

Терещук О. Г. [та ін.] // Інновації в стоматології. – 2015. – № 4. – С. 65–69.

3. **Жегулович З. Є.** Клінічна характеристика дентальної оклюзії після відновлення у конформативному підході / З. Є. Жегулович // Новини стоматології. – 2015. – № 2. – С. 18-23.

4. **Малиновський В. Г.** Залежність клінічного перебігу генералізованого пародонтиту від якості відновлення оклюзійної рівноваги після проведеного комплексного лікування / В. Г. Малиновський // Медичні перспективи. – 2018. – Т. 23, № 4. – С. 88-94.

5. **Неспрядько В. П.** Зміни зубощелепного апарату, які виникають внаслідок оклюзійних порушень у період адаптації пацієнтів до незнімних зубних протезів / В. П. Неспрядько, Ю. Ю. Мороз // Буковинський медичний вісник. – 2017. – № 21(3). – С.146-153.

6. **Климко К. А.** Гнатология в стоматологии / К. А. Климко, С. А. Наумович // Современная стоматология. – 2016. – № 2. – С. 9-13.

7. **Остеопатія і стоматологія** / О. В. Павленкова, С. А. Павленко, А. І. Сидорова, І. М. Ткаченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Вып. 4 (1). – С. 28-31.

8. Dental occlusion, body posture and temporomandibular disorders: where we are now and where we are heading for / D. Manfredini, T. Castrolorio, G. Perinetti, L. Guarda-Nardini // Journal of Oral Rehabilitation. – 2012. – Vol. 39, N 6. – P. 463-471.

9. Influence of dental occlusion on postural control and plantar pressure distribution / Scharnweber B., Adjami F., Schuster G. [et al.] // Cranio. – 2017. – Vol. 35, N 6. – P. 358-366.

10. The neuromuscular approach towards interdisciplinary cooperation in medicine / Yurchenko M., Hubáková H., Klepáček I. [et al.] // International Dental Journal. – 2014. – Vol. 64, N 1. – P. 12-19.

11. The diagnostic potential of static body-sway recording in orthodontics: a systematic review / Perinetti G., Primožic J., Manfredini D. [et al.] // European Journal of Orthodontics. – 2013. – Vol. 35, N 5. – P. 696-705.

12. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – К.: [б.и.], 2006. – 558 с.

REFERENCES

1. **Hvatova V. A.** *Klinicheskaya gnatologiya* [Clinical gnatology]. Moskva. Medicina, 2005: 296.

2. **Nespryadko V. P., Skrypnyk I. L., Tereshhuk O. G., Tyhonov D. O., Klitynsky Yu. V., Chernyh N. S.** Analysis of the dynamics of changes in the indicators of the method of evaluation of functional occlusion T-SCAN in patients with occlusal disorders that have arisen or have been caused by dental interventions. *Innovatsiyi v stomatolohiyi*. 2015; 4: 65–69.

3. **Zhegulovych Z. Ye.** Clinical characterization of dental occlusion after recovery in a conformative approach. *Novyny stomatolohiyi*. 2015; 2: 18-23. Ukrainian.

4. **Malynovsky V. G.** The dependence of the clinical course of generalized periodontitis on the quality of the restoration of occlusive ballance after comprehensive treatment. *Medychni perspektivy*. 2018; 23 (4): 88-94.

5. **Nespryadko V. P., Moroz Yu.Yu.** Changes in the dentition apparatus resulting from occlusive disorders during the adaptation of patients to fixed dentures. *Bukovyns'kyu medychnyy visnyk*. 2017; 21(3): 146-153.

6. **Klimko K. A., Naumovich S. A.** Gnatology in dentistry. *Sovremennaya stomatologiya*. 2016; 2: 9-13.

7. **Pavlenkova O. V., Pavlenko S. A., Sidorova A. I., Tkachenko I. M.** Osteopathy and Dentistry. *Visnyk problem biolohiyi i medytsyny*. 2018; 4 (146): 28-31.

8. **Manfredini D., Castrolorio T., Perinetti G., Guarda-Nardini L.** Dental occlusion, body posture and temporoman-

dibular disorders: where we are now and where we are heading for. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2012; 39(6): 463-471.

