

А.В.Цимбалистов,  
И.В.Жданюк,  
А.К.Иорданишвили

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
РЕАБИЛИТАЦИЯ:  
ОШИБКИ  
И ОСЛОЖНЕНИЯ**



**Андрей Константинович Иорданишвили  
Александр Викторович Цимбалистов  
Игорь Владимирович Жданюк  
Стоматологическая реабилитация:  
ошибки и осложнения**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=2471955](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=2471955)*

*Цимбалистов А.В., Жданюк И.В., Иорданишвили А.К. Стоматологическая реабилитация: ошибки и осложнения: МАНЭБ-Нордмедиздат; Санкт-Петербург; 2011  
ISBN 978-5-98306-102-6*

### **Аннотация**

В книге дана оценка качества проведения подготовительных мероприятий по подготовке полости рта к изготовлению традиционных и современных конструкций зубных протезов в условиях государственной стоматологической поликлиники у пациентов, получающих медицинскую помощь за счет средств бюджета и за плату. Установлено, что низкое качество подготовительных санационных мероприятий значительно увеличивает потребность в реставрации зубных протезов или повторном протезировании в гарантийные сроки пользования ими, что существенно увеличивает объемы ортопедической стоматологической помощи населению, получающему ее как за счет бюджетных средств, так и за плату. Установлены причины, обусловившие необходимость переделки и реставрации съемных и несъемных зубных протезов в гарантийные сроки пользования ими, показана важная роль и место подготовительных мероприятий в возникновении переделок и реставраций протезов в этот период. На основании ретроспективной оценки состояния тканей периодонта опорных зубов и пародонта у пациентов с несъемными зубными протезами, сделан вывод о необходимости применения современных методов подготовительных мероприятий и методов протезирования для пациентов, получающих зубопротезную помощь за счет средств бюджета, что сократит число осложнений протезирования в гарантийные сроки и улучшит состояние органов и тканей полости рта у пациентов. Получены сведения о частоте и структуре осложнений различных видов зубного протезирования, выполненного за счет бюджетных средств и за плату в гарантийный и отдаленный срок пользования протезами.

Обоснована и показана экономическая целесообразность проведения подготовительных мероприятий в достаточном объеме, что важно для предупреждения осложнений зубного протезирования и преждевременных реставраций и переделок зубных протезов. На основании проведенного клинического исследования сделаны рекомендации по повышению качества подготовительных мероприятий перед зубным протезированием в условиях государственной стоматологической поликлиники. Экономически обоснована необходимость проведения подготовки полости рта к зубному протезированию в достаточном объеме, что важно для предупреждения осложнений протезирования в гарантийные сроки и исключения необходимости осуществления в этот период реставраций протезов и повторного протезирования из-за дефектов подготовительных мероприятий.

## Содержание

Список сокращений	5
Предисловие	6
Введение	8
Глава 1	10
1.1. Применение санационных и специальных видов подготовительных мероприятий в клинике ортопедической стоматологии	13
1.2. Влияние местного статуса пациентов на исходы стоматологической реабилитации	18
1.3. Применение подготовительных мероприятий при использовании различных технологий изготовления ортопедических конструкций	22
1.4. Экономический анализ эффективности применения подготовительных мероприятий в условиях программы бюджетного финансирования	25
Конец ознакомительного фрагмента.	27

**А.В.Цимбалистов, И.В.Жданюк,  
А.К.Иорданишвили**  
**Стоматологическая реабилитация:  
ошибки и осложнения**

**Авторы:**

Цимбалистов Александр Викторович – Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии СПбМАПО; Жданюк Игорь Владимирович – врач-стоматолог, аспирант кафедры ортопедической стоматологии СПбМАПО; Иорданишвили Андрей Константинович – Заслуженный рационализатор РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, профессор кафедры ортопедической стоматологии СПбМАПО.

**Рецензенты:**

Главный стоматолог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор Б.Т.Мороз; доктор медицинских наук, профессор Л.Ю.Орехова; доктор медицинских наук, профессор А.Н. Ряховский.

## **Список сокращений**

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав  
ЛПМ – лечебно-профилактические мероприятия  
МК – металлокерамическая конструкция  
ОМС – обязательное медицинское страхование  
ПГПР – профессиональная гигиена полости рта  
ПЛС – пародонтит легкой степени  
ПМ – подготовительные мероприятия  
ПСС – пародонтит средней степени  
ПТС – пародонтит тяжелой степени  
СОПР – слизистая оболочка полости рта  
УЕТ – условная единица трудоемкости

## Предисловие

В связи с тем, что конечный результат ортопедического стоматологического лечения практически всегда выражен в материальной форме, оценка данного компонента качества в зубном протезировании представляется несравненно более конструктивной и точной, нежели в любой другой медицинской специальности. Однако исход протезирования, в аспекте течения стоматологических заболеваний жевательного аппарата, определяется не только конструкцией и материалами, из которых изготовлены зубные протезы, но и качеством ранее проведенных подготовительных мероприятий. Анализ качества подготовительных мероприятий пациентам, которые нуждались в зубном протезировании, проведенный авторами книги в стоматологических поликлиниках города, выявил неудовлетворительные результаты. После завершения подготовительных мероприятий пациентам, нуждавшимся в зубном протезировании, требовалось долечивание неосложненного кариеса в 13,3 % случаев, лечение некариозных поражений твердых тканей зубов в 8 %, гиперестезии в 10 %, а в лечении пульпита и периодонтита нуждались соответственно 10,7 % и 16 % пациентов. Более 6 % пациентов нуждались в выполнении хирургических зубосохраняющих операций по поводу хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции или удалении экзостозов. В лечении вялотекущего альвеолита нуждалось 4 % пациентов, а 5 % требовалось лечение патологии слизистой оболочки протезного ложа.

При анализе состояния тканей пародонта пациентов, санированных и подготовленных для зубного протезирования и имеющих естественные зубы, проба Айнамо обнаружилась в 37 % случаев, положительная проба Шиллера-Писарева встречалась в 46 % случаев, показатель йодного числа Свракова находился в пределах от 2,05 до 3,86 при показателе индекса гигиены Федорова-Володкиной 1,54-2,05. При этом у 27 % обследованных были диагностированы отложения зубного камня, в 13 % случаев пародонтальные карманы глубиной до 5 мм, а в 7 % случаев – глубиной более 5 мм.

Результаты исследований А.В.Цимбалистова, И.В.Жданюка и А.К.Иорданишвили свидетельствуют о недостаточном внимании врачей-стоматологов на этапе подготовки полости рта пациентов перед протезированием зубов к проведению мероприятий по лечению основных стоматологических заболеваний, профессиональной гигиене полости рта и хирургическим методам лечения заболеваний пародонта.

Некачественно проведенная врачами-стоматологами подготовительная работа приводит к большому числу переделок зубных протезов в гарантийные сроки пользования ими, на что тратятся существенные средства.

Предлагаемая вниманию читателей книга содержит решение важных проблем стоматологии в аспекте повышения эффективности стоматологической реабилитации пациентов, профилактики у них осложнений и ошибок зубного протезирования. Особого внимания заслуживают рекомендации авторов по совершенствованию контроля и качества стоматологической помощи в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях.

