней) и наблюдалось при снятии старых, пришедших в

негодность ортопедических конструкций. Хроническое воспаление наблюдалось у всех пациентов основной и контрольной группы: во всех случаях результаты макроргистохимического исследования подтверждали наличие хронического воспаления. Тон окрашивания слизистой оболочки в участках поражения был интенсивный буро-фиолетовый.

Суммарная площадь воспалительной реакции в основной и контрольной группе составляла 4210 мм² и 3980 мм² соответственно.

В качестве этиологических факторов осложнений протезирования со стороны СОПР определялись:

-хроническая травма слизистой оболочки маргинальной десны, вызываемая зафиксированными протезами;

-перегрузка пародонта опорных зубов.

В основной и контрольной группе на 2-е сутки после снятия старых ортопедических конструкций проводилась предпротезная подготовка в соответствии с пунктом 2.4. с использованием методов физиотерапии и лекарственных средств.

В группе пациентов, которым протез устанавливался впервые, была проведена, по необходимости, санация слизистой протезного ложа.

2.4. Методика профилактики осложнений и лечения СОПР

В случае появления осложнений со стороны СОПР в контрольной группе назначались аппликации облепихового масла на пролежни, гель «Холисал», салкосерилловая мазь, инъекции линкомицина и гомеопатического препарата «Траумель».

2.4.1. Дарсонвализация СОПР протезного ложа

В основной группе в качестве альтернативной профилактической меры применялся физиотерапевтический метод -дарсонвализация. Упор на

данный метод делался при кровоточивости и гипертрофии слизистой протезного ложа. В тяжелых случаях гипертрофии данная методика сочеталась с хирургическим иссечением слизистой. Использовался аппарат «Искра-2» с использованием десневого электрода (с уплощенным концом).

Воздействие осуществляли локально на СОПР. Мощность воздействия - с ощущением слабого тепла (положение ручки мощности на «2»). Продолжительность процедуры по 3-5 минут на область зоны протезного ложа, но не более 15-и минут за одну процедуру.

2.4.2. Применение озонотерапии

Озонотерапия, как дополнительное средство профилактики осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения, применялась в основной группе до установки протеза и 5 раз в течение 15 дней (интервал 3 дня) (методом орошения ротовой полости дистиллятом, насыщенным озоном или аппликаций озонированного масла, в том числе и для самостоятельного использования в домашних условиях), так как известно, что озонотерапия обладает противовоспалительным, иммуностимулирующим, трофическим действием.

Использовался прибор «Медозонс БМ АОР-01-АРЗ-01».

2.5. Исследование качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем

Все пациенты до начала исследования, а также по его окончании прошли тестирование с помощью валидизированной русскоязычной версии опросника ОНПР-14. Опросник содержит 14 вопросов, распределенных в 3 блока: вопросы, связанные с приемом пищи; вопросы, связанные с проблемами в общении и блок, посвященный проблемам в повседневной жизни.

В таблице 3 приведены вопросы, задаваемые пациентам при анкетировании.

Таблица 3

Вопросы анкеты ОНП-14

1. Вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

2. Испытываете ли Вы болевые ощущения в полости рта?

Вызывает ли у Вас затруднение прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

4. Питаетесь ли Вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

5. Приходится ли Вам прерывать прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

6. Испытываете ли Вы неудобства из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

7. Испытываете ли Вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

8. Чувствуете ли Вы себя стесненным при общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

9. Ставят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас в неловкое положение?

10. Приводят ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вас к повышенной раздражительности при общении с людьми?

11. Испытываете ли Вы затруднения в обычной работе из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

12. Мешают ли проблемы с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами Вам отдыхать/расслабляться?

13. Становится ли Ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

14. Приходится ли Вам полностью «выпадать из жизни» из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами?

Каждому ответу в анкете соответствовал определенный балл: «никогда»-0, «редко»-1, «иногда»-2, «довольно часто»-3, «очень часто»-4 балла.

Затем баллы, полученные в анкете, суммировались и более высокие баллы интерпретировались как ухудшение качества жизни, тогда как более низкие – наоборот.

2.6. Методика оценки эффективности протезирования съемными протезами

Также в целях определения функциональной пригодности протезов использовалась анкета из 10 вопросов, разработанная М.Ю. Огородниковым (2004), анкетирование проводилось через 1, 6 и 12 месяцев после прохождения ортопедического лечения:

ФИО _____ **Срок наблюдения** _____

1. Сколько часов в сутки Вы пользуетесь протезом?

-круглые сутки (1балл)

-снимаю на ночь (0,5 балла)

-несколько часов в день (0 баллов)

2. Какую пищу Вы можете пережевывать?

-практически любую (1 балл)

-только мягкую пищу (0,5 балла)

-только жидку пищу (0 баллов)

3. Ощущаете ли Вы боль при пользовании протезом?

-нет (1балл)

иногда, при приеме пищи (0,5 балла)

-постоянно (0 баллов)

4. Вызывают ли протезы чувство жжения во рту?

-нет (1 балл)

-иногда (0 баллов)

-постоянно (0 баллов)

5. Отмечаете ли Вы повышенное слюноотделение при пользовании протезом?

-нет (1 балл)

-только в первые дни пользования протезом (0,5 балла)

-постоянно (0 баллов)

6. Ощущаете ли Вы какой-нибудь привкус от протезов?

-нет (1 балл)

-да (0 баллов)

7. Оцените текстуру наружной поверхности Вашего протеза?

-гладкая (1 балл)

-шероховатая (0 баллов)

8. Оцените прилипаемость протеза к слизистой оболочке полости рта?

-хорошая (1 балл)

-удовлетворительная (0,5 балла)

-плохая (0 баллов)

9. Нравится ли Вам внешний вид протезов?

-да (1 балл)

-нет (0 баллов)

10. Хотите ли Вы заменить протезы на новые?

-да (0 баллов)

-нет (1 балл)

Оценка результатов анкетирования проводилась по 10 – балльной шкале.

Данная анкета позволяла субъективно оценить функциональность установленных протезов. В опросе участвовали 138 пациентов основной и контрольной и группы без осложнений.

2.7. Клиническая оценка эффективности ортопедического лечения

Клиническая оценка эффективности ортопедического лечения включала в себя выявление признаков воспаления слизистой оболочки протезного ложа, определение сроков адаптации пациентов к установленным протезам.

Процесс адаптации к полным съемным протезам включает в себя три этапа: первая фаза – это фаза раздражения, которая имеет место в день наложения протеза и характеризуется эффектами повышенной саливации, нарушением дикции, выраженном рвотном рефлекс, низкой жевательной эффективностью.

Вторая фаза – частичного торможения – характеризуется восстановлением фонации, уменьшением саливации, повышается эффективность жевания, угасает рвотный рефлекс. Данная фаза длится в период с 1-го по 5-ый день после наложения протеза.

Третья фаза – полного торможения – наступающая в период 5-го по 33-й день, характеризуется тем, что пациент не ощущает протез как инородное тело, при этом его извлечение, наоборот, вызывает дискомфорт (Трезубов В.Н., 2011).

Отдельно проводили оценку количества случаев рефлекторной тошноты и повышенного слюноотделения (при установке полного съемного протеза на верхней челюсти), определение количества обращений за перебазировкой, оценку восстановления фонетики, а также оценку числа случаев сенсibilизации к акрилатам.

На верхней челюсти фиксацию протезов оценивали путем надавливания на режущие края передних зубов, а также при попытке снять протез, обхватив его большим и указательным пальцами в области искусственных зубов - премоляров. На нижней челюсти аналогичные показатели оценивали путем поочередного надавливания в области боковых зубов и пытались снять протез, удерживая его за передние зубы (Лесных Н.И., 1990).

2.8. Статистическая обработка данных

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета программ SPSS 17.0.

Для всех данных проверяли их распределения на нормальность с помощью критерия Шапиро-Уилка. В случае если $p > 0,05$, нулевая гипотеза о нормальности распределения не отвергалась, и данные представлялись в виде среднего +/- стандартное отклонение от среднего: Mean +/- Std.Dev. В случае, когда $p < 0,05$, нулевая гипотеза о нормальности распределения отвергалась, и данные представлялись в виде медианы, 25% и 75% квартилей: Me (25%; 75%).

Для оценки межгрупповых различий в выделенных группах по количественным показателям применяли критерий Краскела-Уоллиса. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При принятии гипотезы о наличии различий между группами дальнейший анализ проводили путем сравнения выборок попарно с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. При этом оценка различий между выборками производилась с применением поправки Бонферрони, и

различия считались статистически значимыми при $p < p_0/n$, где p_0 – исходно заданный уровень статистической значимости, равный 0,05, n – количество парных сравнений.

Корреляционный анализ проводили с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена (R).

Оценка достоверности результатов исследования (средняя ошибка показателя) вычислялась по формуле:

$$m = \pm \sqrt{\frac{pq}{n}}, \text{ где:}$$

n – число наблюдений выборочной совокупности;

p – изучаемый относительный показатель осложнений;

q – альтернативный признак (100- p).

При определении необходимого объема выборки пациентов и получения репрезентативных данных использовалась статистическая формула:

$$n = \frac{pq t^2 N}{N \Delta^2 + pq t^2},$$

где:

N – генеральная совокупность;

n – число наблюдений выборочной совокупности;

p – изучаемый относительный показатель; q – альтернативный признак (100- p); Δ – предельно допустимая ошибка.

ГЛАВА III

Результаты собственного исследования

3.1. Результаты клинического исследования пациентов

3.1.1. Распространенность и степень тяжести заболеваний пародонта в группе пациентов, обратившихся в СОГМА за ортопедической стоматологической помощью

На начальном этапе все пациенты (370 человек), обратившиеся в СОГМА за ортопедической стоматологической помощью, прошли клинический осмотр стоматологом.

В ходе исследования у лиц, обратившихся в СОГМА за ортопедической стоматологической помощью, отмечался высокий уровень распространенности патологических изменений в пародонте.

Таблица 4

Интенсивность признаков поражения ткани пародонта у лиц в возрасте до 35 лет

Секстанты	Возраст
	До 35 лет
Здоровые	1,5
Кровоточивость	2,2
Зубной камень	2,2
Пародонтальный карман 4-5 мм	1,9
Пародонтальный карман > 6 мм	0,8
Исключенные	0,9

Из таблицы 5 видно, что количество секстантов со здоровым пародонтом составляло уже 1,5 секстанта, что ниже среднего

эпидемиологического показателя для данной группы. Кровоточивость отмечалась у 2,2 секстантов, зубной камень также у 2,2. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в среднем 1,9 секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 0,8 секстанта).

Таблица 5

Интенсивность признаков поражения ткани пародонта у лиц в возрасте 35-54 лет

Секстанты	Возраст
	35-54
Здоровые	1,0
Кровоточивость	2,7
Зубной камень	2,5
Пародонтальный карман 4-5 мм	1,9
Пародонтальный карман > 6 мм	1,0
Исключенные	1,5

Из таблицы 6 видно, что количество секстантов со здоровым пародонтом снижалось с возрастом и составляло 1,0 секстант. Кровоточивость отмечалась у 2,7 секстантов, зубной камень – у 2,5. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в среднем 1,9 секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 1,0 секстант).

Таблица 6

Интенсивность поражения и степень патологических изменений в тканях пародонта у лиц 55-64 года

Секстанты	Возраст
	55-64
Здоровые	1,0
Кровоточивость	2,5
Зубной камень	2,0
Пародонтальный карман 4-5 мм	2,5
Пародонтальный карман > 6 мм	0,8
Исключенные	1,0

Из таблицы 6 видно, что количество секстантов со здоровым пародонтом в данной возрастной группе составляло 1,0 секстант. Кровоточивость отмечалась у 2,5 секстантов, зубной камень – у 2,0. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в среднем 2,5секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 0,8 секстанта) (табл. 6).

Таким образом, установлены высокие показатели пораженности пародонта в РСО-Алания среди всех обследуемых возрастных групп.

3.1.2. Потребность в ортопедической стоматологической помощи

Таблица 7

Потребность в ортопедической помощи у до 35 лет (в %)

Возраст	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
До 35 лет	32,0	47,0	68,0

В возрастной группе до 35 лет 47,0% обследованных уже имели протезы, нуждались в протезировании 32%.

Таблица 8

Потребность в ортопедической помощи у лиц 35-54 лет исследуемой группы больных (в %)

Возраст	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
35-54	67,0	52,0	33,0

В возрастной группе 35-54 лет 52,0% обследованных уже имели протезы, нуждались в протезировании 67%.

Таблица 9

Потребность в ортопедической помощи у лиц 55-64 лет (в %)

Возраст	Нуждаются в протезировании	Имеют протезы	Не нуждаются в протезировании
55-64	83,0	57,0	17,0

В возрастной группе 55-64 лет 57,0% обследованных уже имели протезы, нуждались в протезировании 83%.

Высокий уровень интенсивности кариеса, несвоевременное лечение зубов, большое количество удаленных и подлежащих удалению зубов, обуславливают значительный объем требуемой стоматологической помощи, включая ортопедическую. В связи с этим важным является определение нуждаемости обследованных в зубном протезировании.

Данные об объеме ранее оказанной стоматологической ортопедической помощи, полученные нами в процессе работы, приводятся в таблице 10.

Таблица 10

Число лиц, которым ранее была оказана стоматологическая ортопедическая помощь (из числа обследованной группы)

Возрастные группы	Лица, которым ранее была оказана стоматологическая ортопедическая помощь
До 35 лет	9
35-54 лет	21
55-64 лет	27
в среднем	81,5%

Было установлено, что число лиц, которым ранее была оказана стоматологическая ортопедическая помощь, составило 81,5% осмотренных.

Для оценки качества ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи пациентам, обратившимся в СОГМА за ортопедической стоматологической помощью, нами проанализированы также данные, полученные при обследовании пациентов, имеющих зубные протезы.

При определении качества и функциональной пригодности ортопедических конструкций учитывалась продолжительность их использования и жалобы пациентов. Данные о сроках годности имеющихся у обследованных лиц зубных протезов приводятся в таблице 11.

