

ня: як часто ми у хворих із переломом нижньої щелепи (ПНЩ) у межах зубного ряду захворювання тканин пародонта.

Мета дослідження. вивчити частоту зустрічаємості захворювань тканин пародонта у хворих із ПНЩ промислового регіону, що проходили стаціонарне лікування.

Об’єкти і методи дослідження. Епідеміологічне обстеження було проведене серед 717 хворих.

У всіх хворих визначали захворювання тканин пародонту за індексом РМА із додатковим використанням проби Шиллера-Пісарєва і СРІТН. Для характеристики гігієнічного стану порожнини рота використовували індекси Silness-Loe і Stallard.

Обговорення результатів. Захворювання тканин пародонта були виявлені у 466 (65 %) хворих із ПНЩ. Гінгівіт виявлений у 9,5 % -у 44 хворих. Локалізований пародонтит зустрічався у 18 хворих (4 %). Переважно зустрічався генералізований пародонтит у 404 хворих (51,75 %).

До стоматологічних закладів із метою лікування тканин пародонта зверталося лише 15 хворих.

У хворих віком 18-20 років індекс гігієни: Silness-Loe становив $0,34 \pm 0,02$, Stallard - $0,32 \pm 0,04$ бали. У хворих із ПНЩ у межах зубного ряду у віці 21-30 років і 31-40 років показники індексів гігієни були підвищені. У хворих у віці 21-30 років індекси гігієни становили: Silness-Loe - $1,05 \pm 0,04$ бали, Stallard - $1,42 \pm 0,02$ бали, у хворих у віці 31-40 років - Silness-Loe - $1,41 \pm 0,04$ бали, Stallard - $1,67 \pm 0,03$ бали. У хворих у віці 31-40 років, індекс гігієни: Silness-Loe становив $1,82 \pm 0,02$, Stallard - $2,26 \pm 0,04$ бали, при цьому переважав "незадовільний" (65,0 %) и "поганий" (18,4 %) рівень гігієни і зовсім не було хворих із "добрим" рівнем.

Таким чином, ми спостерігали поступове зниження кількості хворих із "задовільним" (41,6 % и 66,7 % відповідно) і "добрим" рівнем гігієни (1,7 % и 3,30% відповідно), і підвищенням "незадовільного" (на 13,3 % и 35,0 % відповідно) рівня, "поганий" рівень гігієни у 31-40 років, що підвищився на 13,4 %, а у віці 30-40 років. У віці 41-50 років ми не виявили ні одного хворого з добрим рівнем гігієни порожнини рота. На перевагу тому, у віці 18-20 років ми не виявили хворих із поганим рівнем гігієни порожнини рота.

У віці 31-40 років відмічається незначне зменшення кількості хворих із симптомами запалення до 3,4 %, (індекс РМА - $9,74 \pm 2,7\%$, проба Шиллера-Пісарєва - $1,41 \pm 0,02$ бала) і кровоточивість до 28,3 % (індекс кровотечі - $0,32 \pm 0,02$ бали). Відмічається зростання кількості хворих із ПНЩ із зубним камінням до 46,7 %.

Виходячи із наведених даних поширеність захворювань серед хворих із ПНЩ у межах зубного ряду у хворих промислового регіону, що проходили стаціонарне лікування значна і становить 65% від загальної кількості хворих із ПНЩ. Комплекс лікування хворих із ПНЩ на тлі захворювань тканин пародонта потребує залучення медичних засобів, що мають комплексну дію на пародонтит і на перелом.



УДК 616-089.843+616716.8

Е. С. Буцнева, Г. Г. Бойко, К. А. Семенов

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «Стоматологическая поликлиника № 2» г. Кривой Рог.

НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА

Период заживления лунки удаленного зуба продолжается от 8 до 12 месяцев иногда больше. Этот период можно сократить при проведении имплантации непосредственно после удаления зуба. Это стало возможным для практикующих стоматологов – хирургов с появлением костнозамещающих материалов.

Непосредственная имплантация (сразу же после экстракции зуба) позволяет: установить имплантат и добиться хорошей фиксации за счет кристаллизации биоинертного материала, вводимого в лунку перед имплантацией.

