

треті моляри (73,4%) (Литовченко Ю.П., 2019), ікла (48%), центральні (24%) і латеральні різці (15%), рідше (13%) – премоляри й перші та другі моляри (Кульгінський Є.А., 2010). Діють і загальні, і місцеві чинники, що спричиняють затримку прорізування зубів, зокрема провідну роль у розвитку цієї патології відіграють спадковість і порушення внутрішньоутробного розвитку дитини (Tkachenko P.I., Dmytrenko M.I., Cholovskyi M.O., 2019; Garmash O., 2019).

Основу всіх методів лікування пацієнтів із РЗ складають: 1) створення умов для оптимального забезпечення процесу прорізування зубів; 2) стимуляція їх прорізування; 3) активне апаратне переміщення після хірургічного відкриття доступу до коронок РЗ (Макеєв В.Ф., Безвушко Е.В., Пилипів Н.В., 2013).

**Мета** – дослідити віддалені результати хірургічно-ортодонтичного лікування пацієнтів із ретенуваними зубами за запропонованою методикою.

Розроблений, запатентований і впроваджений у клініку спосіб хірургічного відкриття коронок ретенуваних зубів (Патент України на корисну модель «Спосіб хірургічного відкриття коронок ретенуваних зубів» №137433 від 25.10.2019; Бюл.№20/П.І.Ткаченко, М.І.Дмитренко, М.О.Чоловський). В основу представленого способу хірургічно-ортодонтичного лікування пацієнтів із РЗ винесено завдання створення оптимальних умов для виведення РЗ і прискорення термінів лікування шляхом оптимізації методик хірургічного відкриття доступу до коронок РЗ. Спосіб застосовували таким чином: за результатами проведених клінічних і додаткових методів обстеження (фотометричне обстеження обличчя, вивчення діагностичних моделей щелеп і ОПТГ, 3D-КТ) пацієнту встановлювали діагноз і планували етапи ортодонтичного лікування. На підготовчому етапі видаляли тимчасовий зуб, що не випав; надкомплектних зубів, за показаннями призначали хірургічну корекцію м'яких тканин порожнини рота (вуздечок губ, язика, м'якого переддвер'я порожнини рота). Далі розпочинали активне ортодонтичне лікування двома етапами. На першому етапі створювали місце для РЗ, нормалізували форму зубних дуг із використанням у період змінного прикусу різних конструкцій індивідуальних знімних ортодонтичних апаратів (апарати-протези з гвинтами, вестибулярними дугами, гачками, кламерами), у період постійного прикусу застосовували брекет-техніку. На другому етапі проводили хірургічне відкриття доступу до коронки РЗ і водночас формували напрямний канал трикутної форми, який починали основою до ретенуваного зуба й закінчували кутом у зубну дугу, із попереднім плануванням його чітких розмірів і глибини на зрізах комп'ютерної томографії з 3D-реконструкцією (3D-КТ).

Об'єктами дослідження стали 39 осіб віком від 9 до 23 років із ретенцією зубів, яким надавали допомогу за авторською методикою. Дані обстеження засвідчили, що з ретенцією центральних різців верхньої щелепи було 8 осіб, іклів верхньої щелепи – 21; премолярів верхньої щелепи – 2; іклів нижньої щелепи – 4; премолярів нижньої щелепи – 1; перших молярів нижньої щелепи – 1; других молярів нижньої щелепи – 2.

Клінічні спостереження показали, що результати хірургічно-ортодонтичного лікування були позитивні у 89,74% (середня тривалість лікування склала 2 роки). Аналіз результатів проведених досліджень дозволив рекомендувати розроблений спосіб до клінічного застосування.

*Добровольська О.В., Добровольський О.В., Дворник В.М.*

## **СТАН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛІПІ ДО ЛІКУВАННЯ ЗА ДАНИМИ КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Реабілітація пацієнтів із повною відсутністю зубів - актуальна проблема стоматології, завданнями розв'язання якої є відновлення функції жування й мовлення, профілактика атрофії щелеп і створення умов для ефективної соціальної адаптації хворих.

Протягом 2018-2020 рр. ми обстежили 40 пацієнтів із повною відсутністю зубів на нижній щелепі віком від 45 до 78 років, мотивованих для використання імплантатів як опори знімних протезних конструкцій.

Аналізуючи карти обстеження пацієнтів, ми виявляли основні скарги, які зводилися до утруднення вживання їжі через погану фіксацію і стабілізацію протезів, косметичний і фонетичний дефекти. Супутні хвороби встановлювали під час збору анамнезу.

У процесі передопераційного обстеження великого значення ми надавали вимірюванню відстані до антагоністів, товщини альвеолярного відростка, ширини зони фіксованих ясен, відстані до каналу нижньощелепного нерва.

Аналізуючи дані КТ 40 пацієнтів, оцінювали висоту альвеолярного відростка у фронтальному відділі (Н) і відстань від гребеня альвеолярного відростка до нижньощелепного каналу (h). Клінічно не виражений ступінь атрофії нижньої щелепи мали тільки 2 (5 %) пацієнти, причому з вікової групи 45-59 років.