Таблица 11

Число зубных протезов, подлежащих замене в зависимости от сроков пользования (%)

Сроки пользования	Протезы, подлежащие замене (%)			
	Одиночные коронки	Мостовидные протезы	Частичные съемные протезы	Полные съемные протезы

1-2 года	5,0	7,1	2,8	5,2
3-5 лет	3,9	12,8	9,1	9,3
6-9 лет	17,5	18,1	7,1	10,6
10-15 лет	8,1	10,3	6,9	9,1
Более 15 лет	5,9	4,7	2,0	2,6
Итого	40,4	53	27,9	36,8

Анализ данных таблицы 12 показал, что согласно срокам пользования замене подлежит значительная часть мостовидных протезов (53%), из которых 18,1 % эксплуатировались от 6-9 лет. Заметно страдают одиночные коронки – замене подлежит 40,4 %. Среди съемных ортопедических конструкций менее нуждаются в замене съемные протезы с частичным отсутствием зубов (27,9 %). По сравнению с ними удельный вес съемных протезов с полным отсутствием зубов, подлежащих замене, составил 36,8 %.

Среди причин замены ортопедических конструкций были эстетические нарушения (26,5 %) и субъективное желание пациента (17,0 %), связанное с желанием заменить протезы на более качественные, современные и эстетичные. Также причиной повторного протезирования явилась плохая фиксация протеза (18,6 %). Поломка протеза, требующая его замены, была отмечена в 15,6 %. Необходимость изготовления дополнительного протеза была отмечена в 14,6 % и осложнения со стороны СОПР встречались в 29,2%.

Таким образом, согласно данным таблицы, замене подлежит более половины из числа всех имеющихся у обследованных зубных конструкций

Среди обследованных были выявлены пациенты с нарушением целостности зубных рядов, формирующие группу риска по развитию зубочелюстных деформаций в связи с частичной потерей зубов. Данные об объеме и качестве ранее оказанной стоматологической ортопедической

помощи позволили выявить повозрастные показатели нуждаемости в протезировании зубов (рис. 1).

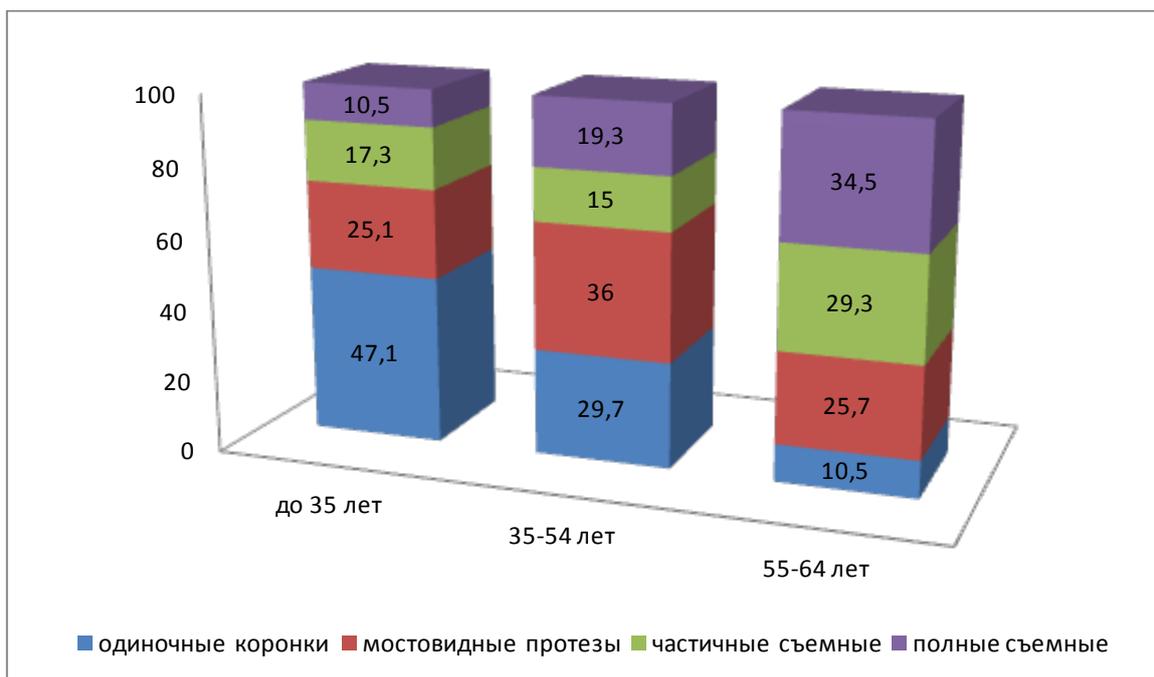


Рис. 1. Показатели нуждаемости в протезировании зубов.

Распределение нуждаемости в протезировании зубов среди лиц, обратившихся за ортопедической стоматологической помощью в СОГМА представлено в таблице 11.

Результаты исследования показали, что нуждаемость взрослого обследованного населения республики в изготовлении мостовидных протезов значительно выше, чем остальных ортопедических конструкций. Наиболее высокий показатель нуждаемости в мостовидных протезах выявлен среди лиц старшего возраста (табл. 11).

Данные таблицы 12 свидетельствуют, что востребованность в одиночных коронках также высока и наиболее выражена в более молодом возрасте.

Таблица 12

Число лиц нуждающихся в изготовлении зубных протезов различных конструкций (% , на число обследованных)

Возраст	Одиночные коронки	Мостовидные протезы	Частичные съемные	Полные съемные	Все гона число обследованных
до 35 лет	47,1	25,1	17,3	10,5	100
35-54 лет	29,7	36	15	19,3	100
55-64 лет	10,5	25,7	29,3	34,5	100
в среднем	87,3	86,8	61,6	64,3	

Как видно из представленных данных нуждаемость в частичных и полных съемных протезах с возрастом заметно повышается в 2 и более раза (табл. 13).

Так, одиночные коронки в группе до 35 лет были необходимы в 47,1%, в возрасте 35-54 – в 29,7%, в возрасте 55-64 года – в 10,5% случаев. Мостовидные протезы в группе до 35 лет были необходимы в 25,1%, в возрасте 35-54 – в 36,0%, в возрасте 55-64 года – в 25,7% случаев. Частичные съемные протезы в группе до 35 лет были необходимы в 17,3%, в возрасте 35-54 – в 15,0%, в возрасте 55-64 года – в 29,3% случаев. Полные съемные протезы в группе до 35 лет были необходимы в 10,5%, в возрасте 35-54 – в 19,3%, в возрасте 55-64 года – в 34,5% случаев.

Таким образом, результаты обследования позволили установить структуру нуждаемости лиц в стоматологическом ортопедическом лечении в

зависимости от конструкций зубных протезов. Данные результаты отражают общую тенденцию по популяции.

3.1.4. Исследование характера осложнений со стороны СОПР и общей патологии до протезирования

Пациенты поступали с жалобами на ощущение дискомфорта при ношении протеза, болевые ощущения, кровоточивость в области протезного ложа, сложности при принятии пищи, неприятный запах изо рта, ощущение жжения и т.д.

При осмотре в основной и контрольной группах выявлялись симптомы протезного стоматита. Распределение симптомов поражения СОПРиЯ до ортопедического лечения представлено в таблице 13.

Таблица 13

Распространенность клинических проявлений в области СОПРиЯ до протезирования

Симптом	Основная группа (52 человека)		Контрольная группа (56 человек)		Всего (%)
Гиперемия	29	55,8%	32	57,1%	46,3
Отек	20	38,5%	24	42,9,0%	18,5
Трещины	1	1,9%	1	3,6%	2,8
Афты	0	0%	1	1,8%	0,9
Эрозии, язвы	4	7,7%	3	5,4%	6,5
Лихеноидные поражения	1	1,9%	2	3,6%	2,8
Гипертрофия	4	7,7%	6	10,7%	

слизистой					
-----------	--	--	--	--	--

Наиболее распространенным симптомом была гиперемия слизистой полости рта – 55,8% и 57,1% для основной и контрольной группы соответственно, на втором месте по распространенности был отек слизистой вокруг ортопедической конструкции – 38,5% и 42,9% для основной и контрольной группы соответственно, эрозии, язвы и лихеноидные поражения слизистой оболочки встречались в сумме в 9,3%, трещины и афты встречались в 2,8% и 0,9%, соответственно. Гипертрофия слизистой в основной группе встречалась в 7,7%, в контрольной – в 10,7%. Достоверных различий по распространенности осложнений между группами не было.

Данные осложнения протезирования у пациентов, поступивших из других стоматологических клиник было связано с:

- неправильным выбором конструкции протеза;
- некорректной моделировкой промежуточной части протеза;
- недостаточной или отсутствием доортопедической подготовки слизистой в области контакта с протезом.

В настоящем исследовании подробно оценивалось общее состояние здоровья пациентов, прошедших протезирование, поскольку имеют место данные о том, что наличие общей патологии является предрасполагающим фактором развития осложнений при установке зубных протезов (Оскольский Г. И. и соавт., 2010; Лебедев К.А. и др., 2007; Михайлова Е.С., Кулик И.В., 2006).

В результате сбора анамнеза у всех пациентов, вошедших в основную и контрольную группу, было выявлено наличие общего хронического, в том числе инфекционного, заболевания в той или иной форме.

Таблица 14

Оценка здоровья обследуемых пациентов с учетом наличия или отсутствия системных заболеваний (n=108)

Характер патологии внутренних органов	Количество пациентов (%) (n=108)
Абсолютно здоровый пациент	1,9%
Практически здоровый пациент	13,0%
Пациент с заболеваниями ДС	12,0%
Пациент с заболеваниями ССС	38,0%
Пациент с хроническими заболеваниями ЖКТ	15,7%
Пациент с сочетанными заболеваниями ССС и ЖКТ	13,9%
Пациент с сочетанными заболеваниями ССС и ДС	5,6%

Из пациентов основной и контрольных групп заболевания сердечно-сосудистой системы встречались у 38,0%; заболевания дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта были фоновыми у 12,0% и 15,7% соответственно; сочетание заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем встречалось в 5,6%, а сердечно-сосудистой системы и пищеварительного тракта – в 13,9%.

В группе без осложнений (30 человек) хронические заболевания в анамнезе встречались в 26,7% случаев.

Всем пациентам основной и контрольной групп до замены протеза было проведено лечение СОПР. В основной группе после элиминации признаков воспаления и непосредственно перед установкой протеза была проведена процедура физиотерапии (дарсонвализация, озонотерапия) в условиях

стоматологического кабинета. Данная мера являлась профилактической и далее проводились аналогичные процедуры в течение двух недель.

В группе пациентов, которым протез устанавливался впервые, была проведена, по необходимости, санация слизистой протезного ложа.

3.2. Клиническая оценка эффективности применения дарсонвализации и озонотерапии в качестве профилактики осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения

После установки протезов пациентам всех групп было рекомендовано посещение стоматолога в течение последующих 3 месяцев с интервалом в две недели. В течение первых 14 дней пациенты осматривались каждые три дня (в основной группе, как говорилось ранее, в дополнение к осмотру проводилась физиотерапия).

В ходе исследования во всех группах оценивалась скорость адаптации к протезу: временные рамки фазы раздражения, фазы частичного торможения и фазы полного торможения.

Также оценивалось количество проведенных перебазировок в каждой из групп.

В каждой группе у пациентов с установленным полным съемным протезом верхней челюсти оценивалась частота возникновения рефлекторной тошноты.

Оценивалась частота возникновения аллергических реакций на акрилаты.

Также проводилась оценка наличия участков воспаления у пациентов трех исследуемых групп на различных этапах восстановительного периода.

При оценке адаптации к протезам оценивались средние сроки фазы раздражения, первичного торможения и полного торможения по группам.

Так в основной группе (с физиотерапией) фаза раздражения длилась 1,02 ($\pm 0,3$) дня. В контрольной группе сроки завершения фазы раздражения составили 1,07 ($\pm 0,2$) дня. В группе первичного протезирования данный срок составил до 1 день у всех пациентов.

Таблица 16

Длительность фазы раздражения, распределение по группам

Группа	Основная (52 человека)	Контрольная (56 человек)	Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)
Длительность (дни)	1,02 ($\pm 0,3$)	1,07 дня ($\pm 0,2$)	1,0

Фаза частичного торможения в основной группе длилась 3,5 ($\pm 1,2$) дня, в контрольной группе фаза частичного торможения длилась в среднем 4,4 ($\pm 0,9$). В группе после первичного протезирования длительность данной фазы составила в среднем 3 ($\pm 0,3$) дня.

Таблица 17

Длительность фазы первичного торможения, распределение по группам

Группа	Основная (52 человека)	Контрольная (56 человек)	Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)
Длительность (дни)	3,5 ($\pm 1,2$)	4,4 ($\pm 0,9$)	3 ($\pm 0,3$)

Окончания фазы полного торможения пациенты основной группы достигли в среднем через 30 ($\pm 0,7$) дней. В группе контроля данный показатель составил 33,5 ($\pm 0,4$) дней. А в группе после первичного протезирования 31,5 ($\pm 0,9$) дней (рис. 2).

