

УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ

м. Полтава

УДК 616.31-002-02: 616.314-007-77] -08

*А.А. Зверхановский, А.В. Яровая, П.В. Максименко***ОПТИМИЗАЦИЯ КОНСТРУКЦИИ ПОЛНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТЕЗНЫХ СТОМАТИТОВ**

Одесский национальный медицинский университет

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность темы

Полный съемный протез – один из самых сложных видов протезов в ортопедической стоматологии. Сложность этого вида протезирования не только в особенностях конструкции и его фиксации, а и в том, что при наложении полного съемного протеза достаточно часто (в среднем, по данным разных авторов, в 70%-85 % случаев) возникает воспаление слизистой оболочки протезного ложа, происходят серьезные патологические изменения в твердых тканях челюстей, в подслизистом слое и в слюнных железах [1-3].

Развитие и протекание протезного стоматита во многом зависят от общего состояния организма, площади базиса, анатомических условий протезирования [4]. Лечение и профилактика протезных стоматитов в основном заключаются в антисептических полосканиях, применении лекарственных композиций на основе растительных масел [5; 6]. Однако кратковременное воздействие на слизистую оболочку этих препаратов не оказывает должного эффекта и процент протезных стоматитов, сопровождающих протезирование полными съемными протезами, остается достаточно высоким в отдаленные сроки протезирования [7].

В связи с этим нами была разработана методика лечения и профилактики протезных стоматитов, которая предполагает изменение конструкции базиса протеза с целью создания депо лекарственного вещества [8]. Действующим лекарственным веществом мы выбрали масло амаранта.

Цель настоящего исследования – оценка воздействия разработанной конструкции с применением амарантового масла на слизистую оболочку полости рта и твердые ткани альвеолярного отростка.

Материалы и методы исследований

Все пациенты, которые участвовали в клинических и клинико-лабораторных исследованиях (114 человек), были поделены на 3 группы в зависимости от методики профилактики возникновения протезных стоматитов. Всем пациентам изготавливали полные съемные пластиночные акриловые протезы.

Первую группу (32 чел.) составили пациенты с симптомами и клинической картиной травматических протезных стоматитов, которым назначали профилактически полоскания раствором «Ротока-на» в первые 7 дней пользования протезом, ре-

комендовали усиленную гигиену протеза. Вторая группа (36 чел.) состояла из больных, которым после протезирования назначали курс профилактики амарантовым маслом, которые полоскали полость рта и принимали его внутрь по известной схеме [9]. Третью группу составили пациенты, за- протезированные полными съемными протезами, изготовленными с модифицированным базисом, которые пользовались разработанной нами методикой профилактики протезных стоматитов с использованием масла амаранта.

Для выявления очагов острого воспаления слизистой оболочки под базисами съемных протезов был использован метод, разработанный Н.И. Лесных [10]. Метод основан на макрогисто- химической реакции, видимой невооруженным глазом. При этом использовался раствор Шиллера-Писарева и 1% раствор толудинового синего. Для точного отображения зон воспаления на базисе съемного пластиночного протеза его внутреннюю поверхность и края покрывали мягкой кистью эмульсией из пищевого крахмала, окиси цинка, воды и 50% водного раствора поливинилового спирта в соотношении 1:1:4:3.

Больному предлагалось в течение 15 мин. создать нагрузку на слизистую оболочку с помощью жевательных движений. После этого слизистую оболочку протезного ложа покрывали раствором Шиллера –Писарева. Через 30–60 с на слизистую оболочку наносили 1% раствор толудинового синего, который усиливает тон окраски зон (для различения невооруженным глазом). Участки воспаления окрашивались более интенсивно по сравнению с нормальной слизистой оболочкой протезного ложа и становились буро-фиолетового и темно-фиолетового цвета.