Нам также представляется, что целесообразно осуществлять контроль качества подготовки полости рта перед протезированием. Мы согласны с мнением авторов, что контролирующие функции за качеством работы стоматологов учреждения по подготовке полости рта к протезированию следует возложить на руководителя отделения терапевтической стоматологии. Тем более, что согласно действующей типовой инструкции по заполнению медицинской карты стоматологического больного (Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.80 г.) завершает работу по лечению заболеваний полости рта написание эпикриза, который содержит краткое описание результатов лечения и предлагаемые лечащим врачом практические рекомендации (наставления) пациенту. Подпись под эпикризом ставит

не только лечащий врач, но и руководитель структурного подразделения. Проведение таких мероприятий руководителем структурного подразделения позволит своевременно определить степень выполнения стандарта обследования и лечения при проведении санационных мероприятий, установить причины их невыполнения (дефицит ресурсов, неквалифицированные действия врача, низкий уровень его профессиональной подготовки, небрежность и невнимательное отношение к больному, неполноценное обследование, отсутствие преемственности лечения и т. д.), а также выявлять и своевременно устранять недостатки в организации лечебно-диагностического процесса при проведении подготовительных мероприятий у пациентов на этапе подготовке полости рта к протезированию зубов.

Уверен, что представляемая нами книга А.В.Цимбалистова, И.В.Жданюка и А.К.Иорданишвили, безусловно, окажется нужной и полезной как для врачей-стоматологов, так и для организаторов стоматологической помощи населению, а также для клинических ординаторов, стоматологов-интернов и студентов стоматологических факультетов медицинских вузов.

*Первый заместитель председателя  
Комитета по здравоохранению Правительства  
Санкт-Петербурга  
В.Е.Жолобов*

## Введение

При ортопедическом лечении пациентов с частичным или полным отсутствием естественных зубов применяются различные виды несъемных и съемных зубных протезов, а также их комбинации, выполненные с использованием различных стоматологических материалов. До настоящего времени отсутствует четкая сравнительная характеристика материалов, используемых при изготовлении различных конструкций традиционных и современных зубных протезов (Кресникова Ю. В., 2008). Отечественные и зарубежные производители постоянно предлагают новое оборудование, инструментарий, материалы и медикаменты для ортопедического лечения (Чекунов О. В., 2006). Перед врачом-ортопедом встает задача оптимального выбора конструкции протеза и материалов, из которых будет изготовлен протез. Зубной протез должен быть надежным, функциональным и безопасным, то есть вызывать наименьшее количество осложнений и обеспечивать стабильность результатов лечения. Немаловажным остается вопрос об источниках финансирования зубного протезирования, так как с учетом старения населения России в государственных стоматологических поликлиниках увеличивается количество протезирующихся пенсионеров, оплата лечения которых осуществляется не за счет личных средств пациента, а за счет бюджетных средств (п. 3 Постановления Правительства Санкт-Петербурга от 23.01.2007 г. № 41 и № 862 от 09.07.2008 г. «О порядке бесплатного зубопротезирования отдельных категорий жителей Санкт-Петербурга»).

Эти документы во многом определяют материалы и методики зубного протезирования. При этом часто не учитывается характер заболевания пациента, необратимость, а также высокая вероятность прогрессирования заболевания, что в перспективе обуславливает не только неизбежность повторного протезирования, но и возникновения его осложнений и особенности течения основных стоматологических заболеваний жевательного аппарата. Несмотря на стремительное развитие научно-технического прогресса и появление современных технологий, уровень оказания ортопедической стоматологической помощи, к сожалению, еще значительно отстает от современных возросших требований. Так, по данным Ю. В. Кресниковой (2008), только треть людей, прошедших ортопедическое лечение, имеют качественные зубные протезы.

Многообразие клинических проявлений стоматологических заболеваний, требующих ортопедического и комплексного лечения, отсутствие в ряде случаев единых стандартов, определяющих врачебную тактику, затрудняют деятельность врача-стоматолога-ортопеда и обуславливают возможность ошибок и осложнений. Одной из наиболее значимых причин осложнений стоматологических заболеваний после оказания зубопротезной помощи является заместительный подход к ортопедическому стоматологическому лечению (Копейкин В. Н., Миргазизов М.З., 2002).

В отечественной и зарубежной литературе много внимания уделяется анализу осложнений зубного протезирования и их профилактике. Вместе с тем только в единичных публикациях рассматриваются вопросы о влиянии подготовительных мероприятий полости рта к протезированию на исход стоматологической реабилитации в гарантийные и отдаленные сроки пользования зубными протезами. Не изучены вопросы экономической эффективности качественной подготовки органов и тканей полости рта к зубному протезированию. Не определена связь между объемом ПМ и возникновением осложнений протезирования. Отсутствуют сведения о влиянии объема и качества ПМ на выживаемость традиционных и современных несъемных и съемных зубопротезных конструкций. Актуальность проблемы, ее востребованность определили цель и задачи настоящего клинического исследования.

*Цель исследования:* повысить эффективность ортопедического лечения и профилактики осложнений протезирования у пациентов государственной стоматологической поликлиники путем совершенствования проведения у них подготовительных мероприятий.

*Задачи исследования*

1. Оценить качество проведения санационных мероприятий по подготовке полости рта к изготовлению традиционных и современных конструкций зубных протезов в условиях государственной стоматологической поликлиники у пациентов, получающих медицинскую помощь за счет бюджетных средств и за плату.

2. Определить причины обусловившие необходимость переделки и реставрации зубных протезов в гарантийные сроки, и показать роль и место подготовительных мероприятий в их возникновении.

3. Изучить частоту и структуру осложнений ортопедического стоматологического лечения, выполненного в условиях протезирования по бюджету и за плату в отдаленные сроки, установить причины их возникновения и разработать рекомендации по их устранению.

4. Провести ретроспективную оценку периодонта и пародонта опорных зубов у пациентов с традиционными и современными конструкциями несъемных зубных протезов.

5. Оценить экономическую целесообразность совершенствования комплекса подготовительных мероприятий в условиях государственной стоматологической поликлиники для пациентов, проходящих лечение за счет средств бюджета.

Таким образом, данная работа в определённой мере способствует заполнению пробела знаний у специалистов по вопросам совершенствования стоматологической реабилитации пациентов, профилактики у них ошибок и осложнений подготовительных мероприятий и зубного протезирования.

## Глава 1

# Предварительное лечение больных перед зубным протезированием

Потребность населения различных регионов России в ортопедической стоматологической помощи, связанная с наличием дефектов жевательного аппарата, подлежащих замещению зубными протезами, по результатам выборочных исследований, для пациентов в возрасте от 15 до 19 лет составляет 70,0 % и к 40 годам достигает 100 % случаев. При этом различными видами зубных протезов полностью обеспечены 38,9 % обследованных. В частности, отмечается, что наиболее распространенными осложнениями при пользовании несъемными зубными протезами были: появление на них зубных отложений (33,3 %), протетические заболевания краевого пародонта (10,7 %), трещины, сколы, переломы протезов (6,6 %), периапикальные воспалительные процессы (5,0 %), переломы корней и опорных зубов (2,3 %), преждевременное нарушение фиксации протеза (2,2 %), стирание зубов-антагонистов (2,1 %), возникновение или рецидив кариеса опорных зубов (2,0 %) и другие (Петраков Д. С., 2008). Кроме того, автор отметил, что частыми недостатками несъемных зубных протезов явились: отсутствие гармоничной многоцветности протезов (72,1 %), неполноценное промывное пространство (38,9 %), неудовлетворительное моделирование межзубных контактных пунктов (36,2 %), задержка пищи в межзубных промежутках и под телом протеза (35,9 %). Наибольшее количество несъемных зубных протезов, нуждающихся в повторном изготовлении (32,28 %), имело срок службы от 5 до 7 лет (Малый А. Ю., Кресникова Ю. В., Волков Е. Б., 2009).