Незначна атрофія альвеолярної частини нижньої щелепи була визначена в 12 обстежених. Зазвичай це виражалось в рівномірній або злегка нерівномірній (у межах 2-3 мм) вертикальній атрофії альвеолярної частини. Слід зазначити, що в більшості пацієнтів при ступені атрофії А і В зуби були видалені з приводу ускладненого карієсу. У цих пацієнтів були добрі умови для фіксації повного знімного протеза на нижній щелепі.

Майже половина обстежених осіб, яким планували імплантацію, мали ступінь атрофії С - 18 пацієнтів (45 %) за класифікацією U. Lekholm і G. Zarb (наростаюча атрофія альвеолярної частини нижньої щелепи).

Початкову атрофію тіла щелепи (D) мали 8 (20 %) пацієнтів. Частіше атрофія мала нерівномірний характер. З них 6 пацієнтів користувалися знімним протезом понад 10 років. Усі пацієнти, які мали цей ступінь атрофії, скаржилися на недостатню фіксацію знімного протеза.

Крім визначення ступеня атрофії, у 40 обстежених пацієнтів оцінювали якість кістки за класифікацією U. Lekholm і G. Zarb. При цьому оцінювали кортикальну й губчасту речовину щелеп.

Кісткову тканину оцінювали за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії, а також у процесі препарування кісткового ложа під імплантат.

Клас I, при якому щелепа складається майже винятково з гомогенної компактною речовини кістки, мали тільки 5 (12,5 %) пацієнтів. Найсприятливіший II клас (товстий шар компактною речовини кістки оточує товстий шар губчастою речовини з добре вираженою трабекулярною будовою) виявлено в 16 (40 %) пацієнтів із повною адентією. Клас III виявлено в 17 (42,5 %) пацієнтів, а IV клас – у 2 (5 %).

Отже, клініко-рентгенологічне обстеження пацієнтів із повною відсутністю зубів на нижній щелепі виявило виражені зміни стану тканин протезного ложа, що значно ускладнює лікування. Більшості хворих показано встановлення імплантатів для поліпшення фіксації знімних ортопедичних конструкцій.

*Добровольський О.В., Добровольська О.В., Дворник В.М.*

## **ВИКОРИСТАННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ У КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Упровадження дентальної імплантації в клініці ортопедичної стоматології відкриває перспективи успішного лікування пацієнтів із різними дефектами зубних рядів.

Ортопедичне лікування з використанням дентальних імплантатів відрізняється від традиційного протезування, оскільки тип протеза визначається тільки особливостями порожнини рота пацієнта.

Використання дентальних імплантатів як опору протезних конструкцій розширює показання до виготовлення різноманітних варіантів протезів і підвищує якість протезування.

Використання сучасних імплантологічних технологій дозволяє отримувати успішні результати лікування. Ортопедичне лікування з використанням імплантатів потребує нових підходів до принципів планування протезних конструкцій з опорою на імплантати. До початку лікування лікар має точно оцінити кожен наступний етап.

Важливий момент планування дентальної імплантації – це індивідуальний підхід. Такий підхід до комплексного хірургічного й ортопедичного лікування адентії передбачає використання різних типів імплантатів на підставі попереднього аналізу анатомо-топографічних особливостей зубощелепної системи пацієнта.

Планування лікування має такі завдання:

- визначення оптимального варіанта протезування;
- визначення типу, розмірів і кількості імплантатів, які дозволять виконати раціональне протезування;
- розробка тактики ведення хірургічного й ортопедичного етапів лікування.

Дотримання принципів і вирішення завдань планування імплантації можуть здійснюватися тільки після аналізу анатомо-топографічних і функціональних особливостей зубощелепної системи, заснованого на результатах клініко-рентгенологічного обстеження. Вибір імплантата тієї чи іншої конструкції залежить від умов у порожнині рота, визначається його майбутньою функцією як опори зубних протезів. Лікар-ортопед і лікар-хірург вибирають імплантат або імплантати, їхні діаметр, довжину і складають план хірургічного й ортопедичного лікування.

Алгоритм планування дентальної імплантації при частковій і повній відсутності зубів розроблено на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією ПДМУ і представлено у вигляді схеми. За цією схемою вибір методу лікування мусить мати анатомо- топографічне обґрунтування (ступінь і характер атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи; форма альвеолярного гребеня; якість кістки); фізіологічне обґрунтування (терміни після видалення зубів; податливість слизової оболонки; стан зубів- антагоністів); біологічне (індивідуальні особливості організму, вік, соматичний і психологічний статуси) і соціально-економічне обґрунтування. Залежно від кількості й положення імплантатів визначається тип протеза – знімний або незнімний.

Наш клінічний досвід використання внутрішньокісткових імплантатів дає можливість установити залежність результатів ортопедичного лікування зубних рядів від функціонального стану й реактивних властивостей м'яких тканин у зоні введення імплантатів, функціонального стану жувальних м'язів, оклюзійного навантаження.

Підсумки проведених нами багаторічних наукових досліджень і клінічний досвід підтверджують доцільність використання комплексних підходів у дентальній імплантології.