

А.К. Иорданишвили^{1,2}, А.И. Володин³,
М.И. Музыкин¹, А.А. Петров¹

Оценка металлокерамических несъёмных зубных протезов, протезного ложа и поля в гарантийные сроки

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Резюме. С применением клинических и рентгенологических методик исследования представлены результаты оценки состояния 287 металлокерамических зубопротезных конструкций в гарантийные сроки пользования ими у 186 человек (53 мужчины и 133 женщины) в возрасте от 29 до 62 лет, которые были изготовлены в стоматологических лечебно-профилактических учреждениях, расположенных в городе (1-я группа пациентов, 120 чел.) и сельской местности (2-я группа пациентов, 66 чел.) Краснодарского края различной формы собственности. При оценке состояния зубопротезных конструкций, протезного ложа и поля выявляли воспалительные изменения в пародонте, подвижность и воспаление пульпы опорных зубов, рецессию десны, пролежни в области тела мостовидного протеза, отсутствие контакта между протезом и антагонизирующими зубами в центральной окклюзии или завышение прикуса на нескольких единицах зубопротезных конструкций, наличие большого промывного пространства в области тела мостовидного протеза в передних участках зубных рядов челюстей, переломы литья, сколы металлокерамики, хронические периапикальные очаги одонтогенной инфекции зубов, находящихся под одиночными, спаянными или опорными искусственными коронками, а также расцементировки конструкций и наличии повышенной чувствительности зубов, находящихся под искусственными коронками. Установлена частота встречаемости дефектов зубопротезных конструкций и осложнений протезирования, которые чаще выявлялись у лиц, протезировавшихся в лечебно-профилактических учреждениях, расположенных в сельской местности, причем независимо от формы их собственности. Показано, что на настоящий момент многие из возможных претензий и жалоб пациентов в связи с изготовлением пациентам металлокерамических зубных протезов могут оказаться обоснованными. Следовательно, внедрение внутреннего контроля качества медицинской помощи во все стоматологические лечебно-профилактические учреждения, клиники и кабинеты независимо от их территориального расположения и формы собственности является требованием времени.

Ключевые слова: зубное протезирование, качество медицинской помощи, жители города и села, патология пародонта, ортопедическое стоматологическое лечение, мостовидные протезы, искусственные коронки, дефекты зубного протезирования.

Введение. В настоящее время приоритетной задачей здравоохранения является обеспечение людей качественной медицинской помощью, в том числе стоматологической [1, 5, 12]. Современное стоматологическое лечение относится к одному из самых массовых видов медицинских услуг [2, 13, 15]. Оказание стоматологической ортопедической помощи обычно является завершающим этапом стоматологической реабилитации [7, 14]. Успешное зубное протезирование зависит от многих факторов, в том числе эффективной подготовки органов и тканей полости рта к протезированию с учётом конструктивных особенностей планируемых зубных протезов [9, 11]. В то же время, несмотря на быстрое внедрение в практическую стоматологию современных технологий, по-прежнему часто возникают жалобы и претензии, главным образом к врачам-стоматологам-ортопедам, на дефекты или осложнения зубного протезирования [3]. Важным при оказании стоматологической помощи является именно профилактика, раннее выявление и

устранение осложнений зубного протезирования [4, 6]. Первостепенную роль в этом должен играть внутренний контроль качества медицинской помощи [10]. Большое число гражданских дел, находящихся в судах Российской Федерации обусловлены не столько причинением вреда здоровью, сколько некачественным оказанием медицинской услуги [8]. Эти вопросы должны устраняться в условиях лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), так как в основе своей такие жалобы и претензии подразумевают именно некачественное зубное протезирование, а не установление причинно-следственной связи причинения вреда здоровью человека [3]. Поэтому изменить существующее положение дел может внутренний контроль качества медицинской помощи.

Цель исследования. Оценить состояния металлокерамических несъёмных зубных протезов, протезного ложа и поля в гарантийные сроки пользования ими при стоматологической реабилитации городских и сельских жителей Краснодарского края.