9. **Scharnweber B., Adjami F., Schuster G., Kopp S., Natrup J., Erbe C., Ohlendorf D.** Influence of dental occlusion on postural control and plantar pressure distribution. *Cranio*. 2017; 35 (6): 358-366.

10. **Yurchenko M., Hubáková H., Klepáček I., Machoň V., Mazánek J.** The neuromuscular approach towards interdisciplinary cooperation in medicine. *International Dental Journal*. 2014; 64 (1):12-19.

11. **Perinetti G., Primožic J., Manfredini D., Di Leonarda R., Contardo L.** The diagnostic potential of static body-sway recording in orthodontics: a systematic review. *European Journal of Orthodontics*. 2013; 35(5): 696-705.

12. **Antomonov M. Y.** *Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh* [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. Kyiv, 2006: 558.

Надійшла 27.02.2020



DOI 10.35220/2078-8916-2020-35-1-57-61

УДК 616.314-77:616.311-008

Акберли Лейла Бабир кызы

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку

ВЛИЯНИЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ГОМЕОСТАЗ ПОЛОСТИ РТА

Цель. Изучение показателей гомеостаза и биоценоза полости рта у больных, пользующихся зубными протезами для повышения эффективности профилактики возможных осложнений.

Материал и методы исследования. Были обследованы 160 пациентов в возрасте от 49 до 55 лет со съёмными зубными протезами, из которых были выбраны 20 человек с воспалением тканей протезного ложа для лабораторных исследований, из них 11 протезировались впервые – 1 группа, 9 пациентов с многолетним стажем ношения подобных конструкций – 2-ая группа. Еще 8 человек составили контрольную группу практически здоровых лиц.

Результаты исследований. Представленные в этой статье материалы посвящены изучению влияния съёмных пластиночных зубных протезов на полость рта. При этом одной из главных задач было клинико-лабораторное изучение воспалительной реакции в ответ на развитие патологических изменений в области протезного ложа и определение роли гомеостаза и микробиоценоза полости рта в нарушении сроков адаптации к съёмным пластиночным зубным протезам. Было установлено, что большинство протезированных пациентов адаптировались к ношению протезу лишь в течении 1,5 месяца. Основной вывод по данной работе заключается в том, что на основании изучения показателей гомеостаза и микробиоценоза полости рта, в сравнительном аспекте менее выраженные нарушения фиксировались у пациентов с воспалительными изменениями в тканях протезного

ложка, имеющих многолетний стаж ношения протезных конструкций.

Ключевые слова: протезирование, полость рта, гомеостаз, бактерии, адаптация.

Акберлі Лейла Бабір кизи

Азербайджанський медичний університет Баку

ВПЛИВ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ГОМЕОСТАЗ ПОРОЖНИНИ РОТА

Мета. Вивчення показників гомеостазу і біоценозу порожнини рота у хворих, які користуються зубними протезами для підвищення ефективності профілактики можливих ускладнень.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 160 пацієнтів у віці від 49 до 55 років зі знімними зубними протезами, з яких було обрано 20 осіб із запаленням тканин протезного ложка для лабораторних досліджень, з них 11 протезувалися вперше – 1 група, 9 пацієнтів з багаторічним стажем носіння подібних конструкцій – 2-а група. Ще 8 осіб склали контрольну групу практично здорових осіб.

Результати досліджень. Представлені в цій статті матеріали присвячені вивченню впливу знімних пластинкових зубних протезів на порожнину рота. При цьому одним з головних завдань було клініко-лабораторне вивчення запальної реакції у відповідь на розвиток патологічних змін в області протезного ложка і визначення ролі гомеостазу і мікробіоценозу порожнини рота в порушенні термінів адаптації до знімних пластинкових зубних протезів. Було встановлено, що більшість протезованих пацієнтів адаптувалися до носіння протеза лише протягом 1,5 місяця. Основний висновок по даній роботі полягає в тому, що на підставі вивчення показників гомеостазу і мікробіоценозу порожнини рота в порівняльному аспекті мени виражені порушення фіксувалися у пацієнтів із запальними змінами в тканинах протезного ложка, що мають багаторічний стаж носіння протезних конструкцій.