Таблица 18

Длительность фазы полного торможения, распределение по группам

Группа	Основная (52 человека)	Контрольная (56 человек)	Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)
Длительность (дни)	30 ($\pm 0,7$)	33,5 ($\pm 0,4$)	31,5 ($\pm 0,9$)

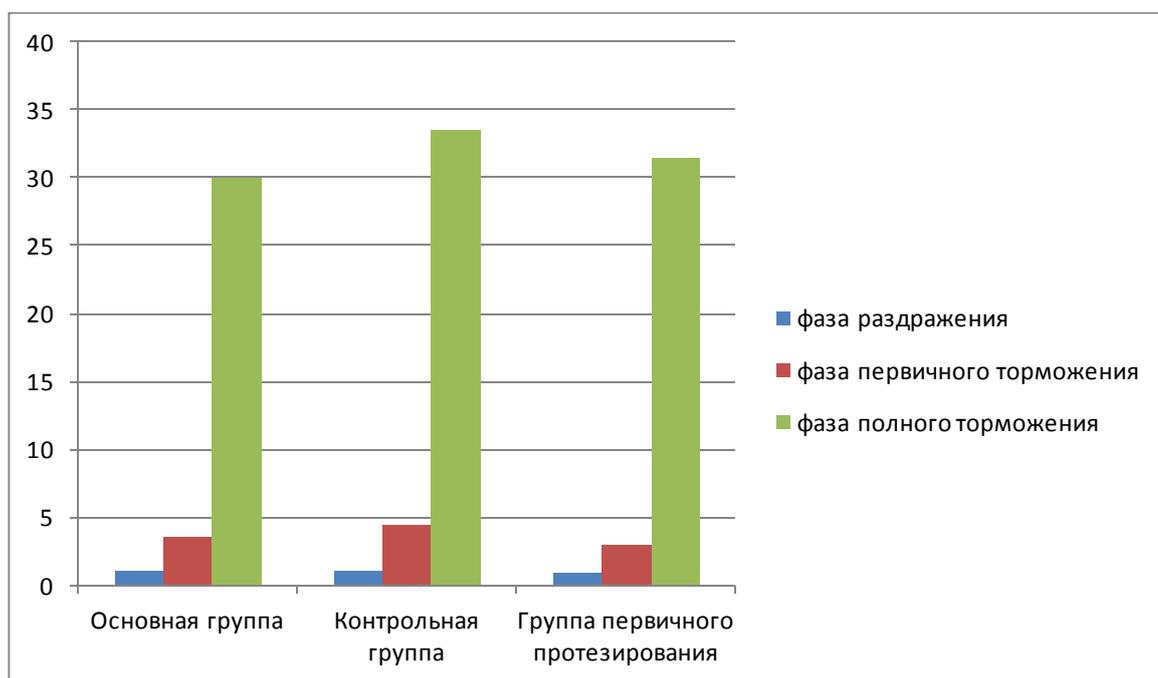


Рис. 2. Распределение сроков адаптации к протезам по группам.

Таким образом, имело место укорочение сроков полной адаптации к протезу в группе с применением физиотерапии на 3 дня по сравнению с

группой контроля и, в среднем, на 1 день по сравнению с группой первичного протезирования без осложнений.

Далее оценивалось число перебазирок установленных протезов. В основной группе число таких обращений составило 0,4 ($\pm 0,2$), замен протеза не производилось, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 2,0 ($\pm 0,1$), в данной группе было произведено две замены протеза. В группе после первичной установки протеза корректировка производилась в среднем 0,6 ($\pm 0,3$) раз (замен протеза не производилось).

Таблица 19

Число перебазирок, ранние сроки, распределение по группам

Группа	Основная (52 человека)	Контрольная (56 человек)	Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)
Число перебазирок	0,4 ($\pm 0,2$)	2,0 ($\pm 0,1$)	0,6 ($\pm 0,3$)

У пациентов с установленными полными съемными протезами верхней челюсти оценивалось наличие таких симптомов как появление рефлекторной тошноты и повышенного слюноотделения. Так, в основной группе данное осложнение в легкой степени встречалось у одного пациента, т.е. в 9,1%. В контрольной группе жалобы на легкую тошноту и дискомфорт предъявляли 3 пациента (23,1%). В группе после первичного протезирования данный симптом не выявлялся.

В контрольной группе зафиксировано два случая аллергии на акрилаты. Пациенты обратились на 5 и 7 сутки после установки протеза с жалобами в первом случае на жжение слизистой оболочки в области протезного ложа,

слабость, во втором случае – на жжение в области языка, которое проходит при снятии протеза на ночь.

При полном съемном протезировании оценивались также сроки восстановления фонетики. В основной группе средний срок восстановления произношения звуков речи до первоначального уровня был равен в среднем 7 (± 3) дней, тогда как в группе контроля данный срок составил 30 (± 5) дней. В группе после первичного протезирования данный срок составил в среднем 25 (± 5) дней.

Таблица 20

Сроки восстановления фонетики, распределение по группам

Группа	Основная (52 человека)	Контрольная (56 человек)	Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)
Срок восстановления фонетики (дни)	7 (± 3)	30 (± 5)	25 (± 5)

На поздних сроках контроля (до 3 месяцев) в основной группе не появлялось новых симптомов осложнений со стороны СОПР, тогда как в контрольной группе у 5 пациентов было произведено дополнительно от 1 до 2 корректировок протеза по поводу чувства сильного дискомфорта при принятии пищи. В группе с первичным протезированием клиническая картина в сроки от 1 до 3х месяцев, также как в основной группе, не менялась.

Таблица 21

Число перебазировок, поздние сроки, распределение по группам

Группа	Основная (52 человека)	Контрольная (56 человек)	Группа без осложнений (впервые установленные протезы) (30 человек)
Число перебазировок	0,4 ($\pm 0,2$)	8	0,6 ($\pm 0,3$)

3.3. Результаты анкетирования пациентов

Анкетирование пациентов основной и контрольных групп производилось до ортопедического лечения, а также через каждые последующие 14 дней.

3.3.1. Результаты исследования качества жизни

Все испытуемые до начала лечения, а также через 2,4,6,8,10 и 12 недель после него прошли анкетирование с помощью наиболее часто используемого опросника ОНП-14, выявляющего уровень качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

На рисунке 3 представлены средние баллы по каждому вопросу опросника ОНП-14 для каждой группы до лечения.

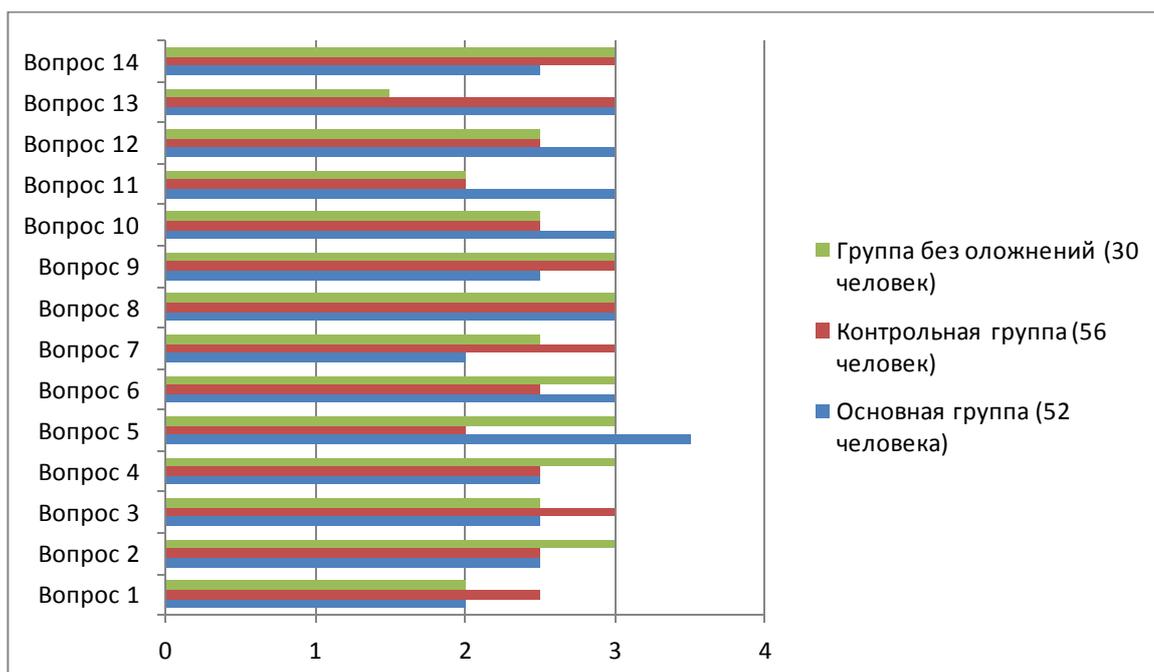


Рисунок 3. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14 (вопросы 1-5 – проблемы при приеме пищи; 6-10 проблемы в общении; 11-14 – проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)) до ортопедического лечения.

До лечения средний балл оценки качества жизни составлял – 2,71; 2,64 и 2,60 для первой, второй и третьей групп соответственно.

Достоверных различий между группами не было. Качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем, можно было оценить как низкое.

На второй день после установки протеза всем пациентам было предложено пройти анкетирование повторно.

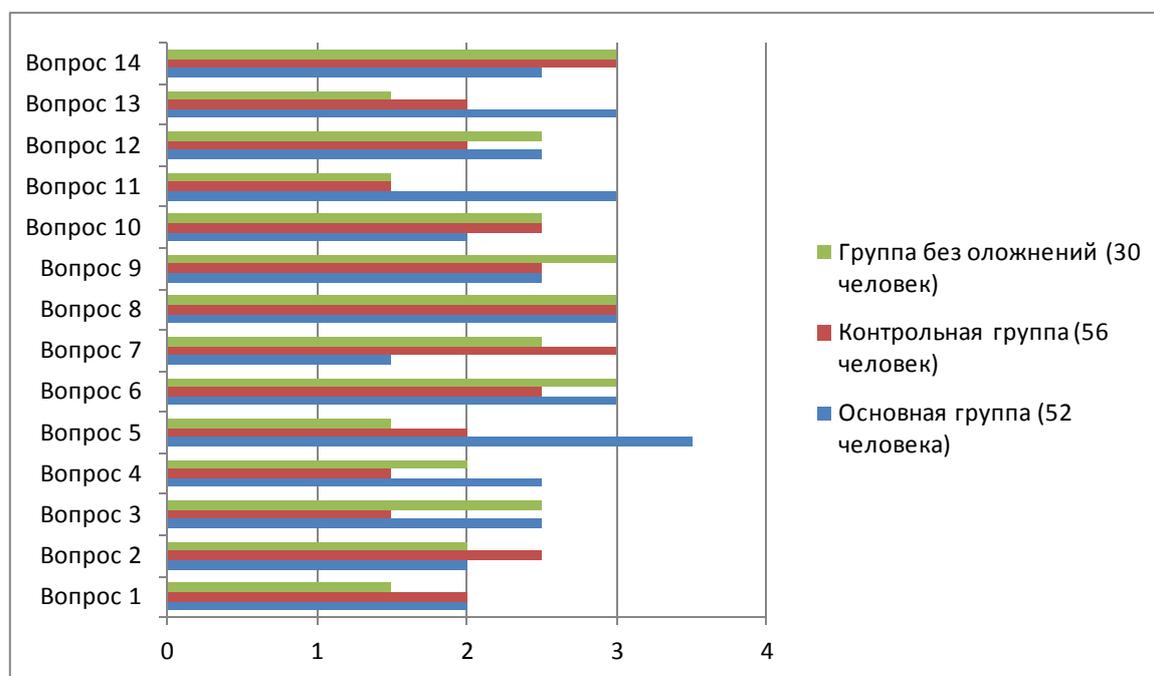


Рисунок 4. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14 (вопросы 1-5 – проблемы при приеме пищи; 6-10 проблемы в общении; 11-14 – проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)) через сутки после установки протеза.

Средний балл по первой, второй и третьей группе сразу после установки протеза составил 2,65; 2,61 и 2,55 балла, соответственно.

Спустя 14 дней после установки протеза при прохождении контрольного осмотра пациентам опять было предложено пройти тестирование для выявления качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

На рисунке 5 представлены данные по трем исследуемым группам.

Средний балл в группе после курса физиотерапии в качестве дополнительной меры профилактики по прошествии 2х недель после протезирования составил 1,71 и снизился относительно исходного уровня за счет устранения трудностей, связанных с дефектами зубного ряда.

В группе первичного протезирования без осложнений со стороны СОПР средний балл по результатам анкетирования составил 1,67 и достоверно не отличался от данного показателя в основной группе ($p>0,05$).

В контрольной группе без физиотерапевтических мер по результатам анкетирования выявлены достоверно более низкие показатели качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем – 2,3 балла ($p<0,05$).

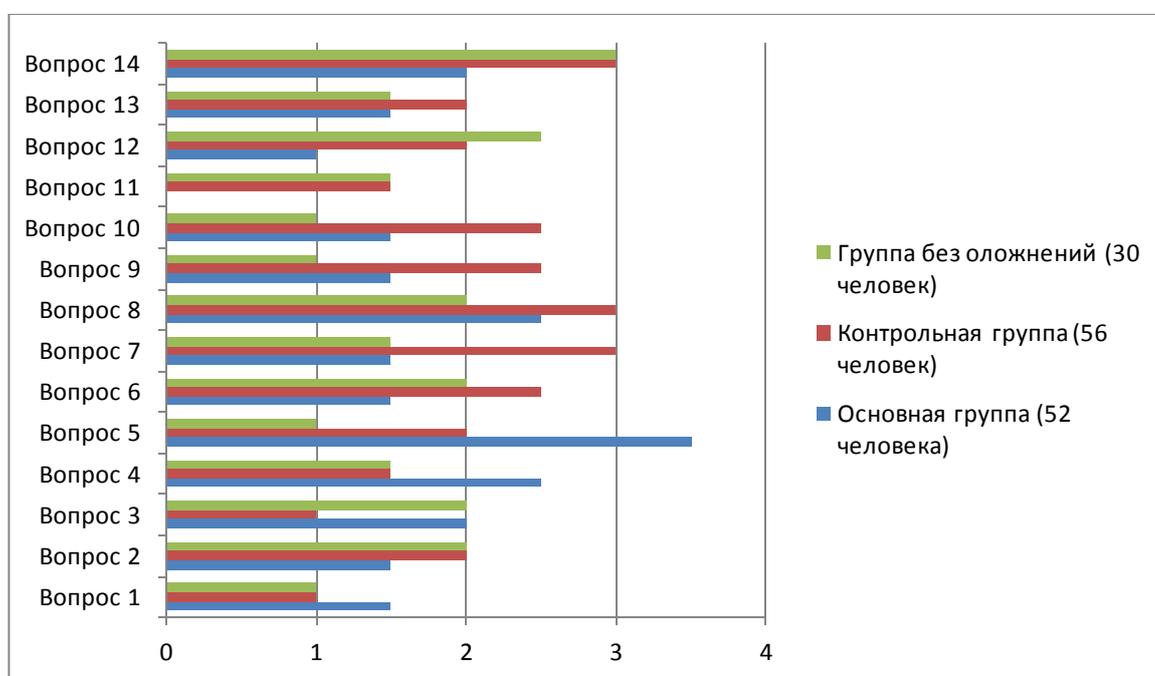


Рисунок 5. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНПР-14 (вопросы 1-5 – проблемы при приеме пищи; 6-10 проблемы в общении; 11-14

– проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)) через 14 дней после установки протеза.