Нами было проведено по одной непосредственной имплантации у 8 пациентов. Для проведения хирургических вмешательств пациенты были обследованы следующим образом: общий анализ крови, сахар крови показатели свертываемости крови, рентгенограмма участка кости в области предполагаемого удаления зуба. Тщательный сбор анамнеза о состоянии здоровья пациента на наличие хронической соматической патологии.

Одним из важных условий для непосредственной имплантации является отсутствие хронических воспалительных процессов в области зубов и тканей пародонта, в зоне оперативного вмешательства, а также достаточный объем костной ткани между дном лунки и дном верхнечелюстной пазухи – до 4 мм, или нижнечелюстным каналом нижней челюсти – до 5 мм.

Основным требованием для проведения непосредственной имплантации являлось атравматичное удаление

зуба с максимальным сохранением стенок лунки. Щипцы при этом использовали только в заключительной фазе экстракции, когда необходимо было выполнить полный вывих зуба. Иногда удаление зуба занимало значительную часть времени. После удаления зуба проводили тщательный осмотр лунки, кюретаж, медикаментозную обработку. Лунку плотно заполняли костнопластическим материалом. Использовали остеозамещающий препарат EASV – GRAFT швейцарской компании «DS- Dental», в котором размещали имплантат.

Таким образом непосредственную имплантацию можно проводить у лиц, не имеющих в анамнезе хронических соматических патологий. Обязательным условием для непосредственной имплантации являются интактные зубы и ткани пародонта, в области оперативного вмешательства, атравматическое удаление зуба, твердый костнопластический материал.



УДК 616.314-089.28/29

Р. Э. Василенко

КП ДМА МОН Украины, кафедра ортопедической стоматологии.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКСПЛУАТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Во многих развитых странах в настоящее время возрастает продолжительность жизни населения, в связи с чем, также повышается количество пожилых людей с полной вторичной адентией, представляющей собой одну из наиболее сложных проблем ортопедической стоматологии. Согласно данным статистических исследований, около 50% пожилых людей не имеют зубов в полости рта (Воронов А. П., Лебеденко А.Ю., Воронов И.А.).

По обобщенным данным различных статистических исследований количество полных съемных зубных протезов, изготовленных из современных базисных материалов, на первом году пользования достигает от 3 до 14,2; или 49 % за трехлетний период диспансерного наблюдения.

Данные литературы (А. А. Писаренко, УМСА) свидетельствуют о том, что у 52,4% пациентов с полной вторичной адентией разлом базиса полного съемного пластиночного протеза (ПСПП) верхней челюсти начинался между центральным и боковым резцом, проходил по проекции небного шва и заканчивался в дистальном отделе протеза. В 47,5 % линия перелома начиналась между клыком и первым премоляром, а заканчивалась на расстоянии 0,2-0,8 см от срединной линии базиса полного съемного протеза верхней челюсти.

С целью объективизации данных о состоянии ПСПП в процессе их эксплуатации, нами проведен скрининговый анализ работы ортопедических отделений стоматологических поликлиник г. Днепрпетровска в период с 1 января 2007 г. по 30 сентября 2010 г.

В результате анализа были получены данные о количестве починок ПСПП, выполненных в трехлетний период (табл. 1-3).

Таблица 1

КП «Областная Стоматологическая поликлиника»

Год	2007	2008	2009	2010 (9 мес.)
Количество изготовленных полных съемных протезов	10069	9163	8186	5817
Количество починок полных съемных зубных протезов	5463 (54,2%)	5629 (61,4%)	5727 (69,9%)	3934 (67,6%)

Таблица 2

КП «Областная Стоматологическая поликлиника № 1»

Год	2007	2008	2009	2010 (9 мес.)
Количество изготовленных полных съемных протезов	1497	1430	1380	987
	469 (31,3%)	517 (36,2%)	473 (34,3%)	334 (33,8%)
	397 (26,5%)	407 (28,5%)	398 (28,8%)	369 (37,4%)
Всего повторных обращений	866 (57,8%)	924 (64,7%)	871 (63,1%)	703 (71,2%)