здоров'я дітей і підлітків : Наказ МОЗ України № 981 від 23.05.2018. URL: https://medprosvita.com.ua/nakaz-moz-ukrayini-vid-23-05-2018-981-pro-zatverdzhennya/

6. Мірошниченко І. А. Формування функціональних цілей міждисциплінарною командою фахівців, як засіб реалізації програм допомоги для дітей з моторними порушеннями. *Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти: зб. наук. пр. /* за загальною редакцією Бойчука Ю.Д. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2020. С. 224–231. URL: https://dspace.hnpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/54d3646c-0f47-4058-b212-369fa4783fc1/content

DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-401-6-11

STUDY OF THE NEED FOR PROSTHETIC TREATMENT IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS

ВИВЧЕННЯ ПОТРЕБИ В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Fastovets O. O.
Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Prosthetic Dentistry, Dnipro State Medical University Dnipro, Ukraine

Фастовець О. О.
доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри ортопедичної стоматології, Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, Україна

Hlazunov O. O.
PhD student at the Department of Prosthetic Dentistry, Dnipro State Medical University Dnipro, Ukraine

Глазунов О. О.
аспірант кафедри ортопедичної стоматології, Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, Україна

Kryvchuk O. A.
Candidate of Medical Sciences, Assistant at the Department of Prosthetic Dentistry, Dnipro State Medical University Dnipro, Ukraine

Кривчук О. А.
кандидат медичних наук, асистент кафедри ортопедичної стоматології, Дніпровський державний медичний університет м. Дніпро, Україна

Генералізований пародонтит належить до найбільш поширених стоматологічних захворювань, що характеризується тяжким прогресуючим перебігом та призводить до втрати зубів. Забезпечити стабілізацію запально-деструктивного процесу в тканинах пародонта можливо лише шляхом індивідуального, постійного та комплексного лікування. При цьому ортопедичне лікування є вагомою складовою комплексної реабілітації хворих на генералізований пародонтит та має за мету нормалізувати функціональну динамічну оклюзію та забезпечити іммобілізацію рухомих зубів. Зубне протезування та шинування в хворих на генералізований пародонтит забезпечує стабільність клінічної картини за рахунок рівномірного розподілу оклюзійного навантаження в зубних рядах, проте будь-які неточності або помилки здатні призвести до прогресування патологічного процесу в тканинах пародонта.

Звідси, **мета представленого дослідження** – вивчити потребу в ортопедичному лікуванні серед хворих на генералізований пародонтит.

Матеріали і методи дослідження. До спостереження було залучено 300 хворих на генералізований пародонтит віком від 32 до 45 років, нарівно жінок та чоловіків, що звернулися за стоматологічною ортопедичною допомогою на кафедри ортопедичної стоматології та стоматології ФПО Дніпровського державного медичного університету з 2020 р. по 2023 р.

Під час проведених клінічних обстежень оцінено потребу та якість ортопедичного лікування, зокрема ефективність зубного протезування та шинування, за традиційними клінічними критеріями.

В якості додаткових методів дослідження використано комп'ютерні оклюзійну діагностику та томографію.

Результати опрацьовані традиційними методами варіаційної статистики з використанням ліцензійного програмного забезпечення MS Excel 2016.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених хворих початковий ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту діагностований у 62,0%, I – у 22,0%, II – у 16,0%, III – не виявлений. 73,0% пацієнтів мали дефекти зубних рядів, серед яких 68,0% – нижнього зубного ряду. 87,0% дефектів зубних рядів локалізувались у дистальних відділах. Частка малих дефектів зубних рядів дорівнювала 70,3%. Відповідно 29,7% були середніми за розмірами; великих дефектів не виявлено. За класифікацією Кеннеді дефекти I класу склали 4,0%, II класу – 9,0%, III класу – 81,0%, IV класу – 6,0%. Дефекти зубних рядів ускладнювались деформаціями в 48,0% обстежених.

Переважна більшість дослідних хворих (87,0%) мала потребу в зубному протезуванні: 66,0% – з приводу дефектів зубних рядів, 21,0% – дефектів коронкових частин зубів. Шинування зубів за допомогою незнімних конструкцій потребували 19,0% досліджених. Потреби у виготовленні знімних шин та протезів серед обстеженого контингенту не виявлено.

53,0% хворих мали прямі реставрації зубів, що в 30,0% спостережень (при локалізації на апроксимальних поверхнях) негативно впливали на стан тканин пародонта. В зазначених хворих були відсутні точкові міжзубні контакти для бокових ділянок зубних рядів, що призводило до накопичення зубних відкладень та поглиблення пародонтальних кишень.

Показання до застосування прямих реставрацій були розширені у 47,0% спостережень. На наш погляд, у цих хворих більш виграшним із позицій біомеханіки було виготовлення непрямих реставрацій, зокрема вкладок.

Серед 23,0% обстежених пацієнтів зубне протезування було здійснено з елементами шинування. На жаль, у 63,7% випадків проведене ортопедичне лікування характеризувалося певними помилками і недоліками та вимагало повторних утручань.

Найпоширенішою помилкою протетичного лікування були погрішності у виготовленні незнімних конструкцій, пов’язані з маргінальною адаптацією пародонта: надмірне занурення країв коронок у пародонтальні кишені (20,5% випадків від загальної кількості діагностованих ускладнень), відсутність приясенних уступів (15,9%), широкі краї реставрацій (11,4%).