Далее анкетирование проводилось через месяц после прохождения ортопедического лечения. Его результаты представлены на рисунке 6.

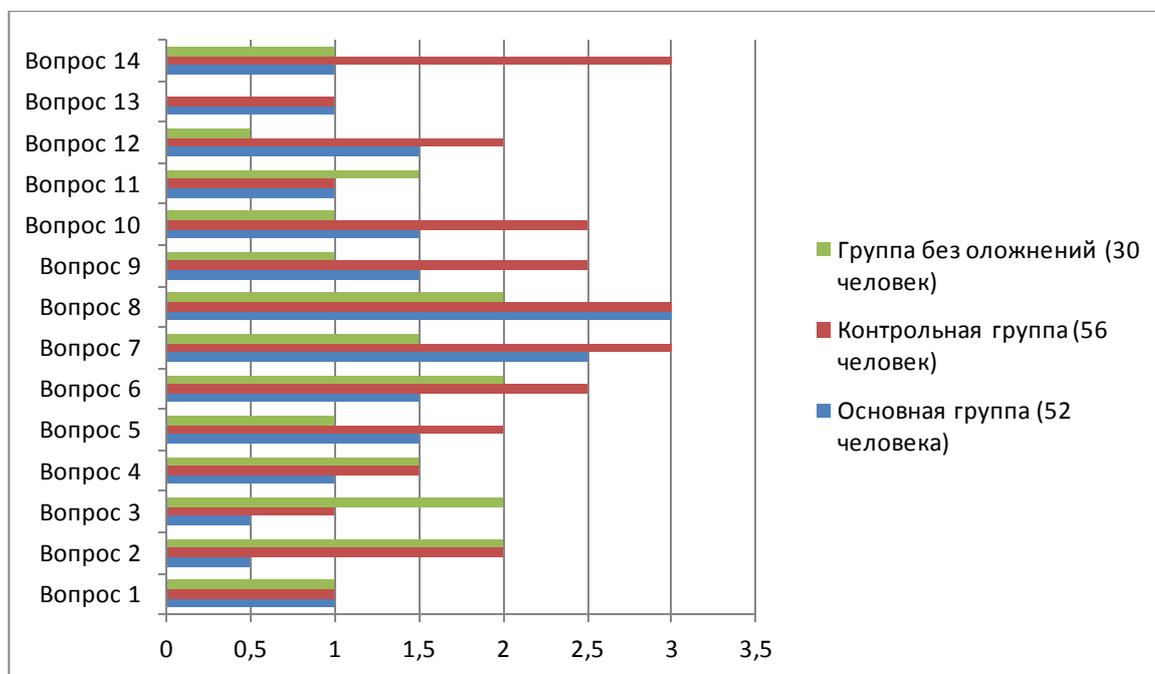


Рисунок 6. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14 (вопросы 1-5 – проблемы при приеме пищи; 6-10 проблемы в общении; 11-14 – проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)) через 1 месяц после установки протеза.

Через 1 месяц на контрольном осмотре пациентам было предложено пройти исследование качества жизни еще раз, были получены следующие результаты. Качество жизни было высоким в группе без осложнений после протезирования (1,29) и в группе, где в качестве профилактики осложнений СОПР использовались методы физиотерапии (1,30). Достоверных различий между группами не выявлено. При этом в группе без физиотерапии до и после протезирования показатель качества жизни был достоверно ниже, чем в обеих вышеописанных группах (2,0) (рис. 6).

Далее осмотр у стоматолога и анкетирование проводились через 1,5 месяца после установки протеза.

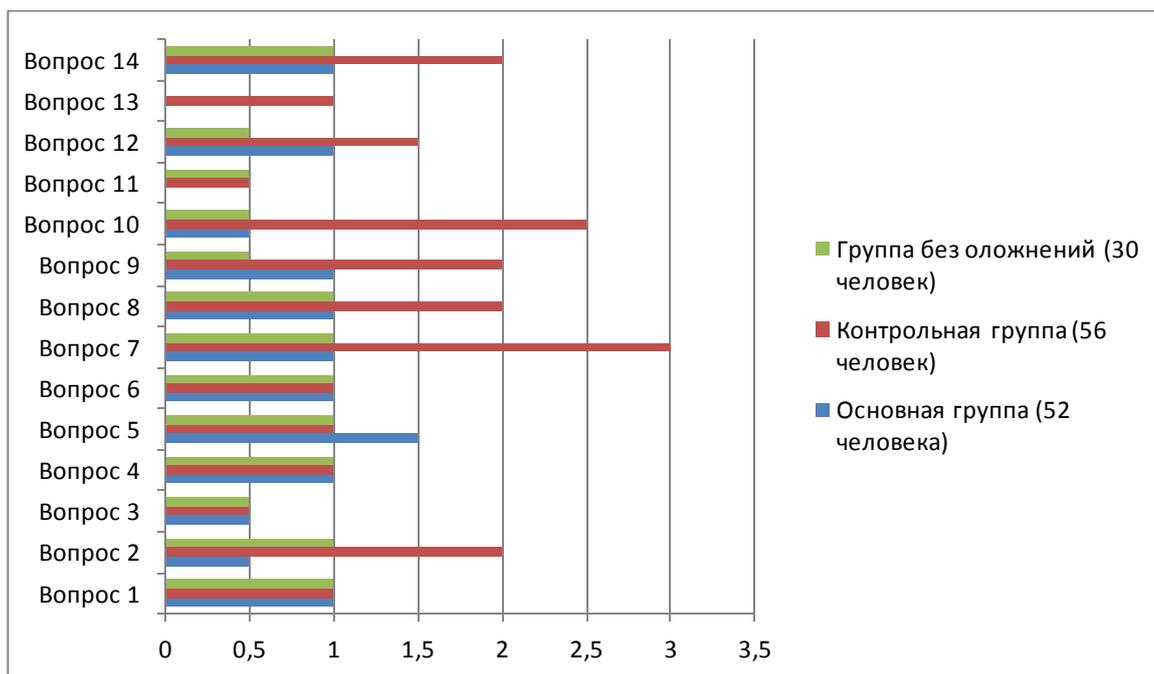


Рисунок 7. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14 (вопросы 1-5 – проблемы при приеме пищи; 6-10 проблемы в общении; 11-14 – проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)) через 1,5 месяца после установки протеза.

На данном этапе наблюдений показатели качества жизни составили для группы с озонотерапией и дарсонвализацией в качестве дополнительных мер профилактики и лечения осложнений СОПР, для группы контроля и для группы с первичным протезированием составили – 0,78; 1,5 и 0,75, соответственно. Показатели контрольной группы–1 были хуже, чем в основной группе в 2 раза.

Через 2 месяца после протезирования в рамках контрольного исследования анкетирование было проведено еще раз и показало дальнейший рост качества жизни пациентов всех трех групп, но в группе контроля значительно медленнее (рис. 8).

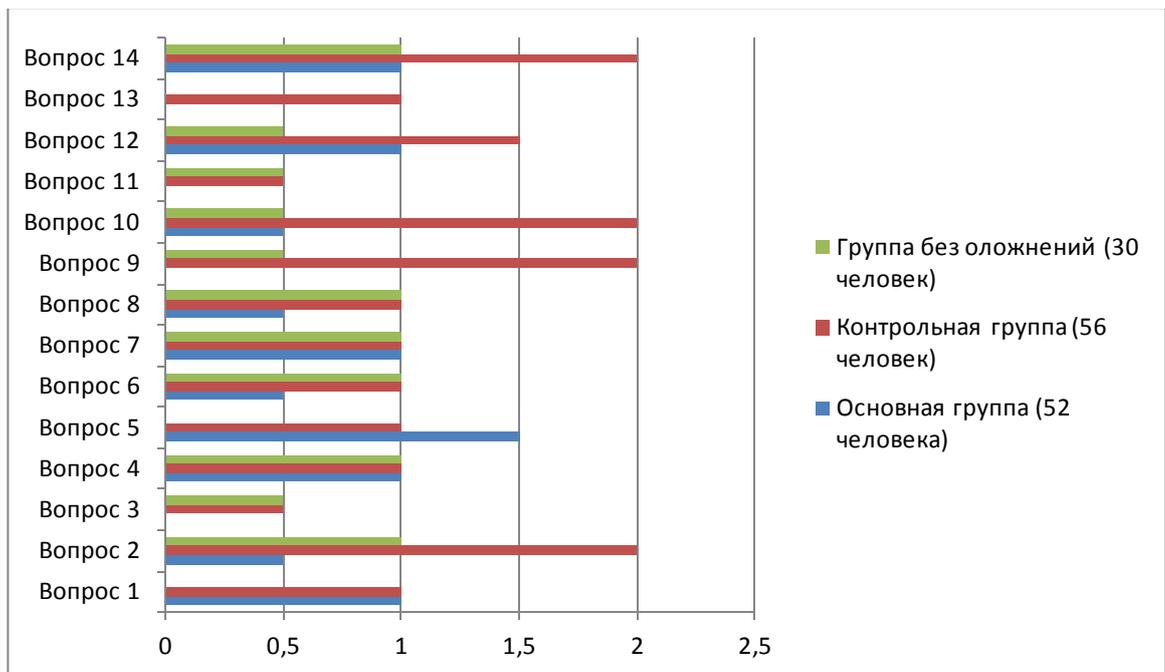


Рисунок 8. Вопросы и средние баллы ответов опросника ОНП-14 (вопросы 1-5 – проблемы при приеме пищи; 6-10 проблемы в общении; 11-14 – проблемы в повседневной жизни (работе, отдыхе)) через 2 месяца после установки протеза.

На этапе 2х месячного контроля показатели в основной и группе первичного протезирования полностью нормализовались и составили 0.61. В группе контроля показатель был выше в два раза и составлял – 1.25, что соответствовало более низкому качеству жизни, связанному со стоматологическим здоровьем.

В течение последующего месяца средние показатели качества жизни по данным опросника ОНП-14 ни в одной группе не менялись.

Обращает на себя внимание отсутствие достоверных различий данного показателя между основной группой и группой без осложнений после первичного протезирования, а также достоверные отличия этих двух групп от группы без физиотерапии до и после протезирования.

Для оценки особенности динамики роста качества жизни для трех различных групп пациентов был построен общий график по средним

показателям анкетирования до лечения, на первые сутки после лечения и через 2,4,6,8,10 и 12 недель.

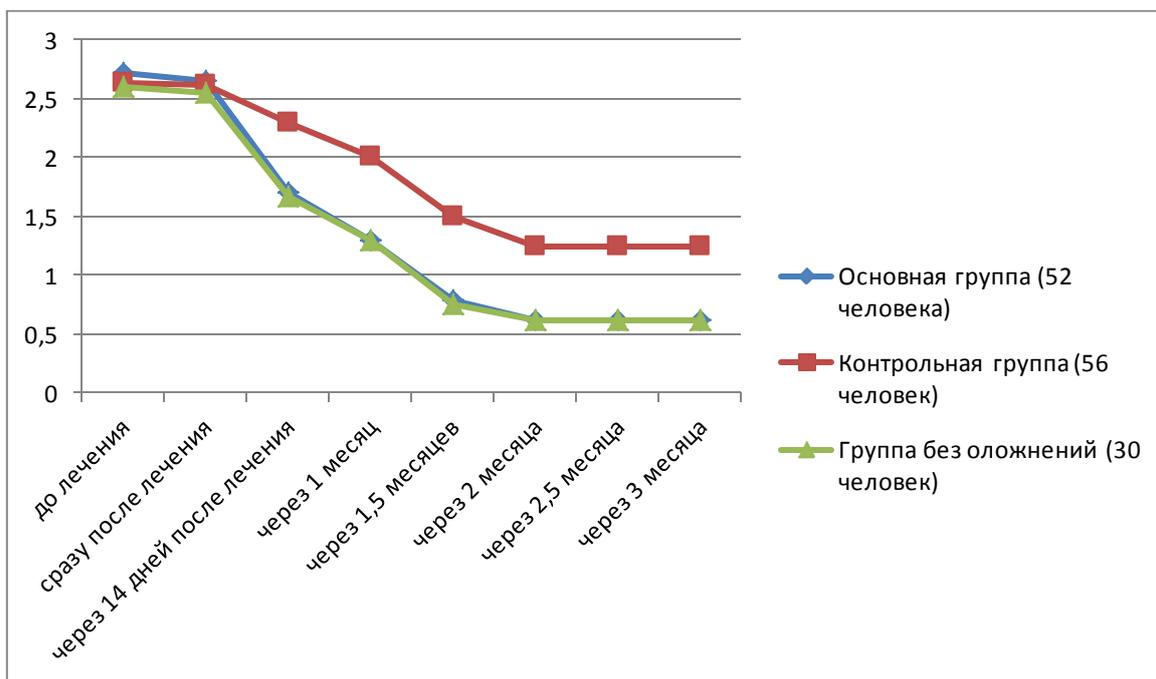


Рисунок 9. Динамика изменения показателя (качество жизни, связанное со стоматологическим здоровьем) в течение 3 месяцев.

Динамика изменения показателей качества жизни демонстрирует, что в основной группе с использованием физиотерапевтических методов профилактики показатели качества жизни практически сравниваются с группой без осложнений. При этом в группе контроля данные показатели в целом ниже, кроме того скорость улучшения качества жизни у таких пациентов заметно ниже, чем в предыдущих 2-х группах.

