

запальних процесів порожнини рота, в тому числі у людей, що користуються ЗЗП.

**Ключові слова:** гігієнічний стан протеза, протезний стоматит.



## **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННОЮ АДЕНТІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

Виженко Є.Є., Добровольський О.В., Добровольська О.В.

*Полтавський державний медичний університет, м. Полтава*

**Вступ.** Серед аномалій розвитку зубів адентія посідає одне із провідних місць. У дітей, які звертаються за ортодонтичною допомогою, така аномалія зустрічається в до 22 % випадків.

**Актуальність.** Для первинної адентії характерна відсутність зачатків зубів, тобто це вроджена і досить рідкісна патологія. Вторинна адентія – це втрата зуба після його формування і дана форма є дуже поширеною.

Первинна адентія є результатами неправильного внутрішньоутробного формування плоду. Не рідкісні випадки, коли первинна адентія буває спадковим фактором або виникла внаслідок травмування щелеп.

Основним методом лікування адентії протезування. Що стосується ортодонтичних пацієнтів з патологією прикусу, ускладненою первинною адентією, потрібен індивідуальний підхід.

**Мета роботи.** Оптимізація лікування та діагностики зубощелепних аномалій в різні вікові періоди.

**Матеріали та методи.** Клінічний випадок. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-ортодонтів Української медичної стоматологічної академії звернулася пацієнтка І., 20 років зі скаргами на нерівні зуби, проміжки між зубами верхньої щелепи.

Після основного та додаткових методів дослідження встановлено діагноз: II клас за Енглеєм, звуження зубних рядів верхньої та нижньої щелеп первинна адентія 12, 22, мезіальне зміщення 13, 23 (Рис. 1, 2).

**Результати.** Метою лікування для пацієнтки було усунення тільки вищезазначених дефектів верхньої щелепи. Тому на першому етапі було проведено ортодонтичне лікування для нормалізації форми зубного ряду верхньої щелепи та створення місця для встановлення імплантату в ділянці 22 з наступним протезуванням за допомогою брекет-системи на верхню щелепу.

Наступним етапом лікування було встановлення внутрішньо кісткового нерозбірного дентального імплантату системи Implife розміром 3,0 на 10 мм. Після остеоінтеграції виготовлена і фіксована металокерамічна коронка на 22 (Рис. 3).

**Висновок.** В результаті проведеного комплексного «компромiсного» лікування вдалося досягти позитивного морфоестетичного та функціонального результату, яке повністю задовольнило пацієнтку.

**Ключові слова:** адентія, імплантація.



Рис. 1.

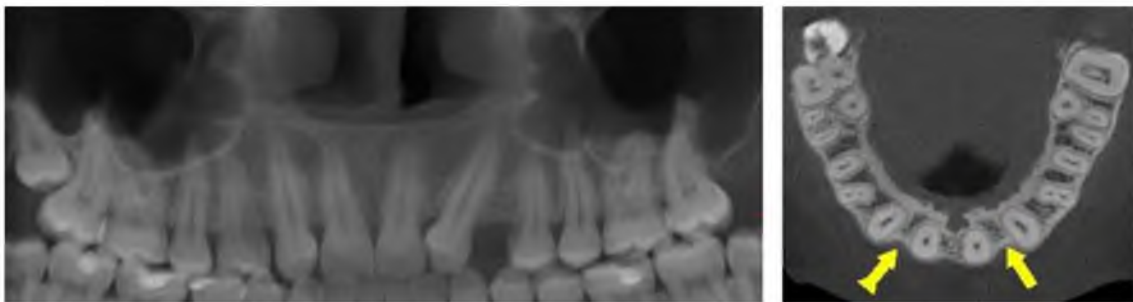


Рис. 2.



Рис. 3.



## КЛІНІЧНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ СПОСОБІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ МІЖЩЕЛЕПОВОГО ПОЛОЖЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Вовк В. Ю., Вовк Ю.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
м. Львів*

**Вступ.** Будь-яка зміна міжщелепового положення незмінно призведе до порушень у гармонійній роботі зубо-щелепової системи пацієнтів. Ігнорування встановлення міжщелепового положення у межах фізіологічної норми неминуче викличе появу функціональних порушень навіть при виготовленні естетично найкращих реставраційних робіт.

**Актуальність.** Клінічний зміст центрального співвідношення щелеп (ЦСЩ) вже майже сто років є предметом професійних суперечок, насамперед стоматологів-ортопедів, внаслідок чого виникли різноманітні, часом антагоністичні наукові концепції та клінічні доктрини практичного впровадження. Сучасний розвиток наукових досліджень в цій царині засвідчує, що й надалі продовжуються численні спроби інтерпретувати зміст ЦСЩ. Однак, позитив отримання практичних досягнень фізіологічно правильного позиціонування щелеп на сьогоднішній день відсутній. Висока діагностична валідність значень гнатологічних показників застосовуваних новітніх методик цифрових стоматологічних технологій у порівнянні з традиційними способами діагностики, дозволила провідним світовим фахівцям осмислити і константувати, що положення ЦСЩ є ідеалізованим, бо цю міжщелепову позицію неможливо відтворювано встановити (Okeson J., 2019, Mehl A., 2018, Orthlieb J.-D. et al., 2017, Karl-Heinz Utz K.-H., 2011, Freesmeyer W. et al., 2011). На сьогоднішній день вважається, що реально в клінічній практиці можна зафіксувати лише фізіологічний оптимум міжщелепового положення, ФМП. Особливе клінічне зацікавлення викликають його характеристики при компенсаторних функціональних порушеннях у пацієнтів (Steinbock Ch., 2018, Meyer G., 2018, Hellmann D., Schindler H., 2016, Etz E. et al., 2012, Harth U., 2010).

**Мета роботи.** Завдяки власному науковому пошуку, клінічним дослідженням та практичному досвіду ми розробили клінічно-інструментальний підхід діагностичного обстеження та лікувальної корекції у пацієнтів з функціональними порушеннями ФМП.