

Актуальні проблеми сучасної медицини

наличие соседних зубов, которые могли бы защитить имплантат от окклюзионной перегрузки;
возможность связать в блок несколько имплантатов;

Противопоказания для одноэтапной имплантации:

плохое качество и/или количество кости, которое может стать потенциальной причиной необратимой утраты стабильности имплантата на стадии заживления при переходе от первичной к вторичной стабильности.

любого рода парафункции, которые могут оказать негативное воздействие на установленные имплантаты;

нелечёный кариес или неконтролируемое течение заболеваний пародонта;

подвижность соседних зубов выше 1 степени;

неудовлетворительная гигиена полости рта.

По данным ряда авторов, степень адаптации краевой кости больше зависит от конструкции имплантата, чем от протокола проведения операции или от срока функционального нагружения.

Это должны быть имплантаты винтового типа с шероховатой поверхностью (например, после плазменного напыления титана или после пескоструйной обработки частицами TiO₂), которые показывают более прочное начальное прикрепление к кости и более плотный контакт между имплантатом и костью.

Таким образом, исходя из данных литературы и собственного практического опыта, можно утверждать, что одноэтапная операция имплантации эффективнее двухэтапной при ранней функциональной нагрузке.

УДК 616.31-006.04(477.53)

ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНІСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПОРОЖНИНИ РОТА В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ (2001 – 2005)

Ищенко В.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів

Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Протягом останніх десяти років захворюваність на злоякісні новоутворення в Полтавському регіоні залишається стабільно високою і поділяє друге, третє, четверте місця в Україні. Відповідно до загальної захворюваності, вагомого значення набувають пухлини ротової порожнини, з якими часто зустрічаються лікарі-стоматологи. На жаль, незважаючи на профілактичні огляди лікарів-стоматологів, сімейних лікарів ця група хворих виявляється в занедбаному стані. Занедбаність досягає 60 – 70%.

Метою нашого дослідження є порівняння динаміки виникнення пухлин порожнини рота в 2001 – 2005 роках. В ці роки кафедрами стоматології УМСА проведена значна робота з підготовки лікарів-стоматологів на кафедрі післядипломної освіти та на базі обласного клінічного онкологічного диспансеру (кафедра онкології) з раннього виявлення, своєчасної діагностики та тактично правильного ставлення до хворих з високим онкологічним ризиком.

В роботі використані дані статистичного відділу ПОКОД. Шляхом аналізу даних виявлене незначне зниження захворюваності органів порожнини рота на рак в ротовій порожнині з 2000 роком на 5 – 8%.

Злоякісні новоутворення язика. В 2001 році на злоякісні новоутворення язика захворіло 22 чоловіка (в 2000 році – 26). З них в I – II стадії виявлено лише 2 людини, відповідно в III – IV – 20. В 2002 року загальна кількість людей, що захворіли, становила 15 осіб. На ранніх стадіях діагностовано захворювання в 3 осіб. Відповідно – 12 в занедбаному стані. В 2003 році виявлено 11 чоловік, 8 з них в III – IV стадії онкологічного процесу. В 2004 – 14, в I – II стадії всього 5 хворих. В 2005 році виявлено 12 хворих і тільки один із них в I стадії захворювання. Решта в занедбаному стані. Всього хворих з патологією язика за 5 років – 74.

Злоякісні пухлини ясен. З 2001 року маємо незначне зниження рівня захворюваності цієї ділянки, відповідно: 8, 10, 9, 5 та 8 чоловік. Переважно виявлена патологія в III – IV стадіях. Занедбаних випадків, відповідно, 7, 7, 7, 5 та 8 чоловік. Загальна кількість хворих становила 40 чоловік.

Злоякісні пухлини дна порожнини рота. Загальної тенденції до зниження показників даної локалізації немає: в 2001 році – 23; в 2002 році – 20; в 2003 році – 22; в 2004 році – 26; в 2005 році – 34 випадки. Загальна кількість хворих – 125. Але відмічена тенденція діагностики на ранніх стадіях захворювання. В I – II стадіях виявлено 38 чоловік.

