

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЗНІМНИХ ТА НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ПРИ ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ УСКЛАДНЕНИХ СТАНОМ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Ступницький І-О. Р.

доктор філософії,

доцент кафедри хірургічної, ортопедичної та ортодонтії

ПВНЗ "Київський міжнародний університет"

м. Київ, Україна

Ступницький Р. М.

доктор медичних наук, професор,

професор кафедри хірургічної, ортопедичної та ортодонтії

ПВНЗ "Київський міжнародний університет"

м. Київ, Україна

Актуальність дослідження. За даними всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Україна займає дуже низьке місце за станом стоматологічного здоров'я населення в Європі [1, с. 41; 2, с. 23]. Дефекти зубних рядів є однією із найпоширеніших патологій в медичній практиці, а в стоматології після каріозної хвороби [3, с. 83; 4, с. 12; 5, с. 106]. За даними вітчизняних науковців поширеність дефектів зубних рядів у підлітків 13-15 років становить 12,7%, у віці 15-18 років досягає позначки у 40% [6, с. 56; 8, с. 36; 9, с. 10]. Такі пацієнти потребують естетичного та функціонального відновлення зубощелепного комплексу, і, практично завжди, мультидисциплінарного підходу до вирішення цієї проблеми [7, с. 120; 11, с. 384].

Мета дослідження. Дослідження ефективності функціонування зубних протезів шляхом відновлення протезного ложа з використанням кісткових замінників після видалення зубів.

Матеріали та методи. Під час проведення дослідження використано комплекс клінічних стоматологічних обстежень пацієнтів. На основі даних анамнезу та об'єктивного обстеження встановлювали діагноз, що складався з етіологічної, анатомічної та функціональної частин. Оцінка рухливості зубів проводилася за допомогою періотестометрії з використанням приладу «Periotest-M».

Результати та обговорення. Для отримання об'єктивних даних, нами були обрані наступні терміни спостереження: до лікування, 3, 10- доба

та 3, 6 місяців після проведеного лікування. Важливе клінічне значення має стан рухомості зубів після проведеної хірургічної підготовки, адже саме цей клінічний показник характеризує процеси відновлення в тканинах пародонта. У пацієнтів найнижчу рухомість виявлено у молярах нижньої щелепи, а найвищу у різців нижньої щелепи контрольної групи.

Після оперативного втручання на 10 день відмічали дещо підвищену рухомість зубів у групах спостереження (табл. 1).

Таблиця 1

Стан рухомості зубів у пацієнтів з дефектами зубних рядів ($M \pm m$) до лікування та на 10 день після операції

Групи		Рухомість зубів (бали)
I	До лікування	+22,56±0,33
	10-ий день	+17,12±0,26 ^a
II	До лікування	+22,26±0,19
	10-ий день	+17,13±0,19 ^b

Примітки: а – статистично вірогідна різниця у порівнянні з I групою ($p < 0,05$), б – статистично вірогідна різниця у порівнянні з II групою ($p < 0,05$).

Клінічні спостереження, які проведені через 3 місяці встановили погіршення показників рухомості у всіх. В групі II встановлені достовірно нижчі показники рухомості зубів порівняно з I групою. Станом на 3 місяць показники рухомості зубів пацієнтів II групи знизились на (50,84)%, а показники I групи – на (41,28)% від вихідного рівня ($p < 0,05$). Зниження рухомості зубів у пацієнтів I групи було достовірно нижчим і сягало (35,31)%. Отже достовірно найнижчі показники рухомості (+11,09±0,23) бала, були отримані в II групі ($p < 0,05$), що свідчило про позитивний вплив запропонованої методики хірургічної підготовки коміркової частини з використанням дентального аутотрансплантату власного виробництва та її високу ефективність (табл. 2).

Таблиця 2

Стан рухомості зубів у пацієнтів з дефектами зубних рядів ($M \pm m$) до лікування та на 3 місяць після операції

Групи		Рухомість зубів (бали)
I	До лікування	+22,56±0,33
	3 місяць	+13,07±0,36 ^a
II	До лікування	+22,26±0,19
	3 місяць	+11,09±0,23

Примітки: а – статистично вірогідна різниця у порівнянні з I групою ($p < 0,05$), б – статистично вірогідна різниця у порівнянні з II групою ($p < 0,05$).

Через 6 місяців спостереження встановлено показники пацієнтів групи II: моляри нижньої щелепи ($+5,38 \pm 0,36$) бала і пацієнтів групи I: моляри нижньої щелепи ($+10,09 \pm 0,27$) бала, що мали достовірні результати ($p < 0,05$). Найефективніше знизити рухливість зубів порівняно з її показниками до лікування в I групі на (43,53)%, а в II групі на (57,89)% відповідно. Статистично достовірно найнижчий порівняно з іншою групою сумарний показник рухомості станом на 6 місяць було виявлено у пацієнтів II групи ($+9,50 \pm 0,23$) бала ($p < 0,05$), що доводить високу ефективність запропонованого способу лікування.

