

слизової оболонки порожнини рота та грибковими заїдами, зокрема за даними мікробіологічних досліджень, склали 2,6 % від всіх обстежених.

Таким чином, ураження слизової оболонки протезного ложа за візуальними проявами діагностувалось у 40 хворих (35,1% від загальної кількості спостережень).

В той же час за результатами макрогістохімічного фарбування запалення слизової оболонки спостерігали у 91,2 % дослідних хворих, що підтверджує негативний вплив пластмасових базисів протезів, навіть за умови додержання технології.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Майже повсякчасне ураження слизової оболонки протезного ложа внаслідок користування повними знімними протезами вказує на необхідність подальшого пошуку шляхів вдосконалення методики їх виготовлення.

## **ПРОБЛЕМА ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ В ОРТОДОНТІЇ**

**Курсова В. Д., Петрова А. В., Рудь Ю. В.**

*Українська медична стоматологічна академія*

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів*

При ортодонтичному лікуванні пацієнтів будь-якого віку комплексний метод є головним. Співпраця ортодонтів з хірургами - стоматологами - це щоденна клінічна практика.

Найбільш спірним, як з точки зору лікарів - ортодонтів, так і з боку взаємодії з пацієнтами, є питання про видалення здорових зубів. Не менш гостро стоїть питання і про вибір конкретних зубів, що підлягають видаленню.

Відповідно до сучасних уявлень, найчастішим вибором для видалення за ортодонтичними показаннями є перші премоляри. Це типовий і вже звичний вид видалення при лікуванні скупченості зубів, протрузії при I класі за Енглею і камуфляжу II класу і III класу за Енглею.

Деякі ортодонти пропонують видаляти замість перших премолярів другі, створюючи «природну» гіподонтію. Ця пропозиція пов'язана з тим, що другі премоляри частіше схильні до адентії.

Комбінований метод екстракції зубів застосовується при лікуванні II і III класу за Енглею. При аномаліях II класу за Енглею видаляють другі премоляри верхньої щелепи і перші премоляри нижньої, а при патології III класу - перші премоляри верхньої і другі премоляри нижньої щелепи, що пов'язано з їх мезіо-дистальними розмірами.

Рідше, але все ж ортодонти прибігають і до екстракції інших постійних зубів: перших молярів, других молярів і різців.

Екстракція одного різця нижньої щелепи може бути альтернативною видаленню чотирьох премолярів, що дає мінімальні зміни в зубних дугах і профілі м'яких тканин.

Екстракція перших молярів набирає популярність у ортодонтів, це пов'язано з їх раннім руйнуванням, а також з можливістю усунення

постекстракційних проміжків з при якісному анкоражі за допомогою сучасних методів лікування, таких як брекет-техніка та міні-імпланти.

Планування ортодонтичного лікування при сучасному підході до видалення окремих зубів має бути індивідуальним у кожного пацієнта, враховуючи морфологічний діагноз (скелетний та зубоальвеолярний), естетичні характеристики та функціональний стан щелепно-лицевої ділянки, тип росту щелеп, стан твердих тканин зубів, стан пародонту та ін. Правильний вибір зубів, що підлягають видаленню, дозволяє досягти множинних стійких контактів і нормалізації функції і естетики щелепно-лицьової області.

**Крижановський А. Є.**

### **ДИНАМІКА ЗМІН СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРИ КОРИСТУВАННІ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

Найпоширенішим способом відновлення жувальної ефективності при повній адентії, що застосовується в 98% випадків, є виготовлення знімних протезів з жорстким акриловим базисом. Поруч з тим, нерівномірний розподіл жувального навантаження, невідповідність базису мікрорельєфу слизової оболонки, механічне стиснення останньої провокують розвиток запально-дистрофічних процесів в тканинах протезного ложа.

Мета представленого дослідження – дослідити динаміку змін стану слизової оболонки протезного ложа при користуванні повними знімними протезами з жорстким акриловим базисом. Для об'єктивізації отриманих результатів нами використана методика, основана на реакції макрогістохімічного зафарбовування, запропонована Лесних М. І. та співавт. (2004), що передбачає візуалізацію зон запалення, індукованого підвищеним механічним навантаженням на слизову оболонку. Дослідження проведено серед 30 хворих з повною відсутністю зубів віком 52-74 роки. Динаміку змін запальних процесів в слизовій оцінювали за спостереженнями в день здачі протезів, через 7 діб, 1, 12, 24 та 36 місяців користування ними.

У день накладання та фіксації протезів запальних явищ слизової оболонки ротової порожнини не встановлено в жодного хворого. Через 7 діб користування протезами прояви запалення встановлені в 26,6±8,0% хворих, при цьому середня площа ділянок запалення склала 1,53±0,10 см<sup>2</sup>. Через 1 місяць прояви запалення практично ліквідовані (запальні явища незначної інтенсивності в ділянці альвеолярного гребеня спостерігались у 10,0±5,5%, відповідно площа запалення складала 0,70±0,06 см<sup>2</sup>, p<0,05). Через 12 місяців ознаки запалення мали 6,7±2,3%, але їх площа суттєво збільшувалась та дорівнювала 1,25±0,06 см<sup>2</sup> (p<0,05). Через 24 місяці кількість хворих із запальними явищами збільшилася до 13,3±6,1%, площа гіперемії складала