

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 опор 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.