Определение атрофии альвеолярных гребней челюстей проводили по методике определения атрофии альвеолярного отростка челюстей, разработанной на кафедре ортопедической стоматологии ОНМедУ [11]. С этой целью мы снимали анатомические оттиски при помощи «Уреен». Модели получали из гипса IV класса. Изучаемую модель ориентировали в стандартном положении таким образом, чтобы плоскость, проходящая через три наиболее выступающих точки зубной дуги, была параллельна плоскости основания модели. Оформитель цоколя с моделью помещали на нижнюю пластинку устройства для оформления диагностических моделей челюстей. Далее весь этот комплекс помещали на вибратор стоматоло-

гический. Под действием вибрации и силы тяжести верхняя подвижная пластинка устройства опускалась до контакта с тремя наиболее выступающими точками на протезном поле модели и вдавливала саму модель в гипс. После этого вибратор выключали, модель извлекали из оформителя цоколя.

Разметку модели осуществляли с помощью градуированного циркуля через одинаковые интервалы (5 мм) по всей протяженности альвеолярного гребня в области отсутствующих зубов. Точки кодировали буквами латинского алфавита.

Изучение моделей производили в разработанном на кафедре ортопедической стоматологии ОНМедУ аппарате для измерения моделей, рабочим органом которого являлось индуктивное измерительное устройство с цифровой индикацией. Вычисляли степень атрофии альвеолярного гребня в каждой точке, среднее значение атрофии и обрабатывали статистически в сроки до протезирования, через 1, 2, 6 месяцев и через 1 год.

Результаты исследований и их обсуждение

Результаты исследований пробы Шиллера-Писарева в трех группах исследования представлены в табл. 1-3.

Анализируя показатели пробы Шиллера-Писарева, следует отметить, что во всех группах наблюдения в первые сутки отмечается высокий показатель пробы, причем выраженная проба в первой группе наблюдалась в 25 % пациентов (табл. 1), во второй – 30,56 % (табл. 2), в третьей – 32,61 % (табл. 3). Этот факт, который подтверждают и другие исследования, свидетельствует о том, что после наложения протеза в слизистой оболочке протезного ложа под травматическим действием базиса полного съемного протеза в подавляющем большинстве случаев (от 90,6 % в 1 группе до 97,83 % в третьей группе) (в среднем в 92,4 %) возникает травматический протезный стоматит. Как показывают исследования, степень воспаления на слизистой не зависит от условий протезного ложа, челюсти пациента (среди пациентов с отрицательной пробой поровну нижних, верхних челюстей и классов по Суппли).

Таблица 1
Результаты проведения пробы Шиллера-Писарева в 1-й группе пациентов

Степень выраженности пробы Шиллера-Писарева	1 сут.		7 дн.		1 мес.		6 мес.	
	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %
1	2	3	4	5	6	7	8	9
+	4	12,5	14	43,75	22	68,75	24	75,0
++	17	53,13	11	34,38	6	18,75	4	12,5
+++	8	25,0	4	12,5	1	3,13	0	-
—	3	9,37	3	9,37	3	9,37	4	12,5
Всего	32	100	32	100	32	100	32	100

Таблица 2
Результаты проведения пробы Шиллера-Писарева во 2-й группе пациентов

Степень выраженности пробы Шиллера-Писарева	1 сут.		7 дн.		1 мес.		6 мес.	
	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %
+	2	5,56	14	38,89	15	41,67	21	58,33
++	19	52,77	11	30,56	9	25,0	7	19,44
+++	11	30,56	7	19,44	5	13,89	0	-
—	4	11,11	4	11,11	7	19,44	8	22,23
Всего	36	100	36	100	36	100	36	100

Таблица 3
Результаты проведения пробы Шиллера-Писарева в 3-й группе пациентов

Степень выраженности пробы Шиллера-Писарева	1 сут.		7 дн.		1 мес.		6 мес.	
	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %	Абсол., лиц	Относит., %
1	2	3	4	5	6	7	8	9
+	8	17,39	28	43,48	22	47,83	18	39,13
++	22	47,83	18	39,14	14	30,43	11	23,91
+++	15	32,61	3	6,52	1	2,17	0	-
—	1	2,17	5	10,86	9	19,57	17	36,96
Всего:	46	100	46	100	46	100	46	100

Таблиця 4

Сравнительные результаты изучения динамики атрофии протезного ложа у больных с полными съемными протезами и при применении разных методов профилактики протезного стоматита, $\Delta M \pm m$, мм