Материалы и методы. Для оценки состояния металлокерамических несъёмных зубных протезов, протезного ложа и поля в гарантийные сроки пользования нами было проведено клинко-рентгенологическое обследование 186 человек (53 мужчины и 133 женщины) в возрасте от 29 до 62 лет, которым были изготовлены 287 металлокерамические конструкции (искусственные коронки, мостовидные протезы). В зависимости от места расположения стоматологических ЛПУ, клиник и кабинетов, в которых пациенты получали стоматологическую помощь (город, сельская местность), они были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 120 чел., которые протезировались в городских ЛПУ Краснодарского края. Во 2-ю группу вошли 66 чел., протезирование которых осуществлялось в ЛПУ, работающих в сельской местности Краснодарского края. ЛПУ как в городе, так и сельской местности были различной формы собственности.

При осмотре пациентов и оценки качества зубного протезирования металлокерамическими несъёмными конструкциями зубных протезов выявляли воспалительные изменения в пародонте и пародонтальные карманы, в том числе обусловленные глубоким продвижением края искусственной коронки под десневой край, подвижность опорных зубов, рецессию десны в области одиночных и опорных зубных коронок («короткие» зубные коронки), пролежни в области тела мостовидного протеза, воспаление пульпы опорного зуба, отсутствие контакта между протезом и антагонизирующими зубами в центральной окклюзии или завышение прикуса на нескольких единицах зубопротезных конструкций, наличие большого промывного пространства в области тела мостовидного протеза в передних участках зубных рядов челюстей, переломы литья, сколы металлокерамики. По данным рентгенологического обследования, путём оценки внутриротовых снимков и (или) ортопантограмм, выявляли хронические периапикальные очаги одонтогенной инфекции зубов (ХПООИ), находящихся под одиночными, спаянными или опорными искусственными коронками. Кроме того, уточняли у пациентов

были ли расцементировки конструкций, и сколько раз, а также о наличии повышенной чувствительности зубов, находящихся под искусственными коронками. Все осмотренные пациенты обеих групп завершили протезирование в сроки от 3 до 11 месяцев перед контрольным осмотром. Проведённое клиническое исследование выполнялось в рамках внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Полученный в результате клинического исследования цифровой материал обработан на персональном компьютере с использованием специализированного пакета для статистического анализа – «Statistica for Windows, v. 6.0» с помощью параметрических и непараметрических методов оценки гипотез. Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при $p \leq 0,05$. Случаи, когда значения вероятности показателя «р» находились в диапазоне от 0,05 до 0,1, расценивали как «наличие тенденции».

Результаты и их обсуждение. В ходе осмотра пациентов было установлено, что у подавляющего большинства пациентов 1-й и 2-й групп часто встречались воспалительные процессы в пародонте (гингивит и пародонтит) из-за глубокого погружения края искусственных коронок под десну (рис. 1).

Так, гингивиты и пародонтиты у жителей города и села диагностировались, соответственно, в 60 и 45,45% случаев и 14,17 и 42,42% случаев, при этом пародонтиты чаще диагностировались у лиц 2-й группы ($p \leq 0,01$). Лиц со здоровым пародонтом (рис. 2) в 1-й группе было значительно больше, чем во 2-й группе, (31 чел. (25,83%) и 8 чел. (12,12%) соответственно), $p \leq 0,01$. Также у пациентов 1-й группы на 13,18% реже встречались, выявляемые при рентгенологическом исследовании ХПООИ ($p \leq 0,01$). Пролежни в области тела мостовидного протеза, воспаление пульпы зубов, находящихся под искусственными коронками, чаще диагностировали во 2-й группе пациентов ($p \leq 0,01$). Практически одинаково часто (5–7,58%) у лиц обеих групп выявлялись случаи патологической подвижности опорных зубов I–II степени ($p \geq 0,05$).