Ключові слова: протезування, порожнини рота, гомеостаз, бактерії, адаптація.

L.B. Akberli

Azerbaijan Medical University Baku

INFLUENCE OF DENTISTRIES ON HOMEOSTASIS OF THE ORAL CAVITY

ABSTRACT

The aim of the study was to study the indicators of homeostasis and biocenosis of the oral cavity in patients using dentures to increase the effectiveness of the prevention of possible complications

Materials and research methods. 160 patients were examined aged 49 to 55 years, with removable dentures, of whom 20 were selected with inflammation of the tissues of the prosthetic bed for laboratory tests, 11 of them were prosthetics for the first time - 1 group, 9 patients with many years of wearing such designs 2nd group. Another 8 people made up the control group of healthy individuals.

Research results. The materials presented in this article are devoted to studying the effect of removable laminar dentures on the oral cavity. In this case, one of the main tasks was the clinical and laboratory study of the inflammatory reaction in response to the development of pathological changes in the area of the prosthetic bed and determining the role of homeostasis and oral microbiocenosis in violation of the timing of adaptation to removable laminar dentures. It was found that most prosthodontized patients adapted to wearing the prosthesis only for 1.5 months. The main conclusion of this work is that, based on a study of indicators of homeostasis and microbiocenosis of the oral cavity in a comparative aspect, less pronounced violations were recorded in patients with inflammatory changes in the tissues of the prosthetic bed, with many years of experience in wearing prosthetic structures.

Key words: prosthetics, oral cavity, homeostasis, bacteria, adaptation

Процент проявлений клинических симптомов патологических изменений в тканях протезного ложка у ортопедических больных, пользующихся съёмными акриловыми пластиночными протезами, по-прежнему очень высок. Основные причины их возникновения и развития обусловлены в большей степени базисным материалом, из которого изготовлена конструкция [2, 3, 5, 6]. Таким образом, механические, токсико-аллергические факторы, вызывающие в определенной степени на фоне нарушений микробиоценоза и иммунологической резистентности снижение адаптационных возможностей полости рта, в совокупности и определяет снижение качества зубного протезирования и негативно влияет на качество жизни пациентов [1, 4].

Цель исследования. Изучение показателей гомеостаза и биоценоза полости рта у больных, пользующихся зубными протезами для повышения эффективности профилактики возможных осложнений.

Материал и методы исследования. Для определения основных патогенетических факторов, вызывающих развитие воспалительного процесса в полости рта и снижение адаптационных возможностей организма, проведено изучение распространенности и динамики развития патологических изменений в тканях протезного ложка в зависимости от сроков ношения и адаптации к съёмным зубным протезам. Был обследовано 160 пациентов в возрасте от 49 до 55 лет, со съёмными зубными протезами, из которых были выбраны 20 человек для лабораторных исследований, из них 11 протезировались впервые – 1 группа, (в течение первого месяца после установки протеза наблюдали явления воспаления той или иной степени выраженности, обусловленного механической травмой) и 9 пациентов с

многолетним стажем ношения подобных конструкций – 2-ая группа, (воспаление возникло и проявлялось через месяц и более после протезирования с явлениями гиперемии, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки протезного ложа). Еще 8 человек составили контрольную группу практически здоровых лиц, не пользующихся протезами вовсе, для сравнительной оценки лабораторных показателей). Клиническое исследование включали осмотр слизистой оболочки протезного ложа, который проводили до постановки протеза и после протезирования. Микробиологические исследования осуществляли в отношении двух групп микроорганизмов полости рта: резидентной группы, которая играет стабилизирующую роль в микробиоценозе полости рта; патогенной группы, которая обладает факторами вирулентности и может поддерживать развитие различных воспалительных процессов в полости рта (*Candida albicans*). Для изучения качественного и количественного состава микрофлоры полости рта были использованы следующие питательные среды: 5% кровяной

агар для определения общего уровня микробного обсеменения ротовой полости, желточно-солевой агар, сахарный бульон, среда Сабуро и «Mitis Salivarius Agar». Взятые образцы были немедленно помещены в транспортную среду Стюарта, и для дальнейших исследований направлены в научно-исследовательскую лабораторию. Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений (min-max). Для статистической обработки данных был применен непараметрический – критерий U (Уилкоксона-Манна-Уитни) и параметрический – t критерий Стьюдента, как метод оценки различий показателей. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p < 0,05$. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием современного программного обеспечения и пакета прикладных программ Statistica 7.0.