Группы исследований	Срок пользования, мес					
	3 мес	6 мес	9 мес	1 год	15 мес	18 мес
1 группа	0,21 $\pm$ 0,05	0,79 $\pm$ 0,06	0,80 $\pm$ 0,08	0,88 $\pm$ 0,09	0,99 $\pm$ 0,05	0,90 $\pm$ 0,14
2 группа	0,19 $\pm$ 0,04	0,33 $\pm$ 0,11	0,55 $\pm$ 0,04	0,38 $\pm$ 0,21	0,36 $\pm$ 0,15	0,38 $\pm$ 0,11
p	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
3 группа	0,22 $\pm$ 0,03	0,55 $\pm$ 0,09	0,51 $\pm$ 0,05	0,44 $\pm$ 0,13	0,33 $\pm$ 0,09	0,21 $\pm$ 0,05
p	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01

Примечание: p – достоверность, рассчитанная по отношению к 1 группе.

Рассматривая отдельно показатели пробы Шиллера-Писарева (табл. 1), в первой группе следует отметить, что уже на 7-е сутки вследствие противовоспалительной терапии и адаптации к протезу количество резко выраженных воспалительных проявлений уменьшается вдвое (с 25,0 до 12,5 %) при неизменном количестве пациентов без воспалительных изменений на слизистой. Через 1 месяц значительное воспаление локализованных участков (до 2 см²) оставалось только у одного пациента, а количество больных с положительной пробой (++) снизилось значительно (с 53,13 до 12,5%) (рис. 1).

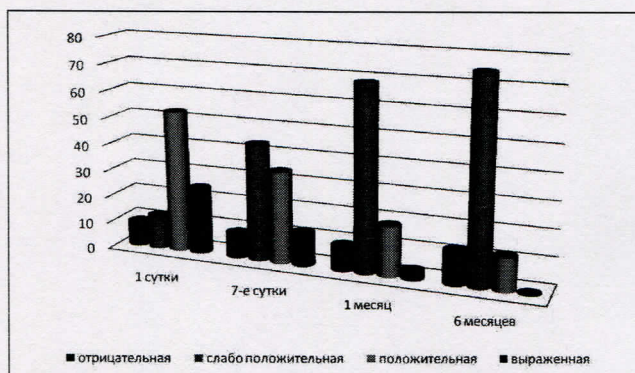


Рис. 1. Динамика процентного соотношения лиц с различными пробами Шиллера-Писарева (в модификации Лесных) в первой группе исследования

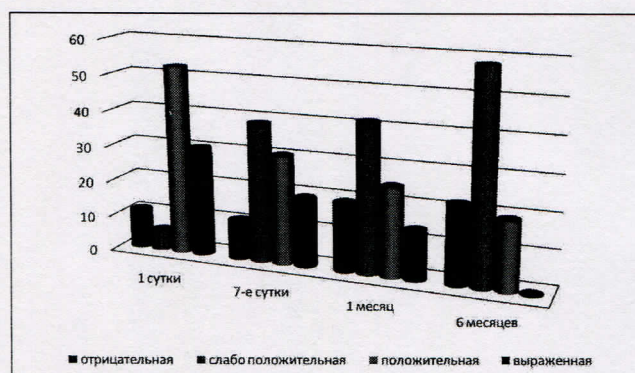


Рис. 2. Динамика процентного соотношения лиц с различными пробами Шиллера-Писарева (в модификации Лесных) во второй группе исследования

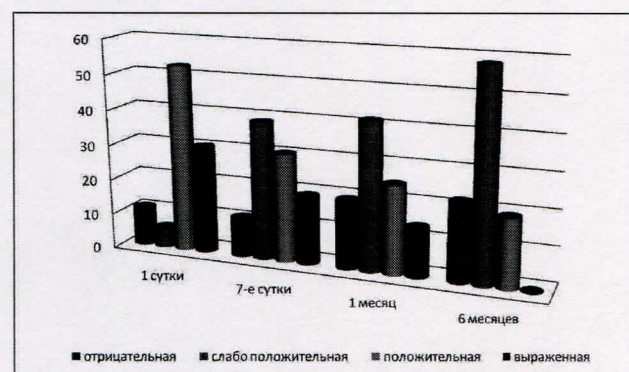


Рис. 3. Динамика процентного соотношения лиц с различными пробами Шиллера-Писарева (в модификации Лесных) в третьей группе исследования

