

АНОТАЦІЯ

Олійник М.Ю. Оцінка віддалених результатів ортопедичного лікування дефектів та деформацій зубних рядів і прикусу у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 221 – Стоматологія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2022.

Задоволеність якістю життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння (ВНВГП) залежить від багатьох компонентів, які включають якість проведених операційних втручань на верхній губі і піднебінні, результати ортодонтичного лікування, зовнішні естетичні наслідки на обличчі тощо.

Одним із можливих варіантів покращення якості життя таким хворим і їх соціальну адаптацію є ортопедична реабілітація зі застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій зубних протезів, які відтворюють, як функціональні так і, частково, естетичні можливості.

Метою дослідження стало підвищення ефективності ортопедичного лікування дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань шляхом опрацювання різноманітних варіантів тимчасових і постійних ортопедичних конструкцій для забезпечення функціональної і естетичної їх реабілітації та визначення якості їх життя.

Для реалізації мети поставлено до вирішення п'ять завдань. Для реалізації завдань клінічно та додатковими методами загалом обстежено 56 хворих у віці від 16 до 48 років з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після завершення всіх операційних втручань. Із них завершено лікування дефектів і деформацій зубощелепної системи методами ортопедичної реабілітації 37 хворих у віці від 17 до 42 років, з них з одnobічними незрощеннями 22 хворих і з двобічними у 15 хворих.

Методи дослідження включали: стоматологічні клінічні – для визначення скарг, анамнезу і стану зубощелепної системи у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань; фотодокументування – для створення комп'ютерної бази даних обстеження хворих з наступним їх опрацюванням; рентгенологічні – для візуалізації зубощелепного комплексу хворих; оклюзіографічні – для визначення кількості контактів до і після ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння; профілометричні – для визначення естетичності профілю лица до і після ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння; анкетування – для визначення якості життя до і після ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням валідизованих опитувальників; статистичний – для визначення статистичної достовірності отриманих результатів.

Аналіз аномалій і деформацій зубощелепної системи у оперованих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння засвідчив про значні зміни у структурі верхнього зубного ряду, які відбуваються у сагітальній площині, а саме:

- Сагітальний недорозвиток верхньої щелепи в оперованих осіб як з однобічними, так і з двобічними незрощеннями піднебіння, найбільш виражений у передньому відділі верхньої щелепи.
- Виявлене співвідношення сагітальних розмірів верхньої і нижньої щелеп у хворих з незрощеннями піднебіння є підставою для розвитку прогенічного співвідношення щелеп, яке класифікується як «несправжня прогенія» – зменшення розмірів верхньої щелепи при нормальних розмірах нижньої щелепи.
- Виражені сагітальні аномалії у пацієнтів з незрощеннями супроводжуються супутніми аномаліями положення окремих зубів та аномаліями зубних рядів, серед яких найбільш поширеними є звуження зубного ряду верхньої щелепи та його асиметрія при однобічних незрощеннях.

- Відставання у розвитку малого фрагменту незрощеної верхньої щелепи за сагіталлю;
- Розташування бічних зубів малого фрагменту незрощеної верхньої щелепи у супраоклюзії;
- Наявність дефектів зубних рядів та альвеолярного відростка у місці незрощення, а також дефектів зубних рядів унаслідок втрати зубів.

Спираючись на попередні дослідження нами розпрацьовані алгоритми прийняття лікарських рішень щодо вибору відповідної ортопедичної конструкції реабілітаційного протеза.

В основу опрацьованої типізації зубощелепних деформацій покладений принцип їх розподілу за важкістю та вираженістю спотвореної вродженими вадами верхньої щелепи, за сагіталлю, трансверзаллю та вертикаллю.

Тип перший включає пацієнтів, у яких виявлені деформації не є різко вираженими, але у таких хворих може бути відсутній або наявний дефект зубного ряду та альвеолярного відростка у місці незрощення. У першому випадку ортопедична корекція може бути здійснена контурним відновлення та формуванням фронтальної та/або бічної ділянок зубного ряду верхньої щелепи композитними накладками.

За наявності дефекту зубного ряду естетично-функціональна реабілітація можлива незнімними протезами за необхідності зі штучними яснами.

Тип другий стосується пацієнтів у яких деформації зубощелепної системи є більше виражені і за всіма параметрами розмірів зубного ряду верхньої щелепи зменшеними на 2-4 мм за нормативні показники. Надання ортопедичної допомоги таким хворим можливе з застосуванням незнімних конструкцій з контурним естетичним моделюванням штучних зубів та штучних ясен.

Слід зазначити, що пацієнти з таким типом деформацій без дефектів зубного ряду і альвеолярного відростка зустрічаються вкрай рідко.