Таблица 1

Показатели гомеостаза полости рта у пациентов (M ± m)

| Изучаемые показатели | Группа контроля (n = 8) | Пациенты с воспалением пр.ложа | |
|----------------------------------|-------------------------|--|---|
| | | 1-я группа. (n = 11) | 2-я группа. (n = 9) |
| Скорость слюноотделения (мл/мин) | 0,71 ± 0,016 | 0,41 ± 0,013 P ₁ < 0,001 | 0,42 ± 0,019 P ₁ < 0,001 P ₂ > 0,05 |
| pH ротовой жидкости | 6,75 ± 0,030 | 6,84 ± 0,052 P ₁ > 0,05 | 6,90 ± 0,077 P ₁ > 0,05 P ₂ > 0,05 |
| Содержание МДА (мкмоль/мл) | 0,50 ± 0,023 | 0,76 ± 0,025 P ₁ < 0,001 | 0,70 ± 0,017 P ₁ < 0,001 P ₂ > 0,05 |
| Активность СОД (усл.ед) | 0,51 ± 0,015 | 0,37 ± 0,020 P ₁ < 0,001 | 0,46 ± 0,018 P ₁ > 0,05 P ₂ < 0,01 |
| Содержание SIgA (г/л) | 0,45 ± 0,040 | 0,56 ± 0,028 P ₁ < 0,05 | 0,48 ± 0,036 P ₁ > 0,05 P ₂ > 0,05 |

Примечание: достоверность рассчитана: P₁ – по отношению к данным в группе контроля; P₂ – при сравнении показателей 1-й и 2-й групп.

Результаты исследований и их обсуждение. У пациентов с интактной слизистой (табл. 1) скорость слюноотделения была намного выше, чем в двух других группах ортопедических больных. Во 2-й группе протезоносителей, в области протезного ложа которых на начальном этапе наблюдались явления воспалительного характера, скорость секреции слюны после начала пользования акриловыми протезами была снижена и составила в среднем 0,42±0,019 мл/мин (отличия статистически достоверны по отношению к данным контрольной группы) (P₁ < 0,001).

Содержание секреторного иммуноглобулина SIgA, который является представителем гуморального звена специфического иммунитета полости рта, также претерпевает изменения в сторону увеличения количественных показателей, то есть в сторону прогрессирующего нарастания, особенно выраженного в первой группе протезоносителей – 0,56±0,028 г/л, против 0,45±0,040 г/л, значений в группе контроля (P₁>0,05).

В первой группе протезированных больных скорость слюноотделения с начала ношения протезных конструкций также снижалась и еще

больше, чем во второй группе ($P_2 > 0,05$). При сравнении с данными лиц контрольной группы у протезоносителей 1-й группы скорость слюноотделения была достоверно ниже – $0,71 \pm 0,016$ мл/мин и $0,41 \pm 0,013$ мл/мин, соответственно ($P_1 < 0,001$). При исследовании кислотно-щелочного баланса смешанной ротовой жидкости значение pH по отношению к исходным данным и данным контрольной группы не менялось в сторону закисления. Показатели неспецифической и иммунной резистентности полости рта у обследуемых ортопедических больных и практически здоровых лиц, не пользующихся съемными зубными протезами, представлены в табл. 1. Необходимо отметить, что приведенная динамика изменения факторов местного иммунитета характерна для патологических изменений воспалительного генеза на слизистой оболочке протезного ложа и полости рта в целом. В количественных показателях МДА, определяющих уровень процессов перекисного окисления липидов, был зафиксирован достоверный рост цифровых значений в ротовой жидкости больных первой и