Говоря о съемных протезах, следует сказать, что основными осложнениями при их пользовании были: трещины, переломы базиса протеза, выпадение искусственных зубов, несоответствие базиса протеза тканям протезного ложа, протезные стоматиты различной этиологии (Уруков Ю. Н., 2008). Было установлено, что при сроке пользования ими от 3 до 5 лет 57,78 % от общего их количества нуждается в переделке (Малый А. Ю., Кресникова Ю. В., Волков Е. Б., 2009). Также авторы установили, что на протяжении 5–7 лет пациенты пользовались съемными протезами в 31,11 % случаев. В 15,56 % случаев срок пользования составил от 7 до 10 лет, а от 1 до 3 лет – 11,11 %. Более 10 лет пациенты пользовались съемными протезами в 6,67 % случаев. Такое распределение съемных протезов по срокам пользования характерно для многих регионов России (Малый А. Ю. и соавт., 2009). Таким образом, в настоящее время построена количественно-качественная оценка состояния зубных протезов и их действия на ткани протезного поля и ложа, систематизированы основные недостатки различных конструкций, изучены ошибки протезирования и закономерности их развития и взаимосвязи с разными видами конструкций протезов. Кроме того, изучены причины выхода протезов из строя, мотивы повторного протезирования, а также установлены закономерности развития исходов ортопедического лечения с учетом временного аспекта. Очевидно, что при широком разнообразии методов зубного протезирования, методик и способов лечебно-профилактических мероприятий в период подготовки полости рта к ортопедическому стоматологическому лечению необходима социальная дифференциация обслуживания пациентов. Такая дифференциация обслуживания должна осуществляться не авторитарными методами, а на основе научно обоснованных подходов, что создает условия для реального доступа населения к качественному лечению и протезированию зубов (Голинский Ю. Г., 2008).

Оказание квалифицированной ортопедической стоматологической помощи при дефектах зубных рядов невозможно без предварительной подготовки к зубному протезированию

полости рта. В настоящее время многие специалисты считают, что успешное протезирование полости рта человека зависит не только от грамотного выполнения лечебных мероприятий по изготовлению зубных протезов, правильного выбора ортопедических конструкций и материалов, из которых они изготовлены, от этапности ортопедического лечения, но также и от качественной обще-санационной подготовки органов и тканей полости рта к зубному протезированию (Шайдуллин М. С., Сдобнов Е. В., 1987; Трезубов В. Н. и соавт., 2009). Известно, что план ортопедического лечения составляется врачом-стоматологом-ортопедом непосредственно после обследования больного и постановки диагноза. План лечения предусматривает: подготовку полости рта к протезированию, вид протезирования и конструкцию протеза (Костур Б. К. и соавт., 1987; Щербакова М. В., 2005).

Вопросы подготовки полости рта к протезированию с давних пор привлекают внимание врачей-стоматологов, в их решениях нет единой точки зрения. Нередко возникают конфликты между стоматологами различных специальностей. Так, например, стоматолог-ортопед считает необходимым удалить зуб, стоматолог-хирург с ним не согласен, и рекомендует депульпировать зуб или выполнить у него зубосохраняющую операцию по удалению периапикального очага хронической одонтогенной инфекции, а стоматолог-терапевт не видит необходимости в депульпировании «интактных» зубов при подготовке полости рта пациента к зубному протезированию.

Почему же подготовка полости рта к протезированию является таким спорным вопросом?

Благодаря новейшим достижениям науки и появляющимся новым технологическим процессам, в последнее десятилетие ортопедическая стоматология, как и другие стоматологические специальности, продвинулась далеко вперед в своем развитии. Все это дает возможность врачам-стоматологам пересмотреть свое клиническое мышление, отказаться от узкого техницизма, поставить ортопедическую стоматологию на современную научную основу, применяя современные конструкции съемных и несъемных зубных протезов с высокими функциональными и эстетическими возможностями.

С помощью зубных протезов необходимо не только максимально восстановить утраченную функцию жевания, нормализовать деятельность жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, но также сохранить оставшиеся зубы, предупредить дальнейшее их разрушение и устранить имеющийся эстетический недостаток. Следовательно, протезирование зубов решает и лечебные, и профилактические задачи. Таким образом, конструкция протеза обычно рассматривается как некий лечебный аппарат, действие которого направлено на укрепление жевательного зубочелюстного аппарата и предупреждение дальнейшего его разрушения (Пухов С. Е., 2004; Рошковский Е. В., 2008).

При неправильно составленном или плохо выполненном плане протезирования зубной протез не будет способствовать сохранению жевательного аппарата, может превратиться в свою противоположность – будет разрушать зубные ряды. Вот почему правильная подготовка полости рта к протезированию и грамотный план подготовительных мероприятий (ПМ) и ортопедических лечебно-профилактических мероприятий для пациента играет важнейшую роль в сохранении и укреплении его жевательного аппарата.

При подготовке полости рта к протезированию зубов врачу-стоматологу необходимы хорошие знания анатомо-физиологических особенностей, клиники и диагностики различных заболеваний и деформаций зубочелюстной системы, владение мануальными навыками выполнения различных манипуляций в полости рта (Цимбалистов А. В., 1996; Арутюнов С. Д., 1999; Абрамова Е. Е., 2006). Таким образом, подготовка полости рта к протезированию должна рассматриваться как важнейший предварительный этап, обеспечивающий успех всего дальнейшего ортопедического стоматологического лечения (Койтов Е.В., 2008).

В современных условиях жизни человека, когда существуют стоматологические лечебно-профилактические учреждения различной формы собственности (муниципальные и частные), а бюджет среднего жителя страны на получение стоматологических услуг зачастую ограничен, вопрос о выборе конструкции зубного протеза рассматривается не только с учетом медицинских показаний и противопоказаний, но и с учетом финансовой возможности пациента. При этом краеугольным камнем в оказании стоматологических услуг в частных стоматологических учреждениях являются технологии изготовления замещающих зубных конструкций. Очевидно, что общесанационные мероприятия при подготовке полости рта к зубному протезированию в условиях «бюджета» могут существенно отличаться от тех мероприятий, которые будут использованы в частной клинике или кабинете при реабилитации пациента современными конструкциями протезов. Известно, что исходный статус пациентов при различном подходе к выбору зубных протезов может существенно влиять на исход стоматологической реабилитации. Эти вопросы до сих пор остаются без внимания врачей-стоматологов и организаторов стоматологической помощи. Важен также вопрос об экономической эффективности применения различных подготовительных мероприятий в условиях оказания медицинских услуг за плату и в условиях программы бюджетного финансирования (Кустов И. Н., 2005). Именно с этих позиций и будут рассмотрены основные методы подготовки полости рта к протезированию зубов, а также особенности ПМ при использовании различных технологий изготовления ортопедических конструкций.

## **1.1. Применение санационных и специальных видов подготовительных мероприятий в клинике ортопедической стоматологии**

Санационные, или общеоздоровительные, мероприятия при подготовке полости рта к протезированию зубов включают в себя: санацию полости рта, выявление патологических процессов в периодонте и пародонте, удаление зубных отложений и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.

В настоящее время перед началом подготовительных мероприятий пациентам рекомендуется выполнять профессиональную гигиену полости рта (ПГПР). Для большинства практикующих врачей-стоматологов термин ПГПР означает тщательное удаление поддесневых зубных отложений под анестезией. Действительно, удаление отложений зубного камня входит в содержание понятия ПГПР, но не исчерпывает его (Ковалевский А. М., 2010; Зуева О. А., 2006).

На современном уровне развития зарубежной и отечественной стоматологии считается, что ПГПР есть научно обоснованная контролируемая система лечебно-профилактических мероприятий, выполняемая медицинским персоналом, направленная на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения, прогрессирования стоматологических заболеваний (Ковалевский А. М., 1986; Федоров Ю. А., 2003; Орехова Л. Ю. и соавт., 2004). Необходимость не просто снятия зубных отложений, а именно проведения мероприятий ПГПР обусловлена тем, что только ПГПР может обеспечить тщательность выполнения этой процедуры. Так, установлено, что при глубине пародонтальных карманов более 6 мм опытный стоматолог в состоянии удалить без применения хирургических методов около 44 % отложений зубного камня, а неопытный – около 8 %. В то же время при глубине пародонтальных карманов до 4 мм значительной разницы в качестве удаления зубного камня не выявлено (Ковалевский А. М., 1986, 2010). Кроме того, ПГПР является одним из основных методов лечения катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести. Некоторые специалисты завершают ПГПР избирательным шлифованием зубов (Ковалевский А. М., 2010), что также необходимо при подготовке полости рта к протезированию. Поэтому ПГПР в современных условиях независимо от места протезирования зубов должна являться первым, основным и незаменимым общеоздоровительным мероприятием в комплексе предварительного лечения больных перед зубным протезированием (Хадькин И. М., 2009).