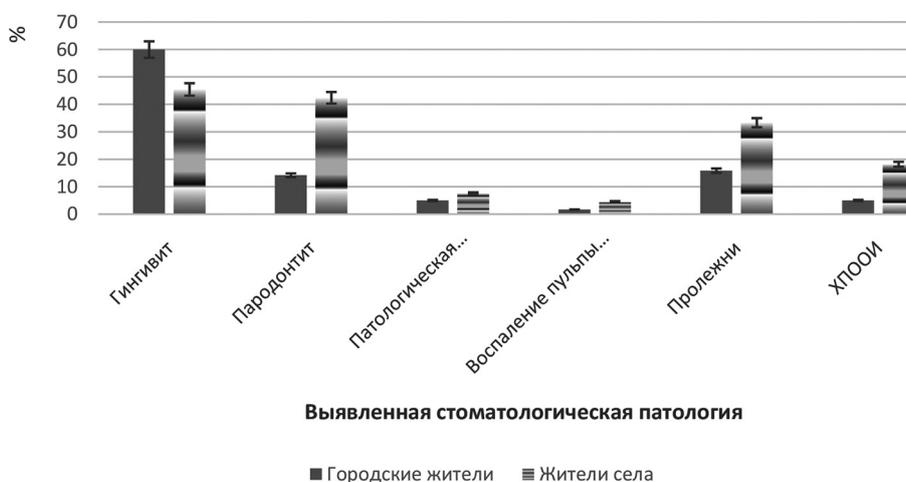


Рис. 1. Состояние тканей протезного ложа и поля у обследованных обеих групп

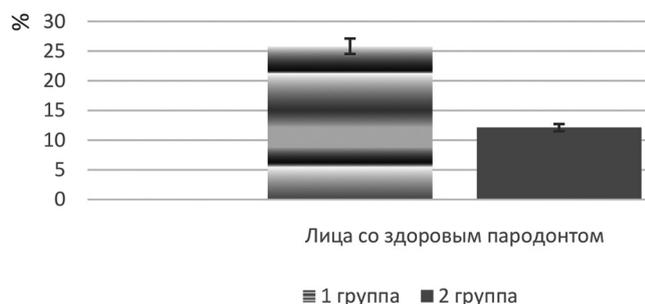


Рис. 2. Число пациентов со здоровым пародонтом в исследуемых группах

Достоверно чаще у жителей сельской местности встречались такие дефекты зубного протезирования как «короткие» коронки ($p \leq 0,01$) и большое промывное пространство в области тела мостовидного

протеза в переднем участке зубных рядов ($p \leq 0,01$), что, очевидно, было обусловлено рецессией десны и атрофией альвеолярного отростка (части) челюстей из-за преждевременного начала зубного протезирования после удаления зубов. Также у лиц 2-й группы чаще встречалось завышение прикуса на нескольких единицах зубопротезных конструкций ($p \leq 0,05$) и повышенная чувствительность опорных зубов ($p \leq 0,01$), что обуславливало наличие болей или дискомфорта при пережевывании пищи. Отсутствие контакта между зубным протезом и антагонистами в центральной окклюзии встречалось чаще у лиц 2-й группы ($p \geq 0,05$), что обуславливало хроническую травму слизистой оболочки щек или губ (рис. 3).

У пациентов 1-й и 2-й групп сравнительно часто, по данным анамнеза, возникали расцементировки металлокерамических зубопротезных конструкций, причем неоднократные (рис. 4).