второй групп с явлениями воспаления тканей протезного ложа. При этом, необходимо отметить более выраженный рост показателя в первой группе больных и выявленные отличия достоверны по отношению к данным, выявленным в группе контроля – $0,76 \pm 0,025$ мкмоль/мл и $0,50 \pm 0,023$ мкмоль/мл, соответственно ($P_1 < 0,001$). Активность СОД – фермента антиоксидантной защиты после протезирования значительно снизилась только в первой группе пациентов, при этом, отличия достоверны по отношению к данным группы контроля, где показатель составил $0,50 \pm 0,023$ усл.ед, против $0,37 \pm 0,020$ усл.ед., значений в ранее указанной группе протезоносителей ($P_1 < 0,001$). В аналогичные сроки было зафиксировано достоверное снижение активности исследованного фермента антиоксидантной защиты у больных и 3-й группы, но в меньшей степени, чем во второй группе. Полученные данные свидетельствуют о выраженном снижении активности антиоксидантной защиты при развитии осложнений воспалительного характера на слизистой оболочке протезного ложа.

Таблица 2

Микробиологические показатели ротовой полости у обследуемых больных

| Микрофлора | Группа контроля (n = 8) | | Пациенты с воспалением пр. ложа | | | |
|------------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| | абс. | % | 1-я группа (n = 11) | | 2-я группа (n = 9) | |
| | | | абс. | % | абс. | % |
| Негемолитический Стрептококк | 3 | $37,5 \pm 17,1$ | 8 | $72,7 \pm 13,4$ | 7 | $77,8 \pm 18,9$ |
| Патогенный Стафилококк | 1 | $12,5 \pm 11,7$ | 2 | $18,2 \pm 11,6$ | 2 | $18,2 \pm 11,6$ |
| Энтерококк | 0 | 0 | 2 | $18,2 \pm 11,6$ | 1 | $11,1 \pm 10,5$ |
| Лактобактерии | 4 | $50,0 \pm 17,7$ | 2 | $18,2 \pm 11,6$ | 2 | $18,2 \pm 11,6$ |
| Грибы рода Кандида | 1 | $11,1 \pm 10,5$ | 6 | $54,5 \pm 15,0$ | 8 | $88,9 \pm 10,5$ |

Таким образом, было выявлено, что в связи со снижением функциональной активности слюнных желез и недостаточной активностью ферментов антиоксидантной защиты начинают образовываться в большом количестве продукты свободнорадикального окисления липидов, вызывающие деструкцию клеточных мембран, усиливающие протеолитическую активность и развитие воспалительного процесса. После протезирования количество патогенных и условно патогенных микроорганизмов в ротовой жидкости было выше, чем в контрольной группе (табл. 2). В группе больных, которым были диагностированы воспалительные изменения слизистой оболочки протезного ложа, после протезирования обсемененность ротовой полости представителями стабилизирующей микрофлоры снизилась почти в 2,5 раза.

Исследование видового состава выделенных бактерий позволило определить некоторые нарушения в соотношении между представителями нормальной, условно патогенной и патогенной микрофлоры после протезирования у пациентов

с воспалительным процессом. Так, в ротовых смывах в первой и второй группах значительно увеличилась частота высеваемости негемолитического стрептококка и стафилококка. В 5 и 8 раз увеличилось количество в полости рта дрожжеподобных грибов рода Кандида. В то же время у обследуемых в контрольной группе с интактной слизистой оболочкой соотношение изучаемых видов микрофлоры полости рта практически не изменилось по отношению к показателям, зафиксированным в группах протезированных больных. Полученные нами данные свидетельствуют о определенных нарушениях микробиоценоза у больных, пользующихся съемными пластиночными протезными конструкциями. Таким образом, в силу различных этиопатогенетических причин при ношении акриловых протезных конструкций снижаются естественные защитные силы ротовой полости, что способствует еще большей активизации патогенных бактерий и грибов с выделением токсинов, вызывающих воспалительную реакцию. А оценка состояния гомеостаза и микробиоценоза полости рта позво-

ляют достоверно и быстро оценить ситуацию и своевременно разработать и использовать эффективные лечебно-профилактические методы. В ходе клинических наблюдений по субъективным ощущениям и результатам обследования слизистой оболочки протезного ложа изучали степень и сроки адаптации пациентов к ношению протезных конструкций на верхней и нижней челюсти. Пациенты находились под наблюдением в течение 1,5 месяца после протезирования. Ре-

зультаты исследований показали, что в течение 1-й недели число привыкших к съемным протезам равнялось нулю, причем на обеих челюстях (табл. 3). В течение следующих 2-х недель уже 12,5±2,61% обследуемых адаптировались к ношению протезов на обеих челюстях одновременно. При этом большая часть пациентов привыкли к ношению конструкции, зафиксированной на верхней челюсти.