Традиционно при ПМ лечат кариозные зубы и зубы с осложненным кариесом, удаляют не подлежащие лечению зубы и их корни. Следует отметить, что в литературе мы не нашли сведений об особенностях лечения дефектов зубов кариозного и некариозного происхождения в зависимости от применяемых конструкций зубных протезов. В то же время известно, что пломбировочные материалы, которыми проводится реставрация зубов в период ПМ, существенно отличаются между собой как по прочностным характеристикам, так и по стоимости. Последний фактор крайне важен при проведении зубного протезирования в условиях программы бюджетного финансирования.

Все корни зубов, не пригодные для протезирования, подлежат удалению. Некоторые корни зубов рекомендуется оставлять для укрепления на них штифтовых зубов или культевых штифтовых вкладок, и в качестве опоры для съемных протезов (Балин В. Н. и соавт., 1995; Кобзева С. А., 2004; Марков Б. Г., 2008). Показаниями к их сохранению служит ряд моментов. Считается, что корень зуба должен выступать над десной или находиться на уровне десны, быть устойчивым, длинным, иметь здоровый пародонт. Каналы корней зубов

должны быть проходимыми на всем протяжении и obtурированы до верхушечного отверстия. Требования, предъявляемые к сохранению корней, очень строги. Считается рациональным оставлять корни в зубном ряду при наибольшем поражении опорного аппарата на нижней челюсти, при несоответствии размеров челюстей, когда верхняя челюсть малого размера, а нижняя большая; если имеются резкая атрофия альвеолярных отростков верхней челюсти, тяжи, дефект неба. Очень затруднительно использование корней нижних резцов, поскольку они имеют короткие и узкие каналы корней, из-за искривленности корней моляров они также малопригодны (Шайдулин М. С., Сдобнов Е. В., 1987; Костур Б. К. и соавт., 1987; Лобовкина Л.А., 2005).

Широкое применение внутрекорневых культевых вкладок, разборных культевых штифтовых вкладок при протезировании зубов съемными зубными протезами существенно расширило показания к использованию корней зубов для целей зубного протезирования и побудило врачей-стоматологов уделять лечению таких корней зубов пристальное внимание (Иорданишвили А. К., 2007).

Каждый зуб является органом, несущим определенную функцию. Удаление зуба вызывает нарушение в деятельности жевательного аппарата, в том числе височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц из-за изменения артикуляции и кинематики нижней челюсти, а также может вести к изменению высоты прикуса. Поэтому удаление каждого зуба рассматривается стоматологами при ПМ строго обоснованно с учетом возможной перестройки опорного аппарата при зубном протезировании. Обычно удалению подлежат зубы с наличием патологического процесса в периапикальном или маргинальном пародонте не поддающемся лечению, а также зубы с поражением опорного аппарата более чем на 1/2 длины корня зуба (Орехова, Л.Ю., 2009). Зубы с патологической подвижностью второй и третьей степени, с наличием околоверхушечных хронических очагов (гранулема, кистогранулема, киста и др.), даже если каналы корней хорошо запломбированы пломбировочным материалом, подлежат удалению. Исключение составляют зубы пациентов, которым проводится активная периапикальная терапия (Ковалевский А. М., 2008). Подлежат удалению зубы с поражением опорного аппарата на 1/2 и более, если их невозможно соединить в блоки за счет зубов с более сохраненным опорным аппаратом. Зубы с поражением опорного аппарата на 1/2 и более также подлежат удалению, если они расположены в зубном ряду около зубов с более сохраненным опорным аппаратом (Цимбалистов А. В. и соавт., 1995; Толмачев И. А., 2009). Вместе с этим необходимо отметить, что своевременное проведенное комплексное лечение генерализованного пародонтита средней и тяжелой тяжести в большинстве случаев в период от 3 до 6 месяцев после лоскутной операции позволяет существенно улучшить состояние опорного аппарата зубов и сохранить их для целей зубного протезирования (Цимбалистов А. В., 1998; Ковалевский А. М., 2008).

Обычно рекомендуется в период ПМ удалять одиночно стоящие зубы на верхней челюсти, так как они являются помехой в фиксации протеза, мешают созданию замыкающего клапана (Танрыкулиев П. Т., 1984; Чижов Ю. В., 2005; Шторина А. А., 2009). На нижней челюсти из-за небольшой площади протезного ложа и наличия на границе зубного протеза подвижного языка, условия для фиксации полного съемного протеза затруднены. Вот почему в специальной литературе рекомендуется любой зуб, даже с подвижностью второй степени, на какой-то определенный промежуток времени сохранять, для лучшей фиксации и стабилизации зубного протеза. Хотя в последнее время из-за широкого использования дентальных имплантатов показания к удалению зубов в период ПМ расширяются (Циколия З. Г., 2006; Шелковский В. Н., 2004; Макарьевский И. Г., 2009).

Следует также отметить, что аномально расположенные зубы, нарушающие эстетический вид и препятствующие протезированию, а также ретинированные и дистопированные зубы, мешающие зубному протезированию или вызывающие болевые ощущения, подлежат

удалению. Если же они не мешают протезированию зубов, окружающие ткани не воспалены и нет болевых ощущений, их можно не удалять, но врач-стоматолог-ортопед обязательно указывает об этом в амбулаторной медицинской карте пациента (Федоров Ю. А., 2003; Андреищев А. Р., 2007).

При ПМ депульпирование зубов проводят по протетическим показаниям или выполняют эндодонтическое лечение корневых каналов зубов по поводу осложненного кариеса (Трезубов В. Н. и соавт., 2009). Экстирпация пульпы показана при гиперестезии твердых тканей зубов, необходимости сошлифовывания массивного слоя твердых тканей зуба при его препарировании под пластмассовую, цельнолитую, металлокерамическую, металлопластмассовую или цельнокерамическую (безметалловую) коронку. К депульпированию прибегают при возникновении острых воспалительных осложнений со стороны пульпы после терапевтических ПМ, наличии наклонных и лабиально выступающих зубов, особенно если они используются под опору для несъемного зубного протеза. В некоторых случаях депульпирование показано для устранения несоответствия между вне- и внутриальвеолярной частью зуба, что снижает его функциональную перегрузку. Нередко приходится депульпировать зубы, наклоненные в сторону дефекта, для создания параллельности стенок опорных зубов. Важно подчеркнуть, что депульпирование зубов по протетическим показаниям в период ПМ относят к специальным терапевтическим мероприятиям при подготовке пациента к зубному протезированию (Трезубов В. Н. и соавт., 2009). Имеются сообщения

об использовании витальных зубов как опоры современных конструкций несъемных зубных протезов (Большаков Г. П., 1999; Иорданишвили А. К., 2009), однако, как указывают сами авторы, такой подход не гарантирует отсутствия воспалительных изменений со стороны пульпы зуба, которые обозначают как «синдром постодонтопрепарирования» (Большаков Г. П., 1999; Чурилов Л. П., 2006).

Сохранение витальных зубов требует соблюдения протоколов одонтопрепарирования с использованием силиконовых шаблонов для контроля удаляемых твердых тканей зубов. Многие авторы для профилактики возникновения осложнений со стороны пульпы зуба применяют различные защитные средства в виде десенситайзеров, временных коронок, специальных материалов для временной фиксации несъемных протезов и лаков-адгезивов (Гаража С. Н., 2001; Теплов Е. В., 2005).

