

Ныне на кафедре работают 27 преподавателей.

С 1996 г. по 1998 г. кафедру возглавлял выпускник нашего факультета доц. В. И. Авсянкин.

С 1998 г. и по настоящее время кафедрой руководит доктор медицинских наук профессор Владимир Анатольевич Клёмин.

За 45 лет на кафедре защищены 2 докторские и 15 кандидатских диссертаций, обучались 4 аспиранта и 32 клинических ординатора. Подготовлена и успешно защищена кандидатская диссертация аспирантом из Эквадора Гавиньо Г. На кафедре прошли обучение 8 клинических ординаторов из Ливана, Палестины, Саудовской Аравии, Кувейта.

Корж В. И.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность проблемы. Протезирование больных при полной потере зубов на современном этапе развития ортопедической стоматологии представляет собой сложную проблему создания протезов, полноценных в функциональном и прогностическом отношении. Одной из важнейших задач в ортопедической стоматологии является достижение максимально возможной медицинской и социальной реабилитации больных с полным отсутствием зубов.

Научная новизна полученных результатов: усовершенствован способ снятия дифференцированного оттиска с беззубой верхней челюсти, разработана конструкция индивидуальной камерной оттискной ложки для беззубой верхней челюсти, позволяющая получить дифференцированный функциональный оттиск с учетом индивидуального анатомо-физиологического состояния протезного ложа.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных за счет усовершенствования качества изготовления полных съёмных протезов на верхнюю челюсть на основании усовершенствования технологии их изготовления.

Методы исследования: изучение жевательной эффективности с помощью функциональных методов по Рубинову, изучение фиксации с помощью динамометрии полных съёмных протезов, изготовленных по общепринятой и предлагаемой методикам.

Всего было обследовано 232 пациента, нуждающихся в ортопедическом лечении в связи полной потерей зубов на верхней челюсти, из них 116 женщин и 106 мужчин в возрасте 55-75 лет и выше. По степени атрофии альвеолярного отростка пациенты были разделены на три типа согласно классификации Шредера. В основную группу вошло 136 пациентов, из них 69 мужчин и 66 женщин с различной степенью атрофии альвеолярных отростков: I класс - 45 пациентов, II класс - 59 пациентов и III класс - 32 пациента.

В контрольную группу вошло 96 пациентов, из них 54 женщины и 42 мужчин: I класс - 32 пациента, II класс - 41 и III класс - 23.

Результаты изучения жевательной эффективности протезов в основной и контрольной группах, изготовленных по общепринятой методике и по оттиску, полученному индивидуальной ложкой собственной конструкции. У лиц контрольной группы только у $6,7 \pm 0,3$ % жевательная эффективность превышала 95%. У подавляющего большинства обследованных (60 %) изучаемый параметр не превышает 90%, что говорит о слабой функциональной устойчивости протезов при откусывании и разделывании пищи. Что касается основной группы, то у $82,2 \pm 3,4$ % пациентов жевательная эффективность превышала 90 %. Из них $30,6 \pm 1,0$ % показали жевательную эффективность более 95%. Лишь у $17,8 \pm 0,8$ % обследованных изучаемый показатель был менее 90 %. Параллельно был проведен анализ жевательной эффективности в основной и контрольной сериях в зависимости от возраста пациентов. У лиц в возрасте от 55 до 64 лет оцениваемый критерий в опыте достигал $94,5 \pm 1,22$ %, в контроле $-84,2 \pm 1,65$ % ($p < 0,05$). В возрастной группе 65-74 лет изучаемый параметр соответственно составлял $91,8 \pm 0,86$ % и $82,6 \pm 1,04$ %; свыше 75 лет жевательная эффективность в основной группе была равна $86,5 \pm 0,85$ %, в контрольной - $80,0 \pm 0,96$ % ($p > 0,05$).

Результаты сравнительной характеристики эффективности функциональной присасываемости оттисков и протезов, изготовленных с помощью предложенной модификации индивидуальной ложки, у больных, отнесенных к I типу по Шредеру, сила присасываемости функционального слепка при использовании стандартной ложки составила $7,5 - 1,0,52$ кг, модифицированной - $8,5 \pm 0,54$ кг ($p < 0,05$). При этом сила присасываемости пластмассового базиса, выполненного по первому слепку, достигала $6,5 \pm 0,48$ кг, по второму - $7,8 \pm 0,50$ кг (95% доверительный интервал соответственно был равен $5,7 - 6,8$ кг и $6,9 - 8,1$ кг). У пациентов, отнесенных ко II типу по Шредеру, сила присасываемости функционального оттиска в контрольных группах составила $5,2 \pm 0,30$ кг, а в основной - $6,0 \pm 0,42$ кг, пластмассовых базисов соответственно - $4,5 \pm 0,39$ кг и $5,5 \pm 0,38$ кг ($p < 0,05$).

Обследование лиц, отнесенных в группу III типа по Шредеру позволило выявить, что в контроле сила присасываемости функционального оттиска достигла $1,8 \pm 0,24$ кг, в опыте - $2,4 \pm 0,22$ кг, изготовленных протезов соответственно - $1,5 \pm 0,20$ кг и $1,7 \pm 0,20$ кг ($p > 0,05$).

ВЫВОДЫ. Разработана оригинальная конструкция индивидуальной оттискной ложки, учитывающая анатомо-физиологическое состояние протезного ложа. Выявлено, что эффективность функциональной присасываемости оттисков, полученных с помощью камерной ложки, и изготовленных по ним базисов в основной группе на 9-16% выше по сравнению с контрольной. Наиболее эффективно использование камерной индивидуальной ложки у пациентов при атрофии альвеолярного отростка III

класа по Шредеру. Установлено, що жевательная ефективність полних съемных протезов верхньої челюсти, полученных с использованием модифицированной ложки, на 8-10% превышает таковую протезов, изготовленных по традиционной методике при всех типах атрофии альвеолярных отростков.