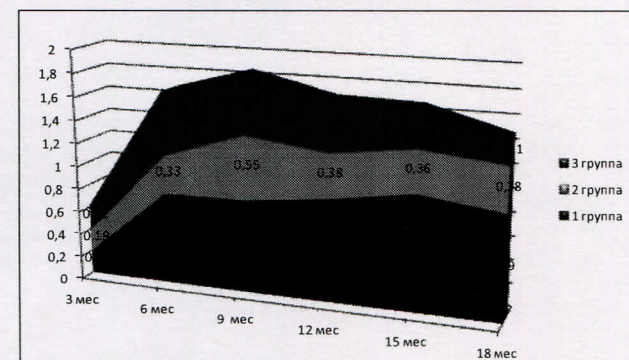


Рис. 4. Динамика скорости атрофии альвеолярных отростков у больных, пользующихся полными съемными протезами при различных способах профилактики протезного стоматита, мм

В отдельные сроки наблюдений отмечается отсутствие сильно выраженной реакции слизистой оболочки и минимальное (12,5 %) количество положительной реакции на пробу Шиллера-Писарева. Одна отрицательная реакция наблюдается практически у такого количества пациентов.

Следовательно, при протезировании полными съемными протезами с традиционной противовоспалительной терапией (полоскание «Ротоканом») выраженное воспаление в первые сутки наложения протеза сменяется уже на 7-е сутки слабо выраженной реакцией, а в отдаленные сроки (через 6 месяцев) выраженной реакции у протезоносителей не наблюдалось. Однако и количество пациентов без воспалительных изменений не увеличивается.

Во второй группе (табл. 4.) картина через 7 суток практически не отличалась от результатов, полученных у пациентов 1 группы. Однако через 1 месяц мы наблюдаем увеличение количества пациентов без воспалительных проявлений на слизистой на 8,33 %, что, по нашему мнению, свидетельствует о более эффективном применении амарантового масла при травматическом протезном стоматите (рис. 4).

В третьей группе количество пациентов с отрицательной пробой резко возрастает уже на 7-е сутки после наложения протеза, а через 6 месяцев составляет 36,96 % пациентов. Также на 7-е сутки резко уменьшается количество пациентов с сильно выраженной воспалительной реакцией с 32,61 % до 6,52 % (рис. 4). В отделенные сроки основная часть пациентов (79,1 %) имела либо отрицательную, либо слабо положительную воспалительную реакцию слизистой протезного ложа.

Следовательно, применение нами модифицированного базиса для профилактики протезных стоматитов с использованием амарантового масла позволило существенно снизить степень воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки протезного ложа на 24,46 % (количество осложнений в первой группе – 87,50 %, в третьей – 63,04).

Нами доказано, что применение амарантового масла существенно снижает воспалительные проявления протезного стоматита, препятствует возникновению хронического протезного стоматита, а применение дозированного перманентного воздействия масла на слизистую оболочку полости рта повышает противовоспалительную эффективность амарантового масла.

В этой связи актуально изучение процессов, которые протекают в более глубоких тканях ротовой полости. Наличие хронического воспаления естественно должно вызывать усиление атрофических процессов в костной ткани альвеолярного отростка. Динамике протекания атрофических процессов в альвеолярных гребнях челюстей посвящен следующий раздел наших исследований.

Сравнительные результаты исследования динамики атрофии альвеолярных гребней при наложении протезов и применении различных методов профилактики протезных стоматитов представлены в табл. 4.

Данные результатов исследований свидетельствуют, что у больных, пользующихся полными съемными протезами, протекают процессы, приводящие к ускорению процессов атрофии альвеолярных отростков.