Говоря об эндодонтическом лечении зубов при проведении подготовительных мероприятий перед протезированием, необходимо отметить, что в 15,7-28,8 % случаев периапикальные очаги возникают как осложнение лечения воспаления пульпы зуба или депульпирования (Ковалевский А. М., 2009). Таким образом, депульпирование может влиять на исходы протезирования в непосредственном или отдаленном периоде. Безусловно, качество эндодонтического лечения зубов в период проведения подготовительных мероприятий перед протезированием, также будет влиять на исход ортопедической реабилитации.

Хирургическая подготовка полости рта к протезированию не предусматривает только удаление зубов и их корней, не подлежащих сохранению, а включает ряд зубосохраняющих хирургических вмешательств, (кюретаж, гингивэктомия, устранение рецессии десны, лоскутная операция, резекция верхушки корня зуба, ампутация корня зуба, гемисекция зуба и др.) которые обычно проводятся за несколько месяцев до начала зубного протезирования. Подготовительные мероприятия включают также подготовку альвеолярных отростков челюстей. Острые костные выступы, болезненные при пальпации, экзостозы и участки альвеолярного отростка, мешающие протезированию, удаляются хирургическим путем. При наличии феномена Годона-Попова часто возникает необходимость удалять выдвинутые зубы с проведением частичной декортикации или остеозэктомии альвеолярного отростка (Трезубов В. Н. и соавт., 2009; Орехова Л. Ю., 2009). К беззубому альвеолярному отростку также предъявляют определенные требования, так как при изготовлении съемных протезов альвеоляр-

ный отросток покрывается базисом протеза и его слизистая оболочка становится частью протезного ложа. Альвеолярный отросток должен иметь такую форму, при которой возможно свободное наложение протеза. При резкой атрофии альвеолярного отростка нижней или верхней челюсти с наличием складок слизистой оболочки, высокого прикрепления мимических мышц показано хирургическое расширение протезного ложа с вестибулопластикой (Шелковский В. Н. и соавт., 2009).

Необходимым ПМ перед протезированием зубов является лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка. Следует отметить, что лечение хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) часто дает временный эффект. Считается, что отсрочка в зубном протезировании таких больных нецелесообразна, так как больному необходимо восстановление функции жевания, что является профилактикой развития и прогрессирования заболеваний желудочно-кишечного тракта. Для каждого пациента врачу-стоматологу-ортопеду необходимо выбрать такую конструкцию протеза, которая должна свести к минимуму отрицательное воздействие инородного тела на слизистую оболочку полости рта и ткани пародонта (Тер-Погосян Е. М. и со-авт., 1985; Зуева О. А., 2006). Считается, что при таких заболеваниях, как язвы языка, щеки при дефектах зубного ряда, гингивиты при глубоком травмирующем прикусе, ортопедическое лечение может являться основным (Гаврилов Е. И. и соавт., 1979; Трезубов В. Н., 2009).

Среди ПМ выделяют специальные мероприятия (Гаврилов Е. И., 1979; 2007; Трезубов В. Н., 2009), которые имеют строгие показания, обусловленные характером протезирования, начинающиеся после проведения санации полости рта. Специальные мероприятия имеют много различных целей. В одних случаях (например, при устранении микростомы) они облегчают получение слепка, в других такие мероприятия ликвидируют нарушение окклюзионной поверхности, без чего затруднительно или невозможно грамотное протезирование зубов, в третьих – создают условия для крепления зубного протеза (устранение хирургическим путем рубцов, тяжей слизистой оболочки полости рта, устранение дефектов и деформаций твердого неба и др.). В случаях патологии прикуса («раздавленный» или «сниженный» прикус), при наличии деформаций жевательного аппарата, парафункций жевательных мышц или дисфункции ВНЧС необходимо проведение ортодонтической или ортопедической подготовки полости рта к протезированию. Эти лечебно-профилактические мероприятия предусматривают устранение аномалии или деформации зубного ряда или прикуса, временное или постоянное шинирование зубов при патологии пародонта, поиск «конструктивного» прикуса, перестройку миотатического рефлекса и др.

Специальные мероприятия представлены терапевтическими, хирургическими и ортопедическими методами подготовки полости рта к предстоящему протезированию.

Необходимо указать, что среди ПМ важная роль принадлежит психологической и психофармакологической подготовке больных к протезированию, а также анестезиологическому обеспечению перед ортопедическими манипуляциями (Трезубов В. Н. и соавт., 2009). Однако эти вопросы достаточно хорошо описаны в учебной и специальной литературе, а их анализ не вошел в задачи настоящего исследования.

Таким образом, лечение пациента перед протезированием зубов складывается из общих оздоровительных мероприятий и специальных мероприятий. Под первыми понимают лечебные оздоровительные процедуры в полости рта, составляющие обязательную часть любого плана подготовки пациента к протезированию. Под вторыми – специальные мероприятия – те, которые должны облегчить проведение технических приемов и манипуляций при протезировании зубов и обеспечить его эффективность.

Общеоздоровительные мероприятия обязательны для всех пациентов. Во избежание различных осложнений протезирование зубов рекомендуют начинать только при наличии «полной санации полости рта» (1987; Кустов И. Н., 2005; Рошковский Е. В., 2008). Другие

мероприятия по терапевтической, хирургической и ортопедической подготовки полости рта существенно различаются как от вида зубного протезирования (традиционные или современные зубные протезы), так и места проведения лечебно-профилактических мероприятий по подготовке полости рта к протезированию зубов. Вместе с этим, в современной литературе отсутствуют сведения о влиянии качества ПМ на исходы зубного протезирования, особенно в отдаленном периоде. Эти вопросы вошли в круг аспектов, изучаемых в настоящем исследовании.

## 1.2. Влияние местного статуса пациентов на исходы стоматологической реабилитации

План ортопедического лечения составляется на основе тщательного анализа данных клинического, рентгенологического и специальных методов исследования. Наиболее серьезной ошибкой врача-стоматолога-ортопеда является неправильный выбор метода ортопедического лечения. Такая ошибка может привести к тяжелым последствиям. Вместо восстановления целостности жевательного аппарата, эстетических норм, функций жевания и речи, а также предупреждения, ликвидации или стабилизации уже развившихся патологических изменений в различных его отделах (тканях пародонта, жевательных мышцах, ВНЧС, челюстях и др.) нерационально выбранная терапия вызывает ухудшение состояния и разрушение жевательного аппарата (Бушан М. Г., Каламкаров Х. А., 1980; Войтяцкая И. В., 1997). Безусловно, неправильный выбор методов протезирования зубов при патологии жевательного аппарата неблагоприятно влияет на исходы стоматологической реабилитации, укорачивает сроки пользования зубными протезами, ведет к переделкам последних. Вместе с этим, важно отметить, что на исход зубного протезирования влияет не только правильный выбор тактики ортопедического лечения, но и грамотное обследование пациента и состояния органов и тканей его жевательного аппарата. Известно, что в клинической практике врачей-стоматологов-ортопедов нередко допускаются ошибки уже в процессе обследования пациента. Наиболее часто такие погрешности допускают, как правило, молодые специалисты. При изучении первичных медицинских документов амбулаторных пациентов отделений и кабинетов ортопедической стоматологии указывается, что в большинстве случаев, несмотря на начало зубопротезирования, окончательный диагноз не установлен или установлен не полностью. Отмечается, что при возникновении трудностей в постановке диагноза и планирования ортопедического лечения врачи-стоматологи-ортопеды крайне редко в поликлинической практике прибегают к анализу диагностических моделей. Хотя именно на моделях можно увидеть такие особенности прикуса, которые невозможно выявить при осмотре полости рта (Бобунов Д. Н., 2008). Так, по данным А. К. Иорданишвили и соавт. (2009), заполнение графы «Диагноз» в первичных медицинских документах лечебных учреждений различной формы собственности осуществлено лишь в 80 % случаев, а тип прикуса указан лишь в 64 % амбулаторных карт.