Вивчення клінічних показників змін вертикальних розмірів після оперативних втручань показало, що в II групі, де вертикальні розміри зросли в середньому на ($10,35 \pm 0,05$) %, є достовірно ($p < 0,05$) менше даних I групи. Отже, найменший набряк м'яких тканин спостерігався у II групі, де з метою остеопластики використовували дентальний аутоотрансплантат, що доводить високі протизапальні властивості запропонованої методики.

При необхідності проведення дентальної імплантації у пацієнтів з дефектами коміркової частини та для покращення стабільності опорних зубів при використанні мостоподібних і часткових знімних протезів, доцільно проводити хірургічну підготовку з використанням кістково-пластичних матеріалів для направленого остеосинтезу у ділянці встановлення імплантатів, що в 1,5–2 рази скоротить тривалість лікування без зниження його якості. У пацієнтів з вищевказаними дефектами рекомендуємо застосування розробленої нами методики направленої кісткової регенерації з використанням дентального аутоотрансплантату власного виробництва.

Отримані результати порівняльного дослідження стану оптичної щільності кісткової тканини коміркової частини щелеп у пацієнтів на різних етапах кісткотканинної реконструкції об'єктивно засвідчили наявність поступового зростання щільності кісткової тканини в ділянках використання остеопластичних матеріалів. Дослідження підтверджують, що на момент завершення кісткової реконструкції та початку ортопедичного лікування (за допомогою дентальних імплантатів та мостоподібних і знімних зубних протезів) значення питомої щільності кісткової тканини досягає високих значень, що зумовлює остеointegraцію імплантатів та нормалізує ремоделювання кісткової тканини, що сприяє сповільненню процесів атрофії та продовженню терміну функціонування незмінних мостоподібних та знімних протезів.

Висновки. Отримані нами результати клінічних спостережень і вивчення сукупності показників ефективності функціонування як знімних протезів так і незнімних ортопедичних конструкцій доводять високу ефективність лікування пацієнтів з дефектами коміркової частини на

основі розробленого методу хірургічної підготовки протезного ложа з використанням аутоотрансплантату.

Література:

1. Крупник А-СА, Крупник НМ. Частота та причини втрати постійних зубів у підлітків. *Актуальні проблеми стоматології* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. Львів. 2015;14:41-3.
2. Крупник СА. Частота малих включених дефектів зубних рядів у дітей та підлітків м. Львова. *Галицький лікарський вісник*. 2017;24 (1):23-6.
3. Лабунець ОВ, Деньга ВА, Лабунець ВА. Распространенность, интенсивность, структура и динамика развития малых включенных дефектов зубных рядов у лиц молодого возраста г. Ивано-Франковска и Тернополя по данным обращаемости. *Архів клінічної медицини*. 2014;1(20):83-6.
4. Левандовський РА. Ортопедична реабілітація хворих на складну щелепно-лицеву патологію із застосуванням дентальних імплантатів [автореферат]. Київ, 2015. 40 с.
5. Макєєв ВФ, Мартінек ГБ. Частота дефектів зубів і зубних рядів у підлітків 13–17 років залежно від віку. *Український стоматологічний альманах*. 2012;4:106-10.
6. Мартінек ГБ, Крупник А-СА, Мартінек ВГ. Втрата перших молярів у підлітків 13-17 років як “ключча оклюзія”. *Український стоматологічний альманах*. 2015;1:56–61.
7. Ступницький ІР. Передпротезна реконструкція дефектів коміркового відростку, як запорука вдалого ортопедичного лікування. *Інноваційні технології в сучасній стоматології* : матеріали науково-практичної конференції. Івано-Франківськ, 2020 Берез 11–13. С. 120-3.
8. Ярмошук ІР, Рожко ММ, Пелехан ЛП. Оцінка ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит з остеопенією. *Український стоматологічний альманах*. 2016;4:36-9.
9. Brocklehurst P, Macey R. Skill-mix in preventive dental practice – will it help address need in the future. *BMC Oral Health*. 2015;15:10-7.
10. Bullon P, Newman N, Battino M. Obesity, diabetes mellitus, atherosclerosis and chronic periodontitis: a shared pathology via oxidative stress and mitochondrial dysfunction. *Periodontol*. 2014;64(1):139-53.
11. Wermker K, Jung S, Joos U, Kleinheinz J. Dental implants in cleft lip, alveolus, and palate patiens: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2014;29(2):384-90.