

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. С.М. КИРОВА

На правах рукописи

Ягмуров Хайдар Оразмурадович

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ  
ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ  
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Научная специальность 3.1.7. Стоматология

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
профессор Борисова Э.Г.

Санкт-Петербург  
2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	5
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	16
1.1. Частота встречаемости хронического рецидивирующего афтозного стоматита в структуре стоматологических заболеваний.....	16
1.2. Состояние вопроса по оказанию ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.....	17
1.3. Способы ускорения адаптации к съемным протезам.....	20
1.4. Состояние факторов местного иммунитета ротовой полости и методы коррекции иммунного статуса у пациентов с хроническим рецидивирующим стоматитом, нуждающихся в стоматологической ортопедической помощи.....	25
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	30
2.1.Общая характеристика пациентов, обратившихся за ортопедической помощью и имеющих в анамнезе хронический рецидивирующий афтозный стоматит.....	30
2.2. Клинические методы обследования пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.....	34
2.3. Лабораторно – иммунологические методы исследования показателей местного иммунитета полости рта.....	39
2.3.1. Определение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб).....	40
2.4. Бактериологические методы исследования .....	40
2.5. Общая характеристика и методика применения эластичного базисного полимера «Дефлекс».....	41
2.6.Методика применения и фармакологические особенности препарата «Азоксимера бромид» .....	44

2.7. Определение психоэмоционального состояния личности стоматологического пациента с ХРАС при проведении комплексного ортопедического лечения и мотивации к лечению...	45
2.8. Оценка стоматологических показателей качества жизни пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим стоматитом .....	47
2.9. Методы статистической обработки материала.....	48
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ .....	50
3.1. Результаты клинических исследований .....	50
3.2. Результаты изучения исходных показателей местной защиты полости рта пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и частичной потерей зубов .....	56
3.2.1. Изменение показателей состояния факторов местного иммунитета полости рта у пациентов первой группы после протезирования частичными съемными протезами .....	59
3.2.2. Изменение показателей состояния факторов местного иммунитета полости рта у пациентов второй группы после протезирования частичными съемными протезами .....	62
3.2.3. Изменение показателей состояния факторов местного иммунитета полости рта у пациентов третьей группы после протезирования частичными съемными протезами .....	65
3.3. Результаты бактериологических исследований .....	73
3.4. Результаты оценки качества жизни с помощью адаптированного стоматологического опросника ОНПР-14.....	75
3.4.1. Зависимость уровня комфорта и качества жизни от пола обследуемых .....	79

3.4.2. Зависимость комплексного ортопедического стоматологического лечения на уровень комфорта и качества жизни пациентов.....	81
3.5. Методика оказания комплексного ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов при хроническом рецидивирующем стоматите .....	87
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	91
ВЫВОДЫ .....	102
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	103
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	104
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	105
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	131
Приложение 1 .....	131
Приложение 2.....	136

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Частичное отсутствие зубов приводит пациентов в клинику ортопедической стоматологии, но нередко пациенты параллельно страдают хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС).

Литературные источники констатируют о возможности и необходимости ортопедического лечения пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (Волков Е. А., Половец М. Л., 2015; С. С. Gomes, R. S. Gomez, 2016). Пациенты долгое время не могут получить ортопедическую стоматологическую помощь из-за рецидивирующего течения заболевания.

Фармакотерапия хронического рецидивирующего афтозного стоматита при протетическом лечении пациентов с частичным отсутствием зубов не всегда эффективна и может быть связана со специфичностью оказания стоматологической помощи при данной патологии (Успенская О.А., 2015; Борисова Э.Г., 2019; М.С. Goiato, E. Freitas, D., 2017). Отечественные исследователи (Дубова, Л.В., 2015; Шхагапсоева, К.А., 2017; Лещева Е.А., 2018) предлагают использовать протезы с двухслойным базисом для повышения эффективности ортопедической стоматологической помощи пациентам с ХРАС, но данные работы не полностью освещают критерии и отдаленные результаты предлагаемых методик.

Исследования последних лет показывают, что в развитии хронического рецидивирующего афтозного стоматита существенное значение имеет ослабление местного иммунитета и нарушение защитных свойств ротовой жидкости (И.М. Рабинович, 2000; Д.А.Федоров, 2013; И.Ю. Карпук, 2017; Н.А. Карпук, 2018). Изменения в функционировании иммунной системы были выявлены и при применении различных видов ортопедических стоматологических конструкций (Н.В. Чиркова и др., 2007; С.Е. Жолудев и др., 2007; Д.А.Федоров, 2013; И.М. Быков и др., 2014). В целях повышения

эффективности лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита применение иммуномодулирующих препаратов, разработка различных схем их включения в схему комплексной терапии является актуальным (Никитенко В. В., 2017; Никитина Е.А., 2018). В последнее десятилетие довольно широкое применение в медицинской практике получил отечественный препарат «Азоксимера бромид», способный активизировать местный иммунитет полости рта. Он не только эффективно повышает способность тканей к защите от инфекции, но и улучшает регенерацию (Михайлова Е.С., 2007; Московский А.В., 2015; Карпук, Н.А., 2018;).

Таким образом, проблема оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, которая включает в себя рациональность выбора конструкции, сокращение сроков адаптации к протезам, применение комплексной медикаментозной терапии, требует дальнейших исследований.

### **Степень разработанности темы исследования**

Увеличением числа опубликованных работ по проблеме лечения и профилактики хронического рецидивирующего афтозного стоматита подтверждает ее актуальность (Борисова Э.Г., 2019; Гажва С.И. и соавт., 2015; Успенская О.А., 2015 и др.). Проведен всесторонний анализ различных фармакологических, физиотерапевтических средств (Q. Le, J. Cahill, A. Palmer-Le [etal.], 2015; Шевченко, Е.А., Решетина М.В., 2016), однако роль ортопедического лечения в комплексной реабилитации пациентов с данной патологией изучена недостаточно (Казарина Л.Н., 2017; Жолудев С.Е., 2015 и др.). Важной проблемой остается профилактика рецидивов ХРАС после ортопедического лечения пациентов (Аббасова Д.Б., 2018, Багрий А.В., 2018, Борисова Э.Г., 2017, 2019, Громова С.Н., 2018, Ешиев А.М., 2019). Поэтому усовершенствование проведения лечения, профилактические мероприятия по уменьшению рисков развития осложнений и частых рецидивов остаются насущной проблемой применительно к пациентам с ХРАС

при вторичной адентии. Как известно, психоэмоциональные факторы играют определенную роль в формировании мотивированности и комплаентности пациента к ортопедическому лечению (Гилева О.С, Куклина Е.А., 2017). Для стоматологов-ортопедов данный вопрос также может представлять практический интерес. Принимая во внимание все вышеизложенное, были разработаны цели и основные задачи данного диссертационного исследования.

### **Цель исследования**

На основе применения современного термопластичного материала, медикаментозной и физиотерапии усовершенствовать комплексное ортопедическое стоматологическое лечение пациентов с проявлениями хронического рецидивирующего афтозного стоматита при частичном отсутствии зубов.

### **Задачи исследования**

1. Оценить степень мотивированности пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, к стоматологическому ортопедическому лечению, и определить роль коррекции комплаентности пациента на этапе стоматологической реабилитации.

2. Провести комплексную оценку состояния слизистой оболочки протезного ложа пациентов, пользующихся частичными съемными протезами из материала «Дефлекс» в динамике фоне применения комплексного медикаментозного и физиотерапевтического лечения, включающего препарата «Азоксимера бромид».

3. Внедрить разработанную методику оказания комплексной ортопедической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и оценить ее эффективность по клиническим, лабораторным параметрам, показателям качества жизни.

4. Разработать рекомендации по оптимизации комплексного ортопедического стоматологического лечения при частичном отсутствии зубов у пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.

### **Научная новизна диссертационного исследования**

- Впервые изучено влияние препарата «Азоксимера бромид» при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите на период адаптации к частичным съемным протезам.
- Впервые выявлено уменьшение степени клинической симптоматики при использовании частичных съемных протезов пациентами с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом при комплексном применении стоматологического материала «Дефлекс» и препарата «Азоксимера бромид» и проведена сравнительная оценка результатов.
- Теоретически обоснована и практически подтверждена необходимость включения в алгоритм лечебно-профилактических мероприятий при ортопедическом лечении пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом применения базисного материала «Дефлекс», комплексного использования медикаментозной и физиотерапии.
- Получены новые данные о роли коррекции комплаентности на этапе стоматологической реабилитации пациентов с частичной вторичной адентией, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, которые изначально связаны с низким уровнем мотивации к стоматологическому лечению.

**Теоретическая значимость.** Предложен алгоритм междисциплинарного сотрудничества врачей-стоматологов ортопедического профиля с врачами соматического профиля для реабилитации пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом с использованием частичных съемных протезов.



Обоснована необходимость применения препарата «Азоксимера бромид» при ортопедическом лечении с использованием частичных съемных протезов у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и частичным отсутствием зубов.

Предложенный алгоритм комплексной стоматологической помощи при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите позволяет выявлять пациентов группы риска на акриловые конструкции и рекомендовать пациентам и врачам безопасную тактику ортопедического лечения.

**Практическая значимость.** Рекомендовано изготовление пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом с частичным отсутствием зубов двухслойных протезов из стоматологического материала «Дефлекс».

Оптимальным при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите с частичным отсутствием зубов является изготовление конструкций из термопластических материалов.

С лечебно-профилактической целью разработаны рекомендации по комплексной медикаментозной и физиотерапии пациентов, пользующихся съемными зубными протезами, на фоне хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

### **Методология и методы диссертационного исследования**

Методы научного познания легли в основу методологии данной диссертационной работы, которая выполнена в дизайне открытого сравнительного нерандомизированного исследования, подтвержденного клиническими, лабораторными и статистическими методами.

Под нашим наблюдением находились 127 пациентов с частичным отсутствием зубов, имеющие в анамнезе и во время ортопедического лечения клинические признаки хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Использование 191 научных литературных источников

отечественных и зарубежных авторов, легли в теоретическую основу диссертации.

Первую группу – контрольную - (42 человек) составили пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, которым, учитывая состояние слизистой оболочки рта, были изготовлены частичные съемные ортопедические конструкции из стоматологического материала «Дефлекс» (рег.уд. РЗН 2014/2250).

Во вторую группу (45 человек) вошли пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом в анамнезе, которым после наложения протезов из стоматологического материала «Дефлекс» (рег.уд. РЗН 2014/2250), применяли разработанный и запатентованный нами способ лечения ХРАС, включающий медикаментозную (аппликации на элементы поражения слизистой оболочки рта «ДипленДента ЛХ» (рег.уд. № ФСР 2008/02392) 2 раза в день 7 дней, бальзам «Винилин» (рег.уд. ЛС-000216) 2 раза в день по 15 минут в течение 5 дней и физиотерапию (устройство локального облучения неполяризованным импульсным красным светом «Светозар» (рег.уд. №РЗН 2014/1398) по 1 минуте на каждый элемент поражения слизистой оболочки в течение 5 дней [77].

Третью группу (40 человек) составили пациенты, которым параллельно при изготовлении частичных съемных протезов из стоматологического материала «Дефлекс» (рег.уд. РЗН 2014/2250), помимо медикаментозной и физиотерапии, назначили препарат «Азоксимера бромид»(рег.уд. Р №002935/4) (Россия) сублингвально по 1 таблетке дважды в день (40 чел.).

Критерии исключения для всех групп: одновременное участие пациента в других аналогичных исследованиях, использование других методов терапии, наличие тяжелой соматической патологии, способной исказить результаты исследования.

Критерии досрочного прекращения участия в диссертационном исследовании: отзыв письменного информированного согласия пациента с

отказом от участия в диссертационном исследовании, решение врача-исследователя в интересах пациента прекратить его участие в исследовании, выявление в процессе диссертационной работы несоответствия критериям включения/исключения, нарушение пациентом алгоритмов диссертационного исследования или режима лечебного учреждения.

### **Основные научные результаты**

Результаты исследования и статистическая обработка материалов позволили сформулировать и обосновать положения и выводы диссертационной работы. Степень достоверности работы основывается на достаточном количестве пациентов (127 человек), принявшем участие в углубленном клинико-лабораторном исследовании, наличием групп сравнения и контроля, актуальными и соответствующими клиническими и лабораторными методами исследования и математической обработкой полученных в работе результатов. Научная новизна утверждений, которые выносятся на защиту, а также выводы и практические рекомендации следуют из комплексного клинико-лабораторного исследования, подкрепленного и исполненного в рисунках, диаграммах, таблицах и подтверждена статистической обработкой данных.

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии» (г. Санкт-Петербург, 21-22 ноября, 2017г.), Международной научно-практической конференции «Стоматологическая весна в Белгороде -2022» (г. Белгород 2022г.), XXIX Международном конгрессе «Здоровье и образование в XXI веке», 16-18 декабря 2022 г., г. Москва), Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и практические вопросы клинической стоматологии» (г. Санкт -Петербург, 5-6 октября, 2023 г.), совместном заседании кафедр общей стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и

стоматологии, оториноларингологии, офтальмологии, курортологии и физиотерапии.

Полученные результаты используются в лечебной и научно-педагогической работе кафедры и клиники общей стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, а также в лечебной работе стоматологической клиники ООО «Стеллит» г. Санкт-Петербурга.

Основные результаты и положения научной работы представлены:

1. Проблемы оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / Борисова Э.Г., Х.О. Ягмуров, А.Ф. Спесивец //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2022. Т. 24. № 4. С. 75-79 (стр. 16-17) (5/3).
2. Влияние соматического статуса на возникновение хронического рецидивирующего стоматита / А.А. Комова, Э.Г. Борисова, В.А. Железняк, Г.Б. Горшунов, Х.О. Ягмуров //Прикладные информационные аспекты медицины. 2023. Т. 26. №2. С. 84-91 (стр. 34) (8/4).
3. Клинические методы обследования пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта при оказании ортопедического лечения / Э.Г. Борисова, Х.О. Ягмуров // Проблемы стоматологии. 2022. Т. 18. №1. С. 154-158 (стр. 34,51) (5/3).
4. Борисова, Э.Г. Результаты клинической оценки состояния съемных зубных протезов из термопластов / Э.Г. Борисова, Н.Г. Машкова, А.Ф. Спесивец, Х.О. Ягмуров // Проблемы стоматологии. 2022. Т. 18, №3. С. 139-143 (стр. 31) (5/3).
5. Влияние неврологических осложнений, возникших после стоматологических вмешательств, на качество жизни пациентов / Э.Г. Борисова, Э.С. Грига, Х.О. Ягмуров // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2018. №1(61). С. 18-21(стр. 79) (3/1).
6. Патент на изобретение № 2795869 Российская Федерация, МПК А61К 31/08, А61Р1/02, А6/Н 5/06.Способ профилактики рецидивов

хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения съёмными ортопедическими конструкциями: №2022109192: заявл. 06.04.2022: опубл. 12.05.2023 / Борисова Э.Г., Ягмуров Х.О., Машкова Н.Г., Божченко А.П., Грига Э.С. Заявитель Военно-медицинская академия им. С.М Кирова. – 9 с. - Текст: непосредственный (стр. 32,53) (9/5).

7. Иммедиат-протезы с применением препарата «Полиоксидоний» как один из способов реабилитации пациентов с запланированной имплантацией по системе all-on-4 с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / Э.Г. Борисова, Н.Г. Машкова, А.Ф. Спесивец, Х.О. Ягмуров, М.К. Федичкина // В сборнике: Стоматологическая весна в Белгороде -2022. Сборник статей Международной научно-практической конференции. Белгород, 2022. С. 160-162.

8. Барьерно-защитные возможности слизистой оболочки рта пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и пользующихся съёмными протезами / Э.Г. Борисова, Х.О. Ягмуров, А.А. Комова, А.Ф. Спесивец // В сборнике: Теоретические и практические вопросы клинической стоматологии. Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2023 г. С. 17-19.

9. Судебно-медицинская оценка неврологических осложнений, возникающих после стоматологических манипуляций /Борисова Э.Г., Грига Э.С., Толмачев И.А., Ягмуров Х.О. // В сборнике: «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии». сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург,2017. С. 83-84.

10. Клинические и судебно-медицинские аспекты применения анестетиков в амбулаторной стоматологической практике /Э.Г. Борисова, Э.С. Грига, Х.О. Ягмуров // Стоматолог-практик. 2017. № 4. С .42-43 (стр. 34, 51).

11. Изучение уровня комфорта и качества жизни пациентов с дефектом твёрдых тканей зубов при ИРОПЗ более 50% в зависимости от трудовой

деятельности / Э.Г. Борисова, М.К. Федичкина, Н.Г. Машкова, Х.О. Ягмуров // В сборнике: Стоматологическая весна в Белгороде -2022. Сборник статей Международной научно-практической конференции. Белгород,2022. С. 246-248.

12. Последствия ненадлежащего оказания стоматологической помощи / Борисова Э.Г., Грига Э.С., Ягмуров Х.О. // В сборнике: Вестник научных конференций. Тамбов: 2017. N 9-1(25). С. 25-27.

Автор лично провел анализ зарубежной и отечественной литературы, лично разработал методику обследования, ортопедического лечения при частичной вторичной адентии с сопутствующей патологией (хронический рецидивирующий афтозный стоматит) у 127 пациентов; также диссертантом проанализированы результаты исследования, проведена статистическая обработка полученных показателей, сформулированы выводы и даны практические рекомендации, предложены перспективы дальнейшей разработки темы исследования. Доля участия диссертанта составила: в проведении клинических методов обследования - 100%, лабораторных - 58%, в статистической обработке данных - 95%.

### **Положения, выносимые на защиту**

- Необходимость совершенствования ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом диктуется высокой потребностью в протезировании при частичном отсутствии зубов, неудовлетворительным качеством первичного протезирования, выполненного с применением устаревших технологий и, стоматологических материалов, а также низким уровнем мотивированности к стоматологическому лечению.
- При протетическом лечении пациентов с частичным отсутствием зубов на фоне хронического рецидивирующего афтозного стоматита, показано применение аппликаций на элементы поражения слизистой оболочки рта

пластин «ДипленДента ЛХ» 2 раза в день 7 дней, бальзама «Винилин»: 2 раза в день в течение 5 дней по 20 минут, сеансов низкоинтенсивного светодиодного излучение на пораженные участки слизистой оболочки рта.

- Фармакологическое средство «Азоксимера бромид», обладающее иммуномодулирующим эффектом, позволяет нормализовать уровни показателей местной защиты и микробиоциноз полости рта, а также сократить сроки адаптации к частичным съемным протезам при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите.

- Разработанные рекомендации по оказанию ортопедической стоматологической пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом при частичном отсутствии зубов позволяют повысить эффективность комплексного лечения и могут быть использованы в лечебно-учебном процессе при обучении студентов и слушателей стоматологических специальностей.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Частота встречаемости хронического рецидивирующего афтозного стоматита в структуре стоматологических заболеваний

До настоящего времени хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) считается до конца нерешенной медицинской проблемой, доставляя определенные проблемы в терапии заболевания, а также в жизни пациентов, затрудняя акты глотания, приема пищи и речи [2, 3, 24, 155]. Частота встречаемости ХРАС по данным отечественных и зарубежных авторов составляет от 10% до 40% населения, в зависимости от региона проживания, возрастных групп и гендерной принадлежности [30, 39, 134, 159]. Поэтому разработка и усовершенствование новых этиологических и патогенетических теорий заболевания, новых методик лечения является как никогда актуальной [26, 132, 168].

На сегодняшний день одни ученые-стоматологи выдвигают несколько теорий этиологических факторов возникновения ХРАС, а другие занимаются разработками новых способов терапии, стараясь облегчить клиническую симптоматику заболевания [1, 67, 84, 140].

Интерес врачей-стоматологов разных специальностей к этому разделу связан еще и тем, что до настоящего времени не существует полноценной комплексной профилактики ХРАС, особенно у пациентов с общесоматическими заболеваниями и возможностью озлокачествления отдельных нозологических форм [16, 19, 24, 28, 48, 52, 64, 105].

В подтверждение вышеизложенного можно привести статистические данные об «удельном весе» заболеваний СОР в структуре обращаемости пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом в стоматологическую клинику Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова с 2016 по 2020 год от общего числа пациентов составляет:



2016 г.- 2,87%, 2017 г. – 4,23%, 2018 – 3,69%, 2019 г. – 4,47%, 2020 г. – 4,81 %.

Частота встречаемости ХРАС увеличивается с возрастом людей. По данным ряда исследователей это пациенты среднего и пожилого возраста, имеющие, как правило, ряд факторов риска и соматические заболевания [60, 62, 65, 82, 111, 113].

Кроме того, довольно высокий процент пациентов имеют помимо появлений ХРАС в полости рта различную ортопедическую патологию. Таковую как полное или частичное отсутствие зубов, усугубляющую клиническое течение афтозного стоматита и снижающую качество их жизни [7, 8, 35, 62, 64, 101, 104].

Таким образом, распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита, частота встречаемости у пациентов с потерей зубов требует персонифицированного подхода к пациенту при оказании протетического лечения.

## **1.2. Состояние вопроса по оказанию ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом**

Проблемные вопросы по оказанию комплексной ортопедической стоматологической помощи при заболеваниях слизистой оболочки рта и красной каймы губ освещаются в настоящее время во многих литературных источниках [6, 8, 12, 15, 16, 25, 30, 33, 52, 62, 68, 146].

В отечественной и зарубежной литературе возможности ортопедического лечения при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите представлены лишь в отдельных работах [12, 15, 25, 30, 33, 144, 147, 153]. Исследования и практические длительные наблюдения ряда авторов информируют, что иногда источником возникновения ХРАС являются некачественно припасованные протезы, острые края зубов, зубы мудрости, наклоненные в сторону щеки, кламмеры и несоблюдение гигиены ротовой

полости, которые способствуют образованию эрозий и язв на слизистой оболочке [12, 58, 66, 122, 166].

По мнению других авторов, [115, 117, 164, 168, 177] любая местная травма слизистой оболочки рта должна рассматриваться как провоцирующий или поддерживающий заболевание фактор, а не как этиологический.

Таким образом, любую хроническую травму слизистой оболочки полости рта, особенно механическую – острыми краями зубов или протезами необходимо рассматривать одним из факторов, который необходимо учитывать в возникновении ХРАС и возможного озлокачествления [67, 68, 76].

Вопрос о подготовке полости рта к зубному протезированию при ХРАС имеет важное практическое значение и недостаточно отражен в специальной литературе [57, 64, 70-72].

Немногочисленные работы по протезированию при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите повествуют о протетическом лечении только в стадии ремиссии заболевания [61, 71, 73, 83, 123]. Авторы считают, что «...при наличии ХРАС ношение зубных протезов ведет к обострению процесса, и он труднее поддается лечению», так как не происходит стойкого положительного результата, поэтому необходимо более тщательно подходить к обследованию пациента и составлению плана подготовки полости рта к протезированию [57, 64, 65].

В ряде работ, посвященных данной проблеме, [36, 49] значительное место отводится санации полости рта и соблюдению гигиенических мероприятий по уходу за протезами, так как, по мнению авторов, повышается резистентность слизистой оболочки и организма к патогенным микроорганизмам, населяющим ротовую полость [30, 31].

Мы считаем, что при ХРАС рациональное протезирование не только возможно, но и необходимо для терапии и профилактики заболевания. Но при грамотном профессиональном подходе к этому вопросу необходимо выбрать

соответствующий материал и конструкцию протеза, которые устраняют возможность травмирования слизистой оболочки рта [23, 82, 136].

При подготовке полости рта к протезированию у пациентов, страдающих ХРАС, важно определить объем и особенности комплексной ортопедической помощи [23, 28].

Ряд авторов рекомендуют соблюдать при оказании ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом следующее: необходимо устранить возможные травмирующие моменты, правильно восстанавливать высоту нижнего отдела лица [6, 18, 22, 23].

Для предупреждения обострений в период подготовки к стоматологическим процедурам исследователи предлагают проводить обработку полости рта гелями или растворами, содержащими анестетик (5% раствор лидокаина), антисептические полоскания полости рта (раствором марганцево-кислого калия (1:1000), 3% раствором перекиси водорода, 0,05% раствором хлоргексидина) [6, 12, 13].

Во многих литературных источниках при протезировании съемными пластиночными протезами обширных дефектов зубных рядов или полного отсутствия зубов необходимо использовать двухслойные базисы из бесцветной пластмассы с эластичной подкладкой из материалов на основе наполненного А-силиконового каучука [3, 4, 19, 87]. Подкладка из мягкой пластмассы может располагаться дифференцированно лишь в участках локализации очагов поражения слизистой или по краю базиса. Это способствует равномерному распределению жевательного давления на слизистую оболочку протезного ложа, амортизирует жевательное давление, предупреждает или уменьшает болевые ощущения, улучшает фиксацию протезов и нормализует сроки адаптации к ним, что приводит к повышению жевательной эффективности на 20 – 25% по сравнению с обычными протезами [108, 109, 119].

Некоторые авторы [91, 123, 129] отмечают необходимость применения разгружающих оттисков.

Таким образом, данные литературы по особенностям оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом немногочисленны, что определяет необходимость дальнейших исследований в этом вопросе.

### **1.3. Способы ускорения адаптации к съемным протезам**

Степень удовлетворенности съемными протезами, включающая качество речи, приема пищи, глотания и другие показатели, входящие в общее понятие качества жизни, подразумевает еще и психологическую адаптацию.[7, 8, 35, 62, 64].

В настоящее время рядом авторов предлагаются разнообразные способы определения адаптации пациентов к съемным зубным протезам [43, 62, 73, 101, 104].

В.К. Леонтьев и В.Б.Смирнова[91, 95] предложили способ определения адаптации к зубным протезам, заключающийся в том, что в течение 20 минут собирают слюну у пациента на разных сроках оказания протетического лечения. Отношение общего количества слюны ко времени, в течение которого собиралась слюна, считают скоростью слюноотечения. Кроме того, определяют содержание кальция трилометрическим методом, также предложенным этими авторами. Но это способ достаточно сложен, требует использование сложной аппаратуры и химических реактивов, для измерений [59].

Существует методика оценки адаптации пациентов к протезам по определению интенсивности окрашивания по заранее откалиброванной типографской многотональной оттеночной шкале желтого цвета [55, 58]. В полость рта обследуемого помещают предварительно подкрашенной пищевым шафраном 10-12 г (чайная ложка) сметаны. Пациент перемешивает

смесь языком в течение 10 секунд и проглатывает, затем трижды полощет рот дистиллированной водой, сплевывает эту воду в мерный сосуд.

Таким образом, можно проследить функцию глотания после протезирования. Сроком, определяющим адаптацию к протезам, является срок, в который количество оставшейся сметаны в полости рта становится таким же, как у лиц со здоровой полостью рта [55, 58].

К сожалению, эта методика позволяет исследовать только глотательную функцию, и не учитывает не только функциональные изменения зубочелюстного аппарата, но и субъективную реакцию организма на имеющиеся протезы. Поэтому объективность и достоверность данной методики не дает полной оценки функции глотания и адаптации.

Неудовлетворительная фиксация протезов при неблагоприятных условиях протезного ложа довольно часто осложняет адаптацию пациенток к протезам [37, 40, 140, 160]. При протетическом лечении необходимо обеспечить полноценную жевательную, глотательную и речевую функции для повышения качества стоматологического здоровья пациента, и в полном объеме качества жизни [13, 32, 44, 61]. Поэтому ортопедическая помощь при частичном отсутствии зубов требует дальнейших разработок, основываясь на научных и практических рекомендациях.

По мнению ряда авторов, для исключения протезного стоматита травматического генеза необходимо полное соответствие поверхности протеза, краев к границе и рельефу протезного ложа [16, 25, 29, 30, 171].

В процессе адаптации необходимо учитывать токсико-аллергическое действие полимеров на слизистую оболочку полости рта. Так, К.Д. Алтынбеков [2018] и Козырева А.К. [2017] предлагают использовать изолирующие материалы, считая, что «...металлизация титаном базисов съемных протезов снижает миграцию остаточного мономера с внутренней поверхности акрилового базиса», повышая не только прочность пластмасс, но и снижая их бактериальную обсемененность [37]. Авторы считают, что при

этому увеличивается продолжительность пользования протезом и сокращается число повторных посещений [37, 40, 113, 117, 185].

Существует методика серебрения акрилового протеза, которая, по мнению авторов [55, 66], ускоряет эпителизацию слизистой оболочки протезного ложа, снижая тем самым количество жалоб на неприятные ощущения при использовании протеза. К сожалению, методика не получила широкого распространения в виду полного исчезновения серебряной пленки с поверхности протеза через 2-3 недели. Поэтому необходимо повторно проводить металлизацию, что связано с дополнительными материальными затратами как пациентов, так и стоматологических клиник [55].

Для снижения механического раздражения слизистой оболочки рта ряд авторов предлагают изготавливать облегченные виды частичных съемных протезов [46, 47, 58, 60].

В настоящее время применяются технологии изготовления съемных пластиночных протезов методом литьевого прессования, при котором на внутреннюю поверхность базиса протеза наносится применение модифицированный изоляционный лак. Это, по мнению ряда авторов, улучшает передачу микрорельефа слизистой оболочки протезного ложа [91, 98, 99, 110, 113].

Публикации отечественных и зарубежных исследователей показывают довольно эффективные результаты при использовании эластичных материалов для изготовления базисов съемных протезов [102, 108, 116, 119, 122], особенно при неблагоприятных условиях протезного ложа., в частности при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите. При этом значительно снижается количество осложнений, возникающих при пользовании съемными пластиночными протезами и жевательная эффективность повышается до 20 -25% [102, 108, 116, 119, 122].

Для повышения эффективности адаптации к съемным протезам при ХРАС ряд авторов предлагает использовать физиотерапевтические методы: магнитотерапию и низкоинтенсивное лазерное излучение [12, 13, 14, 70, 71].

Но, к сожалению, эти способы остаются лишь методом выбора и устраняют чаще противовоспалительную проблему [10].

У лиц с непереносимостью акриловых пластмасс предлагают использовать термопластические материалы, которые имеют менее агрессивный состав и «улучшают состояние слизистой оболочки протезного ложа»[63, 72, 86, 102, 141].

Атрофические процессы в слизистой оболочке, приводящие к нарушению функций жевания, речи, глотания, изменением высоты нижнего отдела лица, влекут за собой функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава [69, 71, 118, 139, 181]. При этом ухудшается внешний вид человека, создавая психическую травму [119, 124].

Чтобы решить описываемые выше проблемы протетического лечения, предлагалось довольно большое количество модификаций частичных съемных пластиночных протезов [112, 129]. Исследователи предлагали усовершенствование технологий и использование новых материалов для изготовления [55, 59, 63, 69, 85, 86, 142, 153]. Научные и практические поиски оптимального способа повышения качественных характеристик базисов съемных пластиночных протезов продолжаются [49, 89, 92, 94].