Описаны клинические случаи, когда некоторые стоматологи-ортопеды приступают к протезированию зубов, не завершив ПМ даже общеоздоровительного плана (Бушан М. Г., Каламкаров Х. А., 1980; Быховская

О. А., 2009). В таких случаях в процессе санации полости рта пациента может оказаться невозможным дальнейшее лечение и неизбежным дополнительное удаление отдельных зубов или их корней, которые ранее планировались как опоры для различных видов съемных или несъемных зубных протезов. Кроме того, в таких ситуациях изменение плана протезирования сопряжено со значительными затратами рабочего времени врача и зубного техника, материальными потерями (стоматологические, зуботехнические материалы, драгоценные сплавы и др.). Иногда в подобных случаях коренным образом меняется план ортопедического лечения и конструкция протеза, что значительно удлиняет сроки протезирования зубов и вызывает законное недовольство пациента, так как затянувшееся лечение часто затрудняет выполнение им своих профессиональных обязанностей. Часто стоматологи-ортопеды следуют пожеланиям пациента и в короткие сроки приступают к ортопедической реабилитации зубными протезами, сразу после удаления непригодных для протезирования зубов или их корней. Это неблагоприятно сказывается на исходе протезирования и его качестве. Спустя 3–4 месяца после завершения ортопедического лечения у таких пациентов

возникает атрофия костной ткани альвеолярного отростка челюсти в том месте, где было выполнено удаление зубов. Это приводит к увеличению промежутка между телом мостовидного протеза и десной (например, касательное тело протеза становится промывным, что недопустимо в переднем участке зубного ряда), или к нарушению прилегания базиса протеза к тканям протезного ложа (требуя перебазировки, реставрации или переделки съемного протеза). Хотя давно известно, что вся послеоперационная рана после удаления зуба заполняется губчатой костью не ранее 45 дней после операции, и только через 3–4 месяца лунка зуба будет ничем не отличаться по своему строению от окружающей кости челюсти (Сирак С. В., 2009). В то же время эти сроки не избавляют пациента от острых краев лунок, которые также требуют удаления их на этапе ПМ, или длительных коррекций протеза, что неблагоприятно влияет на исход стоматологической реабилитации пациента и приводит к ранним переделкам протезов. Установлено, что после удаления зубов наибольшей атрофии подвергается губная стенка альвеолы и меньшей – небная. Атрофия выражена более в середине дефекта зубного ряда и меньше вблизи сохранившихся естественных зубов (Гаврилов Е. И., 1973; Сирак С. В., 2009; Толмачев И. А., 2009). По этой причине часто вновь изготовленные коронки (металлокерамические, штампованные, комбинированные) быстро становятся короткими, и их приходится заменять в срок до 6 месяцев после завершения стоматологической реабилитации (Бобунов Д. Н., 2009).

Таким образом, ПМ хирургического профиля также играют важную роль на исходы стоматологической реабилитации и качество зубного протезирования. Разработанные методы, направленные на снижение травматичности операции удаления зуба, профилактики резорбционных посттравматических процессов в костной ткани альвеолярного отростка челюстей и другие, безусловно, благоприятно влияют на результаты протезирования зубов, особенно съемными зубными протезами, а также с применением дентальных имплантатов (Соловьев М. М. и со-авт., 2007; Сирак С. В., 2009).

Протезирование при несанированной полости рта может привести к еще более серьезным осложнениям и последствиям. Укрепление на несанированных зубах (корнях) несъемных зубных протезов значительно увеличивает функциональную окклюзионную нагрузку на эти зубы, нередко вызывая обострение патологических процессов в тканях верхушечного периодонта и пародонта. В результате приходится снимать ранее укрепленные протезы, лечить зубы и снова протезировать пациента. Так, по данным А. К. Иорданишвили (2003), при обследовании 1000 пациентов с зубными протезами спустя 6 месяцев после завершения ими ортопедической реабилитации металлокерамическими зубными конструкциями, изготовленными в различных стоматологических учреждениях Санкт-Петербурга, Москвы, Великого Новгорода, Владивостока, Нижнего Новгорода, Архангельска и других городах России, выявлены: очаги периапикальной инфекции у 62 человек (6,2 %), воспаление пульпы опорного зуба – у 48 (4,8 %) человек, воспаление тканей краевого пародонта – у 612 (61,2 %) человек.

При этом у 21 (2,1 %) человека протезы были сняты из-за нарушений фонетики, обусловленных большим размером промывного пространства в области тела мостовидного протеза, установленного в переднем участке зубной дуги (Иорданишвили А. К., 2003).

Основными причинами снятия одиночных коронок и мостовидных протезов, изготовленных методом штампования и пайки, также являются погрешности в подготовке полости рта пациента к протезированию, а именно: наличие периапикальных очагов инфекции, подвижность опорных зубов, глубокое погружение края коронки под десну и другие (Толмачев И. А., Бобунов Д. Н., 2009).

Важно подчеркнуть, что исход стоматологической реабилитации часто определяется не только качеством выполненного зубного протезирования, но и обуславливается общим состоянием пациента. Нередко съемные и несъемные зубные протезы приходится переде-

лывать из-за непереносимости зубопротезных материалов (Цимбалистов А. В., 1994; Бобров А. П., 2000). Рассматривая причины развития патологического симптомокомплекса непереносимости зубных протезов при наличии металлов в полости рта, многие авторы смогли выделить три основных вида патологического воздействия протезов на организм: химикотоксическое, электрогальваническое и аллергическое (Гожая Л. Д., 1988; Пырков С. Т., 1990; Марков Б. П., 1997; Зайцева А. Г., 2008; и др.). При изготовлении съемных зубных протезов возможно возникновение токсических и аллергических протезных стоматитов, в основе которых лежат аналогичные патофизиологические процессы, как и при непереносимости зубных протезов. Очевидно, что исход стоматологической реабилитации пациентов после протезирования у них зубов был бы более благоприятен, если бы указанное осложнение протезирования было предупреждено на этапе ПМ, тем более, что предложены простые и достаточно эффективные способы профилактики непереносимости зубных протезов (Темирова К. В. и соавт., 1986; Зайцева А. Г., 2008).

Исход зубного протезирования и его эффективность, безусловно, зависят от конструкции зубного протеза. Это особенно наглядно прослеживается при оценке эффективности жевания пациентами со съемными пластиночными и опирающимися протезами (Перзашкевич Л. М., 1970; Зуева О. А., 2006; Орехова Л. Ю., 2009). Вместе с тем тенденция к использованию современных технологий отмечается в большей степени в частных стоматологических учреждениях, что объясняется коммерческими целями, необходимостью постоянного притока пациентов. Это побуждает сотрудников фирм в большей степени стремиться к поиску наиболее эстетичных и надежных методов фиксации съемных зубных протезов. Исследования показывают, что в муниципальных поликлиниках в 96 % случаев опорные зубы при изготовлении опирающихся съемных протезов покрываются коронками, в то время как в стоматологических фирмах опорные коронки при изготовлении таких протезов изготавливаются лишь в 46 % случаев. Кроме того, в частных стоматологических учреждениях и кабинетах чаще изготавливают опирающиеся протезы на замковых и телескопических креплениях, с использованием магнитов и дентальных имплантатов (Бобунов Д. Н., 2008), что существенно улучшает эффективность жевания у таких пациентов, благоприятно влияет на исход стоматологической реабилитации. В то же время, известно, что использование съемных пластиночных протезов без покрытия опорных зубов коронками приводит к тому, что уже через 2–3 года в 53,1 % случаев на этих зубах, в местах прилегания кламмеров появляется глубокое размягчение эмали, переходящее затем в дефект твердых тканей, ничем не отличающийся от кариозной полости. Зубы, соприкасающиеся с базисом протеза, поражаются кариесом в 34,2 % случаев (Бадарина, Г. А., 2004).