Тип третій стосується пацієнтів зі значними деформаціями зубощелепного комплексу, у яких за різними параметрами, нормативні показники зубного ряду верхньої щелепи, є меншими за 4 мм і більше. У таких

пацієнтів виявляються значні дефекти зубних рядів і альвеолярного відростка, в тому числі відсутність міжщелепної кістки.

Ортопедична допомога таким хворим базується на виготовленні знімних покривних протезів з подвійним зубним рядом, контурним відновленням альвеолярного відростка з застосуванням різних систем фіксації протезів (замкові, балкові, телескопічні коронки, тощо).

У всіх випадках кінцевої ортопедичної реабілітації пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння важливим етапом є попереднє тимчасове протезування. Адже від використання попередньої тимчасової конструкції у великій мірі залежить виготовлення майбутнього зубощелепного протеза, які, залежно від запропонованої типізації дефектів і деформації можуть бути як незнімними, так і знімними.

У процесі ортопедичної реабілітації дорослих хворих із ВНВГП після операційних втручань та ортодонтичного лікування застосовані як незнімні так і знімні (комбіновані) постійні конструкції.

Результати визначення оклюзійних контактів хворих із ВНВГП до і після ортопедичного лікування здійснено як залежно від конструкції протезів так і залежно від виду незрощень.

Визначено, що якщо кількість оклюзійних контактів при протезуванні незнімними конструкціями протезів до лікування складають всього $6,07 \pm 0,43$ контактів зубів, то після лікування сягнула $13,11 \pm 0,15$ контактів зубів ($p < 0,001$). Аналогічно збільшилась загальна кількість контактів з $9,92 \pm 0,65$ до лікування до $24,59 \pm 0,59$ ($p < 0,001$).

При застосуванні знімних (комбінованих) конструкцій зубних протезів визначено, що якщо до лікування кількість контактуючих зубів склала всього $5,2 \pm 0,58$, то після лікування вона досягла $14,7 \pm 0,38$ зубів ($p < 0,001$), а загальна кількість контактів у кількості $8,4 \pm 0,67$ до лікування збільшилася до $26,6 \pm 1,04$ ($p < 0,001$).

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що у наслідок ортопедичного протезування дефектів і деформацій

зубних рядів і прикусу у хворих з ВНВГП положення верхньої губи у сагітальній площині покращилося в середньому на 23,78%.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положення верхньої губи у вертикальній площині, виявлено, що внаслідок ортопедичної реабілітації у хворих з ВНВГП положення верхньої губи у вертикальній площині покращилося у середньому на 15,55%.

Також здійснений аналіз означених показників профілю обличчя хворих залежно від того, якими конструкціями протезовані хворі незалежно від виду незрощення.

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок ортопедичного протезування у хворих з ВНВГП незнімними конструкціями положення верхньої губи у сагітальній площині покращилося в середньому на $23,6\% \pm 14,54\%$, тоді як при протезуванні знімними (комбінованими) протезами цей показник становив $24,28\% \pm 10,96\%$, що підтверджує однотипність позитивних змін цього показника незалежно від виду конструкції.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положенням верхньої губи у вертикальній площині виявлено, що внаслідок ортопедичної реабілітації у хворих із незнімними конструкціями положення верхньої губи у вертикальній площині покращилося у середньому на $14,85\% \pm 10\%$, тоді як у хворих із знімними (комбінованими) цей показник становив $17,44\% \pm 15\%$.

Отже, аналіз показників профілю нижньої частини лица засвідчив, що у результаті ортопедичної реабілітації хворих з ВНВГП незалежно від типу незрощення як при незнімному так і при комбінованому варіанті протезування профіль значно покращився, що вплинуло на естетичні параметри обличчя.

Нами здійснено аналіз задоволення якості життя дорослих хворих з ВНВГП після завершення операційних втручань та після їх ортопедичного лікування залежно від того, які конструкції протезів їм було виготовлено: незнімні або знімні (комбіновані).

Із 37 опитаних хворих 27 із них виготовлені незнімні конструкції, а 10 знімні конструкції, які комбінували в собі і незнімну частину, забезпечуючи фіксацію знімного протеза.

Підсумовуючий результат опитування за анкетною склав $70,428 \pm 1,0148$ до лікування, проти $6,857 \pm 0,906$ після лікування ($p < 0,001$), що свідчить про значне покращення якості життя дорослих пацієнтів з ВНВГП після операційних втручань незнімними конструкціями зубних рядів з їх об'ємним моделюванням.

Підсумовуючий результат опитування за анкетною склав $24,714 \pm 0,682$ до лікування, проти $3,357 \pm 0,464$ після лікування ($p < 0,001$), що свідчить про значне покращення якості життя дорослих пацієнтів з ВНВГП після операційних втручань знімними (комбінованими) конструкціями зубних рядів з їх об'ємним моделюванням, і засвідчує високу можливість ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій.