Таким образом, литературные данные о нефармакологических способах ускорения адаптации к съемным протезам многочисленны и каждый имеют определенные достоинства и недостатки. Анализ литературы позволяет сделать вывод, что необходимо продолжить исследования в направлении поиска способов повышения адаптации пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом к съемным протезам.

Для лечения и профилактики осложнений со стороны тканей протезного ложа клиницистами и фармакологами разрабатываются различные фармакологические средства, позволяющих оказывать «противовоспалительное, противомикробное, противоаллергическое и иммуномодулирующие действие»[15, 38, 52, 60, 62].

В последнее десятилетие довольно перспективным направлением в профилактике осложнений является использование биоразстворимых лекарственных пленок и адгезивов, улучшающих фиксацию съемных протезов и сокращающих сроки адаптации [47, 50, 71, 84]. Кроме того, включение в комплекс лечения данных лекарственных средств, способствует раннему восстановлению нарушенных звеньев иммунитета [62, 88, 90].

Ослабление местного иммунитета и нарушение защитных свойств ротовой жидкости довольно часто приводит к нарушению процесса адаптации после протезирования частичными съемными протезами [6, 12, 39]. Поэтому в последнее десятилетие многими исследователями предлагается в течение цикла протетического лечения и после применять препараты для повышения противовоспалительных и репаративных процессов в полости рта [24, 38, 84].

Для уменьшения осложнений со стороны тканей протезного ложа у пациентов, пользующихся съемными протезами, изучалась эффективность таких фармакологических препаратов как «Гепон», «Ликопид», «Иммудон» [65, 91].

Ряд авторов с целью устранения воспалительных явлений на слизистой оболочке протезного ложа предлагает использовать в течение двух недель зубные пасты фирмы «ROCS», используя их для поддержания гигиенического состояния съемных протезов [128, 132].

Есть сведения об успешном применении в период адаптации к съемным протезам, а также для более быстрого заживления морфологических элементов в области протезного ложа адгезивных пленок «Диплен-дента» [72, 73, 85].

В ряде литературных источниках для уменьшения отечности и боли при протезировании частичными съемными протезами предложено применение таких мазей как «Метилурациловая», «Солкосерил», «Бутадионовая» [63, 67, 70].



Установлено, что применение антисептических таблеток и гелей для ухода за съёмными пластиночными протезами, таких как «Protifix», «Corega», «Cigarproh» существенно улучшает гигиеническое состояние полости рта и способствует терапии афтозных проявлений со стороны протезного ложа [63, 67, 78, 85, 127, 142].

Таким образом, проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что проблема изучения реакций тканей со стороны протезного ложа при протетическом лечении частичными съёмными протезами, при наличии у пациентов хронического рецидивирующего афтозного стоматита, освещается довольно многообразно и остается под пристальным вниманием исследователей. По-нашему мнению, одним из наиболее перспективных направлений в этом плане является изучение вопроса о функциональных и иммунологических нарушениях в период адаптации к съёмным протезам и, соответственно, комплексное применение фармакологических препаратов для более эффективного лечения и профилактики.

#### **1.4. Состояние факторов местного иммунитета ротовой полости и методы коррекции иммунного статуса у пациентов с хроническим рецидивирующим стоматитом, нуждающихся в стоматологической ортопедической помощи**

Отражение адаптационных процессов, которые происходят после частичного съёмного протезирования, возможно проследить по иммунологическим показателям ротовой жидкости [51, 53, 56, 63, 112].

Как известно, под системой иммунной защиты ротовой полости понимают разнообразные неспецифические и специфические факторы ротовой жидкости, обеспечивающие эффективную защиту от болезнетворных микроорганизмов [51, 53, 56, 76, 111, 154, 186]. К ним относятся лизоцим, иммуноглобулины s-IgA, IgA, IgG, нейтрофилы и другие, обладающие выраженными бактерицидными и противовирусными свойствами. Изменение

показателей в сторону уменьшения часто приводит в различным аллергическим и воспалительным заболеваниям слизистой оболочки рта [86, 87, 90, 91, 108, 112, 129, 134].

По последним данным исследователей, «длительно существующие проявления хронического рецидивирующего афтозного стоматита свидетельствует о несостоятельности специфического этапа иммунного ответа, обусловленного структурными и функциональными дефектами иммунной системы» [113, 114, 134, 141, 148]. Поэтому при проведении протетического лечения пациентов с хроническим рецидивирующим стоматитом первостепенное значение имеет коррекция идентифицированных «структурных и функциональных нарушений иммунной системы» [37, 51-53, 113, 161, 181].

Ряд авторов сообщают о снижении содержания лизоцима, иммуноглобулинов А, М, G в ротовой жидкости и иммуноглобулинов в крови, повышение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов у пациентов с непереносимостью к акриловым зубным протезам [63, 83, 79, 87, 113, 176]. Есть сведения, что в ротовой жидкости, описанные выше изменения, зависят от количества микроорганизмов на поверхности протезов [37, 103, 112, 113, 148].

По мнению исследователей, введение съемной ортопедической конструкции в полость рта именно на ранних сроках пользования приводит к увеличению концентрации s-IgA, что является «компенсаторно-приспособительной реакцией в ответ на ослабление барьерно-защитных возможностей слизистой оболочки» [51, 52, 54, 55, 78, 79, 113]. При этом отмечается «усиление уровней общего иммунного и секреторного, внутри ротового уровня защиты в ответ на ослабление защитной функции слизистой оболочки полости рта» [51, 52, 54, 55, 78, 79, 113].

Но, если пациент долгое время пользуется съемными зубными протезами, происходит нарушение гомеостаза полости рта, при котором снижаются защитные механизмы слизистой ротовой полости: происходит

уменьшение концентрации s-IgA и лизоцима, и, как результат, увеличение количества условно-патогенных микроорганизмов [39, 41, 45, 47, 54, 55].

Имеются сведения, что при применении для частичного съемного протезирования пластмассы «Фторакс» восстановление уровня s-IgA в смешанной слюне наблюдается уже к «третьему месяцу после протезирования, тогда как при использовании пластмассы «Этакрил» этот показатель не восстанавливается» [39, 47, 146].

В последние годы предлагается в алгоритм обследования пациента перед началом ортопедического лечения включать «исследования показателей ротовой жидкости: лизоцима, нейтрофилов, s-IgA, R- белков в сыворотке крови, микрофлоры, полости рта [12, 16, 21, 37, 45, 51, 148].

В отечественной и зарубежной научной литературе имеются множественные работы, освещающие, что у пациентов с непереносимостью акриловых зубных протезов, снижается уровень иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и повышается содержание циркулирующих иммунных комплексов [54, 55, 68, 77, 113, 139, 141]. Отмечается, что у пациентов «с непереносимостью акриловых зубных протезов характерно угнетение активности T-системы иммунитета, снижение содержания иммуноглобулинов, в том числе s-IgA» [113, 139, 141].

Кроме того, было установлено, что «активность лизоцима снижается в слюне в несколько раз под влиянием акриловых пластмасс» [113, 144, 149, 161], а микробные колонизации, появляющиеся после протезирования, зависят также от используемого стоматологического материала [73, 109, 113, 117].

Многочисленные работы по изучению сложного и не до конца раскрытого патогенеза хронического рецидивирующего афтозного стоматита указывают на важное значение иммунных нарушений в механизме развития этого заболевания [31, 72, 73, 109, 113, 117].

В возникновении хронического рецидивирующего афтозного стоматита довольно большое внимание уделяется нарушениям местного и общего клеточного и гуморального иммунитета [12, 16, 18, 31, 72, 73, 109, 113]. И эта

теория является наиболее научно обоснованной, так как при недостаточной функции секреторного аппарата пищеварительного тракта происходит «клеточный иммунодефицит слизистой оболочки полости рта» [51, 67, 96, 108, 112, 117, 167].

К сожалению, в современной стоматологической практике назначение иммунокорректирующих препаратов часто носит стереотипный характер, не раскрывая механизмы действия назначенного препарата [117, 121, 134]. Исследователи утверждают, что лабораторные показатели не всегда могут выявить изменения иммунной защиты полости рта и считают возможным, и даже целесообразным, назначать пациенту иммуномодулирующие препараты, даже в том случае, «если иммунодиагностическое исследование не выявит существенных отклонений в иммунном статусе» [72, 141, 148, 158, 173]. Поэтому очень важным направлением в терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита является разработка и внедрение алгоритмов иммунокоррекции, обеспечивающих «восстановление количества и функциональную активность иммунокомпетентных клеток, а также нормализацию интерлейкиновой иммунорегуляторной системы» [73, 113, 148, 158, 173].

В современной научной литературе изучаются не только факторы клеточного и гуморального иммунитета в крови и в слюне, но и возможные пути введения иммунных препаратов, схемы их применения, разрабатываются клиничко-лабораторные критерии, которые позволят индивидуализировать назначение иммунокорректоров и оценить их терапевтическую эффективность [54, 61, 67, 75, 84, 181]. Для специалистов стоматологического профиля особый интерес представляют фармакологические препараты, оказывающие действие непосредственно в полости рта, имеющие минимум побочных действий и не вызывающих аллергические реакции у пациентов, пользующихся съемными протезами [47, 51, 53, 127].

Таким образом, проведенный анализ данных литературы об оказании ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим

рецидивирующим афтозным стоматитом и частичным отсутствием зубов свидетельствует о необходимости повышения качества протезирования, сохраняется актуальность решения вопросов адаптации к протезам, уменьшения рецидивов заболеваний, вызванных ортопедическими конструкциями. Поэтому актуальны поиск оптимально эффективного сочетания конструкции съемного протеза и фармакологического воздействия на факторы местного иммунитета, а также разработка технологии их применения для улучшения адаптации к съемным протезам.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу научного исследования положены принципы доказательной медицины. Правила качественной клинической практики были полностью соблюдены (Good Clinical Practice, GCP) [72].

*Дизайн исследования* – открытое когортное проспективное контролируемое с элементами ретроспективного анализа клиническое исследование, в которое было включено 127 пациентов с частичным отсутствием зубов, страдающих с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, на базе стоматологической клиники кафедры общей стоматологии Военно-медицинской академии им С.М. Кирова и клиники «Стеллит» г. Санкт-Петербурга.

*Субъект исследования* – пациент, страдающий ХРАС и проходящий лечение в клинике ортопедической стоматологии по поводу частичной вторичной адентии.

*Предмет исследования* – оптимизация методологических принципов к комплексному ортопедическому лечению пациентов при частичном отсутствии зубов на фоне хронического рецидивирующего афтозного стоматита с целью обеспечения качественной ортопедической стоматологической помощи и улучшения их качества жизни.

Исследование единогласно одобрено решением № 279 от 27.06.2023 г. независимого этического комитета при ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова» Министерства обороны РФ.

### **2.1. Общая характеристика пациентов, обратившихся за ортопедической помощью и имеющих в анамнезе хронический рецидивирующий афтозный стоматит**

Клиническое, клиничко-лабораторное обследование и наблюдение в динамике выполнялось за 127 пациентами с частичным отсутствием зубов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом на базе

стоматологической клиники кафедры общей стоматологии Военно-медицинской академии им С.М. Кирова и клиники «Стеллит» г. Санкт-Петербурга. Это были лица обоего пола: 57 человек - женщины (44,88 %) и 70 человек - мужчины (55,12%) (рисунок 1).

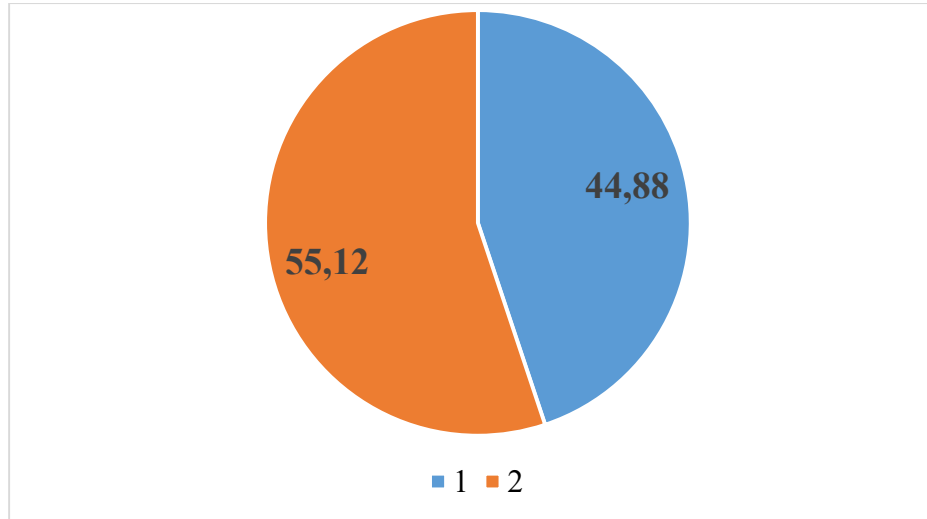


Рисунок 1. Распределение обследованных пациентов по гендерному признаку, %  
(1- мужчины, 2 – женщины)

Все пациенты были разделены на следующие группы:

1-ю группу составили пациенты, страдающие рецидивирующим афтозным стоматитом, которым установлены частичные съемные протезы из стоматологического материала «Дефлекс» (рег.уд. РЗН 2014/2250), (42 чел.) и получающим традиционное местное лечение ХРАС (антисептическая обработка морфологических элементов полости рта и мазь «Метилурациловая 10%») [14];

во 2-ю группу вошли пациенты (45 человек), которым параллельно с изготовлением протезов из стоматологического материала «Дефлекс» (рег.уд. РЗН 2014/2250), применяли разработанный и запатентованный нами способ лечения ХРАС, включающий медикаментозную (аппликации на элементы поражения слизистой оболочки рта «ДипленДента ЛХ» (рег.уд. № ФСР 2008/02392) 2 раза в день 7 дней; Винилин (рег.уд. ЛС-000216) 2 раза в день 5

дней, время экспозиции 20 минут и физиотерапию (устройство локального облучения неполяризованным импульсным красным светом «Светозар» (рег.уд. №РЗН 2014/1398) по 1 минуте на каждый элемент поражения слизистой оболочки полости рта в течение 5 дней (45 человек) [123];

3-я группа – пациенты страдающие рецидивирующим афтозным стоматитом, которым после наложения протезов из стоматологического материала «Дефлекс» (рег.уд. РЗН 2014/2250), медикаментозной и физиотерапии, назначали препарат «Азоксимера бромид» (рег.уд. Р№002935/4) сублингвально по 1 таблетке 2 раза в день (Россия) (40 человек) [80]. Распределение пациентов по возрастному признаку и локализации отсутствия зубов представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение пациентов по возрастному признаку и локализации отсутствия зубов

Группы	от 42 до 60 лет		от 61 до 80 лет	
	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя челюсть	Нижняя челюсть
1-я группа	4 (3,15%)	8 (6,3%)	14(11,24%)	16(12,6%)
2-я группа	5 (3,94%)	7 (5,52%)	15(11,61%)	18 (14,62%)
3-я группа	8 (6,29%)	9(7,07%)	11(8,66%)	12(9,44%)
Всего 127- 100%	17(13,38%)	24(18,89%)	40(31,51%)	46(36,22%)

Как следует из таблицы 1, частичную потерю зубов на обеих челюстях имели 82 человека (64,57%), частичное отсутствие зубов на одной (верхней или нижней) из челюстей – 45 человек (35,43%), что отображено на рисунке 2.



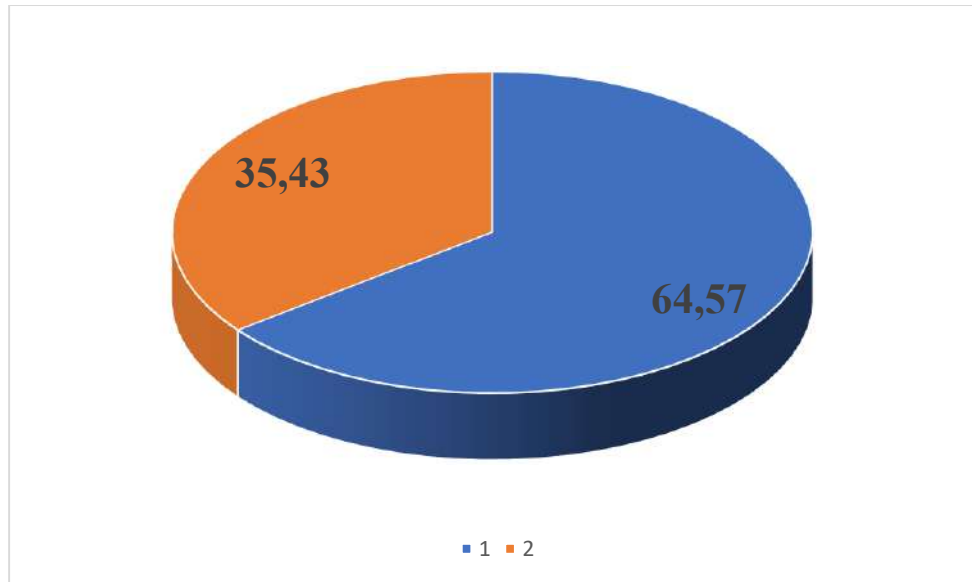


Рисунок 2. Потеря зубов в зависимости от челюсти (1 – частичная потеря зубов на обеих челюстях, 2 - частичное отсутствие зубов на одной из челюстей)

Всем 127 пациентам были изготовлены съемные конструкции протезов из материала «Дефлекс».

У обследованных пациентов в анамнезе наблюдалось не только хронический рецидивирующий афтозный стоматит, но и сопутствующая соматическая патология, что отражено в таблице 2.

Таблица 2 - Наиболее часто встречающаяся соматическая патология у обследованных пациентов

Сопутствующие заболевания	Мужчины (кол-во, %)	Женщины (кол-во, %)
Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)	37 (52,86)	33 (57,89)
Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС)	13 (18,57)	7 (12,28)
Заболевания эндокринной системы (ЭС)	2 (2,87)	5 (8,77)
Заболевания половой сферы и иммунной системы	18 (25,7)	12 (21,06)

Как видно из таблицы 2, большинство обследованных нами пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом имели сопутствующую патологию со стороны пищеварительной системы (более 57%) от общего

числа пациентов: гастрит, язвенная болезнь желудка, холецистит, нарушение функционального состояния печени, довольно высокий процент (более 25 %) пациентов страдали заболеваниями половой сферы и иммунной системы [62].

Перед ортопедическим лечением всем пациентам была проведена санация полости рта (у терапевта-стоматолога и пародонтолога), при необходимости -терапия сопутствующей соматической патологии.

## **2.2. Клинические методы обследования пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом**

При проведении субъективных и объективных методов исследования. были соблюдены этические нормы, и каждый пациент дал письменное информированное согласие на участие в исследовании. План ортопедического лечения пациентов с ХРАС согласовывали с терапевтом-стоматологом, хирургом-стоматологом, врачами-интернистами, и собственно частичное съемное зубное протезирование начинали по достижению ремиссионного периода ХРАС [123].

Субъективные методы исследования:

- Сбор анамнеза включал: жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, проводилось ли ранее протетическое лечение и его результаты, анамнез жизни;

Объективные методы исследования:

- При внешнем осмотре фиксировали состояние носогубной складки верхней губы, расположение угла рта, линию смыкания губ, состояние красной каймы губ, расположение подбородочной складки и высоту нижнего отдела лица;

- При обследовании органов полости рта оценивали взаимоотношение зубных рядов, наличие в них дефектов (по Кеннеди), и проводили оценку слизистой оболочки полости рта (по Суппле), а также оценку атрофии альвеолярной части челюстей (по Дойникову). Обязательным этапом при планировании первичного, либо повторного, протетического

лечения было изготовление контрольно-диагностических моделей. Если у пациента имелись частичные съемные протезы, то проводилась оценка их качества и стоматологических материалов, из которых они были изготовлены. Учитывались срок давности изготовления, постоянство использования, уровень эстетичности и функциональности [44, 52, 82].

- В динамике оценивали «стоматологические составляющие качества жизни по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья», используя опросники качества и комфорта жизни пациентов– ОНП-14;
- Рентгенологические исследования (ОПТГ) проводили по общепринятым методикам с закрытым и открытым ртом на аппарате рентгеновском дентальном цифровом панорамном Smart Plus, с функцией компьютерного томографа и цефалостатом (рег. уд № РНЗ 2020/13108), по результатам которого проводили оценку состояние зубов, наличие дефектов зубных рядов и их протяженность;
- Лабораторные (иммунологическое исследование смешанной слюны, бактериологическое исследование).
- На каждого пациента была составлена разработанная нами карта обследования (Приложение 1).

Чтобы полнее представить взаимосвязь проявлений хронического афтозного стоматита с нарушениями зубочелюстной системы выясняли следующие моменты: последовательность нарушения зубочелюстной системы, в течение которого времени пользовался зубными протезами и каково их качество (со слов пациента), время протезирования, не явилось ли зубное протезирование или нарушение целостности зубов и зубных рядов причиной развития ХРАС, когда и при каких обстоятельствах появились первые морфологические элементы на слизистой оболочке рта, проводилось ли лечение и какое, до обращения в клинику кафедры общей стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М Кирова и клинику «Стеллит», каковы его результаты; ремиссии и рецидивы и их продолжительность; перенесенные и сопутствующие заболевания; состояние пациента в данный период времени;

регулярность ухода за полостью рта и протезами; вредные привычки, состояние нервной системы. В индивидуальных беседах выясняли общее отношение пациента, страдающего ХРАС, к поддержанию стоматологического здоровья и психологическую настроенность к протетическому лечению, в том числе с учетом финансовых возможностей.

После внешнего осмотра лица проводили осмотр и обследование полости рта. При определении локализации и протяженности дефектов зубных рядов мы использовали известную и применяемую в практической стоматологии классификацию Кеннеди, согласно которой выделяются малые (при отсутствии 1-3-х зубов), средние (при отсутствии 2-3-х зубов) и протяженные (при отсутствии на челюсти более 3-х зубов) дефекты (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение дефектов зубных рядов в группах в зависимости от вида протезируемой челюсти согласно классификации Кеннеди

Группы	Челюсть	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс
1 группа	Верхняя челюсть	12(28,57%)	8(19,5%)	1 (2,38%)	0
	Нижняя челюсть	13(30,95%)	7(16,67%)	1(2,38%)	0
2 группа	Верхняя челюсть	14(26,67%)	5(11,11%)	1(2,22%)	0
	Нижняя челюсть	16(35,56%)	7(15,56%)	2 (4,44%)	0
3 группа	Верхняя челюсть	10 (25,0%)	5(12,5%)	2(5,0%)	0
	Нижняя челюсть	13(32,5%)	7 (17,5%)	3(7,5%)	0
Всего	127(100%)	78(61,42%)	39(30,71%)	10 (7,87%)	0 (0%)

Перед началом комплексного ортопедического лечения необходимо было определить клинико-анатомические условия для протезирования частичными съёмными протезами пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и оценить характер и степень

атрофии беззубого участка альвеолярной части челюстей. Так, при осмотре верхней челюсти оценивали выраженность бугров верхней челюсти, форму и высоту твердого неба, выраженность небного торуса, состояние срединного шва твердого неба, на нижней челюсти учитывали наличие подбородочно-язычного торуса, выраженность внутренних косых линий, степень выраженности и место прикрепления уздечек верхней и нижней губы. При пальпации определяли наличие экзостозов, подвижность и эластичность складок и щечно-альвеолярных тяжей слизистой оболочки протезного ложа.

При осмотре полости рта изучались характер морфологических элементов слизистой оболочки, сроки их появления, длительность существования, сроки эпителизации до и после протезирования.

Особое внимание уделялось изучению слизистой оболочки полости рта, особенно изменениям на фоне хронического афтозного стоматита. При ее осмотре отмечалась окраска (при этом учитывался возраст пациента и профессия), степень увлажненности, отечность, наличие морфологических элементов, их форма, размеры, количество, локализация. Учитывалось состояние слизистой оболочки под протезом.

Общую характеристику слизистой оболочки протезного ложа оценивали согласно классификации по Суппле.

После наложения протеза состояние слизистой оболочки протезного ложа оценивалось в динамике: на первые (фаза раздражения), седьмые (срок частичного торможения – вторая фаза адаптации к протезу) и 30-е сутки после протезирования (фаза полного торможения - окончание адаптации к протезу). Изучались элементы поражения слизистой оболочки полости рта, сроки их появления, эпителизации, длительность существования.

В первичном протезировании по поводу частичного отсутствия зубов нуждались 54 пациента (42,51%), которые отказывались ранее от протетического лечения по причине канцерофобии, отсутствию веры в успешность ортопедического лечения и финансовой несостоятельности.

Пациентам с ХРАС ранее были установлены 28 мостовидных протеза, в том числе штампованно-паянных – 15 (53,57%) и металлопластмассовых – 13 (48,43%); 113 одиночных коронок, в том числе штампованных – 49 (43,37%), цельнолитых – 39 (34,51%), цельнокерамических – 25 (22,12%) (рисунок 3). Интересен факт, что 60,03% из штампованных и штампованно-паянных мостовидных протезов были изготовлены с напылением из нитрида титана.

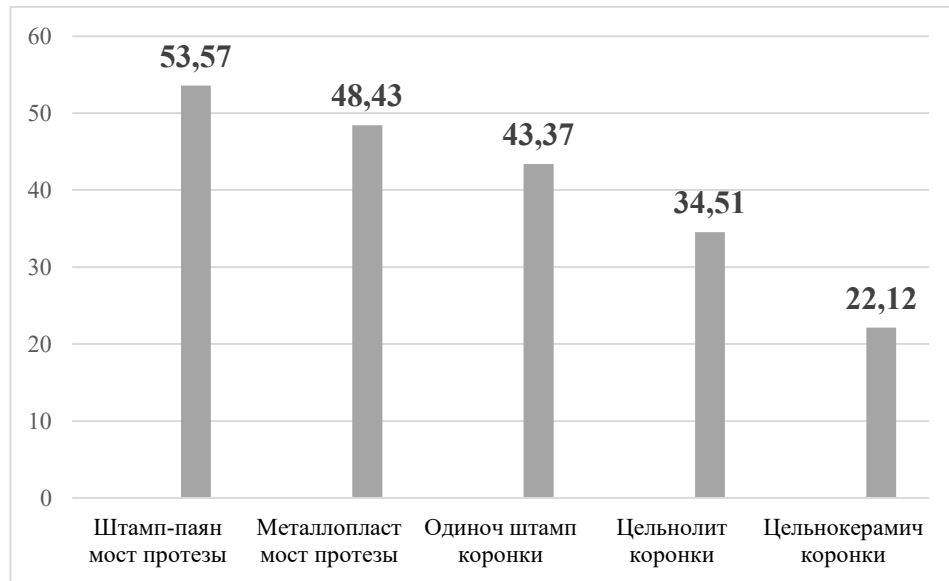


Рисунок 3. Характеристика ранее изготовленных несъемных зубных протезов у пациентов с ХРАС при первичном обращении

Нами установлено, что только 42 (33,07%) пациента с ХРАС до начала протезирования в наших клиниках состояли на диспансерном учете терапевта-стоматолога и были направлены к ортопеду-стоматологу после завершения консервативного лечения с достижением ремиссии, а 85(66,93%) пациентов не состояли на учете, занимались самолечением.

### **2.3. Лабораторно – иммунологические методы исследования показателей местного иммунитета полости рта**

Материалом для исследования иммуноглобулинов являлась не стимулированная смешанная слюна, полученная до утреннего приема пищи. Лабораторно-иммунологические исследования проводились в медицинской

лаборатории иммунологических исследований г. Санкт-Петербурга ([www.liislab.ru](http://www.liislab.ru))

Определение IgA, IgG, s-IgA осуществлялось в медицинской лаборатории иммунологических исследований г. Санкт-Петербурга ([www.liislab.ru](http://www.liislab.ru)) до начала ортопедического лечения, на 10 день, через 1 месяц, через 2 месяца. Норма уровня IgA, IgG и s-IgA в слюне человека представлена в таблице 4.

Таблица 4 - Пределы колебаний показателей иммуноглобулинов, встречающихся у взрослых здоровых людей

s-Ig A (мг/л)	IgA(мг/л)	Ig G(мг/л)
370,0-670,0	200,0-1000,0	760,0-1010,0

Определялся фагоцитарный индекс (ФИ) – процент фагоцитирующих нейтрофилов (%). В норме — 60,0–80,0%, фагоцитарное число (ФЧ) — среднее число микробов, поглощенных одним фагоцитом (в медицинской лаборатории иммунологических исследований г. Санкт-Петербурга ([www.liislab.ru](http://www.liislab.ru))).

Активность лизоцима определяли в смешанной слюне (%), которая забиралась в одно и тоже время суток - в утренние часы, натощак, без стимуляции слюнных желез, методом сплевывания в стерильную пробирку. Исследования проводились в медицинской лаборатории иммунологических исследований г. Санкт-Петербурга ([www.liislab.ru](http://www.liislab.ru))

Как известно, в норме активность лизоцима в слюне составляет 32-40%.

### **2.3.1. Определение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета полости рта (Ксб)**

На основании функциональных связей лизоцима слюны с иммуноглобулинами (Н.И. Толмачева, 1987), а также, имея в качестве ориентира показатели нормы, был определен единый показатель для интеграционной оценки защитной функции организма - коэффициент сбалансированности (Ксб) факторов местного иммунитета полости рта.

Интегрированный показатель (Ксб) включает множество характеристик местного иммунитета полости рта, в частности, содержание сывороточных иммуноглобулинов слюны А, G и лизоцима.

Проводили оценку состояния местного иммунитета полости рта с использованием коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб) по формуле (по методике Н.И. Толмачевой, 1987).

Формула 1 для определения Ксб составлена с учетом функциональных связей лизоцима с иммуноглобулинами:

$$Ксб = IgG \times 40 / IgA \times 0,6 \times Liz \quad (1)$$

где IgA и IgG – концентрация (мг/мл) иммуноглобулинов в ротовой жидкости, Liz-активность (%) лизоцима смешанной слюны, 40% – условная норма активности лизоцима, 0,6 – соотношение IgG/IgA у здоровых лиц (таблица 5).

Таблица 5 - Интерпретация значения коэффициента Ксб

Коды	Интерпретация
0,1 – 1,0	Функционирование местного иммунитета у здоровых лиц
1,1 – 2,0	Группа риска нарушений местного иммунитета
от 2,1 и выше	Неблагоприятное состояние местного иммунитета полости рта

#### 2.4. Бактериологические методы исследования

Бактериальное исследование слизистой оболочки протезного ложа в процессе оказания комплексного протетического лечения проводилось в лаборатории «Инвитро» г. Санкт-Петербурга. До проведения исследования всем пациентам была проведена плановая санация полости рта. Утром, до приема пищи и чистки зубов, брали мазок с помощью стерильного ватного тампона со слизистой оболочки полости рта и транспортировали материал в течение 2-х часов при температуре 5°С в специальных пробирках, содержащих транспортную среду.



Учитывались все микроорганизмы слизистой оболочки протезного ложа, выросшие на питательных средах до ортопедического лечения и после изготовления частичных съемных протезов и комплексного лечения через 14 дней и 1 месяц. Посев со слизистой оболочки полости рта проводился количественным методом.