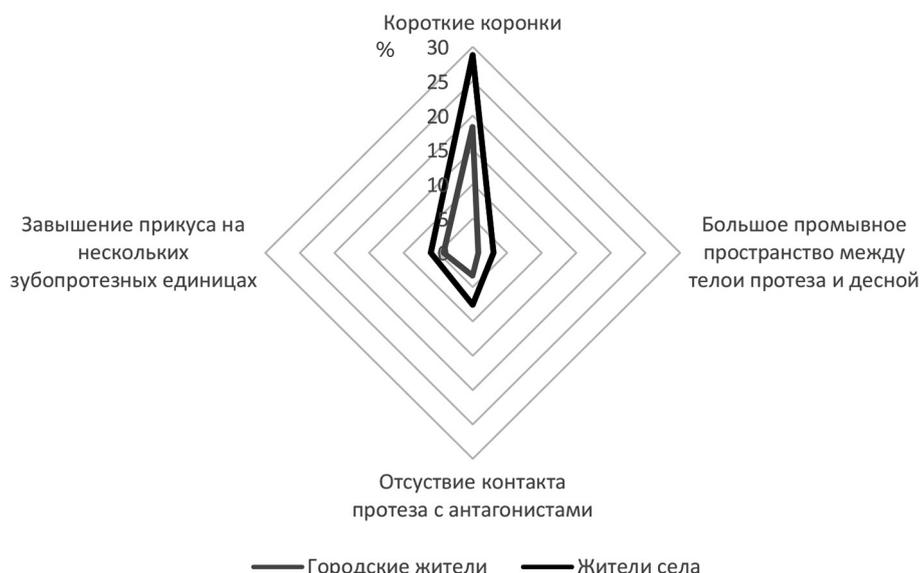


Рис. 3. Частота встречаемости дефектов металлокерамических зубопротезных конструкций у обследуемых

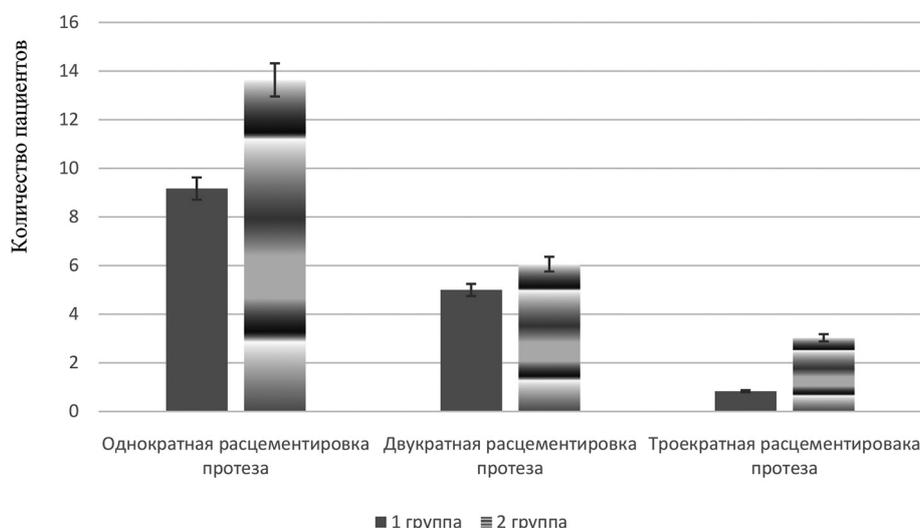


Рис. 4. Сведения о расцементировках металлокерамических зубопротезных конструкций у пациентов исследуемых групп

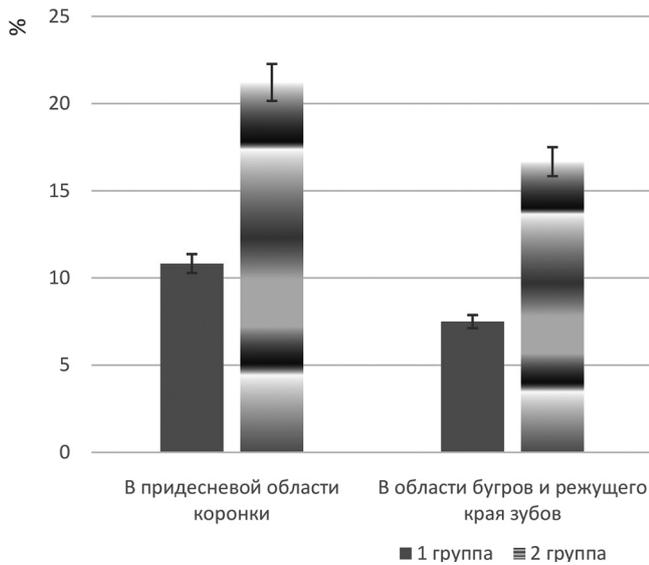


Рис. 5. Частота выявления сколов керамической облицовки зубопротезных конструкций у пациентов исследуемых групп с учётом локализации

