
ნაწილობრივი, მეორადი ადენტის სიხშირე და მისი კორექციის ორთოპედიული მეთოდები საქართველოს მოსახლეობაში

თსსუ, ოდონტოლოგიის დეპარტამენტი; სტომატოლოგიის კლინიკა და სასწავლო-კვლევითი ცენტრი “უნიდენტი”

თანამედროვე სტომატოლოგიის ყველაზე დიდი გამოწვევა კბილთა დაკარგვის თავიდან აცილებაა. სტომატოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკის, კლინიკური ენდოდონტიის, რესტავრაციული სტომატოლოგიისა და სტომატოლოგიური მასალათმცოდნეობის განვითარებამ მაქსიმალურად შეამცირა კბილების ექსტრაქციის ჩვენებები და გაზარდა მკურნალობის მაღალეფექტური და ხანგრძლივი შედეგი. არცთუ შორეულ წარსულში მრავალფესვიანი კბილების არხთა სისტემის არასათანადო პრეპარირება, არასაკმარისი დეზინფექცია და დაბჟენის ტექნიკური ხარვეზები, მათი დაკარგვის პირდაპირი ჩვენება იყო.

დამოუკიდებელ პრობლემას წარმოადგენდა კბილის გვირგვინების მასშტაბური დაზიანებებიც, რომელთა ხანგრძლივ და რთულ რესტავრირებას ექიმები ხშირად ექსტრაქციას ამჯობინებდნენ (4, 5).

კბილთა შენარჩუნებისთვის “ბრძოლის” სურვილის შემთხვევაშიც კი ბევრი რამ დამოკიდებულია ხარისხიანი სტომატოლოგიური მასალების შერჩევასა და გამოყენებაზე, ექიმის კვალიფიკაციასა და პრაქტიკული უნარების ფლობაზე. შედეგად, ენდოდონტიურად ნამკურნალები და რესტავრირებული კბილები დეფორმირდებოდნენ და ტრავმირდებოდნენ. ბჟენთან ერთად იკარგებოდა კბილის მინაწქრისა და დენტინის სტრუქტურები, ჩნდებოდა ბზარები და ნაპრალები და საბოლოოდ მრავალჯერადი ჩარევების გამო კბილები ამოსაღები ხდებოდა.

ანალოგიური პრობლემები იკვეთებოდა ორთოპედიულ სტომატოლოგიაშიც. მრავალი წლის მანძილზე (და არცთუ შორეულ წარსულში) მეტალოკერამიკული გვირგვინების დამზადებისთვის კბილების თერაპიული მომზადების ერთადერთ პირობას – მათი წინასწარი ენდოდონტიური მკურნალობა წარმოადგენდა (2). ასეთ შემთხვევებში არც კი განიხილებოდა საკითხი ამ პროცედურის სამედიცინო ჩვენებების შესახებ (3). მიიჩნეოდა, რომ მეტალოკერამიკული გვირგვინების დასამზადებლად კბილების პრეპარირების სიღრმე და მასშტაბები, ორთოპედიული კონსტრუქციის პაციენტისთვის ჩაბარებამდე “დაქლიბული” (რაც თავის მხრივ კბილის დენტინის ექსპოზიციას ნიშნავს) კბილების პირის ღრუში არსებობა შეუძლებელს გახდიდა მათ ვიტალურ მდგომარეობაში შენარჩუნებას, რაც გაზრდიდა პულპის დეგენერაციის რისკს. გულდასაწყვეტია, რომ ხშირ შემთხვევებში ენდოდონტიური მკურნალობა სრულად დაუზიანებელ, ჯანმრთელ კბილებში ტარდებოდა. საკითხს უფრო მეტად ამძაფრებდა ერთეული კბილის დანაკლის შემთხვევაში ორთოპედიული მკურნალობის მოცულობის განსაზღვრა. დენტალური იმპლანტოლოგიის გვიანმა პოპულარიზაციამ საქართველოში და ამ დარგში კვალიფიცირებულ პირთა სიმწირემ კბილთა პროთეზირებისას ხშირად დაუსაბუთებელი გადაწყვეტილებების მიღებას შეუწყო ხელი, კერძოდ, ადენტის უბანში ერთეული (ან ორი და მეტი) იმპლანტის მოთავსების ნაცვლად დეფექტის კიდურა კბილთა დევიტალიზაცია და მათზე ორთოპედიული კონსტრუქციის ფიქსირება ხდებოდა (1, 6).