Другим за часткою недоліком ортопедичного лікування (22,7%) визнано недостатню кількість опорних зубів у мостоподібних протезах. Кількість опорних зубів в цих випадках не враховувала зниження резервних можливостей зубів, що мали проблемний пародонт.

Розцементування незнімних конструкцій спостерігали в 29,5% випадків серед негативних результатів ортопедичного лікування. Таке ускладнення найбільш часто було пов’язане з погрішностями в препаруванні опорних зубів (76,9% від загальної кількості порушень фіксації). У решті випадків найімовірнішою причиною роз цементування було недотримання технології фіксації або нераціональний вибір цементу.

В якості незнімних шин, що оцінено в 12,0% пацієнтів, найбільш часто використовувалися скловолокнові шини (58,3% серед усіх випадків шинування). 22,2% складали внутрішньокореневі суцільнолиті шини, 19,5% – металокерамічні коронкові.

В 11,1% шинування діагностовано нераціональну іммобілізацію зубів, зокрема фрагментарний характер шин замість стабілізації за дугою, та вибір нераціональних елементів, що шинують.

У 13,9% хворих, які користувались незнімними шинами, виявлено технічні неточності конструкцій: нещільне прилягання; широкі та довгі краї коронок; естетична невідповідність. Для двох випадків використання суцільнолитих внутрішньокореневих шин виявлене порушення цілісності кореневих каналів опорних зубів за даними томографічного дослідження.

Зауважимо, що в ділянках нераціонального протезування або прямих реставрацій завжди спостерігалося погіршання стану кісткової тканини, що за даними комп'ютерної томографії описувалося локальним зменшенням мінеральної щільності кісткової структури.

Відповідно, помилки в шинуванні зубів призводили до нерівномірного розподілу жувального тиску, а отже, оклюзійного перевантаження всіх зубів, як тих, що увійшли до шини, так і тих, що не були іммобілізовані. Такі помилки теж проявлялися погіршанням стану кісткової тканини пародонта, які мали вже генералізований характер.

Слід зазначити, що в ділянках опорних зубів виявлена більша кількість зубних відкладень порівняно з особами, які не мали незнімних конструкцій.

На решті, виходячи з того, що одним із механізмів погіршання клінічного перебігу генералізованого пародонтиту є нерівномірний розподіл оклюзійного навантаження за рахунок нераціонально виготовлених ортопедичних конструкцій нами проаналізовано дані комп'ютерної оклюзіографії. Дійсно, попри те, що за даними комп'ютерної діагностики оклюзійні порушення, що описувались відсутністю рівномірного множинного міжзубного контакту синього кольору в динамічній оклюзії, діагностовано в усіх обстежених хворих, найбільш виражені розлади спостерігали у випадках нераціонального зубного протезування.

Висновки. Серед хворих на генералізований пародонтит молодого віку переважають початкові стадії захворювання, тоді як потреба в ортопедичному лікуванні насамперед полягає в незнімному зубному протезуванні дефектів зубних рядів.

При плануванні ортопедичного лікування хворих на генералізований пародонтит необхідно враховувати найбільш поширені недоліки попереднього зубного протезування та шинування, виявлені нами в 63,7% спостережень, серед яких – нераціональне препарування опорних зубів та кореневих каналів, широкі та подовжені краї коронок, недостатня кількість опорних зубів, розцементування, клінічні та технічні похибки при виготовленні конструкцій.

При цьому головним критерієм успішної реабілітації хворих на генералізований пародонтит слід вважати нормалізацію оклюзійних співвідношень, яка здатна забезпечити клініко-рентгенологічну стабілізацію патологічного процесу. Відповідно, ефективність протетичних заходів доцільно оцінювати із застосуванням сучасних методів функціональної діагностики – комп'ютерних томографії та оклюзіографії.

DOI https://doi.org/10.30525/978-9934-26-401-6-12

REGIONAL REGISTRY OF NEURODEGENERATE DISEASES

РЕГІОНАЛЬНИЙ РЕЄСТР НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Khubetova I. V.
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, LTD "Medicine House" Odesa, Ukraine

Хубетова І. В.
кандидат медичних наук, доцент, ТОВ «Дім медицини» м. Одеса, Україна

У багатьох країнах світу існують загальнонаціональні та регіональні реєстри нейродегенеративних захворювань [1; 2]. Їх існування забезпечене практикою електронного документообороту, в тому числі у галузі прескрібції, а також потребами страхових компаній. До останнього часу в Україні не було жодного прецеденту створення регіонального реєстру нейродегенеративних захворювань, що ускладнює клінічний моніторинг та негативно впливає на ефективність лікувально-профілактичних заходів при повторних зверненнях пацієнта.

Нами впродовж 2012–2022 років був створений регіональний реєстр випадків нейродегенеративних захворювань в Одеській області. При створенні реєстру спиралися на досвід вітчизняних та закордонних фахівців. У якості одиниці спостереження виступає випадок виявленого захворювання екстрапірамідної системи, джерелами первинної інформації виступали форми 001о, 003о, 025о, 074о, 131о.

До реєстру включали лише випадки захворювання осіб, які постійно проживали в Одеській області. Загальна кількість записів дорівнювала 1045.