3.3.2. Результаты исследования субъективной оценки качества протеза

По прошествии трех месяцев было проведено исследование субъективной оценки качества протеза. При анализе результатов анкетирования установлено, что в основной группе никто из пациентов не отметил ни наличия привкуса, ни повышенного слюноотделения или чувства жжения при использовании протезов. Пациенты отмечали отсутствие боли при пользовании протезами и возможность пережевывания практически

любой пищи. Никто из пациентов не выразил желания заменить протезы на другие. Данные анкетирования в основной и контрольной группах достоверно отличались ($p < 0,05$). Отличий между основной и группой без осложнений не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, в результате настоящего исследования, было установлено, что применение физиотерапевтических методов воздействия на СОПР перед установкой протеза и в течение двух недель после значительно облегчает процесс адаптации к протезам, что выражается в укорочении сроков завершения полного торможения, также в уменьшении числа корректировок протеза и уменьшении вероятности его замены. Данный эффект выражается также в уменьшении частоты случаев рефлекторной тошноты, аллергических реакций, более быстрого восстановления фонационных функций и качества жизни в целом.

3.4. Обоснование применения методики озонотерапии и дарсонвализации в качестве профилактики осложнений ортопедического лечения со стороны СОПР

В ходе работы сопоставлялись данные по трем группам с целью, выяснить особенности воздействия озонотерапии и дарсонвализации, как дополнительной профилактической меры, на организм пациентов при протезировании с разной степенью риска осложнений со стороны СОПР.

В ходе клинического исследования было выявлено, что реакция на протезирование значительно смягчается при проведении физиотерапевтических профилактических мер.

В контрольной группе зафиксировано два случая аллергии на акрилаты. Пациенты обратились на 5 и 7 сутки после установки протеза с жалобами в первом случае на жжение в области протезного ложа, слабость, во втором случае – на жжение в области языка, которое проходит при снятии протеза на ночь.

У пациентов основной группы после проведенного ортопедического лечения эффект от профилактических процедур сохранялся длительное время, а случаев аллергии не выявлялось.

Отсутствие достоверных различий ($p > 0,05$) между основной и группой без осложнений указывает на то, что применение физиотерапевтических методов профилактики осложнений СОПР нивелирует факторы риска, если таковые имелись.

По показателю наличия воспаления после установки протеза озонотерапия и дарсонвализация расширяет выборку, в которой применимо ортопедическое стоматологическое лечение.

Таким образом, по данным клинического осмотра, результатом ортопедического лечения пациентов основной группы явилась полная адаптация к установленным протезам.

Данные исследования качества жизни пациентов трех различных групп показали следующее:

- в основной группе данные отличались от группы контроля, что объясняется противовоспалительным и адаптационным воздействием физиотерапии, ($p > 0,05$);

- достоверных различий между основной и группой без осложнений не выявлено, следовательно, негативные явления со стороны СОПР либо не обнаруживались;

- эффект физиотерапии сохранялся длительное время после окончания курса процедуры;

- озонотерапия и дарсонвализация в основной группе способствовала более быстрому, чем в контрольной группе, восстановлению приемлемого уровня качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем.

Результаты исследования функциональности протеза по данным анкетирования, разработанного М.Ю. Огородниковым (2004) также продемонстрировали клиническую эффективность применения физиотерапевтической профилактики в стоматологической практике.

Разницы в оценке функциональности протезов между испытуемыми основной и группы без осложнений также не выявлено.

Данная, более «мягкая» реакция на протезы в основной группе обеспечивается улучшением физиологического состояния тканей, окружающих протезный материал в полости рта, под воздействием озонотерапии и дарсонвализации.

ГЛАВА IV

4.1. Клинические примеры различных видов профилактики осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения

Пример 1. Пациентка Е., 42 года, из основной группы. На 3й день после протезирования отмечала чувство боли и жжения в области коронки. При осмотре слизистая вокруг коронки гиперемирована, отечна (рис.10). Страдает, заболеванием ЖКТ, имеется пищевая аллергия. Пациентке проведен двухнедельный курс физиотерапии с использованием дарсонвализации и озонотерапии. После проведенного физиотерапевтического лечения, пациентка отмечает исчезновение симптомов жжения и болезненности, нормализацию процесса приема пищи. Объективно исчезновение признаков локального воспаления (рис. 11). По прошествии 3х месяцев симптомы со стороны СОПР ни на одном из этапов наблюдения не возобновлялись.



Рис. 10. Пациентка Е. 42 года, явления воспаления со стороны СОПР на третьи сутки после установки коронки.



Рис. 11. Пациентка Е. 42 года, после курса физиотерапии в качестве дополнительной профилактической меры.

Пример 2. Пациентка В., 50 лет, основная группа. Явления осложнения со стороны СОПР появились спустя 6 дней после установки мостовидного протеза на верхней челюсти. Отмечается эритема, кровоточивость в области установленного протеза (рис. 12). Со стороны пациента жалобы на жжение и боль при ношении протеза, дискомфорт, болезненность при приеме пищи. В течение 1 дней проводилась физиотерапия по описанной в исследовании схеме. На момент осмотра по прошествии двух недель после обращения симптомы воспаления со стороны СОПР полностью элиминировались (рис. 13). При дальнейшем наблюдении пациентка жалоб не предъявляла.



Рис. 12. Пациентка В. 50 лет, осложнение СОПР после протезирования.



Рис. 13. Пациентка В. 50 лет. после курса физиотерапии в качестве дополнительной профилактической меры.

Пример 3. Пациентка С. 66 лет, основная группа, посещала стоматологический кабинет по поводу замены полного съемного протеза на верхней челюсти. Предыдущим протезом пациентка пользовалась более трех лет, в процессе ношения протезов отмечала наличие области локального жжения слизистой оболочки протезного ложа. На момент обращения в области установки протеза наблюдалась травма слизистой (рис. 14). Перед установкой нового протеза, а также на протяжении последующих двух недель проводился комплекс физиотерапевтических процедур. В анамнезе – заболевание ЖКТ, ССС. По прошествии трех недель после первичного обращения наблюдалось исчезновение симптомов слизистой в области протеза. Пациентка жалоб не предъявляла, уровень качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем, по данным анкетирования, приблизился к норме (рис. 15). В ходе контрольных осмотров жалоб не предъявляла.



Рис. 14. Пациентка С. 66 лет, съемное полное съемное протезирование на верхней челюсти.



Рис. 15. Пациентка С. 66 лет, после курса физиотерапии в качестве дополнительной профилактической меры.

ГЛАВА V

Заключение

В связи с необходимостью обоснования актуальности профилактики осложнений, возникающих со стороны слизистой оболочки рта при ортопедическом лечении, целью исследования являлось повышение эффективности профилактики осложнений со стороны СОПР после ортопедического лечения, улучшение качества жизни пациентов после ортопедического вмешательства.

В исследовании на базе СОГМА участвовали 370 пациентов стоматологического кабинета в течение 2010-2011 гг. Сообразно целям исследования, было отобрано 138 пациентов и получено 3 группы: основная группа (проведение физиотерапии до протезирования), контрольная группа (стандартное лечение СОПР) и группа первичного протезирования без осложнений. В результате сбора анамнеза у всех пациентов, вошедших в основную группу, с осложнениями со стороны СОПР после ортопедического лечения было выявлено наличие общего хронического заболевания в той или иной форме.

Также в ходе исследования у лиц, обратившихся в поликлинику №1 СОГМА за ортопедической стоматологической помощью, отмечался высокий уровень распространенности патологических изменений в пародонте.

В группе до 35 лет количество секстантов со здоровым пародонтом составляло уже 1,5 секстанта, что ниже среднего эпидемиологического показателя для данной группы. Кровоточивость отмечалась у 2,2 секстантов, зубной камень также у 2,2. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в среднем 1,9 секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 0,8 секстанта).

В группе 35-54 года количество секстантов со здоровым пародонтом снижалось с возрастом и составляло 1,0 секстант. Кровоточивость отмечалась у 2,7 секстантов, зубной камень – у 2,5. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в среднем 1,9 секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 1,0 секстант)

В группе 55-64 года количество секстантов со здоровым пародонтом в данной возрастной группе составляло 1,0 секстант. Кровоточивость отмечалась у 2,5 секстантов, зубной камень – у 2,0. У лиц данной возрастной группы были выявлены пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (в среднем 2,5секстанта) и пародонтальные карманы глубиной более 6 мм (в среднем 0,8 секстанта)

В возрастной группе до 35 лет 47,0% обследованных уже имели протезы, группе 35-54 лет - 52,0% , а в группе 55-64 лет- 57,0%.

Было установлено, что среди лиц, обратившихся в СОГМА за ортопедической стоматологической помощью ранее была оказана стоматологическая ортопедическая помощь составило 81,5% осмотренных.

Для оценки качества ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи лицам, обратившимся в СОГМА за ортопедической стоматологической помощью, нами проанализированы также данные, полученные при обследовании лиц, имеющих зубные протезы.

Анализ данных показал, что согласно срокам пользования замене подлежит значительная часть мостовидных протезов (53%), из которых 18,1 % эксплуатировались от 6-9 лет. Заметно страдают одиночные коронки – замене подлежит 40,4 %. Среди съемных ортопедических конструкций менее нуждаются в замене съемные протезы с частичным отсутствием зубов (27,9 %). По сравнению с ними удельный вес съемных протезов с полным отсутствием зубов, подлежащих замене, составил 36,8 %. Таким образом,

согласно данным таблицы, замене подлежит более половины из числа всех имеющихся у обследованных зубных конструкций

Среди обследованных были выявлены лица с нарушением целостности зубных рядов, формирующие группу риска по развитию зубочелюстных деформаций в связи с частичной потерей зубов. Данные об объеме и качестве ранее оказанной стоматологической ортопедической помощи позволили выявить по возрастные показатели нуждаемости в протезировании зубов.

Результаты исследования показали, что нуждаемость взрослого обследованного населения республики в изготовлении мостовидных протезов значительно выше, чем остальных ортопедических конструкций, и составляет 53%. Наиболее высокий показатель нуждаемости в полных съемных протезах выявлен среди лиц старшего возраста – 35,5%.

Востребованность в одиночных коронках высока и наиболее выражена в более молодом возрасте – 47,1%.

Наблюдения за ходом восстановления после протезирования производились через каждые три дня первые 15 дней, затем каждые 2 недели в течение 3 месяцев, в ходе которых новые данные вносились в индивидуальную карту испытуемого.

В основной группе в качестве дополнительной профилактической меры применялся метод местной дарсонвализации, а также озонотерапия, 5 раз в течение 15 дней (интервал 3 дня) эти два метода обладают противовоспалительным, иммуностимулирующим, трофическим и др. действием.

Все пациенты до начала исследования, а также по его окончании прошли тестирование с помощью валидизированной русскоязычной версии опросника ОНП-14. Опросник содержит 14 вопросов, распределенных в 3 блока: вопросы,

связанные с приемом пищи; вопросы, связанные с проблемами в общении и блок, посвященный проблемам в повседневной жизни.

Также в целях определения функциональной пригодности протезов использовалась анкета из 10 вопросов, разработанная М.Ю. Огородниковым (2004), анкетирование проводилось через 2, 4 и 12 недель после прохождения ортопедического лечения.

Оценка характера патологических проявлений со стороны СОПР в основной и контрольной группах до проведения повторного протезирования показала следующую распространенность: гиперемия слизистой полости рта – 55,8% и 57,1% для основной и контрольной группы соответственно, отек слизистой вокруг ортопедической конструкции – 38,5% и 42,9% для основной и контрольной группы соответственно, эрозии, язвы и лихеноидные поражения слизистой оболочки – 9,3%, трещины и афты встречались в 2,8% и 0,9%, соответственно. Гипертрофия слизистой в основной группе встречалась в 7,7%, в контрольной – в 10,7%. Достоверных различий по распространенности осложнений между группами не было.

Из пациентов основной и контрольных групп заболевания сердечно-сосудистой системы встречались у 38,0%; заболевания дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта были фоновыми у 12,0% и 15,7% соответственно; сочетание заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем встречалось в 5,6%, а сердечно-сосудистой системы и пищеварительного тракта – в 13,9%.

В группе без осложнений (30 человек) хронические заболевания в анамнезе встречались в 26,7% случаев.

Клиническая оценка эффективности ортопедического лечения во всех группах включала выявление признаков воспаления слизистой оболочки протезного ложа (а также других проявлений осложнений протезирования) и определение сроков адаптации пациентов к установленным протезам.

При оценке адаптации к протезам оценивались средние сроки фазы раздражения, первичного торможения и полного торможения по группам.

В основной группе (с физиотерапией) фаза раздражения длилась 1,02 ($\pm 0,3$) дня. В контрольной группе сроки завершения фазы раздражения составили 1,07 ($\pm 0,2$) дня. В группе первичного протезирования данный срок составил до 1 день у всех пациентов. Фаза частичного торможения в основной группе длилась 3,5 ($\pm 1,2$) дня, в контрольной группе фаза частичного торможения длилась в среднем 4,4 ($\pm 0,9$). В группе после первичного протезирования длительность данной фазы составила в среднем 3 ($\pm 0,3$) дня. Окончания фазы полного торможения пациенты основной группы достигли в среднем через 30 ($\pm 0,7$) дней. В группе контроля данный показатель составил 33,5 ($\pm 0,4$) дней. А в группе после первичного протезирования 31,5 ($\pm 0,9$) дней.

Далее оценивалось число перебазирровок установленных протезов. В основной группе число таких обращений составило 0,4 ($\pm 0,2$), замен протеза не производилось, тогда как в контрольной группе данный показатель составил 2,0 ($\pm 0,1$), в данной группе было произведено две замены протеза. В группе после первичной установки протеза корректировка производилась в среднем 0,6 ($\pm 0,3$) раз (замен протеза не производилось). На поздних сроках контроля (до 3 месяцев) в основной группе не появлялось новых симптомов осложнений со стороны СОПР, тогда как в контрольной группе у 5 пациентов было произведено дополнительно от 1 до 2 корректировок протеза по поводу чувства сильного дискомфорта при принятии пищи. В группе с первичным протезированием клиническая картина в сроки от 1 до 3х месяцев, также как в основной группе, не менялась.

У пациентов с установленными полными съемными протезами верхней челюсти оценивалось наличие таких симптомов как появление рефлекторной тошноты и повышенного слюноотделения. Так, в основной группе данное осложнение в легкой степени встречалось у одного пациента, т.е. в 9,1%. В

контрольной группе жалобы на легкую тошноту и дискомфорт предъявляли 3 пациента (23,1%). В группе после первичного протезирования данный симптом не выявлялся.

В контрольной группе зафиксировано два случая аллергии на акрилаты. Пациенты обратились на 5 и 7 сутки после установки протеза с жалобами в первом случае на жжение слизистой оболочки в области протезного ложа, слабость, во втором случае – на жжение в области языка, которое проходит при снятии протеза на ночь.

При полном съемном протезировании оценивались также сроки восстановления фонетики. В основной группе средний срок восстановления произношения звуков речи до первоначального уровня был равен в среднем 7 (± 3) дней, тогда как в группе контроля данный срок составил 30 (± 5) дней. В группе после первичного протезирования данный срок составил в среднем 25 (± 5) дней.

На основании полученных данных делалось заключение о том, что дарсонвализация и озонотерапия, в качестве дополнительных мер профилактики, имеют значительный эффект.

Пролонгированная оценка качества жизни показала отсутствие достоверных различий данного показателя между группой с расширенной профилактикой и группой первичного протезирования без осложнений, а также достоверные отличия этих двух групп от группы с традиционной подготовкой к протезированию осложнений СОПР после протезирования.

Динамика изменения показателей качества жизни демонстрирует, что в группе с риском развития осложнений со стороны СОПР после протезирования и использованием физиотерапевтических методов профилактики показатели качества жизни сопоставимы с данными группы первичного протезирования без осложнений. При этом в группе с традиционной предпротезной подготовкой данные показатели в целом ниже,

кроме того скорость улучшения качества жизни у таких пациентов заметно ниже, чем в предыдущих 2х группах.

Таким образом, введение в комплекс профилактических мер физиотерапевтических методов (озонотерапии и дарсонвализации) значительно улучшают качество жизни пациентов после протезирования с предрасположенностью к осложнениям со стороны СОПР.

Выводы

1. Применение физиотерапевтических методов (дарсонвализации и озонотерапии) до и в течение первых двух недель после установки протеза способствует укорочению срока адаптации к протезу на 3 дня по сравнению с контролем (30 ($\pm 0,7$) и 33,5 ($\pm 0,4$) дней соответственно).
2. Использование данного метода профилактики после протезирования со стороны СОПР в группе пациентов с повторным протезированием достоверно уменьшает число дальнейших корректировок – с 2,0 ($\pm 0,1$) до 0,4 ($\pm 0,2$), снижая тем самым вероятность замены протеза.
3. Применение дарсонвализации и озонотерапии в качестве профилактической методики в два с лишним раза снижает частоту развития осложнения после полного съемного протезирования верхней челюсти в форме рефлекторной тошноты (с 23,1% до 9,1%).
4. При применении дарсонвализации и озонотерапии в два раза улучшаются показатели качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем (по данным опросника ОНПР-14). При этом данные показатели сопоставимы с показателями группы с полным отсутствием осложнений после первичного протезирования ($p > 0,05$).

Практические рекомендации

1. При оказании ортопедической стоматологической помощи в группе до 65 лет рекомендуется с целью нивелирования факторов риска осложнений, а также более мягкого протекания восстановительного периода проведение физиотерапевтических профилактических мер.
2. С целью расширения показаний при проведении ортопедической стоматологической помощи рекомендовано использование озонотерапии и дарсонвализации в качестве профилактической и терапевтической меры.
3. Рекомендуется использование дарсонвализации в комплексе с озонотерапией непосредственно перед и после установки протеза 5 раз в течение 15 дней (интервал 3 дня).
4. В целях улучшения качества оказываемой стоматологической помощи, а также качества жизни пациентов после протезирования рекомендовано проводить данные физиотерапевтические процедуры у всех групп пациентов.

Список литературы:

1. Агаджанян А. А. Состояние стоматологического статуса у взрослого населения Северо - восточного округа Москвы // Новое в стоматологии. – 1999. - №3 (73). – С. 59 – 60.
2. Адмакин О. И., Гарвалинская Б. Г. Стоматологическая заболеваемость населения в дальневосточном регионе // Новое в стоматологии. – 1998. - №7. – С. 29 – 31.
3. Адмакин О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России: Дис. ... канд. мед. наук // 1999. - 12 с.
4. Азаров А. В., Захаров И. А. Концептуальные подходы к созданию территориальной модели защиты прав застрахованных // Здравоохранение. – 1998.- С.15 – 23.
5. Акатьев В. А. Причины преждевременного снятия коронок и мостовидных протезов.// Стоматология. – 1979. - № 2. – С.25-27.
6. Алимский А.В., Белецкий Г.В., Карцев А.А. Показатели потери зубов у взрослого населения, обратившегося за ортопедической помощью в ЦНИИС. // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. – С. 36 – 37.
7. Алимский Л.В. Особенности распространения аномалий зубочелюстной системы среди школьников о. Сахалин // Межтерриториальная научн.-практ. Конференция курортных стоматологов. - Тез. докл. - Кисловодск, 1990. - С. 104-105.
8. Асланов К. Л. Осложнения при протезировании мостовидными протезами и пути их устранения // Стоматология.- 1983. - № 5. – С. 72 – 74.
9. Баданин В.В. Нарушение окклюзии – основной этиологический фактор возникновения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. – 2000. –№1. – С. 51–54.
10. Белоусов Ю. Б. Быков А. В. Фармакоэкономика: оптимальный выбор для формуляров // Фарматека. — 2003. — № 3. — С.10—12.

11. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. – М.: Медицина, 1983. – 112 с.
12. Боровский Е.В, Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение // Пособие для врачей . - Москва, 1997. - С. 3-5, 58-62.
13. Брагин Г.И. Применение сочетанной амплипульс-ультразвуковой терапии при хроническом пародонтите///Дис...канд. мед. наук., М., 2004.- 126 с.
14. Брус Я.Н., Олесова В.Н., Уйта В.В. Характеристика ортопедического статуса и потребность в протезировании взрослого населения г. Ессентуки по данным эпидемиологического обследования // Маэстро стоматологии. – 2005. - №19. – С.31-33.
15. Букаев М.Ф. Конструирование несъемных мостовидных протезов на основе напряженно-деформированного состояния пародонта и альвеолярной кости. – М.: 2005. – С.18-23.
16. Варес Э.Я. Нуждаемость населения в зубных протезах // Стоматология. - 1983. - №2. – С. 79-80.
17. Варламов П.Г. Распространенность основных стоматологических заболеваний среди взрослого населения Центральной Якутии и потребность его в ортопедической помощи: Дис. ... канд. мед. наук. – 2001. – 138 с.
18. Васильев В.Г., Старцева Е.К. Рентгенологическая оценка эффективности восстановления зубных рядов несъёмными протезами.// Стоматология.- 1981.,№ 3.- С. 61 – 62.
19. Волкова Г.Д., Морозова А.Е. и др. Причины снятия мостовидных протезов.//В книге: Тезисы докладов четвёртой Московской городской научно-практической конференции.- Москва, 1975. – С. 74 – 75.
20. Волкова О.Б. Применение тока надтональной частоты в лечении воспалительных заболеваний пародонта: Дисс. . канд. Мед. наук. — М., 1989.- 190 с.
21. Воробьев П.А., Авксентьева М.В. и др. Клинико-экономический анализ. - М.: “Ньюдиамед”, 2004. - 404с.

22. Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов. М.: Медицина, 1984. – 92 с.
23. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе//М.: Медицина, 1979-264с.
24. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология: Учебник – 3-е изд.- М.: Медицина, 1984.- С. 82-83.
25. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология: Учебник — М.: Медицина, 1984. — 576 с.
26. Гадаев М.С. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения пенсионного возраста Чеченской республики в ортопедической стоматологической помощи: Дис ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 144с.
27. Галкин Р.А., Зуева С.А. Объем бесплатной стоматологической помощи в условиях дефицита бюджетных средств // Актуальные вопросы стоматологии. – Самара, 1992. - С. 56-58.
28. Гарус Я.Н., Олесова В.Н., Уйба В.В., Сорокоумов Г.Л., Бабенков Д.И., Захаров П.А. Характеристика ортопедического статуса и потребность в протезировании взрослого населения г. Ессентуки по данным эпидемиологического исследования // Маэстро стоматологии. – 2005. – №3. – С. 31–32.
29. Герасименко М.Ю., Прикулс В.Ф., Рабинович С.А. Способ лечения пародонтита: Патент РФ № 2216365 от 14.03.2002 г. // Бюлл. – 2003.- №32.
30. Голева Н.А. Оптимизация лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта у студентов//Дис...канд.мед.наук., Смоленск, 2011.-128 с.
31. Голинский Ю.Г. Стандартизация гарантий ортопедической реабилитации больных с дефектами зубных рядов.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 2000. – 22с.
32. Гончаров А.В., Валеев И.В., Исангулов Р.Г. Особенности профилактики при применении металлокерамических протезов //

Организация стоматологической службы и подготовка стоматологических кадров в Республике Башкортостан. – Уфа, 1996. – Ч.2. – С. 186–187.

33. Гончарова О.П. Клинико-диагностические показания к снятию несъемных протезов в стоматологической практике: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 135с.

34. Гооге А.А., Карцев Г.А., Кречетов С.А. Причины несвоевременного обращения населения за ортопедической стоматологической помощью // Актуальные проблемы стоматологии. – М., 2002. – С. 77-80.

35. Григорьян А.С., Григорьянц Д.А., Гучетль М.Н. Экспериментально-морфологическое исследование противовоспалительного действия аппликаций комплекса озон-перфторан//Стоматология. 2008. Т. 87. № 2. С. 4-9.

36. Гринберг Ф.Г., Чичило О.С., Картавый В.А. Наш опыт по изготовлению металлокерамических протезов // Съезд Стоматологической ассоциации России, 5-й: Тр. / – М., 1999. – С. 311– 313.

37. Грицай И.Г. Обоснования выбора материала для фиксации несъемных протезов.: Автореф. дис. ... канд. мед наук. – Краснодар., 1998. – 19с.

38. Гуцуцуй В.Л. Распространенность частичной утраты зубов у населения Молдавской ССР // Стоматология. - 1988. - №6. - С. 64-65.

39. Детинич Л.М. Качество несъемных протезов.- В книге.: Проблемы ортопедической стоматологии.- Киев., 1968., вып. 2.- С. 47 – 50.

40. Джемсон Н.Дж. Частичные съемные протезы // пер.с англ.; Под ред. Проф.В.Н. Трезубова. – М.: МЕ Даресс-информ, 2006. - С. 9-22.

41. Дубовой И.Т., Юдашкин Б.Ф. Отдалённые результаты протезирования несъемными зубными протезами.// Стоматология., 1962. - № 1. – С. 116 – 117.

42. Егоров Ф. Ф., Мешков О. В. Анализ причин поломок мостовидных протезов.// Мед. журн. Чувашии.,1995. - № 1 – 2 . – С. 91 – 92.

43. Еслямгалиев Г.Т., Мирзабеков О.М. Осложнения при эксплуатации мостовидных протезов.// Здравоохранение Казахстана., 1976.- № 8. – С 181 - 185.
44. Збарж Я.М., Белявский М.И., Кукер Б.Г. Актуальные проблемы организации и оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста // VIII Всесоюзный съезд стоматологов.- М.- 1987. - Т. 1. - С. 36-38.
45. Зисман В.А., Фирер Г.А. Влияние ультразвука на состояние локального иммунитета при дентальной имплантации // В кн. Материалы 5-го Российского научного форума «Стоматология 2003». Москва. - 2003. - С. 94-95.
46. Ибрагимов Т.И. Заболевания пародонта и сахарный диабет. Профилактика осложнений при комплексном стоматологическом лечении // Стоматологический форум. – 2003. – №2. – С. 45–49.
47. Ибрагимов Т.И., Иванова Е.П., Тушина Т.В., Кузьмина Н.Е. Анализ содержания ионов металлов в ротовой жидкости методом масс-спектропии с индуктивно связанной плазмой //Стоматология для всех. – 2007. - №3. – С.8-12.
48. Ибрагимов Т.И., Тушина Т.В., Иванова Е.П., Кудина Л.Б. Состояние тканей полости рта у пациентов с гальванизмом на фоне гипертонической болезни II степени // Сборник трудов III Всероссийской Научно- практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». - М. – 2006. – С. 70-72.
49. Ильина-Маркосян Л.В. Некоторые ошибки в процессе ортопедического лечения больных // Тр. VII Всесоюз. съезда стоматологов: Тез. докл. – М., 1981. – С. 190–191.
50. Каламкаров Х.А., Абакаров С.И., Киракосян В.П. и др. Причины снятия металлокерамических и других видов несъемных протезов. //5 Научно-практическая конференция стоматологов Киргизии: Тез.докл. - Фрунзе, 1988. - С. 22-23.

51. Каламкаров Х.А. Клиника и ортопедическое лечение при укорочении межальвеолярного расстояния // Стоматология. - 1996. - 1. - С. 53 - 60.
52. Каламкаров Х.А., Лосев Ф.Ф., Погосов В.Р. Подготовка зубочелюстной системы перед применением металлокерамических протезов // Стоматология. - 1994. - № 1. - С. 34 - 39.
53. Калинин М.И. Клинические и экономические предпосылки к выбору метода ортопедического лечения больных с включенными дефектами зубных рядов: Дис ... канд. мед. наук. - М., 2004. - 140 с.
54. Калинина Н.В., Протезирование при полной потере зубов / Н.В. Калинина, В.А. Загорский. М.: Медицина. - 1990. - 223 с.
55. Калинская А.А., Сорокин В.Н., Трифонов В.В. Потребность в стоматологической ортопедической помощи // Российский стоматологический журнал. - 2006. - №6. - С. 47-49.
56. Карцев Г.А. Клинико-эпидемиологическая оценка стоматологических заболеваний и тенденции развития ортопедической стоматологической помощи г. Саратова.- Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 2000. - 19 с.
57. Кицул И.С. Изучение потребности населения в ортопедической стоматологической помощи // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории здравоохранения и истории медицины. Иркутск, - 2002. - 33. - С. 27-29.
58. Кицул И.С., Бахарева А.Е. Стоматологическая заболеваемость и потребность населения в стоматологической помощи. - Иркутск.: ИГМУ, 2002. - 143с.
59. Ковальский В.А. Научное обоснование функционально-организационной структуры негосударственных стоматологических предприятий // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., - 1999. - 32с.

60. Козырева И.И., Прокофьева В.И., Колесник В.В. Об ортопедической помощи лицам пожилого возраста // Кубанский научный медицинский вестник.- Краснодар., 1998. - №5 - 6. - С. 44-45.
61. Копейкин В.Н. и др. (ред.). Ортопедическая стоматология. 2-е изд., доп. - М.: Медицина, 2001. - 622 с.
62. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. - М.: Медицина, 1997. - 175 с.
63. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии // В.Н. Копейкин. – М.: Медицина, 1998. - 174 с.
64. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико – правовые аспекты. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 240с.: ил.
65. Кресникова Ю.В. Клинико – эпидемиологическое исследование результатов ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 2008. – 147с.
66. Кудинов Г.А. Значение ортопедического лечения при некоторых хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М. –1996.-15с.
67. Кузьмина Э.М. с соавт. «Профилактика стоматологических заболеваний», М., 1997, 136 с.
68. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. М: МГМСУ 2009; 236 с.
69. Курбанов О.Р. Определение потребности населения в различных видах зубных протезов // Российский стоматологический журнал. – 2002. – №5. – С. 9–11
70. Лабунец В.А. Использование некоторых методик стоматологического обследования при изучении потребности населения в

стоматологической помощи // Вестник стоматологии. – 1998. – № 2. – С.74–77.

71. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость зубопротезных материалов. // Непереносимость зубопротезных материалов: М., 2009. - С. 18–26.

72. Леонтьев В.К., Шиленко Ю.В. Социальная стоматология на современном этапе // Стоматология. – 1999. - №1. – С.5-11.

73. Львова Л.В. Озонотерапия в стоматологической практике// Стоматолог.—2006—№10.—С.19—22.

74. Маланчук В.А., Безик Т.И. Оценка зубных рядов с точки зрения эстетики // Стоматология. – 2003. – №5. – С. 48–50.

75. Малый А.Ю. Клинико-эпидемиологический анализ результатов лечения несъемными конструкциями пациентов с частичным отсутствием зубов.// Стоматология.-2006.-№5. - С. 56-59.

76. Малый А.Ю. Медико – правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии. Автореф. дис. ... д – ра мед. наук. - М., 2001. - 48с.

77. Малый А.Ю., Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Стародубов В.И., Хальфин Р.А., Чеповская С.Г., Кочеров А.М., Фаращян А.В., Титкина Н.А., Лукьянцева Д.В., Ершова Е.В. Протокол ведения больных «Частичное отсутствие зубов» // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – №12. – С. 116–177.

78. Манукова А.И. Материалы при гистодинамометрических исследованиях при нарушении целостности зубных рядов.: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Казань. - 1969. - 17с.

79. Марков Б.П., Пан Е.Г., Маркова Г.Б. Технология изготовления пластиночных протезов с ретенционно-магнитными фиксаторами методом микроволновой полимеризации // Сб. научных трудов. Актуальные вопросы стоматологии. К 90-летию В.Ю. Курляндского. М., 1998. - С.135-136.

80. Минаев С.С., Стрюк Р.И., Малый А.Ю., Джириков Ю.А., Куприянова Т.А. Аллергические реакции к стоматологическим протезам на основе золота как фактор стимулирования аутоиммунных процессов.//Стоматолог.– 2006. - №6. – С. 18-21.
81. Новожилов А. А. Клинико-экспериментальное обоснование совершенствования конструкции металлоакриловых комбинированных мостовидных протезов: автореф. дис. . канд. мед. наук/ А.А. Новожилов. -М., 1998.-20 с.
82. Огородников М.Ю. Новый класс конструкционных материалов на основе полиуретана для ортопедической стоматологии: Дис. ...канд. мед. наук.-М., 2004.- С.142-144.
83. Онгоев П.А. Динамика и характер функциональных особенностей органов и тканей полости рта пришлого населения Крайнего Севера при различных состояниях зубочелюстной системы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук // П.А. Онгоев.- Омск, 2000.- 17 с.
84. Оскольский Г.И. Патоморфологическое и клинико-рациональное исследование зубочелюстной системы при изменении межальвеолярного расстояния: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – Новосибирск, 1995.- 44 с.
85. Петров А.Ф. Ошибки при несъемном мостовидном протезировании и некоторые меры их устранения. - В книге: Сборник научных работ.- Чебоксары. – 1971.- вып.5. - С. 187-194.
86. Рожко Н.В. Нуждаемость в зубном протезировании // Сборник профилактических стоматологических заболеваний. - 1989. - С. 256-277.
87. Сальковский В. Л. Клинические исследования причин снятия мостовидных протезов.- В книге: Актуальные вопросы ортопедической стоматологии.- М.-1968.- С. 118 – 119.
88. Семенюк В.М., Кирющенко В.М., Прохоров В.А. и др. Ошибки в работе врача и зубного техника на ортопедическом приеме. // Институт стоматологии. - Спб., 2000. - № 3. - С. 26 – 27.

89. Сирак С.В. Стоматологическая заболеваемость взрослого населения основных климатогеографических зон Ставропольского края (клинико-эпидемиологическое исследование): Дис ... канд. мед. наук. –2003. – с. 144
90. Сируянц И.В. Результаты ортопедического лечения дефектов зубов и зубных рядов несъёмными конструкциями протезов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Кубанская ГМА. – Краснодар. – 1999. – 20с.
91. Соловьев М.М., Григорьев В.А., Клячкина М.М. Решение некоторых организационно-методических вопросов комплексной профилактики стоматологических заболеваний с учетом состояния ортопедической помощи населению // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии.- М., 1987.- Т. I.- С. 83-84.
92. Стрелкова Н. И. Фундаментальные и прикладные аспекты восстановительной медицины в неврологии / Н. И. Стрелкова, И. П. Бобровницкий // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2002. – № 5. – С. 3–7.
93. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс).- СПб.: Фолиант, 2002.- 576 с.
94. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса/Владимир Трезубов, А. С. Щербаков, Л. М. Мишнёв ; под ред. В. Н. Трезубова. – 2008.
95. Трезубов В.Н. Щербаков А. С. Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для мед. вузов /Под ред. проф. В.Н. Трезубова. — СПб: СпецЛит. — 2011. —480 с.
96. Тупикова Л.Н., Клевно Р.В. Критерии оценки стоматологического здоровья в клинике ортопедической стоматологии// Актуальные проблемы стоматологии: сб. тр. под ред. проф. Лебедеико И.Ю. – М., 2002. – С. 198-202.

97. Фарамян А.В. Сравнительное клинико-экономическое исследование методов лечения частичной вторичной адентии с использованием различных несъёмных ортопедических конструкций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2005. - С. 21-23.
98. Харибина Ю.С. Профилактическое применение дарсонвализации и антибактериальных препаратов при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите // Дис...канд. мед. наук., М., 2005.-137 с.
99. Чекунов Олег Владимирович. Технологии ортопедического лечения дефектов зубов и зубных рядов и их материально-техническое обеспечение : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Чекунов Олег Владимирович; (Место защиты: ГОУ "Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства").- Москва, 2006.- 168 с.
100. Шилин И.А. Причины снятия несъёмных зубных протезов.// Стоматология. – 1968. - № 3. – С. 91.
101. Шувалова Л. Я. Дарсонвализация в ранней реабилитации больных после дентальной имплантации//Дис...канд. мед. наук., М., 2003.- 109 с.
102. Шувалова Л.Я. Влияние дарсонвализации на состояние локального иммунитета в раннем послеоперационном периоде после дентальной имплантации. //В кн. Новые технологии в физиотерапии.- Москва.-2002.-С.62-64.
103. Шувалова Л.Я. Эффективность применения дарсонвализации больным в раннем послеоперационном периоде после дентальной имплантации. //Актуальные вопросы восстановительной медицины.-2003.- №1.-с.21-23.
104. Шур З.Я. К вопросу зубного мостовидного протезирования.// Стоматология. – 1963. - № 1. – С. 77 – 79.
105. Щербаков А.С. Аномалии прикуса у взрослых. - М.: Медицина, 1987.-191 с.

106. Щербаков А.С. Пределы и методика увеличения межальвеолярной высоты// Стоматология. - 1987. -№4. - С.20-22.
107. Янцеловский Э.И., Швец Б.П. Причины снятия мостовидных протезов. - В книге: Вопросы стоматологии Одесской области. – Одесса. – 1969. – С. 76 – 77.
108. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: A broader perspective//East Mediterr Health J. – 2006.- N12.- P. 894–901.
109. Ali A., Bates J.F., Reynolds A.J., Walker D.M. The burning mouth sensation related to the wearing of acrylic dentures: An investigation.//Br. Dent. J. – 1986.-N 161.-P. 444–447.
110. Applied ozone systems. [Online] [Cited 2010 January 13]. Ozone Therapy Oxygen Therapies. Available from:<http://www.appliedozone.com/medical.html>.
111. Austin A.T., Basker R.M. The level of residual monomer in acrylic denture base materials with particular reference to a modified method of analysis.// Br. Dent. J. 1980.- N 149.- P. 281–6.
112. Bauer A., Wollina U. Denture-induced local and systemic reactions to acrylate. //Allergy.- 1998.- N 53. –P. 722–3.
113. Beyer H.D. Standardbestimmung des feststehender Therapiemittel.- Zahntechnik.-1980.-21.- N 11.- P. 470 –474.
114. Bonito A., Bonito A.J., Iannacchoine V., Jones S., Stuart C.A. Research Triangle Park, North Carolina: Research Triangle Institute; 1984. Study of dental health-related process outcomes associated with prepaid dental care. Final Report: Part I.
115. Budtz-Jorgensen E. The significance of *Candida albicans* in denture stomatitis. //Scand J Dent Res.- 1974.-N 82. –P. 151-190.
116. Budtz-Jorgensen E., Bertram U. Denture stomatitis. I. The etiology in relation to trauma and infection. //Acta Odontol Scand.- 1970.- N28.-P. 71-92.

117. Budtz-Jorgensen E., Mojon P., Bannon-Clement J.M., et al. Oral candidosis in long-term hospital care: comparison of edentulous and dentate subjects.// *Oral Dis.*- 1996.-N 2.-P. 285-290.
118. Budtz-Jorgensen E., Stenderup A., Grabowski M. An epidemiologic study of yeasts in elderly denture wearers.// *Community Dent Oral Epidemiol.*- 1975.-N 3. -P. 115-119.
119. Campos M.S., Marchini L., Bernardes L.A.S., et al. Biofilm microbial communities of denture stomatitis.//*Oral Microbiol Immunol.*- 2008.-N 23.-P. 419-424.
120. Carr A.J., Gibson B., Robinson P.G. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? //*BMJ.* -2001.-N 322.-P. 1240–3.
121. Cibirka R.M., Nelson S.K., Lefebvre C.A. Burningmouth syndrome: a review of etiologies.//*J Prosthet Dent.*- 1997.-N 78.-P. 93-7.
122. Coco B.J., Bagg J., Cross L.J., et al. Mixed *Candida albicans* and *Candida glabrata* populations associated with the pathogenesis of denture stomatitis.// *Oral Microbiol Immunol.*- 2008.-N 23.-P. 377-383.
123. Cohen L.K., Jago J.D. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv.* -1976.-N 6.-P. 681–698.
124. Conny P.I., Brown M.H. Simplified technique of a fixed partial denture.//*J. Prosthet. Dent.*- 1981. – v. 46. - № 5. – P. 505 – 508.
125. Coulthwaite L., Verran J. Potential pathogenic aspects of denture plaque.// *Br J Biomed Sci.*- 2007.-N 64.-P. 180-189.
126. Crissey J.T. Stomatitis, dermatitis and denture materials.// *Arch.Derm.*- 1965.-N 92.-P. 45–8.
127. Cross L.J., Williams D.W., Sweeney C.P., et al. Evaluation of the recurrence of denture stomatitis and *Candida* colonization in a small group of patients who received itraconazole.// *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*- 2004.-N 97.-P. 351-358.

128. Cunningham S.J., Garratt A.M., Hunt N.P. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. //Community Dent Oral Epidemiol.- 2000.-N 28.-P. 195–201.
129. Cushing A.M., Sheiham A., Maizels J. Developing socio-dental indicators: The social impact of dental disease.// Community Dent Health.-1986.-N 3.-P. 3–17.
130. Dagistan S., Esin Aktas A., Cgalayan F., et al. Differential diagnosis of denture-induced stomatitis, Candida, and their variations in patients using complete denture: a clinical and mycological study.// Mycoses.- 2008.-N 52.-P. 266-271.
131. Davis P. Compliance structures and the delivery of health care: The case of dentistry. //Soc Sci Med.-1976.-N 10.-P. 329–37.
132. De Backer H., Van Maele G., De Moor N., Van den Berghe L., De Boever J. A 20-year retrospective survival study of fixed partial dentures.// Int. J. Prosthodont. – 2006. – V.19. – N 2. - P. 143-153.
133. Devlin H., Watts D.C. Acrylic ‘allergy’. //Br. Dent. J.- 1984.-N 157.-P. 272–5.
134. Dikbas I., Koksai T., Calikkocaoglu S. Investigation of the cleanliness of dentures in a university hospital.// Int J Prosthodont.- 2006.-N 19.-P. 294-298.
135. Dunnell K., Cartwright A. London: Routledge and Kegan; 1972. Medicine takers, prescribes and hoarders.
136. Emami E., de Grandmont P., Rompre P.H., et al. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis.// J Dent Res.- 2008.-N 87.-P. 440-444.
137. Emami E., Sequin J., Rompre P.H., et al. The relationship of myceliated colonies of Candida albicans with denture stomatitis: an in vivo/in vitro study.//Int J Prosthodont.- 2007.-N 20.-P. 514-520.
138. Espinoza I., Rojas R., Aranda W., et al. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile.// J Oral Pathol Med.- 2003.-N 3.-P. 571-575.

139. Ettinger R.L. Oral disease and its effect on the quality of life.// Gerodontics. - 1987. – N 3.-P. 103–6.)
140. Ettinger R.L., Beck J.D., Jakobbsen J. Removable prosthodontic needs Asurvey // J. Prostet.Dent. – 1984. – N 51.-P. 419-427.
141. Fernstrom A.I., Oquist G. Location of theallergenic monomer in warm-polymerizedacrylic dentures. Part II: Experiments aimedat establishing guidelines for production ofacrylic dentures suited for patients allergicto acrylic monomer and complementaryinvestigations.// Swed Dent J.- 1980.-N 4.-P. 253-60.
142. Frank R.M., Steuer P.Transmission electron microscopy of plaque accumulations in denture stomatitis.//J Prosthet Dent.- 1985.-N53, N 1.-P. 115-24.
143. Freesmeyer W.B. Einfluss der Form des Bruckenkorpes von Verblendbruken auf die Gingiva und auf das marginale Parodontium. – Ptch. zahnarztl. Z.- 1981. - Vol. 36, N 8.- P. 467 – 474.
144. Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu MHNG et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. //J Oral Rehabil.- 2008. – N 35.-P. 370–374.
145. Frenkel H., Harvey I., Newcombe R.G. Oral health care among nursing home residents in Avon.// Gerodontology.- 2000.-N17.-P. 33-38
146. Gerson L.W. Expectations of “sick role” exemptions for dental problems.// J Can Dent Assoc (Tor).- 1972.-N 38.-P. 370–372.
147. Gift HC, Atchison KA, Dayton CM. Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life.// Soc Sci Med. - 1997.-N 44.-P. 601–608.
148. Giunta J.L., Grauer I., Zablotsky N. Allergiccontact stomatitis caused by acrylic resin.// JProsthetic Dent.- 1979.-N 42.-P. 188-90.
149. Glantz P-Q., Nyman S. Technical and biophysical aspects of fixed partial denture for patiens with reduced periodontal support. // J. Prosthet. Dent.- 1981. - v.47.- № 1.- P. 47 – 51.
150. Gobel G., Merte K., Gungler P. Epidemiologie. Behandlungsnotvendegheinubd verlautskontrolle vjn periondontaler Krosrungen bei Erwachsenen // Stomat.DDR.-1987.-Bd 37.-№5.-P. 286-291.

151. Goncalves T.S., Morganti M.A., Campos L.C., Rizzato S.M., Menezes L.M. Allergy to autopolymerized acrylic resin in an orthodontic patient.// *Am J Orthod Dentofacial Orthop.*-2006.-N 129.-P. 431-5.
152. Hensten-Pettersen A., Jacobsen N. Perceived side effects of biomaterials in prosthetic dentistry.// *J Prosthet Dent.*- 1991.-N 65.-P. 138-4.
153. Hertsen G., Hehlborn D., Fuhmans Th. Ernährungsgeschneiben bei Kindern und Jugendlichen // *Stomatol.DDR.-DDR.*-1987.-Bd.37, №11.-P. 642-648.
154. Higginson I.J., Carr A.J. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting.// *BMJ.* -2001.-N 322.-P. 1297–300.
155. Inglehart M.R., Bagramian R.A., Inglehart M.R., Bagramian R.A. Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc; 2002. Oral Health Related Quality of Life.
156. Jacobsen N., Aasenden R., Hensten-Pettersen A. Occupational health complaints and adverse reactions as perceived by personnel in public dentistry.// *Comm Dent Oral Epidemiol.*- 1990.-N 19.-P. 155–9.
157. Jokovic A., Locker D., Stephens M., Kenny D., Tompson B., Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life.// *J Dent Res.*- 2002.-N 81.-P. 459–63.
158. Kallus T., Mjor I.A. Incidence of adverse effects of dental materials// *Scand J Dent Res.*- 1991.-N 99.-P. 236–40.
159. Khasawneh S., Al-Wahadni A. Control of denture plaque and mucosal inflammation in denture wearers.// *J Ir Dent Assoc.*- 2002.-N48.-P. 132-138
160. Kosa W. Epidemiologie den gingivitis und periontontitis und die Notweachtigkeit klinischkontrollierter Unterauchungen // *Stomat. DDr.*-1986.-Bd.36, N 6.-P. 320-325.
161. Koutis D., Freeman S. Allergic contact stomatitis caused by acrylic monomer in a denture.// *Australas J Dermatol.*-2001.-N42.-P. 203-6.

162. Kovac-Kavcic M., Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia.// *J Oral Pathol Med.*- 2000.-N 28.-P. 331-335
163. Kulak-Ozkan Y., Kazazoglu E., Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts, and stomatitis in elderly people.// *J Oral Rehabil.*- 2002.-N 29.-P. 300-304
164. Lamey P.J., Lewis M.A. Oral medicine in practice: Burning mouth syndrome.// *Scand. J. Dent. Res.*- 1991.-N 99.-P. 320–8.
165. Locker D., Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. // *J Dent Res.* - 1997.-N 76.-P. 1292–7.
166. Locker D., Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators.// *J Public Health Dent.* -1994.-N 54.-P. 167–76.
167. Lunder T., Rogl-Butina M. Chronic urticaria from an acrylic dental prosthesis.// *Contact Dermatitis.*- 2000.-N 43.-P. 232-3.
168. Lynch E. Leczenie próchnicy z wykorzystaniem systemu HealOzon. // *eDentico.* 2004. - Vol. 134. - P. 3.
169. Marchini L., Tamashiro E., Nascimento D.F.F., et al. Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a University dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues.// *Gerodontology.*- 2004.-N 21.-P. 226-228
170. Marchini L., Vieira P.C., Bossan T.P., et al. Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubate, Brazil.// *Gerodontology.*- 2006.-N 23.-P. 33-37.
171. McGrath C., Broder H., Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: Implications for research and practice. // *Community Dent Oral Epidemiol.* - 2004.-N 32.-P. 81–85.
172. McNeil D.W., Rainwater A.J., 3rd Development of the Fear of Pain Questionnaire: III.// *J Behav Med.* - 199.-N 21.-P. 389–410.

173. Mikkonen M., Nyssonen V., Paunio I., et al. Oral hygiene, dental visits and age of denture for prevalence of denture stomatitis.// *Community Dent Oral Epidemiol.*- 1984.-N 12.-P. 402-405.
174. Monroy T.B., Maldonado V.M., Martinez F.F., et al. *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus mutans* colonization in patients wearing dental prosthesis.// *Oral Med Pathol* 2005.-N 10.-P. E27-E39.
175. Mumcu G., Cimilli H., Sur H., et al. Prevalence and distribution of oral lesions: a cross-sectional study in Turkey. // *Oral Dis.*- 2005.-N 11.-P. 81-87.
176. Myazaki H., Otani G., Abe N. et. all. Periodontal conditions in older age cohorts aged 65 years and older in Japan, measured by CPITN and loss of attachment- *Community Dent : Health.*- 1995. - Vol. 12, N 4.-P. 216-220.
177. Neppelenbroek K.H., Pavarina A.C., Spolidorio D.M., Vergani C.E., Mima E.G., Mashado A.L. // *J. Prosthodont.* 2003. - Vol. 16, N 6. - P. 616-20.
178. Nevalainen M.J., Nahri T.O., Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly.// *J Oral Rehabil.*- 1997.-N 24.-P. 332-337.
179. Page R.S. *Gerontology.*-1984. - Vol. 3 -N 1.-P. 63 – 70.
180. Park K. 19th ed. Jabalapur, India: M/S Banarsidas Bhanot Publishers; 2007. *Park's Text Book of Preventive and Social Medicine.*
181. Peltola P., Vehkalahti M.M., Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly.// *Gerodontology.* 2004 . - Vol. 21, N 2. - P. 93-99.
182. Peltola P., Vehkalahti M.M., Wuolijoki-Saaristo K. Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly.// *Gerodontology.*- 2004.-N 21.-P. 93-99.
183. Petersen P.E. *Community Dent Oral Epidemiol. Suppl 1.* Vol. 31. Geneva: World Health Organization 2003; 2003. Dec, *The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of the oral health in 21st century: The approach of the WHO Global Oral Health Programme;* pp. 3–23.

184. Pindborg J.J. Oral cancer and precancer as diseases of the aged //Commun.Dentist Oral Epidemiol.-1978.-Vol.6.-P. 300-307.
185. Pires F.R., Santos E.B.D., Bonan P.R.F., et al. Denture stomatitis and salivary Candida in Brazilian edentulous patients.// J Oral Rehabil.- 2002.-N 29.-P. 1115-1119.
186. Pjetursson B.E., Tan K., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rate of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of the least 5 years. // Clin. Oral Implant. Research. – 2004. – V.15. – N 6. – P. 667-676.
187. Pjetursson B.E., Tan K., Lang N.P., Brägger U., Egger M., Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. // Clin. Oral Implants Res. - 2004. - V.15. - N 6. – P. 625-642.
188. Ramage G., Tomsett K., Wickers B.L., et al. Denture stomatitis: a role for Candida biofilms. //Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.- 2004.-N 98.-P. 53-59.
189. Reichart P.A. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. //Community Dent Oral Epidemiol.- 2000.-N 28.-P. 390-398.
190. Rietschel R.L., Fowler J.F. Contact stomatitis and cheilitis. In: Fisher's Contact Dermatitis, 4th edn. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995;Ch. 36.
191. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health; 2000. DHHS Oral health in America: A report of the Surgeon General; p. 7.
192. Rozier R.G., Pahel B.T. Patient- and population-reported outcomes in public health dentistry: Oral health-related quality of life. (vi-vii).//Dent Clin North Am. - 2008.-N 52.-P.345–65.

193. Ruiz-Genao D.P., Moreno de Vega M.J., SanchezPerez J., Garcia-Diez A. Labial edema due to an acrylic dental prosthesis.// Contact Dermatitis.- 2003.-N 48.-P.273-4.
194. Sassen H. Pasgenauigkeit Von Kronen bei der weiteren Präparationsgrenze. – Ptsch. Zahnärztl.- Z. – 1978. – Vol. 33, N 10. –P. 726 – 732.
195. Seidl E.M., Zannon C.M. Qualidade de vida e saúde: aspectos 3. conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004;20:580–8. Quality of life and health: Conceptual and methodological issues. Cad Saude Publica 2004;20:580-8.
196. Seidler V., Linetskiy I., Hubalkova H. Ozone and Its Usage in General Medicine and Dentistry. A Review Article. //Prague Medical Report. 2008. - Vol. 109, № 1. - P. 5–13.
197. Shulman J.D., Beach M.M., Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. Data from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994.// J Am Dent Assoc.- 2004.-N 135.-P. 1279-1286.
198. Shulman J.D., Rivera-Hidalgo F., Beach M.M. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States.// J Oral Pathol Med.- 2005.-N 34.-P. 340–346.
199. Slade G.D., Spencer A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile.// Community Dent Health. - 1994.-N 11.-P. 3–11.
200. Slade GD. Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA, editors. Oral Health-Related Quality of Life. Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc; 2002
201. Smith JM, Sheiham A. How dental conditions handicap the elderly. //Community Dent Oral Epidemiol. - 1979.-N 7.-P. 305–10.
202. Sprossing M. Anwendungsmöglichkeiten der Peressigsäure in Spitalhygiene – Konzept // Swiss. Med. – 1980. – Bd. 2. – P. 57-61.
203. Temmer K., Stipetio D., Cecic-Arambasin A., Kraljevic K. Effect of prosthesis cleansing agent on the prosthetic base fungi // Acta – Stomatol –Croat. – 1991. – Vol. 35, N 2. – P. 91-96.

204. Teresa B., Wolanska E., Cieszko-Buk M., editors.// *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lubin-Polonia*: 2008.
205. Terrell JE, Nanavati KA, Esclamado RM, Bishop JK, Bradford CR, Wolf GT. Head and neck cancer-specific quality of life: Instrument validation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997;123:1125–32.
206. Vallejo M.J.G., Diaz-Canel A.I.M., Martin J.M.G., et al: Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population.// *Community Dent Oral Epidemiol.*- 2002.-N 30.-P. 277-285.
207. Van Joost T., van Ulsen J., van Loon L.A. Contact allergy to denture materials in the burning mouth syndrome.// *Contact Dermatitis.*-1988-N18.-P. 97-9.
208. Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark.// *Community Dent Oral Epidemiol.*- 1987.-N 15.-P.309-313.
209. Walter B., Frank R.M. Ultrastructural relationship of denture surfaces, plaque and oral mucosa in denture stomatitis.// *J Biol Buccale.*- 1985.-N 13.-P. 145-166.
210. Weaver R., Goebel W.M. Reactions to acrylic resin dental prostheses.// *J Prosthet Dent.*-1980.-N 43.-P. 138-42.
211. Webb B.C., Thomas C.J., Whittle T. A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects.// *Gerodontology.*- 2005.-N 22.-P. 168-176.
212. Webb B.C., Thomas C.J., Willcox M.D.P., et al. Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part I. Factors influencing distribution of Candida species in the oral cavity. // *Aust Dent J.*- 1998.-N 43.-P. 45-50.
213. Wöstmann B., Michel K., Brinkert B., Melchheier-Weskott A., Rehmann P., Balkenhol M. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients. // *J Dent.* - 2008.-N 36.-P. 816–821.