დაბალი იყო ორთოპედი სტომატოლოგების მიერ საყრდენ კბილთა მკურნალობის ხარისხის შეფასების დონეც. ხშირად, პროთეზირების გადაწყვეტილება წინასწარი სადიაგნოსტიკო, რენტგენოგრაფიული გამოკვლევებისა და თერაპევტ-სტომატოლოგებთან კონსულტაციების გარეშე მიიღებოდა ხოლმე.

ცალკე განხილვის თემაა ორთოპედიული კონსტრუქციებით კბილთა რესტავრირებამდე მათი ხარისხიანად დაბჟენის საკითხი. კორექტულად მოდელირებული კბილის ტაკვი, სუპრა - და სუბგინგივური მიკავშირების სიმტკიცე, საიმედოდ პრეპარირებული ყელის სარტყელი მომავალი ორთოპედიული კონსტრუქციის ხანგრძლივი კლინიკური ეფექტურობის მტკიცე პირობაა.

ზემოაღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინება აუცილებელია ორთოპედიული კონსტრუქციებით კბილთა რესტავრირების დაგეგმვისა და მისი განხორციელების პროცესში. ექიმს ევალება კარგად შეაფასოს კლინიკური სიტუაცია, გამოავლინოს არსებული ხარვეზები, ორთოპედიული მკურნალობის დაწყებამდე დასახოს მათი გამოსწორების გზები, შეაფასოს რენტგენოგრაფიული მონაცემები, საჭიროების შემთხვევაში ჩაატაროს დამატებითი კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევა, საკონსულტაციოდ მოიხმოს მომიჯნავე სპეციალობის წარმომადგენლები და მხოლოდ შემდეგ ჩაატაროს სამკურნალო პროცედურები. სწორედ ამ მიზანს ემსახურებოდა კვლევა: ნაწილობრივი მეორადი ადენტის გამომწვევი მიზეზების ანალიზი და კორექციისთვის გამოყენებული ორთოპედიული კონსტრუქციების შედარებითი დახასიათება.

კვლევის მასალა და მეთოდები: დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 568 პაციენტი, რომელთაც სხვადასხვა სტომატოლოგიური ჩივილით მიმართეს თსსუ აპ. ურუმადის სახელობის სტომატოლოგიურ კლინიკასა და სტომატოლოგიის კლინიკა და სასწავლო-კვლევით ცენტრ “უნიდენტს”. პაციენტები დაიყო 3 ასაკობრივ ჯგუფად – 25-დან 40 წლამდე, 40- დან 55 წლამდე და 55-დან 70 წლამდე. პაციენტებს შორის **361** ქალი და **207** მამაკაცი იყო. (ცხრილი №1)

| № | ასაკობრივი ჯგუფი | n | სქესი | |
|------------|------------------|------------|------------|------------|
| | | | ქ. | მ. |
| I | 25-40 | 127 | 66 | 61 |
| II | 40-55 | 206 | 115 | 91 |
| III | 55-70 | 235 | 135 | 100 |
| სულ | | 568 | 316 | 252 |

ცხრილი №1. გამოკვლეულ პაციენტთა განაწილება ასაკისა და სქესის მიხედვით

ყველა პაციენტს უტარდებოდა კლინიკური და რენტგენოვიზიოგრაფიული გამოკვლევა. დიდი ყურადღება ეთმობოდა ზუსტი ანამნეზის შეფასებას, მეორადი ადენტის მიზეზების დადგენას, ორთოპედიული კონსტრუქციების შეფასებას, მათ ხანდაზმულობას, ტიპებს, პაციენტთა თანკბილვის რეგისტრაციასა და ექიმის მიერ მკურნალობის მეთოდთა შეთავაზებისას მათ მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებაში.