После количественного определения в лаборатории проводилась идентификация микроорганизмов и полученные данные обрабатывались помощью специальной компьютерной программы.

## **2.5. Общая характеристика и методика применения эластичного базисного полимера «Дефлекс»**

При наличии на протезном ложе костных выступов и экзостозов, атрофии слизистой оболочки, повышенной чувствительности слизистой оболочки и надкостницы, наличии какого-либо заболевания слизистой оболочки полости рта многие исследователи рекомендуют применение протезов с подкладкой из эластичных полимеров [81, 83].

Термопластичные материалы находят все более широкое применение при изготовлении зубных протезов, так как их использование снижает болевые ощущения при наложении частичного протеза, например, на острые костные выступы, а в нашем случае на очаги поражения слизистой оболочки полости при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, чтобы не спровоцировать рецидив и способствовать сокращению периода адаптации к протезам.

Термопласты, применяемые для протетического лечения, должны соответствовать следующим медико-техническим требованиям: иметь высокую эластичность, износоустойчивость, цветостойкость и смачиваемость, быть нетоксичными для полости рта и технологичными для работы. В настоящее время их используют с целью повышения эффективности

протезирования съемными протезами и профилактики атрофии слизистой оболочки полости рта.

Существует 4 типа эластичных материалов для базиса протезов в зависимости от природы материала: акриловые, полихлорвиниловые, силиконовые и материалы на основе фторкаучуков. В наших исследованиях материалом выбора в качестве подкладочного материала стал «Дефлекс» (Германия) – базисный материал из силикона, который обладает высокой и длительно сохраняющейся степенью эластичности (рисунок 4).



Рисунок 4. Биологически пассивный термопласт (полиамид) «Дефлекс»

В отличие от схожих по структуре полиамидов, «Дефлекс» демонстрирует высокие показатели функциональной упругости, позволяющие классифицировать его в качестве полужесткого термопласта. Это обеспечивает материалу ряд преимуществ (таблица 7), поскольку изготавливаемые на его основе протезирующие конструкции превосходят акриловые модели по многим критериям [Журнал «Проблемы стоматологии». - 2010. № 1. - С.25].

В частности, рассматриваемый полиамид отличается устойчивостью к температурным перепадам, что исключает отвердевание и смягчение структуры в процессе принятия горячей или холодной пищи. Минимальная пористость и высокая плотность текстуры гарантируют прочность и долговечность конструкции, способной выдержать значительные механические нагрузки. «Дефлекс» вступает в минимальную реакцию с жидкостями, препятствуя образованию налета, не впитывает запахи и невосприимчив к агрессивным красящим пигментам. Благодаря особенностям структуры материала, толщина готового протеза практически вдвое меньше, чем у аналогов из нейлона или акрила, что обеспечивает легкость и комфорт ношения, а также исключает вероятность формирования речевых дефектов в адаптационный период [<https://odos32.ru>].

Исследования показывают, что протезы, изготовленные из полиамида «Дефлекс», позволяют грамотно распределить жевательную нагрузку на зубной ряд, препятствуют смещению опорных единиц и сохраняют изначальное положение даже при значительном внешнем воздействии. Необходимо отметить, что данный стоматологический материал не вызывает аллергической реакции и в сочетании с визуально незаметной бесцветной структурой делает его оптимальным выбором при протезировании. При протезировании с применением «Дефлекс» снижаются болевые ощущения при истонченной слизистой оболочке, что важно при оказании ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.[115].

Стоматологический материал «Дефлекс» инертен, за счет хорошего смачивания ротовой жидкостью, плотно прилегает к слизистой оболочке, что способствует высокой адгезии протеза к протезному ложу и улучшению его фиксации. Положительным моментом является то, что он не набухает в ротовой жидкости и не поддается воздействию микрофлоры полости рта и сохраняет эластичность в течение 5 – 7 лет.

Таблица 6 - Таблица инъекции SUPRA SF

Материал	SUPRA SF
Температура инъекции	260 °С
Время плавления	15 мин
Время выдержки	30 секунд
Давление воздуха	3 Bar

Мы рекомендовали пациентам ежедневно чистить протез несколько раз мягкой зубной щеткой и нейтральным средством под проточной водой и промывать.

## **2.6. Методика применения и фармакологические особенности препарата «Азоксимера бромид»**

С целью повышения функциональной активности иммунной системы пациента или ускорения восстановления её нарушенных функций, в настоящее время находят все возрастающее применение препараты, модулирующие силу иммунного ответа, с помощью которых предполагается обеспечить адекватный иммунный ответ на присутствие инфекционного патогена [76].

Широкое применение для лечения и профилактики вирусных, инфекционных заболеваний получил «Азоксимера бромид», который производится по мировому стандарту GMP. Повышая функциональную активность клеток иммунной системы, «Азоксимера бромид» активизирует иммунную защиту организма. В частности, «Азоксимера бромид» индуцирует альфа-, бета- и гамма - интерфероны, активизирует нейтрофильные гранулоциты, привлекает моноциты (макрофаги) в зону воспаления, усиливает синтез антител против антигенов инфекционной природы [76, 79].

Состав «Азоксимера бромид» - это комбинация натуральных энзимов растительного и животного происхождения. При поступлении в организм энзимы всасываются из тонкого кишечника. Они попадают в общий кровоток

при связывании с транспортными белками крови [39, 79, 80, 82] и, «накапливаясь в зоне любого патологического процесса, оказывают иммуномодулирующее, противовоспалительное, фибринолитическое, противоотечное, антиагрегантное и вторичное анальгезирующее действие»[79, 82].

Препарат «Азоксимера бромид» положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма, регулируя «механизмы выработки интерферонов, именно этим проявляя противовирусное и противомикробное действие». Кроме того, отмечено изменение хода воспалительного процесса, выражающееся в ограничении патологических «проявлений аутоиммунных и иммунокомплексных процессов». При местном применении «Азоксимера бромид» коротким курсом препарат эффективен при лечении рецидивирующих инфекций слизистых оболочек полости рта и глотки [39, 76, 79, 82].

Препарат «Азоксимера бромид» назначался пациентам третьей группы внутрь, сублингвально по 1 таблетке дважды в день в течение двух недель. Все пациенты хорошо переносили включение в комплекс лечения «Азоксимера бромида», никаких побочных реакций, как в ходе иммуномодулирующей терапии, так и после нее нами не выявлено.

## **2.7. Определение психоэмоционального состояния личности стоматологического пациента с ХРАС при проведении комплексного ортопедического лечения и мотивации к лечению**

Для оценивания психоэмоционального и взаимосвязанного с ним физиологического статуса пациентов нами использована разработанная отечественными стоматологами [101] шкала клиническая стоматологическая. Оценивали пять базисных психоэмоциональных ответных реакций на момент анкетирования пациента: А – астеническая, Д – депрессивная, Т – тревожная, Ип – ипохондрическая, Ис – истерическая [63, 101].

Степень выраженности этих реакций и уровень мотивации определяли, применив четырех бальную систему: 0 – отсутствие реакции и очень высокий уровень мотивации, 1 – легкая степень и высокий уровень мотивации, 2 – умеренная степень и средний уровень мотивации, 3 – выраженная реакция и низкий уровень мотивации (таблица 7).

Таблица 7 - Определение психоэмоционального состояния пациента и уровня мотивации к стоматологическим вмешательствам

Степень, уровень мотивации	Описание психоэмоциональной реакции, уровень мотивации к стоматологическим вмешательствам
0 - отсутствует, очень высокий уровень мотивации	Отсутствие психоэмоциональных реакций, жалобы соответствуют клинической картине, поведение адекватное, настроен на стоматологические вмешательства
1- легкая, высокий уровень мотивации	Симптомы заболевания непостоянны, носят выраженный субклинический характер; проявляются соответствующими жалобами пациента и, нередко, при целенаправленном опросе; поведение пациента существенно не изменено, пациент адекватен к любым стоматологическим лечебным манипуляциям, в том числе к протетическому лечению и легко контактирует с врачом-стоматологом
2-умеренная, средний уровень мотивации	Симптомы заболевания постоянны, носят выраженный клинический характер; проявляются «приукрашенными», порой «театральными» жалобами пациента; пациент не обеспокоен состоянием стоматологического здоровья, иногда полностью игнорирует свое заболевание и не пытается выстроить конструктивные отношения с врачом-стоматологом
3 – выраженная, низкий уровень мотивации	Психоэмоциональное расстройство – главный фактор, определяющий поведение пациента и его отношение к врачу и стоматологическим вмешательствам; пациент с подавленным тревожно-мнительным настроением, полностью отсутствует вера в успех лечения и профессионализм врача-стоматолога.

Успешность определяли вместе с пациентами, используя шкалу GRS (GlobalRatingofSatisfaction, Likert), согласно которой 1 балл означал, что пациент полностью удовлетворен результатам протезирования и всего комплекса лечения, 5 баллов – полная неудовлетворенность. Ориентиром для заполнения анкет служили ощущения и оценка самого пациента: комфорт при пользовании (прием пищи, разговор, социальная активность, простота в уходе за протезами и т.д.) частичными съёмными протезами, исключение травматизации слизистой оболочки (протез гладкий и отполированный),

эстетика протеза. Одним из моментов удовлетворенность был и финансовый вопрос, касающийся растрат на подготовку и протезирование. Важным критерием был режим пользования и ухода за протезами и протезным ложем: «ежедневно», «время от времени», «очень редко».

Для определения разборчивости и произношения звуков речи при чтении, т.е. качества функции речи, пользовались методикой Трезубова В.Н. и Чикунова С.О. (2012): «низкое», «хорошее» и «высокое» [63, 101].

## **2.8. Оценка стоматологических показателей качества жизни пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим стоматитом**

Оценка данных показателей была проведена при первичном обследовании и в динамике комплексного ортопедического лечения. Использовали один из наиболее простых, понятных, известных, но при этом информативных стоматологических опросников качества и комфорта жизни пациентов– ОНП-14 (таблица 8), адаптированный в российской стоматологической врачебной практике.

На 14 вопросов теста предлагалось дать ответы, которые оцениваются по пятибалльной шкале (0 – никогда, 1 – иногда, 2 – время о времени, 3 – часто, большую часть времени, 4 – все время) [7, 8, 29, 35, 62, 101]. Сумма ответов может составлять цифру от 0 до 56. Если сумма возрастает, значит увеличивается вероятность, что человек подвержен стоматологическим заболеваниям. Качество жизни пациентов можно определить по сумме, которая получилась при подсчете: от 0 до 12– хороший уровень качества жизни, 13-24 – удовлетворительный, 25-56 – неудовлетворительный уровень качества жизни [7, 8, 29, 101].

Периоды контрольного опроса отмечены цифрами:

1 – до лечения, 2 – через 1 месяц, 3 – через 3 месяца, 4 – через 6 месяцев, 5 – через 12 месяцев после начала лечения (таблица 8).

Таблица 8 - Специализированный стоматологический опросник ОНПР-14  
(модернизированный для пациентов с частичным отсутствием зубов и ХРАС)

Вопросы	Сроки контрольных опросов				
	1	2	3	4	5
1. Имеются ли у Вас болевые ощущения в полости рта?					
2. Имеются ли у Вас затруднения во время приема пищи?					
3. Имеется ли у Вас отсутствие вкусовых ощущений из-за проблем в полости рта?					
4. Проблемы в полости рта делают Ваше питание неудовлетворительным?					
5. Приходится ли Вам прерывать прием пищи из-за проблем в полости рта?					
6. Проблемы в полости рта делают Ваше общение с людьми неудовлетворительным?					
7. Имеются ли у Вас трудности при разговоре?					
8. Имеется ли у Вас чувство стесненности при общении с людьми?					
9. Ставят ли Вас проблемы в полости рта в неловкое положение при общении?					
10. Имеется ли у Вас повышенная раздражительность при общении с людьми?					
11. Имеются ли у Вас затруднения в обычной работе из-за проблем в полости рта?					
12. «Эстетические» проблемы делают Вашу жизнь менее интересной?					
13. Проблемы в полости рта мешают Вам отдыхать, расслабляться?					
14. Испытываете ли Вы полную неспособность к каким-либо действиям из-за проблем в полости рта?					

Собственное понимание пациента об уровне комфорта и качестве его жизни, его отношение к имеющемуся хроническому афтозному стоматиту, сравнение и анализ результатов анкетирования позволили оценить разработанные и внедренные нами методики комплексной ортопедической стоматологической помощи.

## 2.9. Методы статистической обработки материала

Математическим инструментом для обработки полученных результатов исследования послужили программы «MicrosoftExcel – 2010», IBM SPSS Statistics - 22.



Показатели количественных признаков представлены в виде медианы (Me), минимального (Мин) и максимального (Макс) значений, нижнего (Q1) и верхнего (Q3) квартилей. Данные представлялись в виде среднего значения с указанием 95% доверительного интервала (95% ДИ).

Метод Пирсона применяли для оценки статистической значимости различий частот, указывая коэффициент согласия  $\chi^2$ . Представление корреляционного-регрессионного анализа выполнено с указанием коэффициента корреляции Пирсона с указанием его уровня значимости  $p$ . Модели линейной регрессии выражались по формуле (2)

$$Y=b_0+b_1X \quad (2)$$

где  $Y$  прогнозируемое значение,  $X$  - независимая переменная.

Для каждого из коэффициентов  $b_0$  и  $b_1$  указан уровень значимости  $p$ . Графическое представление результатов корреляционно-регрессионного анализа выполнено на основе точечной диаграммы с линией регрессии и линиями 95% доверительного интервала.

Метод Вилкоксона применяли для оценки различий числовых значений в несвязанных группах с указанием коэффициента  $Z$ . Числовые значения в связанных группах выполняли по методу Манна-Уитни с указанием коэффициента  $Z$ . На графиках представлены медиана, среднее значение, первый и третий квартили, максимальное и минимальное значения [Унгуряну, Гржибовский, 2011].

Был применен уровень статистической значимости, определенный как  $p<0,05$ .

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1. Результаты клинических исследований

Клинико-топографические особенности ХРАС выявились, главным образом, включением в себя следующих зон слизистой оболочки рта (рисунок 5): достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) афты наблюдались на боковой поверхности языка и по переходной складке – 86 человек (67,71%), на слизистой оболочке верхней или нижней губы – 28 человек (22,05%), на слизистой неба – 13 человек (10,24%).

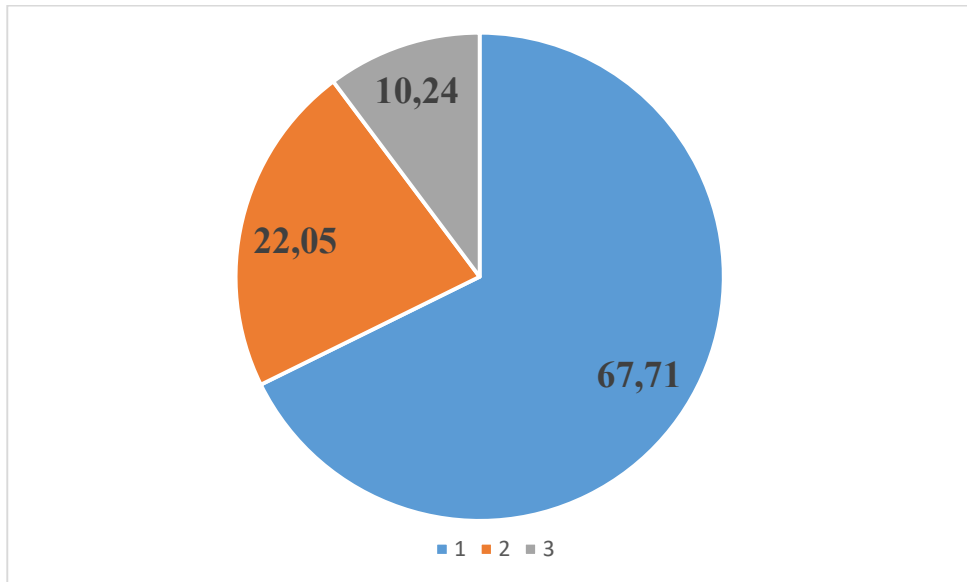


Рисунок 5. Клинико-топографические особенности ХРАС (%) (1- переходная складка и боковая поверхность языка; 2 -слизистая оболочка верхней или нижней губы; 3 - слизистой неба)

Значение клинико-топографических особенностей проявления ХРАС на слизистой оболочке рта очень важно для врача-ортопеда при выборе рациональной конструкции замещающего протеза, так как предупреждает риски возможной дополнительной травмы слизистой оболочки.

У всех пациентов с ХРАС, нуждающихся в ортопедической помощи, стоматологический статус характеризовался следующими показателями:

интенсивность кариеса (КПУ=14,8±2,3) – высокая; удаленные зубы («У» – 8,3±2,2); индексы РМА и СРITN, соответственно 39,1±4,11 и 2,36±0,27, высокая); рецессии десны составила IR = 27,89±3,89. Данные показатели подтверждают еще и нуждаемость пациентов в терапевтическом и пародонтологическом лечении (рисунок 6).

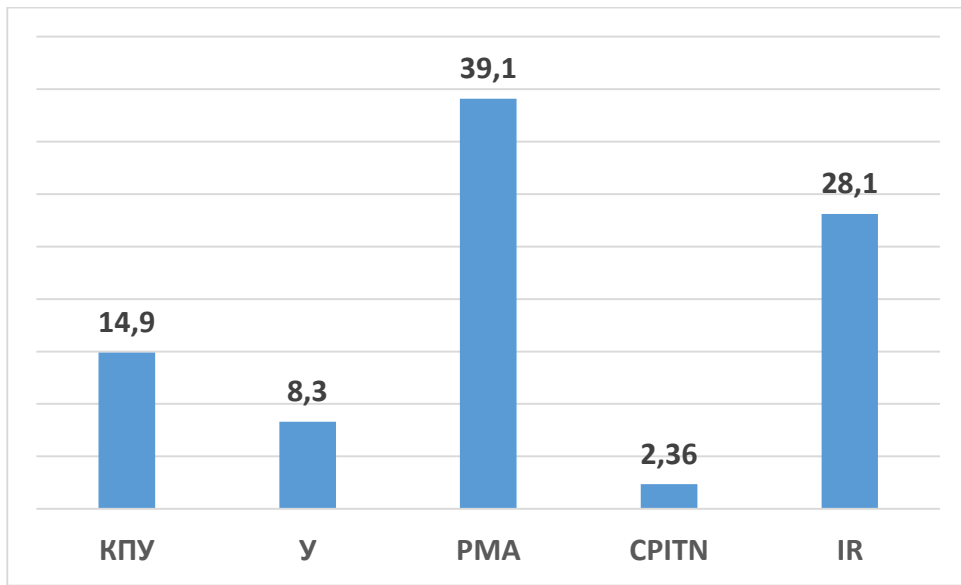


Рисунок 6. Показатели стоматологического статуса обследованных

При внешнем осмотре у 78 (61,42%) пациентов было выявлено снижение высоты нижней трети лица и выраженные носогубные складки.

Пациенты, страдающие ХРАС и нуждающиеся в ортопедической помощи (124 человека из 127 - 97,64%), предъявляли жалобы на боли при приеме пищи (особенно твердой), изменения в пищевом рационе в периоды обострения заболевания, неприятный запах изо рта и болезненное открывание рта.

Клиническое обследование пациентов, страдающих ХРАС и нуждающихся в ортопедической помощи, было проведено до протезирования и в динамике после наложения частичных съемных протезов: на первые сутки (фаза раздражения), седьмые сутки (срок частичного торможения – вторая фаза адаптации к протезу) и 30-е сутки после протезирования (фаза полного торможения - окончание адаптации к протезу) [123].

Клинико-анатомические условия для протезирования пациентов с частичным отсутствием зубов, осложненных ХРАС, обратившихся после проведенного терапевтического лечения, были изучены нами до наложения частичных съемных протезов.

Субъективные (наличие жалоб) и объективные методы (визуальный осмотр, проба Шиллера-Писарева, характер морфологических элементов и сроки их появления, существования и эпителизации после протезирования частичными съемными протезов, количество коррекций протезов помогли оценить процесс адаптации.

Для 127 пациентов изготовлено 164 (100%) частичных съемных протезов, из них 63 (38,42%) – для верхней челюсти и 101 (61,58%) - для нижней челюсти.

После протезирования пациенты предъявляли идентичные жалобы: болезненность и небольшое жжение при пользовании протезом во время приема пищи, обильное слюноотделение и т.д.

После наложения протезов и соответствующего, описанного выше комплекса терапии, в первые сутки жалобы предъявляли:

в 1-й группе - 42 (100%) человек,

во 2-й группе - 41 (91,11%) человек,

в 3-й группе - 36 (90,0%) человек.

На третьи сутки количество пациентов, предъявляющих жалобы, в 1-й группе осталось прежним. Незначительно уменьшилось во 2-й (40 человек - 88,89%) и 3-й группах (33 человека - 82,5%).

Через семь дней после комплексного ортопедического лечения мы выявили четкую тенденцию к уменьшению субъективных ощущений у пациентов 2-й и 3-й групп: жалобы были у 17 (37,78%) пациентов 2-й группы и у 9 (22,5%) пациентов 3-й группы.

На 30-е сутки только 1 пациент из 2-й группы предъявлял жалобы на незначительный дискомфорт (2,22%), в 3-й группе жалоб не было.

В 1-й группе также наблюдалась положительная динамика в исчезновении жалоб, однако, по сравнению со 2-й и 3-й группами, она была менее выраженной. Так, на седьмые сутки после протезирования частичными съемными конструкциями жалобы предъявляли 31 человек (73,8%) из 1-й группы; на 30 – е сутки 20 (47,62%) человек (рисунок 7).

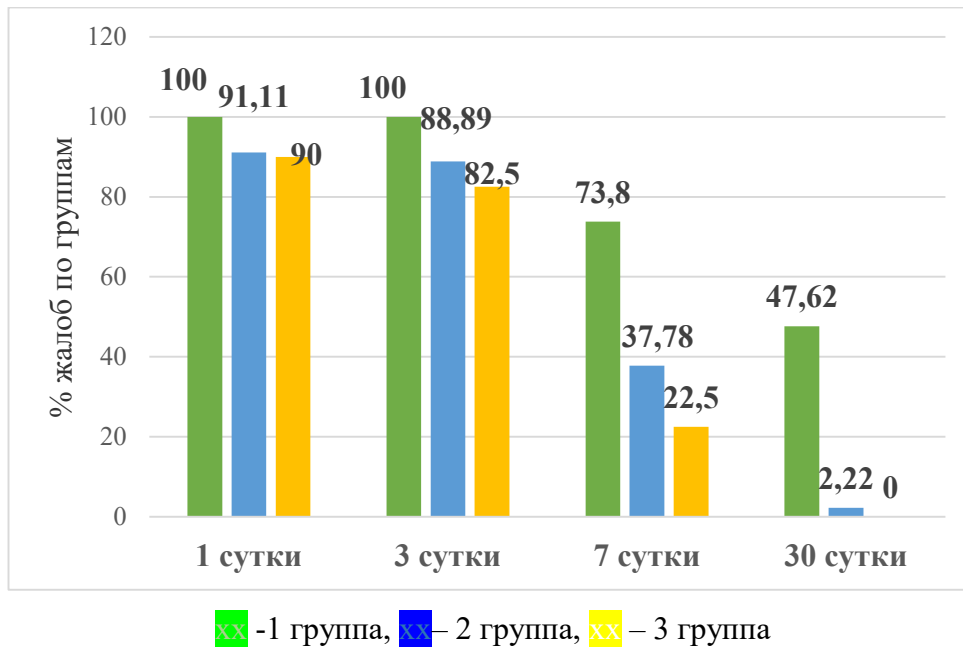


Рисунок 7. Динамика жалоб в процессе адаптации к частичным съемным протезам при комплексной терапии

Таким образом, общее количество жалоб в проанализированные нами сроки наблюдений (в 1-е, 3-и, 7-е и 30-е сутки после протезирования) составило: в 1-й группе – 135, во 2-й группе – 99, в 3-й группе-78. Достоверно меньшее ( $p < 0,01$ ) количество жалоб во 2-й и 3-й группах подтверждено статистически расчетом критерия углового преобразования Фишера ( $\phi^*$ ). Предложенный и запатентованный нами способ комплексного ортопедического лечения пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом сокращает сроки адаптации к частичным съемным протезам, изготовленным из стоматологического материала «Дефлекс»[80].

Изучению состояния слизистой оболочки протезного ложа мы уделяли особое внимание. Общую характеристику слизистой оболочки протезного ложа оценивали, используя классификации Суппле.

В 1-й группе исследования (согласно классификации Суппле) I тип слизистой оболочки выявлен у 38,5 % пациентов, II тип – у 35,4% пациентов, III тип – у 26,1% пациентов, IV тип слизистой оболочки по Суппле в I группе пациентов нами не обнаружен (рисунок 8).

Во 2-й группе исследования у пациентов 40,4 % - I тип согласно классификации Суппле, 43,2 % – II тип 16,4 % – III тип, (рисунок 9).

В 3-й группе исследования у пациентов 49,1% % - I тип согласно классификации Суппле, 31,6 % – II тип 19,3 % – III тип, (рисунок 10).

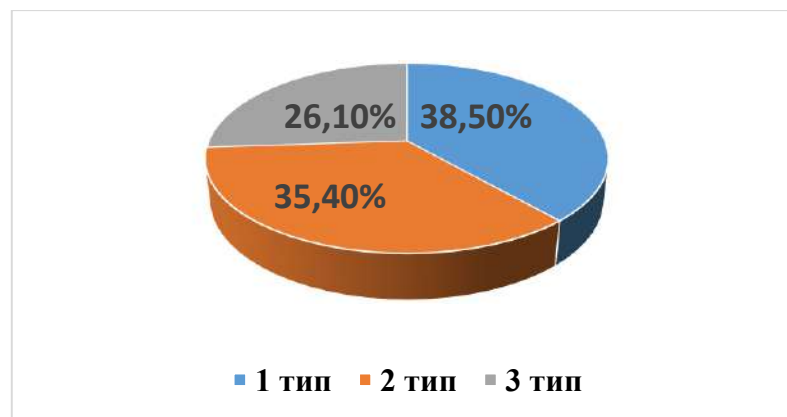


Рисунок 8. Типы слизистой оболочки протезного ложа пациентов 1-й группы по классификации Суппле

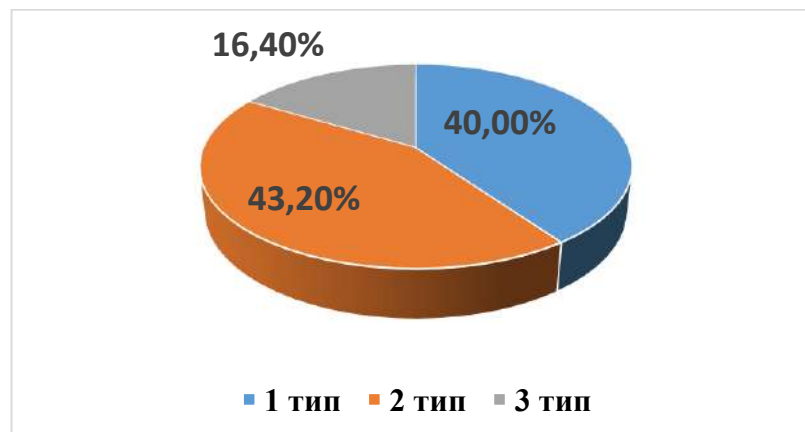


Рисунок 9. Типы слизистой оболочки протезного ложа пациентов 2-й группы по классификации Суппле

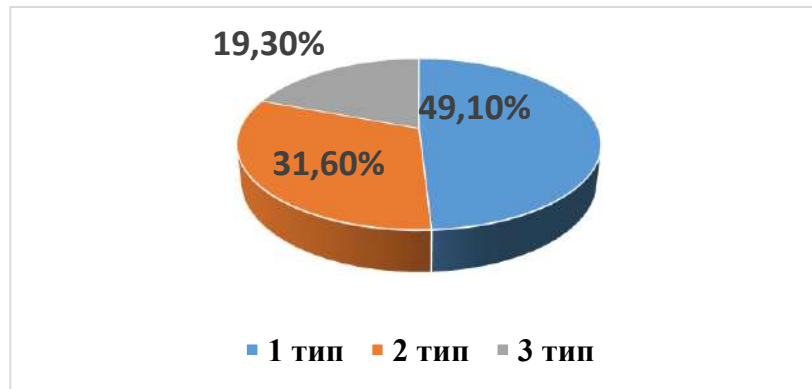


Рисунок 10. Типы слизистой оболочки протезного ложа пациентов 3-й группы по классификации Суппле

Основываясь на жалобах пациентов и объективном обследовании, мы проводили, согласно протоколам, коррекции базисов протезов, изготовленных из материала «Дефлекс» во всех группах (таблица 10).

Анализируя сроки эпителизации и исчезновения морфологических элементов у пациентов всех групп, можно отметить, что у пациентов 3-й группы этот процесс у 37 (92,5%) человек достигал за  $4,8 \pm 0,2$  суток, у второй группы у 38 (84,4%) человек за  $6,5 \pm 0,3$  суток, у первой группы процесс эпителизации и исчезновения морфологических элементов СОР составил у 39 (92,86%) человек  $9,7 \pm 0,2$  суток (таблица 9).

Таблица 9 - Сроки эпителизации и исчезновения морфологических элементов во всех группах исследования

Группа пациентов n	Сроки эпителизации (сутки)	Количество пациентов n (%)
1-я группа (42 чел.)	$9,7 \pm 0,2$	39 (92,86%)
2-я группа (45 чел.)	$6,5 \pm 0,3$	38 (84,4%)
3-я группа (40 чел.)	$4,8 \pm 0,2$	37 (92,5%)

Таким образом, включение препарата «Азоксимера бромид» в комплексное ортопедическое лечение пациентов, страдающих ХРАС и имеющих частичное отсутствие зубов, уменьшает сроки эпителизации

морфологических элементов в 2 раза и может быть рекомендовано при протетическом лечении.

Согласно протоколам Стоматологической Ассоциации России, мы проводили коррекцию частичных съемных протезов во всех группах пациентов.

Таблица 10 - Количество проведенных коррекций базисов протезов после комплексного ортопедического лечения

Группа пациентов	Среднее кол-во коррекций при расчете на 1 человека	$t_{CT}$
1-я группа	$5,5 \pm 0,47$	$t_{CT}=3,42$
2-я группа	$3,1 \pm 0,28$	$t_{CT}=2,52$
3-я группа	$3,0 \pm 0,11$	$t_{CT}=2,23$

Наибольшим оказалось среднее количество коррекций при расчете на 1 человека в 1-й группе:  $4,5 \pm 0,47$  ( $t_{CT}=3,42$ ); показатели во 2-й группе - ( $3,1 \pm 0,28$ ;  $t_{CT}=2,52$ ,  $p < 0,05$ ), в 3-й группе ( $3,0 \pm 0,11$ ;  $t_{CT}=2,23$ ,  $p < 0,01$ )., что достоверно подтверждает эффективность предложенной нами методики комплексного ортопедического лечения (таблица 10).