Переломы литья, обычно в месте соединения тела с коронкой, чаще отмечались во 2-й группе (3,03%), чем в 1-й группе (0,83%) пациентов. Сколы керамики металлокерамических зубопротезных конструкций также отмечались у лиц 2-й группы, а именно в области замыкающего края коронок, несколько реже – в области бугров и режущего края искусственных зубов (рис. 5).

Заключение. Дефекты зубопротезных конструкций при протезировании пациентов металлокерамическими зубными протезами в ЛПУ независимо от формы их собственности чаще встречаются в ЛПУ, расположенных в сельской местности. Это, очевидно, обусловлено удалённостью городских ЛПУ для жителей села, их желанием наиболее быстро завершить стоматологическую реабилитацию в сельских ЛПУ, несмотря на сроки, прошедшие после удаления зубов. Кроме того, их редким обращением к врачу-стоматологу-ортопеду после завершения зубного протезирования для выявления и устранения осложнений, которые обычно не приводят к возникновению болевого синдрома и нарушению социальной активности граждан, однако неблагоприятно влияют на стоматологическое здоровье пациентов (патологические изменения тканей протезного ложа и поля), а также на состояние металлокерамических зубных протезов (сколы керамической облицовки и др.). Таким образом, осмотры, выполняемые в гарантийные сроки пользования металлокерамическими зубными протезами, позволяют своевременно выявлять дефекты и осложнения зубного протезирования, устранять их, что является важным фактором в профилактике конфликтных ситуаций и претензий со стороны пациентов. Такие осмотры необходимо выполнять в рамках внутреннего контроля качества медицинской

помощи независимо от формы собственности ЛПУ. Показано, что на настоящий момент многие из возможных претензий в связи с изготовлением пациентам металлокерамических несъемных зубопротезных конструкций могут оказаться обоснованными. Поэтому требованием времени следует считать внедрение внутреннего контроля качества медицинской помощи во все стоматологические ЛПУ, клиники и кабинеты независимо от их территориального расположения и формы собственности.