В первые сроки после наложения протезов (до 3 месяцев) степень атрофии во всех группах практически одинакова — от $0,19 \pm 0,04$ до $0,22 \pm 0,03$ мм. Это, по нашему мнению, только подтверждает патогенез развития протезного стоматита.

Однако при дальнейшем мониторинге этого показателя в трех группах при достаточном уровне достоверности ($p < 0,05$) определено, что ско-

рость атрофии во второй и третьей группах резко снижается (практически в три раза) уже через 1 год ношения протезов. Эта же динамика наблюдается и через 15 месяцев, и через 18 месяцев (рис. 4).

Этот факт свидетельствует о том, что применение амарантового масла с целью профилактики развития протезного стоматита приводит к снижению скорости атрофии альвеолярных отростков в непосредственные сроки (на 139,4 %) и в отделенные сроки на 175 % (18 месяцев). Применение же модифицированной поверхности базиса протеза с применением амарантового масла снижает степень скорости атрофии на 43,6 % и 328,8 % соответственно.

Выводы

С помощью системы микроканалов на внутренней поверхности полного съемного протеза решаются три важные клинические задачи, возникающие при изготовлении полных съемных протезов при осложнении протезным стоматитом:

— заявленный съемный пластиночный протез, наполненный лекарственным веществом, позволяет полностью устранить травматический этиологический фактор развития протезного стоматита;

— система каналов воспроизводит анатомическую структуру неба или протезного ложа на нижней челюсти, не влияет на фиксацию и стабилизацию протеза, благодаря сохранению клапанной зоны;

— применение нами модифицированного базиса для профилактики протезных стоматитов с использованием амарантового масла позволило существенно снизить степень воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки протезного ложа на 24,46 % (количество осложнений в первой группе – 87,50 %, в третьей – 63,04);

— применение модифицированной поверхности базиса протеза с амарантовым маслом приводит к снижению скорости атрофии на 43,6 %.

Литература

1. Бадалов Р. М. Разработка дифференцированного подхода к профилактике и лечению протезного стоматита у больных сахарным диабетом / Р. М. Бадалов // Одесский медицинский журнал. – 2011. – №1. – С. 36-40.
2. Чиркова Н. В. Анализ факторов, влияющих на период адаптации у пациентов со съемными пластиночными протезами / Н. В. Чиркова, Ю. Н. Комарова // Современная ортопедическая стоматология. – 2011. – №15. – С. 50.
3. Медвіньська Н. І. Алгоритм дослідження пацієнтів з порушеннями адаптації до зубних протезів / Н. І. Медвіньська. – К., 2011. – 20 с.
4. Оценка качества протезирования полными съемными протезами в условиях клинического приема / [О.С. Шеметов, Л.А. Луговая, Н.А. Рябушко, П.В. Куц] // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №2. – С. 70-73.
5. Гончарова Е. И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта / Е. И.

- Гончарова // Российский стоматологический журнал. – 2012. – №3. – С. 48-52.
6. Казиніна О. М. Застосування масляних розчинів рослинних екстрактів у сполученні з магнітно-лазерною терапією в комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. М. Казиніна. – Одеса, 2010. – 20 с.
 7. Садыков М.И. Модернизированный базисный материал для изготовления съёмных зубных протезов / М.И.Садыков, А.М. Нестеров // Український стоматологічний альманах.- 2012. - №1. – С. 75-77.
 8. Патент України № 109977. Спосіб профілактики та лікування протезних стоматитів при повній відсутності зубів / Чулак Л.Д., Зверхановський О.А., Чулак О.Л., Чулак Ю.Л. / власник Одеський національний медичний університет. – МПК А61С 13/34 (2006.01); заявка а 2014 05708 від 27.05.14; опубл. 10.11.14, Бюл. №21.
 9. Патент України № 109959. Спосіб отримання біологічно активної олії із насіння амаранту гібридного (*Amarantus hybridus*) / Чулак Л.Д., Чулак О.Л., Чулак Ю.Л. – МПК (2015.01) С11В 1/10 (2006.01); заявка а 2014 02962 від 24.03.14; опубл. 11.08.14, Бюл. №15.
 10. Коротких Н.Г. Комплексная профилактика деформаций альвеолярного отростка после удаления зубов / Н.Г. Коротких, Н.Н. Лесных // Стоматология.- 2004. - №1. – С. 23-25.
 11. Иванников В. И. Повышение эффективности ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов благодаря возможности замедления атрофии челюстей: автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. И. Иванников. – К., 1992. – 17 с.