Злоякісні пухлини піднебіння. За 5 років захворіло 50 пацієнтів, з них 31 в III – IV стадії.

Отже, Полтавський регіон стабільно займає високі місця захворюваності на рак в Україні, це стосується і новоутворень порожнини рота.

В останні роки, завдяки проведеним профілактичним заходам лікарів – онкологів та стоматологів під керівництвом кафедр УМСА маємо деяку динаміку до зниження показників захворювання на рак порожнини рота та виявлення значної кількості хворих на ранніх стадіях онкологічного процесу.

Організація якісної онкологічної допомоги та профілактики злоякісних новоутворень порожнини рота і на сьогодні залишається актуальною в державі, тому що ця група захворювань стійко займає високе місце в структурі смертності населення.

УДК 616.314-001.4-073.75

ВИЗНАЧЕННЯ ВЕЛИЧИН ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ ЗА РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ ДАНИМИ

Козак Р.В.

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Труднощі ортопедичного лікування хворих із патологічною стертістю твердих тканин зубів визначаються не тільки видом і ступенем стертості, але і супутніми деформаціями зубних рядів, зміною характеру прикусу і зниженням його висоти, зміною рефлексорних зв'язків у жувальному апараті (Погосов В.Р. 1995; Король М.Д. 1998; Беда В.И. 1999).

Найбільш поширеним видом зубного протезування є незнімне протезування. Широке застосування незнімних протезів обумовлене тим, що вони мають ряд переваг перед знімними конструкціями, а саме: відновлюють жувальну ефективність до 100%, мають невеликі розміри; практично не порушують смакову і тактильну чутливість. Ці особливості дозволяють за короткий термін реабілітувати функції щелепно-лицевої ділянки, естетичні норми.

Особливе місце серед незнімних протезів займають суцільнолітні конструкції, облицьовані керамічною масою, які є найбільш досконалим видом незнімних протезів.

Вкладки і накладки не тільки є альтернативою металокерамічним коронкам, але і дозволяють відновити жувальну функцію інтактного зуба, роблячи вплив на гнучкість горбиків і податливість матеріалу, які є ключовими параметрами функціонування комплексу зуб-реставрація.

З наведених даних літератури видно, що питанню відновлення оклюзійної висоти при патологічній стертісті зубів відводиться велике місце в дослідженнях. Однак, дані не завжди узгоджуються, є суперечливість у поглядах авторів. Усі ці фактори були підставою для подальших досліджень проблеми.

Судити про правильність вибору методу протезування можливо лише визначивши величину зменшення висоти прикусу через певний проміжок часу після протезування. Для визначення величини стирання зубів та витривалості до стирання відновлюючих конструкцій більшість авторів використовують лише візуальні орієнтири, що є недостатньо точним методом вимірювання, та не дає достатньої інформації про якість протезування. Для більш точного визначення зменшення висоти прикусу нами було запропоновано власну методику вимірювання.

Для визначення величини стирання зубів нами зроблені рентгенконтрастні позначки пломбувальним матеріалом в межах сліпої ямки перших постійних молярів нижньої і верхньої щелепи. На панорамному знімку вимірювали відстань між нижньою межею позначки на нижній щелепі, та верхньою межею позначки на верхній щелепі одразу після фіксації накладки, та через 6 місяців. Різниця між цими показниками являла собою величину стирання. Панорамний знімок виконувався при зімкнутих зубах в положенні центральної оклюзії.

Також вимірювалась відстань між сліпою ямкою та вершиною медіального та дистального щічних бугрів одразу після фіксації накладки, та через 6 місяців, для того щоб визначити який з антагоністів стирається більше.

Таким чином, запропонована методика дозволяє найбільш точно вимірювати величину зменшення висоти прикусу у осіб, яким відновлена жувальна поверхня зубів вкладками.