

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОЛІЙНИК МАРКІЯН ЮРІЙОВИЧ

УДК: 616.314+616.314.2]-007.24-06:(616.317.1+616.315)]-007.254]-089.23-036.8

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ДЕФЕКТІВ ТА ДЕФОРМАЦІЙ ЗУБНИХ РЯДІВ І ПРИКУСУ У ХВОРИХ З
ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ**

221 – стоматологія

22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Олійник М.Ю.

Науковий керівник: Ілик Роман Романович, доктор медичних наук, професор кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

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 загальноклінічні – 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 сагітальною;
- 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 сагітальною, 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 відновленням та формуванням фронтальної та/або бічної ділянок зубного ряду верхньої щелепи композитними накладками.

За наявності дефекту зубного ряду естетично-функціональна реабілітація можлива тільки 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 тільки 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 лиця 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 анкетой 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 анкетой 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.

ANNOTATION

Oliinyk M.Yu. Evaluation of long-term results of orthopedic treatment of defects and deformations of dentitions and occlusion in patients with congenital cleft lip and palate. – Qualifying scientific work on rights of the manuscript.

The dissertation for PhD in Dentistry (speciality 221) - Danylo Halytsky Lviv National Medical University Ministry of health of Ukraine, Lviv, 2022.

Satisfaction with the quality of life of patients with congenital cleft lip and palate (CCLAP) depends on many components, which include the quality of surgical interventions on the upper lip and palate, the results of orthodontic treatment, external aesthetic effects on the face and more.

One of the possible options for improving the quality of life of such patients and their social adaptation is orthopedic rehabilitation using numerous options for orthopedic designs of dentures, which reproduce both functional and, in part, aesthetic capabilities.

The aim of the study was to increase the effectiveness of orthopedic treatment of adult patients with congenital cleft lip and palate after surgery by developing various options for temporary and permanent orthopedic structures to ensure their functional and aesthetic rehabilitation and determine their quality of life.

To achieve this goal, five tasks have been set. To implement the tasks clinically and by additional methods, a total of 56 patients aged 16 to 48 years with congenital cleft lip and palate were examined after completion of all surgical interventions. 37 of them, aged 17 to 42 years have completed the treatment of defects and deformities of the dental system by orthopedic rehabilitation, including 22 patients with unilateral nonunion and 15 patients with bilateral nonunion.

Research methods included: general clinical methods - to determine the complaints, anamnesis and condition of the dental system in patients with congenital cleft lip and palate after surgery; photo documentation - to create a computer database of examination of patients with the subsequent data processing; radiological methods - to visualize the dental system of patients; occlusographic methods - to determine the number of contacts before and after orthopedic rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate; profilometric methods - to determine the aesthetic profile of the face before and after orthopedic rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate; questionnaire - to determine the quality of life before and after orthopedic rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate with the use of validated questionnaires; statistical method - to determine the statistical reliability of the results.

Analysis of anomalies and deformities of the dental system in operated patients with congenital cleft lip and palate showed significant changes in the structure of the upper dentition, which occur in the sagittal plane, namely:

- Sagittal underdevelopment of the upper jaw in operated patients with both unilateral and bilateral nonunion of the palate, with severe anterior maxillary deficiency.

- The revealed ratio of sagittal sizes of the upper and lower jaws in patients with nonunion of the palate is the basis for the development of a progenic ratio of the jaws, which is classified as "false progeny" - a decrease in the size of the upper jaw with the the lower jaw being normal.

- Severe sagittal anomalies in patients with nonunion are accompanied by concomitant anomalies in the positions of individual teeth and anomalies of the dentition, among which the most common are narrowing of the dentition of the upper jaw and its asymmetry in unilateral nonunion.

- A developmental delay of a small fragment of the unfused upper jaw behind the sagittal;

- Location of lateral teeth of a small fragment of unfused upper jaw in supraocclusion;

- The presence of defects of the dentition and alveolar process at the site of nonunion, as well as defects of the dentition due to the tooth loss.

Based on previous research, we have developed algorithms for making medical decisions on the selection of the appropriate orthopedic design of the rehabilitation prosthesis.

The elaborated typification of dental deformities is based on the principle of their distribution according to the seriousness and severity of the upper jaw distortion by congenital malformations, sagittal, transverse and vertical.

The first type includes patients with not severe deformities detected. But the defect of the dentition and alveolar process at the site of nonunion of such patients may be present or not. In the second case, orthopedic correction can be performed by contour restoration and formation of the frontal and / or lateral parts of the dentition of the upper jaw with composite pads.

In case the defect of the dentition is present, aesthetic and functional rehabilitation is possible only with non-removable dentures, if necessary, with artificial gums.

The second type concerns patients whose deformations of dental system are more expressed and on all parameters of the sizes of a dentition of an upper jaw reduced by 2-

4 mm compared with normative indicators. Providing orthopedic care to such patients is possible only with the use of fixed structures with contour aesthetic modeling of artificial teeth and artificial gums.

It is important to say that patients with this type of deformity without defects of the dentition and alveolar process are extremely rare.

The third type applies to patients with significant deformities of the dental system, whose normative indicators of the dentition of the upper jaw are less than 4 mm and more, according to various parameters. Such patients have significant defects of the dentition and alveolar process, including the absence of the intermaxillary bone.

Orthopedic care for such patients is based on the manufacture of removable dentures with a double dentition, contour restoration of the alveolar process with the use of various prosthetic fixation systems (locks, beams, telescopic crowns, etc.).

In all cases of final orthopedic rehabilitation of patients with congenital malformations of the upper lip and palate, an important step is pre-temporary prosthetics, due to the fact that the manufacture of future dentures largely depends on the use of the previous temporary constructio, which, depending on the proposed typing of defects and deformations can be both non-removable and removable.

In the process of orthopedic rehabilitation of adult patients with CCLAP after surgery and orthodontic treatment, both fixed and removable (combined) permanent structures were used.

The results of determining the occlusal contacts of patients with CCLAP before and after orthopedic treatment were carried out both depending on the design of prostheses and depending on the type of nonunion.

It was determined that if the number of occlusal contacts during prosthetics with fixed denture structures before treatment is only 6.07 ± 0.43 tooth contacts, then after treatment it reached 13.11 ± 0.15 tooth contacts ($p < 0.001$). Similarly, the total number of contacts increased from 9.92 ± 0.65 before treatment to 24.59 ± 0.59 ($p < 0.001$).

When using removable (combined) dentures, it was determined that if before the treatment the number of contact teeth was only 5.2 ± 0.58 , then after the treatment it

reached 14.7 ± 0.38 teeth ($p < 0.001$), and the total number of contacts in the amount of 8.4 ± 0.67 before the treatment increased to 26.6 ± 1.04 ($p < 0.001$).

As a result of studying the parameters of Ricketts' lip analysis, it was found that as a result of orthopedic prosthetics, defects and deformations of dentitions and occlusion in patients with CCLAP, the position of the upper lip in the sagittal plane improved by an average of 23.78%.

As a result of the analysis of the parameters of the nasolabial angle, which is characterized by the position of the upper lip in the vertical plane, it was found that as a result of orthopedic rehabilitation in patients with CCLAP the position of the upper lip in the vertical plane improved by an average of 15.55%.

Also the analysis of the specified indicators of a profile of the face of patients was carried out depending on the types of their prosthetic constructions, irrespective of a kind of nonunion.

As a result of studying the parameters of Ricketts lip analysis, it was found that as a result of orthopedic prosthetics in patients with CCLAP fixed structures, the position of the upper lip in the sagittal plane improved by an average of $23.6\% \pm 14.54\%$, while in the case of prosthetics with removable (combined) prostheses, this figure was $24.28\% \pm 10.96\%$, which confirms the uniformity of positive changes in this indicator, regardless of the type of construction.

The analysis of the parameters of the nasolabial angle, which is characterized by the position of the upper lip in the vertical plane, revealed that as a result of orthopedic rehabilitation in patients with non-removable structures, the position of the upper lip in the vertical plane improved by an average of $14.85\% \pm 10\%$, while in patients with removable (combined) structures this figure was $17.44\% \pm 15\%$.

Thus, the analysis of the profile of the lower part of the face showed that as a result of orthopedic rehabilitation of patients with CCLAP, regardless of the type of nonunion, both fixed and combined prosthetics significantly improved, which affected the aesthetic parameters of the face.

We analyzed the quality of life of adult patients with CCLAP after surgery and after the orthopedic treatment, depending on which designs of prostheses they have had: fixed or removable (combined).

27 patients out of 37 surveyed, have had non-removable structures, and 10 of them have had removable structures, which were combined also a fixed part, providing fixation of the removable prosthesis.

The final result of the survey according to the questionnaire was 70.428 ± 1.0148 before the treatment, compared to 6.857 ± 0.906 after the treatment ($p < 0.001$), which indicates a significant improvement in the quality of life of adult patients with CCLAP after surgery with fixed dentition structures with their three-dimensional modeling .

The final result of the survey according to the questionnaire was 24.714 ± 0.682 before the treatment, compared to 3.357 ± 0.464 after the treatment ($p < 0.001$), which indicates a significant improvement in the quality of life of adult patients with CCLAP after the surgery with removable (combined) dentition structures with their three-dimensional modeling, indicating a high possibility of orthopedic rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate with the use of different variants of orthopedic structures.

Key words: congenital cleft lip and palate, deformities of the dental system, orthopedic rehabilitation of adult patients, occlusal contacts, quality of life.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Олійник, А. Ю., **Олійник, М. Ю.** (2015). Особливості формування та динаміки розвитку зубного ряду верхньої щелепи у пацієнтів із правобічними вродженими наскрізними незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних втручань. *ScienceRise. Medical science*, (6 (4)), 34-39. *(Здобувачем проведено обстеження хворих, аналіз діагностичних контрольних моделей, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено статтю до друку)*
2. Олійник, Г. В., **Олійник, М. Ю.** (2015). Зубощелепні аномалії в оперованих пацієнтів із незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Науковий Вісник Ужгородського Університету. Серія: Медицина*, (2), 105–107. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2015_2_24. *(Здобувачем проведено обстеження хворих, аналіз діагностичних контрольних моделей, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено статтю до друку)*
3. **Олійник, М. Ю.**, (2016). Значення тимчасового протезування для визначення постійної конструкції протезів у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних втручань. *Клінічна стоматологія*, (3), 45-49. *(Здобувачем проведено обстеження хворих, здійснена ортопедична реабілітація хворих за допомогою тимчасових ортопедичних конструкцій, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено статтю до друку)*
4. **Олійник, М. Ю.**, (2019). Оцінка якості життя хворих з уродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх реабілітації (огляд літератури). *Клінічна стоматологія*, (1), 25–32. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2019.1.10144>. *(Здобувачем проведено огляд літератури, формування висновків, підготовлено статтю до друку)*
5. **Олійник, М. Ю.**, (2020). Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.

Український стоматологічний альманах, (4), 57-63. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.4.2020.11>. (Здобувачем проведено обстеження хворих, проведене анкетування хворих з метою оцінки якості їх життя на етапах їх ортопедичної реабілітації, статистичне опрацювання даних, спільно з науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів, сформовано висновки, підготовлено статтю до друку)

6. Ilyk, R., & **Oliynyk, M.** (2021). Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation. *EUREKA: Health Sciences*, (5), 34-40. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2021.002013>. (Здобувачем проведено обстеження хворих, здійснена ортопедична реабілітація хворих за допомогою різних варіантів постійних ортопедичних конструкцій, проведено аналіз оклюзійних контактів на етапах їх ортопедичної реабілітації, статистичне опрацювання даних, спільно з науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів, сформовано висновки)

7. Олійник, А. Ю., Олійник, Г. В., Олійник, Ю. Ю., **Олійник, М. Ю.** (2014). Характеристика зубощелепних аномалій у оперованих пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Молодий вчений*, (9), 135–138 Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2014_9_35. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлені матеріали до друку)

8. Олійник, А. Ю., **Олійник, М. Ю.** (2015). Аналіз послідовності операційних втручань, проведених хворим із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння від народження до 18-20 років. *Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, 15 травня 2015 року, м. Вінниця*. (с. 67–68). Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

9. Олійник, Г. В., **Олійник, М. Ю.** (2015). Конфігурація зубних рядів верхньої щелепи в оперованих пацієнтів з двобічними незрощеннями піднебіння. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Актуальні проблеми*

стоматології” присвяченої 90-річчю з дня народження доктора медичних наук, професора Евальда Яновича Вареса. (с. 68–69). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

10. **Олійник, М. Ю.** (2015). Способи виготовлення незнімних тимчасових ортопедичних конструкцій у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння. *Медичний Форум*, 6(6), 92–93. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлені матеріали до друку)

11. Олійник, Г. В., **Олійник, М. Ю.** (2015). Протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої щелепи з використанням корнево-куксових вкладок. *Молодий вчений*, 7(22(2)), 89–92. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлені матеріали до друку)

12. **Олійник, М. Ю.** (2016). Особливості тимчасового протезування пацієнтів із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 55-річчя кафедри ортопедичної стоматології та з нагоди 75-річчя професора В.Ф. Макєєва «Львівська школа ортопедичної стоматології: традиції, здобутки та перспективи»*, (с. 53). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено усну доповідь)

13. **Oliynyk, M.** (2017). Methods of making non-removable prosthetics in patients with congenital lip and palate. *Oral Health Dent Manag*, 16(4) (Suppl), 57. <https://doi.org/10.4172/2247-2452-C1-058>. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

14. **Олійник, М. Ю.,** (2018). Оцінка стану якості життя пацієнтами із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після ортопедичного лікування. *Матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції*

молодих вчених “Актуальні питання клінічної медицини” 26 жовтня 2018 року (с. 58-59). (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

15. **Олійник, М. Ю.**, (2019). Особливості оцінки якості життя пацієнтами з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх ортопедичного лікування. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» VII Стоматологічний форум «МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ 2019» 15-17 травня 2019 року. (с. 70–72). (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)*

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ.....	13
ЗМІСТ.....	17
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ СКОРОЧЕНЬ	20
ВСТУП	21
РОЗДІЛ 1. ОРТОПЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ЯК ОДИН З МЕТОДІВ ПІДВИЩЕННЯ ЇХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	27
1.1. Оцінка якості життя осіб із вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння	28
1.2. Особливості довговічності постійних ортопедичних конструкцій у хворих із вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння.....	35
1.3. Ускладнення, які виникають у процесі ортопедичної реабілітації стоматологічних хворих.....	38
1.4. Роль та значення відношення оклюзійних співвідношень у процесі протетичного лікування хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння	45
1.5. Роль та значення профілометрії обличчя для контролю за зміною цефалометричних параметрів у процесі протетичного лікування хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння	46
1.6. Висновки до розділу 1	47
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	49
2.2. Клінічні методи обстеження.....	51
2.3. Визначення зубощелепних деформацій за діагностичними моделями	52

2.4. Визначення кількості оклюзійних контактів до і після ортопедичної реабілітації.....	54
2.5. Рентгенологічні методи дослідження.....	54
2.6. Фотостатичний аналіз профілю обличчя до і після лікування	56
2.7. Оцінка якості життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.....	58
2.8. Статистичні методи аналізу	59
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ АНОМАЛІЙ І ДЕФОРМАЦІЇ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ ТА ЇХ ТИПІЗАЦІЯ.	60
3.1. Висновки до розділу 3.....	69
РОЗДІЛ 4. РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ТИМЧАСОВОГО ПРОТЕЗУВАННЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ВИЗНАЧЕННІ ПОСТІЙНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ У ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ	71
4.1. Особливості тимчасового протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння незнімними конструкціями	71
4.2. Особливості тимчасового протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння знімними конструкціями	77
4.3. Висновки до розділу 4.....	87
РОЗДІЛ 5. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ПІДНЕБІННЯ.....	89
5.1. Результати визначення кількості оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.....	90
5.2. Результати профілометрії обличчя у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.....	95

5.3. Вплив ортопедичної реабілітації на якість життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння	109
5.4. Висновки до розділу 5.....	141
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	144
ВИСНОВКИ	156
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	159
ДОДАТКИ	187

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВНВГП – Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння

ОНІР – Oral Health Impact Profile

ТРГ – Телерентгенографія

СCLAP – Congenital cleft lip and palate

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння (ВНВГП) займають друге місце в структурі антенатальних каліцтв та відносяться до найбільш важких вад розвитку щелепно-лицевої ділянки, що призводить до значних функціональних і естетичних порушень [7, 43, 44, 98, 106, 111, 117, 129, 132, 136, 144, 147, 154, 158, 171, 180, 209, 212, 213, 219].

За показниками народжуваності в Україні на 11 мільйонів дитячого населення припадає 12 тисяч пацієнтів з вродженими дефектами щелепно-лицевої ділянки. В Україні за останні роки спостерігається зростання частоти народження дітей з незрощеннями верхньої губи і піднебіння [78]. Кожен рік їх кількість збільшується приблизно на 1 тисячу (новонароджених і недолікованих) і зменшується на 600-700 внаслідок реабілітації [89]. Тенденція до їх зниження не спостерігається і у Львівській області цей показник становить 1:1005 новонароджених [42]. Естетичні порушення обличчя, які виникають при цій патології як до, так і після відновних операційних втручань, обмежують спілкування людини в товаристві, пригнічують її свідомість поняттям фізичної неповноцінності і призводять до депресій психічного стану [17]. Дефекти і деформації, що супроводжують незрощення, викликають у дорослих морфологічні та функціональні порушення зубощелепної системи [73]. Клінічні спостереження демонструють, що вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння призводять до зупинки розвитку верхньої щелепи, і це сприяє утворенню важких аномалій прикусу, зубних рядів і розташування окремих зубів [92, 95].

Повна медична і соціальна реабілітація таких хворих потребує довготривалого поетапного комплексного лікування із залученням спеціалістів різного профілю (хірургів, педіатрів, психологів, невропатологів, оториноларингологів, логопедів, ортодонтів, ортопедів) [6, 31, 90, 135, 146, 190]. За наявності ВНВГП і проведених різнопланових операційних втручань на губі і піднебінні верхня щелепа залишається недорозвинutoю, причиною чого є як

наявність незрощень, так і самі операційні втручання. Ортодонтичне лікування, на жаль, не завжди є ефективним у даній категорії хворих і є довготривалим процесом. Лікування зубощелепних аномалій у дорослих має свої особливості, які обумовлені низкою факторів: не всі види аномалій щелепно-лицевого апарату у дорослих піддаються ортодонтичному лікуванню, оскільки у віці понад 18-20 років вже неможливо достатньо прогнозовано впливати на кісткову тканину щелеп. Зубощелепне протезування, як єдиний спосіб реабілітації, рекомендується у тих випадках, коли ортодонтичне лікування неможливе через важку аномалію прикусу і довготривалий термін його застосування чи відмову пацієнта від хірургічного лікування [44].

Важливим критерієм оцінки ефективності та успішності лікування хворих із ВНВГП є підвищення їх рівня якості життя в процесі комплексної реабілітації [122, 134, 157].

Отже, незважаючи на пошуки різнопланових варіантів медико-соціальної допомоги особам з ВНВГП після операційних втручань у дорослому віці все ще залишають проблеми стосовно особливостей ортопедичного лікування таких хворих, які потребують вирішення.

Зв'язок роботи з науковими темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Розпрацювання та удосконалення методів діагностики, клінічних методів та технологічних засобів комплексного лікування дефектів зубних рядів, деформацій і ушкоджень зубощелепної системи» (Державна реєстрація №0114U000112). Автор є безпосереднім виконавцем зазначеного фрагменту наукових досліджень запланованої теми.

Мета і завдання дослідження. 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 досягнення мети поставлені до вирішення наступні завдання:

1. Визначити особливості аномалій і деформацій зубощелепної системи у оперованих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння та здійснити їх типізацію.
2. Визначити роль та значення тимчасового протезування у забезпеченні якості життя і вибору постійної ортопедичної конструкції у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань.
3. Розпрацювати можливі варіанти та особливості конструкцій для ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань.
4. Провести порівняльну оцінку наявності оклюзійних контактів і естетичності профілю лица до і після ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань.
5. Оцінити рівень якості життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації залежно від варіантів ортопедичних конструкцій.

Об'єкт дослідження – дефекти і деформації зубощелепної системи у дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань.

Предмет дослідження – особливості і варіанти ортопедичних конструкцій у реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння, їх вплив на естетику і функцію.

Методи дослідження: стоматологічні загальноклінічні – 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

незрошеннями верхньої губи і піднебіння; профілометричні – для визначення естетичності профілю лица до і після ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння; анкетування – для визначення якості життя до і після ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням валідизованих опитувальників; статистичний – для визначення статистичної достовірності отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів. Уточнено та доповнено наукові дані щодо особливостей дефектів і деформацій зубощелепного комплексу у хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань та здійснена їх типізація з точки зору вибору ортопедичних конструкцій.

Уперше визначена роль та значення тимчасового протезування щодо майбутнього вибору постійної ортопедичної конструкції для хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння.

Науково обґрунтовано і підтверджено роль і значення ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння та її вплив на функціональну і естетичну складову зубощелепного комплексу та лица.

Науково доведено значне покращення якості життя хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння після їх ортопедичної реабілітації різними варіантами запланованих ортопедичних конструкцій.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є завершеним, особистим науковим дослідженням здобувача. Автор провів патентно-інформаційний пошук за темою дисертаційної роботи, проаналізував та систематизував наукову літературу з досліджуваної проблеми. Під керівництвом наукового керівника сформульовані мета та завдання дослідження. Усі клінічні і лабораторні дослідження та математичне обчислення, аналіз і узагальнення результатів, обґрунтування та формулювання висновків роботи, розпрацювання практичних рекомендацій та підготовка наукової праці до друку виконані автором самостійно. У друкованих роботах разом із співавторами участь здобувача є визначальною, матеріали та висновки належать здобувачу.

Апробація отриманих результатів. Основні положення та результати наукових досліджень викладено та обговорено на засіданнях кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та наукових конференціях: «Актуальні проблеми стоматології» присвяченої 90-річчю з дня народження д.м.н. професора Е. Я. Вареса (м. Львів, 2015р.), VI міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених (м. Вінниця, 2015 р.), Всеукраїнська науково-практична конференція “Сучасні принципи планування стоматологічного лікування” (м. Запоріжжя, 2016 р.), науково-практичній конференції з міжнародною участю з нагоди 55-річчя кафедри ортопедичної стоматології та з нагоди 75-річчя професора В. Ф. Макєєва «Львівська школа ортопедичної стоматології: традиції, здобутки та перспективи» (м. Львів, 2016р.), 30th Annual Conference on Dental Practice and Oral Health (Hong Kong, 2017), XII Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених «Актуальні питання клінічної медицини» (м. Запоріжжя, 2018 р.), «Інноваційні технології в сучасній стоматології» VII Стоматологічний форум «Медвін: стоматологія 2019» (м. Івано-Франківськ, 2019 р.).

Обсяг і структура роботи. Дисертація викладена на 216 сторінках друкованого тексту, з яких 176 сторінок займає основний зміст, і складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріали і методи дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, списку використаних джерел, який містить 219 найменування, серед яких 98 кирилицею і 121 латиницею. Робота ілюстрована 61 рисунком та 27 таблицями.

Практичне значення одержаних результатів. За рахунок розпрацьованої типізації дефектів і деформації зубощелепного комплексу хворих з ВНВГП обґрунтований вибір варіантів ортопедичних конструкцій для їх ортопедичної реабілітації.

Підтверджена роль та значення тимчасових ортопедичних конструкцій у подальшому виборі постійної ортопедичної конструкції для ортопедичної реабілітації хворих з ВНВГП.

Розпрацьовані різні варіанти незнімних і комбінованих (знімних) конструкцій для ортопедичної реабілітації хворих з ВНВГП.

Результати дослідження упроваджені у клінічну практику та навчальний процес кафедри ортопедичної стоматології та відділення ортопедичної стоматології №1 та №2 «Стоматологічного медичного центру» Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, кафедри ортопедичної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету, кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету, кафедри стоматології Національної Медичної Академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, комунального некомерційного підприємства «Стоматологічна поліклініка №1», 5-ої стоматологічної поліклініки м. Львова, що підтверджено відповідними «Актами впровадження».

Публікації. За темою дисертації опубліковано 15 наукових робіт, з них 5 статей у фахових виданнях рекомендованих МОН України, 1 стаття у науковому періодичному виданні держави, що входить до Європейського Союзу, 9 у збірниках наукових праць, матеріалах і тезах конференцій з міжнародною участю.

РОЗДІЛ 1.

ОРТОПЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ЯК ОДИН З МЕТОДІВ ПІДВИЩЕННЯ ЇХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння займають друге місце в структурі антенатальних каліцтв та відносяться до найбільш важких вад розвитку щелепно-лицевої ділянки, що призводить до значних функціональних і косметичних порушень [129, 132, 136, 144, 147, 158, 180, 209, 212, 213, 219]. За даними ВООЗ частота незрощення губи і піднебіння становить 0,6-1,6 випадку на 1000 новонароджених [73, 174]. В Україні за останні роки спостерігається зростання частоти народження дітей з незрошеннями верхньої губи і піднебіння: 0,7 випадків на 1000 новонароджених у 1982-1985 рр. і 0,98-1,33 на 1000 випадків новонароджених в 1997-1998 рр. [11, 91].

В Україні щорічно народжується понад 600 дітей з вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки (1:600-1:700 пологів), в тому числі 400-450 із вродженим незрошенням верхньої губи та піднебіння [78].

За показниками народжуваності в Україні на 11 мільйонів дитячого населення припадає 12 тисяч народжених з вродженими дефектами щелепно-лицевої ділянки. Причому кожен рік їх кількість збільшується на 1 тисячу (народжених) і зменшується, приблизно, на 600-700 реабілітованих у відповідності з протоколами надання спеціалізованої медичної допомоги [168]. Тенденція до їх зниження не спостерігається і у Львівській області, цей показник становить 1:1005 новонароджених.[42].

Вроджені вади розвитку людини залишаються однією з актуальних медичних і соціальних проблем, їх частота в популяції є важливою характеристикою стану здоров'я населення [81, 94].

Естетичні порушення обличчя, які виникають при цій патології як до, так і після відновних операційних втручань, обмежують спілкування людини в

товаристві, пригнічують її усвідомлення поняттям фізичної неповноцінності і призводять до депресій психічного стану [17]. У зв'язку з цим актуальним є вивчення різних аспектів якості життя пацієнтів різних вікових груп та з різними видами ВНВГП, а також залежність якості життя від виду та етапу протетичного лікування (тимчасового чи постійного), частоти та причини їх заміни і наявності ускладнень, які при цьому виникають.

1.1. Оцінка якості життя осіб із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння

Питання адекватної оцінки якості життя пацієнтів з ВНВГП, особливо підлітків і молодих людей, у сучасній літературі описані недостатньо. Важливим фактором, який впливає на зміну якості життя цих хворих є успішне хірургічне лікування, а саме вибір адекватного методу та часу лікування. Про позитивну динаміку зміни якості життя можуть свідчити дані опитування цих хворих, які необхідно проводити після завершення кожного етапу їх реабілітації із застосуванням спеціальних валідизованих анкет та опитувальників [181].

Згідно рекомендаціям ВООЗ «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя» (ВООЗ 1980 р.) є також вирішальним критерієм і для визначення поняття здоров'я порожнини рота (для хворих з ВНВГП) [3, 203, 217].

Крім цього, якість життя також вважається інтегральною характеристикою фізичного, соціального, психічного або емоційного функціонування людини, заснованою на суб'єктивному сприйнятті [83, 203, 213].

Серед усіх аспектів якості життя пріоритетними для цієї категорії хворих, на думку багатьох дослідників, зокрема Antonarakis, G. et al, є саме ті компоненти, що пов'язані із здоров'ям порожнини рота (OHRQoL відповідно до англomовної термінології). Авторами доведено, що у пацієнтів із несиндромними ВНВГП відзначається значно нижчий рівень якості життя пов'язаний із OHRQoL, у порівнянні з загальною популяцією без вроджених вад і незрощень [108, 115].

За думкою Crocket D.J. et al [131] та інших авторів, статус кожного пацієнта із ВНВГП необхідно оцінювати окремо за видом вродженої аномалії, затримкою розвитку, неврологічними розладами та психосоціальними проблемами, які супроводжують конкретний вид аномалії. Вроджені дефекти і деформації щелепно-лищевої ділянки можуть суттєво впливати на якість життя дитини та потребують багатоетапного лікування, щоб отримати оптимальний результат. Лікування даних пацієнтів являється комплексним і передбачає залучення багатьох спеціалістів, зокрема логопедів, психологів, стоматологів, а також застосування різних методів лікування (хірургічного, ортодонтічного, ортопедичного). У зв'язку з цим потрібно створювати міждисциплінарні [130, 146, 190] колективи (команди) фахівців, щоб забезпечити належний рівень лікування та реабілітації таких хворих, починаючи від моменту народження [6].

З метою оцінки якості життя стоматологічних хворих протягом останніх 20-30 років розпрацьовані численні шкали і опитувальники [26, 190].