### **3.2. Результаты изучения исходных показателей местной защиты полости рта пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и частичной потерей зубов**

Сравнивая исходные показатели IgG в ротовой жидкости пациентов с частичной потерей зубов и хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, мы отметили их повышение по сравнению с показателем нормы: средний показатель в группах колебался от  $68,0 \pm 0,01$  мг/л до  $69,0 \pm 0,01$  мг/л. Содержание s-IgA было снижено по сравнению с нормой от  $181,0 \pm 0,02$  мг/л до  $179,0 \pm 0,05$  мг/л. Компенсаторное увеличение IgA в ответ на понижение s-IgA говорит об усугублении клинической картины в полости рта, средние



показатели в группах соответствовали от  $256,0 \pm 0,02$  мг/л до  $258,0 \pm 0,01$  мг/л (таблица 11).

Таблица 11 - Показатели иммуноглобулинов у пациентов до начала лечения

Группы	IgA (мг/л)	Ig G(мг/л)	s-IgA(мг/л)
1-я группа	$256,0 \pm 0,02$	$69,0 \pm 0,01$	$181,0 \pm 0,02$
2-я группа	$257,0 \pm 0,02$	$68,0 \pm 0,03$	$179,0 \pm 0,05$
3-я группа	$258,0 \pm 0,01$	$68,0 \pm 0,01$	$180,0 \pm 0,03$

Мы считаем, что так же имеющиеся у пациентов легкая и средняя степени генерализованного пародонтита также способствовали снижению защитных факторов ротовой жидкости.

Исходные показатели фагоцитарной активности также были снижены. Фагоцитарный индекс (ФИ) в норме составляет 40,0-80,0%. В нашем исследовании он составил от  $36,0 \pm 1,1\%$  до  $38,0 \pm 1,2\%$ . Фагоцитарное число (ФЧ) так же было низким от  $3,7 \pm 0,1$  до  $3,8 \pm 0,2$ , при нормальных показателях от 4 до 9 (таблица 12).

Таблица 12 - Показатели фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа у пациентов до начала лечения

Группы	Фагоцитарный индекс M±m	Фагоцитарное число M±m
1 группа	$36,0 \pm 1,4\%$	$3,8 \pm 0,2$
2 группа	$36,0 \pm 1,1\%$	$3,7 \pm 0,1$
3 группа	$38,0 \pm 1,2\%$	$3,7 \pm 0,2$

Нами отмечено и снижение активности лизоцима от  $28,3 \pm 0,9\%$  до  $29,3 \pm 0,2\%$ , при норме 32-40 % (рисунок 11).

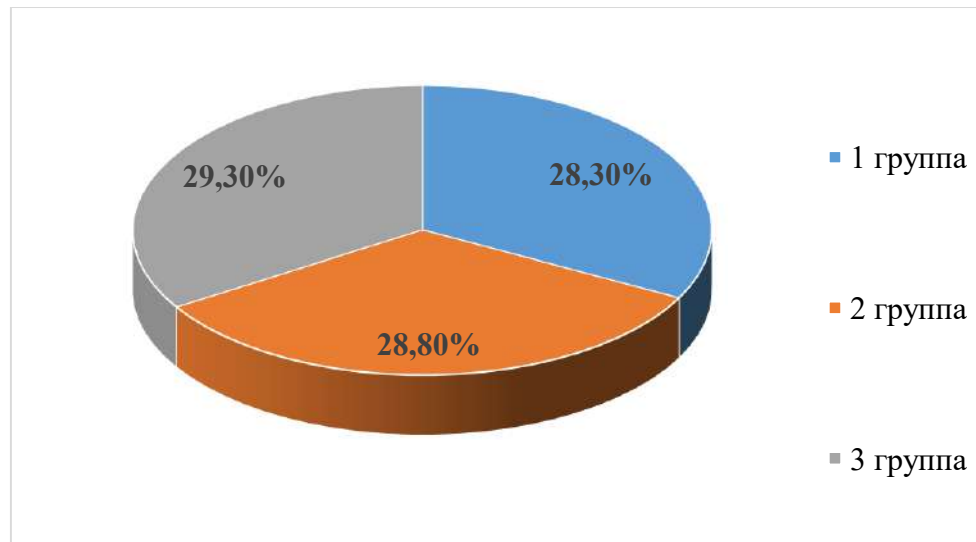


Рисунок 11. Активность лизоцима у пациентов до лечения

Напряжение состояния факторов местного иммунитета ротовой полости до лечения и, соответственно, снижение защитных сил организма пациентов, проявляющееся в преобладании IgG над IgA, подтверждено высоким коэффициентом сбалансированности (Ксб) по сравнению с нормой:  $2,39 \pm 0,1$  до  $2,47 \pm 0,06$  (рисунок 12).

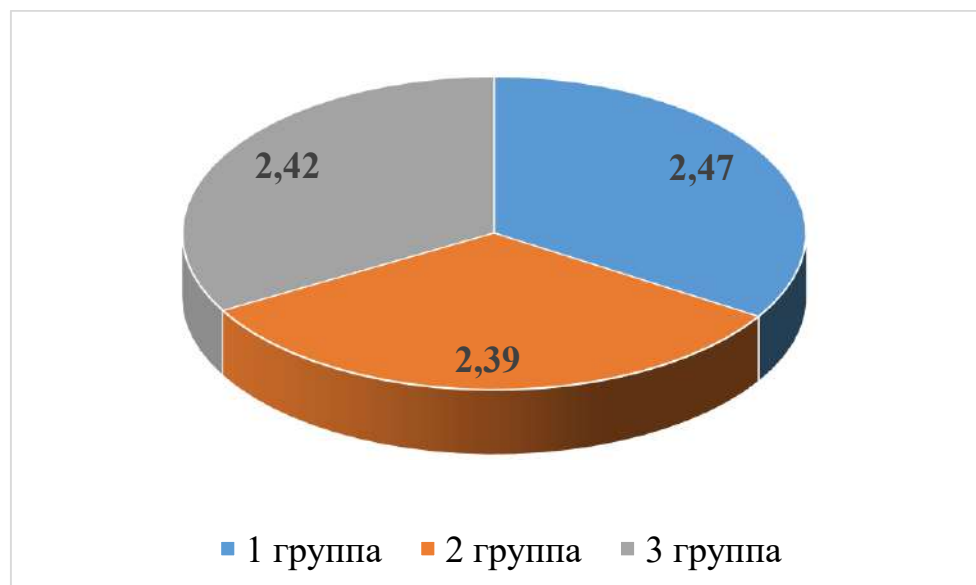


Рисунок 12. Показатели Ксб во всех группах пациентов до лечения

Таким образом, иммунологическое обследование, проведенное перед ортопедическим лечением выявило изменения показателей местного

иммунитета ротовой полости у пациентов с частичной потерей зубов, осложненных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, что согласуется с данными исследований отечественных и зарубежных авторов, сообщающих о том, что иммуноглобулины всех классов, лизоцим, лейкоциты (в основном, нейтрофилы), «поступают преимущественно через зубодесневую борозду в полость рта из крови» [34, 42, 48, 75, 76, 120, 137].

### **3.2.1. Изменение показателей состояния факторов местного иммунитета полости рта у пациентов первой группы после протезирования частичными съемными протезами**

Динамику показателей уровня концентрации иммуноглобулинов после протезирования из материала «Дефлекс» в 1-й группе пациентов оценивали на 10-й день, через 1 месяц, через 2 месяца (таблица 13).

Таблица 13 - Динамика показателей уровня концентрации иммуноглобулинов в ротовой жидкости у пациентов 1-й группы в период адаптации к протезам

Иммуноглобулины	До лечения	10-й день	1 месяц	2 месяца
Ig G (мг/л)	69,0±0,01	71,0±0,01	70,0±0,02	69,0±0,01
Ig A (мг/л)	256,0±0,02	254,0±0,02	257,0±0,01	257,0±0,02
s-Ig A (мг/л)	181,0±0,02	178,0±0,01	179,0±0,01	180,0±0,01

Частичное съемное протезирование явилось повышенной антигенной нагрузкой для этой группы пациентов. Кроме того, ХРАС, даже в стадии ремиссии, – хронический воспалительный процесс, поэтому в течение всего периода адаптации после протезирования уровень IgG в ротовой жидкости имел небольшую тенденцию к повышению. Из таблицы 13 следует, что на 10-е и через месяц после протезирования данный показатель составил 71,0±0,01 мг/л и 70,0±0,02 мг/л, что больше чем до лечения, но ко второму месяцу этот показатель приблизился к первоначальным значениям и стал 69,0±0,01 мг/л.

Через 10 дней после протезирования частичными съёмными протезами было выявлено достоверное снижение содержания иммуноглобулинов s-IgA ( $178,0 \pm 0,01$  мг/л,  $p \leq 0,05$ ), незначительное увеличение на 1-й месяц ( $179,0 \pm 0,01$  мг/л,  $p \leq 0,05$ ), а ко второму месяцу ( $180,0 \pm 0,01$  мг/л,  $p \leq 0,05$ ) также показатели приблизились к первоначальным значениям; и незначительное понижение IgA ( $254,0 \pm 0,02$  мг/л) на 10-е сутки; через месяц ( $257,0 \pm 0,01$  мг/л) и 2 ( $257,0 \pm 0,02$  мг/л) месяца по сравнению с данными до протезирования (таблица 13). Активность лизоцима снизилась на 10-й день до  $26,5 \pm 0,6\%$  (рисунок 14) и незначительное повышение на 1-й месяц по сравнению с 10-м днем ( $27,2 \pm 0,5$ ), и возвращение на 2-й месяц к почти исходным показателям ( $28,1 \pm 0,6$ ) в сравнении с данными до лечения.

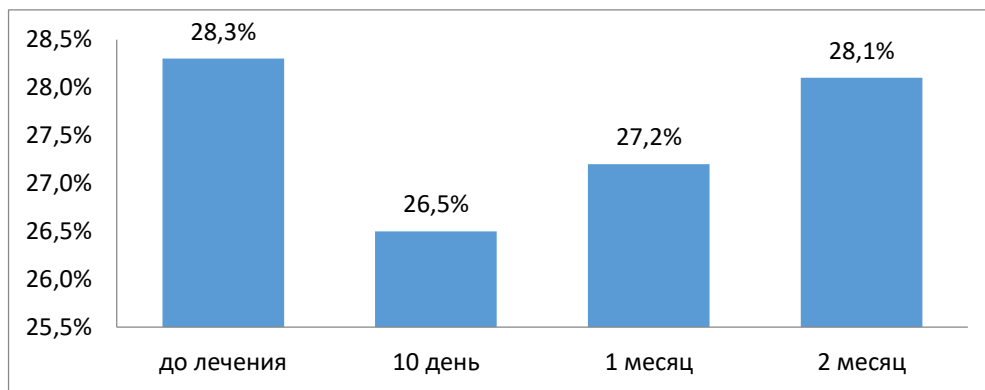


Рисунок 14. Динамика изменений активности лизоцима в слюне у пациентов 1-й группы в период адаптации к протезам

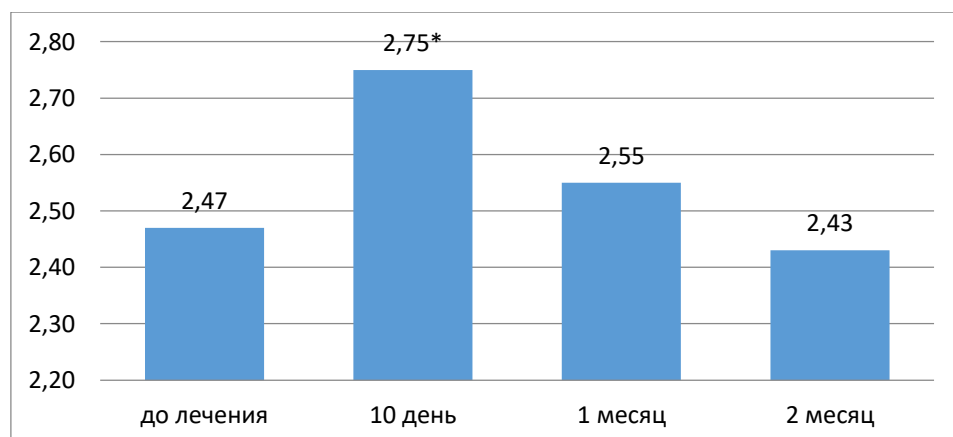


Рисунок 15. Динамика изменений коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Kcb) в слюне у пациентов 1-й группы в период адаптации к протезам.

Примечание: \* - достоверные ( $p < 0,05$ ) отличия от показателя «до лечения»

Анализируя рисунок 15, необходимо отметить, что показатель Ксб сохранялся повышенным в течение всего срока адаптации к частичным съемным протезам: на 10-е сутки после протезирования значение Ксб составило  $2,75 \pm 0,06$ , на 1-й месяц  $2,55 \pm 0,07$ , что больше показателя «до лечения». Таким образом, результаты исследований показали, что в ротовой жидкости пациентов 1-й группы наблюдалось сохранение дисбаланса между факторами местного иммунитета полости рта на протяжении всего периода адаптации к частичным съемным протезам.

По-видимому, подавление местного иммунитета является следствием травматического влияния базиса протеза на слизистую оболочку полости рта, не смотря на его «относительную безопасность».

Как видно из рисунка 15, отмечается незначительное повышение показателя Ксб через 1 месяц после протезирования. Через 2 месяца все показатели соответствуют исходным значениям, в определенной мере это свидетельствует об адаптации слизистой оболочки рта к частичному съемному протезу. Фагоцитарная активности нейтрофилов также имела тенденцию к снижению. Фагоцитарный индекс достоверно снизился на 10-е сутки после протезирования ( $35,0 \pm 1,7\%$ ,  $p \leq 0,05$ ) по сравнению с данными до лечения, а ко второму месяцу приблизился к исходным показателям. Фагоцитарное число повысилось к 10 суткам до  $4,0 \pm 0,3$ , затем все показатели клеточного иммунитета вернулись приблизительно к исходным (рисунок 16).

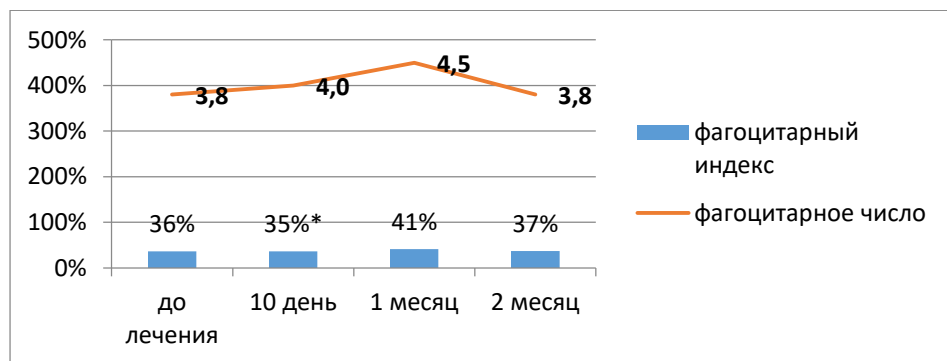


Рисунок 16. Динамика изменений показателей фагоцитоза в слюне у пациентов 1-й группы в период адаптации к протезам.

Анализируя полученные результаты, мы полагаем, что иммунная система пациентов первой группы на начальном этапе адаптации к частичным съемным протезам демонстрирует угнетение выработки факторов местной защиты и подавление местного иммунитета полости рта.

### **3.2.2. Изменение показателей состояния факторов местного иммунитета полости рта у пациентов второй группы после протезирования частичными съемными протезами**

На 10 день пользования съемными конструкциями из «Дефлекс» и предложенного способа медикаментозного и физиотерапевтического лечения у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом в смывах из полости рта наблюдалось повышения уровня IgA  $0,390 \pm 0,016$  мг/л и  $0,393 \pm 0,013$  мг/л на 10-й и 1-й месяц соответственно, по сравнению с показателями до лечения ( $0,361 \pm 0,017$  мг/л). IgG, по сравнению с уровнем данных показателей до протезирования повысился на 10 день ( $0,438 \pm 0,019$  мг/л,  $p < 0.05$ ), на 1-й месяц снижение показателя  $0,339 \pm 0,016$  мг/л,  $p < 0.05$  по сравнению с показателями 1-й группы (таблица 14).

Изучение уровня s-IgA ротовой жидкости у 2-й группы пациентов в процессе адаптации к частичным съемным протезам показало статистически достоверную тенденцию к повышению данного показателя.

Как следует из таблица 14, на 10-е сутки после протезирования уровень s-IgA составил  $0,183 \pm 0,009$  г/л ( $p < 0,05$ ), что выше показателя «до лечения» у пациентов 1 группы, а на 1-й месяц –  $0,214 \pm 0,008$  г/л,  $p < 0.05$ , статистически достоверно больше чем в 1-й группе и «до лечения», та же тенденция и на 2-й месяц –  $0,234 \pm 0,010$  г/л,  $p < 0.05$ .

Таблица 14 - - Динамика изменений концентрации иммуноглобулинов в ротовой жидкости у пациентов 2-й группы в период адаптации к протезам

Иммуноглобулины	До лечения	10-й день	1 месяц	2 месяца
Ig G (мг/л)	68,0±0,01	69,0±0,01	70,0±0,02	69,0±0,02
Ig A (мг/л)	257,0±0,02	258,0±0,02	259,0±0,01	259,0±0,02
s-Ig A (мг/л)	179,0±0,02	180,0±0,01	181,0±0,02	180,0±0,01

Активность лизоцима также незначительно увеличилась ( $29,2\pm 0,7\%$ ) на 10-е сутки по сравнению с показателем до лечения (рисунок 17), далее особого повышения активности не происходило ( $29,9\pm 0,4\%$ ), но к концу второго месяца этот показатель становится равен  $31,1\pm 0,4\%$ , приближаясь максимально к значениям нормы.

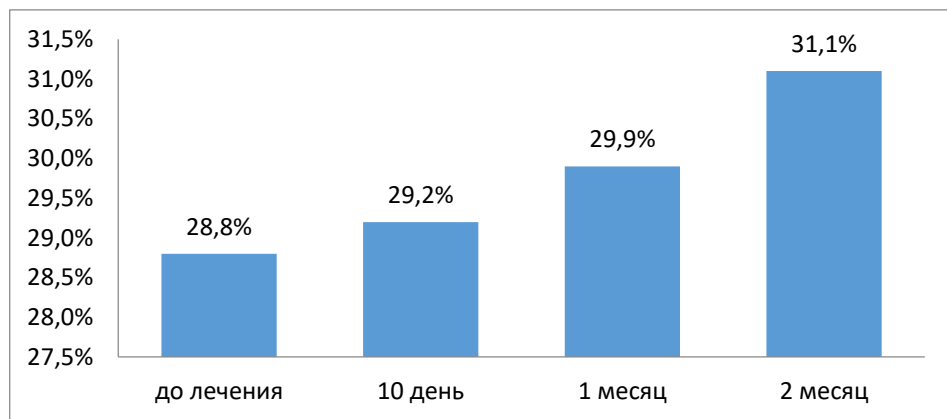


Рисунок 17. Динамика изменений активности лизоцима в слюне у пациентов 2-й группы в период адаптации к протезам

Показатель Ксб сохранялся слегка повышенным на протяжении всего срока адаптации к частичным съемным протезам (рисунок 18).

Как видно из рисунка 18, значение Ксб на 10-е сутки после протезирования составило  $2,28\pm 0,06$  ( $p<0.05$ ), на 1-й месяц этот показатель -  $2,18\pm 0,08$  ( $p<0.05$ ), что меньше показателей «до лечения», а второй месяц показал значение  $2,38\pm 0,05$ .

Таким образом, согласно результатам исследований, в ротовой жидкости пациентов 2-й группы наблюдался незначительный дисбаланс между факторами местного иммунитета полости рта на протяжении всего периода адаптации к частичным съемным протезам.

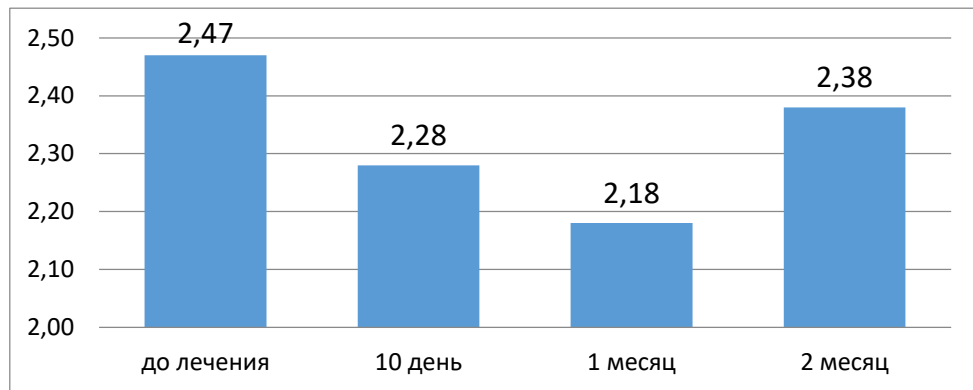


Рисунок 18. Динамика изменений коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб) в ротовой жидкости пациентов 2-й группы в период адаптации к протезам

Фагоцитарный индекс имел тенденцию к повышению на 1 месяц до  $46,0 \pm 0,3$  %,  $p < 0.05$  по сравнению с показателями 1-й группы, фагоцитарное число достоверно увеличилось к 10 дню до  $5,0 \pm 0,3$  ( $P < 0.05$ ), по сравнению с «до лечения», на 1 месяц до  $6,0 \pm 0,3$  ( $P < 0.05$ ) и вновь уменьшилось  $5,0 \pm 0,3$  ( $P < 0.05$ ) на 2 месяц, что выше показателей «до лечения» и в 1-й группе (рисунок 19).

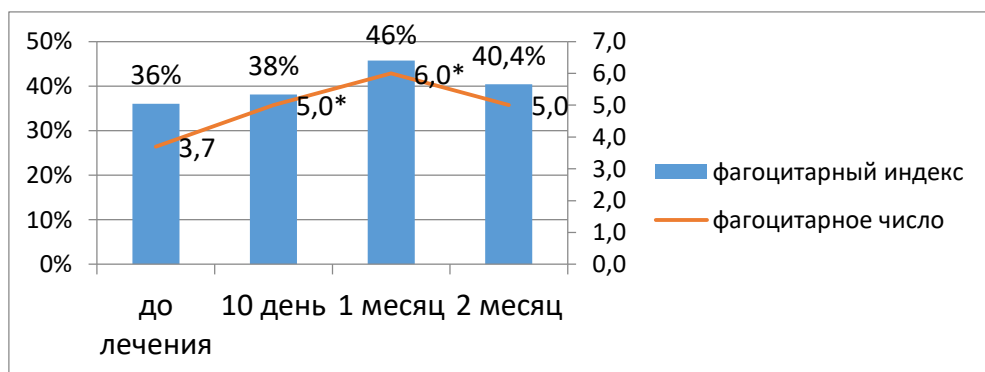


Рисунок 19. Динамика изменений показателей фагоцитоза в слюне у пациентов 2-й группы в период адаптации к протезам.

Обозначения: \* - достоверные ( $P < 0.05$ ) отличия от показателя «до лечения»



Таким образом, после наложения частичных съемных протезов у пациентов данной группы было отмечена нормализация основных показателей местного иммунитета в полости рта, но незначительная: повышался исходно сниженный уровень иммуноглобулинов, лизоцима, фагоцитарный индекс. Кроме того, все пациенты 2-й группы отмечали улучшение общего самочувствия, изменения в клинической картине ХРАС: уменьшились болевые ощущения, дискомфорт в полости рта, в течение 2-х месяцев ни у одного пациента не было рецидива заболевания, появилась вера в дальнейшее лечение.

По нашему мнению, такие изменения связаны не только с грамотным выбором стоматологического материала «Дефлекс», но и с проведенным курсом медикаментозной и физиотерапии, обладающей обезболивающим, противоотечным, эпителизирующим действиями.

### **3.2.3. Изменение показателей состояния факторов местного иммунитета полости рта у пациентов третьей группы после протезирования частичными съемными протезами**

Пациенты 3-й группы, пользующиеся протезами из «Дефлекс», помимо медикаментозной и физиотерапии, получали препарат «Азоксимера бромид», который принимался пациентами сублингвально по 1 таблетке дважды в день. Состояние факторов местного иммунитета в этой группе пациентов также изучали на 10-й день, через 1 месяц и 2 месяца после проведенного комплексного лечения. Так, на 10-й день нормализовался уровень лизоцима и отмечалось увеличение уровня s-Ig, IgA и IgG. Через месяц мы зафиксировали постоянство фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса. Таким образом, применение протетического лечения при частичном отсутствии зубов с использованием материала «Дефлекс», комплекса медикаментозного лечения, включающего препарат «Азоксимера бромид», аппликации на элементы поражения слизистой оболочки рта «Диплен Дента ЛХ» 2 раза в день 7 дней; бальзам Винилин 2 раза в день 5 дней, по 20 минут и физиотерапию

неполяризованным импульсным красным светом «Светозар» по 1 минуте на каждый элемент поражения слизистой оболочки полости рта в течение 5 дней, приводило к увеличению количественного содержания s-IgA, по сравнению с показателями до лечения, нормализации количественного содержания IgA, IgG в смешанной слюне, уровня лизоцима и функциональной активности нейтрофилов по сравнению с показателями до проведения лечения. Пролонгированный эффект действия данной терапии сохранялся и на 2-й месяц (таблица 15).

Оценка показателей на 10-й день выявила статистически достоверную тенденцию к увеличению содержания IgG в смешанной слюне, что составило  $72 \pm 0,02$  мг/л ( $p < 0,05$ ). Это статистически большая величина по сравнению с показателем «до лечения» и показателями пациентов из 1-й группы.

В первый месяц после протезирования уровень IgG в ротовой жидкости имел тенденцию к выраженному повышению и составил  $81,0 \pm 0,02$  мг/л ( $p < 0,05$ ), на второй месяц IgG равнялся  $86,0 \pm 0,01$  мг/л ( $p < 0,05$ ), что статистически достоверно выше по сравнению с показателями «до лечения» и с аналогичными показателями в 1-й группе. Данный показатель был равен практически нормальному значению (таблица 15).

Нами отмечена стабильная положительная динамика показателей s-IgA на протяжении всего срока адаптации к частичным съемным протезам. Как следует из таблицы 16, данный показатель повысился уже на 10-е сутки после протезирования до  $284,0 \pm 0,01$  мг/л.

Уровень IgA также имел характерную тенденцию к повышению на протяжении всего периода адаптации: его содержание в ротовой жидкости составило на 1-й месяц  $416,0 \pm 0,01$  мг/л ( $p < 0,05$ ), что достоверно выше, чем в 1-й и 2-й группах; статистически достоверное повышение на 2-й месяц -  $418,0 \pm 0,02$  мг/л ( $p < 0,05$ ) (таблица 15).

Таблица 15 - Динамика изменений концентрации иммуноглобулинов слюны у пациентов 3-й группы в период адаптации к протезам

Иммуноглобулины	До лечения	10-й день	1 месяц	2 месяца
Ig G (мг/л)	68,0±0,01	72,0±0,02	81,0±0,02	86,0±0,01
Ig A (мг/л)	258,0±0,02	314,0±0,02	416,0±0,01	418,0±0,02
s-Ig A (мг/л)	180,0±0,02	284,0±0,01	471,0±0,02	469,0±0,01

Таким образом, на фоне повышения показателей уровня IgG «до лечения» нами зарегистрировано повышение уровня s-IgA и IgA в ротовой жидкости к 1-му месяцу после наложения протезов.

Повышение уровня s-IgA, IgG и IgA указывает на нормализацию специфической реактивности полости рта и подтверждает способность препарата «Азоксимера бромид» значительно повышать защитные свойства ротовой жидкости. На фоне применения препарата «Азоксимера бромид» восстанавливается антиген представляющая функция гуморального звена иммунитета и происходит активация специфического иммунитета полости рта, а повышение уровня IgG ротовой жидкости у пациентов 3-й группы наглядно подтверждает противовоспалительное и иммуностимулирующее действие препарата «Азоксимера бромид». Пролонгированный эффект действия данного препарата сохранялся до 2,5-х месяцев.

Отмечено значительное статистически достоверное повышение активности лизоцима уже на 1 месяц наблюдений до 40,2±0,5% в отличии от показателя «до лечения», данная тенденция сохранялась и на 2-й месяц (48,5±0,4%,  $p < 0.05$ ), достоверно повышение ( $p < 0,05$ ) по сравнению с 1-й и 2-й группами (рисунок 20).

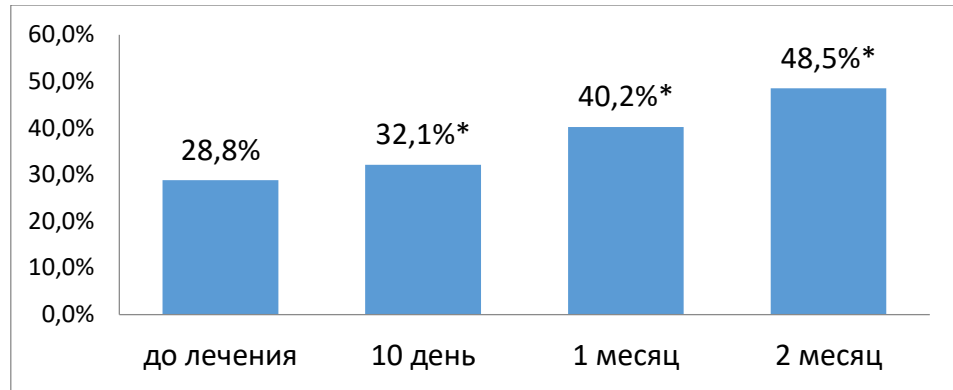


Рисунок 20. Динамика изменений активности лизоцима в слюне у пациентов 3 группы в период адаптации к протезам.

Обозначения: \* - достоверные ( $p < 0.05$ ) отличия от показателя «до лечения»

Положительную динамику Ксб (коэффициента сбалансированности) факторов местного иммунитета полости рта у данной группы пациентов наблюдали уже на 10 сутки после протезирования. Если изначально значение данного показателя было повышено, то через 10 дней снизилось и составило  $2,09 \pm 0,06$  ( $p < 0.05$ ), статистически достоверное отличие от показателя «до лечения» и 1-й группы. На 1-й месяц после протезирования Ксб приблизился вплотную к норме  $1,32 \pm 0,04$  ( $p < 0.05$ ), 2 месяц  $1,35 \pm 0,03$  ( $p < 0.05$ ) (рисунок 21).

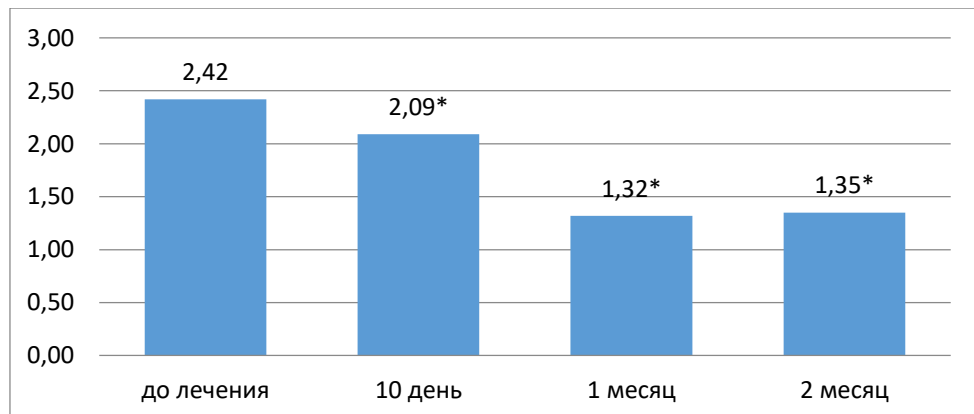


Рисунок 21. Динамика изменений коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб) в ротовой жидкости пациентов 3 группы в период адаптации к протезам

Обозначения: \* - достоверные ( $p < 0.05$ ) отличия от показателя «до лечения»

Фагоцитарная активность также повышалась на всем протяжении адаптации пациентов к протезам и на 10-е сутки составила  $51,0 \pm 1,9\%$  ( $p < 0.05$ ) в отличие от показателя до лечения; на момент 1-го месяца показатель был

69,0±1,8% и во 2-й месяц - 63,0±1,5% ( $p<0.05$ ), что достоверно выше, чем «до лечения» и по сравнению с показателями 1-й и 2-й групп (рисунок 24). Фагоцитарное число увеличилось к 10 дню до 5,0±0,2 ( $p<0.05$ ), к 1 месяцу до 8,0±0,2 ( $P<0.05$ ) и ко 2 месяцу 7,0±0,3( $p<0.05$ ) по сравнению с 1- й и 2-й группами (рисунок 22).

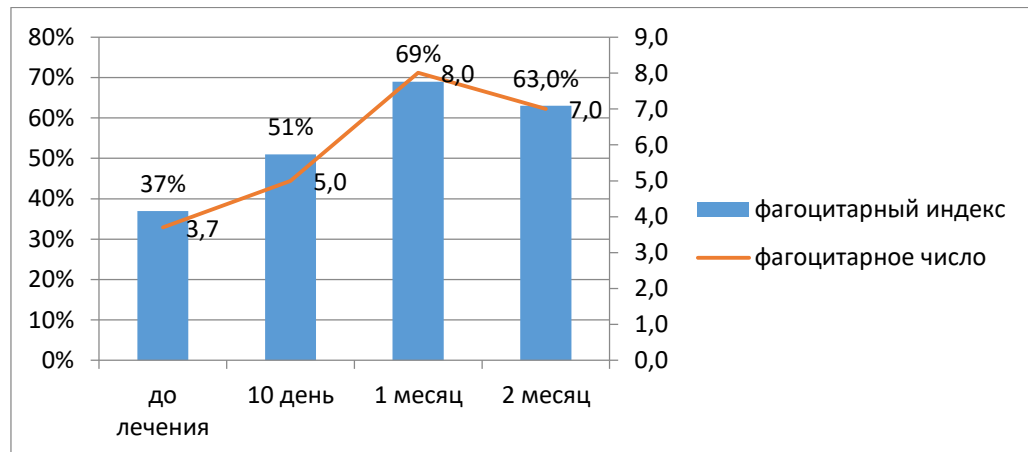


Рисунок 22. Динамика изменений показателей фагоцитоза в слюне у пациентов 3-й группы в период адаптации к протезам

Таким образом, включение препарата «Азоксимера бромид» в комплекс реабилитационных мероприятий у пациентов 3 –й группы способствовало не только устранению дисбаланса факторов специфического местного иммунитета полости рта, но и повышению защитных характеристик ротовой жидкости, проявляющуюся увеличением содержания s-Ig и снижением IgA, IgG, нормализацией уровня лизоцима и ростом функциональной активности нейтрофилов.

Анализ полученных результатов дает основание полагать, что разработанный комплекс мероприятий с применением препарата «Азоксимера бромид» у пациентов третьей группы способствует положительной коррекции местного иммунитета в полости рта.

Необходимо отметить, что данный положительный эффект сказывается и на общем состоянии пациентов, выражающемся в исчезновении дискомфорта при общении с другими людьми, уменьшении количества

морфологических элементов, отечности и гиперемии слизистой оболочки протезного ложа, а также уменьшением количества рецидивов ХРАС.

Проводя сравнение изменения показателей во всех трех группах, можно отметить, что у пациентов 1-й и 2-й групп содержание s-IgA, IgA и IgG в смешанной слюне в течение всего срока наблюдений после незначительного повышения на 10-е сутки в последующем возвращалось к исходному уровню. Напротив, в 3-й группе показатели s-IgA, IgG и IgA изменялись существенно, приближаясь к показателям нормы, в сравнении с показателями 1-й и 2-й групп.

О нормализации местного иммунитета ротовой полости, при включении препарата «Азоксимера бромид» в комплексное лечение в 3-й группе обследованных, свидетельствовало достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб), в то время как у пациентов 1-й группы величина данного показателя ( $> 2$ ) указывала на его неблагоприятное состояние (рисунок 23).

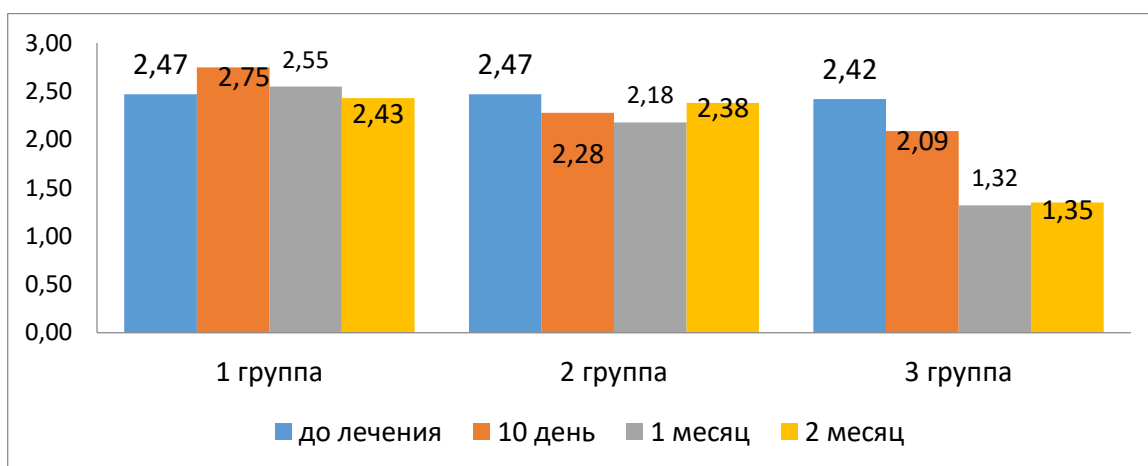


Рисунок 23. Средние показатели коэффициента сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб) в ротовой жидкости пациентов всех групп в течение всего периода наблюдений

Возрастание величин фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса, достоверно превышавших на протяжении всего наблюдения аналогичные показатели пациентов во 2-й и, особенно, в 1-й группе, свидетельствовали о снижении напряженности местного гуморального иммунитета и активации

клеточного иммунитета у пациентов 3-й группы, в комплекс лечения которых был включен препарат «Азоксимера бромид» (рисунок 24, рисунок 25).

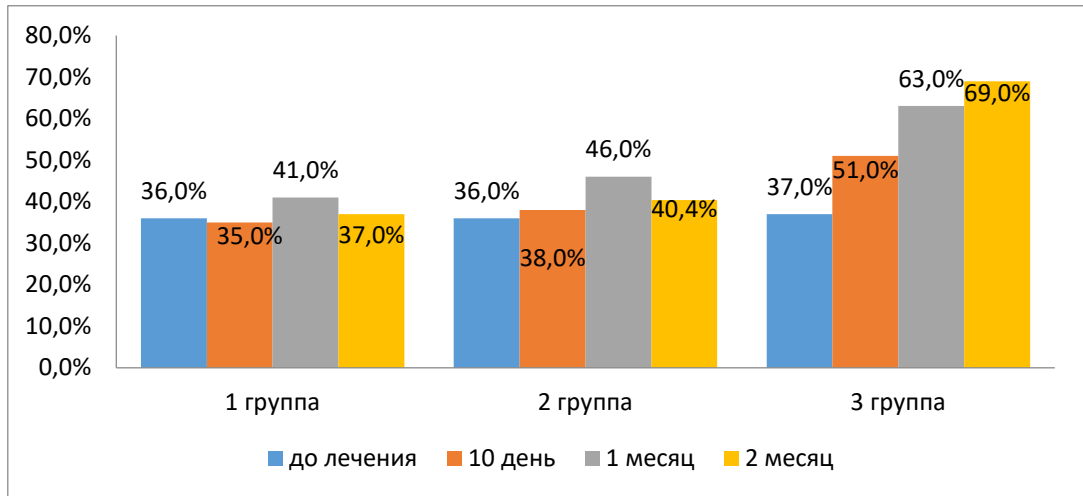


Рисунок 24. Средние показатели фагоцитарного индекса в слюне пациентов всех групп до и после лечения

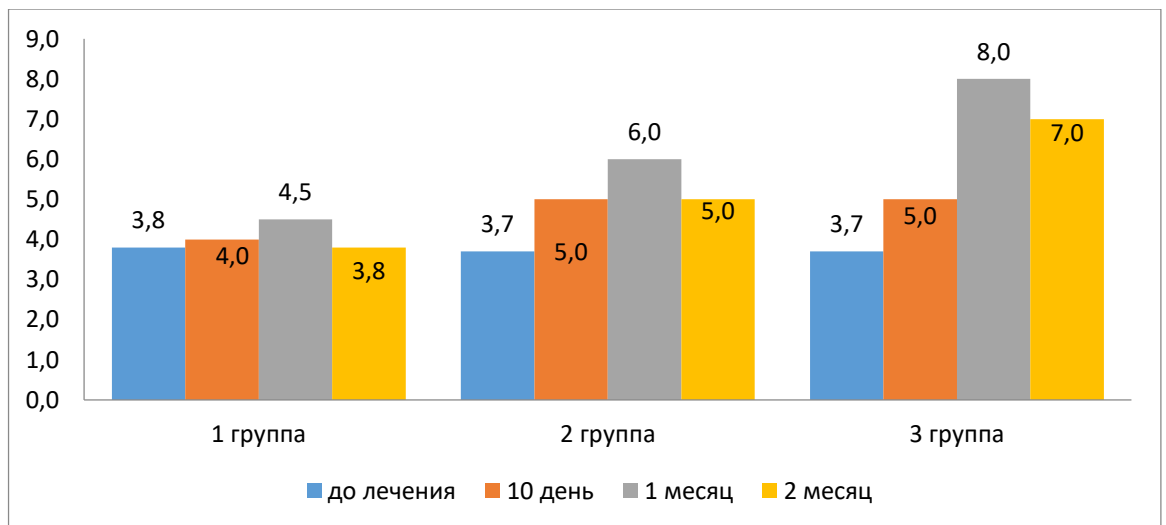


Рисунок 25. Средние показатели фагоцитарного числа в смешанной слюне пациентов всех групп до и после лечения

Сравнительный статистический анализ результатов исследования местного иммунитета показал существенные различия изменений показателей в период адаптации пациентов к частичным съемным протезам (таблица 16).

Таблица 16 - Сводная таблица динамика иммунных показателей ротовой жидкости во всех трех группах( $M \pm m$ )

Показатели	Группы	Периоды исследования			
		До лечения	10-й день	1-й месяц	2-й месяц
s-Ig A(мг/л)	1-я гр.	181,0±0,02	178,0±0,01	179,0±0,01	180,0±0,01
	2-я гр.	179,0±0,05	180,0±0,01	181,0±0,02	180,0±0,01
	3-я гр.	180,0±0,03	284,0±0,01	471,0±0,02*	469,0±0,01*
IgA(мг/л)	1-я гр.	256,0±0,02	254,0±0,02	257,0±0,01	257,0±0,01
	2-я гр.	257,0±0,02	258,0±0,02	259,0±0,01	259,0±0,02
	3-я гр.	258,0±0,01	314,0±0,02	416,0±0,01*	418,0±0,02*
IgG(мг/л)	1-я гр.	69,0±0,01	71,0±0,01	70,0±0,02	69,0±0,01
	2-я гр.	68,0±0,03	69,0±0,01	70,0±0,02	69,0±0,02
	3-я гр.	68,0±0,01	72,0±0,02*	81,0±0,02*	86,0±0,01*
Активность лизоцима (%)	1-я гр.	28,3±0,9	26,5±0,6	27,2±0,5	28,1±0,6
	2-я гр.	28,8±0,6	29,2±0,7	29,9±0,5	31,1±0,2
	3-я гр.	29,1±0,2	32,1±0,3	40,2±0,5*	48,5±0,4*
Фагоцитарный индекс	1-я гр.	36,0±1,4	35,0±1,7*	41,0±1,2	3,7,0±1,3
	2-я гр.	36,0±1,1	38,0±1,2	46,0±0,3	40,4±1,0
	3-я гр.	38,0±1,2	51,0±1,9*	69,0±1,8*	63,0±1,5*
Фагоцитарное число (%)	1-я гр.	3,8±0,2	4,0±0,2	4,5±0,3	3,8±0,3
	2-я гр.	3,7±0,1	5,0±0,3*	6,0±0,2*	5,0±0,1*
	3-я гр.	3,7±0,2	5,0±0,2*	8,0±0,2*	7,0±0,3*
Ксб	1-я гр.	2,47±0,06	2,75±0,06*	2,55±0,07	2,43±0,07
	2-я гр.	2,39±0,1	2,28±0,06	2,18±0,08	2,38±0,05
	3-я гр.	2,42±0,04	2,09±0,05*#	1,32±0,04*	1,35±0,02*

Обозначения: \* - достоверные ( $p \leq 0,05$ ) отличия от показателей 1-й группы.

Как следует из таблицы 16, у пациентов 1-й группы наблюдалось нарастание дисбаланса между факторами местного иммунитета полости рта на протяжении всего периода адаптации к частичным съемным протезам, в то же время как у пациентов 2-й группы, у которых при протезировании из стоматологического материала «Дефлекс» и комплексной медикаментозной и физиотерапии, и 3-й группы, у которых сочеталось применение протезов из стоматологического материала «Дефлекс» и комплекса медикаментозной, включающей препарат «Азоксимера бромид», и физиотерапии, достоверно,



повышались защитные свойства ротовой жидкости, что способствовало устранению дисбаланса между факторами иммунологической резистентности полости рта.

### **3.3. Результаты бактериологических исследований**

При оценке количественной и качественной обсемененности слизистой оболочки протезного ложа ((общее микробное число (ОМЧ) в условных единицах (у.е.)) было установлено, что у пациентов всех трех групп микробные ассоциации представлены в большем количестве кокковой флорой: *St. aureus*, *Candidaalbicans*, *Neisseria*, *Klebsiella*, *Str.piogenes*, *Str. Pneumonia*, *Str.epidermidis*. Вследствие ослабления иммунной защиты слизистой оболочки полости рта увеличивается количество микробных ассоциаций, в частности, анаэробов. Появляются *Enterococcus faecalis* и грибы рода *Candida*, что свидетельствует о дисбактериозе ротовой полости.

Анализируя полученные результаты видовой принадлежности бактерий в материале, взятом со слизистой оболочки протезного ложа у пациентов 1-й группы, обнаружили, что через 10 дней наблюдения в данной группе пациентов регистрируется усиление роста патогенной и условно-патогенной флоры, который наблюдается и через 1 месяц исследования (Таблица 17)

Во 2-й группе замечено значительное снижение патогенной микрофлоры на 10-е сутки исследования, к 30 суткам количество колоний уменьшилось в 10-20 раз, либо не высевалось совсем.

В таблице 17 отражено, что у пациентов 3-й группы, использующих в комплексе ортопедического и медикаментозного лечения препарат «Азоксимера бромид», на 10-й день исследований количество колоний патогенной флоры значительно снижалось или не высевалось совсем. На 30-сутки патогенная флора в 3-й группе пациентов фактически не высевалась.

Таблица 17 - Динамика показателей обсемененности протезного ложа в процессе лечения (ОМЧ, в у.е.) ( $M \pm m$ )

Микроорганизм	Группа пациентов	Срок исследования		
		До лечения	10 сутки	30 сутки
St. aureus	1 группа	42,8±0,7	57,4±0,7*	47,9±1,3*
	2 группа	38,0±1,3	17,5±1,4#	7,5±1,0#
	3 группа	42,8±1,6	28,5±1,7*#	2,5±0,4*#
Neisseria	1 группа	14,3±0,2	14,2±0,2	12,8±0,7
	2 группа	9,5±0,7	3,8±0,2*#	1,8±0,2*#
	3 группа	9,5±0,7	0*#	0*#
Klebsiella	1 группа	4,8±0,1	4,8±0,1	1,4±0,1*
	2 группа	4,8±0,2	2,1±0,3	0*
	3 группа	4,8±0,2	0*#	0*
Str. piogenes	1 группа	14,2±0,2	15,2±0,2	14,1±0,2
	2 группа	9,5±0,6#	5,7±0,5#	1,8±0,5*#
	3 группа	9,5±0,8#	4,7±0,4*#	0*#
Str. pneumonia	1 группа	4,8±1,0	4,8±0,1	2,2±0,1
	2 группа	4,8±0,2	1,8±0,2	0,8±0,2
	3 группа	4,7±0,3	0*#	0*#
Ent. faecalis	1 группа	18,4±0,2	19,4±0,2	17,3±0,2
	2 группа	18,0±0,7	14,2±0,4*#	3,5±0,6*
	3 группа	18,4±0,5	0*#	0*#
Candida albicans	1 группа	34,4±0,2	47,6±1,0*	47,6±0,9*
	2 группа	33,3±1,9	8,5±1,5#	3,3±1,9#
	3 группа	34,1±2,4	0*#	0*#

Примечание: \* - достоверные ( $p \leq 0,05$ ) отличия от показателей «до начала лечения»; # - достоверные ( $p \leq 0,05$ ) отличия от показателей 1-й группы

Таким образом, применение предложенного способа лечения, включающего протезирование частичными съемными конструкциями пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и комплексной медикаментозной и физиотерапии, повышает антиинфекционную резистентность в полости рта и позволяет нормализовать дисбаланс между нормальной флорой и иммунным ответом организма, выражающиеся в подавлении роста патогенной флоры.

### **3.4. Результаты оценки качества жизни с помощью адаптированного стоматологического опросника ОНПР-14**

Качество жизни и комфорта пациентов до лечения и процессе лечения оценивали адаптированным к российской стоматологической врачебной практике, известным и информативным опросником ОНПР-14(см. глава 2).

Пятибалльная шкала (0 – никогда, 1 – иногда, 2 – время о времени, 3 – часто, большую часть времени, 4 – все время) помогает оценить варианты ответов на 14 вопросов теста. Вероятность подверженности человека воздействию стоматологических заболеваний возрастает с увеличением количества баллов. Уровень комфорта и качества жизни пациентов интерпретируют по итоговой сумме баллов (0-12 – «хороший», 13-24 – «удовлетворительный», 25-56 – «неудовлетворительный»). При этом проводятся контрольные опросы:

- 1 – до лечения,
- 2 – через 1 месяц,
- 3 – через 3 месяца,
- 4 – через 6 месяцев,
- 5 – через 12 месяцев после начала лечения.

Данное исследование позволило установить объективное отношение пациента с ХРАС к своему заболеванию, уровень мотивации и решить вопросы временных параметров клинических этапов и соответствующей схеме медикаментозного лечения.

В ходе исследования мы сформулировали положения, согласно которым при комплексном ортопедическом лечении пациентов с ХРАС и частичной вторичной адентией, необходимо:

1. При применения комплексного ортопедического лечения пациентов с ХРАС и частичной вторичной адентией повысить показатели уровня комфорта и качества жизни, в том числе обуславливающих эстетику, приём пищи и речь.

2. Обеспечить рациональное комплексное ортопедическое стоматологическое лечение на основании индивидуальных психоэмоциональных проблем пациента.

3. Коррекцию протезов проводить с учётом особенностей психологического типа каждого пациента.

Как сообщается в литературных источниках [7, 8, 29, 43, 62, 101], для оценки эффективности протетического лечения необходимо включать помимо разнообразных клинических показателей и параметры комфорта и качества жизни пациентов.

Как известно из литературных источников, существует несколько типов нервной системы [33, 101, 104]. Сангвиники - это пациенты с относительно уравновешенной психикой, флегматики нуждаются в более глубокой и длительной, обстоятельной подготовке к протетическому лечению, холерики – пациенты с быстро и легко возбудимой нервной системой, что делает ее уязвимой в вопросах восстановления психологического ресурса [33, 101, 104]. Поэтому для проведения комплексного ортопедического лечения данного типа пациентов врач-стоматолог должен быть выдержанными на каждом приеме применять лаконичные и корректные термины. Меланхолики относятся к слабому типу нервной системы. Такие пациенты представляют наибольшие трудности в психологической подготовке и проведении протетического лечения. Таким пациентам помимо психологической подготовки, заключающейся в подготовительных беседах, необходимо проводить во время всего курса лечения медикаментозную терапию. Только при такой схеме комплексного ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов и ХРАС, можно получить благоприятные результаты. Максимального успеха при протезировании можно добиться только при взаимопонимании между врачом и пациентом.

Отечественными стоматологами была предложена шкала клиническая стоматологическая [7, 8, 29, 43, 62, 101]. С ее помощью оценивается психоэмоциональный и физиологический статус пациентов [101]. В своем

исследовании мы также использовали данную шкалу, где оценивали пять базисных психоэмоциональных ответных реакций на момент анкетирования пациента: А – астеническая, Д – депрессивная, Т – тревожная, Ип – ипохондрическая, Ис – истерическая[7, 8, 29, 43, 62, 101]. Учитывались степени выраженности этих реакций и, затем переводились в соответствующие баллы.

Во время опроса и сбора анамнеза мы уделяли внимание внешнему виду, адекватности и особенностям поведения пациента в стоматологическом кресле. Анализировали мотивированность к предлагаемому протетическому и, при необходимости, медикаментозному лечению. Обращали внимание на характер ответов на поставленные пациенту вопросы, отмечали при этом степень выраженности или умеренности каждой психоэмоциональной реакции [15]. Затем, объединяя показатели и критерии, получали график уровня психофизиологического состояния пациента, зависящего от его психологического типа в момент посещения(рисунок 26).

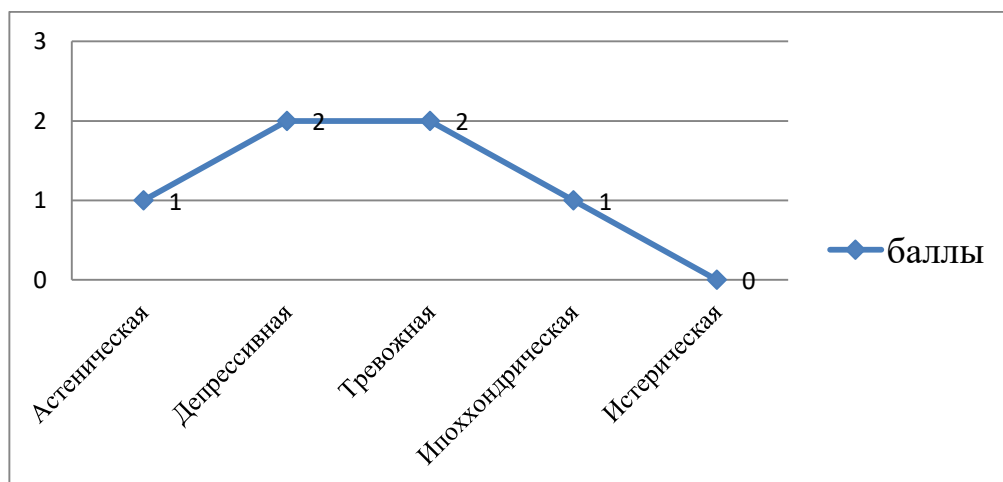


Рисунок 26. Пример графика уровня психофизиологического состояния пациента

Мы сочли необходимым проводить опрос и тестирование пациентов на следующих этапах комплексного ортопедического лечения:

1-й этап – за сутки до начала проведения (при обращении в клинику);

- 2-й этап – спустя 1 месяц после курса комплексного лечения;
- 3-й этап – спустя 3 месяца после курса комплексного лечения;
- 4-й этап – спустя 6 месяцев после проведенного курса лечения.

Применение критериев оценки уровня комфорта и качества жизни пациентов было особенно необходимо, так как позволило установить комплексное отношение обследуемого к присутствующему у него заболеванию и подобрать наиболее подходящие схемы протезирования с учетом собственного понимания пациента об уровне комфорта и качества его жизни.

При каждом посещении с помощью опросника ОНП-14 были однотипно оценены параметры уровня комфорта и качества жизни пациента. Стоматологическая анкета была разделена на четыре категории вопросов: проблемы, возникающие при приёме пищи; трудности, сопровождающие общение; трудности на работе и отдыхе.

В начале исследования для тщательной и объективной оценки качества жизни и уровня комфорта, уровня мотивации, в зависимости от выбранного способа ортопедической стоматологической помощи, все пациенты были разделены на три группы, указанные в главе 2.

Таблица 18 - Изменение уровня мотивации к комплексному ортопедическому лечению пациентов с ХРАС

Группа	До лечения	В процессе лечения
1 группа	2,78±0,01	1,54±0,02
2 группа	2,72±0,02	0,31±0,01
3 группа	2,75±0,01	0,49±0,03

Как следует из таблицы 18, в процессе комплексного ортопедического лечения менялся и уровень мотивации к лечению у пациентов с ХРАС: от низкого уровня (соответственно, 3 балла), отсутствия веры в успех лечения во всех клинических группах уровень повысился до высокого 1 - 0 баллов).

### **3.4.1. Зависимость уровня комфорта и качества жизни от пола обследуемых**

На первом приёме, до начала проведения ортопедического стоматологического лечения каждому пациенту предлагалось заполнить стоматологический опросник ОНП-14 с целью проанализировать его уровень комфорта и качества жизни [7, 15, 29, 43, 62, 101, 108].

Данные, полученные в результате анкетирования пациентов, показали, что их уровень комфорта и качества жизни напрямую связан с клиническими и эмоционально-психологическими факторами при ХРАС и частичной вторичной адентией, а также не мало важную роль играет пол и социальное положение.

Сравнительный анализ материалов, полученных в результате заполнения пациентами стоматологической анкеты ОНП-14 до начала ортопедического стоматологического лечения, наглядно показал различное гендерно-обусловленное отношение к имеющемуся заболеванию и частичной вторичной адентии.

Перед началом комплексного ортопедического стоматологического лечения женщины чаще мужчин указывали на то, что ХРАС и частичная вторичная адентия доставляют значительные неудобства в процессе приёма пищи, не позволяют полноценно работать и отдыхать, общаться с коллегами, родными и членами их семей. Кроме того, ХРАС и частичная вторичная адентия ставят пациентов женского пола в неловкое, стеснительное положение, тем самым повышая раздражительность в процессе общения, ещё более ухудшая отношения с окружающими и самочувствие. Повышенная эмоциональность представительниц женского пола, по сравнению с мужчинами, является причиной более частых трудностей в повседневной работе, что было отмечено женщинами при заполнении опросника ОНП-14.

Сравнительная оценка количества баллов и различия между полученными данными мужчин и женщин в трех группах, проанализированы и статистически незначимы (рисунок 27).

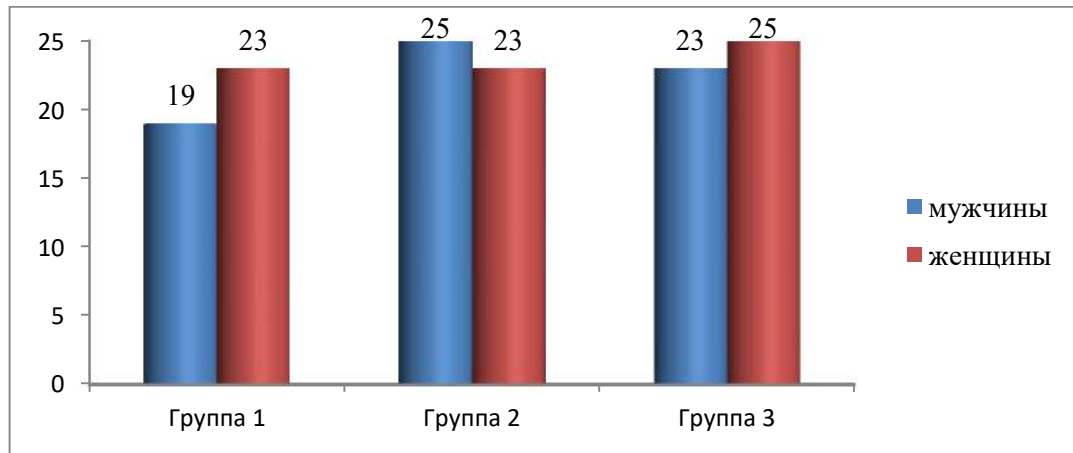


Рисунок 27. Сравнительная оценка количества баллов по уровню и качеству жизни в группах пациентов до лечения

Проведение дальнейшего исследования результатов анкетирования показало, что спустя один, три, шесть месяцев после начала комплексного ортопедического стоматологического лечения уровень комфорта и качества жизни как у женщин, так и у мужчин, значительно возрос во всех выделенных нами группах пациентов.

Также в положительную сторону изменился уровень общения с коллегами, друзьями и членами семьи: появилась уверенность в себе и дальнейшем лечении, что, в свою очередь, не только «позволило», но даже «инициировало» увеличить контакты с окружающими людьми. Прогресс, достигнутый после проведённого ортопедического стоматологического лечения, привёл к уменьшению трудностей в ежедневной работе, а уже через 1 месяц после окончания лечения уровень комфорта и качества жизни пациентов всех групп, обусловленный повседневной работой увеличился в 2 раза (составил от 0 до 1 балла).

Анализ данных, полученных при заполнении мужчинами и женщинами стоматологической анкеты ОНIP-14, указывает на ярко выраженную



тенденцию повышения уровня комфорта и качества жизни от показателя «плохой» и «удовлетворительный» до «хороший».

### **3.4.2. Зависимость комплексного ортопедического стоматологического лечения на уровень комфорта и качества жизни пациентов**

Эти отличия были значительно выражены через 1 и 3 месяца с начала ортопедического стоматологического лечения. После проведения лечебных мероприятий пациенты указывали на значительное улучшение общего состояния. Также отмечались не только повышенная мотивация к ортопедическому лечению, но и психоэмоциональные изменения и в положительную сторону:

- Преобладали эмоционально положительные реакции,
- Повышенная раздражительность и скованность исчезали,
- пациенты становились общительнее, повышалась уверенность в себе и в успешном завершении лечения.