Литература

1. Бабич, В.В. Реабилитационный потенциал организма у больных пожилого и старческого возраста с проявлениями болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Бабич, А.К. Иорданишвили, Г.А. Рыжак // *Клин. геронтология*. – 2014. – № 7–8. – С. 35–37.
2. Иорданишвили, А.К. Анализ факторов конкурентоспособности стоматологических лечебных учреждений при оказании зубопротезной помощи / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Институт стоматологии*. – 2008. – № 2 (39). – С. 14–16.
3. Иорданишвили, А.К. Алгоритм судебно-медицинской экспертизы при оказании стоматологического ортопедического лечения / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Институт стоматологии*. – 2009. – № 1 (42). – С. 10–12.
4. Иорданишвили, А.К. Дефекты и осложнения при протезировании несъемными зубными протезами / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Институт стоматологии*. – 2010. – № 3 (48). – С. 54–56.
5. Иорданишвили, А.К. Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Институт стоматологии*. – 2014. – № 4 (65). – С. 28–34.
6. Иорданишвили, А.К. Особенности использования различных методов лечения заболеваний эндодонта в ведомственных стоматологических учреждениях мегаполиса / А.К. Иорданишвили [и др.] // *«Эндодонтия today»*. – 2015. – № 4. – С. 18–21.
7. Иорданишвили, А.К. Стоматологическое здоровье нации и пути его сохранения (вклад военных стоматологов в профилактику и лечение заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта) / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Пародонтология*. – 2015. – № 1 (74). – С. 78–80.
8. Иорданишвили, А.К. Профессиональные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи при стоматологической реабилитации взрослых пациентов / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Вестн. Росс. воен.-мед. акад.* – 2016. – № 1 (53). – С. 50–55.
9. Иорданишвили, А.К. Особенности личностного реагирования при замене съемных зубных протезов на зубопротезные конструкции на искусственных опорах / А.К. Иорданишвили, М.И. Музыкин, Д.В. Балин // *Росс. вестн. дентальной имплантологии*. – 2016. – № 2 (34). – С. 46–53.
10. Иорданишвили, А.К. Оценка выживаемости скуловых и корневых дентальных имплантатов / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Куб. науч. мед. вестн.* – 2016. – № 4. – С. 90–94.
11. Иорданишвили, А.К. Анализ диагностических мероприятий при патологии пародонта в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях на основании данных внутреннего контроля качества медицинской помощи / А.К. Иорданишвили [и др.] // *Пародонтология*. – 2018. – № 1 (86). – С. 45–48.
12. Комаров, Ф.И. Соматическое и стоматологическое здоровье должностных Ф.И. Комаров, Ю.Л. Шевченко, А.К. Иорданишвили // *Экология и развитие общества*. – 2016. – № 4 (19). – С. 51–55.

13. Леонтьев, В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах её развития / В.К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 2007. – № 1 (34). – С. 10–13.
14. Banks, P. A prospective 20-year audit of a consultant workload / P. Banks // The British orthodontic society clinical effectiveness bulletin. – 2010. – Vol. 25. – P. 15–18.
15. Weidlich, P. Association between periodontal diseases and systemic diseases / P. Weidlich // Braz. oral. res. – 2008. – Vol. 22, Suppl. 1. – P. 32–43.

A.K. Iordanishvili, A.I. Volodin, M.I. Muzikin, A.A. Petrov

Evaluation of metal-ceramic non-removable dentures, prosthetic bed and field during warranty periods

Abstract. *Using the clinical and radiological methods of investigation, the results of an assessment of the state of 287 metal-ceramic prosthetic structures were presented during the warranty period of their use in 186 people (53 men and 133 women) aged from 29 to 62 years who were made dental treatment and prophylactic institutions, located in the city (1 group of patients, 120 people) and rural areas (2 patients, 66 people) in the Krasnodar Territory of various forms of ownership. When assessing the condition of denture prosthesis, prosthetic bed and field, inflammatory changes in the periodontium, mobility and inflammation of the pulp of supporting teeth, recession of the gum, pressure ulcers in the region of the body of the bridge, contact between the prosthesis and antagonizing teeth in the central occlusion or overstrain of the occlusion in several units of dental prostheses structures, the presence of a large washing space in the area of the body of the bridge in the front sections of the dentition rows of the jaws, fracture castings, chips ics, chronic periapical foci of odontogenic infection of teeth under single, welded or supporting artificial crowns, as well as cementing of structures and the presence of hypersensitivity of teeth under artificial crowns. The frequency of occurrence of defects in dentures and complications of prosthetics, which were more often detected in persons who were prosthetically tested in health facilities, was determined, regardless of the form of their property located in rural areas. It is shown that at the moment many of the possible complaints and complaints of patients, in connection with the manufacture of metal-ceramic dentures, can prove to be justified. It is concluded that the introduction of internal quality control of medical care in all dental hospitals, clinics and offices, regardless of their territorial location and form of ownership, is a requirement of the time.*

Key words: *dental prosthetics, quality of medical care, urban and rural residents, periodontal pathology, orthopedic dental treatment, bridges, artificial crowns, dental prosthesis defects.*

Контактный телефон: 8-921-400-54-55; e-mail: vmeda-nio@mail.ru