Найбільш поширеними є:

- Sociodental Scale - «Соціостоматологічна шкала» Автори: Cushing A.M., Sheilam A., Maizels J., 1986; яка містить 14 питань
- RAND Dental Health Index - «Індекс стоматологічного здоров'я» Автори: Dolan T.A. з співавт. 1991;

Опитувальник містить 3 категорії питань за такими розділами: больові відчуття, дискомфорт і функція мови;

- General (Geriatric) Oral Health Assessment Index (GOHAI) - «Загальний (геріатричний) індекс здоров'я порожнини рота» Автори: Atchison K.A., Dolan T.A. 1990;

Опитувальник містить 12 питань за такими розділами: функція жування, функція мови, соціальну поведінку, зовнішня естетика, больові відчуття, дискомфорт, впевненість в собі;

- Dental Impact Profile - «Індекс впливу здоров'я порожнини рота» Автори: Strauss R.P., Hunt R.J., 1993;

Опитувальник містить 25 питань за такими розділами: зовнішня естетика, функція жування, мови, упевненість в собі, особистісне благополуччя, соціальна поведінка, спілкування;

- Subjective Oral Health Status Indicators - «Суб'єктивні індикатори здоров'я порожнини рота» Автори: Locker D., Miller Y., 1994;

Опитувальник містить 42 питання за такими розділами: функція жування, функція мови, спілкування і взаємодія у соціумі;

- Oral Health Impact Profile (OHIP) - «Ступінь важливості стоматологічного здоров'я» Автори: Slade G.D., Spencer A.J., 1994;

Опитувальник включає в себе 49 питань (або 14 питань в скороченому варіанті) розділених на 7 окремих блоків залежно від досліджуваного параметра: функціональні обмеження, больові відчуття, психологічний дискомфорт, неможливість перебувати в суспільстві і т.д. [105].

- Oral Health Quality of Life Inventory - «Індекс стоматологічної якості життя» Автори: Cornell J.E. з співавт., 1997.;

Опитувальник включає у себе 56 питань за такими розділами: здоров'я порожнини рота, функція жування, суб'єктивна оцінка здоров'я порожнини рота, якість життя в цілому;

- Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) - «Вплив стоматологічного здоров'я на повсякденне життя» Автори: Adulyanon S. з співавт. 1996;

Опитувальник включає 9 питань за такими розділами: здатність приймати їжу, розмовляти, навички гігієни порожнини рота, вплив на якість сну, естетику особи, емоційну сферу, соціальні контакти;

- Oral Health-Related Quality of Life - «Взаємозв'язок стоматологічного здоров'я та якості життя» Автори: Kressin N. з співавт. 1996;

Опитувальник містить 3 категорії питань: повсякденне життя, соціальна активність і функція мови;

- Dental Impact on Daily Living - «Вплив стоматологічного здоров'я на повсякденне життя» Автори: Leao A.T., Sheiham A., 1996.;

Опитувальник включає 36 питань за такими розділами: дискомфорт, зовнішня естетика, больові відчуття, соціальна активність, функція жування;

- Child Oral Health-Related Quality of Life (COHRQoL) - «Стоматологічне якість життя (дитячий)» Автори: Jokovic A., Locker D., 2002;

Складається з двох опитувальників:

— Child Perceptions Questionnaire (CPQ) (Опитувальник для дітей):

— Parental Perceptions Questionnaire (PPQ) (Опитувальник для батьків):

- Child Oral Health Impact Profile (Child - OHIP) - «Ступінь важливості стоматологічного здоров'я (дитячий)»: Опитувальник був розроблений під час міжнародного дослідження і валідизований одночасно в США, Великобританії, Іспанії, Португалії, Китаї, Франції та Голландії. Опитувальник складається з 54 питань, відповіді розділені на 5 шкал;

Для оцінки найбільш показовими і цінними серед усіх груп запитань, які подані у вищезгаданих опитувальниках виявились такі категорії запитань які подані у наступних індексах:

- Ступінь важливості стоматологічного здоров'я;
- Вплив стоматологічного статусу на повсякденне життя;
- Взаємозв'язок стоматологічного здоров'я та якості життя;

Охоплення всіх цих індексів в одному опитувальнику є надзвичайно важливим і цьому критерію найбільше відповідає OHIP-14 (Oral Health Impact Profile).

Опитувальник OHIP-14 [71] містить питання, які умовно відносяться до трьох основних сфер, пов'язаних зі стоматологічним здоров'ям:

- проблеми при прийомі їжі;
- проблеми зі спілкуванням;
- проблеми у повсякденному житті.

Валідизована російськомовна версія цього опитувальника подана у додатку 2 до посібника Н.Д. Ющук зі співавторами [97, 175].

Крім застосування опитування на паперових носіях деякі автори допускають і рекомендують проведення опитування через електронні засоби комунікації (телефон, електронна пошта) [156].

Якість життя стоматологічних хворих, як і усіх інших пацієнтів, також є непостійною категорією. Вона, як правило змінюється з віком, а також у результаті проведення лікувальних і профілактичних заходів тому її завжди необхідно оцінювати в динаміці [2, 71]. Як правило внаслідок успішного лікування показники якості життя покращуються [35, 190].

Так на думку Н.В. Лапиной зі співавторами (2013), якість життя пацієнтів після протезування може бути визначена із застосуванням кількісних критеріїв, що є більш наочним інструментом контролю проведеної терапії як для лікаря, так і для пацієнта [35].

Broder et al (2012 р.) досліджуючи якість життя хворих з ВНВГП у 6 лікувальних центрах розміщених у різних географічних місцях США та серед різних етнографічних груп населення встановили, що існують суттєві відмінності між цими групами, які дослідники пояснили різною доступністю та якістю надання кваліфікованої медичної допомоги [118].

Дослідження якості життя проводяться серед різних вікових груп пацієнтів, у тому числі і серед дітей. Т. Kortelainen, М. Tolvanen, А. Luoto et al., при порівняльному дослідженні якості життя фінських дітей із ВНВГП і без незрощень, однакового віку (11-14 років) встановили що якість життя дітей з незрощеннями значно гірша, ніж у їх здорових однолітків, особливо це стосується їх соціального самоусвідомлення [161].

Подібні дослідження проводились і серед чилійських дітей віком від 8 до 15 років, з ВНВГП, у яких на тлі відносно середнього рівня якості життя спостерігались значно гірші показники у блоках запитань: "функціональне самопочуття" та "шкільне середовище" [110].

У дослідженні якості життя, Kramer F. Et al, серед дітей молодшого віку з зубощелепними аномаліями, у тому ж числі з незрощеннями, показав, що сприйняття і розуміння якості життя ними, у значній мірі, формуються під

впливом їхніх батьків, а також вихователів цих дітей. Особливе значення, при цьому, має стан внутрішньо-сімейних стосунків, який в окремих випадках може навіть погіршувати цю якість. Авторами зауважено що важкість аномалії та її наслідки значною мірою детермінують оцінку якості життя як самими пацієнтами, так і їхніми батьками. Навіть з плином багатьох років після успішного комплексного лікування незрощень, усі аспекти якості життя (OHRQoL) залишаються доволі актуальними для таких сімей [107, 138, 153, 162].

Цю ж думку поділяли і дослідники з Голландії, A. Vos, C.Prahl et al, якими констатовано суттєву відмінність між результатами опитувань, щодо оцінки якості життя дітей з ВНВГП та їх батьків, про що раніше вже згадувалось авторами при аналізі дослідження Kramer F. et al. Результати опитувань щодо якості життя, проведені окремо серед батьків та їхніх дітей, суттєво відрізняються, при цьому батьки, як правило, схильні до переоцінки певних сторін якості життя своїх дітей, хоча їхня низька оцінка щодо якості життя збігається з оцінками їхніх хворих дітей [107, 145, 189]. У той же час їх результати збігаються лише в тому, що стать досліджуваних дітей суттєво не впливає на якість життя [115]. Проте, на думку інших дослідників, зокрема Eslami, N et al., і P. Konan, M. Manosudprasit, P. Pisek et al., окремі аспекти якості життя можуть змінюватися з віком, а також суттєво різнитися залежно від статі пацієнтів, особливо у дівчат підліткової групи і старших, у яких якість життя значно більше залежить від стану здоров'я порожнини рота, ніж у хлопчиків однолітків [142, 159].

Ступінь важкості клінічних проявів різних патологій з боку порожнини рота не лише відображають факт втрати власне стоматологічного здоров'я, а й істотно впливають на якість життя пацієнта [13]. Наявність супутніх стоматологічних захворювань у хворих із ВНВГП посилює негативний вплив на якість життя та його оцінку. Наприклад, для них характерними є: часткова втрата зубів і порушення структури навколишніх тканин, що вкрай негативно впливає на функції жування, мовлення, погіршує зовнішній вигляд з можливими негативними психосоціальними наслідками [1, 123, 157].

Належний естетичний стан порожнини рота, який формується після комплексного лікування поряд із функціями жування та мовлення найбільш суттєво впливає на якість життя. Stelzle, F.Rohde, M. Oetter, N. et al., показали, що рівень якості життя корелює з естетикою саме в зонах незрощення [201].

Слід зауважити, що у цієї категорії хворих, як правило, вищий рівень ураженості карієсом зубів і навколишніх тканин, ніж у пацієнтів без незрощень, що також є одним із чинників, які додатково знижують рівень якості життя [182].

Серед інших чинників, які здатні вплинути на якість життя хворих із ВНВГП, є хірургічні втручання, особливо повторні, що стосується переважно молодших вікових груп. У разі успішного проведення цих втручань і максимального відновлення анатомо-функціональних властивостей щелепно-лицевого апарату, рівень якості життя значно покращується [119]. Цю думку також поділяють і переважна кількість батьків зазначених пацієнтів, серед яких проводилось опитування [175, 202].

Ортопедичне лікування, значною мірою, здатне змінити (переважно покращити) якість життя. Незважаючи на те, що методи виготовлення і якість ортопедичних конструкцій постійно вдосконалюються, останні час від часу потребують заміни [74].

Застосування протезування на імплантатах як інноваційного компоненту хворих із ВНВГП дозволяє значно швидше досягнути успішного ефекту і покращення якості життя [164].

Після завершення ортопедичного лікування (особливо повторного) доцільно додатково застосувати окремі методи фізіотерапевтичного лікування [51].

За даними досліджень Ward, J.A., et al (2013 p.), наявність ВНВГП значно знижує загальну якість життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, функціональним самопочуттям та соціально-емоційним самопочуттям у дітей та підлітків. Негативний вплив ВНВГП є більший у 15 - 18-річних, ніж у молодших вікових групах [214].

Оцінка якості життя до ортопедичного лікування, за даними Веденевої Е.В. (2010), є більш вимогливою у пацієнтів вікової категорії (від 41-50 років) ніж у хворих молодших за них вікових груп (21-30 років і 31-40 років) [10, 120].

Слід зауважити, що пацієнти з вродженими дефектами та деформаціями зубощелепної системи часто представляють населення, що характеризується низькими доходами, зокрема, купівельною спроможністю та соціальними стандартами життя, тому результати отримані при дослідженні якості їх життя можуть суттєво відрізнятися від аналогічних показників більш заможних прошарків населення [137].

Показники якості життя доцільно використовувати для планування і визначення необхідних обсягів та методів стоматологічного лікування, прогнозування та комплексної оцінки його результатів [13].

1.2. Особливості довговічності постійних ортопедичних конструкцій у хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння

Тривалість часу протягом якого постійні конструкції здатні успішно відновлювати втрачені функції (до їх заміни) може служити критерієм їх клінічної ефективності і позначатися як їх виживаність, що є одним із факторів, який впливає на якість життя пацієнтів [109], як і частота, і причини їх заміни [160, 169]. Проблему вивчення довговічності (виживаності) зубних конструкцій слід розглядати в контексті вибору адекватних матеріалів та технологій, які застосовуються для їх виготовлення, анатомічного та функціонального стану зубощелепної системи після попередніх операційних втручань та інформованості пацієнтів щодо основних моментів їх експлуатації (у тому числі, дотримання належної гігієни порожнини рота) та інших факторів, пов'язаних з прогнозом та довгостроковою економічною ефективністю [116, 125, 206].

На сьогодні недостатньо довготривалих клінічних досліджень, у яких повідомляють про показники виживаності (зношуваності) різних типів

ортопедичних конструкцій у хворих із ВНВГП. Поглиблене вивчення цього питання залишається актуальним з огляду на складнощі лікування хворих, які змушені протягом тривалого часу (від підліткової аж до старших вікових груп) звертатися за ортопедичною реабілітацією [160, 169].

При протезуванні хворих з ВНВГП стоматологи повинні враховувати різні фактори вибору матеріалів для створення конструкції, при цьому довговічність матеріалів є одним з найважливіших критеріїв. На думку Palmqvist et al [179], тип стоматологічного матеріалу, що застосовується для виготовлення постійних конструкцій являється найбільш критичним фактором, що впливає на необхідність заміни цих конструкцій у процесі експлуатації, а отже, і на виживаність їх [179, 200]. Однак інші вважають, що не лише тип матеріалів впливає на тривалість експлуатації окремих видів конструкцій, а також залежить і від інших факторів, передовсім, особистих звичок пацієнта та вміння і майстерності стоматолога [104]. Крім того тривалість використання визначається як видом застосованої постійної конструкції, так і іншими факторами: зокрема кількістю протезних одиниць у ній [116, 140], і від виду і якості виготовлення опорних коронок [218].

Наприклад, окремі дослідження показують, що рівень 10-ти річної виживаності постійних металокерамічних мостоподібних конструкцій становить 92%, а рівень 15-ти річних 75%, у той час як 5-ти річний рівень виживаності суцільнокерамічних конструкцій становить 89% [198].

Іншими дослідженнями, Sailer, I., & Hämmeler, C., при вивченні термінів експлуатації (виживання) «цирконієво-керамічних» незнімних конструкцій, встановлено, що показник 4-річного виживання становить 100%, при цьому ніяких суттєвих пошкоджень протезів не виявлено [193]. Подібних результатів досягли Sasse, M., Kern M., (2013) з показником 5-річного виживання 100% при дослідженні результатів виживання «цирконієво-керамічних» незнімних конструкцій [196].

Van Heumen C., Tanner J., Van Dijken J. et al, досліджували терміни експлуатації (виживання) часткових незнімних конструкцій серед пацієнтів з

Нідерландів, Фінляндії і Швеції. Дослідження віддалених результатів розпочинали після 4,5 років експлуатації, з періодичністю 1-2 роки після цього. Показники 5 річного виживання становили 77,5% [210]. У дослідженнях А.К. Иорданишвили зі співавторами, терміни користування незнімними зубними протезами коливалися від 6 місяців до 5 років [24].

Не менш важливе значення надається клінічному стану опорних зубів, залежно від їх вітальності або девіталізації (за умови якісного лікування кореневих каналів). За даними De backer H at all (2007) для незнімних конструкцій 20-річне виживання становило 77,4% з вітальними опорними зубами, на противагу використання в якості опори хоча б 1 девіталізованого зуба суттєво знижує показники виживання (до 56,7%) [133].

У процесі лікування хворих, лікарям стоматологам-ортопедам доводиться проводити періодичну заміну та поновлення ортопедичних конструкцій. Необхідність цих дій зумовлена різними причинами [143]. Чергова заміна може бути викликана внаслідок різноманітних ускладнень (біологічних і технічних), причини і види яких розглядатимуться нижче. Заміна ортопедичної конструкції внаслідок зношування, а також виникнення різноманітних ускладнень супроводжується значними матеріальними і фінансовими витратами, які покладаються на пацієнтів. Ось чому лікарі ортопеди повинні бути ознайомлені із середніми термінами тривалості експлуатації різних ортопедичних конструкцій, а також інформувати про це пацієнтів, особливо про правила їх належного використання, зокрема дотримання гігієни порожнини рота [169].

Наприклад, у дослідженні Казанского М.Р. (2013) встановлено наявність прямого кореляційного взаємозв'язку, середньої та високої сили, між рівнем гігієни порожнини рота і станом тканин пародонта у пацієнтів, що користуються ортопедичними конструкціями [25].

За результатами досліджень зв'язку між тривалістю виживання конструкцій та гендерними даними пацієнтів більшістю авторів не встановлено суттєвої відмінності у термінах виживання постійних конструкцій між пацієнтами чоловічої і жіночої статі [125, 183].

Ці висновки також були підтверджені дослідженнями С. van Heumen et al, S. Kimoto et al 2013, які вважають, що довговічність протезів не стільки залежить від статі пацієнта, як від виду матеріалів, що застосовуються і виду конструкцій [156, 211].

Добре продуманий план лікування є дуже важливим для досягнення позитивного результату реабілітації, і є запорукою довготривалого показника виживання [173].

Бровко В. В. [8] аналізуючи імовірність «виживання» протезів протягом п'яти років користування в різних вікових групах, за методом Каплана-Мейєра, встановив, що індекси виживання достовірно відрізняються між собою і становлять: для пацієнтів, які отримали протези у віці 31-35 років - 81,2%, для пацієнтів, які отримали протези у віці 51-55 років - 73,8%.

1.3. Ускладнення, які виникають у процесі ортопедичної реабілітації стоматологічних хворих

Відповідно до визначення даного Трезубовым В.Н. зі співавторами [86], «ускладнення - це патологічний процес (стан), патогенетично пов'язаний з основним захворюванням, що не формує якісно відмінні від його головних проявів клінічні синдроми, морфологічні та функціональні зміни». На думку авторів вони можуть бути зумовлені діагностичними та лікувальними маніпуляціями.

Поряд з цим дещо інше трактування ускладнень ортопедичного протезування дали С.Ю. Максюков із співавторами [45], які під ускладненням розуміють «розвиток патологічних процесів, обумовлених ортопедичним лікуванням або тривалим використанням протезів, що вимагало повторного лікарського втручання для корекції ситуації, що склалася». Натомість «якщо відхилення від нормального функціонування протеза не вимагало активного лікарського втручання і не приносило шкоди здоров'ю, то це розглядалося як

недолік лікування». Крім того ними запропоновано поняття «дефект протезування», тобто «порушення функціонування протезів при їх використанні через їх неправильні конструкційні особливості, що тягло за собою необхідність корекції або заміни ортопедичної зубощелепної конструкції».

Суттєвим чинником, який впливає на довговічність конструкцій, а отже, і на якість життя, є ускладнення [184, 208], які можуть виникати в процесі тривалої ортопедичної реабілітації [195] із застосуванням тимчасових і постійних конструкцій.

Ці ускладнення як правило можуть виникати як збоку порожнини рота, де розміщений протез, так і збоку самої конструкції, що як правило зумовлено недоліками при її виготовленні або в результаті неправильної експлуатації протеза.

За даними Sudarshan R et al [204], одними з найбільш небезпечних ускладнень протезування з боку порожнини рота у пацієнтів з частковою втратою зубів, а також беззубих, є наступні: резорбція кістки, яка проявляється у змінах її маси і структури; травматичні виразки, причиною яких найчастіше є зубні протези з надлишково вираженими краями; незбалансованою оклюзією, екзостози, а також гіперплазії (фіброзна і запальна папілярна гіперплазія), що виникають унаслідок застосування конструкцій. Ними ж описані ускладнення, які пов'язані з опорними зубами протезів, переважно через первинний або рецидивуючий карієс, перирадикулярні ураження, що розвиваються у вітальних зубах, а також ті, що розвиваються внаслідок дефектів попереднього ендодонтичного лікування, періодонтити та переломи кореня.

Під час експлуатації різних конструкцій можуть виникати протезні стоматити та інші [22, 148, 167] хронічні запальні процеси інфекційного генезу; порушення функції щелепнолицевої ділянки з її анатомо-фізіологічними змінами [149, 172]; біомеханічні і технічні ускладнення, які найчастіше зумовлені неправильним виконанням протезів; ускладнення, пов'язані з використанням тих чи інших матеріалів; злами елементів конструкцій, які характерні для знімних протезів; естетичні ускладнення [176, 185]; ускладнення внаслідок попередньої

імплантації та наступного протезування, а саме: переімплантити, інфекційні ускладнення у зв'язку із постановкою імплантатів, недостатність належної остеоінтеграції, злами імплантатів [186]; ускладнення пов'язані з порушеннями та недоліками в різних системах кріплень протезів [124].

З метою запобігання вищезазначених ускладнень Preoteasa E et al, рекомендують проводити заміну ортопедичної конструкції кожні 5 років [176, 186].

Sakarer S et al, відзначають, що одними з найбільш частих ускладнень з боку ортопедичних конструкцій є порушення та недоліки в різних системах кріплень [124].

Цілеспрямоване вивчення виживання ортопедичних конструкцій та оцінка якості життя пацієнтів, які ними користуються, дає змогу також своєчасно виявляти різні ускладнення. Детальне вивчення ускладнень та їх причин слід проводити із застосуванням інтраоральних камер і рентгенологічних методів контролю, зокрема комп'ютерної томографії, за допомогою яких можна виявляти ушкодження окремих частин протезів та характерні ускладнення з боку органів порожнини рота внаслідок їх експлуатації. Корисними ці методи є також і для діагностики можливої атрофії кісткової тканини. Відомо, що за наявності дефектів зубного ряду, з приводу яких проводиться протезування, відбувається зменшення механічного навантаження на кісткову тканину і, як наслідок прогресування атрофії [96].

Прикладами такого цілеспрямованого обстеження стану органів і тканин порожнини рота та ортопедичних конструкцій можуть бути наступні дослідження. I. Sailer et al, у процесі вивчення виживання цирконієвих конструкцій оцінювали глибину зондування пародонтальних кишень, рівень рухомості зубів, індекс зубного нальоту, ступені кровоточивості ясен після зондування, наявність вторинного карієсу, розцементування конструкцій та розкол облицювальної кераміки, а також подібні дослідження інших авторів [191, 192, 194, 197].

У дослідженні S. Bhandari [112], після 10 років спостереження у 9-ти осіб з однобічними незрощеннями верхньої губи і піднебіння, яким були встановлені незнімні ортопедичні конструкції з опорою на власних зубах, було виявлено пошкодження у 3-х випадках: розкол облицювальної кераміки після 10 років експлуатації, злами конструкцій через 3 роки та переломи протезів унаслідок зовнішніх травм через 2 роки.

За даними авторів Al-Imam, H. et al. [105] при лікуванні хворих частковими знімними зубними протезами, ускладнення (переважно стоматити) виявлено у 65 хворих з 83 частковими знімними протезами (48 верхніх, 35 нижніх).

У процесі динамічного спостереження за станом протезів, можна виявити різноманітні вади та пошкодження цих конструкцій, A. Raigrodski et al [188], через 3 роки після фіксації незнімних конструкцій на основі діоксиду цирконію, дійшли висновку, що дані конструкції можуть служити альтернативою металокерамічних незнімних протезів у фронтальній та бічних ділянках, у яких часто виявляють сколи облицювальної кераміки після 3-річної експлуатації, що зумовлює необхідність їх заміни.

Запобігання, вчасне виявлення та лікування, як правило значно підвищує якість життя, а отже, і успішний прогноз та відчуття задоволеності у пацієнта [24, 52, 185, 207].

Вищезазначені автори дійшли висновку, що тільки періодичні огляди протезованих пацієнтів можуть забезпечити «своєчасну профілактику та усунення недоліків зубного протезування на різних його етапах, а також сприятиме реалізації принципу закінченості лікування» [24].

Для позначення певного виду ускладнень Трезубовым В.Н. зі співавторами [86], запропоновано поняття «клінічні ускладнення» (тобто, «істинні ускладнення» і наслідки необережного користування протезами).

Михальченко Д.В. і співавтори [49], при дослідженні наслідків ортопедичного лікування різними знімними конструкціями також визначали їх такий перелік.

На думку В.П. Неспрядько зі співавторами [54], слід розрізняти клінічні і технологічні ускладнення, які можуть виникати при експлуатації різних видів незнімних ортопедичних конструкцій, причини яких часто зумовлені недоліками їх виготовлення. Часто ці ускладнення призводять до необхідності зняття конструкції і призначення адекватного лікування. Найбільш поширеними причинами цього можуть бути: запальні процеси слизової оболонки в області коронок при розцементуванні, карієс і висока рухливість опорних зубів, раннє протезування після видалення зубів; необґрунтований вибір конструкцій і матеріалів для них; недотримання етапності лікування; тактичні і маніпуляційні помилки при препаруванні опорних зубів, а також помилки, які через невідповідність рівня кваліфікації як лікаря стоматолога-ортопеда так і зубного техника до потреб сучасних технологій протезування.

Запальні зміни збоку слизової порожнини рота на думку Михальченко Д.В. і співавторів можуть носити адаптивний характер і бути пов'язаними із активацією механізмів природженого імунітету, на етапах ортопедичного лікування, що проявляється зміною імунологічних показників ясеної і ротової рідин (IL-8, TNF- α , IFN-g). Динаміка змін зазначених імунологічних показників може служити одним з головних критеріїв якості проведеного ортопедичного лікування. В окремих випадках запальні зміни можуть свідчити і про наявність гіперчутливості до певних матеріалів ортопедичних конструкцій і це вимагає застосовувати індивідуальний підбір матеріалів [49].

Слід розрізняти ускладнення та інші порушення, що виникають як після первинного так після повторного протезування. Так після повторного протезування бюгельними і частковими пластинковими конструкціями ті ж Михальченко Д.В. зі співавторами [49] встановили, що ускладнення розвивалися в 25,7%, недоліки протезування - у 22,9%, а дефекти - у 20% випадків. При повторному протезуванні пластинковими протезами ускладнення ортопедичного лікування розвивалися в 83,6%, недоліки - у 61,2%, а дефекти - в 71,6% спостережень.

Бровко В.В. [8] досліджуючи причини зняття та заміни ортопедичних конструкцій встановив, що найбільш частою причиною зняття протезів у пацієнтів є ускладнений карієс (38,8% випадків), в тому числі такий, що спричинив руйнування і перелом опорного зуба, а також поєднаний з карієсом сусіднього зуба. На другому місці за частотою виявилися естетичні порушення, що обумовили рішення пацієнта замінити протез (27,7%). Крім того вагоме значення мали переломи каркаса або відколи облицювання протеза, проблеми з фіксацією, розцементування, ускладнення карієсу, алергія, пародонтити, естетичні порушення, та проблеми з СНЩС.

Важливе значення приділяється щодо профілактики ускладнень при тимчасовому протезуванні штучними коронками виготовленими безпосередньо у порожнині рота [32].

Розвитку алергії сприяє вираженість електрохімічних процесів (корозії) в порожнині рота, що залежить від структури сплавів, різномірності металів, температурних режимів при виготовленні конструкцій, особливостей хімічного складу слини та інших факторів. Враховуючи можливість виникнення алергічних реакцій на етапі планування ортопедичного лікування, необхідно ретельно збирати алергологічний анамнез з огляду на те, що більшість сучасних стоматологічних матеріалів можуть містити сполуки, які здатні викликати алергію на них. Лікар зобов'язаний передбачити ці ускладнення і за необхідності вжити заходів для їх запобігання [79].

Луцкая И.К. зі співавторами [38] виявили, що 54,1% зубів уражених карієсом до покриття штучною коронкою були інтактними перед первинним та повторним протезуванням.

За даними низки авторів, Горшикова М.А. і співавтори [18] та Жадько С.И. зі співавторами [20], вважають, що ортопедичні конструкції призводять до значного підвищення рівня загального мікробного обсіменіння ротової рідини, а вибіркоче накопичення найбільш агресивних мікроорганізмів на протезних конструкціях може призводити до порушення мікробіоценозу порожнини рота і розвитку ускладнень запального характеру після протезування.

У пацієнтів із дефектами зубних рядів внаслідок різних причин може формуватися заниження міжальвеолярної висоти [46].

Негативний вплив незнімних ортопедичних конструкцій на крайовий пародонт відзначали багато дослідників [19, 23]. Найбільш частими ускладненнями при виготовленні металокерамічної конструкції є розвиток патологічного процесу в крайовому пародонті у вигляді гінгівітів, пародонтитів та рецесії ясен [75, 80].

Імовірність розвитку певних ускладнень після протезування у значній мірі залежить від стану опорних зубів у залежності вітальні вони чи девіталізовані [16, 40]. У випадку опорних девіталізованих зубів, при виборі незнімної ортопедичної конструкції, змінюються пружні властивості пародонтального комплексу і зменшується його стійкість до жувального навантаження [93].

Одним із ускладнень після ортопедичного протезування є виникнення гальванозу [27, 28, 29, 84].

Ускладнення після протезування на думку Р.К. Собир зі співавторами [82] часто виступають також як результат певних лікарських помилок, що трапляються від моменту підготовки до протезування і аж до фіксації конструкції в порожнині рота.

Отже підсумовуючи вищенаведене, можна стверджувати, що для тривалої експлуатації ортопедичних конструкцій, які використовуються в процесі ортопедичної реабілітації хворих із ВНВГП, потрібно застосувати адекватні досконалі методи виготовлення та адекватні до цих методів матеріали, оскільки це запобігає багатьом передчасним ускладненням при їх експлуатації, зокрема втраті ретенції, змінам слизової оболонки порожнини рота, проблемам, пов'язаним з утриманням, підтримкою та втратою стійкості після фіксації протеза в ротовій порожнині, зламам коренів опорних зубів, а також запобігає відчуттям дискомфорту і болю, проблемам з мовленням та зовнішнім виглядом [114, 178, 205].

Виникнення цих небажаних ускладнень суттєво впливає на якість життя пацієнтів та відчуття ними задоволення після проведеного лікування [185].