Лабунець В. А., Козлов О. В., Шаблій В. Ф., Поддубуєва А. І., Кончічев С. Р., Хачіров І. А., Рожкова Н. В.

ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ЗУБОТЕХНІЧНИХ ВИРОБНИЦТВ В УКРАЇНІ

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

Аналіз ситуації на українському ринку стоматологічних послуг і в цілому в охороні здоров'я України дозволяє зробити відповідний прогноз. У державному секторі процес виведення стоматологічних послуг зі сфери бюджетного фінансування, на наш погляд, найближчим часом буде проходити досить широко й інтенсивно. Перехід значної частини державних стоматологічних установ до реального госпрозрахунку примусить їх іти шляхом приватизації або кардинально змінити багато чого у своїй діяльності, в тому числі і в управлінських підходах.

У зв'язку з тим, що темпи зростання конкуренції в сфері стоматологічних послуг перевищують темпи зростання добробуту населення (споживачів цих послуг), рівень конкуренції буде підвищуватися. Підвищенню конкуренції на ринку зуботехнічних виробів буде сприяти також збільшення чисельного складу зубних техніків, пов'язане з додатковим випуском цих спеціалістів за комерційними програмами навчання.

Підвищення конкуренції неминуче призведе до необхідності зміни парку обладнання зуботехнічних виробництв, освоєння нових технологічних процесів, застосування сучасніших матеріалів. Вирішення цих завдань буде пов'язане з необхідністю суттєвих фінансових інвестицій у зуботехнічні виробництва.

З нашої точки зору, ці тенденції можуть призвести до більшого диференціювання зуботехнічних виробництв за організаційними формами, технічним оснащенням та номенклатурою виробів. Відсутність фінансових ресурсів для переоснащення виробництва в умовах реального госпрозрахунку може підштовхнути стоматологічні установи з державною формою власності до рішення закрити або значно скоротити свої зуботехнічні виробництва. Це призведе до появи на ринку праці в сфері зуботехнічних виробництв працівників, працевлаштування яких може відбуватися таким чином. Деякі зубні техніки, як правило, найбільш кваліфіковані, які мають особисті заощадження (фінансові та в частині власного обладнання й інструментів), достатні для організації власних зуботехнічних ділянок, будуть пробувати самі або в кооперації з колегами організувати подібні ділянки. Слід сказати, що в таких регіонах як Західна Україна, Одеса і деяких інших цей процес уже відбувається з виходом дер-

жавних стоматологічних установ зі сфери бюджетного фінансування, і він тільки буде прискорюватись. Друга ж частина зубних техніків буде, вочевидь, пропонувати свою працю як наймані працівники у вже наявній зуботехнічній виробництва в недержавному секторі. Ці тенденції характерніші для Києва і східних регіонів.

Жорстока конкуренція нарівні з підвищенням вимог до зуботехнічних виробів із боку споживачів (пацієнтів) ставить проблему забезпечення якості в число пріоритетних.

У розвинутих країнах співвідношення цін на виробу зуботехнічних виробництв (зубні протези, ортодонтичні апарати й ін.) і зуботехнічного обладнання таке, що за достатньої завантаженості виробництва обладнання відносно швидко окуповується (частка вартості матеріалів, що використовуються в процесі виготовлення зуботехнічних виробів, у ціні самих виробів також невелика). З цим пов'язаний той факт, що навіть у країнах із розвинутим зуботехнічним виробництвом ще достатньо велика кількість зубних техніків здійснюють свою професійну діяльність у організаційній формі, яку визначили як ділянку зуботехнічних робіт. Рівень прибутків дозволяє цим спеціалістам не тільки забезпечити собі гідний рівень життя, але і періодично проводити закупівлю нового обладнання й інструментів. Відносно високий рівень цін на зуботехнічні вироби дозволяє закордонним спеціалістам використовувати найкращі матеріали, розпоряджатися достатнім резервом часу для виготовлення якісних виробів. Тобто особливо гострої необхідності в інтенсифікації виробничого процесу на таких ділянках зуботехнічних виробництв не виникає.

Як правило, більшість закордонних ділянок зуботехнічних робіт є певною мірою самодостатніми і не ставлять перед собою цілі, пов'язані з їх перетворенням у великі зуботехнічні виробництва. Залежно від професіоналізму і досвіду працівників таких зуботехнічних виробництв широта номенклатури виробів, що ними виготовляються, може бути різноманітною.

Проте постійний прогрес у технологіях і матеріалах зуботехнічних виробництв веде до неминучої спеціалізації професійної підготовки і звуження видів робіт, що виконуються на цих ділянках. Спеціалістів-універсалів, здатних на високому рівні стабільно виготовляти різні види зуботехнічних виробів і виконувати відповідно різні роботи, наприклад, мостоподібні зубні протези з облицюванням керамікою, складні комбіновані зубні протези (з атачменами, з телескопічними коронками), якісні повні знімні зубні протези, зубні протези для імплантаційних систем, сучасні ортодонтичні апарати й ін., уже практично немає. Це спостерігається як за кордоном, так і в нашій країні. А спеціалізація, як відомо, в ринкових умовах залишає меншу можливість для зниження ризиків втрати замовників, критичних для діяльності організації в цілому. В такій ситуації особливо гостро перед ділянками зуботехнічних робіт ставиться завдання забезпечення і постійного підвищення якості. Від рівня вирішення цього завдання залежить саме існування таких структур.