По окончании ортопедического стоматологического лечения все пациенты отмечали значительное повышение эстетики полости рта, появление возможности принимать полноценную пищу (включая твёрдую), восстановление дикции, повышение психоэмоционального состояния.

Метод изучения уровня комфорта и качества жизни на основе данных, полученных при заполнении пациентами стоматологического опросника ОНП-14, позволяет отслеживать состояние пациентов с ХРАС и частичной вторичной адентией, получая информацию о физическом, эмоционально-психологическом и социально значимом состоянии, как каждого пациента, так и целой группы пациентов с целью определения, было ли проведённое лечение эффективно или нет.

При исследовании было отмечено изменение показателей уровня комфорта и качества жизни всех пациентов с ХРАС и частичной вторичной

адентией – суммарное количество баллов по каждому пункту опросника ОНП-14 снижалось.

Сравнению эффективности проводимых способов комплексного ортопедического стоматологического лечения в группах способствовала оценка состояния пациентов.

Сразу после начала ортопедического стоматологического лечения во 2-й и 3-й группах мы наблюдали повышение такого критерия как «эстетичность».

О высокой эффективности проведённого комплексного ортопедического стоматологического лечения во 2-й и 3-й группах говорит изменение показателя уровня комфорта и качества жизни, представленного в опроснике ОНП-14 «Имеются ли у Вас затруднения во время приема пищи?»

Результаты тестирования пациентов по ОНП-14 в динамике показали снижение и такого показателя уровня комфорта и качества жизни, как вопрос «Проблемы в полости рта делают Ваше питание неудовлетворительным?»

Критерий опросника ОНП-14, представленный вопросом «Имеется ли у Вас отсутствие вкусовых ощущений из-за проблем в полости рта?», перед началом комплексного лечения был у всех пациентов низким.

После окончания ортопедического стоматологического лечения этот критерий во 2-й и 3-й группах значительно повысился, но в 1-й группе пациентов улучшился незначительно.

Таким образом, показатели уровня комфорта и качества жизни, связанные с процессом приёма пищи и самим питанием, улучшились после завершения ортопедического стоматологического лечения во 2-й и 3-й группах.

Показатель уровня комфорта и качества жизни, заданный в опроснике ОНП-14 «Проблемы в полости рта делают Ваше общение с людьми неудовлетворительным?» получил также большее количество баллов во 2-й и 3-й группах пациентов.

В процессе проводимого ортопедического стоматологического лечения критерий опросника ОНП-14, представленный вопросом «Имеется ли у Вас повышенная раздражительность при общении с людьми?» также претерпел

изменения (уменьшение). Это объясняется плохим психоэмоциональным состоянием пациентов с ХРАС и частичной вторичной адентией до начала лечения и его значительным улучшением после успешного завершения лечения.

Положительные изменения в процессе проводимого лечения показателя, определяемого вопросом «Проблемы в полости рта мешают Вам отдыхать, расслабляться?», также определяется эффективностью проводимого ортопедического стоматологического лечения и возвращающейся к пациентам уверенностью в себе.

Критерий уровня комфорта и качества жизни, определяемый в опроснике ОНПР-14, как «Испытываете ли Вы полную неспособность к каким-либо действиям из-за проблем в полости рта?» отмечали примерно 56,1% пациентов в упавшем психоэмоциональном состоянии, желающих изолироваться от всех, переживающих по поводу частичной вторичной адентии имеющих повышенную утомляемость и усталость, апатию, проблемы со сном, частые головные боли, отсутствие аппетита. В изучении показателей уровня комфорта и качества жизни важны как данные отдельных пациентов, так и показания шкалы опросника ОНПР-14 по группам пациентов. Эти данные позволяют в динамике наблюдать изменения параметров комфорта и качества жизни пациентов на каждом этапе комплексного ортопедического стоматологического лечения.

Таким образом, проведя анализ данных по сумме баллов с помощью опросника ОНПР-14 в каждой из трех групп, можно сделать вывод, что до начала комплексного ортопедического лечения 80,31% пациентов (102 человека) характеризовали свой уровень качества жизни как «плохой» (25–41 балл), 18,12% человек (23 пациента) – как «удовлетворительный», 1,57% пациентов – как «хороший» (2 человека); результаты показаны на рисунке 28.

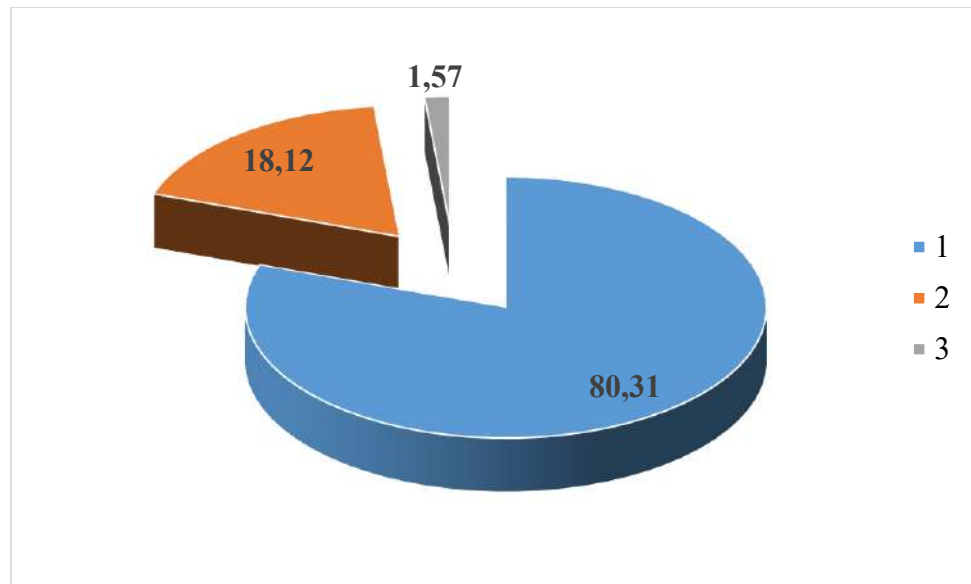


Рисунок 28. Уровень качества жизни 1 - «плохой», 2 - «удовлетворительный», 3 - «хороший» до начала комплексного лечения во всех группах пациентов

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР №1.

Пациентке З., имеющей в анамнезе и клинически проявляющиеся при первичном обращении признаки ХРАС и вторичную частичную адентию, было проведено комплексное ортопедическое лечение, заключающееся в применении материала «Дефлекс» для изготовления частичных съемных протезов, медикаментозной терапии (аппликации на элементы поражения СОР Диплен Дента ЛХ 2 раза в день 7 дней; Винилин: 2 раза в день 5 дней, время экспозиции 20 минут и физиотерапию светодиодным аппаратом «Светозар».

Показатели уровня качества жизни изучались у пациентки З. до лечения; через один месяц после проведенного комплексного ортопедического лечения; через 3 и 6 месяцев после начала лечения.

Нами отмечено, корреляция клинических признаков с большинством показателей по шкале до лечения, и их максимальное значение. Жалобы были на появление пять-шесть раз в году 3-5 афт на слизистой оболочке верхней и нижней челюсти плохую фиксацию протеза, изготовленного в государственной клинике, проблемы с жеванием и дикцией.

Результаты опроса пациентки в динамике ортопедического лечения представлены в таблице 18, свидетельствуя о том, что количество баллов по опроснику ОНП-14 до лечения составило 27. Таким образом, качество жизни было оценено как «плохое», уже через три месяца этот показатель снизился до 4 баллов, что соответствовало оценке «хороший».

Изменение показателей стоматологического опросника ОНП-14, по вопросам, фиксирующим прием пищи, эмоции и общение пациентки З., на протяжении всего периода реабилитации, представлено в таблице 19 и на рисунке 29.

Таблица 19 - Результаты опроса пациентки З. в динамике комплексного ортопедического лечения

№ амб.карты ФИО	Дата и номер посещения	Номер вопроса по ОНП-14														Общее кол-во баллов
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
342 З. А.Л.	24.10.21(1)	2	0	0	4	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	27
342 З. А.Л.	25.11.21(2)	2	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	15
342 З. А.Л.	27.02.21(3)	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
342 З.А.Л.	9.08.21(4)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
342 З. А.Л.	18.10.21(5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

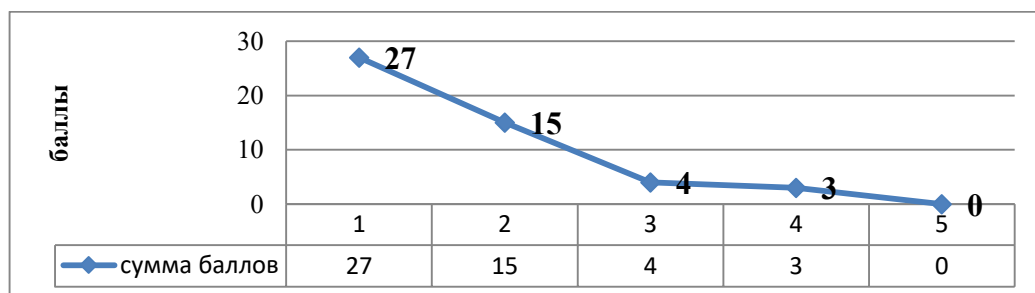


Рисунок 29. Результаты тестирования пациентки З. в процессе реабилитации

Анализируя причины отказа от стоматологических услуг клиники, где пациенты проходили лечение ранее, и низкую мотивацию к предложенному

нами лечению и протезированию, мы установили некоторые количественные параметры, представленные в таблице 20.

Таблица 20 - Результаты анализа отказа от услуг клиники, где пациенты проходили лечение ранее, и низкой мотивации к последующему лечению и протезированию

Причины отказа	Качество обслуживания	Цена	Низкое качество протезов	Не смогли ничем помочь	Другие причины
Кол-во(%)	105(82,68)	39(30,71)	78(61,42)	114(89,76)	12(9,45)

Как следует из таблицы 20, довольно высокому проценту пациентов «не смогли ничем помочь» в тех клиниках, куда они обращались по поводу протезирования. По-видимому, до настоящего времени не разработаны алгоритмы комплексного подхода оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с ХРАС.

В процессе лечения и протезирования эти параметры изменились: 108 пациентов (87,4%) оценили уровень качества жизни как «хороший», 16 человек (12,6%) – как «удовлетворительный» и 3 пациента (2,36%) – как «плохой» (рисунок 30).

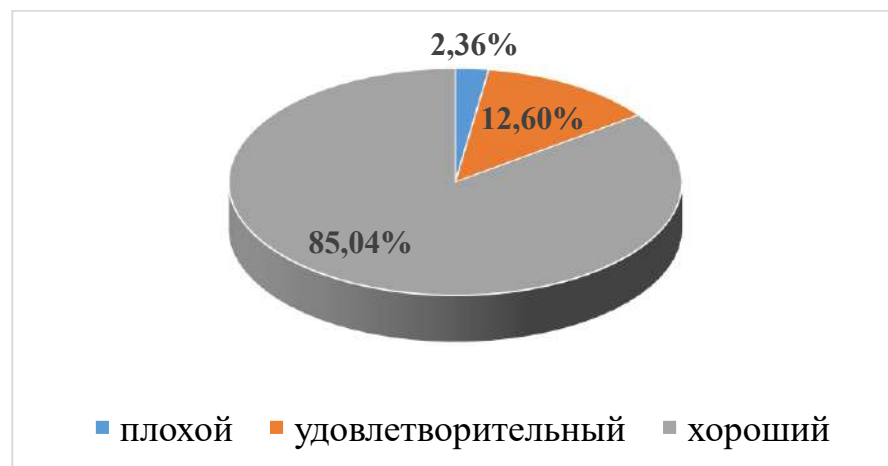


Рисунок 30. Уровень качества жизни в процессе комплексного ортопедического лечения во всех группах пациентов

Обобщая информацию, полученную при мониторинге уровня комфорта и качества жизни каждого пациента с ХРАС и частичной вторичной адентией по опроснику ОНПР-14, можно сделать следующие итоги:

1. Комплексная программа ортопедического стоматологического лечения с включением оценки эмоционально-психологического состояния пациента на всех этапах ортопедического стоматологического лечения улучшает уровень комфорта и качества жизни пациентов.

2. Все показатели уровня комфорта и качества жизни пациентов имеют индивидуальную динамику, определяемую особенностями клинической картины полости рта конкретного пациента с ХРАС и частичной вторичной адентией.

3. Стоматологический тест ОНПР-14 является достаточно информативным инструментом для оценки уровня комфорта и качества жизни пациентов с ХРАС и частичной вторичной адентией

4. Личностные переживания пациентов, сформулированные и высказанные самим пациентом, а не лечащим врачом, увеличивают шансы успешного проведения комплексного ортопедического стоматологического лечения.

5. Метод изучения качества состояния уровня жизни требуется использовать в комплексной программе ортопедического лечения пациентов с ХРАС и частичной вторичной адентией.

### **3.5.Методика оказания комплексного ортопедического лечения пациентов с частичным отсутствием зубов при хроническом рецидивирующем стоматите**

Необходимо обратить внимание, что лабораторные этапы для пациентов всех групп были одинаковы, а клинические этапы отличались применением медикаментозных препаратов и физиотерапии, подробно указанных в главе «Материал и методы». В качестве примера приводим алгоритм оказания комплекса протетического лечения для пациентов 2-й группы:

### 1-й этап (клинический)

1. Снятие слепков с зубных дуг верхней и нижней челюсти (основного и вспомогательного). Оттиск снимается альгинатной массой.

2. Аппликации пластин Диплен Дента ЛХ 2 раза в день 7 дней; Винилин: 2 раза в день 5 дней, время экспозиции 20 минут на проблемные зоны СОР и физиотерапия светодиодным аппаратом «Светозар»; рекомендации по домашнему применению разработанного и запатентованного нами лечебно-профилактического комплекса

### 1-й этап (лабораторный)

1. Проведение параллелометрии на рабочей модели с целью выбора опорных зубов, выявления их параллельности, оценки сложности рельефа протезного ложа. Этап дублирования модели силиконом также выполнялся по общепринятым правилам.

2. Изготовление восковых шаблонов с прикусными валиками из базисного воска «Беловакс-Б» (ВладМиВа, Россия). При обширных дефектах изготавливали индивидуальную оттискную ложку методом термоформирования. Использовали пластины «Erkorog» и термоформер «Erkoritklar». Эта методика позволяет исключить выпотевание мономера из пластмассы и не имеет травмирующих неровностей в сравнении с ложкой из самотвердеющей пластмассы.

### 2-й этап (клинический)

1. Определение центральной окклюзии, приемлемой в данном клиническом случае.

2. По показаниям использование лицевая дуга «ARCUS® evo» (Kavo). По необходимости, проведение аксиографии для получения параметров настройки артикулятора.

3. Аппликации Диплен Дента ЛХ 2 раза в день 7 дней; Винилин: 2 раза в день 5 дней, время экспозиции 20 минут на проблемные зоны СОР и физиотерапия светодиодным аппаратом «Светозар».

### 2-й этап (лабораторный)



1. Фиксация моделей в артикулятор PROTAR evo (KaVo, Германия)

2. Постановка искусственных зубов (фирмы-изготовители могут быть различными) на восковой базис.

3-й этап (клинический)

1. Примерка постановки искусственных зубов в полости рта. При этом оцениваются эстетические нормы, соответствие постановке зубов вертикальной, горизонтальной, клыковой линии, линии улыбки, наличие фиссурно-бугорковых контактов по окклюзионным кривым и фонетические пробы.

2. Аппликации Диплен Дента ЛХ 2 раза в день 7 дней; Винилин: 2 раза в день 5 дней, время экспозиции 20 минут на проблемные зоны СОР и физиотерапия светодиодным аппаратом «Светозар».

3-й этап(лабораторный)

1. Замена воска на стоматологический материал «Дефлекс».

2. Полирование и шлифование готовой ортопедической конструкции

4-й этап (клинический)

1. Наложение готового протеза в полости рта с устранением возможно имеющих дефектов окклюзионной поверхности. Определение качества фиксации протеза. Рекомендации пациентам по уходу за полостью рта и протезами и сроках адаптации к протезу.

2. Обязательный осмотр на следующий день для оценки стабилизации протезов и возможного проведения коррекции, назначали дальнейшее использование разработанного нами лечебно-профилактического комплекса – на 3-4 недели, вплоть до полного завершения адаптационного периода.

На всех этапах подготовки к протетическому лечению и в описанные ранее периоды наблюдения после рационального протезирования с использованием частичных съемных конструкций, с применением запатентованного лечебно-профилактического комплекса, у пациентов 2-й и 3-й групп не отмечали появления новых морфологических элементов десны и

красной каймы губ. Пациенты всех исследуемых групп демонстрировали психологическую настроенность и были мотивированы к протетическому лечению.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время не утратила своего значения потребность в протетической помощи с применением как частичных, так и полных съемных ортопедических конструкций. Этот факт объясняется распространенностью кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта, а также имеющимися у определенного процента пациентов хроническими заболеваниями слизистой оболочки рта, осложняющими качество оказания стоматологической ортопедической помощи.

Одним из таких заболеваний является хронический рецидивирующий афтозный стоматит, клинические проявления которого часто и надолго заставляют пациентов отказаться от ортопедического лечения.

Стоматологи-ортопеды, учитывая механическую нагрузку на ткани протезного ложа, понимают, что частичные, либо полные съемные протезы создадут дополнительную травму слизистой оболочке ротовой полости, увеличат сроки адаптации к протезам, а материал, из которого будут изготовлены конструкции может вызвать аллергическую реакцию у пациента. Кроме того, приходится учитывать и материальное положение пациентов, страдающих ХРАС.

Если выбор конструкции выпадает на частичный съемный протез, то учитываются неравномерная атрофия альвеолярного отростка и альвеолярной части в области дефекта зубного ряда, наличие, сроки появления и эпителизации афт.

Помимо этого, необходимо брать во внимание, что важным звеном в патогенезе ХРАС является снижение факторов как местного, так и системного иммунитета, а слизистая оболочка ротовой полости является функциональным элементом иммунной системы и, безусловно, очень быстро может быть вовлечена в патологическое функционирование.

Патологические изменения в полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите сопровождаются закономерными

варьированиями местного иммунитета. С целью объективизации данных изменений многие авторы предлагают определять показатели IgG, IgA, s-IgA, активность лизоцима в смешанной слюне.

При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите актуальной задачей для врачей-ортопедов является адаптация к частичным съемным протезам в связи с внедрением в практику эластичных материалов для базисов зубных протезов, увеличением аутоиммунных заболеваний в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией.

Для решения поставленных в данном исследовании задач, которые помогли бы улучшить оказание ортопедической стоматологической помощи пациентам с частичным отсутствием зубов на фоне хронического рецидивирующего афтозного стоматита, мы остановились на двух направлениях: использование термопластического стоматологического материала «Дефлекс» для изготовления частичных съемных протезов и второе - медикаментозную иммунокорректирующую и физиотерапию при лечении хронического рецидивирующего стоматита

С целью изучения адаптации слизистой оболочки протезного ложа к частичным съемным протезам мы исследовали показатели IgG, IgA, s-IgA, лизоцима в смешанной слюне, микрофлору протезного ложа, фагоцитарный индекс и фагоцитарное число.

При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите для улучшения в функционально активном состоянии слизистой оболочки рта важно не только грамотное протетическое лечение, но и комплекс лечебно-профилактических мероприятий, улучшающих трофические, обменные и защитные функции слизистой оболочки

В современной стоматологии, в связи с ростом иммунодефицитных состояний, ростом пациентов, перенесших COVID-19, как известно из научных публикаций, применяются иммунокорректирующие препараты.

Одним из таких препаратов является «Азоксимера бромид», который обладает широким спектром действия.

Именно поэтому свой выбор мы остановили на данном препарате, как средстве, в улучшающем адаптацию к частичным съемным протезам у пациентов с ХРАС.

При решении задач проведенного исследования мы изложили свое мнение по следующим вопросам: 1) об изменении клинической картины заболевания и состоянии факторов местного иммунитета полости рта во время адаптационного процесса к частичным съемным протезам; 2) об улучшении качества жизни пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и частичной потерей зубов в динамике после наложения протезов; 3) об изменении состава микрофлоры протезного ложа у данных пациентов в динамике после наложения протезов и 4) о влиянии применения препарата «Азоксимера бромид», медикаментозной терапии и диодного лазерного излучения на клиническое состояние слизистой оболочки рта.

Из 127 пациентов с частичным отсутствием зубов, имеющие в анамнезе и во время ортопедического лечения клинические признаки хронического рецидивирующего афтозного стоматита мы создали три группы с примерно одинаковым количеством исследуемых.

Первую группу – контрольную - составили пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, которым, учитывая состояние слизистой оболочки рта, были изготовлены частичные съемные ортопедические конструкции из стоматологического материала «Дефлекс»

Во вторую группу вошли пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом в анамнезе, которым после наложения протезов из стоматологического материала «Дефлекс», применяли разработанный и запатентованный нами способ лечения ХРАС, включающий медикаментозную (аппликации на элементы поражения слизистой оболочки рта «Диплен Дента ЛХ» 2 раза в день 7 дней, бальзам «Винилин» 2 раза в день по 15 минут в течение 5 дней и физиотерапию неполяризованным импульсным красным светом по 1 минуте на каждый элемент поражения слизистой оболочки в течение 5 дней.

Третью группу составили пациенты, которым до и после изготовления частичных съемных протезов из стоматологического материала «Дефлекс» помимо медикаментозной и физиотерапии (аппликации на элементы поражения слизистой оболочки рта «Диплен Дента ЛХ» 2 раза в день 7 дней, бальзам «Винилин» 2 раза в день по 15 минут в течение 5 дней и аппликации неполяризованным импульсным красным светом по 1 минуте на каждый элемент поражения слизистой оболочки в течение 5 дней), назначили препарат «Азоксимера бромид» сублингвально по 1 таблетке дважды в день.

Клиническое обследование пациентов, страдающих ХРАС и нуждающихся в ортопедической помощи, было проведено до протезирования и в динамике после наложения частичных съемных протезов: на первые сутки (фаза раздражения), седьмые сутки (срок частичного торможения – вторая фаза адаптации к протезу) и 30-е сутки после протезирования (фаза полного торможения - окончание адаптации к протезу).

При сборе анамнеза особое внимание обращали на субъективные ощущения пациентов (жалобы).

Общее количество жалоб в проанализированные нами сроки наблюдений (в 1-е, 3-и, 7-е и 30-е сутки после протезирования) составило: в 1-й группе – 135, во 2-й группе – 99, в 3-й группе - 78. Достоверно меньшее ( $p < 0,01$ ) количество жалоб во 2-й и 3-й группах подтверждено статистически расчетом критерия углового преобразования Фишера ( $\phi^*$ ).

Субъективные ощущения (жалобы) пациентов также помогли сделать вывод, что использование частичного съемного протеза из термопластического материала «Дефлекс» на фоне применения комплексной медикаментозной терапии, включающей прием препарата «Азоксимера бромид», аппликации на элементы поражения СОР Диплен Дента ЛХ 2 раза в день в течение 7 дней; бальзама «Винилин» 2 раза в день в течение 5 дней по 20 минут; сеансы низкоинтенсивного светодиодного излучение на пораженные участки СОР при помощи аппарата «Светозар» с параметрами –

длина волны –  $665 \pm 15$  нм, у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом существенно улучшает реакции адаптации.

Анализируя сроки эпителизации и исчезновения морфологических элементов у пациентов всех групп, необходимо отметить, что у пациентов 3-й группы этот процесс у 37 (92,5%) человек достигал за  $4,8 \pm 0,2$  суток, у второй группы у 38 (84,4%) человек за  $6,5 \pm 0,3$  суток, у первой группы процесс эпителизации и исчезновения морфологических элементов СОР составил у 39 (92,86%) человек  $9,7 \pm 0,2$  суток

Таким образом, реакции адаптации к частичным съемным протезам проходила в 2-2,5 раза эффективнее во 2-ой и 3-ей группах, чем в 1-й группе, где не применялся разработанный и предложенный нами комплекс лечения.

Необходимо отметить, что согласно протоколам, мы проводили коррекцию частичных съемных протезов во всех группах. Наибольшим оказалось среднее количество коррекций при расчете на 1 человека в 1-й группе:  $5,5 \pm 0,47$  ( $t_{CT}=3,42$ ); показатели во 2-й группе - ( $3,1 \pm 0,28$ ;  $t_{CT}=2,52$ ,  $p < 0,05$ ), в 3-й группе ( $3,0 \pm 0,11$ ;  $t_{CT}=2,23$ ,  $p < 0,01$ )., что достоверно подтверждает эффективность предложенной нами методики комплексного ортопедического лечения

Таким образом, принимая во внимание общее количество жалоб, сроки эпителизации и исчезновения морфологических элементов, период адаптации к частичным съемным протезам пациентов 2-й группы, можно сказать, что изготовление частичного съемного протеза из материала «Дефлекс», комплекс медикаментозной и физиотерапии, обладающей противовоспалительным, противоотечным и ранозаживляющим действиями, и включение препарата «Азоксимера бромид» в 3-й группе, обладающего выраженным противовоспалительным и противотоксичным действием, повышает качество оказания протетической помощи пациентам с частичным отсутствием зубов при наличии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Сравнивая исходные показатели IgG в ротовой жидкости пациентов с частичной потерей зубов и хроническим рецидивирующим афтозным

стоматитом, мы отметили их повышение по сравнению с показателем нормы: средний показатель в группах колебался от  $68,0 \pm 0,01$  мг/л до  $69,0 \pm 0,01$  мг/л. Содержание s-IgA было снижено по сравнению с нормой от  $181,0 \pm 0,02$  мг/л до  $179,0 \pm 0,05$  мг/л. Компенсаторное увеличение IgA в ответ на понижение s-IgA говорит об усугублении клинической картины в полости рта, средние показатели в группах соответствовали от  $256,0 \pm 0,02$  мг/л до  $258,0 \pm 0,01$  мг/л. После изготовления и «сдачи» частичных съемных протезов из материала «Дефлекс», комплексного медикаментозного и физиотерапевтического лечения был проведен анализ показателей местного иммунитета через 10 дней, 1 месяц и 2 месяца.

Таким образом, выраженное противовоспалительное и иммуномодулирующее действие препарата «Азоксимера бромид» проявлялось в снижении уровня IgG ротовой жидкости у пациентов 3-й группы исследуемых.

Как известно, «понижение образования и выделения на поверхность слизистой оболочки s-IgA является характерным симптомом местного или общего вторичного иммунодефицита». При этом содержание IgG в ротовой жидкости увеличивается, так как он считается индикаторным иммуноглобулином воспалительной реакции.

IgA является довольно нестабильным и выполняет свои защитные функции кратковременно. Он не имеет секреторного компонента для защиты от разрушения ферментативными системами слюны. Если существует дефицит s-IgA, то в качестве приспособительной реакции, повышается концентрация IgA.

Регуляция иммунного ответа на чужеродные вещества, в частности, на частичные съемные протезы, принадлежит секреторному IgA. Так как «антитела класса А на поверхности слизистой оболочки протезного ложа обладают вируснейтрализующей активностью, агглютинируют бактерии, предупреждают фиксацию микроорганизмов на клетках эпителиальной выстилки» [88, 114, 115, 123].



В нашем исследовании мы выявили четкую тенденцию к увеличению процентного содержания лизоцима в ротовой жидкости при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите. Наше исследование согласуется с литературными данными о том, что если «происходит снижение специфической защиты слизистой оболочки рта, то компенсаторно увеличивается содержание моноцитов крови и тканевых макрофагов, которые продуцируют лизоцим». Динамика показателей содержания лизоцима в ротовой жидкости в течение периода протетического лечения и реабилитации пациентов показала, что активность лизоцима у пациентов 1-й группы снизилась на 10-й день до  $26,5 \pm 0,6\%$  и незначительное повышение на 1-й месяц по сравнению с 10-м днем ( $27,2 \pm 0,5$ ), и возвращение на 2-й месяц к почти исходным показателям - ( $28,1 \pm 0,6$ ), по сравнению с данными «до лечения». У пациентов 2-й группы отмечалось незначительное увеличение активности лизоцима - ( $29,2 \pm 0,7\%$ ) на 10-е сутки по сравнению с показателем «до лечения», далее особого повышения активности не происходило ( $29,9 \pm 0,4\%$ ), но к концу второго месяца этот показатель становится равен  $31,1 \pm 0,4\%$ , приближаясь максимально к значениям нормы. У пациентов 3-й группы отмечено значительное статистически достоверное повышение активности лизоцима уже на 1 месяц наблюдений до  $40,2 \pm 0,5\%$  в отличие от показателя «до лечения», данная тенденция сохранялась и на 2-й месяц ( $48,5 \pm 0,4\%$ ,  $p < 0,05$ ), достоверно повышение ( $p < 0,05$ ) по сравнению с 1-й и 2-й группами.

Основным звеном биологической резистентности являются иммунные механизмы. Проводя оценку соотношений между показателями местного иммунитета полости рта, мы имеем возможность получить представление об их сбалансированности, выраженном коэффициентом сбалансированности (Ксб).

Оценивая Ксб до протезирования, необходимо отметить, что значение этого показателя было высоким по сравнению с нормой, что говорит о напряжении состояния факторов местного иммунитета полости рта и

снижении защитных сил организма пациентов с полной и частичной потерей зубов, дисбалансе факторов местного иммунитета.

Показатель Ксб у пациентов 2-й группы сохранялся слегка повышенным на протяжении всего срока адаптации к частичным съемным протезам. Значение Ксб на 10-е сутки после протезирования составило  $2,28 \pm 0,06$  ( $p < 0.05$ ), на 1-й месяц этот показатель  $-2,18 \pm 0,08$  ( $p < 0.05$ ), что меньше показателей «до лечения», а второй месяц показал значение  $2,38 \pm 0,05$ .

Таким образом, согласно результатам исследований, в ротовой жидкости пациентов 2-й группы наблюдался незначительный дисбаланс между факторами местного иммунитета полости рта на протяжении всего периода адаптации к частичным съемным протезам

Положительную динамику Ксб (коэффициента сбалансированности) факторов местного иммунитета полости рта у пациентов 3-й группы наблюдали уже на 10 сутки после протезирования. Если изначально значение данного показателя было повышено, то через 10 дней снизилось и составило  $2,09 \pm 0,06$  ( $p < 0.05$ ), статистически достоверное отличие от показателя «до лечения» и 1-й группы. На 1-й месяц после протезирования Ксб приблизился вплотную к норме  $1,32 \pm 0,04$  ( $p < 0.05$ ), 2 месяц  $1,35 \pm 0,03$  ( $p < 0.05$ ). Этот факт подтверждает снижение напряженности местного гуморального иммунитета у пациентов 3-й группы, достоверно превышавшие во все сроки наблюдения аналогичные показатели пациентов 1-й группы.

Таким образом, у пациентов 1-й группы фиксировалось нарастание дисбаланса между факторами местного иммунитета полости рта на протяжении всего периода адаптации к частичным съемным протезам, в то же время как у пациентов 2-й группы, у которых сочеталось применение протезов из «Дефлекс» и комплексной медикаментозной и физиотерапии, и 3-й группы, которым были изготовлены частичные съемные протезы из стоматологического материала «Дефлекс» и медикаментозной, включающей препарата «Азоксимера бромид» и физиотерапии, отмечалось повышение

защитных характеристик ротовой жидкости. Это способствовало устранению дисбаланса между факторами иммунологической резистентности полости рта.

Результаты бактериологического исследования показали, что у пациентов всех трех групп были выявлены патогенные и условно патогенные микроорганизмы такие как: *St.aureus*, *Candida albicans*, *Neisseria*, *Klebsiella*, *Str.piogenes*, *Str. Pneumonia*, *Ent. Faecalis*. Вследствие ослабления иммунной защиты слизистой оболочки полости рта увеличивается количество микробных ассоциаций, в частности, анаэробов. Появляются *Enterococcus faecalis* и грибы рода *Candida*, что свидетельствует о дисбактериозе ротовой полости.

Анализируя полученные результаты видовой принадлежности бактерий в материале, взятом со слизистой оболочки протезного ложа у пациентов 1-й группы, обнаружили, что через 10 дней наблюдения в данной группе пациентов регистрируется усиление роста патогенной и условно-патогенной флоры (например, *Str. Pneumonia* до лечения -  $4,8 \pm 1,0$  у. е., на 10-й день -  $4,8 \pm 0,1$  у. е., через месяц -  $4,2 \pm 0,1$  у. е.)

Во 2-й группе исследуемых пациентов, выявленный до протезирования рост патогенной и условно-патогенной флоры остался фактически на том же уровне с незначительными изменениями в сторону снижения через 10 дней и 1-й месяц исследования (например, *Str. Pneumonia* до лечения -  $4,8 \pm 0,2$  у. е., на 10-й день -  $1,8 \pm 0,2$  у. е., через месяц -  $0,8 \pm 0,2$  у. е.).

У пациентов 3-й группы, использующих в комплексе ортопедического и медикаментозного лечения препарат «Азоксимера бромид», на 10-й день исследований количество колоний патогенной флоры значительно снижалось или не высевалось совсем. На 30-сутки патогенная флора в 3-й группе пациентов фактически не высевалась (например, *Str. Pneumonia* до лечения -  $4,7 \pm 0,3$  у. е., на 10-й день - 0 у. е., через месяц - 0 у. е.).

Таким образом, использование предложенного способа комплексной медикаментозной и физиотерапии, включающей «Азоксимера бромид», в качестве иммунокорректора местного иммунитета, позволило ускорить

эпителизацию морфологических элементов протезного ложа, а также повысить резистентность слизистой оболочки ротовой полости к негативному воздействию частичного съемного протеза в адаптационный период.

Кроме того, наблюдается повышение показателей местного иммунитета. И как результат, уменьшается число посещений с целью коррекции протеза, улучшается качество жизни пациентов с частичным отсутствием зубов не только на начальном этапе адаптации, но и в течение всего времени пользования съемным протезом.

На клинических этапах подготовки и комплексного ортопедического лечения, а также в периоды наблюдения после рационального протезирования с использованием частичных съемных конструкций, на фоне применения запатентованного лечебно-профилактического комплекса у всех пациентов не наблюдали высыпания новых морфологических элементов, характерных для хронического рецидивирующего афтозного стоматита, в области протезного ложа и на красной кайме губ. У пациентов всех трех групп демонстрировалась психологическая настроенность и высокая мотивация к протетическому лечению.

По многочисленным данным, известно, что параметры комфорта и качества жизни пациентов, наряду с различными клиническими показателями, входят в систему критериев оценки эффективности проводимого лечения и представляют собой настоящую основу выбора ортопедического стоматологического лечения.

Обобщая информацию, полученную при мониторинге уровня комфорта и качества жизни каждого пациента с ХРАС и частичной вторичной адентией по опроснику ОНП-14, можно сказать, что комплексная программа ортопедического стоматологического лечения, разработанная и запатентованная нами, с включением оценки эмоционально-психологического состояния пациента на всех этапах ортопедического стоматологического лечения улучшает уровень комфорта и качества жизни пациентов, повышает уровень мотивации к лечению. До начала комплексного ортопедического

лечения 80,31% пациентов (102 человека) охарактеризовали свой уровень качества жизни как «плохой» (25–41 балл); 18,12% человек (23 пациента) – оценили, как «удовлетворительный», 1,57% пациентов – как «хороший» (2 человека). В процессе лечения и протезирования эти параметры изменились: 108 пациентов (87,4%) оценили уровень качества жизни как «хороший», 16 человек (12,6%) – как «удовлетворительный» и 3 пациента (2,36%) – как «плохой».

Таким образом, комплексный подход к ортопедическому стоматологическому лечению пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (в стадии ремиссии), нуждающихся в протезировании по поводу частичного отсутствия зубов, обеспечил необходимую эффективность и безопасность стоматологической помощи, способствовал укреплению психоэмоциональной сферы, повышению уровня мотивации к лечению и поддержанию определенного комфорта качества жизни пациентов.

Достоверные результаты, полученные в ходе работы, позволили считать, что поставленная цель была последовательно достигнута. Все вышеизложенное позволяет сформулировать следующие выводы и дать практические рекомендации.

## ВЫВОДЫ

1. Комплексный подход к ортопедическому стоматологическому лечению с включением оценки эмоционально-психологического состояния пациента на всех этапах улучшает уровень комфорта и качества жизни пациентов. Уже на 2-й неделе лечения отмечались не только повышенная мотивация к ортопедическому лечению, но и психоэмоциональные изменения и в положительную сторону.
2. При клинико-лабораторной оценке состояния протезного ложа у пациентов, пользующихся частичными съемными протезами из стоматологического материала «Дефлекс» на фоне иммунологической коррекции препаратом «Азоксимера бромид» наблюдается уменьшение жалоб за недельный период в 3,4 раза в сравнении с первой группой и в 1,9 раза в сравнении со второй группой, снижается риск обострения хронического рецидивирующего афтозного стоматита, гармонизируются функции речи и приема пищи достоверно ( $p < 0.05$ ) сокращаются сроки адаптации к частичным съемным протезам.
3. Разработанный способ комплексного протетического лечения пациентов с ХРАС достоверно выявил нормализацию факторов местной иммунологической защиты полости рта (IgA, IgG, s-IgA, лизоцим) и параметров качества жизни пациентов в течение адаптационного периода, начиная с 10-го дня наблюдений, что подтверждает ее результативность и действенность лекарственного средства «Азоксимера бромида».
4. Разработанные рекомендации по сочетанному применению рационально подобранной ортопедической конструкции из термопластического материала на фоне медикаментозной и физиотерапии, снижает риск обострения хронического рецидивирующего афтозного стоматита, что повышает эффективность протезирования и демонстрирует мотивацию и психологическую настроенность пациентов к протетическому лечению.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Изучение состояния слизистой оболочки протезного ложа, морфологических элементов полости рта, времени появления и длительности ремиссии при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите необходимо для оценки процесса адаптации пациентов к частичному съемному протезированию.

2. Перед протетическим лечением иммунологическое исследование смешанной слюны рекомендуется проводить всем пациентам, страдающим хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, что помогает выявить нарушения местного иммунитета ротовой полости.

3. При комплексном ортопедическом лечении пациентов с частичной вторичной адентией и хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом рекомендуется применение стандартной медикаментозной и физиотерапии, включающей препарат «Азоксимера бромид».

4. Оптимальным для пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом с частичным отсутствием зубов является изготовление конструкций из термопластических материалов.

5. Качество стоматологической ортопедической помощи пациентам с ХРАС невозможно без координации врачей-стоматологов-ортопедов и терапевтов с врачами-интернистами

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

Ig A, G – иммуноглобулины А и G

ИЛ- интерлейкины

КЖ – качество жизни

Ксб - коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета

ОНIP-19-RU - «Профиль влияния стоматологического здоровья»

s-Ig – секреторный иммуноглобулин

СОР – слизистая оболочка рта

ФИ – фагоцитарный индекс

ФЧ – фагоцитарное число

ХРАС – хронический рецидивирующий афтозный стоматит



**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акопова, Л. В. Клинико-биохимическая оценка эффективности терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита: специальность 14.01.14 «Стоматология», 03.01.04 «Биохимия»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Акопова Люцина Вячеславовна; Кубанский государственный медицинский университет.: Краснодар, 2015. 173 с. – Текст : непосредственный
2. Анализ методов оценки свойств стоматологических полимерных материалов [Текст] / Я.В. Костров, Н.А. Белоконова, С.А. Вшивков [и др.] // Успехи современного естествознания. 2016. № 5. С. 25–32.
3. Анализ эффективности применения термопластов для базисов съемных протезов в клинике ортопедической стоматологии [Текст] / Н.В. Чиркова, Н.А. Полушкина, А.С. Лисин [и др.] // Тенденции развития науки и образования. 2018. № 34, ч. 4. С. 55–57.
4. Аракелян, А.Г. Полимерные материалы для базисов съемных зубных протезов [Текст] / А.Г. Аракелян //Сборник: Концепции фундаментальных и прикладных научных исследований. сборник статей международной научно-практической конференции. Уфа, 2018.С. 24–25.
5. Арутюнян, М.Р. Клинический анализ применения пластиночных акриловых протезов и протезов на основе каркаса из полиоксиметилена [Текст] 128 / М.Р. Арутюнян, В.В. Коннов // Современные тенденции развития науки и технологий. 2015. № 6-4. С. 16-20.
6. Асланян, М.А. Профилактика негативного воздействия съёмных зубных протезов, проявляющегося в виде аллергических реакций на слизистой оболочке протезного ложа [Текст] / М.А. Асланян // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5, № 10. С. 1183.
7. Балин, К.Д. Оценка уровня качества жизни пациентов после стоматологических вмешательств / К.Д Балин, Э.Г. Борисова, М.К. Федичкина // Проблемы стоматологии. 2021, том 17, № 1. С. 5-11

8. Балин, К.Д. Влияние фонетической адаптации на качество жизни при протезировании пациентов с адентией / К.Д Балин, Э.Г. Борисова, В.Н Балин//Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2022. Т. 24. № 4. С. 78-81.
9. Барер, Г.М. Состояние микробиоциноза слизистой оболочки полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите / Г.М.Барер, В. Ионов // Cathedra. Медицинское образование. 2007. Т. 6, № 4. С. 24-27.
10. Ближайшие результаты применения съемных зубных протезов из нового отечественного базисного материала «Нолатек» [Текст] / Л.В. Дубова, Е.Р. Маджидова, М.А. Дзаурова [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 16–24.
11. Бондарь, В.В. Клинические аспекты лечения пациентов бюгельными протезами с различными системами фиксации [Текст] / В.В. Бондарь // Международный студенческий научный вестник. 2016. № 2. С. 39.
12. Борисова, Э.Г. [и др.] Барьерно-защитные возможности слизистой оболочки рта пациентов, страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом и пользующихся съемными протезами / Э.Г. Борисова, Х.О. Ягмуров, А.А. Комова, А.Ф. Спесивец // В сборнике: Теоретические и практические вопросы клинической стоматологии. сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2023 г. С. 17-19.
13. Борисова, Э.Г. Особенности клинического течения хронического рецидивирующего стоматита на фоне гальваноза / Э.Г. Борисова, А.А. Комова, Е.А. Никитина // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2018. №5. С. 46-49.
14. Борисова, Э.Г. Результаты клинической оценки состояния съемных зубных протезов из термопластов / Э.Г. Борисова, Н.Г. Машкова, А.Ф. Спесивец, Х.О. Ягмуров // Проблемы стоматологии. 2022.Т. 18, №3.С.139-143.

- 15.Борисова, Э.Г. Влияние неврологических осложнений, возникших после стоматологических вмешательств, на качество жизни пациентов / Э.Г. Борисова, Э.С. Грига, Х.О. Ягмуров // Вестник российской военно-медицинской академии.2018. - №1 (61).С. 95-97.
- 16.Борисова, Э.Г. Проблемы оказания ортопедической стоматологической помощи пациентам с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / Э.Г. Борисова, Х.О. Ягмуров, А.Ф. Спесивец //Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2022. Т. 24. № 4. С.75-79.
- 17.Брагин, Е.А. Структура нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц, проживающих в Ставропольском краевом геронтологическом центре [Текст] / Е.А. Брагин, А.Г. Тимошенко // Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 6. – С. 175-179.
- 18.Булгакова, А.И. Клинико-иммунологическая оценка состояния полости рта у пациентов с ортопедическими конструкциями, выполненными из разных конструкционных материалов [Текст] / А.И. Булгакова, Л.Ф. Азнабаева, Р.М. Галеев // Медицинский вестник Башкортостана.2017.Т. 12, № 4.С.39-42.
- 19.Булгакова, А.И. Клиническая характеристика пациентов с дефектами твердых тканей зубов и зубных рядов с различными ортопедическими конструкциями [Текст] / А.И. Булгакова, И.Р. Шафеев, Р.М. Галеев // Медицинский вестник Башкортостана.2014.№ 6.С. 44-47.
- 20.Бурнаева, Е.Г. Непереносимость конструкционных материалов в клинике ортопедической стоматологии [Электронный ресурс] / Е.Г. Бурнаева, И.В. Матицына // Бюллетень медицинских Интернет-конференций.2016.Т. 6, № 11.С. 1601. Режим доступа: <https://medconfer.com/files/archive/2016-12911/2016-11-5-T-6953.pdf>
- 21.Взаимосвязь заболеваемости хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом с инфицированием бактерией *helicobacterpylori* / Д. П. Татаренко, С. В. Витрищак, В. П. Татаренко [и др.].Текст :

- непосредственный // Медицина XXI века : сборник научных статей. Москва : Русайн, 2016. Вып. 1. С. 46–55.
22. Влияние различных факторов на свойства базисного стоматологического полимерного материала [Текст] / Я.В. Костров, Н.А. Белоконова, С.Е. Жолудев [и др.] // Проблемы стоматологии. 2016. Т. 12, № 1. С. 78–84.
23. Влияние состава базисных стоматологических полимеров на их термомеханические свойства и устойчивость к внешним средам [Текст] / Н.А. Белоконова, Я.В. Костров, С.Е. Жолудев [и др.] // Успехи современного естествознания. 2016. № 5. С. 9-13.
24. Возможности использования компьютерных моделей для снижения рисков при временном протезировании [Текст] / Н.В. Багрянцева, С.И. Гажва, А.А. Баранов [и др.] // Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. 2019. № 4. С. 69-74.
25. Волков, Е. А. Изучение особенностей микрофлоры пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Оценка эффективности применения средства на основе бактериофагов «Фагодент» в комплексном лечении хронического афтозного стоматита и красного плоского лишая / Е. А. Волков, М. Л. Половец, К. Е. Исаджанян [и др.]. Текст : непосредственный // Исследования и практика в медицине. 2015. № 4. С. 50–58.
26. Волков, Е. А. Клинические рекомендации (протокол лечения) хронический рецидивирующий афтозный стоматит / Е. А. Волков, В. Г. Бутова, Т. И. Позднякова [и др.]. Текст : непосредственный // Российский стоматологический журнал. 2014. № 5. С. 35–49.
27. Выявление пористости акриловых стоматологических пластмасс с помощью сканирующей электронной зондовой микроскопии: экспериментальное исследование [Текст] / Ю.В. Чижов, Л.Е. Маскадынов, Е.В. Мазурова [и др.] // Институт стоматологии. 2016. № 3. С. 87-89.

28. Гажва, С.И. Сравнительная оценка методик изготовления металлокерамических конструкций при лечении пациентов с частичной потерей зубов [Текст] / С.И. Гажва, Н.С. Касумов, О.В. Шкаредная // Врач-аспирант. 2016. Т. 78, № 5. С. 51-56.
29. Гажва С.И. Состояние психоэмоционального статуса пациентов с патологией слизистой оболочки рта / С.И. Гажва, Т.П. Горячева, Т.Б. Степанян // Медицинский альманах. 2015. № 3 (38). С. 159-161.
30. Гилева, О. С. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению / О. С. Гилева, Ж. С. Яшина, Т. В. Либик, А. А. Позднякова. Текст : непосредственный // Стоматология для всех. 2013. № 4. С. 9–14.
31. Гожая, Л.Д. Аллергические и токсико-химические стоматиты, обусловленные материалами зубных протезов: метод. пособие для врачей стоматологов [Текст] / Л.Д. Гожая. - Москва, 2000. - 31 с.
32. Голинский, Ю.Г. Сравнительная оценка состояния тканей протезного ложа при лечении частичного отсутствия зубов различными конструкциями протезов [Текст] / Ю.Г. Голинский, Н.А. Огрина, А.В. Барина // Современные тенденции развития науки и технологий. 2016. № 6-4. С. 76-83.
33. Голованова, К.В. 24 типа темперамента по И.П. Павлову // Современные научные исследования и инновации. 2020. № 12 [Электронн. ресурс]. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2020/12/94053> (дата обращения: 05.09.2023).
34. Гооге, Л.А. Протетические стоматиты у пациентов, пользующихся съёмными конструкциями протезов [Текст] / Л.А. Гооге, Ю.Ю. Розалиева // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 297-299.
35. Данилина, Т.Ф. Динамика показателей местного иммунитета полости рта пациентов пожилого возраста на этапах адаптации к съёмным пластиночным протезам / Т.Ф. Данилина, ББ Сысуев, Т.А. Китаева, А.Н.

- Голубев, Е.Н. Гурашкина //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. №4 (56).С.56-59.
36. Динамика показателей качества жизни больных с сопутствующими заболеваниями в процессе стоматологической ортопедической реабилитации [Текст] / Н.В. Лапина, Ю.В. Скориков, А.С. Аринкина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник.2013.№ 6.С. 114-117.
37. Динамика показателей неспецифической и иммунной резистентности на фоне изменения микробиоценоза ротовой полости у больных со съемными протезами [Текст] / И.М. Быков, А.Г. Сирак, Э.А. Дягтярь [и др.] // Аллергология и иммунология.2014.Т. 15, № 1.С.27-33.
38. Доступная методика определения предела допустимой концентрации 132 свободного мономера в съемных протезах из акриловых базисных пластмасс, применяющихся у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Ю.В. Чижов, Л.Е. Маскадынов, Т.В. Казанцева [и др.] // Клиническая геронтология.2016.Т. 22, № 1-2.С. 64-69.
39. Дубова, Л.В. Иммуномодулирующее действие стоматологических материалов [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.14 / Дубова Любовь Валерьевна.М., 2010.186 с.
40. Дубова, Л.В. Санитарно-химические и токсикологические исследования нового полимерного материала для базисов зубных протезов «Нолатек» [Текст] / Л.В. Дубова, И.Ю. Лебеденко, Е.Р. Маджидова // Российский стоматологический журнал.2015.№ 1.С. 4-7.
41. Емгахов, З.В. Реакция тканей протезного ложа на съемные зубные протезы из различных базисных пластмасс: экспериментально-клиническое исследование [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / З.В. Емгахов.СПб., 2012.18 с.
42. Ермолаева, П.А. Сравнение термопластов и акриловых пластмасс для съемного протезирования [Текст] / П.А. Ермолаева // Научное обозрение. Медицинские науки.2017.№ 4.С. 16-20.

43. Жовтяк, П.Б. Оценка влияния комплексной терапии на качество жизни больных красным плоским лишаем слизистой оболочки рта / П.Б. Жовтяк, С.С. Григорьев // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. №1. С.75-77.
44. Жолудев, С.Е. Решение проблемы адаптации к съёмным конструкциям зубных протезов при полной утрате зубов [Текст] / С.Е. Жолудев, С.А. Гетте // Проблемы стоматологии. 2016. № 3. С. 46-51.
45. Жолудев, С.Е. Значение показателей цитокинов ротовой жидкости в развитии воспалительных процессов в тканях полости рта при явлениях непереносимости зубных протезов / С.Е. Жолудев, М.Л. Маренкова // Институт стоматологии, 2007. №3. С.56-57.
46. Жолудев, С.Е. Дисбаланс микробной флоры в полости рта у лиц, пользующихся съёмными протезами / С.Е. Жолудев, Е.Ю. Панина, М.Л. Маренкова // Проблемы стоматологии, 2007. №2. С. 33-36.
47. Жулев, Е.Н. Влияние современных препаратов на состояние факторов местного иммунитета полости рта при применении съёмных протезов / Е.Н. Жулев, Г.А. Базанов, К.К. Табакаева // Нижегородский медицинский журнал. - 2008. - № 2. - С. 154-156.
48. Заварзин, М.Ю. Морфофункциональные изменения в слизистой оболочке и костных тканях нижней челюсти под влиянием двухслойного частично съёмных протезов: автореф. дис. . канд. мед. наук / М.Ю. Заварзин. Воронеж, 2004. - 19с.
49. Изучение уровня комфорта и качества жизни пациентов с дефектом твёрдых тканей зубов при ИРОПЗ более 50% в зависимости от трудовой деятельности / Э.Г. Борисова, М.К. Федичкина, Н.Г. Машкова, Х.О. Ягмуров // В сборнике: Стоматологическая весна в Белгороде -2022. Сборник статей Международной научно-практической конференции. Белгород, 2022. С. 246-248.
50. Иммедиаг-протезы с применением препарата «Полиоксидоний» как один из способов реабилитации пациентов с запланированной

- имплантацией по системе all-on-4 с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом / Э.Г. Борисова, Н.Г. Машкова, А.Ф. Спесивец, Х.О. Ягмуров, М.К. Федичкина // В сборнике: Стоматологическая весна в Белгороде -2022. Сборник статей Международной научно-практической конференции. Белгород, 2022. С.160-162.
51. Казарина, Л.Н. Влияние иммунокорректирующей терапии на ионный и цитокиновый профиль ротовой жидкости пациентов [Текст] / Л.Н. Казарина, Е.В. Серхель, А.Е. Пурсанова // Здоровье и образование в 21 веке. 2017. Т. 19, № 10. С. 94-96.
52. Каливрадзян, Э.С. Результаты микроскопии базисных полимеров [Текст] / Э.С. Каливрадзян, М.С. Саливончик // Зубной техник. 2014. № 22. С. 31–34.
53. Каменская, В.Г., Алексеева Е.Е. свойства нервной системы и темперамента в структуре индивидуально-типологических особенностей человека / В.Г. Каменская, Е.Е. Алексеева // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. -2010. - №1 (45). С. 202-209.
54. Карпук, И.Ю. Алгоритмы оказания стоматологической помощи пациентам с непереносимостью стоматологических материалов [Текст] / И.Ю. Карпук // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2017. Т. 16, № 1. С. 94-101.
55. Карпук, И.Ю. Иммунодефицитные и аллергические биомаркеры непереносимости стоматологических материалов [Текст] / И.Ю. Карпук, Д.К. Новиков // Аллергология и иммунология. 2017. Т. 18, № 1. С. 48-49.
56. Карпук, И.Ю. Спектр антител к кандидам и акрилу у пациентов с протезным стоматитом [Текст] / И.Ю. Карпук // Современная стоматология. 2017. № 2. С. 73-76.
57. Карпук, И.Ю. Триптаза ротовой жидкости и IgE-антитела как маркер аллергического воспаления слизистой оболочки полости рта [Текст] / И.Ю. Карпук // Медицинская иммунология. 2018. № 1. С. 99-106.



58. Карпук, Н.А. Влияние аллергических заболеваний на стоматологический статус пациентов [Текст] / Н.А. Карпук // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2018. № 4. С. 56-61.
59. Клинические и судебно-медицинские аспекты применения анестетиков в амбулаторной стоматологической практике / Э.Г. Борисова, Э.С. Грига, Х.О. Ягмуров // Стоматолог-практик. 2017. № 4. С. 42-43.
60. Козырева, А.К. Сравнительная оценка пластмасс акрилового ряда горячей полимеризации и безмономерных термопластических акрилов [Текст] / А.К. Козырева, С.К. Хетагуров // Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19, № 2. С. 34-39.
61. Комарова, Ю.Н. Оценка токсико-гигиенических и физико-механических свойств модифицированного эластичного полимера на основе поливинилхлорида: дис. ... канд. мед. наук / Ю.Н. Комарова. Воронеж : ВГМА, 2007. - 134 с.
62. Комова, А.А. Влияние соматического статуса на возникновение хронического рецидивирующего афтозного стоматита / А.А. Комова, Э.Г. Борисова, В.А. Железняк, Г.Б. Горшунов, Х.О. Ягмуров // Прикладные информационные аспекты медицины. 2023. Т 26, №2. С.84-91.
63. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита / И. В. Старикова, Т. Н. Радышевская, Т. В. Пысларь, Т. С. Дибцева. Текст : непосредственный // Научный альманах. 2017. № 4-3 (30). С. 268–271.
64. Критериальная оценка качества зубных и челюстных протезов. Программа для ЭВМ / В.Н. Трезубов, С.Д. Арутюнов, А.Г. Климов, Б.Н. Хубутя, Р.А. Розов // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2005. Т. XII. № 2. С. 76.
65. Куклина, Е.А. Обоснование рациональных подходов к ортопедическому лечению при дефектах зубных рядов у пациентов с проявлениями

- красного плоского лишая в полости рта: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Куклина Елизавета – Пермь, 2017. – 177 с. Текст : непосредственный.
66. Лебеденко, И.Ю. Использование термопластов в клинике ортопедической стоматологии [Текст] / И.Ю. Лебеденко, Д.В. Серебров, О.И. Коваленко // Российский стоматологический журнал. 2008. №3. С. 58-60.
67. Лещева, Е.А. [и др.]. Применение временных несъемных конструкций в ортопедической стоматологии / Е.А. Лещева, Н.А. Гончаров, Д.Ю. Харитонов, И.А. Беленова, А.Н. Морозов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2018. Т. 13. №4. С. 631-633.
68. Либик, Т.В. Методологические аспекты оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля / Т.В. Либик, О.С. Гилева, М.А. Чупраков // Обеспечение демографической безопасности при решении актуальных вопросов хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: сб. тр. Нац. конгр. с междунар. участием «Паринские чтения 2016», Минск, 5—6 мая 2016 г. / под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой; редкол. : Д. С. Аветиков [и др.]. Минск : Изд. центр БГУ, 2016. С. 546-549.
69. Лыкова, А.Н. Применение препаратов для профилактики и лечения осложнений, возникающих при пользовании съемными протезами : дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Лыкова. - М., 2007. 137 с.
70. Мачарадзе, Д.Ш. Современные клинические аспекты оценки уровней общего и специфических IgE [Текст] / Д.Ш. Мачарадзе // Педиатрия. 2017. № 2. С. 121–127.
71. Московский, А.В. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / А.В. Московский, Ю.А. Вокулова // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2. С. 2-4.
72. Нидзельский, М.Я. Повышение прочностных характеристик акриловых пластмасс для базисов съемных протезов с помощью электромагнитной

- технологии [Текст] / М.Я. Нидзельский, В.В. Кузнецов // Современная стоматология.2012.№ 2.С. 99-101.
73. Никитенко, В. В. Оптимизация комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита / В.В. Никитенко, Э.Г. Борисова, Е.А. Никитина. Текст : непосредственный // Сборник публикаций научного журнала «Chronos» по материалам XIX международной научно-практической конференции «Вопросы современной науки: проблемы, тенденции и перспективы» (13 декабря 2017 г.). Москва : Chronos, 2017. Ч. 1. С. 24–29.
74. Никитина, Е.А. Традиционные методики терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита / Е.А. Никитина, Э.Г. Борисова // Проблемы стоматологии. -2021, том 17, № 1. - С. 26-31.
75. Новиков, А.Ю. Воздействие базисного материала на слизистую оболочку полости рта [Текст] / А.Ю. Новиков, О.В. Беляева // Стоматология большого Урала на рубеже веков. К 100-летию Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера: материалы Всероссийского конгресса. Пермь, 2015. С. 44-47.
76. Оптимизация адаптации к съемным пластиночным протезам пациентов пожилого возраста [Текст] / Т.Ф. Данилина, Т.А. Китаева, Б.Б. Сысоев [и др.] // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.2015.№ 3.С. 12-14.
77. Ортопедическая стоматология [Текст] / С.И. Абакаров [и др.]; под ред. проф. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. М.: ГЭОТАРМедиа, 2016. 817 с.
78. Оценка местного иммунитета полости рта у пациентов с несъемными эстетическими ортопедическими конструкциями и воспалительными заболеваниями пародонта [Текст] / А.И. Булгакова, И.Р. Шафеев, И.В. Валеев [и др.] // Пародонтология.2016.№ 2.С. 57-60.
79. Палийчук, И.В. Определение склонности к возникновению протезного стоматита на основе показателей местного иммунитета,

- микробиоценозаротовой полости и состояния иммунной системы у пациентов с частичными дефектами зубных рядов до протезирования при помощи съемных конструкций зубных протезов [Текст] / И.В. Палийчук // Современная стоматология.2015.№ 1.С. 72-76.
80. Патент на изобретение № 2795869 Российская Федерация, МПК А61К 31/08, А61Р1/02, А6/Н 5/06.Способ профилактики рецидивов хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения съемными ортопедическими конструкциями: №2022109192: заявл.06.04.2022: опубл. 12.05.2023 /Борисова Э.Г., Ягмуров Х.О., Машкова Н.Г., Божченко А.П., Грига Э.С. Заявитель Военно-медицинская академия им. С.М Кирова.9 с. - Текст: непосредственный.
81. Патологические процессы, инициированные металлокерамическими зубными протезами [Текст] / В.А. Правдивцев, В.Р. Шашмурина, С.К. Кириллов 140 [и др.] // Российский стоматологический журнал.2013.№ 3.С. 30-34.
82. Первый опыт интраназального применения Азоксимера бромид у детей с респираторными заболеваниями / О.В. Кладова [и др.] // Педиатрия. - 2002. - № 2. - С. 86-88.
83. Петерсен, П.Э. Распространенность стоматологических заболеваний. Факторы риска и здоровье полости рта. Основные проблемы общественного здравоохранения [Текст] / П.Э. Петерсен, Э.М. Кузьмина // DentalForum.2017.№ 1.С. 2-11.
84. Петров, Р.В. Физиология иммунной системы: клеточные и молекулярно-биологические механизмы [Текст] / Р.В. Петров, Р.М. Хаитов, В.А. Черешнев // Вестник Российского Фонда Фундаментальных Исследований.2017.№ 1.С. 96-119.
85. Петров, Р.В.[и др.]. Азоксимера бромид: механизм действия и клиническое применение / Р.В. Петров, Р.М. Хаитов, А.В. Некрасов, Р.И.

- Аттаулаханов, Н.Г. Пучкова// Медицинская иммунология. 2000.Т.2. №3.- С. 11-18.
- 86.Примачева, Н.В. Клинико-лабораторное обоснование применения биологически активной пленки у пациентов, пользующихся съемными протезами: 14.01.14/дис. ... канд. мед. наук /Н.В. Примачева. - Воронеж, 2010.125 с.
- 87.Последствия ненадлежащего оказания стоматологической помощи / Борисова Э.Г., Грига Э.С., Ягмуров Х.О. // Вестник научных конференций. Тамбов: 2017. N 9-1(25). С. 25-27.
- 88.Профилактика и фармакологическая коррекция патологических изменений слизистой оболочки полости рта при применении частичных съемных пластиночных протезов [Текст] / Р.В. Комолов, В.А. Кунин, Г.А. Батищева, Ю.Н. Чернов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014. Т. 13, № 4.С. 790-793.
- 89.Профилактика токсико-аллергических осложнений при пользовании съемными пластиночными протезами и ортодонтическими аппаратами [Текст] / А.В. Подопригора, А.В. Сущенко, В.И. Кукуев [и др.] // Science, technology and life 2015: proceeding sofmaterials the International scientific conference / ed.: L. I. Savva [etal.].KarlovyVary; Kirov: SkleněnyMůstek MCNIP, 2016.С. 442-447.
- 90.Профилактические мероприятия у пациентов с ортопедическими конструкциями из термопластических полимеров [Текст] / А.Н. Морозов [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья.2017.№ 69.С. 67-72.
- 91.Рабинович, И.М. Опыт клинического применения препарата имудон при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта / И.М. Рабинович, О.Ф. Рабинович // Клиническая стоматология. 2000. № 3. С. 16-19.
- 92.Рабинович, О.Ф. Применение иммунокорректирующего препарата «Ликомед» в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой

- оболочки рта / О.Ф. Рабинович, И.М. Рабинович, Б.В. Пинягин // Институт стоматологии. 2001. № 3. С. 29-30.
93. Расширение возможностей ортопедического лечения частичной потери зубов, осложненной заболеваниями пародонта / И.Д. Трегубов [и др.] // Новое в стоматологии. 2005. - № 7. С. 25-29.
94. Рациональные подходы к протетическому лечению пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта / В.О. Самусенков, А.Л. Макаров, А.С. Утюж, С.Р. Белоус // Клиническая стоматология. 2014. № 2. С. 16-19.
95. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применения пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. М. : Медиа Сфера, 2002. - 312 с.
96. Результаты растровой электронной микроскопии поверхности и структуры современных базисных полимеров [Текст] / И.П. Рыжова, А.В. Цимбалистов, М.С. Саливончик [и др.] // Фундаментальные исследования. 2013. № 9. С. 909-912.
97. Роль нарушений протеолитической системы в патогенезе протезного стоматита [Текст] / О.М. Лавровская, Я.А. Лавровская, С.К. Северинова [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. 2019. № 1. С. 164-169.
98. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. Издание второе, исправленное и дополненное / И.Ю. Лебедеко и др. М.: Медицинская пресса, 2008. - 372 с.
99. Рыжова, И.П. Диагностика воспалительно-аллергических реакций в стоматологической практике [Текст] / И.П. Рыжова, В.Ю. Денисова, Н.М. Погосян // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. № 1. С. 150-154.
100. Светозар. Устройство локального облучения красным светом. Рекомендации по применению / редакторы: А. А. Кунин, З. М. Бабкина, В. А. Кунин. Санкт-Петербург : Роспромформ, 2014. 24 с. Текст : непосредственный.

101. Современная концепция патогенеза atopических заболеваний [Текст] / С.Ю. Петрова, С.В. Хлгатын, В.М. Бержец [и др.] // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2019.№ 1.С. 72-79.
102. Сорокин, Е. В. Особенности протезирования при частичной потере зубов в современной ортопедической стоматологии [Текст] / Е.В. Сорокин // Научное обозрение. Медицинские науки.2017.№ 4.С. 106–109.
103. Сравнительная характеристика физико-химических свойств и микробной адгезии базисных акриловых пластмасс с различными способами полимеризации: лабораторное исследование [Текст] / А.Е. Верховский, Н.Н. Аболмасов, Е.А. Федосов [и др.] // Российский стоматологический журнал. 2014.№ 3.С. 17-20.
104. Сторожук П.Г. определение активности лизоцима слюны /П.Г. Сторожук, В.В. Еричев, И.В. Сафарова // Клиническая лабораторная диагностика. 2000. №6. С. 13-15.
105. Студеникин, Р.В. Сравнительная характеристика качества жизни при различных методах ортопедического лечения у пациентов с полной утратой зубов: диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Студеникин Роман Викторович; [Место защиты: ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. - Саратов, 2018. - 147 с. : ил.
106. Судебно-медицинская оценка неврологических осложнений, возникающих после стоматологических манипуляций /Борисова Э.Г., Грига Э.С., Толмачев И.А., Ягмуров Х.О. //В сборнике: «Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии и стоматологии». сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2017. С. 83-84.
107. Титов, П.Л. Аллергические реакции к компонентам стоматологических материалов. Диагностика [Текст] / П.Л. Титов, П.Н.

- Мосейчук, А.М. Матвеев // Современная стоматология.2017.№ 2.С. 28-33.
108. Трезубов, В.Н. Профилактика и терапия психогенных реакций в амбулаторной стоматологической практике: метод. рекомендации / В.Н. Трезубов, Г.Г. Незнамов. М., 1989.40 с.
109. Тытюк, С.Ю. Стоматологическое здоровье при хронических воспалительных заболеваниях кишечника [Текст] / С.Ю. Тытюк, А.К. Иорданишвили. М., 2016.144 с.
110. Успенская, Ольга Александровна Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Успенская Ольга Александровна. Тверь, 2015.275 с. Текст: непосредственный.
111. Учайкин, В.Ф. Азоксимерабромидотечественный препарат с противовоспалительной и противовирусной активностью для детей и взрослых / В.Ф. Учайкин. - М., 2003.30 с.
112. Ушакова, В.А. Изготовление бюгельных протезов из современных материалов [Текст] / В.А. Ушакова // Научное обозрение. Медицинские науки.2016.№ 6.С. 110–114.
113. Факторы местной резистентности и иммунологической реактивности полости рта. Способы их клинико-лабораторной оценки / Л.М. Цепов [и др.] // Пародонтология. 2005. № 3. С. 3-9.
114. Федоров, Д.А. Ортопедическое лечение больных с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта съёмными конструкциями протезов на фоне иммунологической коррекции: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.01.14 / Федоров Дмитрий Александрович; [Место защиты: Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко]. - Воронеж, 2013. - 23 с.



115. Цветкова, А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта: дис. ... канд. мед. наук / А.А. Цветкова. - М, 2008. - 126 с.
116. Цимбалистов, А.В. Диагностика непереносимости конструкционных стоматологических материалов в клинике ортопедической стоматологии [Текст] / А.В. Цимбалистов, А.А. Лобановская, Е.С. Михайлова // Дентал Юг.2012.№ 2.С. 30-32.
117. Чиркова, Н.В. Клинико-экспериментальное исследование стоматологических материалов, модифицированных наноразмерными частицами кремния [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.В. Чиркова. Воронеж: ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2013.39 с.
118. Шевченко, Е.А., Решетина М.В. Разработка новой схемы патогенетической терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Современные проблемы науки и образования.2016.№ 4.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=24804> (дата обращения: 31.05.2022).
119. Шхагапсоева, К.А. Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся съемными протезами [Текст] / К.А. Шхагапсоева, Ж.Л. Шогенова, С.Ю. Карданова // Успехи современной науки.2017.Т. 2, № 12.С. 27–30.
120. Штана, В.С. Обзор современных базисных полимеров в ортопедической стоматологии [Текст] / В.С. Штана, И.П. Рыжова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация.2019.Т. 42, № 2.С. 224-234.
121. Шутурминский, В. Г. Результаты изучения распространенности протезных стоматитов у лиц, протезируемых съемными пластиночными протезами [Текст] / В.Г. Шутурминский // Интегративная антропология.2015.№ 1.С. 50-54.
122. Эффективность монотерапии пациентов с непереносимостью стоматологических конструкционных материалов препаратом

- «Азоксимера бромид» / Е.С. Михайлова [и др.] // Институт стоматологии. 2006. № 1. С. 50-54.
123. Ягмуров, Х.О. Клинические методы обследования пациентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта при оказании ортопедического лечения / Х.О. Ягмуров, Э.Г. Борисова // Проблемы стоматологии. 2022. №18(1).С. 154-158.
124. Ярцева, А.В. Алгоритм профилактики и диагностики аллергонепереносимости зубопротезных материалов [Текст] / А.В. Ярцева, Н.А. Миронова // Формирование новой парадигмы научно-технического развития 2018: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции, 30 мая 2018. Белгород, 2018. С. 117-121.
125. A prospective observational study to compare efficacy of topical triamcinolone acetonide 0.1% oral paste, oral methotrexate, and a combination of topical triamcinolone acetonide 0.1% and oral methotrexate in moderate to severe oral lichen planus / P.Chauhan, D.De, S.Handa, T.Narang, U.N.Saikia // *Dermatol Ther.* 2017 Nov 10. doi: 10.1111/dth.12563.
126. Acrylic Resin Cytotoxicity for Denture Base-Literature Review [Text] / M.C. Goiato, E. Freitas, D. dos Santos [et al.] // *Adv. Clin. Exp. Med.* 2015. Vol. 24, № 4. P. 679-686.
127. Al-Dwairi Z.N. Prevalence and risk factors associated with denture-related stomatitis in healthy subjects attending a dental teaching hospital in North Jordan / Z.N. Al-Dwairi // *J. Ir. Dent. Assoc.* 2008. - Vol.54, N2. -P.80-83.
128. Al-Jabrah O.A. Prevalence of temporomandibular disorder signs in patients with complete versus partial dentures / O.A. Al-Jabrah, Y.R. Al-Shumailan // *Clin. Oral Investig.* 2006. - Vol.10, N3. - P. 167-173.
129. Allergies to dental materials and effectiveness of treatment in the northeastern region of Hungary [Text] / M. Szepesi, T. Radics, G. Vitályos [et al.] // *Fogorv. Sz.* 2014. Vol. 107, № 4. P. 135-139.

130. Anderson, S.E. Occupational allergy [Text] / S.E. Anderson, C. Long, G.S. Dotson // Eur. Med. J. [Chelmsf].2017.Vol. 2, № 2.P. 65-71.
131. Arafa, K.A. Effect of Different Denture Base Materials and Changed Mouth Temperature on Dimensional Stability of Complete Dentures [Electronic Resource] / K.A. Arafa // International Journal of Dentistry.2016.Vol. 2016. РЕЖИМ ДОСТУПА: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2016/7085063/>
132. A resin acrylic and plaster solder index technique for realigning an illfitting fixed partial denture framework [Text] / J. Antonelli, T.L. Hottel, S.C. Siegel [et al.] // General dentistry details.2009.Vol. 57, № 6.P. 637-643.
133. A review of adaptive mechanisms in cell responses towards oxidative stress caused by dental resin monomers [Text] / S. Krifka, G. Spagnuolo, G. Schmalz [et al.] // Biomaterials.2013.Vol. 34, № 19.P. 4555-4563.
134. Bangdiwala, S.I. Regression: binary logistic [Text] / S.I. Bangdiwala // Int. J. Inj. Contr. Saf. Promot.2018.Vol. 25, № 3.P. 336-338.
135. Belenguier-Guallar, I. Treatment of recurrent aphthous stomatitis: a literature review / I. Belenguier-Guallar, Y. Jiménez-Soriano, A. Claramunt-Lozano.Текст :непосредственный // Journal of Clinical and Experimental Dentistry.2014.Vol. 6, № 2.P. 168–174.
136. Benjamin P., DPBRN Collaborative Group. Promoting evidenced-based dentistry through "the dental practice-based research network" /P. Benjamin //J. Evid. Based Dent Pract. 2009. - Vol.9, N4. - P. 194-196.
137. Biocompatibility of polymethylmethacrylate resins used in dentistry [Text] / R. Gautam, R.D. Singh, V.P. Sharma [et al.] // Biomed. Mater. Res. B. Appl. Biomater.2012.Vol. 100.P. 1444-1450.
138. Biodegradation of acrylic based resins: a review [Text] / A.F. Bettencourt, L.M. Pinheiro, M.F. Castro [et al.] // Dental Materials.2010.Vol. 26, № 5.P. 171-180.

139. Botega, D.M. Effects of thermocycling on the tensile bond strength of three permanent soft denture liners /D.M. Botega, J.L. Sanchez, M.F. Mesquita et al. //J. Prosthodont. 2008. - Vol.17, N7. - P.550-554.
140. Brandtzaeg P. Immunology of tonsils and adenoids: everything the ENT surgeon needs to know // Int. j. pediatr. otorhinolaryngol.2003.Vol. 67. Suppl. 1.P. 69–76.
141. Campos, C.H. Implant-supported removable partial denture improves the quality of life of patients with extreme tooth loss [Text] / C.H. Campos, T.M. Gonçalves, R.C. Garsia // Brazilian dental journal.2015.Vol. 26, № 5.P. 463– 467.
142. Candore G., Colonna-Romano G., Lio D. et al. Immunological and Immunogenetic markers of successful and unsuccessful ageing // Advances in cell aging and gerontology.2003.№ 13.P. 29–45.
143. Chopde, N.J. Microbial colonization and their relation with potential cofactors in patients with denture stomatitis [Text] / N.J. Chopde // Contemp Dent Pract.2012.Vol. 13, № 4.P. 456-459.
144. Clinical application of removable partial dentures using thermoplastic resin-part I: definition and indication of non-metal clasp dentures [Text] / K. Fueki, C. Ohkubo, M. Yatabe [et al.] // J. Prosthodont. Res.2014.Vol. 58, № 1.P. 3-10.
145. Contact allergy to dimethacrylate [Text] / R. Vaswani, S.J. Kim, A. Sanchez [et al.] // Cutis.2012.Vol. 89.P. 10-12.
146. Correlation between selfratings of denture function and oral healthrelatedquality of life in different age groups / A.J. Hassel [et al.] // Int. J. Prosthodont.2007. - Vol. 20, № 3.P. 242.
147. Denture-related stomatitis is associated with endothelial dysfunction [Electronic Resource] / J. Maciąg, G. Osmenda, D. Nowakowski [et al.] // Biomed. Res. Int.2014. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25045683>

148. Dillon, S. Dentures for Randomised Controlled Trials [Text] / S. Dillon, T.P. Hyde // *ProsthodontRestorDent*.2015.Vol. 23, № 2.P. 70-77.
149. Edgar, N. R. Recurrent aphthous stomatitis: a review / N. R. Edgar, D. Saleh, R. A. Miller.Текст :непосредственный // *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*.2017.Vol. 10, № 3.P. 26–36.
150. Effects of Laboratory Disinfecting Agents on Dimensional Stability of Three Commercially Available Heat-Cured Denture Acrylic Resins in India: An InVitro Study [Text] / J.M. Basavanna, R.H. Jujare, R.K. Varghese [et al.] // *J. Clin. 147Diagn. Res*.2016.Vol. 10, № 3.P. 27-31.
151. Effect of personality traits on the oral health-related quality of life in patients with oral mucosal disease / A.Fädler, T.Hartmann, T.Bernhart, B.Monshi, K.Rappersberger, M.Hof, G.Dvorak // *Clin Oral Investig*.2015Jul.Vol. 19(6).P. 1245-1250.
152. Efficacy of low-level laser therapy in management of symptomatic oral lichen planus: a systematic review / S.A.Al-Maweri, B.Kalakonda, W.A.Al-Soneidar, H.M.Al-Shamiri, M.S.Alakhali, N.Alaizari // *Lasers Med Sci*.2017Aug.Vol. 32(6).P. 1429-1437.
153. Evaluation of elderly patients adaptation to removable dentures [Text] / K.A. Ershov, A.V. Sevbitov, A.E. Dorofeev [et al.] // *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*.2018.Vol. 5, № 3.P. 1638-1641.
154. Failure analysis of dental prosthesis [Text] / F. Miculescu, M. Miculescu, A. Berbecaru [et al.] // *Handbook of Bioceramics and Biocomposites* / ed. I.V. Antoniac.Cham: Springer International Publishing, 2016.P. 1217-1246.
155. Failures in the rehabilitation treatment with removable partial dentures [Text] / B. Benso, A.C. Kovalik, J.H. Jorge [et al.] // *ActaOdontol. Scand*.2013.Vol. 71, № 6.P. 1351-1355. Fundamental mechanisms of host immune responses to infection / M. Azuma // *J. Periodontal Res.* - 2006. - Vol. 41, N 5. - P. 361-373.

156. Junttila, I.S. Tuning the Cytokine Responses: An Update on Interleukin (IL)-4 and IL-13 Receptor Complexes [Electronic Resource] / I.S. Junttila // Front Immunol.2018.№ 9.P. 888. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001902/>
157. Kubo, M. Innate and adaptive type 2 immunity in lung allergic inflammation [Text] / M. Kubo // Immunol. Rev.2017.Vol. 278, № 1.P. 162-172.
158. Marsh, P.D. The oral microflora Friend of foe? Can we decide? / P.D. Marsh, R.S. Persival // Int. Dent. - 2006.Vol. 56, № 4.P. 233-239.
159. Management of recurrent aphthous stomatitis in children / J. A. MontgomeryCranny, A. Wallace, H. J. Rogers [et al.] // Dental Update.2015.Vol. 42, № 6.P. 564–566; 569–572.
160. Müller, F. Tooth loss and dental prostheses in the oldest old [Text] / F. Müller, M. Schimmel // European Geriatric Medicine.2010.Vol. 1, № 4.P. 239.
161. Murphy, C.N. The International Organization for Standardization (ISO): global governance through voluntary consensus [Text] / C.N. Murphy, J. Yates. Routledge, 2009.
162. Oettgen, H.C. Fifty years later: Emerging functions of IgE antibodies in host defense, immune regulation, and allergic diseases [Text] / H.C. Oettgen // J. Allergy Clin. Immunol.2016.Vol. 137, № 6.P. 1631-1645.
163. Oral health measurement in nursing research: state of the science / C.L. Munro [et al.] // Biol. Res. Nurs. - 2006. - Vol. 8, N 1. - P. 35-42.
164. Oral health-related quality of life in partially edentulous patients treated with removable, fixed, fixed-removable, and implant-supported prostheses / A.A.Swelem, K.G.Gurevich, E.G.Fabrikant, M.H.Hassan, S.Aqou // Int J Prosthodont.2014 Jul-Aug.Vol. 27(4).P. 338-347.
165. Oral ecosystem in elderly people [Text] / M.H. Lacoste-Ferré, S. Hermabessière, F. Jézéquel, Y. Rolland // GeriatrPsycholNeuropsychiatrVieil.2013.Vol. 11, № 2.P. 144-150.

166. Rashid, H. Allergic effects of the residual monomer used in denture base acrylic resins [Text] / H. Rashid, Z. Sheikh, F. Vohra // *Eur. J. Dent.*2015.Vol. 9, № 4.P. 614-619.
167. Recurrent aphthous stomatitis / L. Preeti, K. Magesh, K. Rajkumar, R. Karthik.Текст :непосредственный // *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology.*2011.Vol. 15, № 3.P. 252–256.
168. Recurrent aphthous stomatitis and *Helicobacter pylori* / C. C. Gomes, R. S. Gomez, L. G. Zina, F. R. Amaral.Текст :непосредственный // *Medicina Oral Patologia Oral y CirugiaBucal.*2016.Vol. 21, № 2.P. 187–191.
169. Richardson, A.M. Understanding statistical principles in linear and logistic regression [Text] / A.M. Richardson, G. Joshy, C.A. D'Este // *Med. J. Aust.*2018.Vol. 208, № 8.P. 332-334.
170. Role of dental restoration materials in oral mucosal lichenoid lesions [Text] / R. Sharma, S. Handa, D. De [et al.] // *Indian J DermatolVenereolLeprol.*2015.Vol. 81, № 5.P. 478-484.
171. Sabir, M. Milk as Desensitizing Agent for Treatment of Dentine Hypersensitivity Following Periodontal Treatment Procedures [Text] / M. Sabir, M.N. Alam // *J. Clin. Diagn. Res.*2015.Vol. 9, № 11.P. 22-25.
172. Salloum, A.M. Effect of three investing materials on tooth movement during flasking procedure for complete denture construction [Text] / A.M. Salloum // *Saudi Dent. J.*2016.Vol. 28, № 1.P. 56-61.
173. Sensitization to palladium and nickel in Europe and the relationship with oral disease and dental alloys [Text] / J. Muris, A. Goossens, M. Gonçalo [et al.] // *Contact Dermatitis.*2015.Vol. 72, № 5.P. 286-296.
174. Slebioda, Z. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review / Z. Slebioda, E. Szponar, A. Kowalska.Текст :непосредственный // *ArchivumImmunologiae et TherapiaeExperimentalis.*2014.Vol. 62, № 3.P. 205–215.

175. Spencer, A. Acrylate and methacrylate contact allergy and allergic contact disease: a 13-year review [Text] / A. Spencer, P. Gazzani, D.A. Thompson // 149 Contact Dermatitis.2016.Vol. 75, № 3.P. 157-164.
176. Stark, J.M. The Metabolic Requirements of Th2 Cell Differentiation [Electronic Resource] / J.M. Stark, C.A. Tibbitt, J.M. Coquet // Front Immunol.2019.№ 10.P. 2318. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31611881>
177. Stoltzfus, J.C. Logistic regression: a brief primer [Text] / J.C. Stoltzfus // Acad. Emerg. Med.2011.Vol. 18, №10.P. 1099-1104.
178. Syed, M. Allergic Reactions to Dental MaterialsA Systematic Review [Text] / M. Syed, R. Chopra, V. Sachdev // J ClinDiagnRes.2015.Vol. 9, № 10.P.4-9.
179. Synthesis and biological evaluation of PMMA/MMT nanocomposite as denture base material [Text] / J. Zheng, Q. Su, C. Wang [et al.] // J. Mater. Sci. Mater. Med.2011.Vol. 22.P. 1063-1071.
180. Systemic allergic contact dermatitis associated with allergy to intraoral metals [Electronic Resource] / P.D. Pigatto, L. Brambilla, S. Ferrucci [et al.] // Dermatol Online J.2014.Vol. 20, № 10. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pigatto+PD%2C+Brambilla+L%2C+Ferrucci+S+2014>
181. The effect of time and storage environment on dimensional changes of acrylic resin post patterns [Text] / M. Sabouhi, S. Nosouhian, M. Dakhilalian [et al.] // Open Dent. J.2015.№ 9.P. 87-90.
182. The importance of a two-step impression procedure for complete denture fabrication: a systematic review of the literature [Text] / R.R. Regis, C.C. Alves, S.S. Rocha [et al.] // Journal of Oral Rehabilitation.2016.Vol. 43, № 10.P. 771-777.
183. The rising trend in allergic contact dermatitis to acrylic nail products [Text] / Q. Le, J. Cahill, A. Palmer-Le [et al.] // Austral. J. Dermatol.2015.Vol. 56, № 3.P. 221-223.



184. The role of immunofluorescence in the physiopathology and differential diagnosis of recurrent aphthous stomatitis / N.S. Wilhelmsen [et al.] // Braz. J. Otorhinolaryngol. - 2008. - Vol. 74, N 3.P. 331-336.
185. The use of Implants to Improve Removable Partial Denture Function [Text] / M.J. Pimentel, J.P. Arréllaga, A. Bacchi [et al.] // Journal Indian Prosthodontic Societe.2014.Vol. 14, № 1.P. 243-247.
186. Tracing IgE-Producing Cells in Allergic Patients [Electronic Resource] / J. Eckl-Dorna, S. Villazala-Merino, N.J. Campion [et al.] // Cells.2019.№ 9.pii: E994. Режимдоступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31466324> 190. 190. Uitto, V.J. The association of oral microbiota and general health [Text] / V.J. Uitto, K. Nylund, P. Pussinen // Duodecim.2012.Vol. 128, № 12.P. 1232- 1237.
187. Unmet diagnostic needs in contact oral mucosal allergies [Text] / P.L. Minciullo, G. Paolino, M. Vacca [et al.] // Clin. Mol. Allergy.2016.Vol. 14, № 1.P. 10.
188. Water Sorption and Flexural Strength of Thermoplastic and Conventional Heat-Polymerized Acrylic Resins [Text] / M.A. Hemmati, F. Vafae, H. Allahbakhshi [et al.] // J. Dent. [Tehran].2015.Vol. 12, № 7.P. 478-484.
189. World Workshop on Oral Medicine VI: Patient-reported outcome measures and oral mucosal disease: current status and future direction / R.NíRíordáin, P.Shirlaw, I.Alajbeg, G.Y.AlZamel, P.L.Fung, A.D.Yuan, C.McCreary, E.T.Stoopler, S.S.De Rossi, G.Lodi, M.S.Greenberg, M.T.Brennan // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.2015Aug.Vol. 120(2).P. 152-60.
190. Wu, L.C. The production and regulation of IgE by the immune system [Text] / L.C. Wu, A.A. Zarrin // Nat. Rev. Immunol.2014.Vol. 14, № 4.P. 247-259. 194. 194. Zhu, J. T helper 2 (Th2) cell differentiation, type 2 innate lymphoid cell (ILC2) development and regulation of interleukin-4 (IL-4) and IL-13 production [Text] / J. Zhu // Cytokine.2015.Vol. 75, №1.P. 14-24.

191. Zissis, A. Measurement methods used for the determination of dimensional accuracy and stability of denture base materials [Text] / A. Zissis, R. Huggett, A. Harrison // J. Dent. 2011. Vol. 19, № 4. P. 199-206.

**ПРИЛОЖЕНИЯ****ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

## Индивидуальная карта обследования пациента

## 1. Официальные данные:

Ф.И.О.

Возраст (      лет)

Пол

Профессия

№ И.Б.

## 2. Анамнестические данные:

Форма хронического рецидивирующего афтозного стоматита

Протезируется ли пациент съемными протезами впервые или повторно

С какого возраста отмечает изменение состояние слизистой оболочки полости рта

Когда наступила ремиссия заболевания

Отмечает ли пациент связь ХРАС с условиями быта, труда, перенесенными заболеваниями

Какими общими заболеваниями страдает пациент (сопутствующая патология)

Аллергологический анамнез

Наличие вредных привычек

## 3. Осмотр полости рта:

Саливация (обильная, скудная, нормальная).

Наличие заболеваний пародонта:

- гингивит

-пародонтит

- пародонтоз

Состояние зубных рядов (наличие дефектов):

-----

Зубная формула (К -коронка, О- отсутствует, С -кариес, И – искусственный зуб):


Характеристика дефектов зубных рядов по Кеннеди:

1 класс    2 класс    3 класс    4 класс

Характер и степень атрофии альвеолярных отростков у пациентов с частичным отсутствием зубов (описание):

4. Состояние слизистой оболочки протезного ложа до наложения частичных и полных съемных протезов:

Общая характеристика СОПР:

Классификация Супле:

1 класс    2 класс    3 класс    4 класс

Цвет

Влажность

Консистенция

Наличие патологических образований (полипы, рубцы, афты, эрозии, язвы и др.)

5. Жалобы пациента после наложения полных и частичных съемных протезов в динамике (симптоматика):

На 1-е сутки

На 3-и сутки

На 7-е сутки

На 30-е сутки

Состояние протезного ложа после наложения протезов в динамике:

А) на верхней челюсти:

На 1-е сутки:

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

На 3-и сутки:

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

На 7-е сутки:

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

На 30-е сутки

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

Б) на нижней челюсти:

На 1-е сутки:

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

На 3-и сутки:

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

На 7-е сутки:

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

На30-е сутки

Наличие участков гиперемии:

Наличие травматических эрозий

Наличие травматических язв

Количество коррекций:

Максимальная зона воспаления слизистой оболочки протезного ложа:

6. Данные лабораторных методов исследований:

Динамика показателей местного иммунитета:

Показатели местного иммунитета	До лечения	Через 10 дней	Через 1 месяц
s-IgA мг/л			
IgA мг/л			
IgG мг/л			
Активность лизоцима (%)			
Фагоцитарный индекс %			
Фагоцитарное число			

Коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета (Ксб): \_\_\_\_\_

## Результаты микробиологического исследования.

Название микроорганизма	До лечения	Через 10 дней	Через 1 месяц
E.coli			
St.aureus			
Neisseria			
Ent.faecalis			
Klebsiella			
Str.piogenes			
Str. Pneumonia			
Str.epidermidis			
Candidaalbicans			

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ(19) **RU** (11) **2 795 869<sup>(13)</sup> C1**(51) МПК  
*A61K 31/08* (2006.01)  
*A61N 5/06* (2006.01)  
*A61P 1/02* (2006.01)

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК  
*A61K 31/08 (2022.08); A61P 1/02 (2022.08); A61N 5/06 (2022.08)*

(21)(22) Заявка: 2022109192, 06.04.2022

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:  
06.04.2022Дата регистрации:  
12.05.2023Приоритет(ы):  
(22) Дата подачи заявки: 06.04.2022

(45) Опубликовано: 12.05.2023 Бюл. № 14

Адрес для переписки:  
194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева,  
6, лит. Ж, Военно-медицинская академия имени  
С.М. Кирова, отдел организации НР и  
подготовки НПК, Д. Овчинникову

(72) Автор(ы):

Борисова Элеонора Геннадиевна (RU),  
Ягмуров Хайдар Оразмурадович (RU),  
Машкова Нелли Геннадиевна (RU),  
Божченко Александр Петрович (RU),  
Грига Эллина Станиславовна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное государственное бюджетное  
военное образовательное учреждение  
высшего образования "Военно-медицинская  
академия имени С.М. Кирова" Министерства  
обороны Российской Федерации (ВМедА)  
(RU)(56) Список документов, цитированных в отчете  
о поиске: RU 2712788 C1, 31.01.2020. RU  
2456033 C2, 20.07.2012. RU 2728108 C1,  
28.07.2020. RU 2768593 C1, 24.03.2022. WO  
2014121411 A1, 14.08.2014. ГАЛИЗИНА О.А.  
Основные аспекты возникновения,  
клинических проявлений, лечения и  
профилактики хронического  
рецидивирующего афтозного стоматита,  
Российский стоматологический журнал, - 2014,  
18(6). - с. 39-42.

(54) Способ профилактики рецидивов хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения съемными ортопедическими конструкциями

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к стоматологии, и может быть использовано при профилактике рецидивов хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения. Проводят физиотерапевтическое воздействие и медикаментозную терапию. В качестве физиотерапевтического воздействия осуществляют лазеротерапию. При этом оказывают воздействие на зоны расположения морфологических элементов на слизистой оболочке полости рта в течение 3 минут, курс

воздействия составляет 5 сеансов. Параллельно с лазеротерапией лазером с длиной волны 624 нм используют медикаментозную терапию с обработкой непосредственно морфологических элементов на слизистой оболочке полости рта путем наложения стоматологической самоклеящейся пленки «Диплен-Дента ХЛ», состоящей из двух слоев - гидрофильного, обладающего способностью приклеиваться к влажной слизистой оболочке, и гидрофобного слоя, который пластичен, хорошо моделируется на поверхности слизистой рта и изолирует

RU 2 7 9 5 8 6 9 C 1

RU 2 7 9 5 8 6 9 C 1