1.4. Роль та значення відношення оклюзійних співвідношень у процесі протетичного лікування хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння

Реабілітація хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння починається від дитячого і продовжується до дорослого віку і є однією із найскладніших проблем сучасної ортопедичної стоматології. Одним із ключових моментів цього багатоетапного процесу є діагностика оклюзійних співвідношень до і після протетичного лікування [113, 170].

Сагітальні аномалії прикусу часто супроводжуються значними змінами оклюзійних співвідношень зубощелепної системи, що суттєво впливає на якість життя пацієнтів [36, 50].

Протягом ортопедичної реабілітації хворих із зубощелепними деформаціями часто виникає необхідність зміни співвідношення зубних рядів і щелеп. Оптимальні оклюзійні співвідношення відіграють особливу роль щодо якості відновлення зубних рядів, оскільки саме вони формують основу функціональної діяльності зубощелепного апарату, забезпечують умови для функціонування жувальних м'язів і скронево-щелепних суглобів, покращують якість життя. Для покращення результатів ортопедичного лікування пацієнтів необхідно проводити контроль оклюзійних співвідношень на всіх етапах лікування, а результати зберігати, порівнювати й аналізувати [5, 21, 36, 37, 70, 72, 88, 123, 165, 199, 215].

Для визначення контактів під час змикання зубів (оклюзії), оклюзійного аналізу в порожнині рота і на моделях використовують оклюзійну фольгу, копірувальний папір, оклюзійний силікон, віск (оклюдограма), оклюзійну плівку, артикуляційний папір різної товщини і кольору [21, 30, 70, 165, 199, 215].

Сучасна стоматологія володіє різними методами для дослідження міжоклюзійних співвідношень зубів і щелеп. Нині об'єктивним критерієм оцінки

оклюзії стало застосування комп'ютеризованого аналізу оклюзії за допомогою T-Scan, який проте має певні застереження [36, 47, 55, 87, 88, 151, 155]. Більшість методів реєстрації оклюзійних контактів дозволяють отримати якісні і кількісні характеристики. Для визначення кількісних характеристик контактів застосовуються комп'ютерні програми, які не завжди можуть бути доступними для пацієнтів з недостатнім рівнем доходів [21, 137], а особливо у хворих з наявними зубощелепними аномаліями як ВНВГП.

1.5. Роль та значення профілометрії обличчя для контролю за зміною цефалометричних параметрів у процесі протетичного лікування хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння

Важливу роль у діагностиці щелепно-лицевих аномалій у осіб, в яких вивчається якість життя, що пов'язана зі станом здоров'я порожнини рота відіграють цефалометричний аналіз, зокрема бокова телерентгенографія (ТРГ). Цей метод дозволяє уточнювати локалізацію та вид аномалій, з'ясовувати співвідношення м'якотканинних і кісткових структур у порівнянні з нормальними співвідношеннями [85].

У даний час існує понад 100 різних методик оцінки та аналізу телерентгенограм [128]. Найбільш уживані та розповсюджені з них є методики Schwarz A.M., Ricketts R.M., Viken Sassouni, Tweed C.H., Witwatersrand, Harvold E.P., Joseph Jarabak, Burstone C.J., Slavicek R., Karine T., Downs W.B., Steiner C.C., McNamara J., Bjork A. та інші [77, 99, 100, 101, 102, 103].

ТРГ кісток лицевого скелета часто використовуються для диференційної діагностики при ортодонтичному та ортопедичному лікуванні у хворих з аномаліями прикусу, в тому числі при вроджених аномаліях [14, 31, 34, 53, 126, 127, 139].

В останній час простежується стійка тенденція від зміщення пріоритетів діагностики твердих тканин лицевого скелета до оцінки м'яких тканин профілю

обличчя методом фотометрії, що пов'язано зі зростаючим естетичним попитом пацієнтів і розвитком технологій, які дозволяють цей попит задовільнити [12, 41, 48, 141].

В той же час дослідження обличчя, у результаті якого може бути здобута цінна інформація щодо форми і структури обличчя, дозволяє запобігти вибору ортодонтичних, хірургічних і ортопедичних необрунтованих лікувально-діагностичних заходів, які впливатимуть на діагноз, план та результат лікування. Аналіз профілю обличчя і фотостатичний аналіз служать для аналізу клінічної картини пацієнта до і після лікування, яка може суттєво впливати на якість життя [15, 33, 43, 56, 187].

Результати цих досліджень наочно підтверджують цінність та практичне значення методів аналізу профілометрії, вони зручні як для наукових досліджень, так і для практичної роботи при аналізі будови лицевого скелета, адже дозволяють диференціювати саме порушення розвитку обох щелеп, відтак оцінити пропорційність будови нижньої частини обличчя та підібрати адекватний мультидисциплінарний план протетичного лікування при його вроджених аномаліях [6, 31, 135, 146].

1.6. Висновки до розділу 1

1. Проведено аналіз джерел науково-медичної інформації щодо оцінки віддалених результатів операційного лікування дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння та деформаціями і дефектами зубощелепного комплексу з оцінкою їх відношення до якості життя.

2. Визначено, що існує високий ступінь незадоволеності рівнем якістю життя у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння пов'язаний з низкою естетичних і функціональних порушень у зубощелепному комплексі, що потребує їх вирішення шляхом ортопедичної реабілітації.

Основні положення розділу висвітлені у наступних публікації:

1. Олійник, М. Ю. (2019). Оцінка якості життя хворих з уродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх реабілітації (огляд літератури). *Клінічна стоматологія*, (1), 25–32. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2019.1.10144> [68].

РОЗДІЛ 2.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Дослідження проведено на кафедрі ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету з дотриманням морально-етичних норм, у відповідності до принципів Гельсінської декларації, Конвенції ради Європи про права людини і біомедицину, ІСН GCP та чинних нормативно-правових актів України і затверджено комісією з питань етики наукових досліджень, експериментальних розробок і наукових творів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол №4 від 23 квітня 2018 р.).

Загалом обстежено 56 хворих у віці від 16 до 48 років з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після завершення всіх операційних втручань на верхній губі і піднебінні (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Розподіл обстежених хворих за віком і статтю з ВНВГП.

Вік (роки)	Вид незрощення								Загалом	
	Лівобічні		Правобічні		Двобічні		Всього			
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж	п	%
15-19	7	4	7	1	6	2	20	7	27	48,2
20-25	3	4	2	4	4	2	9	10	19	34
26-30	1	1	0	0	1	1	2	2	4	7,1
31 і >	0	0	1	1	2	2	3	3	6	10,7
Всього	11	9	10	6	13	7	34	22	56	100,0

Із них завершено ортопедичне лікування дефектів і деформацій

Таблиця 2.2.

Розподіл хворих за видами незрощення і віковими групами за Ф.Я. Хорошилкиной (n=37)

Вікові групи	Вид незрощення												Всього			
	Правобічне				Лівобічне				Двобічне							
	Стать				Стать				Стать				Стать			
	ч	ж	Разом		ч	ж	Разом		ч	ж	Разом		ч	ж	Разом	
			п	%			п	%			п	%			п	%
13-18 років. Формування постійного прикусу	2	1	3	8,11	4	1	5	13,51	2	1	3	8,11	8	3	11	29,73
19-24 років. Доформовування постійного прикусу	4	3	7	18,92	2	1	3	8,11	7	0	7	18,92	13	4	17	45,95
Більше за 24 роки. Сформований постійний прикус	1	0	1	2,7	2	1	3	8,11	2	3	5	13,51	5	4	9	24,32
Всього	7	4	11	29,73	8	3	11	29,73	11	4	15	40,54	26	11	37	100,0

зубощелепної системи методами ортопедичної реабілітації у 37 хворих віком від 17 до 42 років (табл. 2.2).

Всього у процесі ортопедичної реабілітації виготовлено 7 поодиноких штучних коронок, 15 мостоподібних конструкцій, 27 шинуючих мостоподібних конструкцій з моделюванням штучних ясен, 10 комбінованих (незнімна + знімна конструкції) складних мостоподібних протезів з фіксуючими елементами для фіксації знімних протезів з об'ємним моделюванням їх базису.

2.2. Клінічні методи обстеження

Діагностика аномалій, деформацій та дефектів зубощелепної системи здійснювалися на підставі даних клінічного обстеження, вимірювання діагностичних моделей щелеп, рентгенологічних, функціональних та інших додаткових методів обстеження.

Клінічні методи діагностики є основними, які дають можливість виявити суть патології. При клінічному обстеженні хворого з'ясовували його скарги та анамнез хвороби, а саме час операційних втручань, їх послідовність і характер, повторні операції, чи проводилося ортодонтичне та ортопедичне лікування, де і коли, його результати тощо. Проводили обстеження обличчя, щелеп та порожнини рота. Звертали увагу на симетричність та пропорційність обличчя, наявність рубців чи інших деформацій (носа, верхньої губи, пересінку рота), кількість зубів та їх розташування, наявність адентії або аномалії в ділянці незрощення, ступінь та амплітуду відкривання рота, характер прикріплення вуздечок губ та язика, співвідношення між верхньою і нижньою щелепами, прикус. Детально обстежували тверде та м'яке піднебіння, на предмет виявлення прихованих післяопераційних дефектів. Отримані результати заносили в опрацьовану «Карту обстеження хворого з вродженими незрощеннями верхньої губи та/або піднебіння» (Додаток Б).

Різноманітність морфологічної будови щелепних кісток у поєднанні з індивідуальними особливостями будови обличчя, створюють труднощі при візуальному обстеженні на предмет виявлення ознак, що відрізняють норму від патології і визначають аномалію. У зв'язку з вищезазначеним, здійснювали додаткові об'єктивні методи обстеження. Одним із них є метод вивчення діагностичних моделей щелеп.

Також, при клінічному обстеженні всіх хворих обов'язковою була панорамна рентгенографія для визначення:

- наявності або відсутності ретенуваних і надкомплектних зубів, їх кількість;
- наявності дефектів верхньої щелепи, їх розташування;
- неспівпадіння серединної лінії між медіальними верхніми і нижніми різцями;
- нахилу зубів, що обмежують дефект в ділянці незрощення

За клінічними показаннями додатково призначалася 3D комп'ютерна рентгенографія. На зображеннях визначалися лінійні розміри анатомічних структур, контури верхньощелепного синуса. Оцінювалася структура кістки, ступінь вираженості остеопорозу, атрофія, наявність деструктивних змін кістки, стан наявних зубів, їх прогноз, повітряність верхньощелепних синусів, патологічні процеси в синусах. Після детального вивчення і аналізу проводилося 3D графічне комп'ютерне моделювання верхньої щелепи.

2.3. Визначення зубощелепних деформацій за діагностичними моделями

У зв'язку з клінічним виявленням у обстежених пацієнтів з ВНВГП недорозвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи у сагітальному напрямку та суперечливими даними літератури про формування зубних дуг у хворих з однобічними та двобічними ВНВГП у ділянці премолярів і молярів, за діагностичними моделями визначалася загальна сагітальна довжина зубних дуг,

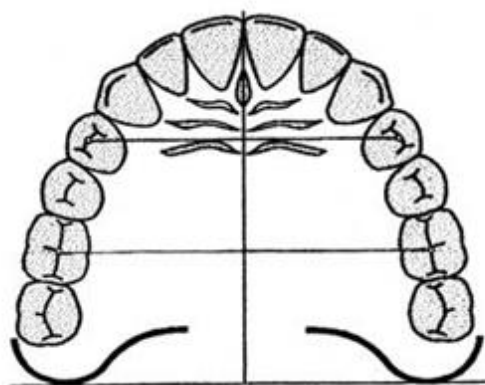


Рис. 2.1. Визначення пропорційності та симетрії зубного ряду верхньої щелепи за вихідними лініями для співставлення симетрії

яка вимірювалася від контактних точок на вестибулярній поверхні ріжучих країв центральних різців до точки перетину до горизонтальної лінії, що з'єднувала дистальні поверхні перших молярів (рис. 2.1, 2.2).

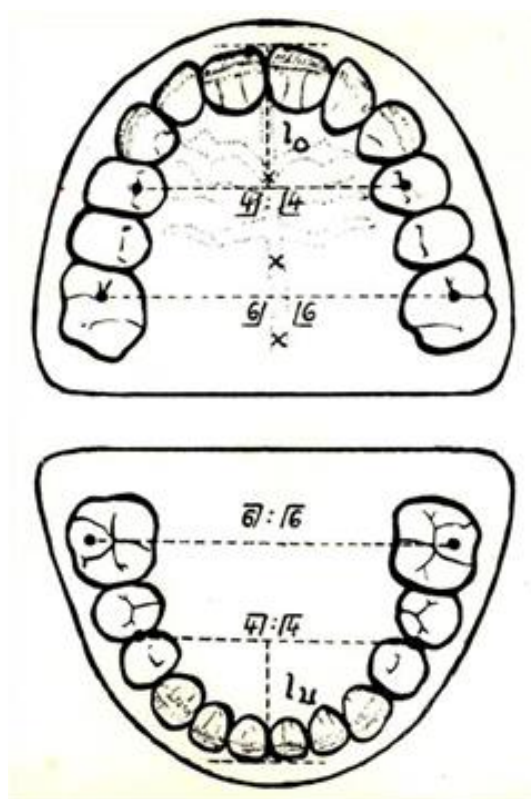


Рис. 2.2. Вивчення моделей щелеп за методами А. Pont та G. Korkhaus

2.4. Визначення кількості оклюзійних контактів до і після ортопедичної реабілітації

Для визначення оклюзійних контактів та їх кількості застосовані пластинки бюгельного воску («Віск бюгельний-02») товщиною 0,3 мм. Оклюзійні контакти визначалися до лікування і після завершення ортопедичного лікування (рис. 2.3).

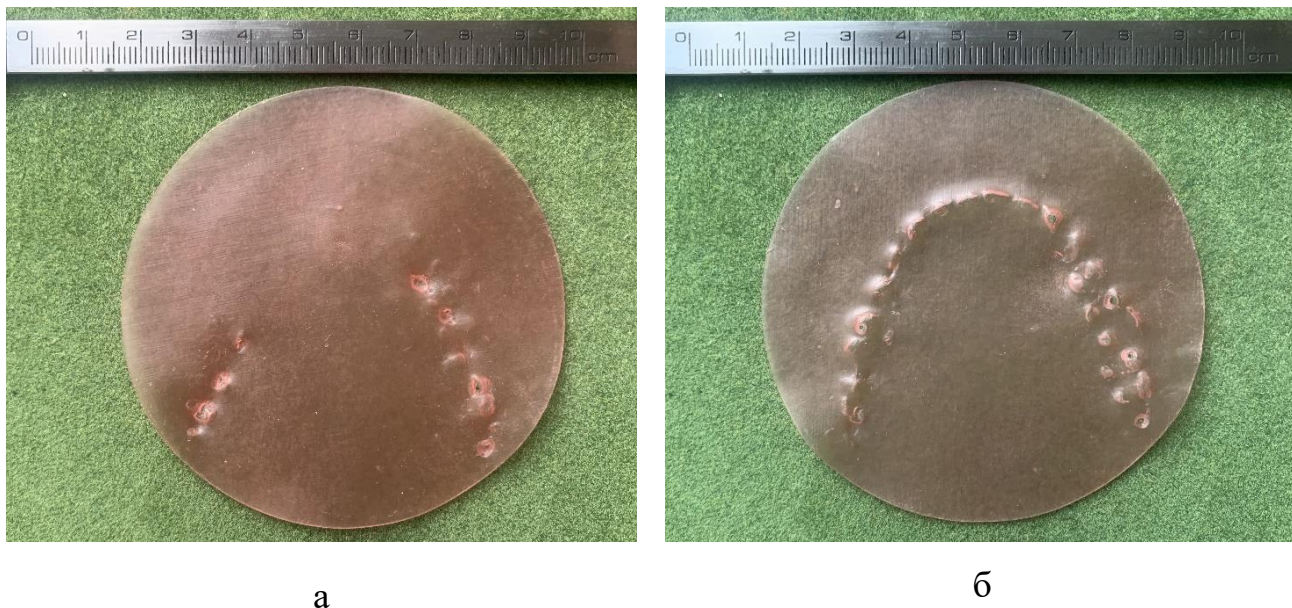


Рис. 2.3. Оклюзійні контакти: а) до лікування; б) після лікування

Підрахунок кількісних значень оклюзійних контактів відбувався як за кількістю контактів окремих зубів, так і за загальною кількістю наявних контактів, які визначені на восковій пластинці (контакти зубів фіксувались за наявними перфораціями на ній).

2.5. Рентгенологічні методи дослідження

Рентгенологічні методи дослідження включали вивчення дентальних близькофокусних рентгенограм зубів і ортопантограм щелеп, за показаннями конусно-променевою комп'ютерну томографію із 3D відтворенням, телерентгенографію.

Ортопантомограми щелеп отримували на апараті «Veraviewepocs X-550» фірми Morita (Японія) стоматологічного медичного центру ЛНМУ імені Данила Галицького (рис. 2.4).

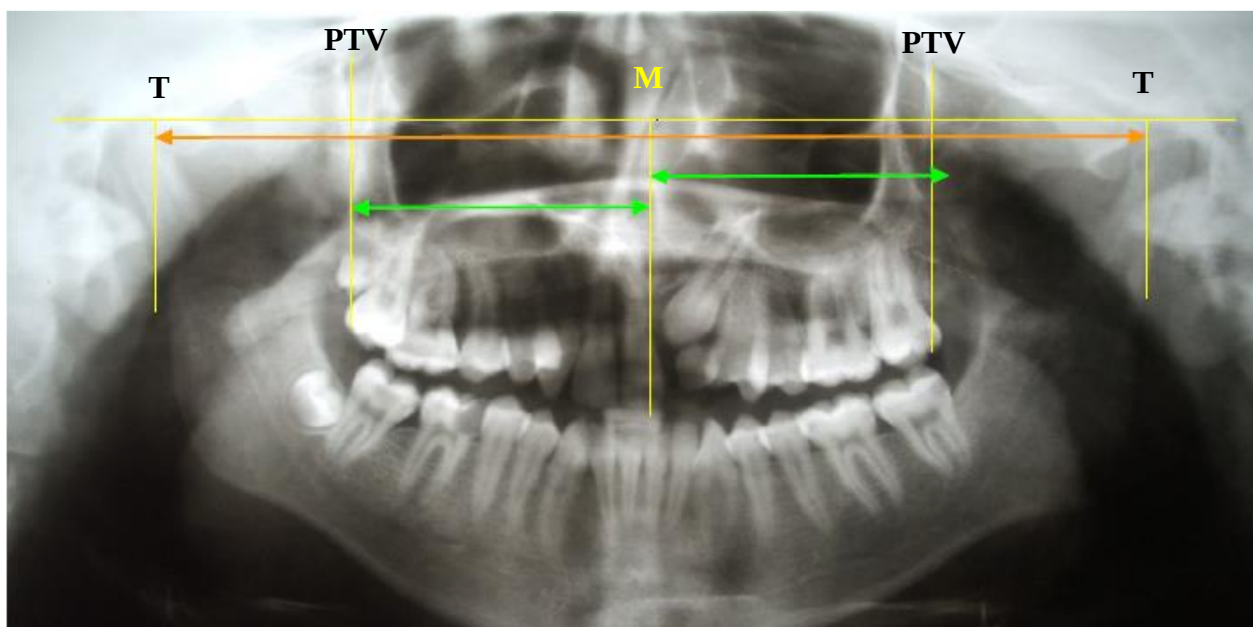


Рис. 2.4. Схема аналізу положення окремих зубів та дефектів верхньої щелепи пацієнтів за допомогою реперних ліній, які нанесені на ортопантомограмі

За ортопантомограмами визначали:

- наявність або відсутність ретенуваних і надкомплектних зубів, їх кількість;
- наявність дефектів верхньої щелепи, їх розташування;
- неспівпадіння серединної лінії між медіальними верхніми і нижніми різцями;
- нахил зубів, що обмежують дефект в ділянці незрощення

Телерентгенограми голови (ТРГ) у бічній проекції виконували вибірково у хворих зі значними деформаціями верхньої щелепи і прикусу на стаціонарному апараті «Veraviewepocs X-550» фірми Morita (Японія) стоматологічного медичного центру ЛНМУ імені Данила Галицького.

2.6. Фотостатичний аналіз профілю обличчя до і після лікування

Для аналізу клінічної картини профілю обличчя до і після ортопедичного лікування був обраний фотостатичний аналіз профілю обличчя за певними точками м'яких тканин (рис. 2.5).

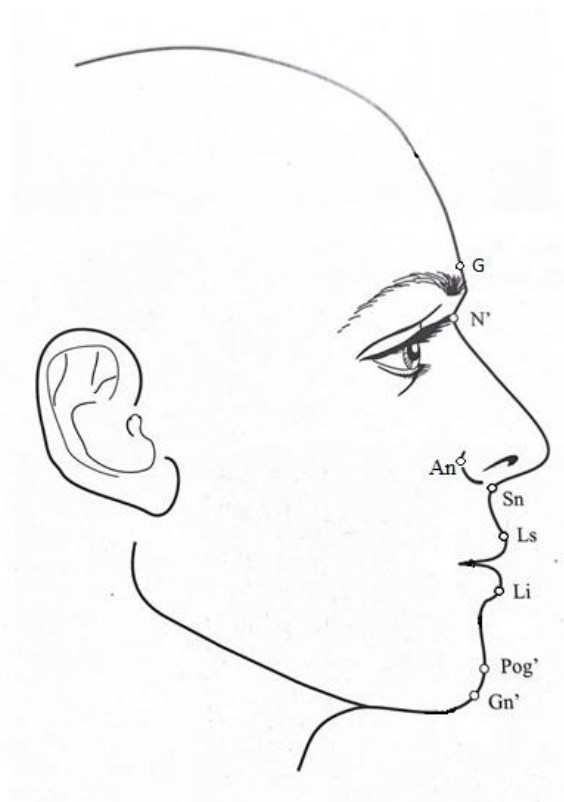


Рис. 2.5. Орієнтири на м'яких тканинах для фотостатичного аналізу профілю обличчя

Для проведення порівняльних вимірів кожному із 37-ми хворих із ВНГВП виконано фотографування обличчя в профіль, до і після ортопедичної реабілітації. Фотодокументування проводили із застосуванням фотокамери Sony DSC-T10, з масштабом 1:1.

Важливим був повтор знімків, таким чином, камеру встановлювали за 1 метр від хворого, паралельно середині тіла, голова орієнтована за франкфуртською горизонталлю, очі відкриті, погляд прямий, вушні раковини

відкриті, в момент фотозйомки пацієнт розміщувався в сидячому положенні, а в параметрах фотоапарату був застосований однаковий масштаб, що сприяло проведенню порівняльних вимірів даного хворого.

Для дослідження обрано:

- визначення пропорційності в ділянці передньої висоти обличчя (N-Sn-Gn);
- вимірювання носо-губного кута (C-Sn-UL) рис. 2.6 (а)
- проведення аналізу губ за Рікетсом (Rickets);

Також за власною методикою були визначені:

- кут увігнутості профілю (G-An-Pog'), для визначення якого взяті точки Glabella (G) – плавне підняття лобової кістки трохи вище перенісся, крило носа (Ala nasi - An), як стабільну точку до і після лікування і Pogonion - найбільш випуклу точку м'яких тканин підборіддя рис. 2.6 (а);

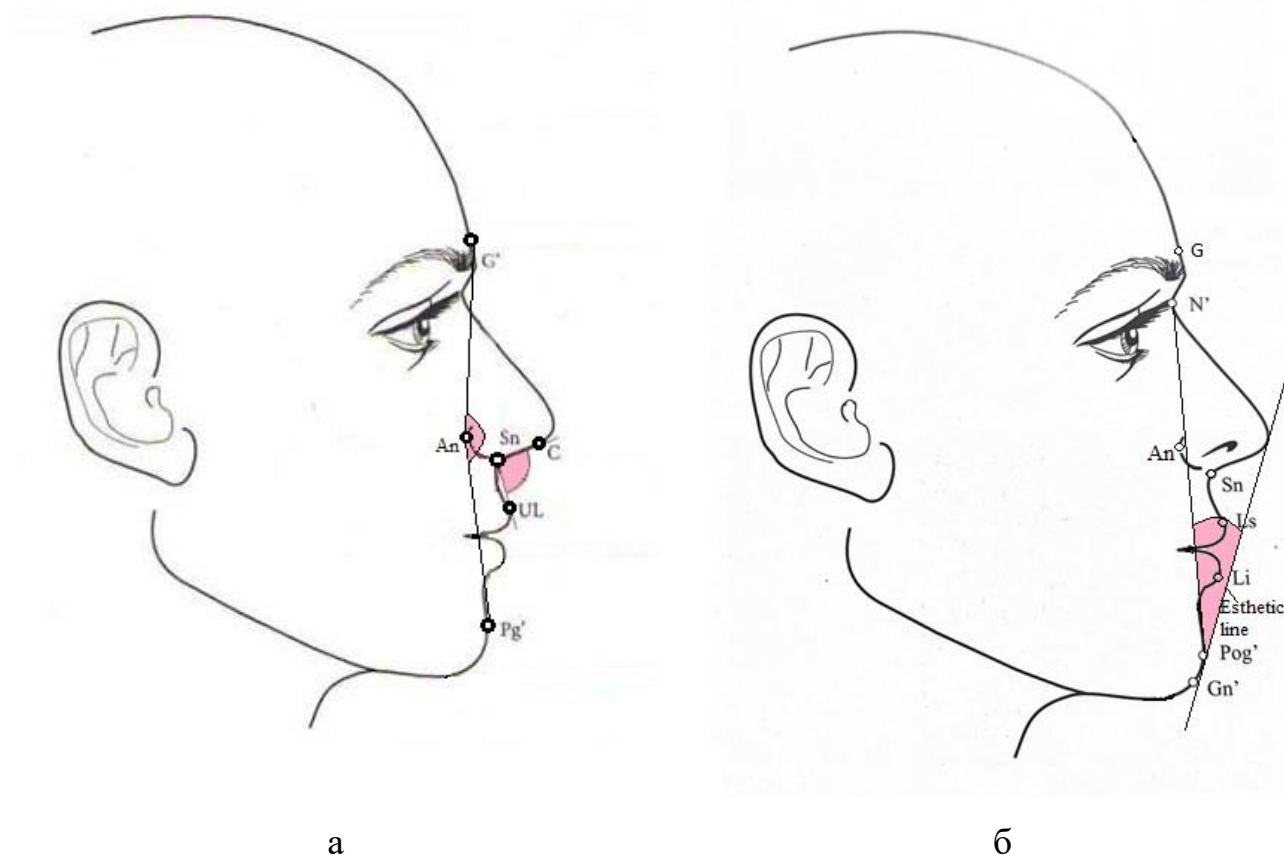


Рис. 2.6. а – Кути G-An-Pog' та C-Sn-UL; б – Кут N'-Pog'-E-line (б)

- кут між лінією, яка проходила через точку найбільшого заглиблення між лобом і носом (Nasion - N') і найбільш випуклу точку м'яких тканин підборіддя (Pogonion - Pog') і лінією Рікетса (esthetic line; e-line) рис. 2.6 (б);

Порівняльний розрахунок математичних параметрів профілю до і після ортопедичної реабілітації розраховувався у відсотковому співвідношенні.

2.7. Оцінка якості життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації

Оцінку якості життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, хворих з ВНВГП оцінювали у динаміці їх ортопедичного лікування з використанням валідизованої версії опитувальника ОНІР-14.

Опитувальник ОНІР-14 містить питання для оцінки параметрів якості життя по трьох основних блоках, пов'язаних зі стоматологічним здоров'ям:

- проблеми при прийомі їжі;
- проблеми зі спілкуванням;
- проблеми в повсякденному житті.

Перші два блоки містять по 5 питань, а в останньому 4 питання. На кожне запитання пропонується 5 варіантів відповідей, які кодуються за п'ятибальною шкалою: дуже часто – 4 бали, зрідка - 3 бали, зазвичай – 2 бали, майже ніколи – 1 бал, ніколи – 0 балів. Детальний вигляд і опис поданий у Додатку В.

Анкетування досліджуваних проводили індивідуально в окремій ізольованій кімнаті після ознайомлення їх з інструкцією щодо заповнення.

Оцінки тяжкості визначаються шляхом підсумовування порядкових відповідей на всі 14 пунктів та додатково з урахуванням наслідків, які зазнали "періодично" або "майже ніколи". Обсяг підсумовується для кожного учасника опитування за кількістю пунктів, про які повідомляється «досить часто» або «дуже часто».

Для оцінки результатів відповідей респондентів визначалася сума балів, у загальному і зокрема за конкретними шкалами, при цьому отримані результати можуть перебувати в діапазоні від 0 до 56. Отриманий результат від 0-14 балів свідчив про високий рівень якості життя обстежуваного; від 15-28 балів - про середній рівень якості життя; від 29 до 42 балів - низький рівень. Результат понад 42 бали свідчив про дуже низьку якість життя пацієнта.

2.8. Статистичні методи аналізу

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з дотриманням принципів статистичного аналізу медичних даних [39, 76].

Основна математична обробка виконувалась на персональному комп'ютері Asus Intel Core i5-6200U. Для первинної підготовки таблиць та проміжних розрахунків використовували пакет Microsoft Excel 2010p., потім усі цифрові дані були введені у ліцензовану програму для статистичного аналізу SPSS software (version 13.0, SPSS; Chicago, IL). Для опису даних використані методи варіаційної статистики. Для усіх вибірок оцінювалась відповідність емпіричних розподілів до нормального закону (розподіл Гауса) за критеріями Колмогорова-Смірнова. Для оцінки вірогідності різниці показників двох сукупностей отриманих під час дослідження, визначали відмінності між їхніми середніми показниками за допомогою параметричного t-критерію Сьюдента, а також критерії Манна-Уїтні та Уїлкоксона (у разі ненормального розподілу змінних). У випадках нормального розподілу показників виконували розрахунок середньої арифметичної (M) та помилки середньої (m), отримані числові показники були подані як $M \pm m$, а різницю показників між групами порівнювали за незалежним двобічним Т-тестом. Різницю вважали статистично достовірною з вірогідністю не менше 95% ($p < 0,05$).

Аналіз оклюзійних контактів залежно від конструкції протезів та від виду незрощення було оцінено за ANOVA.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ АНОМАЛІЙ І ДЕФОРМАЦІЇ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ ТА ЇХ ТИПІЗАЦІЯ.

Для виявлення узагальненого стану зубних дуг верхньої і нижньої щелеп осіб з вродженими незрощеннями піднебіння 41 хворого (з 56 обстежених) нами вивчено: довжину переднього відділу верхньої та нижньої щелеп за Korkhaus і сагітальну довжину зубних дуг діагностичних контрольних моделей їх щелеп, з наступним фотодокументуванням а також морфометричних досліджень дентальних близькофокусних рентгенограм зубів і ортопантомограм для отримання цілісного зображення зубощелепної системи за методикою И. В. Фоменко та модифікованою нами власною методикою аналізу.

Результати дослідження визначення довжини переднього відділу щелеп у обстежених у порівнянні з нормою за Korkhaus наведено у табл. 3.1 .

Таблиця 3.1.

Довжина переднього відділу щелеп у оперованих осіб з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння ($M \pm m$, мм)

Вид незрощення	Верхня щелепа		Нижня щелепа	
	У обстежуваних	За Korkhaus	У обстежуваних	За Korkhaus
Однобічне	14,47±2,70	16,64±0,90	15,74±0,78	14,64±0,90
Двобічне	12,46±3,04	17,70±1,14	15,98±1,59	16,02±0,99

Проведені дослідження засвідчили, що у осіб з однобічними наскрізними незрощеннями спостерігається затримка в розвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи у часі функціонального формування постійного прикусу на 2,17 мм , в той же час показник довжини фронтальної ділянки для нижньої щелепи дещо більший

за норму за Korkhaus, хоча, як і на верхній щелепі, є тенденція до зменшення цього розміру в період 16-19 років.

Отже, динаміка розвитку фронтальних ділянок щелеп у осіб з однобічними наскрізними незрощеннями характеризується тим, що у часі функціонального формування постійного прикусу взаємовідношення між зубними рядами верхньої і нижньої щелеп переходять у прогенічне співвідношення.

У обстежених з двобічними незрощеннями виявлено вкорочення довжини фронтальної ділянки верхньої щелепи у період функціонального формування постійного прикусу на 5,24 мм, розвиток фронтальної ділянки нижньої щелепи у осіб цієї групи проходить у межах вікової норми.

Отже, на підставі вивчення морфологічного стану фронтальних ділянок щелеп у осіб з вродженими незрощеннями можна зробити висновок, що залежно від важкості вродженої патології відбувається затримка сагітального розвитку верхньої щелепи та відносно нормальний розвиток фронтальної ділянки на нижній щелепі. У результаті, між щелепами при однобічних та двобічних незрощеннях встановлюються прогенічні взаємовідношення («несправжня прогенія»).

У зв'язку з виявленням у обстежених значного недорозвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи у сагітальному напрямку та суперечливими даними літератури про формування зубних дуг у хворих з однобічними та двобічними незрощеннями піднебіння в ділянці премолярів і молярів, нами вивчена загальна сагітальна довжина зубних дуг верхньої та нижньої щелеп, яка вимірювалася від контактних точок на вестибулярній поверхні ріжучих країв центральних різців до точки перетину лінії, що з'єднувала дистальні поверхні перших молярів за серединно-сагітальною площиною.

Результати проведених досліджень наведено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2.

Сагітальна довжина зубних дуг у оперованих осіб з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння ($M \pm m$, мм)

Вид незрощення	Верхня щелепа	Нижня щелепа
Однобічне	32,20 $\pm$ 2,93	33,76 $\pm$ 1,19
Двобічне	29,06 $\pm$ 2,26	33,96 $\pm$ 1,48

Як свідчать проведені дослідження при однобічних наскрізних незрощеннях сагітальні довжини верхньої і нижньої щелеп відрізняються не суттєво – всього на 1,56 мм ($p > 0,05$). У той же час наші попередні виміри свідчать, що передня ділянка верхньої щелепи у цих хворих відстає у розвитку на 2,17 мм. Для двобічних незрощень характерними є більш значні розбіжності між загальною сагітальною довжиною верхньої щелепи та сагітальною довжиною нижньої щелепи, яка в нашому дослідженні сягала 4,9 мм ($p < 0,05$). У той же час у фронтальній ділянці порівняно з нормою ця різниця складала 5,24 мм.

Невідповідності у розмірах верхньої щелепи у оперованих пацієнтів з незрощеннями верхньої губи і піднебіння супроводжуються аномаліями положення зубів і аномаліями зубних рядів.

Таблиця 3.3.

Частота виявлених аномалій положення окремих зубів і аномалій зубних рядів у обстежених

Вид аномалії	Без аномалії		З аномалією		Всього
	п	%	п	%	
Аномалії положення окремих зубів	9	20,8	32	79,2	41
Аномалії зубних рядів	1	3,1	40	96,9	100,0

Частота виявлених аномалій положення окремих зубів і аномалій зубних рядів у обстежених осіб представлена у табл. 3.3.

Отже, у пацієнтів у пізньому періоді формування постійного прикусу виявлено 79,2% аномалій положення зубів. Найбільш розповсюдженими серед цього виду аномалій виявлені аномалії кількості зубів у 45,7% обстежених, серед яких у 40,4% виявлена адентія. У 64,4% діагностовано затримку прорізування зубів, з яких у 29,5% причиною запізненого прорізування було, на нашу думку, неправильне розміщення зародків зубів або надкомплектні зуби.

Аномалії зубних рядів виявлені у 96,9% обстежених. Аномалії форми зубних рядів виявлені у 88,6%; частіше виявлено звуження зубних рядів (56,4%) та їх асиметрію (50,0%). Особливо слід зазначити, що у 50% обстежених виявлені дефекти зубних рядів, які локалізовані як у ділянці незрощень, так і в ділянках передчасно видалених зубів.

У результаті проведеного дослідження у хворих у пізньому періоді формування постійного прикусу, а саме у той період, коли настає можливість надання ортопедичної допомоги (реабілітації), виявлено аномалії зубних рядів верхньої щелепи у 92,4% обстежених. У 64,4% діагностовано затримку прорізування постійних зубів, з яких у 29,5% причиною затримки було неправильне розташування зародків зубів або наявність надкомплектних зубів у верхній щелепі.

Аномалії зубних рядів виявлені у 92,4% обстежених, а аномалії форми зубних рядів у 88,6%. Частіше виявлено звуження зубних рядів верхньої щелепи у 56,4% та їх асиметрію у 50%. У 52% обстежених виявлені дефекти зубних рядів, які локалізовані як у ділянці незрощень, так і в ділянках передчасно видалених зубів.

Значно більші зміни у структурі верхнього зубного ряду відбуваються у сагітальній площині.

У хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння у періоді 16-19 років, коли відбувається кінцеве формування зубощелепного комплексу (у

тому числі зубощелепних деформацій) і коли пацієнти найчастіше звертаються по допомогу з естетичних та функціональних міркувань, нами виявлено наступне:

- При однобічних наскрізних незрощеннях спостерігається затримка в розвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи у часі формування постійного прикусу на $2,17 \pm 0,22$ мм, у той час як показник довжини фронтальної ділянки нижньої щелепи є дещо більшим за норму, хоча, як і на верхній щелепі, є тенденція до його зменшення у період 16-19 років.

Отже, у осіб з однобічними наскрізними незрощеннями взаємовідношення між зубними рядами верхньої і нижньої щелеп переходять у прогенічний тип за типом «несправжньої прогенії».

- При двобічних незрощеннях виявлено вкорочення довжини фронтальної ділянки верхньої щелепи у період функціонального формування постійного прикусу на $5,24 \pm 1,90$ мм, а розвиток фронтальної ділянки нижньої щелепи відбувається у межах вікової норми.

Отже, залежно від важкості вродженої патології відбувається затримка сагітального розвитку верхньої щелепи та відносно нормальний розвиток фронтальної ділянки нижньої щелепи, а між щелепами при однобічних та двобічних незрощеннях встановлюються прогенічні взаємовідношення («несправжня прогенія»).

Підсумовуючи результати проведеного дослідження особливостей аномалій і деформацій зубощелепного комплексу хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань, можна зробити наступні висновки.

- Сагітальний недорозвиток верхньої щелепи в оперованих осіб як з однобічними, так і з двобічними незрощеннями піднебіння, найбільш виражений у передньому відділі верхньої щелепи.
- Невідповідність між сагітальними довжинами зубних рядів верхньої і нижньої щелеп найбільше характерна для осіб з двобічними незрощеннями піднебіння.

- 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 хворих 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 одnobічних незрощеннях.

Зважаючи на виявлені деформації, на завершальному етапі всіх реабілітаційних заходів завданням ортопедичного лікування є виготовлення знімних та/або незнімних протезів з метою відновлення функції пережовування їжі, мови та естетичного вигляду хворого; попередження деформацій зубних рядів та щелеп, формування адекватного функціонального навантаження на кісткову основу, формування протезного ложа, відновлення анатомічної форми та функції зубощелепної системи, роз'єднання ротової та носової порожнин за наявності залишкових дефектів, соціально-психологічна адаптація хворого.

Вибір методів ортопедичного лікування і, відповідно, варіантів ортопедичних конструкцій для відновлення функції та естетики зубощелепної системи у повній мірі залежність від фактичного її стану та ступенів виявлених дефектів і деформацій.

Ураховуючи багатofакторність та різноплановість виявлених дефектів і деформацій у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння перед лікарем постає проблема вибору конструкцій протезів за наявності тих чи інших варіантів дефектів і деформацій.

Крім того вибір і виготовлення майбутнього зубощелепного протеза у таких хворих у великій мірі залежить від попередньої оцінки застосованого варіанта тимчасової конструкції.

Проведені нами попередні дослідження дефектів і деформацій зубощелепної системи, дозволили здійснити певну спробу типізації деформацій зубощелепного комплексу у дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після пластичних операцій з точки зору лікаря-ортопеда.

Основними ознаками таких деформацій є:

- недорозвиток верхньої щелепи за сагітальною, що часто призводить до виникнення такої патології, як «несправжня прогенія»;
- звуження зубного ряду верхньої щелепи, більше виражене на боці незрощення;
- відставання у розвитку малого фрагменту незрощеної верхньої щелепи за сагітальною;
- 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.

Ці види деформацій зубощелепного комплексу можуть бути виражені меншою або більшою мірою, що диктує лікареві-ортопеду різні підходи до надання ортопедичної допомоги та, відповідно, вибору ортопедичних конструкцій, у тому числі тимчасових протезів.

Спираючись на попередні дослідження та на наш досвід надання ортопедичної допомоги таким хворим, 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 сагітальною, трансверзаллю та вертикаллю.

Тип перший включає хворих, 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 (рис. 3.1).

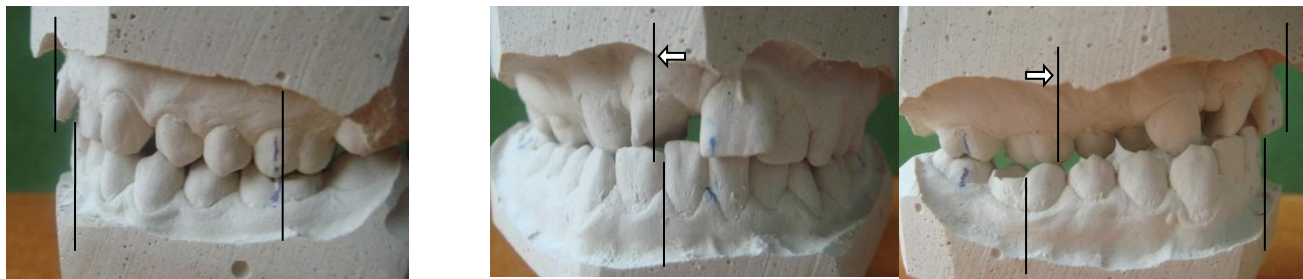


Рис. 3.1 – Хвора М.Д., 16р. Приклад наявних деформацій, що відносяться до першого типу

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

Тип другий стосується хворих 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 (рис. 3.2).

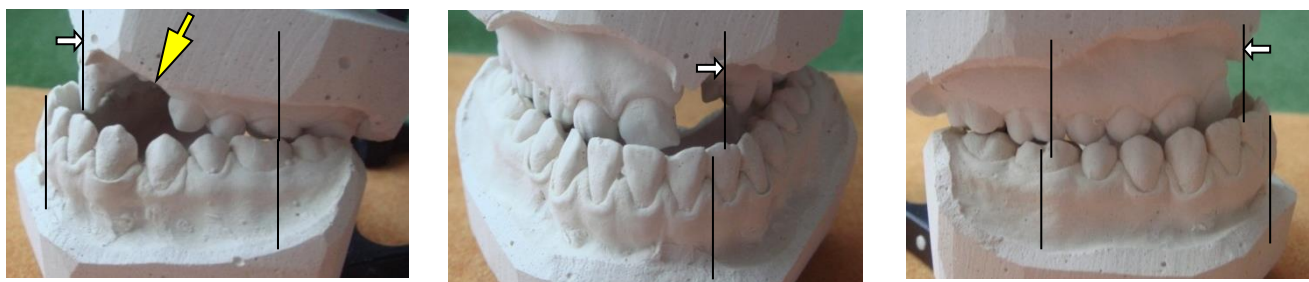


Рис. 3.2 – Хвора С.Л., 19 р. Приклад наявних деформацій, що відносяться до другого типу

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

Тип третій стосується хворих 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 (рис. 3.3).



Рис. 3.3 – Хвора О.Г., 18 р. Приклад наявних деформацій, що відносяться до третього типу

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 хворих 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.

3.1. Висновки до розділу 3

1. Сагітальна довжина зубного ряду верхньої щелепи у оперованих осіб з однобічними та двобічними незрощеннями піднебіння, яким у ранньому дитячому віці була зроблена пластика верхньої губи, є меншою за сагітальну довжину зубного ряду нижньої щелепи;

2. Найбільше виражена невідповідність між сагітальними довжинами зубних рядів верхньої і нижньої щелеп характерна для хворих з двобічними незрощеннями піднебіння ($p < 0,05$);

3. Сагітальний недорозвиток верхньої щелепи у осіб як з однобічними, так і з двобічними незрощеннями піднебіння найбільш виражений у передньому відділі верхньої щелепи, де недорозвиток верхньої щелепи у порівнянні з нормою сягає, в середньому, для однобічних незрощень $2,17 \pm 0,20$ мм, для двобічних – $5,24 \pm 1,90$ мм;

4. 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;

5. Виражені сагітальні аномалії у хворих 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;

6. Визначені особливості співвідношення зубних рядів верхньої і нижньої щелеп та виявлені аномалії визначають особливості надання ортопедичної допомоги таким хворим для реалізації відповідних естетичних та функціональних нормативів.

7. Опрацьовані три варіанти типізації деформацій верхньої щелепи у її співвідношенні з нижньою щелепою, які забезпечують оптимальний вибір ортопедичної відновної конструкції.

Основні положення розділу висвітлені у наступних публікаціях:

1. Олійник, А. Ю., Олійник, М. Ю. (2015). Особливості формування та динаміки розвитку зубного ряду верхньої щелепи у пацієнтів із правобічними вродженими наскрізними незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних втручань. *ScienceRise. Medical science*, (6 (4)), 34-39. [59].

2. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Зубощелепні аномалії в оперованих пацієнтів із незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Науковий Вісник Ужгородського Університету. Серія: Медицина*, (2), 105–107. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2015_2_24 [60].

3. Олійник, А. Ю., Олійник, Г. В., Олійник, Ю. Ю., Олійник, М. Ю. (2014). Характеристика зубощелепних аномалій у оперованих пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Молодий вчений*, (9), 135–138. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2014_9_35 [57].

4. Олійник, А. Ю., Олійник, М. Ю. (2015). Аналіз послідовності операційних втручань, проведених хворим із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння від народження до 18-20 років. *Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, 15 травня 2015 року, м. Вінниця*. (с. 67–68). Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. [58].

5. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Конфігурація зубних рядів верхньої щелепи в оперованих пацієнтів з двобічними незрощеннями піднебіння. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Актуальні проблеми стоматології” присвяченої 90-річчю з дня народження доктора медичних наук, професора Евальда Яновича Вареса*. (с. 68–69). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького [61].

РОЗДІЛ 4.

РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ ТИМЧАСОВОГО ПРОТЕЗУВАННЯ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ВИЗНАЧЕННІ ПОСТІЙНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ У ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ

Якість життя хворих із вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння виступає не тільки завершальним етапом їх ортопедичної реабілітації, а і передбачає створення комфортних умов у процесі ортопедичного лікування.

Такі комфортні умови можуть бути забезпечені тимчасовим протезуванням, яке забезпечує можливості функціональної і естетичної реабілітації на період виготовлення постійної ортопедичної конструкції.

Крім того тимчасова ортопедична конструкція дозволяє визначити, який варіант постійної ортопедичної конструкції може бути придатним для конкретного хворого (незнімна, знімна, комбінована).

У процесі дослідження обстежено 21 хворого з ВНВГП (з 37 пролікованих), з них 10 – чоловіків і 11 жінок, яким проведено комплексне протетичне лікування із застосуванням тимчасових і згодом постійних ортопедичних конструкцій.

4.1. Особливості тимчасового протезування хворих з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння незнімними конструкціями

Виготовлення незнімної тимчасової конструкції полягала у наступному: після вивчення гіпсових моделей зубних рядів пацієнтів в артикуляторі і визначення виду тимчасової конструкції, отримували відбитки щелеп пацієнта альгінатною масою. Попереднє препарування зубів, що будуть покриті коронками, проводили на гіпсових моделях. У лабораторії здійснювали моделювання воскової тимчасової конструкції згідно обраного плану і перевід у пластмасу. Лише після отримання тимчасового протеза починали препарування

зубів у ротовій порожнині. Закінчивши препарування, внутрішню поверхню тимчасового протеза уточнювали нетоксичною пластмасою холодної полімеризації і фіксували тимчасову конструкцію в ротовій порожнині з використанням кальцієвмісного фіксаційного матеріалу.

У процесі реабілітації пацієнтів з деформаціями верхньої щелепи, за другим типом, на первинному етапі реабілітації виготовлено 13 незнімних конструкцій протезів, які в процесі підготовки до завершального протезування у зв'язку зі зміною клінічної ситуації в процесі лікування від двох до трьох разів вимагали заміни та уточнення.

Таблиця 4.1.

Незнімні тимчасові ортопедичні конструкції залежно від віку пацієнтів.

№ з/п	Вік (роки)	Вид протеза	Конструкція протеза	Кількість протезів
1.	17	Незнімний	Мостоподібна конструкція	2
2.	17	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	2
3.	17	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
4.	17	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
5.	18	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
6.	19	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
7.	20	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
8.	21	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
9.	21	Незнімний	Мостоподібна конструкція з об'ємним моделюванням базису	2
10.	22	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	3
11.	23	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	2
12.	24	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція	2
13.	25	Незнімний	Мостоподібна шинуюча конструкція з об'ємним моделюванням базису	3

Загальна кількість тимчасових протезів для цієї групи пацієнтів сягнула 34 конструкції, що, в середньому, складає 2,6 одиниць протезів на кожного хворого до завершення постійного протезування табл. 4.1.

Незнімні протези у даному дослідженні – це виключно мостоподібні конструкції, 11 з яких – шинуючі. Віковий інтервал пацієнтів – 17-25 років.

Наводимо клінічні приклади щодо особливостей тимчасового протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння незнімними конструкціями.

Хвора В.М.Я, 18 років, амбулаторна карта №1/17317 скерована ортодонтами на кафедру ортопедичної стоматології зі скаргами на утруднене пережовування їжі та незадовільний зовнішній вигляд.

За результатами клінічного обстеження встановлено: вроджене наскрізне правобічне незрощення верхньої губи і піднебіння, стан після пластичного закриття дефектів верхньої губи і піднебіння рис. 4.1, рис. 4.2.



а



б

Рис. 4.1. Хвора В.М.Я., 18 років. а – зовнішній вигляд пацієнтки до лікування, б – панорамна рентгенограма



Рис. 4.2. Хвора В.М.Я., 18 років. Вигляд порожнини рота до лікування

Звуження зубного ряду верхньої щелепи та недорозвиток верхньої щелепи в межах 2.5 мм., дефект альвеолярного відростка в ділянці незрощення IV клас за Кенеді, руйнування коронкової частини зубів 21, 27, 36, 46, западання верхньої губи, деформація носа. Дефект можна віднести до другого типу деформацій. В процесі лікування пацієнтці виготовлена тимчасова незнімна конструкція, етапи якої представлено на рис. 4.3 (а, б) і рис. 4.4 (а, б).



а



б

Рис. 4.3. Хвора В.М.Я., 18 років. а – підготовка до протезування; б – виготовлена тимчасова незнімна конструкція



а



б

Рис. 4.4. Хвора В.М.Я., 18 років. а – вигляд порожнини рота із зафіксованою тимчасовою незнімною конструкцією; б – зовнішній вигляд із зафіксованою тимчасовою незнімною конструкцією

Хвора К.Л.В., 17 років, амбулаторна карта №1/29908 скерована ортодонтами, для консультації, на кафедру ортопедичної стоматології, для вирішення питання подальшого лікування. Скаржиться на утруднене пережовування їжі і незадовільний зовнішній вигляд рис. 4.5 (а, б) і рис. 4.6.



а



б

Рис. 4.5. Хвора К.Л.В., 17 років. а – зовнішній вигляд пацієнтки до лікування;
б – панорамна рентгенограма



Рис. 4.6. Хвора К.Л.В., 17 років. Вигляд порожнини рота до початку лікування

За результатами клінічного обстеження встановлено: вроджене наскрізне правобічне незрощення верхньої губи і піднебіння, стан після проведення хейло -і уранопластики. Звуження зубного ряду верхньої щелепи та недорозвиток верхньої щелепи в межах 2 мм., дефект альвеолярного відростка в ділянці незрощення IV клас за Кенеді, поворот навколо осі зуба 11, руйнування коронкової частини і нахил в оральну сторону зуба 46, западання верхньої губи, деформація носа.

Виходячи з отриманих об'єктивних даних, дефект можна віднести до другого типу деформацій. В процесі лікування пацієнтці виготовлена тимчасова незнімна конструкція, етапи якої представлено на рис. 4.7 (а, б) і рис. 4.8 (а, б, в, г).



а



б

Рис. 4.7. Хвора К.Л.В., 17 років. а – діагностичні моделі; б – вигляд порожнини рота після препарування зубів

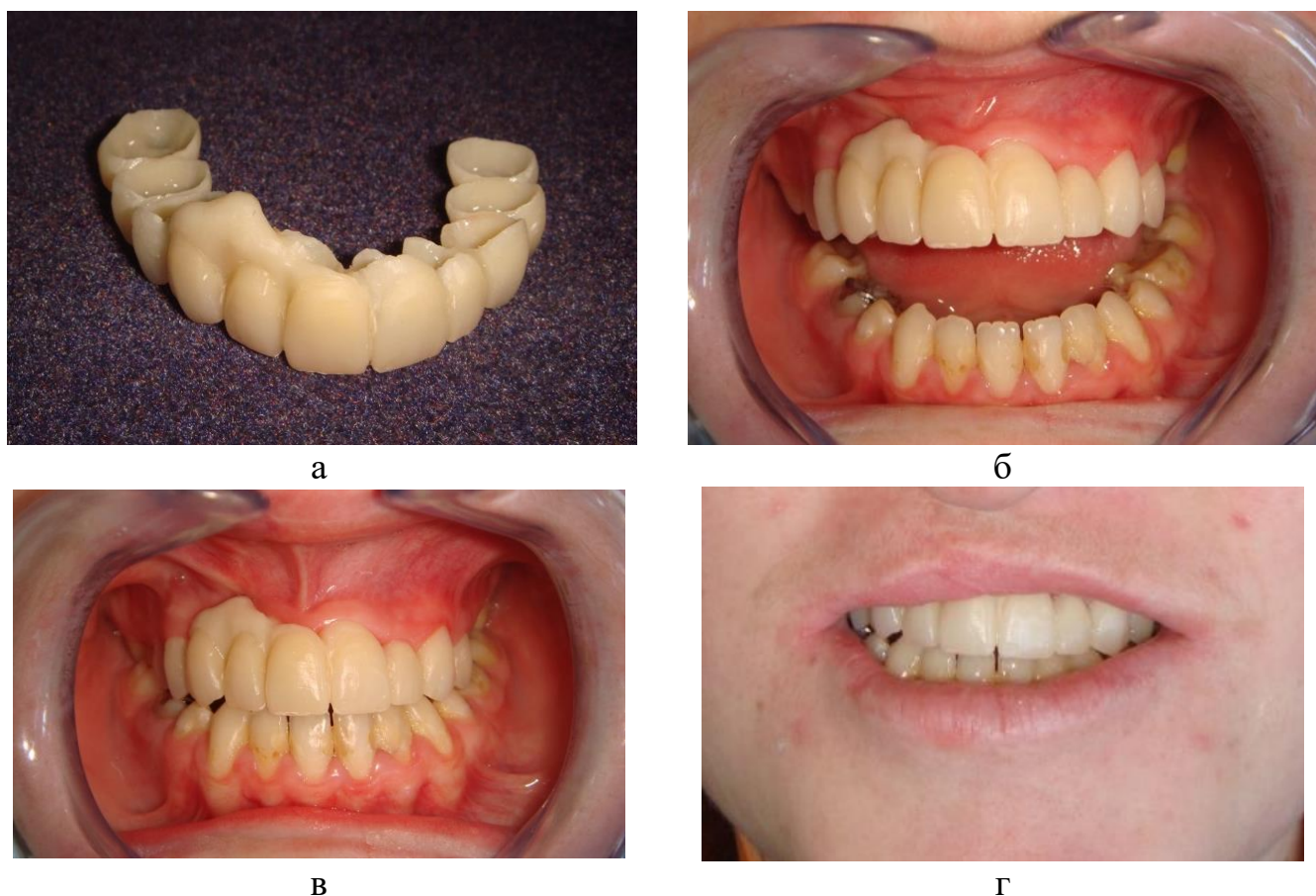


Рис. 4.8. Хвора К.Л.В., 17 років. а – виготовлений тимчасовий незнімний протез;
 б – вигляд порожнини рота із зафіксованим тимчасовим незнімним протезом;
 в – вигляд порожнини рота із зафіксованим тимчасовим незнімним протезом в
 центральній оклюзії; г – зовнішній вигляд хворої із зафіксованим тимчасовим
 незнімним протезом

4.2. Особливості тимчасового протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння знімними конструкціями

Вроджені вади м'яких тканин і щелепних кісток, як засвідчують наші дослідження, призводять до спотвореного положення зубів, зубних рядів і прикусу, що особливо виражені у хворих з наскрізним одно- і двобічним незрощенням верхньої губи і піднебіння (ВНВГП) після операційних втручань. У хворих розвивається значна невідповідність між верхньою і нижньою щелепами –

«несправжня прогенія», гіподонтія постійного прикусу, порушення оклюзійних контактів у бічних ділянках. Відсутність кісткової опори в ділянці незрощення призводить до змін м'яких тканин обличчя, западання верхньої губи, сплюснення фронтальної ділянки, що підкреслює увігнутий профіль лица, поглиблює носогубні складки. Виражена «несправжня прогенія», значні дефекти кісткової основи в ділянці альвеолярного відростка верхньої щелепи є показанням до протезування знімними конструкціями. Такі покривні пластинкові знімні протези з подвійним зубним рядом та об'ємним моделюванням базису протеза, які виготовляються після закінчення ортодонтичного лікування є тимчасовими до досягнення 17-20 річного віку, коли можливе постійне протезування.

За наявності значної невідповідності між розмірами верхньої та нижньої щелеп використовуються тимчасові знімні покривні пластинкові протези з подвійним зубним рядом та об'ємним моделюванням базису. З урахуванням тяжкості деформацій для оптимального вибору відповідного виду протетичного лікування пацієнтів з ВНВГП, після проведеного ортодонтичного лікування, здійснюється вивчення діагностичних моделей. Після отримання робочих моделей визначається протетична площа та центральна оклюзія за допомогою прикусних воскових валиків. Моделювання тимчасової конструкції обов'язково здійснюється з урахуванням конструктивно-естетичної корекції, яка передбачає постановку зубів, з урахуванням їх анатомічної приналежності та центральної лінії, об'ємним моделюванням вестибулярної частини альвеолярного відростка верхньої щелепи та закриття його дефекту для підтримки верхньої губи, що западає, відтворенням оклюзійних співвідношень між штучними зубами протеза і нижнім зубним рядом у фронтальній і бічних ділянках.