კვლევის შედეგები – ჩვენს მიერ ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა მეორადი ნაწილობრივი ადენტის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. 25-40 წლამდე ასაკის დათვალისებულ პირთა შორის კბილთა დანაკლისი 33.8% იყო, II ჯგუფში – 58.7%, მესამეში კი – 75.7%. კბილთა დაკარგვის მიზეზების დადგენისას ყურადღებას 2 მნიშვნელოვან ფაქტორზე ვამახვილებთ: ა) პაციენტის ექიმთან დაგვიანებული მიმართვა ან პაციენტის მიზეზით შეწყვეტილი მკურნალობა და ბ) წარუმატებელი კონსერვატიული მკურნალობა. ორივე ფაქტორი საბოლოოდ კბილის ექსტრაქციის მიზეზი გა (ცხრილი №2).

| პაციენტის ჯგუფები (n) | ადენტის სისშირე | | ადენტის მიზეზები | | | |
|-----------------------|-----------------|------|--|------|---------------------------------------|-------|
| | | | დაგვიანებული მიმართვა ან შეწყვეტილი მკურნალობა | | წარუმატებელი კონსერვატიული მკურნალობა | |
| | აბს | % | აბს | % | აბს | % |
| I (n=127) | 43 | 33.8 | 9 | 20.9 | 31 | 79.06 |
| II (n=206) | 121 | 58.7 | 31 | 25.6 | 90 | 74.38 |
| III (n=235) | 178 | 75.7 | 69 | 29.3 | 166 | 70.6 |

ცხრილი №2. მეორადი ნაწილობრივი ადენტის სისშირე და მისი გამოწვევი მიზეზები

აღმოჩნდა, რომ ყველა საკვლევ ჯგუფში თერაპიული მკურნალობის (უხშირესად კი ენდოდონტიური) არასრულფასოვანი ჩატარება კბილთა დაკარგვის ძირითად მიზეზს წარმოადგენდა. პირველ ჯგუფში მან 79.06%, II ჯგუფში – 74.38%, მესამეში კი – 70.6% შეადგინა.

ზემოაღნიშნულმა დღის წესრიგში დააყენა კბილთა მწკრივის შევსება მოუხსნელი ტიპის ორთოპედიული კონსტრუქციებით. თუმცა, გამოიკვეთა შემთხვევები, სადაც პაციენტებს ექიმისთვის არ მიუმართავთ და მეორადი ადენტია ზედა და ქვედა ყბის კბილთა მწკრივის დეფრომაციის მიზეზი გახდა. (ცხრილი №3).

| საკვლევი ჯგუფი | მკურნალობა არ ჩატარებულა | | კბილთა მწკრივის არასრული კორექცია | | კბილთა მწკრივის სრული კორექცია | |
|----------------|--------------------------|------|-----------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | აბს | % | აბს | % | აბს | % |
| I (n=43) | 17 | 39.5 | - | - | 26 | 60.4 |
| II (n=121) | 11 | 9.09 | 65 | 53.7 | 45 | 37.1 |
| III (n=235) | 31 | 13.1 | 129 | 54.8 | 75 | 31.9 |

ცხრილი №3. საკვლევი ჯგუფში მეორადი ნაწილობრივი ადენტის გამო ჩატარებული ორთოპედიული მკურნალობის სიხშირე

ასე მაგალითად, 25-40 წლამდე ასაკის პაციენტებში დასრულებული ორთოპედიული მკურნალობა (როცა ყველა დანაკლისი კბილის სივრცე შეივსო) გაცილებით მაღალი იყო (60.4%), ვიდრე იგივე მაჩვენებელი უფრო მეტი ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტებში (37.1% - II ჯგუფში და 31.9% - III ჯგუფში).

ჩვენი კვლევის ინტერესს წარმოადგენდა იმ ორთოპედიული კონსტრუქციების ტიპის განსაზღვრა, რითაც კბილთა მწკრივის შევსება მოხდა. შევისწავლეთ ხიდისებური მოუხსნელი პროთეზების და იმპლანტების რაოდენობა პაციენტებს შორის და ასევე ის შემთხვევებიც, როდესაც პაციენტებს პირის ღრუში ორივე ამ ტიპის კონსტრუქცია აღენიშნებოდათ. (ცხრილი №4).

| საკვლევი ჯგუფი | ხიდისებური კონსტრუქციები | იმპლანტები | ხიდისებური კონსტრუქციები და იმპლანტები ერთად |
|----------------|--------------------------|------------|--|
| I (n = 26) | 16 | 8 | 2 |
| II (n = 110) | 85 | 5 | 20 |
| III (n = 204) | 177 | 11 | 16 |
| 340 | 278 | 24 | 38 |

ცხრილი №4. მეორადი ნაწილობრივი ადენტის საკორექციოდ გამოყენებული მოუხსნელი ორთოპედიული კონსტრუქციის ტიპები

კვლევამ ცხადყო, რომ მოსახლეობაში ჯერ კიდევ მაღალია მოუხსნელი ხიდისებური პროთეზებით ნაწილობრივი ადენტის მკურნალობის რიცხვი. ეს მაჩვენებელი I ჯგუფში 1.6-ჯერ აღემატება იმ შემთხვევებს, სადაც დანაკლისი კბილთა შევსება იმპლანტებით მოხდა, II ჯგუფში სხვაობა 3.4 შეადგენს, მესამეში კი 6.6.