Существенно влияет на исход стоматологической реабилитации и эффективность жевания грамотно выполненная функциональная подготовка полости рта и ортодонтическое лечение пациентов с заболеваниями ВНЧС, сниженным прикусом, парафункциями жевательных мышц. После проведения указанных ПМ осуществляют рациональное зубное протезирование. Установлено, что после предварительного ортопедического лечения путем перестройки рефлексов разобщения прикуса сроки адаптации к зубным протезам сокращаются, как при первичном, так и повторном протезировании (Перзашкевич Л. М., 1970; Цимбалистов А. В., 1994; Бадарина Г. А., 2004). В процессе пользования такими протезами тонус сжатия собственно жевательных мышц возрастает в течение года на 31,3 % от исходного уровня. Это свидетельствует о том, что нормализация высоты прикуса приводит жевательную мускулатуру в оптимальные физиологические условия. (Рубинов И. С., 1970; Копейкин В. Н., 1992; Гайворонский И. В., 2004; Пономарев А. А., 2006). Данные физиологических жевательных проб свидетельствуют о том, что при нормальной высоте прикуса в процессе привыкания к полным протезам эффективность жевания возрастает от 25 % в день сдачи протезов до 90 % через год пользования ими. Повышение прикуса на 5–8 мм значительно

затрудняет адаптацию к зубным протезам, снижает эффективность жевания на 1419 %. Снижение прикуса на 3–8 мм субъективно не отражается на процессе адаптации, но ослабляет эффективность функции жевания на 6-14 % по сравнению с нормой (Перзашкевич Л. М., 1961; Войтяцкая И. В., 1997; Гайворонский И. В., 2004). Именно поэтому среди людей, пользующихся полными съемными протезами, сниженная высота прикуса встречается в 35,7 % случаев. Это обуславливается сравнительно легкой адаптацией больных к протезам с пониженным прикусом, атрофическими процессами в подлежащих тканях, стираемостью пластмассовых зубов, а также ошибками врачей, которые принимают привычное сближение беззубых челюстей за состояние физиологического покоя (Войтяцкая И. В., 1997). Исследования последних лет полностью подтвердили результаты этих исследований и позволили разработать алгоритм ведения больных со сниженным прикусом с различными типами распределения силовых характеристик жевательного аппарата (Цимбалистов А. В., 1996).

Таким образом, исходный стоматологический статус и качество проведенных ПМ терапевтического, хирургического и ортопедического профиля играют важную роль в определении качества зубного протезирования и исходе стоматологической реабилитации (Пухов С. Е., 2004). Вместе с тем в доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не нашли сведений, определяющих зависимость качества выполненных различных ПМ и исходов протезирования, а также степень влияния различных технологий при проведении ПМ на исходы стоматологической реабилитации. Эти вопросы оказались в поле зрения нашего исследования.

### **1.3. Применение подготовительных мероприятий при использовании различных технологий изготовления ортопедических конструкций**

Известно, что ряд подготовительных лечебно-профилактических мероприятий перед зубным протезированием могут быть выполнены различными способами и методами при использовании разнообразных отечественных и зарубежных стоматологических материалов, которые значительно различаются между собой по стоимости. Да и время на проведение тех или иных подготовительных манипуляций (традиционных или современных) также существенно отличается, что отражается на стоимости этих манипуляций.

Лечение неосложненного кариеса зубов перед зубным протезированием, в том числе и для зубов в последующем идущих под различные виды искусственных коронок, может выполняться с использованием самых разнообразных пломбировочных материалов: цементов, в том числе стеклоиономерных, композиционных материалов химического или светового отверждения. Однако в доступной литературе мы не нашли сведений, указывающих на различие в качестве зубного протезирования или различие исходов стоматологической реабилитации при использовании этих материалов под несъемные зубные протезы. То же самое касается и лечения осложненного кариеса зубов, так как имеется большой ассортимент эндодонтических пломбировочных материалов, специального эндодонтического инструментария, способов obturации корневых каналов зубов, которые существенно различаются между собой по трудоемкости, стоимости и времени выполнения манипуляций (Лобовкина Л. А., 2005). При всех указанных различиях до настоящего времени сведений о сравнительной эффективности методик эндодонтического лечения при использовании различного инструментария и эндодонтических стоматологических материалов нет. В литературе имеются прямо противоположные мнения об эффективности эндодонтического лечения и факторах, влияющих на него. При изучении отдаленных результатов лечения околоверхушечных периодонтитов ученые выяснили, что на результат лечения не оказывают существенного влияния ни характер пломбировочного материала, ни тот факт, заполнен ли корневой канал пломбировочным материалом до верхушечного отверстия или же материал выведен за пределы последнего, ни метод обработки самого канала (Маланьин И. В., 2007). По мнению автора, существенное влияние на исход лечения оказывает форма воспаления периодонта, а также определенную роль играет и возраст пациента. В то же время в литературе указывается другой взгляд на эндодонтическое лечение зубов (Мороз Б. Т., 2003; Орехова Л. Ю., 2007; Смирнова М. А., 2007; Петрова Е. В., 2005; Ковалевский

А. М., 2008). Таким образом, в настоящее время крайне сложно обосновать с научной точки зрения социально-дифференцированные и ориентированные на «бесплатный минимум» методы лечения патологии твердых тканей зубов и осложненного кариеса, особенно при ПМ перед протезированием.

Такая же проблема существует и при проведении общеоздоровительных, хирургических, ортопедических и специальных мероприятиях в период ПМ перед протезированием зубов. Некоторые специалисты рекомендуют проводить снятие отложений зубного камня механическим способом или с применением ультразвука, считая это достаточным при санации полости рта в период ПМ (Бушан М. Г., Каламкаров Х. А., 1980). Другие специалисты указывают на необходимость обязательного проведения профессиональной гигиены полости рта (Иорданишвили А. К., 2000; Ковалевский А. М., 2002; Мусаева Р. С., 2009). Такой же двойственный подход отмечается в период подготовки полости рта к протезированию при воспалительных заболеваниях пародонта. Многие специалисты указывают на необхо-

димось перед протезированием купировать воспалительный процесс в тканях пародонта (Черныш В. Ф., 1998). Другие авторы настоятельно рекомендуют проводить хирургическое лечение генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени тяжести, ограничиваясь профессиональной гигиеной полости рта лишь при катаральном генерализованном гингивите или генерализованном пародонтите легкой степени тяжести (Цимбалистов А. В. и соавт., 2003; Балин В. Н. и соавт., 2005). Безусловно, при таких разнополярных подходах будут существенно различаться не только сроки лечения, затраченное на него время пациента и медицинского персонала, но и стоимость самих ПМ. Вместе с этим в литературе нет сведений о том, насколько второй подход при патологии пародонта сказывается на качестве проведенного зубного протезирования и эффективности стоматологической реабилитации вообще.

Различная тактика в период ПМ применима и к корням зубов. Некоторые авторы считают, что корни зубов с частично запломбированными каналами не могут быть использованы как опора для протеза и кламмера. Находят противопоказанным использование в качестве опоры корней с периапикальными изменениями в виде гранулирующего или гранулематозного периодонтита, а также корней с резецированной верхушкой, поскольку они были укорочены во время операции и не могут иметь практического значения для зубопротезирования, или использоваться лишь в исключительных случаях, когда они будут соединены с более устойчивыми зубами (Гаврилов Е. И., 1973; Мурашкин Н. И., 2005). Другие специалисты, наоборот, находят целесообразным использование корней при протезировании, в том числе после резекции их верхушки, а также после операций ампутации, гемисекции или реплантации зуба, так как доказана их высокая эффективность в обеспечении функции жевания и возможности более широкого применения несъемных конструкций зубных протезов (Иорданишвили А. К., 1993, 2009). Эти взгляды на сохранение корней зубов не новы, а высказывались давно (Гофунг Е. М., 1935). Очевидно различие в ПМ перед протезированием при таких подходах, и гарантию качества протезирования при втором подходе врачу-ортопеду дать сложно.