У процесі реабілітації 8 пацієнтів з деформаціями верхньої щелепи за третім типом на первинному етапі реабілітації виготовлено вісім тимчасових знімних протезів, які протягом підготовки до постійного протезування від 2 до 3 разів замінювалися. Таким чином кількість таких протезів разом сягнула 22 конструкції, що, в середньому, склало 2,8 одиниць протезів на кожного хворого до завершення протетичного лікування (табл. 4.2).

Таблиця 4.2.

Знімні тимчасові ортопедичні конструкції залежно від віку пацієнтів

№ з/п	Вік (роки)	Вид тимчасового протеза	Конструкція протеза	Кількість протезів
1.	16	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	2
2.	17	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	3
3.	20	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	3
4.	20	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	3
5.	20	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	3
6.	20,5	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	3
7.	27	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	3
8.	38	Знімний	Частковий знімний пластинковий протез	2

Завершенням протетичної реабілітації стало виготовлення 13 постійних ортопедичних конструкцій, які також, за необхідності, піддавалися коригуванню та заміні під час диспансерних оглядів пацієнтів.

Наводимо клінічні спостереження застосування знімних варіантів тимчасових конструкцій, які застосовані в процесі реабілітації пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння у післяопераційний період.

Хвора Х.В.О., 16 років, амбулаторна карта № 12298 скерована ортодонтами, для консультації, на кафедру ортопедичної стоматології, для вирішення питання

подальшого лікування. Скаржиться на утруднене відкушування та пережовування їжі і незадовільний зовнішній вигляд.

За результатами клінічного обстеження встановлено: вроджене наскрізне двобічне незрощення верхньої губи і піднебіння, стан після проведення хейло -і уранопластики рис. 4.9 (а, б, в, г).

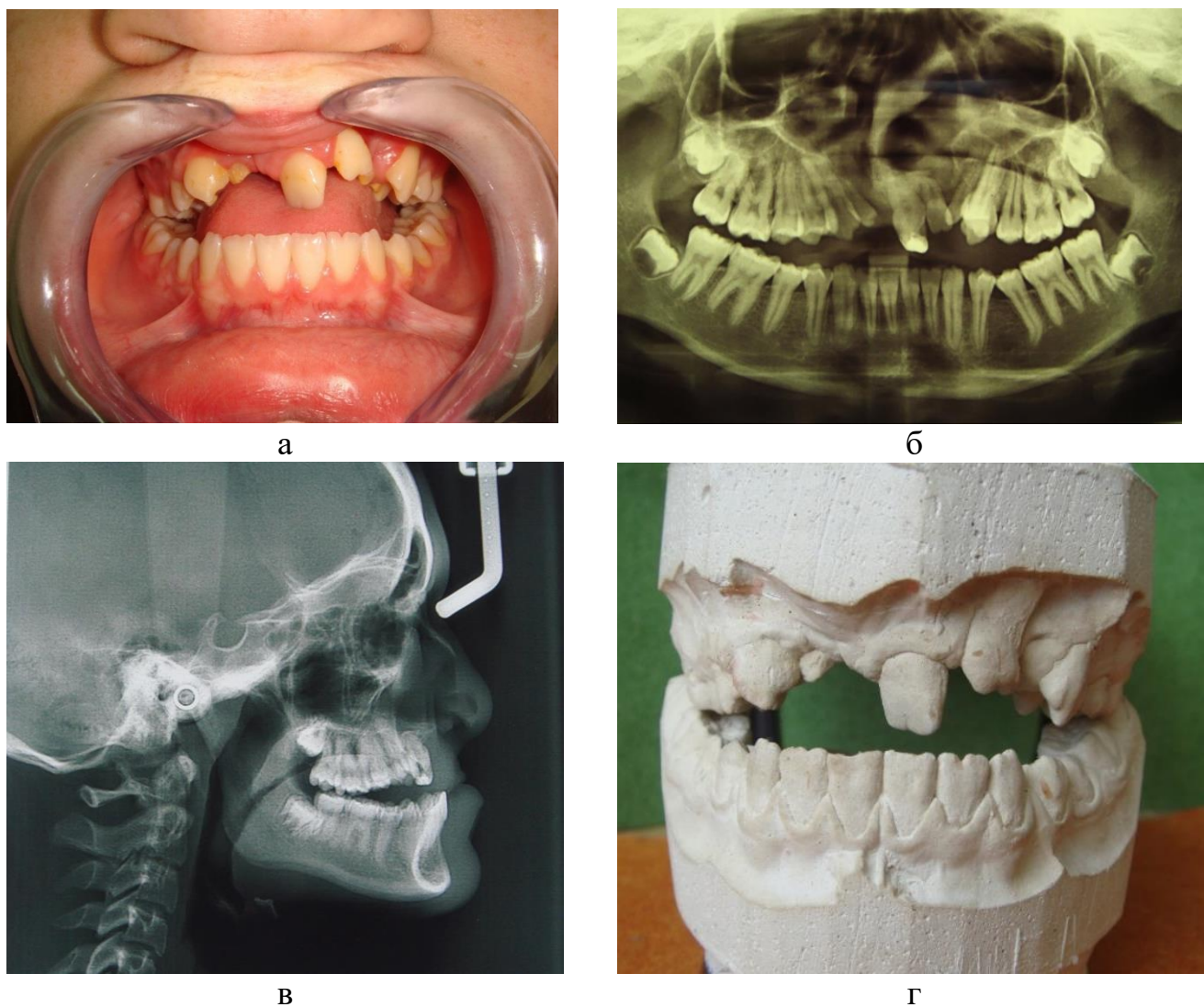


Рис. 4.9. Хвора Х.В.О., 16 років. а – вигляд порожнини рота до лікування; б – панорамна рентгенографія; в – бічна телерентгенографія; г– діагностичні моделі

Звуження зубного ряду верхньої щелепи та недорозвиток верхньої щелепи в межах 6 мм., дефекти альвеолярного відростка в ділянках незрощення IV клас за

Кенеді, западання верхньої губи, деформація носа. Виходячи з отриманих об'єктивних даних, дефект можна віднести до третього типу деформацій.

В процесі лікування пацієнтці виготовлена тимчасова знімна конструкція (покривний пластинковий протез з подвійним зубним рядом), етапи якої представлено на рис. 4.10 (а, б, в) та рис. 4.11 (а, б).



а



б



в

Рис. 4.10. Хвора Х.В.О., 16 років. а – постановка штучних зубів з об'ємним моделюванням базису; б – протез з подвійним зубним рядом і об'ємним моделюванням базису; в – вигляд конструкції в порожнині рота



а



б

Рис. 4.11. Хвора Х.В.О., 16 років. а – до лікування; б – після лікування

Хворий П.В.Б., 17 років, амбулаторна карта №1/5645 скерований ортодонтами, для консультації, на кафедру ортопедичної стоматології, для вирішення питання подальшого лікування. Скаржиться на утруднене відкушування та пережовування їжі і незадовільний зовнішній вигляд рис. 4.12.



Рис. 4.12. Хворий П.В.Б., 17 років. – Вигляд порожнини рота до лікування



а



б

Рис. 4.13. Хворий П.В.Б., 17 років, а – комп'ютерна томографія; б – бічна ТРГ

За результатами клінічного обстеження встановлено: вроджене наскрізне лівобічне незрощення верхньої губи і піднебіння, стан після проведення хейло -і уранопластики. Звуження зубного ряду верхньої щелепи та недорозвиток верхньої щелепи в межах 12 мм, дефект альвеолярного відростка в ділянці незрощення IV клас за Кенеді, западання верхньої губи, деформація носа рис. 4.13 (а, б), 4.14 (а).



а



б

Рис. 4.14. Хворий П.В.Б., 17 років. а – панорамна рентгенографія; б – протез з подвійним зубним рядом і об'ємним моделюванням базису



а



б



в



г

Рис. 4.15. Хворий П.В.Б., 17 років. а – зафіксований протез з подвійним зубним рядом у центральній оклюзії; б – вигляд тимчасової конструкції в інтраоральному дзеркалі; в – вигляд до лікування; г – вигляд після лікування

Виходячи з отриманих об'єктивних даних, дефект можна віднести до третього типу деформацій. В процесі лікування пацієнта виготовлена тимчасова знімна конструкція (покривний пластинковий протез з подвійним зубним рядом), етапи якої представлено на рис. 4.14 (б), 4.15 (а, б, в, г).

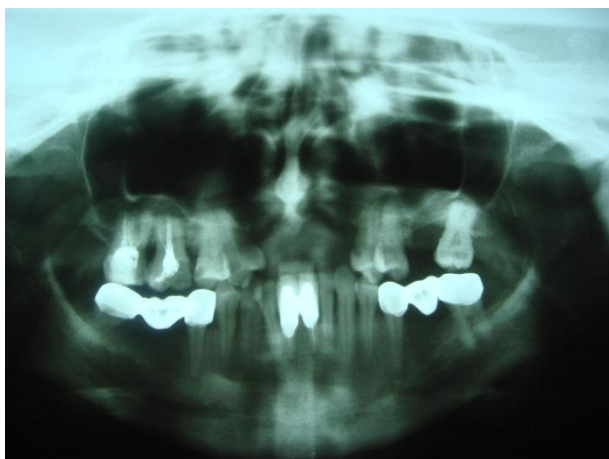
Хвора К.Г.В., 38 років, амбулаторна карта № 25022 скерована для консультації на кафедру ортопедичної стоматології, для вирішення питання подальшого лікування. Скаржиться на утруднене відкушування та пережовування їжі і незадовільний зовнішній вигляд рис. 4.16 (а, б, в, г).



а



б



в



г

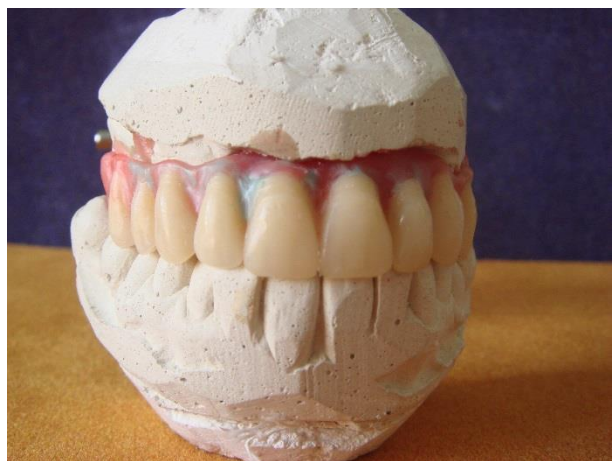
Рис. 4.16. Хвора К.Г.В., 38 років. а – зовнішній вигляд до лікування;

б – вигляд порожнини рота до лікування; в – панорамна рентгенографія;

г – діагностичні моделі

За результатами клінічного обстеження встановлено: вроджене наскрізне двобічне незрощення верхньої губи і піднебіння, стан після проведення хейло -і уранопластики. Звуження зубного ряду верхньої щелепи та недорозвиток верхньої щелепи в межах 7 мм., дефекти альвеолярного відростка та в ділянці незрощення,

відсутність фронтальної групи зубів, западання верхньої губи, деформація носа. Виходячи з отриманих об'єктивних даних, дефект можна віднести до третього типу деформацій.



а



б



в



г

Рис. 4.17. Хвора К.Г.В., 38 років. а – постановка штучних зубів з об'ємним моделюванням базису (вигляд зпереду); б – протез з подвійним зубним рядом і об'ємним моделюванням базису (внутрішня поверхня); в – протез з подвійним зубним рядом і об'ємним моделюванням базису; г – зафіксований тимчасовий протез з подвійним зубним в порожнині рота

В процесі лікування пацієнтці виготовлена тимчасова знімна конструкція (покровний пластинковий протез з подвійним зубним рядом), етапи якої представлено на рис. 4.17 (а, б, в, г), 4.18 (а, б).

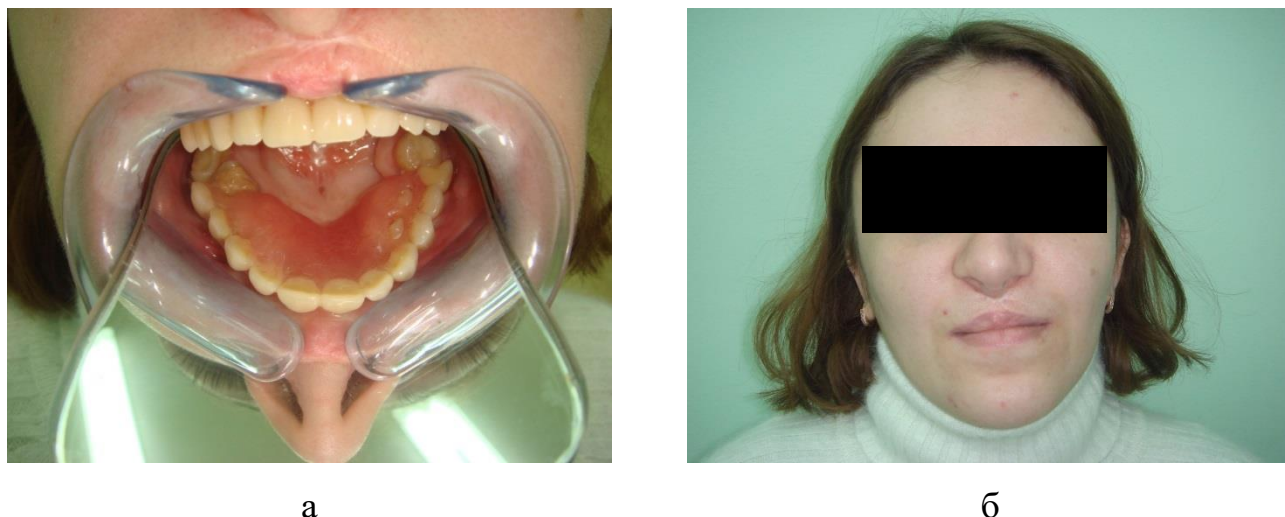


Рис. 4.18. Хвора К.Г.В., 38 років. а – вигляд конструкції в інтраоральному дзеркалі; б – зовнішній вигляд після лікування

4.3. Висновки до розділу 4

Використання тимчасових протезів у хворих із ВНВГП дозволяє 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 в сагітальній та трансверзальній площинах, враховуючи западання верхньої губи та невідповідність розмірів верхньої та нижньої щелеп.

Основні положення розділу висвітлені у наступних публікаціях:

1. Олійник, М. Ю. (2016). Значення тимчасового протезування для визначення постійної конструкції протезів у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних утручань. *Клінічна стоматологія*, (3), 45-49. [65].

2. Олійник, М. Ю. (2015). Способи виготовлення незнімних тимчасових ортопедичних конструкцій у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння. *Медичний Форум*, 6(6), 92–93. [63].

3. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої щелепи з використанням корнево-куксових вкладок. *Молодий вчений*, 7(22(2)), 89–92. [62].

4. Олійник, М. Ю. (2016). Особливості тимчасового протезування пацієнтів із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 55-річчя кафедри ортопедичної стоматології та з нагоди 75-річчя професора В.Ф. Макєєва «Львівська школа ортопедичної стоматології: традиції, здобутки та перспективи»*, (с. 53). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького [64].

5. Oliynyk, M. (2017). Methods of making non-removable prosthetics in patients with congenital lip and palate. *Oral Health Dent Manag*, 16(4) (Suppl), 57. <https://doi.org/10.4172/2247-2452-C1-058>. [177].

РОЗДІЛ 5.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ПІДНЕБІННЯ.

У процесі ортопедичної реабілітації дорослих хворих із ВНВГП після операційних втручань та ортодонтичного лікування застосовані як незнімні (рис. 5.1) так і знімні (комбіновані) конструкції (рис. 5.2).

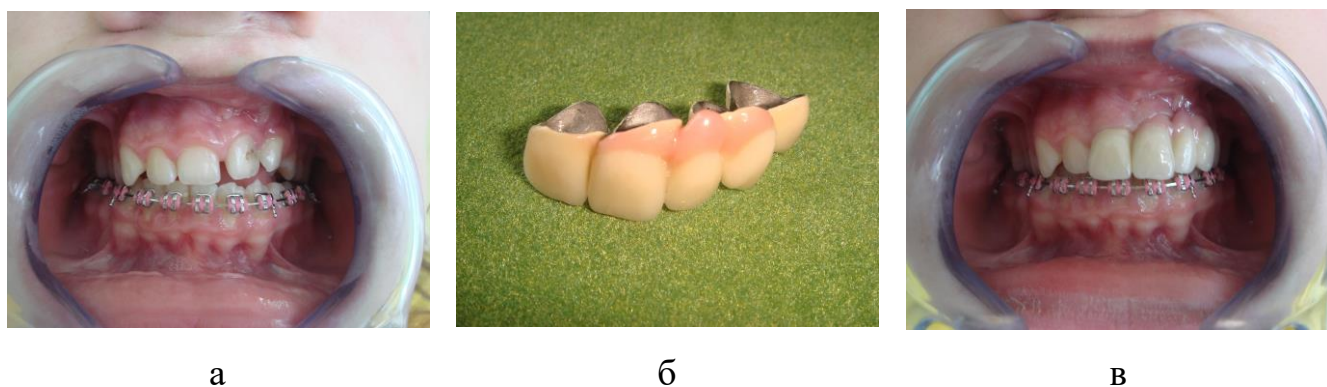


Рис. 5.1. Хворий К.А.В., а – вигляд до лікування в порожнині рота; б – незнімна ортопедична конструкція; в – вигляд після лікування в порожнині рота

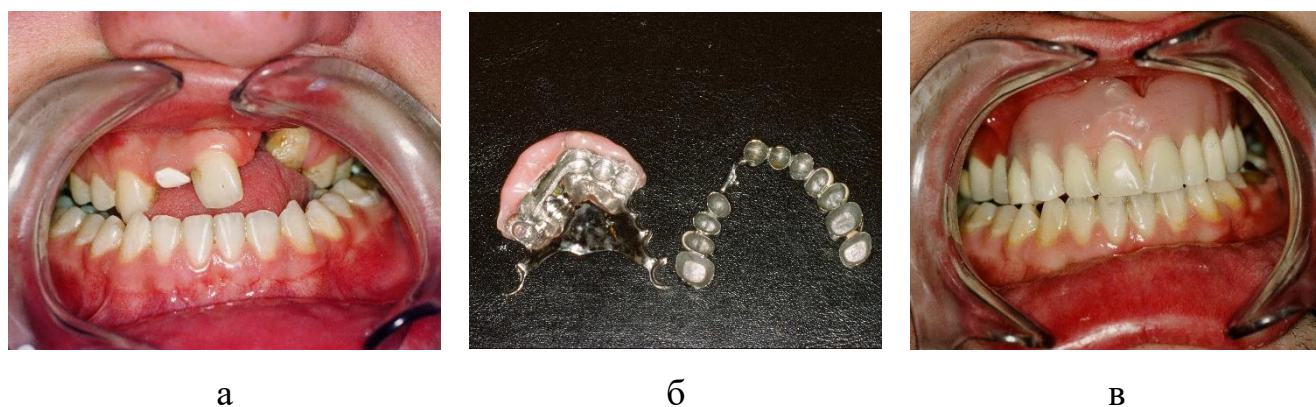


Рис. 5.2. Хворий Т.В.А., а – вигляд до лікування в порожнині рота; б – знімна (комбінована) ортопедична конструкція; в – вигляд після лікування в порожнині рота

Саме за цими критеріями і проведені подальші дослідження.

5.1. Результати визначення кількості оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації

Результати визначення оклюзійних контактів хворих із ВНВГП до і після ортопедичного лікування проведено і проаналізовано як залежно від конструкції протезів так і від виду незрощень (Додатки Г1-Г5).

Аналіз оклюзійних контактів у хворих з ВНВГП до і після ортопедичної реабілітації наведений у табл. 5.1 та рис. 5.3.

Таблиця 5.1.

Результати визначення оклюзійних контактів хворих із ВНВГП до і після ортопедичного лікування залежно від конструкції протезів. (N-кількість пацієнтів; M- середнє значення; SD - стандартне відхилення; P – рівень ймовірності)

Етап Лікування	Незнімні конструкції					Знімні (комбіновані) конструкції				
	N	Кількість зубів які контактують (n')		Кількість контактів (n'')		N	Кількість зубів які контактують (n')		Кількість контактів (n'')	
		M	SD	M	SD		M	SD	M	SD
До*	27	6,07	0,43	9,92	0,65	10	5,2	0,58	8,4	0,67
Після**	27	13,11	0,15	24,59	0,59	10	14,7	0,38	26,6	1,04
P 2-sided		<0,001 n'*n'***		<0,001 n''*n''***		P	<0,001 n'*n'***		<0,001 n''*n''***	
ANOVA		< 0,001		< 0,001			< 0,001		< 0,001	

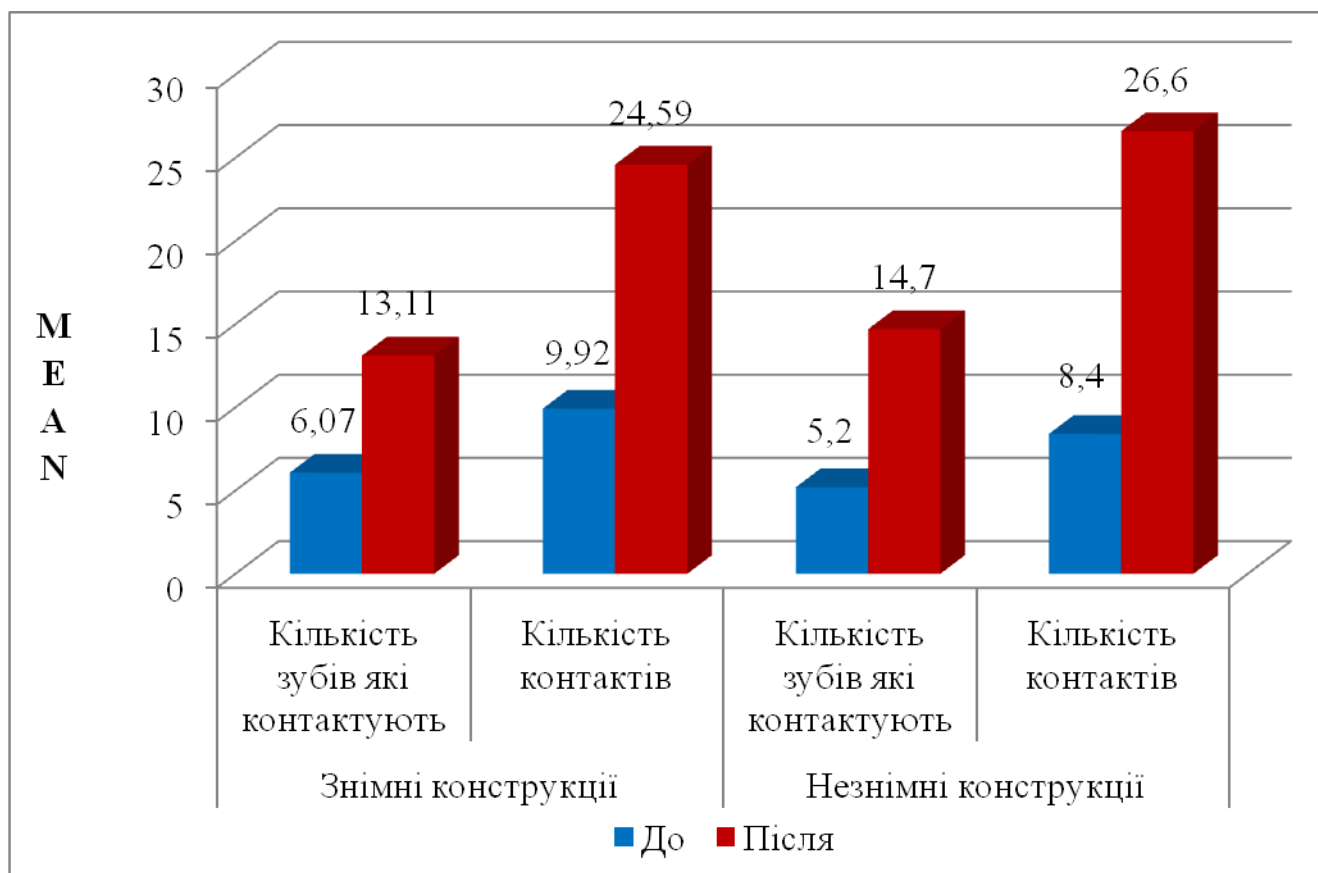


Рис. 5.3. Результати визначення оклюзійних контактів хворих із ВНВГП до і після ортопедичного лікування залежно від конструкції протезів

На основі представлених даних і рис. 5.3 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 $26,6 \pm 1,04$ ($p < 0,001$).

Ураховуючи, що можливо сам вид незрошення (лівобічне, правобічне, двобічне) може вплинути на якість виготовленої ортопедичної конструкції, а особливо на оклюзійне співвідношення конструкційних елементів протезів, нами здійснена оцінка наявних оклюзійних контактів до і після ортопедичного лікування залежно від виду незрошення (табл. 5.2 і рис. 5.4).

Визначено, що при лівобічному ВНВГП кількість зубів, які контактували в оклюзії до лікування склала $5,72 \pm 0,6$ зуби, а після ортопедичного лікування дорівнювала $14 \pm 0,37$ ($p < 0,001$), тоді як загальна кількість контактів до лікування дорівнювала $8,54 \pm 0,84$, а після лікування $25 \pm 1,28$ ($p < 0,001$).

При правобічному ВНВГП кількість зубів, що контактують до лікування склало $6,09 \pm 0,57$, а після лікування воно дорівнювало $13,81 \pm 0,27$ ($p < 0,001$), тоді як кількість загальних оклюзійних контактів до лікування була $10,09 \pm 0,91$, а після лікування склала $25,36 \pm 0,76$ ($p < 0,001$).

При двобічних ВНВГП кількість зубів, які були в оклюзійному контакті до лікування склала $5,73 \pm 0,68$, а після ортопедичного лікування дорівнювала $13,81 \pm 0,27$ ($p < 0,001$). Кількість загальних оклюзійних контактів у цій групі дослідження до лікування склала $9,8 \pm 0,94$, а після ортопедичного лікування $25,06 \pm 0,82$ ($p < 0,001$).

Таблиця 5.2.

Результати визначення оклюзійних контактів хворих із ВНВГП до і після ортопедичного лікування залежно від виду незрощення (N-кількість пацієнтів; M- середнє значення; SD - стандартне відхилення; P – рівень ймовірності).

Етап лікування	Види вроджених незрощень верхньої губи і піднебіння(ВНВГП)														
	Лівобічні ВНВГП					Правобічні ВНВГП					Двобічні ВНВГП				
	N	Кількість зубів які контактують (n')		Кількість контактів (n'')		N	Кількість зубів які контактують (n')		Кількість контактів (n'')		N	Кількість зубів які контактують (n')		Кількість контактів (n'')	
		М	SD	М	SD		М	SD	М	SD		М	SD	М	SD
До*	11	5,72	0,6	8,54	0,84	11	6,09	0,57	10,09	0,91	15	5,73	0,68	9,8	0,94
Після**	11	14	0,37	25	1,28	11	13,81	0,27	25,36	0,76	15	13,86	0,28	25,06	0,82
P 2-sided		<0,001 n'*n'***		<0,001 n''*n''***		P	<0,001 n'*n'***		<0,001 n''*n''***		P	<0,001 n'*n'***		<0,001 n''*n''***	
ANOVA		<0,001		<0,001			<0,001		<0,001			<0,001		<0,001	

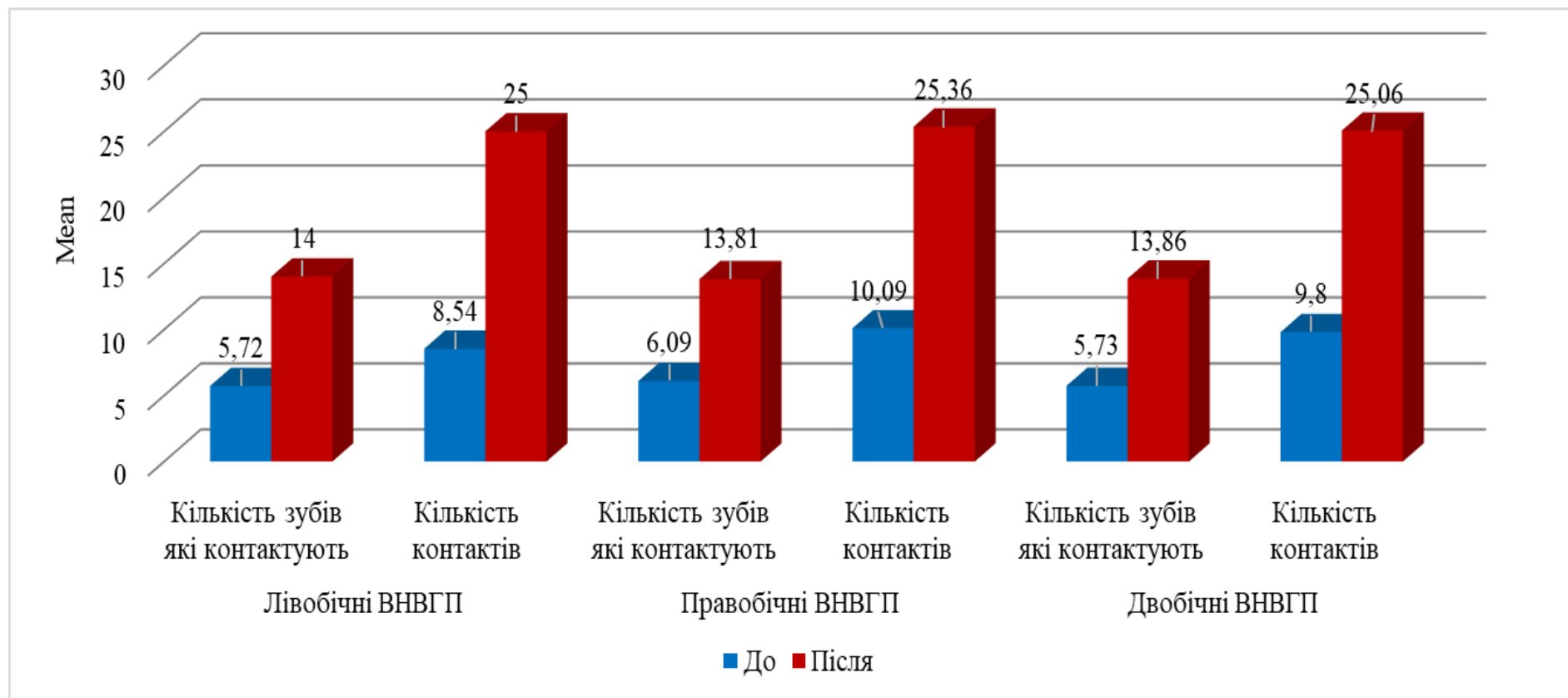


Рис. 5.4. Результати визначення оклюзійних контактів хворих із ВНБГП до і після ортопедичного лікування залежно від виду незрощення

Виходячи з умов та завдань цього дослідження, рішення про вибір конструкції приймалися на підставі ретельного клінічного обстеження хворого з огляду на стан його зубощелепної системи та функціональний стан органів порожнини рота (зуби, пародонт, прикус, співвідношення щелеп, стан кісткової системи, жувальних м'язів тощо) із застосуванням основних принципів мультидисциплінарного підходу.