Стаття надійшла
1.09.2016 р.

Резюме

Цель исследования: оценка воздействия разработанной конструкции с применением амарантового масла на слизистую оболочку полости рта и твердые ткани альвеолярного отростка.

Материал и методы. Все пациенты (114 человек) были поделены на 3 группы в зависимости от методики профилактики возникновения протезных стоматитов. Всем пациентам изготавливали полные съёмные пластиночные акриловые протезы. Первую группу (32 чел.) составили пациенты с симптомами и клинической картиной травматических протезных стоматитов, которым назначали профилактические полоскания раствором «Ротокана» в первые 7 дней пользования протезом, рекомендовали усиленную гигиену протеза. Вторая группа (36 чел.) состояла из больных, которым после протезирования назначали курс профилактики амарантовым маслом, которые полоскали полость рта и принимали его внутрь. Третью группу составили пациенты, запротезированные полными съёмными протезами, изготовленными с модифицированным базисом, которые пользовались разработанной нами методикой профилактики протезных стоматитов с использованием масла амаранта.

Для выявления очагов острого воспаления слизистой оболочки под базами съёмных протезов был использован метод, разработанный Н.И. Лесных. Метод основан на макрогистохимической реакции, видимой невооруженным глазом. При этом использовался раствор Шиллера-Писарева и 1% раствор толуидинового синего.

Определение атрофии альвеолярных гребней челюстей проводили по методике определения атрофии альвеолярного отростка челюстей, разработанной на кафедре ортопедической стоматологии ОН-МедУ.

Результаты. Применение нами модифицированного базиса для профилактики протезных стоматитов с использованием амарантового масла позволило существенно снизить степень воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки протезного ложа на 24,46 % (количество осложнений в первой группе – 87,50 %, в третьей – 63,04). Нами доказано, что применение амарантового масла существенно снижает воспалительные проявления протезного стоматита, препятствует возникновению хронического протезного стоматита, а применение дозированного перманентного воздействия масла на слизистую оболочку полости рта усиливает противовоспалительную эффективность амарантового масла. Применение амарантового масла с целью профилактики развития протезного стоматита приводит к снижению скорости атрофии альвеолярных отростков в непосредственные сроки (на 139,4 %) и в отделенные сроки на 175 % (18 месяцев). Применение же модифицированной поверхности базиса протеза с амарантовым маслом снижает степень скорости атрофии на 43,6 % и 328,8 % соответственно.

Заключение: применение модифицированного базиса для профилактики протезных стоматитов позволило существенно снизить степень воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки протезного ложа на 24,46 %. Применение модифицированной поверхности базиса протеза с амарантовым маслом приводит к снижению скорости атрофии на 43,6 %.

Ключевые слова: акриловый полный съёмный протез, масло амаранта, проба Шиллера-Писарева, атрофия челюстей, протезный стоматит.

Резюме

Мета дослідження: оцінка впливу розробленої конструкції із застосуванням амарантової олії на слизову оболонку порожнини рота і тверді тканини альвеолярного відростка.

Матеріал і методи. Усі пацієнти (114 осіб) були поділені на 3 групи залежно від методики профілактики виникнення протезних стоматитів. Усім пацієнтам виготовляли повні знімні пластинкові акрилові протези. Першу групу (32 особи) склали пацієнти із симптомами і клінічною картиною травматичних протезних

стоматитів, яким призначали профілактично полоскання розчином «Ротокану» в перші 7 днів користування протезом, рекомендували посилену гігієну протеза. Друга група (36 осіб) складалася з хворих, яким після протезування призначали курс профілактики амарантовою олією, якою вони полоскали порожнину рота і вживали внутрішньо. Третю групу склали пацієнти, запротезовані повними знімними протезами з модифікованим базисом, які користувалися розробленою нами методикою профілактики протезних стоматитів із використанням олії амаранту. Для виявлення вогнищ гострого запалення слизової оболонки під базисами знімних протезів був використаний метод, розроблений Н. І. Лісових. Метод заснований на макрогістохімічній реакції з розчином Шиллера-Писарева і 1% розчином толуїдинового синього. Визначення атрофії альвеолярних гребенів щелеп проводили за методикою, розробленою на кафедрі ортопедичної стоматології ОНМедУ.