Неоднозначно и отношение специалистов к одиночно стоящим зубам, особенно на верхней челюсти. Если раньше считалось необходимым подобные зубы удалять (Бетельман А. И., 1956), полагая, что зуб будет являться помехой для создания замыкающего клапана, обеспечивающего фиксацию протеза. А после удаления зуба появятся лучшие условия фиксации для съемного протеза, то в настоящее время к удалению одиночно стоящих зубов подходят индивидуально и дифференцированно с учетом многих факторов (Гаврилов Е. И., 1973; Трезубов В. Н. и соавт., 2009).

Различны подходы специалистов при подготовке к зубному протезированию пациентов с патологией ВНЧС и жевательных мышц, со сниженным прикусом. В таких случаях, как правило, необходима специальная ортодонтическая или ортопедическая подготовка полости рта к грамотной стоматологической реабилитации (Цимбалистов А. В., 2005). Для большинства пациентов должны быть изготовлены лечебные аппараты или назубные каппы, без которых немислимы подготовительные мероприятия. В то же время их изготовление требует специальных технологий, зубопротезных материалов и др., что существенно повышает стоимость лечения и увеличивает его сроки. Сложность представляют пациенты гериартрического профиля, которые имеют мультиморбидные состояния, без учета которых невозможно эффективное восстановление целостности жевательного аппарата, функции жевания и эстетики (Гончаренко Е. Т., 2006). Эти случаи не находят в литературе обоснованного отражения по влиянию на эффективность стоматологического лечения в целом и на качество зубного протезирования.

Таким образом, можно утверждать, что в настоящее время в литературе имеется достаточное количество сведений по изучению причин выхода зубных протезов из строя, мотивов

повторного обращения пациентов за протезированием. Достаточно полно выявлены спектр осложнений ортопедического лечения, закономерности их развития и взаимосвязи с различными видами конструкций зубных протезов, а также установлены закономерности развития исходов ортопедического лечения с учетом временного аспекта.

В то же время в литературе не представлено достаточно сведений о влиянии ПМ на качество зубного протезирования и, как следствие, на исходы стоматологической реабилитации при использовании различных методик и материалов при обще-оздоровительных мероприятиях, а также при терапевтической, хирургической, ортопедической и специальной подготовке полости рта к зубному протезированию. Поскольку стоматология является одной из служб системы здравоохранения, которая имеет овеществленные формы медицинского труда, то становится очевидным, что информация о влиянии объема ПМ и уровня применяемых технологий крайне важна для совершенствования многих организационно-экономических аспектов в стоматологической специальности.

Актуальность этого вопроса повышают те социально-экономические преобразования в здравоохранении вообще и в стоматологии в частности, на основании которых население страны должно будет обеспечиваться соответствующим объемом финансирования и способами его предоставления. Это необходимо для рациональной организации льготного лечения и зубного протезирования при экономии денежных ресурсов и сохранении качества стоматологической реабилитации.

## **1.4. Экономический анализ эффективности применения подготовительных мероприятий в условиях программы бюджетного финансирования**

В ортопедической стоматологии окончательным моментом реабилитации считают привыкание пациента к зубному протезу (Гаврилов Е. И., 1979; Цимбалистов А. В., 2000). Однако именно эта проблема является одной из кардинальных в стоматологии (Копейкин В. Н., 1988). Анализ качества ортопедического стоматологического лечения пациентов показывает, что основными причинами неэффективного лечения является неудовлетворительная подготовка полости рта, раннее изготовление протеза после удаления зубов, применение мостовидных протезов большой протяженности (без учета состояния опорных зубов и силовых взаимоотношений между зубными рядами), несогласованность в конструировании протезов, многочисленные ошибки в определении центрального соотношения челюстей (особенно при полной потере зубов), неправильное изготовление кламмеров, неудовлетворительная постановка зубов, укорочение границ базисов протезов и прочие конструкционные ошибки (Цимбалистов А. В. и соавт., 2000). При этом многие специалисты особо выделяют среди ошибок неудовлетворительную подготовку полости рта, приводящую к негативным исходам стоматологической реабилитации и некачественному зубному протезированию (Трезубов В. Н. и соавт., 2009).

Оценить эффективность применения различных подготовительных мероприятий, в том числе обще-оздоровительных, в период подготовки полости рта к зубному протезированию возможно как на этапах ПМ, так и после их завершения. Наиболее интересно оценить различные ПМ в экономическом аспекте по их влиянию как на качество зубного протезирования и исход стоматологической реабилитации, так и на продолжительность полноценности (выживаемости) зубных протезов по функциональному, эстетическому и медицинскому показателям. Это крайне важно в современных условиях развития рынка медицинских услуг, медицинского страхования и повышения требовательности со стороны пациентов. Очевидно, что сроки на гарантию зубного протеза, различные страховые обязательства и другие важные в практической стоматологии моменты должны устанавливаться с учетом научно обоснованных сведений и методов прогнозирования эффективности стоматологических реабилитационных мероприятий, исходов протезирования, оптимальных сроков функционирования ортопедических конструкций (Голинский Ю. Г., 2000). Немаловажную роль в установлении таких научно обоснованных сведений играют вопросы выбора ПМ, которые, безусловно, должны быть для каждого пациента индивидуальными и обуславливаться клинической ситуацией в полости рта и учитывать не только общее состояние пациента, но и его финансовые ограничения, а в случаях льготного стоматологического лечения – возможности лечебно-профилактического учреждения, исходя из имеющихся в нем оборудования, инструментов, материалов, а также технологических процессов изготовления зубных протезов. Оптимальная реализация требований в области гарантий качества услуг и изделий в стоматологии зависит от множества факторов, охватить и учесть которые невозможно без применения системного подхода (Голинский Ю. Г., 2000), и наибольшее значение среди этих факторов занимают мероприятия по подготовке полости рта к протезированию зубов.

В условиях бюджетных лечебно-профилактических стоматологических учреждений, при имеющейся проблематичной и нестабильной экономической ситуации в стране, необходимо при определении методов лечения, в том числе ПМ, и протезирования при обеспечении их качества и надлежащей стоматологической реабилитации учитывать сочетание интере-

сов и возможностей государства, граждан, лечебно-профилактических учреждений, а также врачей-стоматологов и страховых компаний.

Чтобы полнее и обоснованнее выбрать ПМ для каждого пациента перед его протезированием, необходимо в каждом конкретном случае определить факторы, влияющие на этапы лечебно-диагностического и реабилитационного процессов, обосновать выбор мероприятий, выполнение которых обеспечит качество лечения и зубного протезирования, а также соответствующие гарантии стоматологической реабилитации (Цимбалистов А. В., 2000).

Эффективность и долгосрочность стоматологической реабилитации, а именно зубного протезирования, определяются по меньшей мере тремя группами значимых факторов (Голинский Ю. Г., 2008), зависящих от лечебного учреждения (квалификационный уровень медицинского учреждения, уровень применяемых технологий, квалификация врача, выбор типа и вида конструкции зубных протезов, соблюдение качества (стандартов) изготовления зубных протезов), соматического (возрастно-половая характеристика пациента, социальные факторы) и стоматологического (состояние органов и тканей жевательного аппарата, уровень резистентности к основным стоматологическим заболеваниям, качество подготовки полости рта к протезированию) статуса пациента.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.