Звертає на себе увагу надзвичайно мала кількість зубів, що контактують між собою при всіх видах незрощення незалежно від їх виду, від $5,72 \pm 0,6$ при лівобічних і $5,73 \pm 0,68$ при двобічних незрощеннях до $6,09 \pm 0,57$ при правобічних, що вочевидь пов'язано як із значними деформаціями зубощелепного комплексу хворих, так і з втратою зубів у результаті неадекватності застосованих лікувально-профілактичних заходів на всіх етапах протетичної реабілітації, а також можливими ускладненнями в процесі лікування.

Такі умови в порожнині рота значно ускладнюють тактику ортопедичної реабілітації, що позначається на необхідності пошуку більш складних варіантів комбінацій незнімних і знімних (комбінованих) ортопедичних конструкцій.

5.2. Результати профілометрії обличчя у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації

У результаті аналізу цефалометричних показників бічних телерентгенографій 10 дорослих хворих з ВНВГП (після операційних втручань) до та після ортопедичного лікування дефектів зубних рядів не виявлено змін у показниках, які характеризують положення верхньої (кут SNA) та нижньої (кут SNB) щелепи у сагітальній площині. Також не змінились значення кута ANB (розташування верхньої і нижньої щелепи одна відносно іншої) та кута Sn-Pog (положення нижньої щелепи за оцінкою підборіддя). Не було виявлено змін положення щелеп до та після протетичного лікування і у вертикальній площині при оцінці кутів FH-MP, SN-Gn, NL-ML, що свідчило про відсутність змін

сагітального і вертикального положення верхньої та нижньої щелепи в результаті ортопедичного лікування. Разом з тим, оцінюючи естетику профілю обличчя пацієнтів на ТРГ у бічній проекції після протезування відмічались зміни, які стосувались положення верхньої губи, величини носо-губного кута і профілю обличчя.

Оскільки кожному пацієнтові до і після ортопедичного лікування проведено фотографування обличчя у боковій і прямій проекції тому, ми вважали доцільним обрати фотостатичний аналіз профілю обличчя, за певними точками м'яких тканин.

Досліджені: пропорційність в ділянці передньої висоти обличчя (N-Sn-Gn), носо-губний кут (C-Sn-UL), проведений аналіз губ за Рікетсом (Rickets), а також за власною методикою були визначені кут між лінією, яка проходила через точки (N-Pog') і лінією Рікетса (esthetic line) і кут увігнутості профілю (G-An-Pog') до і після ортопедичного лікування у відсотковому відношенні цих показників (Додаток Д-1).

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок 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%.

Найкращі результати, від 30% до 50%, отримані у 13 хворих, з них: 9 з двобічними, 3 з правобічними і 1 з лівобічним ВНВГП, яким у процесі ортопедичної реабілітації виготовлені 4 знімні і 9 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 12 хворих результати становили від 20% до 28,6%, з них: 4 з двобічними, 3 з правобічними і 5 з лівобічними ВНВГП, яким у процесі ортопедичної реабілітації виготовлені 4 знімні і 8 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 7 хворих результати становили від 10% до 18,2 %, з них: 2 з двобічними, 2 з правобічними і 3 з лівобічним ВНВГП, яким були виготовлені 1 знімна і 6 незнімних ортопедичних конструкцій.

Змін не було виявлено у 5 хворих, з них: 2 з правобічними і 3 з лівобічними ВНВГП, яким були виготовлені 1 знімна і 4 незнімних ортопедичних конструкцій.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положенням 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%.

Найкращі результати, від 41,8% до 48%, отримані у 3 хворих, з них: 1 з двобічними, 1 з правобічними і 1 з лівобічними ВНВГП, у процесі ортопедичної реабілітації яким були виготовлені 2 знімні і 1 незнімна ортопедичні конструкції.

Від 20,4% до 28,6%, у 7 хворих, з них: 2 з двобічними, 3 з правобічними і 2 з лівобічними ВНВГП, у процесі ортопедичної реабілітації яким були виготовлені 1 знімна і 6 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 12 хворих результати становили від 10% до 19,3 %, з них: 6 з двобічним, 2 з правобічними і 4 з лівобічними ВНВГП, яким були виготовлені 3 знімні і 9 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 13 хворих результати становили від 2,4% до 9,6%, з них: 6 з двобічними, 3 з правобічними і 4 з лівобічними ВНВГП, яким були виготовлені 3 знімні і 10 незнімних ортопедичних конструкцій.

Змін не виявлено у 2 хворих, у обох правобічні ВНВГП, яким були виготовлені 1 знімна і 1 незнімна ортопедичні конструкції.

При проведенні аналізу кута між лінією N-Pog' і лінією Рікетса (esthetic line), який був запропонований за власною методикою, суттєвих змін після ортопедичної реабілітації не виявлено, що вказує на відсутність зміни положення нижньої щелепи та у свою чергу підтверджує результати аналізу цефалометричних даних бічної телерентгенографії.

Значних змін не було виявлено і при вивченні параметрів кута увігнутості профілю (G-An-Pog'), при визначенні якого за одну з точок відліку було взяте крило носа (Ala nasi - An), як стабільну точку до і після лікування, який також був запропонований за власною методикою. Хоча помітна певна тенденція до

зменшення увігнутості профілю обличчя за рахунок зміни положення верхньої губи у вертикальному і сагітальному напрямках.

При проведенні фотостатичного аналізу пропорційності загального профілю обличчя (N-Sn-Gn) до та після ортопедичного лікування змін не виявлено. Співвідношення середньої частини обличчя до нижньої в середньому становило від 48% до 52%.

За рахунок створення правильних оклюзійних контактів нижня щелепа залишалась у стабільному положення і не змінювала його після протезування різними ортопедичними конструкціями, що підтверджується збереженням пропорційності середньої та нижньої третини обличчя.

Також можна констатувати, що внаслідок ортопедичної реабілітації хворих з ВНВГП різними варіантами ортопедичних конструкцій, здійснено виповнення верхньої губи у сагітальній площині, що і провокувало її подовження у вертикальній площині

Нами здійснений аналіз означених показників профілю обличчя хворих до і після ортопедичної реабілітації залежно від видів незрощення (однобічні/двобічні) незалежно від того, яким видом здійснювалося протезування (знімне або незнімне) з метою визначення, який із цих варіантів більше або менше впливає на естетику профілю обличчя (Додаток Д-2).

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя хворих з однобічними і двобічними ВНВГП незалежно від виду конструкції протезів до і після ортопедичної реабілітації наведений в табл. 5.3.

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок ортопедичного протезування у хворих з однобічними ВНВГП положення верхньої губи у сагітальній площині покращилося в середньому на $17,92\% \pm 11,96\%$, тоді як у хворих з двобічними ВНВГП на $32,38\% \pm 11,06\%$, що свідчило про більш позитивний успіх протезування у хворих з двобічними незрощеннями і це пов'язано з наявністю більш тяжких деформацій у цих хворих.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положенням верхньої губи у вертикальній площині виявлено, що внаслідок ортопедичної реабілітації у хворих з однобічними ВНВГП положення верхньої губи у вертикальній площині покращилося у середньому на $15,9\% \pm 12,43\%$, а у хворих з двобічними ВНВГП на $15,03\% \pm 10,09\%$, що підтверджує однотипність позитивних змін незалежно від виду незрощення після ортопедичного лікування.

Також нами здійснений аналіз означених показників профілю обличчя хворих залежно від того, якими конструкціями (знімна або незнімна) протезовані хворі незалежно від виду незрощення (Додаток Д-3)

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя хворих з ВНВГП залежно від виду конструкцій зубних протезів незалежно від виду незрощення наведений в табл. 5.4.

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 протезами цей показник становив $24,28\% \pm 10,96\%$, що підтверджує однотипність позитивних змін цього показника незалежно від виду незрощення.

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 цей показник становив $17,44\% \pm 15\%$.

Ураховуючи узагальнений характер табл. 5.4 ми вирішили уточнити вплив виду протезування (незнімне/знімне) на показники профілю обличчя окремо для хворих з однобічними ВНВГП (табл. 5.5, табл. 5.6).

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з однобічними ВНВГП, які були протезовані незнімними та знімними конструкціями наведений у табл. 5.7.

Таблиця 5.3.

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя між хворими із однобічними і двобічними ВНБГП до і після ортопедичної реабілітації незалежно від конструкції протезів (М- середнє значення; SD - стандартне відхилення; 1 - однобічні незрощення; 2 – двобічні незрощення).

	N		Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
			До	після	%	до	після	%	до	після	%	До	після	%
1	22	М	5,45	4,31	17,92	88,04	82,18	15,9	16,54	16,54	5,08	157,54	157,68	0,77
		SD	2,45	1,75	11,96	23,15	18,42	12,43	3,5	3,3	4,17	9,09	9,3	0,68
2	15	М	4,66	3,23	32,38	101,93	91,46	15,03	16,2	16,33	4,86	163,46	163,66	0,77
		SD	1,94	1,59	11,06	18,6	11,4	10,09	3,6	3,01	5,77	8,87	8,13	0,68

Таблиця 5.4.

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя хворих з ВНВГП між хворими, які протезовані незнімними і знімними конструкціями незалежно від виду незрощення (М- середнє значення; SD - стандартне відхилення; 1 – хворі протезовані незнімними конструкціями; 2 – хворі протезовані знімними конструкціями).

	N		Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
			До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
1	27	М	4,7	3,57	23,6	98,2	88,51	14,85	16,85	16,81	4,61	161,62	162,11	0,8
		SD	2,15	1,74	14,54	17,9	13,22	10	3,53	3,05	4,9	8,88	8,56	0,72
2	10	М	6,3	4,7	24,28	81,2	79	17,44	15,2	15,5	6	155,4	154,7	0,7
		SD	2,22	1,56	10,96	28,58	22,386	15	3,25	3,37	4,63	9,53	9,16	0,55

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок ортопедичного протезування у хворих з однобічними ВНВГП при протезуванні незнімними конструкціями положення верхньої губи у сагітальній площині покращилося в середньому на $16,5\% \pm 12,31\%$, тоді як при протезуванні знімними протезами цей показник становив $21,62\% \pm 11,14\%$.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положенням верхньої губи у вертикальній площині виявлено, що внаслідок ортопедичної реабілітації хворих з однобічними ВНВГП незнімними конструкціями положення верхньої губи у вертикальній площині покращилося у середньому на $15,34\% \pm 12,54\%$, тоді як у хворих із знімними цей показник становив $17,11\% \pm 13,08\%$. Отримані результати засвідчують їх позитивні показники змін у профілі обличчя при однобічних незрощеннях після ортопедичної реабілітації незалежно від виду конструкцій (незнімна/знімна).

Аналогічно аналіз здійснений нами і відносно хворих з двобічними ВНВГП, які були протезовані незнімними і знімними конструкціями протезів табл. 5.8, 5.9.

Порівняльний аналіз середніх величин фотостатичного аналізу у хворих з двобічними ВНВГП, які протезовані незнімними або знімними конструкціями протезів наведений в табл. 5.10.

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок ортопедичної реабілітації у хворих з двобічними ВНВГП при протезуванні незнімними конструкціями положення верхньої губи у сагітальній площині покращилося в середньому на $32,85\% \pm 11,78\%$, тоді як при протезуванні знімними протезами цей показник становив $30,46\% \pm 9,3\%$.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положенням верхньої губи у вертикальній площині виявлено, що внаслідок ортопедичної реабілітації хворих з однобічними ВНВГП незнімними конструкціями положення верхньої губи у вертикальній площині покращилося у середньому на $14,23\% \pm 5,96\%$, а у хворих із знімними цей показник становив $18,21\% \pm 22,31\%$.

Таблиця 5.5.

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з однобічними ВНБГП, які протезовані незнімними ортопедичними конструкціями, до і після лікування (М- середнє значення; SD - стандартне відхилення)

Порядковий номер пацієнта	Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
	до	після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
1	6	5	16,7	129	120	6,9	26	25	3,8	172	174	1,2
2	1	1	0	93	87	6,45	16	16	0	176	176	0
3	8	6	25	83	71	14,5	19	18	5,26	160	162	1,25
4	6	4,5	25	91	65	28,6	16	16	0	145	146	0,7
5	4	3	25	113	90	20,4	15	15	0	165	165	0
6	4	3,5	12,5	96	87	9,4	16	15	6,3	159	161	1,25
7	4	3,5	0	100	93	7	20	19	5	167	164	1,8
9	3	3	0	102	102	0	15	15	0	162	162	0
14	4	2,5	37,5	96	76	20,8	11	12	9	159	156	1,8
22	3	3	0	84	82	2,4	19	19	0	163	163	0
24	3	2	33,3	52	77	48	17	15	11,7	149	148	0,67
30	7	5,5	21,4	90	81	10	18	19	5,6	155	158	1,9
32	10	8	20	87	71	18,4	17	16	5,9	155	155	0
35	5	4,5	10	100	91	9	19	18	5,3	168	170	1,2
36	6	5	16,6	67	86	28,3	18	19	5,6	145	146	0,7
М	4,93	4	16,2	92,2	85,26	15,34	17,46	17,13	4,23	160	160,4	0,83
SD	2,28	1,76	12,31	17,86	13,65	12,54	3,24	2,99	3,6	9,15	9,21	0,71

Таблиця 5.6.

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з однобічними ВНВГП, які протезовані знімними ортопедичними конструкціями, до і після ортопедичної реабілітації

Порядковий номер пацієнта	Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
8	9	7	22,2	104	96	7,7	15	14	6,7	162	160	1,2
11	3,5	3	14,3	18	22	22,2	13	13	0	153	153	0
12	4,5	4,5	0	103	103	0	17	17	0	160	160	0
19	4	3	25	88	73	17	9	10	11,1	143	142	0,7
20	10	7	30	93	80	13,9	18	20	11,1	152	152	0
26	7	5	28,6	55	78	41,8	18	20	11,1	147	145	1,4
31	8	5,5	31,3	93	77	17,2	12	13	8,3	149	151	1,3
M	6,57	5	21,62	79,14	75,57	17,11	14,57	15,28	6,9	152,28	151,85	0,65
SD	2,58	1,65	11,14	31,54	26,05	13,08	3,4	3,81	5	6,82	6,81	0,65

Таблиця 5.7.

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з однобічними ВНБГП, які були протезовані незнімними та знімними конструкціями (М- середнє значення; SD - стандартне 1 – незнімне протезування; 2 знімне протезування).

	N		Аналіз профіля губ за Рікетсом (мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
			До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
1	15	М	4,93	4	16,2	92,2	85,26	15,34	17,46	17,13	4,23	160	160,4	0,83
		SD	2,28	1,76	12,31	17,86	13,65	12,54	3,24	2,99	3,6	9,15	9,21	0,71
2	7	М	6,57	5	21,62	79,14	75,57	17,11	14,57	15,28	6,9	152,28	151,85	0,65
		SD	2,58	1,65	11,14	31,54	26,05	13,08	3,4	3,81	5	6,82	6,81	0,65

Таблиця 5.8.

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з двобічними ВНВГП, які протезовані незнімними ортопедичними конструкціями, до і після ортопедичної реабілітації

Порядковий номер пацієнта	Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
10	9,5	7	26,3	115	100	13	15	15	0	154	156	1,3
13	4	3	25	104	94	9,6	16	16	0	158	158	0
16	3	2	33,3	91	81	10,9	9	10	11,1	153	154	0,7
17	3	2,5	16,6	112	102	8,9	19	18	5,3	171	172	0,6
18	3	2	33,3	108	97	10,2	20	19	5	178	174	2,2
21	5,5	4,5	18,2	66	76	15,15	13	14	7,7	156	159	1,92
27	6	4	33,3	99	75	24,24	22	22	0	160	160	0
28	6	4	33,3	117	106	9,4	18	18	0	170	171	0,58
29	4	3	25	114	92	19,3	16	16	0	162	162	0
33	4	2	50	105	87	17,14	13	15	15,4	171	172	0,6
34	3	1,5	50	116	87	25	12	14	16,7	158	160	1,3
37	2	1	50	124	114	8	20	20	0	173	173	0
M	4,41	3,041	32,85	105,91	92,58	14,23	16,08	16,41	5,1	163,66	164,25	0,76
SD	2,05	1,64	11,78	15,4	12	5,96	3,87	3,2	6,32	8,45	7,49	0,76

Таблиця 5.9.

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з двобічними ВНВГП, які протезовані знімними ортопедичними конструкціями, до і після ортопедичної реабілітації

Порядковий номер пацієнта	Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
15	5	3,5	30	97	87	3,1	20	19	5	175	173	1,1
23	7	5,5	21,4	57	78	43,85	15	15	0	150	149	0,7
25	5	3	40	104	96	7,7	15	14	6,7	163	162	0,6
M	5,66	4	30,46	86	87	18,21	16,66	16	3,9	162,66	161,33	0,8
SD	1,15	1,32	9,3	25,35	9	22,31	2,88	2,64	3,48	12,5	12,01	0,26

Таблиця 5.10.

Порівняльний аналіз результатів фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих з двобічними ВНВГП, які були протезовані незнімними та знімними ортопедичними конструкціями (М- середнє значення; SD – стандартне; 1- незнімне протезування; знімне протезування)

	N		Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
			До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
1	12	М	4,41	3,041	32,85	105,91	92,58	14,23	16,08	16,41	5,1	163,66	164,25	0,76
		SD	2,05	1,64	11,78	15,4	12	5,96	3,87	3,2	6,32	8,45	7,49	0,76
2	3	М	5,66	4	30,46	86	87	18,21	16,66	16	3,9	162,66	161,33	0,8
		SD	1,15	1,32	9,3	25,35	9	22,31	2,88	2,64	3,48	12,5	12,01	0,26

Аналіз показників параметрів губ за Рікетсом (Rickets) та носо-губного кута засвідчує позитивні зміни у профілі обличчя у хворих з двобічними незрощеннями незалежно від виду ортопедичних конструкцій після їх ортопедичної реабілітації.

5.3. Вплив ортопедичної реабілітації на якість життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння

Нами здійснено аналіз задоволеності якістю 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.

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.

Результати опитування пацієнтів до і після протезування незнімними конструкціями наведено в табл. 5.11.

Таблиця 5.11.

Результати опитування пацієнтів до і після протезування незнімними конструкціями

I Блок. Питання пов'язані з проблемами при прийомі їжі	Етапи лікування	Сума Балів	Mean±m
1. Чи Ви втратили смак до їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	67	2,481±0,247
	Після	11	0,41±0,10***
2. Чи відчуваєте Ви больові відчуття в роті?	До	71	2,630±0,194
	Після	9	0,33±0,11***

Продовження таблиці 5.11.

3. Чи викликає у Вас утруднення прийом їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	73	2,704±0,238
	Після	8	0,30±0,09***
4. Чи Ви незадовільно харчуєтеся через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	67	2,481±0,241
	Після	4	0,148±0,070***
5. Чи доводиться Вам переривати прийом їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	71	2,630±0,268
	Після	11	0,407±0,096***
Разом.	До	349	12,926±1,039
	Після	43	1,593±0,171***
II Блок. Питання пов'язані з проблемами зі спілкуванням.	Етапи лікування	Сума Балів	Mean±m
6. Чи відчуваєте Ви незручності через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	69	2,556±0,209
	Після	10	0,370±0,095***
7. Чи відчуваєте Ви труднощі при вимові слів через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	68	2,519±0,202
	Після	3	0,111±0,062***
8. Чи відчуваєте Ви себе обмеженим у спілкуванні з людьми через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	80	2,963±0,203
	Після	7	0,259±0,086***

Продовження таблиці 5.11.

9. Чи ставлять Вас проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами у незручне становище?	До	76	2,815±0,169
	Після	11	0,407±0,096***
10. Чи викликають у Вас проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами підвищену дратівливість при спілкуванні з людьми?	До	70	2,593±0,194
	Після	6	0,222±0,082***
Разом.	До	363	13,444±0,742
	Після	37	1,370±0,201***
III Блок. Питання пов'язані з проблемами у повсякденному житті	Етапи лікування	Сума Балів	Mean±m
11. Чи відчуваєте Ви труднощі в звичайній роботі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	70	2,593±0,228
	Після	7	0,259±0,086***
12. Чи заважають Вам проблеми з зубами, слизовою оболонкою рота або протезами відпочивати, розслаблятися?	До	70	2,593±0,234
	Після	5	0,185±0,076***
13. Чи стає Ваше життя менш цікавим із-за проблем зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	66	2,444±0,247
	Після	0	0,000±0,000***
14. Чи доводиться Вам повністю "випадати із життя" через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	68	2,519±0,252
	Після	4	0,148±0,070***
Разом.	До	274	10,148±0,802
	Після	16	0,593±0,179***

Продовження таблиці 5.11.

Загальні показники	До	986	70,428±1,0148
	Після	96	6,857±0,906***

Примітка: ** - $p = 0,01$; *** - $p < 0,001$;

Виявлено, що за першим блоком питань, що пов'язані з проблемами при прийомі їжі за всіма п'ятьма питаннями, що містить цей блок результати опитування були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $12,926 \pm 1,039$ до лікування, проти $1,593 \pm 0,171$ після лікування ($p < 0,001$).

За другим блоком питань, що пов'язані з проблемами зі спілкуванням результати опитування до і після ортопедичного лікування стосовно кожного з конкретних питань блока також були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $13,444 \pm 0,742$ до лікування, проти $1,370 \pm 0,201$ після лікування ($p < 0,001$).

За третім блоком питань, який пов'язаний з проблемами у повсякденному житті результати опитування засвідчили, що за всіма питаннями цього блоку результат був позитивний ($p < 0,001$). Разом у середньому, визначено що до лікування сумарні показники склали $10,148 \pm 0,802$, проти $0,593 \pm 0,179$ після лікування ($p < 0,001$).

Підсумовуючий результат опитування за анкетой 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.

Результати опитування пацієнтів до і після протезування знімними конструкціями наведено в табл. 5.12.

Таблиця 5.12.

Результати опитування пацієнтів до і після протезування знімними конструкціями.

I Блок. Питання пов'язані з проблемами при прийомі їжі	Етапи лікування	Сума Балів	Mean±m
1. Чи Ви втратили смак до їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	23	2,300±0,448
	Після	5	0,500±0,167**
2. Чи відчуваєте Ви больові відчуття в роті?	До	23	2,300±0,448
	Після	5	0,500±0,167**
3. Чи викликає у Вас утруднення прийом їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	26	2,600±0,371
	Після	7	0,700±0,153***
4. Чи Ви незадовільно харчуєтеся через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	24	2,400±0,499
	Після	2	0,200±0,133***
5. Чи доводиться Вам переривати прийом їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	25	2,500±0,522
	Після	4	0,400±0,163**
Разом.	До	121	12,100±1,980
	Після	23	2,300±0,367***
II Блок. Питання пов'язані з проблемами зі спілкуванням.	Етапи лікування	Сума Балів	Mean±m
6. Чи відчуваєте Ви незручності через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	29	2,900±0,314
	Після	4	0,400±0,163***

Продовження таблиці 5.12.

7. Чи відчуваєте Ви труднощі при вимові слів через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	26	2,600±0,371
	Після	2	0,200±0,133***
8. Чи відчуваєте Ви себе обмеженим у спілкуванні з людьми через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	24	2,400±0,400
	Після	5	0,500±0,167***
9. Чи ставлять Вас проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами у незручне становище?	До	31	3,100±0,277
	Після	3	0,300±0,153***
10. Чи викликають у Вас проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами підвищену дратівливість при спілкуванні з людьми?	До	22	2,200±0,512
	Після	1	0,100±0,100***
Разом.	До	132	13,200±1,541
	Після	15	1,500±0,373***
III Блок. Питання пов'язані з проблемами у повсякденному житті	Етапи лікування	Сума Балів	Mean±m
11. Чи відчуваєте Ви труднощі в звичайній роботі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	24	2,400±0,427
	Після	2	0,200±0,133***
12. Чи заважають Вам проблеми з зубами, слизовою оболонкою рота або протезами відпочивати, розслаблятися?	До	23	2,300±0,496
	Після	2	0,300±0,153***

Продовження таблиці 5.12.

13. Чи стає Ваше життя менш цікавим із-за проблем зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	23	2,300±0,473
	Після	3	0,300±0,153***
14. Чи доводиться Вам повністю "випадати із життя" через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?	До	23	2,300±0,496
	Після	1	0,100±0,100***
Разом.	До	93	9,300±1,713
	Після	9	0,900±0,314***
Загальні показники	До	346	24,714±0,682
	Після	47	3,357±0,464***

Примітка: ** - $p = 0,01$; *** - $p < 0,001$;

Виявлено, що за першим блоком питань, що пов'язані з проблемами при прийомі їжі за всіма п'ятьма питаннями, що містить цей блок результати опитування були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $12,100 \pm 1,980$ до лікування, проти $2,300 \pm 0,367$ після лікування ($p < 0,001$).

За другим блоком питань, що пов'язані з проблемами зі спілкуванням результати опитування до і після ортопедичного лікування стосовно кожного з конкретних питань блока також були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $13,200 \pm 1,541$ до лікування, проти $1,500 \pm 0,373$ після лікування ($p < 0,001$).

За третім блоком питань, який пов'язаний з проблемами у повсякденному житті результати опитування засвідчили, що за всіма питаннями цього блоку результат був позитивний ($p < 0,001$). Разом у середньому, визначено що до лікування сумарні показники склали $9,300 \pm 1,713$, проти $0,900 \pm 0,314$ після лікування ($p < 0,001$).

Підсумовуючий результат опитування за анкетой 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 комбінованими (знімними) конструкціями зубних рядів з їх об'ємним моделюванням.

Наводимо клінічні спостереження ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій:

Клінічне спостереження 1.

Хворий Л.Н.В., 1997 р.н., мед. карта амб. хв. №1/30775, звернувся на кафедру ортопедичної стоматології для надання кваліфікованої стоматологічної допомоги. Скаржиться на утруднене відкушування та пережовування їжі і незадовільний зовнішній вигляд рис. 5.5 (а, б).

На час звернення хворому виповнилося 22 роки. Народився з двобічним наскрізним незрощенням верхньої губи і піднебіння.



а



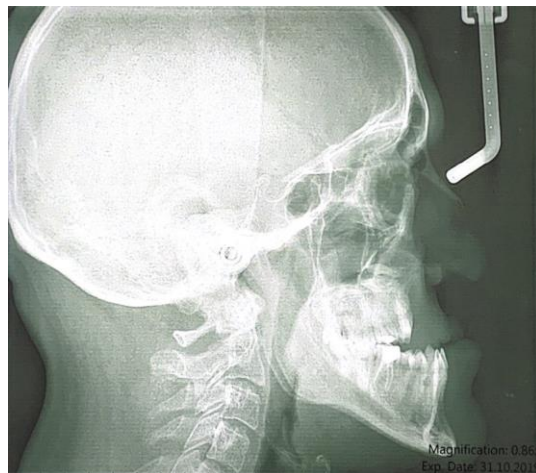
б

Рис. 5.5. Хворий Л.Н.В., а – вигляд пацієнта у фас до початку ортопедичного лікування; б – вигляд пацієнта у профіль до початку ортопедичного лікування

Об'єктивно: післяопераційний рубець на верхній губі, піднебінні та альвеолярному відростку, западання верхньої губи, значна невідповідність між розмірами верхньої та нижньої щелеп. Наявність зубів 17 та 27 поза зубним рядом, вестибулярно.