Результати. Застосування модифікованого базису для профілактики протезних стоматитів дозволило істотно знизити ступінь запальної реакції з боку слизової оболонки протезного ложа на 24,46% (кількість ускладнень у першій групі - 87,50%, у третій - 63,04). Застосування амарантової олії з метою профілактики розвитку протезного стоматиту приводить до зниження швидкості атрофії альвеолярних відростків у безпосередні терміни (на 139,4%) і в відділені терміни на 175%. Застосування ж модифікованої поверхні базису протеза з амарантовою олією знижує ступінь швидкості атрофії на 43,6% і 328,8% відповідно.

Висновок: застосування нами модифікованого базису для профілактики протезних стоматитів із використанням амарантової олії дозволило істотно знизити ступінь запальної реакції з боку слизової оболонки протезного ложа на 24,46%. Застосування модифікованої поверхні базису протеза з амарантовою олією приводить до зниження швидкості атрофії на 43,6%.

Ключові слова: акриловий повний знімний протез, олія амаранту, проба Шиллера-Писарева, атрофія щелеп, протезний стоматит.

UDC 616.31-002-02: 616.314-007-77] -08

OPTIMIZING THE DESIGN OF COMPLETE DENTURES FOR PROSTHETIC STOMATITIS PREVENTION

A. A., Zverkhanovskyi, A.V. Yarova, P.V. Maksimenko

Odessa National Medical University

Kharkiv National Medical University

Summary

The **aim** of the paper is to evaluate the impact of the developed design with the use of amaranth oil of the mucous membrane of oral cavity and hard tissues of the alveolar bone.

Materials and Methods. 114 patients were divided into 3 groups depending on the methods of prosthetic stomatitis prevention. Complete removable acrylic dentures were made to all patients. The first group (32 patients) included patients with symptoms of traumatic prosthetic stomatitis whom was administered "Rotokan" during the first 7 days of prosthesis's use, enhanced hygiene of the prosthesis was recommended. The second group (36 patients) contained patients whom course of prevention amaranth oil after the prosthesis was prescribed. The third group included patients with complete dentures which were made with a modified basis, and who used our method of prevention of prosthetic stomatitis with amaranth oil. To identify the place of inflammation of the mucous membrane it was used method which was developed by N.I. Lisovykh. The method is based on macrohistohimical reaction with Schiller-Pisarev solution and 1% solution of toluidine blue.

Definition of atrophy of the alveolar processes of the jaws was performed by the method of determination of alveolar atrophy which was developed at the Department of Prosthetic Dentistry of Odessa Medical University.

Results. The use of modified basis for stomatitis prevention reduces the inflammatory manifestations of prosthetic stomatitis, prevents the emergence of chronic prosthetic stomatitis, and application of permanent effects of oil on the oral mucous membrane, increases anti-inflammatory efficacy of amaranth oil. The use of amaranth oil for stomatitis prevention causes decrease of speed of atrophy of alveolar processes in immediate periods (on 139,4%) and in regions on 175% (18 months). The use of the modified surface of the denture base with amaranth oil reduces the rate of atrophy on 43.6% and 328.8%, respectively.

Conclusions: the basis for the prevention of prosthetic stomatitis with amaranth oil has significantly reduced the degree of inflammatory response by mucosal prosthetic bed on 24.46%. Use of the modified surface with the prosthetic amaranth oil base reduces atrophy rate on 43.6%.

Key words: acrylic complete denture, amaranth oil, Schiller-Pisarev probe, jaw atrophy, prosthetic stomatitis.