Таблица 3

Сроки адаптации к съемным зубным протезам

| Период адаптации | Полные (n = 160) | | | | Всего лиц, привыкших к протезу | |
|----------------------|------------------|-----------|-----------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| | на в/ч (n = 71) | | на н/ч (n = 89) | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| В течение 1-й недели | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| В течение 2 недели | 9 | 12,7±3,95 | 11 | 12,4±3,49 | 20 | 12,5±2,61 |
| В течение 3 недели | 33 | 46,5±5,92 | 39 | 43,8±5,26 | 72 | 45,0±3,93 |
| В течение 4 недели | 9 | 12,7±3,95 | 9 | 10,1±3,20 | 18 | 11,3±2,50 |
| В течение 6 недели | 11 | 15,5±4,29 | 19 | 21,3±4,34 | 30 | 18,8±3,09 |
| Всего | 62 | 87,3±3,95 | 78 | 87,6±3,49 | 140 | 87,5±2,61 |

К концу исследований количество адаптировавшихся резко увеличилось и составляло уже 87,5±2,61%. Анализируя полученные данные в целом, можно сделать заключение, что чаще всего при развитии воспалительных изменений в протезном ложе значительно увеличиваются сроки адаптации к съемным протезам или при диагностировании тяжелых форм патологии пациенты и вовсе не могут привыкнуть к их ношению. В наших исследованиях количество таких пациентов составило 20 человек.

Таким образом, если пациент испытывает неприятные ощущения при ношении съемного протеза и не может привыкнуть к нему, то возникшую ситуацию следует рассматривать как серьезную проблему, снижающую качество ортопедического лечения и качество жизни самих протезируемых больных.

Список литературы

1. Барадина И.Н. Осложнения при ортопедическом лечении съемными перекрывающими протезами, фиксируемыми при помощи накорневых замковых соединений / И.Н. Барадина, И.И. Гунько // Ортопедическая стоматология. – 2012. – №3. – С. 240-241.
2. Сафаров А.М. Состояние слизистой оболочки протезного ложа при съемном протезировании / А.М. Сафаров // Вестник стоматологии. – 2010. – №2. – С. 121-123.
3. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis / Emami E., de Grandmont P., Rompre P.H., [et al.] // J Dent Res. – 2008. – № 87. – P. 440-444.

4. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians / Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu MHNG [et al] // J Oral Rehabil. – 2008. – № 35. – P. 370-374.
5. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. / J.B. Hilgert, J.M. Giordani, R.F. [et al.] // J Am Geriatr Soc. – 2016 Dec; – 64(12). – P. 2539-2545.
6. Kossioni A.E. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population / A.E. Kossioni // Gerodontology. – 2011. – №28. – P. 85-90.

REFERENCES

1. Baradina, I.N., Gun'ko I.I. Complications in orthopedic treatment with removable overlapping prostheses that are fixed with the help of root lock joints. *Ortopedicheskaja stomatologija*. 2012;3:240-241.
2. Safarov A.M. The condition of the mucous membrane of prosthetic bed in removable prosthetics. *Vestnik stomatologii*. 2010;2:121-123.
3. Emami E., de Grandmont P., Rompre P.H., et al. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis. *J Dent Res*. 2008;87:440-444.
4. Freitas J.B., Gomez R.S., de Abreu MHNG et al. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil*. 2008;35:370-374.
5. Hilgert J.B., Giordani J.M., de Souza R.F., Wendland E.M., D'Avila O.P., Hugo F.N. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2016;Dec;64(12):2539-2545.
6. Kossioni A.E. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology*. 2011; 28: 85-90.

Поступила 27.01.2020