а



б

Рис. 5.6. Хворий Л.Н.В., а – панорамна рентгенограма; б – бічна телерентгенографія

При аналізі панорамної рентгенограми виявлено наявність у ділянці незрощення ретинованого зуба 21 (рис. 5.6 (а)).

Встановлено діагноз: стан після хейло- та уранопластики, звуження верхньої щелепи, «несправжня прогенія».

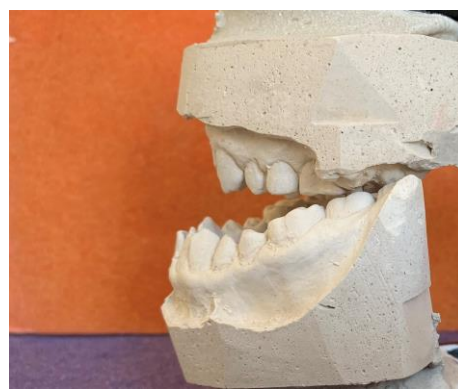


Рис. 5.7. Хворий Л.Н.В., Діагностичні моделі



а



б



в

Рис. 5.8. Хворий Л.Н.В., а – тимчасова конструкція; б – тимчасова конструкція в порожнині рота; в – вітальні зуби, відпрепаровані під металокерамічну конструкцію в інтраоральному дзеркалі

Розпочато комплексне лікування. Після консультації ортодонта, прийнято рішення видалення зубів 17, 27 розміщених поза зубною дугою.

Після вивчення діагностичних моделей (рис. 5.7), вирішено провести лікування шинуючою металокерамічною незнімною конструкцією зі штучним моделюванням ясен з опорою на зуби 15, 14, 13, 12, 11, 22, 23, 24 і 25 (рис. 5.9 (а, б)).

На час виготовлення, та з метою вибору оптимального варіанту постійної металокерамічної конструкції і захисту відпрепарованих опорних зубів



а



б

Рис. 5.9. Хворий Л.Н.В., а – вигляд металокерамічної конструкції на моделі;

б – вигляд металокерамічної конструкції

виготовлено пластмасовий тимчасовий покривний протез із подвійним зубним рядом та об'ємним моделюванням базису у фронтальній ділянці (рис. 5.8). Проведено препарування опорних зубів верхньої щелепи на моделі. Лабораторним способом виготовлено пластмасовий тимчасовий покривний протезом із подвійним зубним рядом та об'ємним моделюванням базису у фронтальній ділянці.

Слід зазначити, що така тимчасова конструкція дозволяє не тільки захистити відпрепаровані вітальні зуби від подразників та допомагає пацієнту психологічно та соціально реабілітуватися, а, найголовніше, дає змогу оцінити та, за необхідності, здійснити корекцію щодо майбутнього вигляду постійної конструкції, що й було зроблено.

Зовнішній вигляд пацієнта з тимчасовою конструкцією став базовою основою для виготовлення постійної металокерамічної конструкції. Шинувальний мостоподібний протез виготовлено з об'ємним моделюванням штучних ясен та альвеолярного відростка у ділянці незрощення рожевою керамікою (рис. 5.9. (а, б)). Враховуючи невідповідність розмірів верхньої і нижньої щелеп, центральні різці модельовані і напечені керамікою максимально вестибулярно, щоб досягти перекриття нижніх зубів верхніми. Таким чином верхній зубний ряд конструктивно розширений та збільшений з метою досягнення оклюзійних співвідношень та естетики і для нівелювання невідповідності між верхньою та



а



б



в

Рис. 5.10. Хворий Л.Н.В., а – вигляд металокерамічної конструкції в порожнині рота; б – вигляд металокерамічної конструкції в інтраоральному дзеркалі; в – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у фас

нижньою щелепами за сагітальною, яка становила 1,1 см.

Даний вид протезів дозволив адекватно реабілітувати пацієнта на естетичному та функціональному рівнях (рис. 5.10 (а, б, в), 5.11 (а, б)).

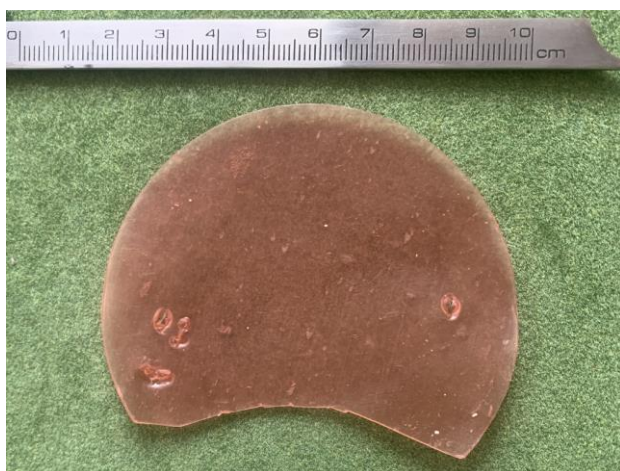
Віддалені результати протезування протягом 3-х років свідчать про високу функціональну та естетичну цінність роботи та правильність вибору конструкції.



а



б



в



г

Рис. 5.11. Хворий Л.Н.В., а – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у профіль; б – бічна телерентгенографія після завершення ортопедичного лікування; в – оклюзійні контакти до лікування на пластинці бюгельного воску; г – оклюзійні контакти після лікування на пластинці бюгельного воску

У результаті проведеного лікування у хворого кількість зубів, які контактують збільшилась з 3 до 16, а кількість оклюзійних контактів збільшилась з 5 до 25 (рис. 5.11 (в, г)).

Відбулися зміни профіля обличчя: при аналізі профіля губ по Рікетсу (Ricketts) Ls - esthetic line на 18,2%(до 5,5° після 4,5°); Носо-губний кут (C-Sp-UL) на 15,15% (до 66° після 76°).

Індекс задоволеності життя сягнув 9 балів після ортопедичного лікування, у порівнянні 44 бали до лікування.

Клінічне спостереження 2.

Хворий К.А.Ю., 1997 р. н., мед. карта амб. хв. №1/25000, звернувся на кафедру ортопедичної стоматології для надання кваліфікованої стоматологічної допомоги. Скаржиться на утруднене відкушування та пережовування їжі і незадовільний зовнішній вигляд (рис. 5.12 (а, б)).

На час звернення хворому виповнилося 20 років. Народився з двобічним наскрізним незрощенням верхньої губи і піднебіння.



а



б

Рис. 5.12. Хворий К.А.Ю., а – вигляд пацієнта у фас до початку ортопедичного лікування; б – вигляд пацієнта у профіль до початку ортопедичного лікування;

Об'єктивно: післяопераційний рубець на верхній губі, піднебінні та альвеолярному відростку, імідіат протез в ділянці зуба 22 (рис. 5.14).



Рис. 5.13. Хворий К.А.Ю., а– панорамна рентгенограма; б – діагностичні моделі

Встановлено діагноз: стан після хейло- та уранопластики, дефект зубного ряду IV клас за Кеннеді на верхній щелепі, зуб 11 стан після резекції верхівки кореня, та зруйнована коронкова частина (рис. 5.13 (а, б), 5.14 (а, б)).

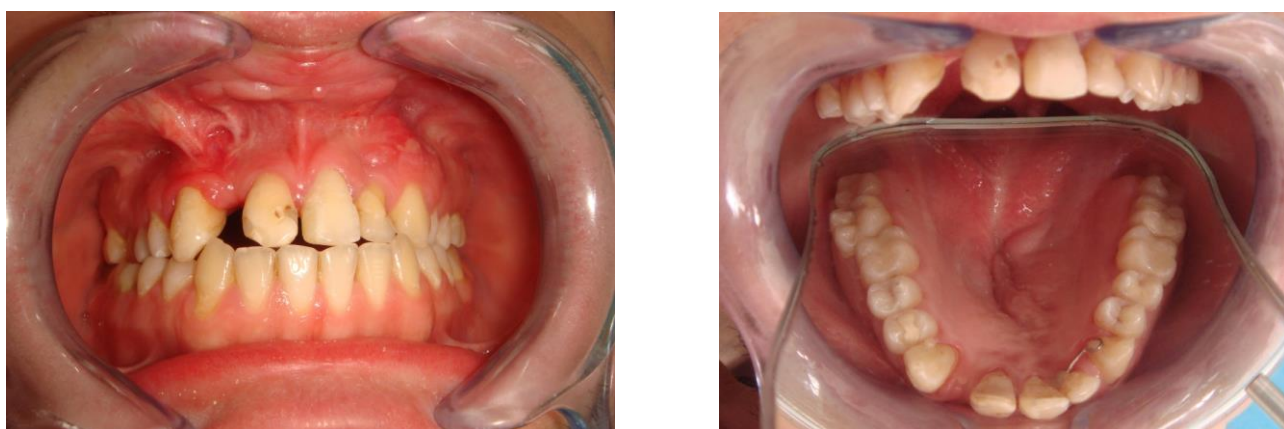


Рис. 5.14. Хворий К.А.Ю., Вигляд порожнини рота на час звернення хворого

Складений план комплексного лікування – видалення зуба 11, який за спільним рішенням ортопеда і хірурга стоматолога не може бути використаний у ортопедичному лікуванні як опора (рис. 5.16 (а, б)).



а



б

Рис. 5.15. Хворий К.А.Ю., а – тимчасова конструкція; б – тимчасова конструкція в порожнині рота

Виходячи з отриманих об'єктивних даних ортопедичне лікування вирішено здійснити шинувальною мостоподібною конструкцією з об'ємним моделюванням базису в ділянці незрощення з опорою на зуби 13, 21 та 23 (рис. 5.18 (а, б, в, г), метою якого є: створення прийнятних оклюзійних співвідношень, заміщення дефекту верхнього зубного ряду і альвеолярного відростка для досягнення різцевого перекриття.



а



б

Рис. 5.16. Хворий К.А.Ю., а – зуби, відпрепаровані під металокерамічну конструкцію; б – комбінований відбиток



Рис. 5.17. Хворий К.А.Ю., Каркас конструкції

Щоб залишити вітальними опорні зуби до їх препарування отримано відбитки. За моделями лабораторним способом виготовлений тимчасовий мостоподібний протез з пластмаси, який після препарування зубів, уточнений нетоксичною пластмасою холодної полімеризації та зафіксований у порожнині рота хворого (рис. 5.15 а, б)).

Моделювання каркасу (рис. 5.17), як основи майбутньої постійної ортопедичної конструкції, стало значно легшим після тимчасового протезування. Враховуючи вигляд тимчасових зубів, а саме: величину перекриття нижніх зубів верхніми, розміщення центральної лінії, можливість та ступінь виповнення верхньої губи.

Даний вид протезів дозволив адекватно реабілітувати хворого на естетичному та функціональному рівнях (рис. 5.18 (а, б, в, г)).

Віддалені результати протезування протягом 4-х років свідчать про високу функціональну та естетичну цінність роботи та правильність вибору конструкції.

У результаті проведеного лікування у хворого кількість зубів, які контактують збільшилась з 10 до 14, а кількість оклюзійних контактів збільшилась з 15 до 24 (рис. 5.19 (а, б)).



а



б



в

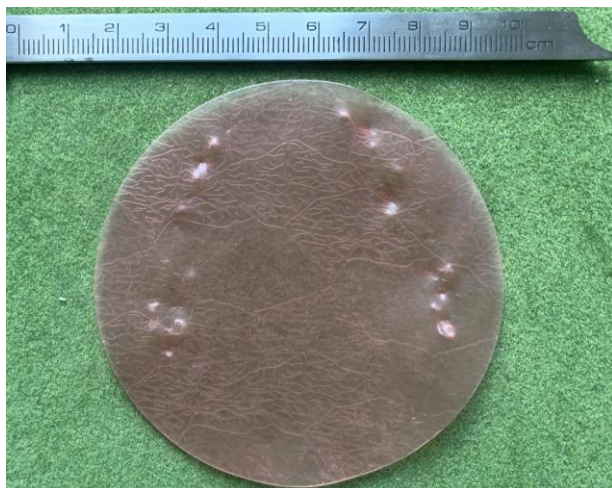


г

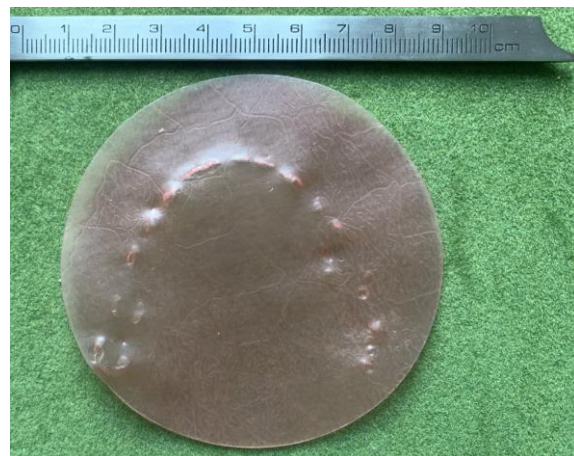
Рис. 5.18. Хворий К.А.Ю., а – вигляд металокерамічної конструкції на моделі; б – вигляд металокерамічної конструкції в інтраоральному дзеркалі; в – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у фас; г – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у профіль

Відбулися зміни профіля обличчя: при аналізі профіля губ по Рікетсу (Ricketts) Ls - esthetic line на 33,3%(до 3 мм., після 2 мм.); Носо-губний кут (C-Sn-UL) на 10,9% (до 91°, після 81°).

Індекс задоволеності життя сягнув 5 балів після ортопедичного лікування, у порівнянні 21 бал до лікування.



а



б

Рис. 5.19. Хворий К.А.Ю., а – оклюзійні контакти до лікування на пластинці бюгельного воску; б – оклюзійні контакти після лікування на пластинці бюгельного воску

Клінічне спостереження 3.

Хворий К.А.В. 1998 р. н., мед. карта амб. хв. № 3986. У віці 19 р. скерований ортодонтами з діагнозом стан після проведення хейло і уранопластики для консультації на кафедрі ортопедичної стоматології для вирішення питання подальшого лікування. На час звертання ортодонтичне лікування досягло максимально можливих результатів.

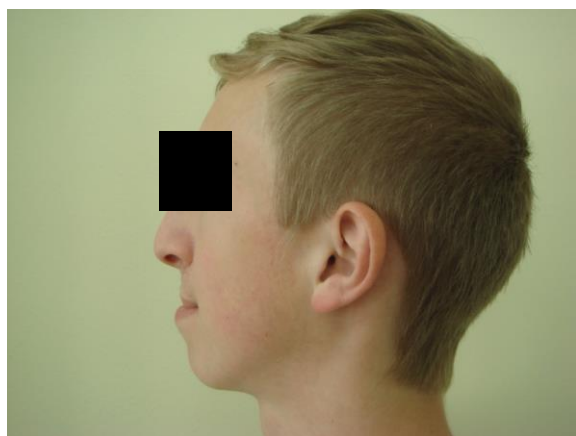
Об'єктивно: післяопераційний рубець на верхній губі, альвеолярному відростку та піднебінні, западання верхньої губи, незначний поворот навколо осі зубів 11 і 21, руйнування коронкової частини і нахил в оральну сторону 36 зуба. Розміщення зубів 22 та 24 орально. Звуження верхньої щелепи (рис. 5.20 (а, б, в)).

Складений план комплексного лікування – видалення зубів 22 та 24, які після консультації ортодонта, ортопеда і хірурга стоматолога не могли бути використаними в ортопедичному лікуванні як опора (рис. 5.21 (а)). Терапевтичне лікування полягало у девіталізації зуба 16.

Виходячи з отриманих об'єктивних даних ортопедичне лікування вирішено здійснити шинуючою мостоподібною конструкцією з об'ємним моделюванням



а



б



в



г

Рис. 5.20. Хворий К.А.В., а – вигляд пацієнта у фас до початку ортопедичного лікування; б – вигляд пацієнта у профіль до початку ортопедичного лікування; в – панорамна рентгенограма; г – вигляд порожнини рота на час звернення хворого

базису в ділянці незрощення з опорою на зуби 15, 14, 13, 12, 21, 23 та 25, метою якого є: стабілізація досягнутих результатів ортодонтичного лікування; нівелювання невідповідності розмірів верхнього зубного ряду щодо нижнього, створення прийнятних оклюзійних співвідношень, заміщення дефекту верхнього зубного ряду і альвеолярного відростка для досягнення різцевого перекриття та виповнення запалої верхньої губи.



а



б

Рис. 5.21. Хворий К.А.В., а – вигляд порожнини рота після видалення 22 та 24 зубів; б – тимчасова конструкція

На попередньо ендодонтично лікований зуб 36 виготовлена коренево-куксова вкладка, якою змінено нахил коронкової кукси з орального на правильне розміщення в зубній дузі.

Щоб залишити вітальними опорні зуби до їх препарування отримано відбитки. За моделями лабораторним способом виготовлений тимчасовий мостоподібний протез з пластмаси, який після препарування зубів, уточнений нетоксичною пластмасою холодної полімеризації, зафіксований в порожнині рота хворого. Така тимчасова конструкція дозволяє не тільки захистити відпрепаровані вітальні зуби від подразників, допомагає пацієнту реабілітуватися та оцінити і здійснити, за потреби корекцію майбутньої постійної конструкції (рис. 5.21 (б)).



а



б



в

Рис. 5.22. Хворий К.А.В., а – зуби, відпрепаровані під металокерамічну конструкцію; б – комбіновані відбитки; в – каркас металокерамічної конструкції

У даному випадку виявилось, що для досягнення максимального естетичного вигляду центральну лінію необхідно змістити вліво на 2 мм і змінити нахил зубів у лівий бік. Для цього у зубі 11 необхідно було зробити пришийковий уступ на ширину 1,5-2 мм з медіального боку, що вимагало його девіталізації (рис. 5.22 (а, б, в)).

Дана робота дозволила розширити зубну дугу верхньої щелепи, особливо у ділянці незрощення, надати їй правильної еліпсоїдної форми, об'ємним моделюванням базису рожевою керамікою оптично зменшити висоту коронок, виповнити дефект кісткової тканини у ділянці альвеолярного відростка та присінку рота (рис. 5.23 (а, б)). Виповнення верхньої губи даною конструкцією

зсередини надало можливість приховати западання губи і естетично змінити вигляд пацієнта як у фас, так і в профіль (рис. 5.23 (в, г)).



а



б



в



г

Рис. 5.23. Хворий К.А.В., а – вигляд металокерамічної конструкції в порожнині рота; б – вигляд металокерамічної конструкції в інтраоральному дзеркалі; в – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у фас; г – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у профіль

Даний вид протезу дозволив адекватно реабілітувати пацієнта на естетичному та функціональному рівнях.

Віддалені результати протезування протягом 4-х років свідчать про високу функціональну та естетичну цінність роботи та правильність вибору конструкції.

У результаті проведеного лікування у хворого кількість зубів, які контактують збільшилась з 17 до 14, а кількість оклюзійних контактів збільшилась з 11 до 25 (рис. 5.24 (а, б)).

Відбулися зміни профілю обличчя: при аналізі профілю губ по Рікетсу (Ricketts) Ls - esthetic line на 33,3% (до 3 мм., після 2 мм.); Носо-губний кут (C-Sn-UL) на 10,2% (до 108°, після 97°).

Індекс задоволеності життя сягнув 8 балів після ортопедичного лікування, у порівнянні 37 балів до лікування.



Рис. 5.24. Хворий К.А.В., а – оклюзійні контакти до лікування на пластинці бюгельного воску; б – оклюзійні контакти після лікування на пластинці бюгельного воску

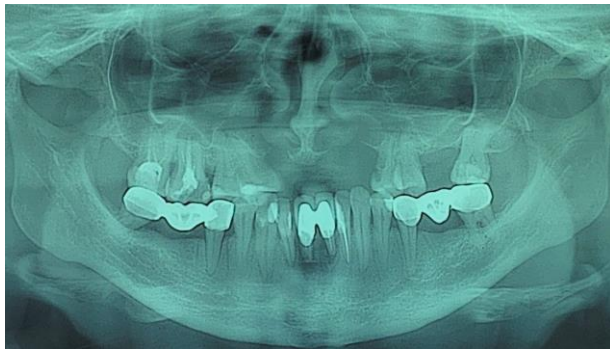
Клінічне спостереження 4.

Дане спостереження є продовженням реабілітації хворої К.Г.В., яка представлена у Розділі 4, як приклад одного з варіантів тимчасового протезування (стор. 85).

Хвора К.Г.В. 1978 р. н., мед. карта амб. хв. № 25022.

Об'єктивно: післяопераційний рубець на верхній губі, альвеолярному відростку та піднебінні, западання верхньої губи, дефекти зубних рядів (ІІІ клас 1 підлас на верхній та нижній щелепах). У ділянці зубів 35 – 37 та 45 – 47 наявні

штамповані мостоподібні конструкції та металокерамічні коронки на 31, 41 зубах (рис. 5.25 (б)).



а



б

Рис. 5.25. Хвора К.Г.В., а – панорамна рентгенограма; б – вигляд порожнини рота хворої в інтраоральному дзеркалі

При аналізі панорамної рентгенограми виявлено легку ступінь генералізованого пародонтиту, хронічний періодонтит зубів 31 та 41 (рис. 5.25 (а)).

Складений план комплексного лікування – видалення зубів 31 та 41. Зняття наявних ортопедичних конструкцій. Терапевтичне лікування полягало у девіталізації зубів 15,14, 24, 25, 27, 33, 34, 35, 37, 42, 43, 44, 45, 47 та повторне ендодонтичне лікування зубів 17, 16.

Виходячи з отриманих об'єктивних даних вибір плану надання ортопедичної допомоги хворій обумовлений клінічною ситуацією на верхній та нижній щелепах. Ортопедичне лікування вирішено здійснити шинуючою мостоподібною конструкцією з об'ємним моделюванням базису в ділянці незрощення з опорою на зуби 17, 16, 15,14, 24, 25, 27, метою якого є: нівелювання невідповідності розмірів верхнього зубного ряду щодо нижнього, створення прийнятних оклюзійних співвідношень, заміщення дефекту верхнього зубного ряду і альвеолярного відростка для досягнення різцевого перекриття та виповнення запалої верхньої губи. На нижню щелепу виготовити шинуючу мостоподібну конструкцію з опорою на зуби 33, 34, 35, 37, 42, 43, 44, 45, 47.

Для визначення центрального співвідношення щелеп виготовлено прикусний восковий валик на жорсткому базисі (рис. 5.26 (б)).

На час виготовлення постійних конструкцій виготовлено нові незнімні тимчасові пластмасові протези на верхню (рис. 5.26 (а, в)) та нижню щелепи.



а



б



в

Рис. 5.26. Хвора К.Г.В., а – тимчасова конструкція; б – прикусний восковий валик на жорсткому базисі; в – комбіновані відбитки

Виготовлені ортопедичні конструкції дозволили розширити зубну дугу верхньої щелепи, особливо у ділянці незрощення, майже на 7 мм; надати їй правильної форми; об'ємним моделюванням базису рожевою керамікою виповнити дефект кісткової тканини у ділянці альвеолярного відростка та присінку рота (рис. 5.27 (а, б, в)). Виповнення верхньої губи даною конструкцією надало можливість приховати западання губи і змінити вигляд пацієнтки створивши позитивний естетичний ефект не тільки при посмішці, а й у фас і в профіль (рис. 5.28 (а, б, в)).

Віддалені результати протезування протягом 2-х років свідчать про високу функціональну та естетичну цінність роботи та правильність вибору конструкції.



а



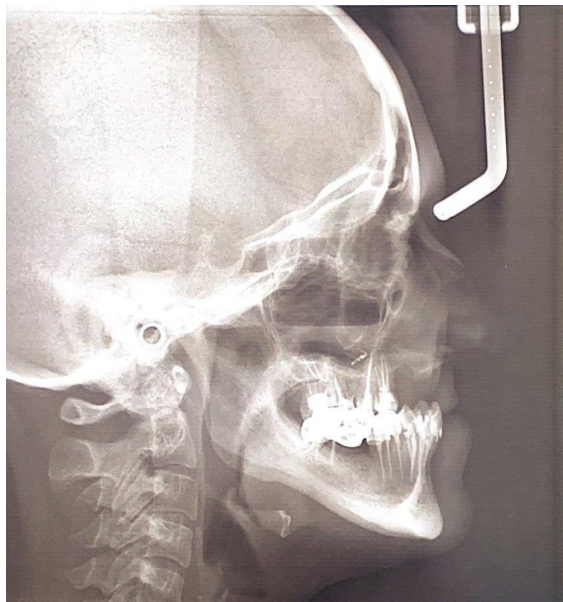
б



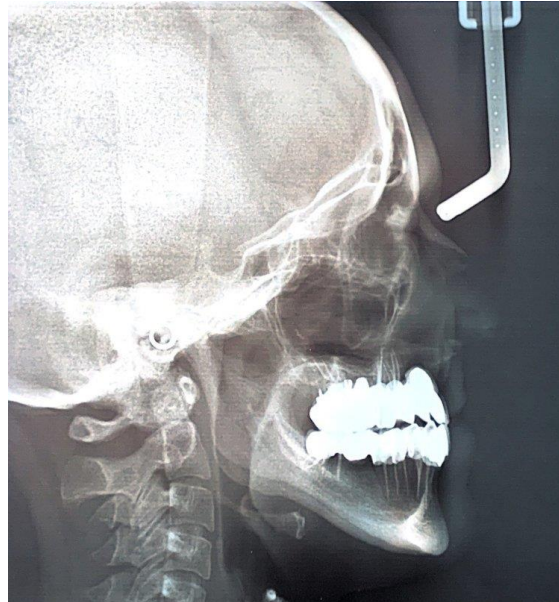
в

Рис. 5.27. Хвора К.Г.В., а – вигляд металокерамічних конструкцій на моделях; б – вигляд металокерамічних конструкцій; в – вигляд металокерамічного протеза в порожнини рота

У результаті проведеного лікування у хворої кількість зубів, які контактують збільшилась з 5 до 14, а кількість оклюзійних контактів збільшилась з 9 до 28 рис. 5.29 (а, б).



а



б



в

Рис. 5.28. Хвора К.Г.В., а – бічна телерентгенографія до початку ортопедичного лікування; б – бічна телерентгенографія після завершення ортопедичного лікування; в – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у фас і профіль

Відбулися зміни профілю обличчя: при аналізі профілю губ по Рікетсу (Ricketts) Ls - esthetic line на 30% (до 5 мм., після 3,5 мм.); Носо-губний кут (C-Sn-UL) на 3,1% (до 97°, після 87°).

Індекс задоволеності життя сягнув 3 балів після ортопедичного лікування, у порівнянні 44 бали до лікування.



а



б

Рис. 5.29. Хвора К.Г.В., а – оклюзійні контакти до лікування на пластинці бюгельного воску; б – оклюзійні контакти після лікування на пластинці бюгельного воску

Клінічне спостереження 5.

Дане спостереження є продовженням реабілітації хворого П.В.Б., який представлений у Розділі 4, як приклад одного з варіантів тимчасового протезування (стор. 82)

Хворий П.В.Б. 1995 р. н., мед. карта амб. хв. №1/5645.

Об'єктивно: післяопераційний рубець на верхній губі, альвеолярному відростку та піднебінні, западання верхньої губи, дефект зубного ряду IV класу за Кенеді на верхній щелепі.

Після вивчення діагностичних моделей, вирішено провести лікування комбінованою знімною та незнімною конструкціями для нівелювання

невідповідності між верхньою та нижньою щелепами за сагітальною, яка становила 12 мм.

Після препарування опорних зубів тимчасову конструкцію уточнено нетоксичною пластмасою холодної полімеризації, з метою захисту вітальних зубів від подразників (рис. 5.30 (а, б)).



а

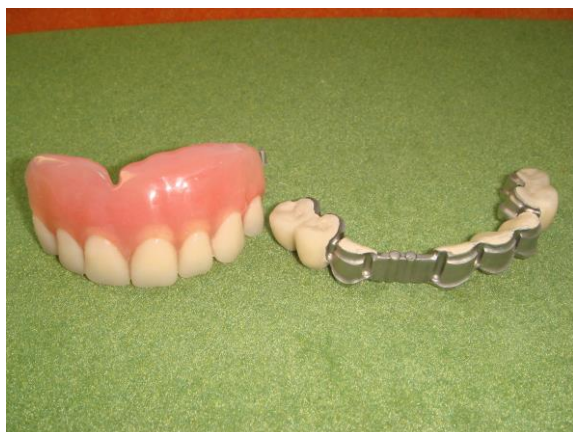


б

Рис. 5.30. Хворий П.В.Б., а – комбінований відбиток; б – тимчасова конструкція

Результати досягнутого ортодонтичного лікування необхідно було утримати і закріпити тільки комбінованою ортопедичною конструкцією, що складалася з незнімної шинуючої конструкції і знімної – покривним протезом із подвійним зубним рядом та об'ємним моделюванням базису у фронтальній ділянці для досягнення оклюзійних співвідношень та естетики. Опорні зуби верхньої щелепи покриті коронками та об'єднані балкою, яка розташовується у ділянці незрощення, в єдину цілнолиту шинуючу по дузі конструкцію, в якій: на зубах 11, 12, 21 та 23 – проведене фрезерування зі сходиноподібним уступом з вестибулярного боку, а з орального боку вони облицьовані металокерамікою. Зуби 13, 14, 15, 24 та 25 з фрезеруванням з оральної сторони і металокерамічним облицюванням з вестибулярного. Балка, розміщуючись у ділянці дефекту зубного ряду та незрощення, об'єднує 2 фрагменти верхньої щелепи в єдине ціле, простягається від зуба 21 до 23 (рис. 5.31 (а, б)).