დასკვნები და რეკომენდაციები. კვლევამ უჩვენა, რომ საქართველოს მოსახლეობის ყველა ასაკობრივ ჯგუფში ჯერ კიდევ მაღალია კბილების ექსტრაქციით გამოწვეული ადენტის მაჩვენებლები (33.8%-დან 75.7%-მდე).

- წარუმატებელი თერაპიული მკურნალობის მიზეზებით დაკარგულ კბილთა რაოდენობა 3-ჯერ და მეტად აღემატება იმ შემთხვევებს, სადაც კბილების ექსტრაქცია სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა მიუმართაობის ან მათი დაუდევრობის მიზეზით მოხდა.

- ხიდისებური მოუხსნელი კონსტრუქციებით კბილთა მწკრივის შევსება 3-6-ჯერ უფრო ხშირად ხდება, ვიდრე იმპლანტირებით.

ზემოთქმული დღის წესრიგი მრავალ პრობლემას აყენებს, რომელთა შორის უპირველესად უნდა გამოიყოს: სტომატოლოგიურ დაავადებათა პრევენციისა და დროული დახმარების გაწევის აუცილებლობა, მოსახლეობის ინფორმირებულობა სამკურნალო დაწესებულებებში გეგმიური ვიზიტების შესახებ, დაავადებათა მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და პაციენტთათვის მკურნალობის რაციონალური და მაღალეფექტური მეთოდების შეთავაზება.

ლიტერატურა:

1. Azer S.S., Drummond J.L., Campbell S.D. – Influence of core buildup material on fatigue strength of an all – ceramic crown. – J. Prothet, Dent. – 2001, v.86, p.624-631.
2. Hillman J.D. – Genetically modified Strept. Mutans for the prevention of dental caries – J. Am Dent Assoc. 2013, v.144, p.1279-1291.
3. Morgano S.M., Brackett S.E. – Foundation restorations of fixed prothodontics: current knowledge and Future needs. – J. Prothet. Dent. – 1999, v.82, p.643-657.
4. Schillenburg H.T., etal – Fundamentals of fixed prothodontics, 3rd ed. – Chicago, Quintessence, 1997, - p. 185.

5. Szmukler-Moncler S. – Timing of loading and effect of micromotion on bone-implant interface – J. Biomed Mat-er Res. – 1998, v.43, p.192-203.

6. Tan H.P., Lo E.C., Dyson J.E., etal – A randomized trial on root caries prevention in elders – J. Dent Res. – 2010, v.89, p.1086-1090.

Vadachkoria D., Mamaladze M.

FREQUENCY, CAUSES AND MANAGEMENT OF SECONDARY, PARTIAL ADENTIA IN GEORGIAN POPULATION

TSMU, DEPARTMENT OF ODONTOLOGY; UNIDENT - DENTAL CLINIC, TRAINING AND RESEARCH CENTER

Secondary adentia is the loss of the tooth after its formation and this form of adentia is very common. This article describes the causes of secondary adentia. Has been described and discussed two main reasons causing the above-mentioned statement:

1. Delayed visit of patients to dentist and discontinuing of already started dental treatment.
2. Unsuccessful conservative treatment.

The last-mentioned reason exceeds 3 to 4 times the first.

According to our research, 33.8% of patients in 25-40 years age group had secondary adentia, among 40-55 years age group, this index is raised up to 58.7%, when as, in 55-70 years age group it reached – 75.5%.

Majority of patients with secondary adentia had been treated prothodontically, with bridge construction. Unfortunately, the patient, who treated with implants had significantly low index. For example, among 340 patients, who had secondary adentia, 278 – were treated only with bridge construction, only implantation had been performed in 24 patients; both – bridge and implants as a solution for secondary adentia, had been presented in 38 patients.

To avoid secondary adentia, patients need to take preventive measures in a timely manner. To improve the quality of treatment, it is necessary to maintain proper and regular dental hygiene and oral health. Regular examination by a dentist, early treatment of all dental problems with modern rational methods and techniques must not be neglected.