Ключові слова: вроджені незрошення верхньої губи і піднебіння, зубощелепні деформації, ортопедична реабілітація дорослих хворих, оклюзійні контакти, якість життя.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичного завдання – підвищення ефективності ортопедичного лікування дорослих хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань шляхом опрацювання різноманітних варіантів тимчасових і постійних ортопедичних конструкцій для забезпечення функціональної і естетичної їх реабілітації та забезпечення якості їх життя.

1. Визначено що сагітальний недорозвиток верхньої щелепи у дорослих хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння після завершення операційних втручань як з однобічними так із двобічними незрошеннями найбільш виражений у передньому відділі верхньої щелепи, де, недорозвиток верхньої щелепи у порівнянні з нормальними показниками сягає, у середньому, для однобічних незрощень $2,17 \pm 0,20$ мм., для двобічних $5,24 \pm 1,90$ мм. ($p < 0,05$) при нормативних показниках щодо зубного ряду нижньої щелепи, що трактується як «несправжня прогенія». Виражені сагітальні аномалії верхнього зубного ряду супроводжуються аномаліями, серед яких найбільш поширеними є звуження зубного ряду верхньої щелепи та його асиметрія при однобічних незрошеннях.

Визначені особливості співвідношення зубних рядів між верхньою і нижньою щелепами надали підставу визначити три варіанти типізації деформацій верхньої щелепи у її співвідношенні з нижньою щелепою, що забезпечує оптимальний вибір майбутньої ортопедичної конструкції.

2. Визначена доцільність та перспективність застосування попередніх тимчасових протезів у дорослих хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння, які дозволяють передбачити естетичний та оклюзійний вигляд майбутньої постійної конструкції, обрати оптимальний варіант різцевого перекриття, врахувати можливості об'ємного моделювання базису для досягнення максимального естетичного ефекту, особливо у сагітальній та

трансверзальній площинах, враховуючи западання верхньої губи та невідповідність розмірів верхньої та нижньої щелеп.

3. Залежно від запропонованих нами варіантів типізації деформацій верхньої щелепи у її співвідношенні до нижньої щелепи, загальної клінічної ситуації у порожнині рота (кількість та стан зубів, дефекти альвеолярного відростка тощо) та попереднього тимчасового протезування методом вибору є або незнімна конструкція з об'ємним моделюванням дефектів альвеолярного відростка рожевою керамічною масою, або комбінована: незнімна (фіксувальна) і знімна, яка виповнює дефект альвеолярного відростка і забезпечує об'ємне моделювання верхньої губи.

4. Результати визначення кількості оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після ортопедичної реабілітації засвідчили, що якщо їх кількість при протезуванні незнімними конструкціями до лікування склала всього $6,07 \pm 0,43$ контактуючих зубів, то після лікування сягнула $13,11 \pm 0,15$ контактів зубів ($p < 0,001$). Аналогічно збільшилась загальна кількість контактів з $9,92 \pm 0,65$ до лікування до $24,59 \pm 0,59$ ($p < 0,001$).

При застосуванні знімних (комбінованих) конструкцій зубних протезів визначено, що якщо до лікування кількість контактуючих зубів склала всього $5,2 \pm 0,58$, то після лікування вона досягла $14,7 \pm 0,38$ зубів ($p < 0,001$), а загальна кількість контактів у кількості $8,4 \pm 0,67$ до лікування збільшилася до $26,6 \pm 1,04$ ($p < 0,001$).

5. Встановлено, що у результаті визначення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок ортопедичного протезування у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння незнімними конструкціями положення верхньої губи у сагітальній площині покращилося, в середньому, на $23,6\% \pm 14,54\%$, тоді як при протезуванні знімними протезами цей показник становив $24,28\% \pm 10,96\%$, що підтверджує однотипність позитивних змін цього показника незалежно від виду конструкції.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положення верхньої губи у вертикальній площині виявлено, що внаслідок

ортопедичної реабілітації у хворих із незнімними конструкціями положення верхньої губи у вертикальній площині покращилося, у середньому, на $14,85\% \pm 10\%$, тоді як у хворих із знімними (комбінованими) конструкціями цей показник становив $17,44\% \pm 15\%$.

Отже, аналіз показників профілю нижньої частини лица засвідчив, що у результаті ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння незалежно від типу незрошення як при незнімному так і при комбінованому варіанті протезування значно покращився, що вплинуло на естетичні параметри обличчя.

6. Визначено, що за результатами опитування за анкетною рівень якості життя хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння після ортопедичної реабілітації незнімними конструкціями зубних рядів з їх об'ємним моделюванням склав $6,857 \pm 0,906$ проти $70,428 \pm 1,0148$ до лікування ($p < 0,001$), а комбінованими конструкціями $24,714 \pm 0,682$ до лікування проти $3,357 \pm 0,464$ після їх ортопедичної реабілітації, що засвідчують високу можливість ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій.