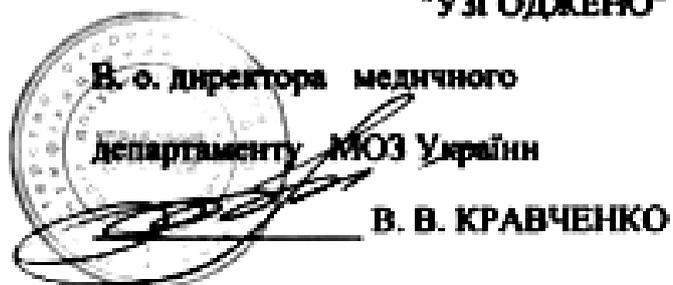


**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ  
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**



*№ 4* в збірці 2015 року

**ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДІВ ОРТОДОНТИЧНОЇ  
РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНТІЄЮ ВЕРХНІХ  
ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ**

**(методичні рекомендації)**

**(173.15/423.15)**

**Київ – 2016**

**Установа-розробник:**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
МОЗ України

**Укладачі:**

д.мед.н., професор <b>ДРОГОМИРЕЦЬКА М. С.</b>	(044)482-08-40
д.мед.н., професор <b>ДОРОШЕНКО О. М.</b>	(044)482-08-40
д.мед.н., професор <b>ВОЛОСОВЕЦЬ Т. М.</b>	(044)482-08-52
к.мед.н., асистент <b>ЯКИМЕЦЬ А. В.</b>	(044)482-08-52
к.мед.н., асистент <b>ДОРОШЕНКО М. В.</b>	(044)482-08-52

**Рецензент:**

**Л. В. Смаглюк** – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри ортодонції ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**А. В. Борисенко** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ .....	4
ВСТУП .....	5
ОСНОВНА ЧАСТИНА	
1. Розповсюдженість, сучасні методи діагностики та лікування вродженої відсутності латеральних різців верхньої щелепи .....	7
2. Ортодонтичне лікування пацієнтів із вродженою адентією латеральних різців верхньої щелепи .....	10
ВИСНОВКИ .....	16
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА .....	17

## ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

- АБ – апікальний базис
- ЗД – зубна дуга
- ЗР – зубний ряд
- ЗЩД – зубо-щелепна деформація
- ЗЩС – зубо-щелепна система
- ТРГ – телерентгенограма
- ФД – фронтальна ділянка

## ВСТУП

При плануванні лікування пацієнтів із вродженою відсутністю (адентією) верхніх латеральних різців виникає низка важливих моментів, які мають бути з'ясовані для подальшого ефективного та адекватного за інвазивністю лікування. Зокрема, необхідно визначитись із наявним обсягом простору в зубному ряді, віком пацієнта, типом співвідношення щелеп та аномалією оклюзії, станом зубів, які обмежують дефект зубного ряду. Більше того, цей перелік не є остаточним, оскільки при плануванні лікування із залученням ортопедичних та хірургічних методів виникає необхідність у проведенні додаткових досліджень.

Для вирішення проблеми адентії верхніх латеральних різців існує дві принципові можливості: це заміщення їх за допомогою ортодонтичного переміщення іклів, та, навпаки, розкриття проміжку для подальшого ортопедичного заміщення. Воно, в свою чергу, може здійснюватись з опорою на прилеглі зуби, та з опорою на дентальний імплантат.

Існують специфічні критерії, які необхідно враховувати при виборі адекватної окремому клінічному випадку послідовності лікування. Насамперед, метод вибору має бути настільки малоінвазивним, наскільки це можливо, при цьому задовольняти естетичні та функціональні потреби у лікуванні. При виборі методу лікування ортодонт грає вирішальну роль, оскільки саме він визначає можливість використання простору у зубній дузі та встановлення наявних зубів у положенні, оптимальному для реставрації. Наприклад, при заміщенні бокових різців іклами можна отримати прекрасні естетичні та функціональні результати. Проте, якщо цей метод буде використаний у ситуації, де для цього не було показань, результат лікування може бути незадовільним. Узагальнюючи, можна стверджувати, що міждисциплінарний підхід є найбільш прогнозованим шляхом отримання оптимального естетичного результату.

Проте не завжди план лікування адентії латеральних різців верхньої щелепи є очевидним. Причиною цього є різноманіття клінічної картини, яка формується не лише положенням прилеглих зубів та типом оклюзійних співвідношень, але і формою, кольором прилеглих зубів, станом кісткової тканини та обсягом кісткової пропозиції в зоні адентії, відповідністю розмірів базисів щелеп та ін.

Впровадження запропонованого діагностично-лікувального алгоритму ортодонтичного лікування вродженої адентії латеральних різців із використанням незнімної ортодонтичної апаратури дозволить вибрати оптимальну методику заміщення дефекту зубного ряду в зоні відсутніх зубів, скоротити терміни ортодонтичного лікування, забезпечити прогнозованість і стабільність найближчих та віддалених результатів

лікування, і, таким чином, забезпечити оптимальні умови для подальшої стоматологічної реабілітації пацієнтів.

Методичні рекомендації розраховані на лікарів: стоматологів-ортодонтів, стоматологів-ортопедів і стоматологів-терапевтів.

В Україні методичні рекомендації видаються вперше.

# 1. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ ВІДСУТНОСТІ ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Вроджена відсутність латеральних різців є доволі частою патологією, яка посідає постійне місце в структурі зубо-щелепних аномалій.

Діагностика вродженої відсутності латеральних різців може здатися нескладним завданням, проте ця проблема має багато складових та її рішення не є очевидним.

Визначення власне факту відсутності зачатків верхніх латеральних різців не є проблемою. Зазвичай цей факт з'ясовується стоматологом загальної практики чи дитячим стоматологом у віці, коли має відбуватися прорізування цих зубів, тобто в 7–8 років. Найчастіше батьки звертаються до стоматолога із скаргами на відсутність прорізування постійних верхніх латеральних різців із збереженням молочних чи з їхньою втратою.

Треба зазначити, що пацієнти із агенезією латеральних різців не завжди звертаються до ортодонта в цьому віці. Часто ця проблема лишається непоміченою та /або невирішеною до підліткового чи навіть дорослого віку. В таких випадках пацієнти звертаються до ортодонта із скаргами на відсутність постійних латеральних різців в зубній дузі. Крім того, зазвичай мають місце і певні супутні зміни оклюзії, які теж турбують пацієнтів із естетичної точки зору. Зокрема, це стосується положення центральних різців та іклів.

При зборі анамнестичних даних звертають увагу на скарги пацієнтів, стан здоров'я матері в період вагітності, характер вигодовування в період новонародженості, порядок прорізування та заміни зубів. Звертали увагу на наявність шкідливих звичок, таких як «лінощі жування», а також перенесених інфекційних хвороб та ендокринних порушень.

Комплексне обстеження пацієнтів ми рекомендуємо проводити згідно «Медичної карти ортодонтчного пацієнта», затвердженої МОЗ України № 57010 від 16.10.2014 р.

При об'єктивному обстеженні необхідно вивчити тип та пропорційність частин обличчя, профіль пацієнта, вираженість підборіддя та носогубних складок, положення язика, тип дихання, жування та ковтання, форму, положення окремих зубів, а також наявність для них місця у зубному ряді, форму зубних дуг на обох щелепах, характер перекриття зубів у фронтальній ділянці, величину сагітального та вертикального перекриття. У бічних ділянках звертають увагу на співвідношення між зубами та зубними рядами в трьох взаємно перпендикулярних площинах: сагітальній, трансверзальній та вертикальній, а також визначають рівень ясеневого краю іклів стосовно

центральної різців, колір центрального різця та ікла за шкалою « VITA », оцінюють ширину коронки іклів та центральної різців на рівні емалево-цементного з'єднання та визначають рівень ясеневого краю іклів відносно центральної різців, що є важливим для визначення профілю співвідношення м'яких тканин із коронковою частиною зуба.

Антропометричні методи дослідження передбачають визначення ширини зубної дуги за методом A. Pont, довжину переднього відрізка зубної дуги за методом G. Korkhaus на діагностичних моделях.

Відношення величини апікального базису до довжини зубної дуги верхньої та нижньої щелепи з метою визначення подальшої методики лікування (відкриття або закриття зони дефекту) проводять методикою аналізу апікального базису за Rees.

Рентгенологічне дослідження пацієнтів проводять із метою планування ортодонтичного лікування, прогнозування і контролю його результатів. При дослідженні ОПТГ оцінюють такі показники: комплектність зачатків постійних зубів, ступінь резорбції коренів тимчасових зубів, наявність зачатків третіх молярів, стан формування коренів іклів та наявність нахилу коренів зубів, що прорізувалися, наявність ретендованих зубів.

Оцінюють симетричність правої і лівої половини лицьового відділу черепа: характер співвідношення середніх ліній між верхніми і нижніми центральними різцями, наявність нахилу коренів зубів, що прорізувалися та тип росту щелеп, та в кінці лікування – чи відбулося корпусне переміщення бічної групи зубів.

Також необхідно враховували наступні параметри: кут нахилу центральної різців та іклів до серединної лінії з метою визначення можливості проведення корпусного переміщення ділянки бічних зубів; ширину ділянки адентії в зоні альвеолярного гребеня (емалево-цементної границі центрального різця та ікла) з метою визначення подальшої методики ортопедичного втручання (імплантація чи незнімне протезування) та ширину ділянки адентії між коренями центрального різця та ікла на рівні верхівки центрального різця для визначення подальшої методики ортопедичної реабілітації пацієнтів.

Необхідно також провести аналіз телерентгенограм голови у бічній проекції, що передбачає оцінку лицьового скелета, зубів і м'яких тканин обличчя (визначення кутів SNA, SNB, ANB, кута основ NSL/Go-Gn, та кутів нахилу верхніх та нижніх різців, норми профілю).

З метою уточнення кісткової пропозиції в зоні адентії та планування подальшого ортопедичного лікування (встановлення імплантату або виготовлення іншої ортопедичної конструкції) у пацієнтів, яким проводять розкриття проміжку зони дефекту, треба отримати комп'ютерні томограми верхньої щелепи із позиціонування імплантату.

Для лікування адентії латеральних різців існує дві принципові можливості: це заміщення їх за допомогою ортодонтичного переміщення ікол, та, навпаки, розкриття проміжку для подальшого ортопедичного заміщення дефекту ЗР. Воно, в свою чергу, може здійснюватись з опорою на прилеглі зуби, та з опорою на дентальний імплантат.

При виборі методу лікування ортодонт грає вирішальну роль, оскільки саме він визначає можливість використання простору у зубній дузі та встановлення наявних зубів у положенні, оптимальному для реставрації.

Існують такі принципові можливості лікування адентії верхніх латеральних різців в залежності від вихідних умов:

- заміщення відсутніх латеральних різців іклами;
- заміщення дефекту зубного ряду шляхом виготовлення ортопедичної конструкції з опорою на зуби, що межують із дефектом;
- заміщення дефекту зубного ряду шляхом виготовлення ортопедичної конструкції із опорою на дентальний імплантат, встановлений в ділянку відсутнього латерального різця;
- виготовлення адгезивного мостовидного протезу;
- виготовлення незнімної консольної конструкції в області дефекту зубного ряду;
- тимчасове заміщення відсутнього латерального різця частковим знімним ретейнером із штучним зубом та подальшим плануванням дентальної імплантації

Заміщення відсутніх латеральних різців передбачає декілька можливостей у створенні плану лікування. Проте, незважаючи на те, який саме варіант відновлення цілісності зубного ряду буде використано, важливим є використання міждисциплінарного підходу, який в таких клінічних випадках дає найбільш прогнозований клінічний результат. Один з найважливіших факторів, що враховуються при створенні плану лікування, є збереження цілісності прилеглих зубів.

## 2. ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВРОДЖЕНОЮ АДЕНТІЄЮ ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Нами проведене обстеження та ортодонтичне лікування 97 осіб віком від 12 до 16 років із вродженою адентією латеральних різців без вираженої патології тканин пародонта та важкої загально – соматичної патології. Для оцінки ступеня вираженості змін та ефективності проведеного лікування показники порівнювали з параметрами, отриманими у 15 осіб контрольної групи аналогічного віку з інтактними ЗР та ортогнатичним прикусом.

В залежності від класу аномалій оклюзії за Енглем всі пацієнти були розділені на 3 групи дослідження.

Пацієнтам 1-ої групи (I клас за Енглем) проводили лікування як методом відкриття зони адентії, так і методом її закриття.

Пацієнтам 2-ої групи (II клас за Енглем) лікування через визначену невідповідність розмірів апікальних базисів щелеп проводили виключно методом закриття зони дефекту. Особам 3-ої групи (III клас за Енглем) проводили виключно відкриття зони дефекту.

В залежності від застосованої ортодонтичної техніки пацієнти усіх груп були розподілені додатково на підгрупи: I підгрупі застосовували незнімну ортодонтичну апаратуру, а II – знімну.

Пацієнтам I-х підгруп усіх груп лікування передбачало застосування незнімної ортодонтичної техніки (брекет-системи 3MUnitek 22 пазу, фірми 3MUnitek) як для закриття проміжку зони адентії, так і для її відкриття (за технікою MBT).

Пацієнтам 2-х підгруп усіх груп лікування передбачало застосування знімної ортодонтичної техніки.

Лікування вважали закінченим після отримання позитивних клініко-лабораторних (нормалізації оклюзійних співвідношень у всіх площинах, корпусного переміщення зубів, нормалізації співвідношень апікальних базисів верхньої і нижньої щелеп, нормалізації антропометричних показників) і рентгенологічних показників.

Ефективність запропонованих схем лікування здійснювали за допомогою клінічних, антропометричних та рентгенологічних показників, які проводилися до- та в різні терміни після початку користування ортодонтичною апаратурою. Антропометричні і рентгенологічні дослідження проводили до- та в кінці ортодонтичного лікування.

Терміни ортодонтичного лікування пацієнтів різних груп представлені в табл. 1.

Усунення зубо-щелепних деформацій та нормалізацію форми зубних дуг визначали у пацієнтів із незнімною технікою у період від 3-х до 6-ти місяців, а у осіб із знімною апаратурою – у термін від 6 до 12 місяців.

Таблиця 1

**Розподіл хворих залежно від термінів ортодонтичного лікування адентії бічних різців, застосованого методу та виду ортодонтичної апаратури**

п/г	Вид апаратів	Кількість осіб (n=97)	Терміни лікування (міс)	Результати лікування					
				Методика відкриття проміжку (n=53)		Методика закриття проміжку (n=44)		Всього	
				абс	%	абс	%	абс	%
<b>1 група(n=48)</b>									
1 підгрупа	<b>Незнімна техніка (брекет-система)</b>	28 (100 %)	12-15	7	25	7	25	14	50,0
			15-18	10	35,7	4	14,3	14	50
			18-24	-	-	-	-	-	-
2 підгрупа	<b>Механічнодіюча знімна техніка</b>	20 (100 %)	12-15	-	-	-	-	-	-
			15-18	7	35	6	30	13	65
			18-24	3	15	4	20	7	35
<b>2 група(n=23)</b>									
1 підгрупа	<b>Незнімна техніка (брекет-система)</b>	12	12-15	-	-	5	41,6	5	41,6
			15-18	-	-	7	58,4	7	58,4
			18-24	-	-	-	-	-	-
2 підгрупа	<b>Механічнодіюча знімна техніка</b>	11	12-15	-	-	-	-	-	-
			15-18	-	-	4	36,4	4	36,4
			18-24	-	-	7	63,6	7	63,6
<b>3 група(n=26)</b>									
1 підгрупа	<b>Незнімна техніка (брекет-система)</b>	16	12-15	-	-	-	-	-	-
			15-18	11	68,8	-	-	11	68,8
			18-24	5	31,2	-	-	5	31,2
2 підгрупа	<b>Механічнодіюча знімна техніка</b>	10	12-15	-	-	-	-	-	-
			15-18	2	20	-	-	2	20
			18-24	8	10	-	-	8	80

У разі застосування методики **відкриття проміжку** переміщення бічної групи зубів у найшвидший термін (12-15 місяців) відбулося лише у 13,2 % пацієнтів із I класом оклюзійних співвідношень при застосуванні

незнімної апаратури, а найповільніше (від 18 до 24 місяців) – у 15,2 % осіб із III класом оклюзійних співвідношень за Енглеєм при використанні знімної апаратури.

У більшості (63,6 %) пацієнтів, яким застосовували незнімну техніку середні терміни лікування склали 15-18 місяців, а при застосуванні знімної апаратури у більшості (55,0 % осіб) ефективність лікування визначена через 18-24 місяці.

У разі застосування методики **закриття проміжку** переміщення бічної групи зубів у термін від 12 до 15 місяців спостерігали у лише у 27,3 % пацієнтів як із I, так і з II класом оклюзійних співвідношень при застосуванні незнімної апаратури, а від 18 до 24 місяців – у осіб, яким застосовували знімну ортодонтичну техніку, а саме: у 15,9 % осіб із II класом оклюзійних співвідношень за Енглеєм та у 9,1 % осіб при I класі за Енглеєм.

Паралельно із корпусним переміщенням зубів ми спостерігали нормалізацію оклюзійних співвідношень у всіх площинах (при застосуванні методики відкриття зони дефекту – нормалізацію великого ключа оклюзії, а при застосуванні методики закриття – малого ключа оклюзії).

Результати антропометричного дослідження підтвердили правильність вибору методики ортодонтичного лікування пацієнтів та підтвердили її клінічну ефективність. При цьому застосування незнімної техніки приводило до більшої вираженої позитивної динаміки даних показників (табл. 2).

У осіб 1-ої групи 1-ої підгрупи після проведеного лікування методом відкриття проміжку співвідношення АБ становило  $7,24 \pm 0,4$  мм проти  $2,52 \pm 0,3$  мм ( $p \leq 0,05$ ) і відповідало середнім показникам норми, а при проведенні закриття проміжку –  $6,01 \pm 0,4$  проти  $8,01 \pm 0,7$  мм до лікування. При застосуванні знімної апаратури співвідношення базисів мали позитивну динаміку, але дещо відрізнялися від середніх показників норми.

У пацієнтів 2-ої групи також відбулася нормалізація співвідношення АБ (у пацієнтів із верхньою границею норми показники склали –  $5,64 \pm 0,3$  мм і  $6,04 \pm 0,2$  відповідно до незнімної і знімної апаратури проти  $8,54 \pm 0,4$  мм до лікування ( $p \leq 0,05$ ); у пацієнтів із показниками вище норми – відповідно  $6,54 \pm 0,4$  мм і  $7,0 \pm 0,3$  проти  $9,13 \pm 0,3$  мм до лікування).

Лікування за допомогою незнімної техніки привело до нормалізації кутів нахилу центральних різців та іклів як при використанні методики відкриття, так і закриття проміжку у пацієнтів усіх досліджуваних груп.

Таблиця 2

## Динаміка змін антропометричних показників у пацієнтів досліджуваних груп за Rees (мм)

Відповідність співвідношення верхнього і нижнього апікальних базисів	Динаміка змін антропометричних показників									
	До лікування		Після зняття ортодонтичної техніки							
			Методика відкриття проміжку				Методика закриття проміжку			
	К-ть осіб	Співвідношення базисів (мм)	Незнімна техніка		Знімна техніка		Незнімна техніка		Знімна техніка	
К-ть осіб			Співвідношення базисів (мм)	К-ть осіб	Співвідношення базисів (мм)	К-ть осіб	Співвідношення базисів (мм)	К-ть осіб	Співвідношення базисів (мм)	
<b>1 група</b>										
Менше норми (до +3 мм)	27	2,52±0,3	17	7,24±0,4 °*	10	5,14±0,4 °*	-	-	-	-
Норма (+3 – +9 мм)	21	8,01±0,7	-	-	-	-	11	6,01±0,4 °*	10	4,98±0,4 °*
Більше норми (> + 9 мм)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>2 група</b>										
Менше норми (до +3 мм)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Норма (+3 – +9 мм)	11	8,54±0,4	-	-	-	-	6	5,64±0,3*	5	6,04±0,2 °*
Більше норми >+ 9 мм)	12	9,13±0,3	-	-	-	-	6	6,54±0,4°*	6	7,0±0,3 ° *
<b>3 група</b>										
Менше норми (до +3 мм)	16	1,12±0,3	10	5,14±0,6 °*	6	3,56±0,7 °*	-	-	-	-
Норма (+3 – +9 мм)	10	3,17±0,6	5	5,96±0,6 °*	5	4,54±0,6 °*	-	-	-	-
Більше норми (> + 9 мм)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примітки: \* – достовірність відмінностей між пацієнтами із різною ортодонтичною технікою ( $p \leq 0,05$ ); ° – достовірність відмінностей у показниках до- та після проведеного ортодонтичного лікування ( $p \leq 0,05$ )

Значно гірші результати отримані при застосуванні знімної апаратури (при закритті зони проміжку у пацієнтів 1-ої групи кути нахилу іклів до серединної лінії склали  $9,12 \pm 0,3^\circ$  проти  $7,19 \pm 0,1^\circ$  – до лікування ( $p \leq 0,05$ ); ширина ділянки адентії на рівні верхівки кореня центрального різця майже не змінилася і становила  $3,8 \pm 0,2$  мм проти  $4,01 \pm 0,44$  мм до лікування ( $p \geq 0,05$ ), а на рівні альвеолярного гребню –  $2,5 \pm 0,2$  мм проти  $5,56 \pm 0,31$  мм до лікування), що може у подальшому привести до рецидиву патології.

Використання знімної апаратури у разі застосування методики відкриття зони проміжку хоча і дало змогу створити необхідну ділянку для заміщення дефекту ЗР ортопедичною конструкцією, але було неприйнятним з метою проведення подальшої імплантації навіть при наявності необхідної кількості кісткової тканини в зоні адентії через відсутність корпусного переміщення іклів та бічної групи зубів і значного кута конвергенції між центральним різцем та іклом.

Динаміка змін ТРГ-показників також підтвердило ефективність проведеного ортодонтичного лікування. У пацієнтів усіх досліджуваних груп, лікування яких проводили незнімною ортодонтичною апаратурою, як при проведенні методики відкриття, так і закриття зони проміжку кути Upper inc. / NA, Lower inc./ NB та її прийшли до середніх значень показників норми.

Так, для пацієнтів 1-ої групи значення відповідних кутів становили  $24,4 \pm 2,2^\circ$ ,  $27,0 \pm 4,3^\circ$  і  $132,0 \pm 2,0^\circ$  при проведенні методики відкриття зони проміжку при застосуванні незнімної апаратури. На знімній техніці аналогічні кути становили  $26,0 \pm 1,2^\circ$ ,  $28,0 \pm 4,3^\circ$  і  $134,0 \pm 3,1^\circ$ , що свідчило про більш значну інклинацію верхніх різців, і тим самим менш контрольоване переміщення зубів. Зміна інклинації нижніх різців при застосуванні знімної техніки відбувалася виключно за рахунок росту нижньої щелепи і приводила збільшення значення міжрізцевого кута.

Прийнятні ТРГ-результати отримані у осіб 1-ої і 3-ої груп при використанні знімної техніки, а у пацієнтів 2-ої групи при застосуванні знімної апаратури показники кутів інклинації та міжрізцевих кутів не мали вираженої позитивної динаміки ( $p \geq 0,05$ ).

Таким чином, проведені дослідження дозволили запропонувати наступний діагностично – лікувальний алгоритм лікування пацієнтів 12-16 років із вродженою адентією верхніх латеральних різців:

1. Пацієнтам із I класом оклюзійних співвідношень за Енглею можна проводити лікування вродженої адентії верхніх латеральних різців як методикою відкриття, так і закриття зони дефекту ЗР в залежності від антропометричних і ТРГ-показників:

– при співвідношенні апікальних базисів за Rees менше, або в межах нижньої границі норми (до 6,0 мм), показниках кута Upper inc./ NA в межах

нижньої границі норми (до 22 °), зменшених показниках премолярного, молярного індексів та передньої довжини верхньої зубної дуги, ретрузійній естетичній площині за Steiner ( $Pg-SN \leq 4$  мм) проводити відкриття зони дефекту зубного ряду;

– при співвідношенні апікальних базисів за Rees в межах верхньої границі норми або більше норми (більше 6,0 мм), показниках кута Upper inc./ NA в межах верхньої границі норми (більше 22°), показниках премолярного, молярного індексів та передньої довжини верхньої зубної дуги в межах норми, протрузійній естетичній площині за Steiner ( $Pg-SN \geq 4$  мм) проводити закриття зони дефекту зубного ряду.

2. Пацієнтам із II класом за Енглем лікування проводити виключно методикою закриття зони дефекту зубного ряду і, у разі виникнення необхідності (невідповідності кольору зубів за шкалою Vita, архітектоніки ясенного краю іклів по відношенню до центральних різців, та їх мезіодистальних розмірів), проводити подальшу реабілітацію пацієнтів із залучанням профільних спеціалістів (терапевта-стоматолога та ортопедо-стоматолога).

3. Пацієнтам із III класом за Енглем лікування проводити виключно методикою відкриття зони дефекту зубного ряду з подальшою комплексною реабілітацією – заміщенням дефекту зубного ряду ортопедичною конструкцією, у тому числі, при задовільних умовах із опорою на дентальні імпланти у стоматологів-хірургів та стоматологів-ортопедів

4. При лікуванні пацієнтів рекомендуємо надавати перевагу незнімній техніці, яка забезпечує корпусне переміщення як фронтальної, так і бічних груп зубів, нормалізує кути нахилу центральних різців та іклів до серединної лінії як при використанні методики відкриття, так і закриття проміжку у пацієнтів усіх досліджуваних груп, що в подальшому забезпечує можливість надання ефективної комплексної реабілітації пацієнтів.

## ВИСНОВКИ

Застосування на практиці отриманих результатів дослідження дозволить вирішити одну із актуальних проблем стоматології – підвищення ефективності ортодонтичного лікування в комплексній реабілітації пацієнтів із вродженою адентією латеральних різців верхньої щелепи шляхом використання власне розробленого та науково-обґрунтованого діагностично-лікувального алгоритму.

Впровадження запропонованого діагностично-лікувального алгоритму ортодонтичного лікування вродженої адентії латеральних різців із використанням незнімної ортодонтичної апаратури дозволить вибрати оптимальну методику заміщення дефекту зубного ряду в зоні відсутніх зубів, скоротити терміни ортодонтичного лікування, забезпечити прогнозованість і стабільність найближчих та віддалених результатів лікування, і, таким чином, забезпечити оптимальні умови для подальшої стоматологічної реабілітації пацієнтів.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз соціологічного опитування ортодонтичних пацієнтів / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець, Д. В. Лепорський, Т. Я. Сухомлинова, Н. В. Амеліна // Актуальні питання сучасної стоматології присвяченої 50-річчю стоматологічного факультету імені Данила Галицького : матеріали ювілейної міжнар. наук.-практ. конф., (Львів, 29 жовт. – 1 листоп. 2008 р.) : тези доп. – Львів, 2008. – С. 8–10.
2. Дрогомирецька М. С. Аналіз стану кореневої резорбції зубів у пацієнтів, яким проводилось ортодонтичне лікування незнімною технікою / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець, В. В. Магльона // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 2, т. 2. – С. 27–31.
3. Дрогомирецька М. С. Увага : коренева резорбція. Сплануйте, щоб не нашкодити / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець, Н. В. Амеліна // Світ Ортодонції. – 2008. – № 2 (44). – С. 2–5.
4. Якимець А. В. Особливості клінічного обстеження пацієнтів з адентією верхніх латеральних різців / А. В. Якимець // Інновації в стоматології. – 2014. – № 4 (6). – С. 92–98.
5. Якимець А. В. Розповсюдженість та сучасні методи діагностики вродженої відсутності латеральних різців верхньої щелепи / А. В. Якимець // Современная стоматология. – 2015. – № 1 (75). – С. 114–116.
6. Дрогомирецька М. С. Оцінка необхідності та ефективності ортодонтичного лікування / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець // I Український ортодонтичний конгрес, (Київ, 12–13 верес. 2013 р.) : тези доп. – К., 2013. – С. 152–154.
7. Дрогомирецька М. С. Вибір методу та тактики лікування в залежності від типу часткової адентії / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець // 36. наук. пр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Сучасна ортодонція – шлях професійного розвитку», 7–8 груд. 2012 р. – К., 2012. – С. 88–90.
8. Дрогомирецька М. С. Ефективність методів лікування адентії верхніх латеральних різців / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – Полтава, 2014. – № 3 (47). – С. 304–307.
9. Драгомырецкая М. С. Оценка возможности замещения клыками латеральных резцов верхней челюсти при их агенезии / М. С. Драгомырецкая, А. В. Якимец, И. Л. Скрипник // Современная ортодонтия. – 2015. – № 1 (39). – С. 16–18.
10. Авторське право на твір «Медична карта ортодонтичного пацієнта» / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець, В. В. Магльона, Н. Я. Поляник. – Затверджено МОЗ України за № 57010 від 16.10.2014 р.

11. Дрогомирецька М. С. Алгоритм діагностики і вибору методу лікування пацієнтів з адентією верхніх латеральних різців / М. С. Дрогомирецька, А. В. Якимець // Journal of Education, Health and Sport. – 2015. – Vol. 5, No 5. – С. 233–242.

12. Myroslava Drogomyrecka Clinical examination protocol and procedure of selecting treatment of patients with upper lateral incisors adentia / Myroslava Drogomyrecka, Anzhelika Jakymec // Modern Sciece (Moderni veda), scientific journal. – Praha, 2015. – Vol. 3, № 3 – С. 164-172.



---

Підписано до друку 25.12.2015 р. Формат 60x90/16.  
Ум. друк. арк. 1,12. Обл.-вид. арк. 0,74.  
Тираж 100. Зам. 91.

---

«Видавництво “Науковий світ”»<sup>®</sup>  
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.  
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.  
200-87-15, 050-525-88-77  
E-mail: nsvit23@ukr.net  
Сайт: nsvit.cc.ua