

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ЗУБОПРОТЕЗНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Величко Л. С., Моисейчик П.Н., Ящиковский Н.В.

Кафедра ортопедической стоматологии
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В нашей стране, как и в других странах к стоматологам обращаются пациенты с клиническими симптомами субъективного и объективного характера после зубного протезирования. К ним относятся: жжение и покалывание языка, губ; боли в языке, твердом небе; першение в горле, привкус металла; ощущение батарейки; сухость слизистой оболочки полости рта или повышенная саливация; головные боли, головокружение; боли неврологического характера; раздражительность. К объективным симптомам относятся хронические раздражения слизистой оболочки полости рта в виде гиперемий, эрозий, изъязвлений; усиление атрофических и гипертрофических изменений слизистой оболочки полости рта. Эти симптомы могут проявляться в одиночку или в комплексе. На сегодняшний день четко установлено, что симптоматика может быть связана с введением в полость рта стоматологических материалов. Однако причинами симптомов могут быть не только результаты применения различных стоматологических материалов, но и другие факторы с подобными проявлениями. В связи с этим и подходы к лечению должны быть различными. Среди всевозможных факторов непереносимости наиболее частыми причинами заболевания являются гальванизм и аллергия. Нами обследовано 1041 человек обратившихся в консультативный центр РКСП с жалобами на гиперестезию в полости рта, связанную с зубным протезированием в возрасте от 25 до 75 лет. Число обратившихся женщин значительно превышало число мужчин. С аллергической реакцией число женщин составило 704, мужчин-36. С гальванической реакцией число женщин было 167, мужчин-34. Диагностику и лечение непереносимости мы проводили по общепринятой методике. На каждого пациента заводили специально разработанную нами карту обследования, в которой отображался анамнез пациента по всем вопросам, касающимся непереносимости. Это давало возможность в ряде случаев заподозрить конкретную причину возникновения патологии. Проанализировав анамнез, проводили специальные клинические и лабораторные исследования.

Аллергические исследования проводились в Республиканском аллергологическом центре на базе 10-й городской клинической больницы.

1.РТМЛ-реакция торможения миграции лейкоцитов (предложенная Адо А.Д. с соавт.). С помощью этой методики установлено, что ополаскивание

полости рта пациентов слабым раствором аллергенов вызывает торможение естественной миграции лейкоцитов. Реакция считается слабоположительной при снижении числа нейтрофилов в пределах 22-29%, сильной - при снижении числа клеток на 30% и более.

2.РДТК-реакция деструкции тучных клеток. При ее проведении используются сыворотка крови пациента, испытываемые аллергены и клетки перинатальной жидкости белых крыс. Реакция оценивается слабоположительной, когда деформация достигает 22-29% тучных клеток. Деформация свыше 30% тучных клеток считается как резко положительная. При деформации менее 10% клеток реакция считается отрицательной. С применением этих проб установлено, что сильные сенсibilизаторы (высокий класс опасности) это наиболее высокоаллергенные гаптены, то есть сочетания хрома с никелем, хрома с титаном, кобальта с титаном, а также сочетание этих групп.

Используя карты обследования и данные аллeрготестирования, нам предоставляется возможность для выбора оптимально подходящих материалов для лечения пациентов. Это особенно важно при повторном протезировании. Повторное протезирование проводится по истечении 2-3 месяцев после снятия протезов, являющихся причиной непереносимости, исключая элементы материалов, которые могут вызвать сенсibilизацию организма. Съёмные протезы фиксируются обычным образом. Несъёмные протезы фиксируются временно на 8-10 дней. Если за это время не возникало повторных проявлений, то проводилась постоянная фиксация. Последующие контрольные консультации проводились через 1, 2, 6 месяцев и 1,5 года. Если показатели аллeргологического тестирования были отрицательные, а симптоматика непереносимости выраженная, у таких пациентов исключали аллeргию и направляли на исследование непереносимости гальванической реакции.

У людей, не имеющих в полости рта металлических включений, выявляются биопотенциалы небольшой величины, которые обеспечивают протекание физиологических процессов и не беспокоят пациента. После введения в полость рта металлических включений (протезов) возникают индуцированные гальванические токи, сила которых превышает физиологические и может вызвать симптоматику гальваноза. Активность гальванических реакций может измеряться различными способами. В стоматологии наиболее информативным принято считать измерение потенциалов каждого металлического включения (протеза) и по данным измерений определять, какой из протезов наиболее химически активный, а также определять разность потенциалов между ними, что может являться причиной гальваноза. По литературным данным и нашим наблюдениям установлено, что если значения разности потенциалов между металлическими

протезами превышают 74мВ, то она может быть причиной развития гальваноза и гиперестезий. С целью измерения потенциалов используется вольтметр с внутренним сопротивлением более 10 мегаОм и хлорсеребряный электрод сравнения с собственным потенциалом +220мВ. Мы используем комбинированный электроизмерительный прибор Mastech. При составлении плана лечения пациенты, имеющие симптомы гальванизма и соматические заболевания, направляются на консультацию и лечение к соответствующим специалистам. При осмотре полости рта в первую очередь учитывается наличие во рту протезов из различных сплавов. При наличии этого фактора один из протезов рекомендуется удалить и заменить его протезом из сплава аналогичного оставленного во рту протеза. При необходимости рекомендовать полную санацию полости рта, особое внимание необходимо уделить факторам, вызывающим воспалительные процессы полости рта и усугубляющие отрицательное воздействие во рту металлических протезов. Важную роль в возникновении гальванизма играет качество протезов, они должны соответствовать определенным требованиям, оговоренным в приказе МЗ РБ №394. Особое внимание необходимо уделять местам пайки, так как припой в протезе отличается от основного сплава по величине потенциала и создает усиление предпосылки для усиления гальванизма. Наличие излишков припоя на паяных протезах недопустимо. Если у пациентов с явлениями гальванизма имеются протезы с излишками припоя их нужно заменить, желательно цельнолитыми - где нет припоя. Паяные мостовидные протезы, покрытые нитридтитановой пленкой (без дефектов), приобретают однородную поверхность. Их электрохимическая активность в пределах нормы, средний потенциал равен 157мВ, а разность потенциалов составляет 71мВ. Повышение электрохимической активности наблюдается при дефектах в пленке вследствие допущения погрешностей при изготовлении протеза или когда наблюдаются места стертости от длительного пользования.

На сегодняшний день, с точки зрения электрогальванического воздействия, лучшим считается металлокерамический протез с полным закрытием металла керамикой. Изготовление протезов с гирляндами нецелесообразно, так как открытая часть металла, контактируя с содержимым полости рта, создает высокие показатели гальванизма. По данным наших исследований 26 МК протезов у 8 пациентов средний потенциал составил 223мВ, а разница-142мВ, что значительно превышает допустимые нормы(74мВ).

Учитывая большое количество иногородних пациентов, обращающихся за помощью в Республиканский консультативный центр, необходимо организовывать подобные центры в областях республики.