Знімна конструкція – це цільнолитий покривний протез з об'ємним моделюванням базису у фронтальній ділянці на всьому протязі де розташовується незрощення, з балковою системою фіксації та інтерлоками (рис. 5.31 (а, б)) та рис. 5.32).



а



б

Рис. 5.31. Хворий П.В.Б., а – знімна та незнімна частина ортопедичної конструкції; б – незнімна частина ортопедичної конструкції в порожнині рота

Даний вид протезів дозволив адекватно реабілітувати пацієнта на естетичному та функціональному рівнях рис. 5.33 (а, б)



Рис. 5.32. Хворий П.В.Б., знімна та незнімна частини ортопедичної конструкції у складеному вигляді в порожнині рота

Віддалені результати протезування на протязі 5-ти років свідчать про високу функціональну та естетичну цінність роботи та правильність вибору конструкції.

У результаті проведеного лікування у хворого кількість зубів, які контактують збільшилась з 4 до 16, а кількість оклюзійних контактів збільшилась з 6 до 31 рис. 5.34 (а, б).

Відбулися зміни профіля обличчя: при аналізі профіля губ по Рікетсу (Ricketts) Ls - esthetic line на 28,6% (до 7 мм., після 5 мм.); Носо-губний кут (C-Sn-UL) на 41,8% (до 55°, після 78°).

Індекс задоволеності життя сягнув 6 балів після лікування, у порівнянні 47 балів до лікування.



а



б

Рис. 5.33. Хворий П.В.Б., а – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у фас; б – зовнішній вигляд пацієнта на час закінчення роботи у профіль



а



б

Рис. 5.34. Хворий П.В.Б., а – оклюзійні контакти до лікування на пластинці бюгельного воску; б – оклюзійні контакти після лікування на пластинці бюгельного воску

5.4. Висновки до розділу 5

1. Виявлено надзвичайно малу кількість оклюзійних контактів між верхніми і нижніми зубними рядами у дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після завершення у них післяопераційних втручань та ортодонтичного лікування, як результат значних деформацій верхньої щелепи і втрати зубів.

2. Визначено, що ортопедична реабілітація різними конструкціями зубних протезів постійними – незнімними і знімними (комбінованими) повністю забезпечує відновлення оклюзійних контактів зубних рядів та можливості функціонування оклюзійної системи з відтворенням анатомічного балансу між верхньою і нижньою щелепами.

3. Аналіз показників профілю нижньої частини лица, зокрема показників параметрів губ за Rickets та носо-губного кута засвідчують, що у результаті ортопедичної реабілітації хворих з ВНВГП незалежно від типу незрощення як

при незнімному так і при знімному (комбінованому) варіанті протезування значно покращився, що вплинуло на естетичні параметри обличчя.

4. Результати опитування (анкетування) дорослих хворих з ВНВГП після операційних втручань до і після ортопедичної реабілітації засвідчив високий рівень задоволеності якості життя після протезування незалежно від конструкцій протезів (незнімні, знімні (комбіновані) та типу незрощення.

5. Наведені клінічні приклади засвідчують високу можливість реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння ортопедичними методами шляхом виготовлення різних варіантів ортопедичних конструкцій для оклюзійно-функціональної та остаточної їх реабілітації, як один із шляхів підвищення якості життя таких хворих.

Основні положення розділу висвітлені у наступних публікаціях:

1. Олійник, М. Ю. (2019). Оцінка якості життя хворих з уродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх реабілітації (огляд літератури). *Клінічна стоматологія*, (1), 25–32. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2019.1.10144>. [68].

2. Олійник, М. Ю. (2020). Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації. *Український стоматологічний альманах*, (4), 57-63. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.4.2020.11>. [69].

3. Олійник, М. Ю. (2018). Оцінка стану якості життя пацієнтами із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після ортопедичного лікування. *Матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених “Актуальні питання клінічної медицини” 26 жовтня 2018 року* (с. 58-59). [66].

4. Олійник, М. Ю. (2019). Особливості оцінки якості життя пацієнтами з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх ортопедичного лікування. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю*

«Інноваційні технології в сучасній стоматології» VII Стоматологічний форум «МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ 2019» 15-17 травня 2019 року. (с. 70–72). [67].

5. Ilyk, R., & Oliynyk, M. (2021). Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation. *EUREKA: Health Sciences*, (5), 34-40. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2021.002013>. [152].

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

Задоволеність якістю життя хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння залежить від багатьох компонентів, які включають якість проведених операційних втручань на верхній губі і піднебінні, результати ортодонтичного лікування, зовнішні естетичні наслідки на обличчі тощо [17, 83, 97, 131, 161].

Значну роль при цьому відіграють ступінь дефектів і деформацій верхньої щелепи, невідповідність розмірам верхньої щелепи щодо нижньої, порушення оклюзійних співвідношень за рахунок звуження верхнього зубного ряду, що призводить до западіння деформованої верхньої губи з естетичним порушенням профілю обличчя тощо [115, 174, 182].

Таке положення особливо стосується дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після завершення всіх основних операційних втручань, окрім можливих операцій з корекції носа та верхньої губи [118, 130].

Суттєвим чинником серед дорослих хворих залишається понижена можливість самоочищення зубів за рахунок значної оклюзійної невідповідності оклюзійних співвідношень і недостатній рівень гігієни, що призводить до передчасної втрати зубів [25, 116, 125, 169, 206].

Такий стан призводить до незадоволеності якістю життя у таких хворих що знижує і їх соціальну адаптацію і естетичну неповноцінність [114, 118].

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 [105].

Отже такий комплексний підхід, що поєднує можливості функціональної і естетичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після їх операційних втручань методами ортопедичної реабілітації на нашу думку є функціональним і перспективним.

Саме тому метою нашого 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.

Дігностика аномалій, деформацій та дефектів зубощелепної системи здійснювалися на підставі даних клінічного обстеження, вимірювання діагностичних моделей щелеп, рентгенологічних, функціональних та інших додаткових методів обстеження. Клінічні результати обстеження хворих заносили в опрацьовану «Карту обстеження хворого з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння».

При клінічному обстеженні всіх хворих обов'язковою була панорамна рентгенографія для визначення наявності або відсутності ретендованих і надкомплектних зубів, їх кількість, наявності дефектів верхньої щелепи, їх розташування, неспівпадіння серединної лінії між медіальними верхніми і нижніми різцями, нахилу зубів, що обмежують дефект у ділянці незрощення.

За клінічними показаннями додатково призначалася 3D комп'ютерна рентгенографія, за якою визначалися лінійні розміри анатомічних структур, контури верхньощелепного синуса, оцінювалася структура кістки, наявних зубів, їх прогноз, тощо.

Телерентгенограми голови (ТРГ) у бічній проекції виконували вибірково у хворих зі значними деформаціями верхньої щелепи і прикусу.

За діагностичними моделями визначалася загальна сагітальна довжина зубних дуг, яка вимірювалася від контактних точок на вестибулярній поверхні ріжучих країв центральних різців до точки перетину до горизонтальної лінії, що з'єднувала дистальні поверхні перших молярів.

Для визначення оклюзійних контактів та їх кількості застосовані пластинки бюгельного воску («Віск бюгельний-02») товщиною 0,3 мм. Оклюзійні контакти визначалися до лікування і після завершення ортопедичного лікування. Підрахунок кількісних значень оклюзійних контактів відбувався як за кількістю контактів окремих зубів, так і за загальною кількістю наявних контактів, які визначені на восковій пластинці (контакти зубів фіксувались за наявними перфораціями на ній).

Для аналізу клінічної картини профілю обличчя до і після ортопедичного лікування був обраний фотостатичний аналіз профілю обличчя за певними точками м'яких тканин до і після ортопедичної реабілітації. Для дослідження обрано: визначення пропорційності в ділянці передньої висоти обличчя (N-Sn-Gn), вимірювання носо-губного кута (C-Sn-UL), проведення аналізу губ за Рікетсом (Rickets).

Також за власною методикою були визначені: кут увігнутості профіля (G-An-Pog'), для визначення якого взяті точки Glabella (G) – плавне підняття лобової кістки трохи вище перенісся, крило носа (Ala nasi - An), як стабільну точку до і після лікування і Pogonion - найбільш випуклу точку м'яких тканин підборіддя, кут між лінією, яка проходила через точку найбільшого заглиблення між лобом і носом (Nasion - N') і найбільш випуклу точку м'яких тканин підборіддя (Pogonion - Pog') і лінією Рікетса (esthetic line; e-line).

Порівняльний розрахунок математичних параметрів профілю до і після ортопедичної реабілітації розраховувався у відсотковому співвідношенні.

Оцінку якості життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, хворих з ВНВГП оцінювали у динаміці їх ортопедичного лікування з використанням валідизованої версії опитувальника OHIP-14.

Опитувальники типу ОНІР-14, у наш час, є найбільш придатнимим для оцінки якості життя пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота [182, 166, 163, 121, 9].

Анкетування досліджуваних проводили індивідуально в окремій ізольованій кімнаті після ознайомлення їх з інструкцією щодо заповнення. Для оцінки результатів відповідей респондентів визначалася сума балів, у загальному і зокрема за конкретними шкалами, при цьому отримані результати можуть перебувати в діапазоні від 0 до 56. Отриманий результат від 0-14 балів свідчив про високий рівень якості життя обстежуваного; від 15-28 балів - про середній рівень якості життя; від 29 до 42 балів - низький рівень. Результат понад 42 бали свідчив про дуже низьку якість життя пацієнта.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з дотриманням принципів статистичного аналізу медичних даних.

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.

У пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння у періоді 16-19 років, коли відбувається кінцеве формування зубощелепного комплексу (у тому числі зубощелепних деформацій) і коли пацієнти найчастіше звертаються по допомогу з естетичних та функціональних міркувань виявлено наступне:

- При однобічних наскрізних незрощеннях спостерігається затримка в розвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи у часі формування постійного прикусу на $2,17 \pm 0,20$ мм, у той час як показник довжини фронтальної ділянки нижньої щелепи є дещо більшим за норму, хоча, як і на верхній щелепі, є тенденція до його зменшення у період 16-19 років.

- При двобічних незрощеннях виявлено вкорочення довжини фронтальної ділянки верхньої щелепи у період функціонального формування постійного прикусу на $5,24 \pm 1,90$ мм, а розвиток фронтальної ділянки нижньої щелепи відбувається у межах вікової норми.

Отже, залежно від важкості вродженої патології відбувається затримка сагітального розвитку верхньої щелепи та відносно нормальний розвиток фронтальної ділянки нижньої щелепи, а між щелепами при однобічних та двобічних незрощеннях встановлюються прогенічні взаємовідношення («несправжня прогенія»).

Підсумовуючи результати проведеного дослідження особливостей аномалій і деформацій зубощелепного комплексу пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після операційних втручань, можна зробити наступні висновки:

- 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.

Ці види деформацій зубощелепного комплексу можуть бути виражені меншою або більшою мірою, що диктує лікареві-ортопеду різні підходи до

надання ортопедичної допомоги та, відповідно, вибору ортопедичних конструкцій, у тому числі тимчасових протезів.

Спираючись на попередні дослідження та на наш досвід надання ортопедичної допомоги таким хворим, 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 сагітальною, 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 відновленням та формуванням фронтальної та/або бічної ділянок зубного ряду верхньої щелепи композитними накладками.

За наявності дефекту зубного ряду естетично-функціональна реабілітація можлива тільки незнімними мостоподібними 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 тільки 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 зубоцелепного протеза, які, залежно від запропонованої типізації дефектів і деформації можуть бути як незнімними, так і знімними.

Якість життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння виступає не тільки завершальним етапом їх ортопедичної реабілітації, а і передбачає створення комфортних умов у процесі ортопедичного лікування.

Такі комфортні умови можуть бути забезпечені тимчасовим протезуванням, яке забезпечує можливості функціональної і естетичної реабілітації на період виготовлення постійної ортопедичної конструкції.

Крім того тимчасова ортопедична конструкція дозволяє визначити, який варіант постійної ортопедичної конструкції може бути придатним для конкретного хворого (незнімна, знімна (комбінована)).

У процесі дослідження обстежено 21 хворого (з 37 пролікованих) з ВНВГП, з них 10 – чоловіків і 11 жінок, яким проведено комплексне протетичне лікування із застосуванням тимчасових і згодом постійних ортопедичних конструкцій.

Використання тимчасових протезів у хворих із ВНВГП допомагає 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 в сагітальній та трансверзальній площинах, враховуючи западання верхньої губи та невідповідність розмірів верхньої та нижньої щелеп.

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 $26,6 \pm 1,04$ ($p < 0,001$).

При лівобічному ВНВГП кількість зубів, які контактували в оклюзії до лікування склала $5,72 \pm 0,6$ зуби, а після ортопедичного лікування дорівнювала $14 \pm 0,37$ ($p < 0,001$), тоді як загальна кількість контактів до лікування дорівнювала $8,54 \pm 0,84$, а після лікування $25 \pm 1,28$ ($p < 0,001$).

При правобічному ВНВГП кількість зубів, що контактують до лікування склало $6,09 \pm 0,57$, а після лікування воно дорівнювало $13,81 \pm 0,27$ ($p < 0,001$), тоді як кількість загальних оклюзійних контактів до лікування була $10,09 \pm 0,91$, а після лікування склала $25,36 \pm 0,76$ ($p < 0,001$).

При двобічних ВНВГП кількість зубів, які були в оклюзійному контакті до лікування склала $5,73 \pm 0,68$, а після ортопедичного лікування дорівнювала $13,81 \pm 0,27$ ($p < 0,001$). Кількість загальних оклюзійних контактів у цій групі дослідження до лікування склала $9,8 \pm 0,94$, а після ортопедичного лікування $25,06 \pm 0,82$ ($p < 0,001$).

У результаті вивчення параметрів аналізу губ за Рікетсом (Rickets) виявлено, що внаслідок 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%.

Найкращі результати, від 30% до 50%, отримані у 13 хворих, з них: 9 з двобічними, 3 з правобічними і 1 з лівобічним ВНВГП, яким у процесі ортопедичної реабілітації виготовлені 4 знімні і 9 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 12 хворих результати становили від 20% до 28,6%, з них: 4 з двобічними, 3 з правобічними і 5 з лівобічними ВНВГП, яким у процесі ортопедичної реабілітації виготовлені 4 знімні і 8 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 7 хворих результати становили від 10% до 18,2 %, з них: 2 з двобічними, 2 з правобічними і 3 з лівобічним ВНВГП, яким були виготовлені 1 знімна і 6 незнімних ортопедичних конструкцій.

Змін не було виявлено у 5 хворих, з них: 2 з правобічними і 3 з лівобічними ВНВГП, яким були виготовлені 1 знімна і 4 незнімних ортопедичних конструкцій.

У результаті аналізу параметрів носо-губного кута, який характеризує положенням 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%.

Найкращі результати, від 41,8% до 48%, отримані у 3 хворих, з них: 1 з двобічними, 1 з правобічними і 1 з лівобічними ВНВГП, у процесі ортопедичної реабілітації яким були виготовлені 2 знімні і 1 незнімна ортопедичні конструкції.

Від 20,4% до 28,6%, у 7 хворих, з них: 2 з двобічними, 3 з правобічними і 2 з лівобічними ВНВГП, у процесі ортопедичної реабілітації яким були виготовлені 1 знімна і 6 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 12 хворих результати становили від 10% до 19,3 %, з них: 6 з двобічним, 2 з правобічними і 4 з лівобічними ВНВГП, яким були виготовлені 3 знімні і 9 незнімних ортопедичних конструкцій.

У 13 хворих результати становили від 2,4% до 9,6%, з них: 6 з двобічними, 3 з правобічними і 4 з лівобічними ВНВГП, яким були виготовлені 3 знімні і 10 незнімних ортопедичних конструкцій.

Змін не виявлено у 2 хворих, у обох правобічні ВНВГП, яким були виготовлені 1 знімна і 1 незнімна ортопедичні конструкції.

Також нами здійснений аналіз означених показників профілю обличчя хворих залежно від того, якими конструкціями (незнімна або знімна(комбінована)) 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 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 цей показник становив $17,44\% \pm 15\%$.

Отже, аналіз показників профілю нижньої частини лиця, зокрема показників Rickets та носо-губного кута засвідчив, що у результаті ортопедичної реабілітації хворих з ВНВГП незалежно від типу незрощення як при незнімному так і при комбінованому варіанті протезування 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.

При протезуванні хворих незнімними конструкціями протезів виявлено, що за першим блоком питань, що пов'язані з проблемами при прийомі їжі за всіма п'ятьма питаннями, що містить цей блок результати опитування були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $12,926 \pm 1,039$ до лікування, проти $1,593 \pm 0,171$ після лікування ($p < 0,001$).

За другим блоком питань, що пов'язані з проблемами зі спілкуванням результати опитування до і після ортопедичного лікування стосовно кожного з конкретних питань блока також були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $13,444 \pm 0,742$ до лікування, проти $1,370 \pm 0,201$ після лікування ($p < 0,001$).

За третім блоком питань, який пов'язаний з проблемами у повсякденному житті результати опитування засвідчили, що за всіма питаннями цього блоку результат був позитивний ($p < 0,001$). Разом у середньому, визначено що до лікування сумарні показники склали $10,148 \pm 0,802$, проти $0,593 \pm 0,179$ після лікування ($p < 0,001$).

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.

При протезуванні хворих знімними конструкціями протезів виявлено, що за першим блоком питань, що пов'язані з проблемами при прийомі їжі за всіма п'ятьма питаннями, що містить цей блок результати опитування були позитивними ($p < 0,001$) і разом у середньому, це склало $12,100 \pm 1,980$ до лікування, проти $2,300 \pm 0,367$ після лікування ($p < 0,001$).

За другим блоком питань, що пов'язані з проблемами зі спілкуванням результати опитування до і після ортопедичного лікування стосовно кожного з конкретних питань блока також були позитивними ($p < 0,001$) і разом у

середньому, це склало $13,200 \pm 1,541$ до лікування, проти $1,500 \pm 0,373$ після лікування ($p < 0,001$).

За третім блоком питань, який пов'язаний з проблемами у повсякденному житті результати опитування засвідчили, що за всіма питаннями цього блоку результат був позитивний ($p < 0,001$). Разом у середньому, визначено що до лікування сумарні показники склали $9,300 \pm 1,713$, проти $0,900 \pm 0,314$ після лікування ($p < 0,001$).

Підсумовуючий результат опитування за анкетой 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 конструкціями зубних рядів з їх об'ємним моделюванням.

Отже, клінічні спостереження засвідчили високу можливість ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення науково-практичного завдання – 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 забезпечення якості їх життя.

1. Визначено що сагітальний недорозвиток верхньої щелепи у дорослих хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння після завершення операційних втручань як з однобічними так із двобічними незрощеннями 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 незрощеннях.

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 незрощеннями 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 лиця засвідчив, що у результаті ортопедичної реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння незалежно від типу незрощення 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 незрощеннями 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 незрощеннями верхньої губи і піднебіння із застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Архарова, О. Н. (2015). Изучение качества жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями до начала их ортодонтической коррекции. *Клиническая Стоматология*, (4(76)), 60–63.
2. Архарова, О. Н., Нимаев, А. Б., Хасянов, А. И. (2015). Значение критериев качества жизни для комплексного подхода к диагностике и лечению стоматологических заболеваний. *Клиническая стоматология*, (3 (75)), 62–66.
3. Арьева, Г. Т. (2013). Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (часть 1). *Пародонтология*, (2), 63–68.
4. Банченко, Г. В., Флейшер, Г. М., Суворов, К. А. (2012). Электромагнитная аллергия – гальваноз. *Медицинский алфавит*, 2(7), 42–51.
5. Біда, О. (2021). Оцінка характеру оклюзійних співвідношень на етапах ортопедичної реабілітації осіб із захворюваннями тканин пародонта, ускладнених дефектами зубних рядів. *Український стоматологічний альманах*, (1), 59-63. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.1.2021.09>
6. Блиндер, Ж. А. (2017). Междисциплинарный подход к лечению детей с двусторонней расщелиной губы и неба [Автореф. дисс. канд. мед. наук, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Минздрава России].
7. Брашкин, А. П., Ярова, С. П. (2003). Распространенность врожденной расщелины верхней губы и неба у детей. *Український стоматологічний альманах*, (5), 44–46.
8. Бровко, В. В. (2011). *Клинико-эпидемиологический анализ результатов ортопедического лечения больных с частичным отсутствием зубов с учетом возрастных показателей* [Автореф. дисс. канд. мед. наук, Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России]

9. Вагнер, В. Д., Гуревич, К. Г., Пешков, М. В., & Архарова, О. Н. (2013). Значение стоматологического здоровья для качества жизни пациента. *Проблемы стоматологии*, (2), 21-25.
10. Веденева, Е. В. (2010). *Роль стоматологического лечения в улучшении качества жизни пациентов* [Автореф. дис. канд. мед. наук, Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрова].
11. Водолацкий, М. П., Евсеева, М. Е., Реквава, З. А. (2008). Фенотипический анализ детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба. *Стоматология*, (1), 74–76.
12. Галич, Л. В. (2014) Естетичні особливості профілю обличчя у дітей 10-13 років із зубощелепними аномаліями 1 класу за Енглем із різними типами росту нижньої щелепи. *Актуальні проблеми сучасної медицини*, 14(3(47)), 35-38.
13. Гилева, О. С., Либик, Т. В., Халилаева, Е. В., Данилов, К. В., Халявина, И. Н., Гилева, Е. С., Садилова, В. А., Пленкина, Ю. А., Хохрин, Д. В. (2011). Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни. *Медицинский вестник Башкортостана*, (3), 6–11.
14. Гоголева, А. В., & Кочетова, М. С. (2014). Обоснование выбора метода анализа телерентгенограмм при лечении различных вариантов сагиттальных аномалий окклюзии. *Саратовский научно-медицинский журнал*, 10(2), 320-322.
15. Головкин, Н. (2018). Естетичні особливості будови обличчя в дітей із зубощелепними аномаліями іІІ класу за Енглем та порушенням носового дихання за даними фотометрії. *Український стоматологічний альманах*, (2), 56-59. <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/28>;
16. Гоман, М. В., Майборода, Ю. Н., Заборовец, И. А., Белая, Е. А. (2016). Влияние несъемных конструкций протезов на состояние пульпы и пародонта опорных зубов (обзор литературы). *Кубанский научный медицинский вестник*, (6), 151–156.

17. Гордиюк, Н. М., Бойко, Г. Г., Анисимова, Л. А. Беляева, И. В. (2010). Психотерапевтический подход при рождении ребенка с врождённой челюстно-лицевой патологией. *Вісник Стоматології*, (2), 9.
18. Горшикова, М. А., Егорова, Е. Н., Пустовалова, Р. А. (2008). Комбинированный метод исследования материала из полости рта на микрофлору. *Клиническая лабораторная диагностика*, (7), 53–55.
19. Грудянов, А. И., Дмитриева, Н. А., Булыгина, В. В., Курчанинова, М. Г. (2012). Изменения состава микрофлоры зубодесневой борозды в процессе ортодонтического лечения. *Стоматология*, (3), 61–64.
20. Жадько, С. И., Колбасин, П. Н., Овчаренко, Е. Н., Постникова, О. Н., Овчаренко, А. Н. (2014). Оценка микробиологического статуса полости рта после ортопедического лечения с использованием несъемных цельнолитых конструкций из CO-CR и NI-CR сплавов. *Український стоматологічний альманах*, (1), 32-34.
21. Жегулович, З. Є., Неспрядько, В. П., & Шинчуковський, І. А. (2015). Застосування кількісних показників оклюзіограми у клінічній практиці. *Галицький лікарський вісник*, 22(4 (1)), 19-23.
22. Жолудев, С. Е. (2014). Анализ ошибок и осложнений, допущенных при изготовлении съёмных конструкций зубных протезов, по данным консультативного профессорского приема. *Уральский Медицинский Журнал*, (5), 54–61.
23. Жулев, Е. Н., Серов, А. Б. (2012). Влияние искусственных коронок на состояние краевого пародонта. *Стоматология*, (2), 62–64.
24. Иорданишвили, А. К., Толмачев, И. А., Бобунов, Д. Н., Горбатенков, М. Е., Сагалатый, А. М. (2010). Дефекты и осложнения при протезировании несъемными зубными протезами. *Институт стоматологии*, (3), 54–56.
25. Казанский, М. Р. (2013). *Влияние гигиенического состояния полости рта и зубных протезов на продолжительность пользования ортопедическими стоматологическими конструкциями* [Автореф. дисс. канд. мед. наук,

- Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова].
26. Кан, В. В., Капитонов, В. Ф., & Лазаренко, А. В. (2012). Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля. *Современные исследования социальных проблем*, (10), 60.
 27. Когут, О. К. (2011). *Обґрунтування вибору сплавів металів для металокерамічних зубних протезів за експериментальними та клінічними показниками біосумісності* [Автореф. дис. канд. мед. наук, Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького]
 28. Кордіяк, А. Ю. (2012). Реакції несприйняття зубних протезів зі сплавів металів серед основних – за визначеннями МКХ-10 – станів як одна з причин звертання пацієнтів за стоматологічною допомогою. *Вісник стоматології*, (1), 75-77.
 29. Кордіяк, А. Ю., Когут, О. К. (2011). Клінічна потенціометрична оцінка результатів застосування сплавів Нераenіum Р. Нераenіum S, Pors-on-4 і Bioheragold В2 для виготовлення металокерамічних зубних протезів. *Новини Стоматології*, (2), 58–62.
 30. Король, Д. М., Савченко, В. В., Король, М. Д., Животовський, І. В., & Савченко, Д. В. (2018). Аналіз оклюзійних взаємовідносин у молодому віці. *Вісник проблем біології і медицини*, (4 (1)), 269-271.
 31. Краевская, Н. С., Иванов, А. С., & Леонтьева, Е. Ю. (2018). Анализ диагностического исследования боковых телерентгенограмм у лиц с дистальной окклюзией в возрасте 11-14 лет. *Главный врач Юга России*, (61), 13-14.
 32. Кречетов, С. А., Перунов, А. Ю., Бизяев, А. А., Перунова, Я. О., Прядильщиков, И. О. (2011). Профилактика вторичных осложнений при использовании временных коронок, изготавливаемых из пластмасс непосредственно в полости рта. *Саратовский Научно-Медицинский Журнал*, 7(1), 304–306.

33. Куліш, Н. В. (2012). Оцінка стану обличчя в пацієнтів віком 12-15 років із букальною формою перехресного прикусу. *Український стоматологічний альманах*, (4), 102-105.
34. Куприянова, О. Г. (2016). *Разработка и внедрение методики определения показаний к ортодонтическому лечению аномалий зубочелюстной системы с сохранением или удалением зубов* [Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тверской государственный медицинский университет Минздрава России]
35. Лапина, Н. В., Скориков, Ю. В., Аринкина, А. С. (2013). Динамика показателей качества жизни больных с сопутствующими заболеваниями в процессе стоматологической ортопедической реабилитации. *Кубанский Научный Медицинский вестник*, (6), 114–117.
36. Лихота, К. (2018). Оцінка динаміки оклюзійних співвідношень під час ортодонтичного лікування пацієнтів у постійному прикусі. *Український стоматологічний альманах*, (4), 50-54. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.4.2018.09>
37. Лихота, К. М. (2015). Оцінка оклюзійних співвідношень зубо-щелепної системи у пацієнтів із сагітальними аномаліями прикусу методом комп'ютерної оклюзіографії. *Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика*, 24 (3), 43-49.
38. Луцкая, И. К., Зиновенко, О. Г. (2012). Частота развития кариозного процесса в зубах, покрытых искусственными коронками. *Медицинские Новости*, (7), 83–86.
39. Лях, Ю. Е., Гурьянов, В. Г., Хоменко, В. Н., Панченко, О. А. (2006). *Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat*. Донецк: Папакица Е. К.
40. Майборода, Ю. Н., Хорев, О. Ю., Караков, К. Г., Зеленский, В. А., Порфириадис, М. П. (2012). Осложнения при применении металлокерамических протезов. *Пародонтология*, 17(4), 66–71.

41. Макарова, О. М. (2013). Асиметрія губ та зубних рядів у пацієнтів з одностороннім II класом за Engle. Актуальні проблеми сучасної медицини: *Вісник Української медичної стоматологічної академії*, 13(2 (42)), 35-38.;
42. Макєєв, В. Ф. (2007). Характеристика зубощелепних деформацій у дітей із незрощеннями верхньої щелепи і піднебіння. *Український Стоматологічний Альманах*, (6), 49–54.
43. Макєєв, В. Ф. (2008). *Клініка, діагностика та концептуальні основи ортопедичних заходів у комплексному лікуванні дефектів та деформацій зубо-щелепної системи хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння* [Автореф. дис. докт. мед. наук, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького].
44. Макєєв, В. Ф. (2013). *Ортопедичні методи лікування хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння*. Кварт.
45. Максюков, С. Ю., Беликова, Е. С., Иванов, А. С. (2013). Анализ осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования бюгельными и съёмными пластиночными протезами. *Кубанский научный медицинский вестник*, (6), 130–134.
46. Маннанова, Ф. Ф. (2008). Сочетанный метод лечения при дефектах зубных рядов, осложненных снижающимся прикусом. *Медицинский вестник Башкортостана*, (3.), 26–30.
47. Мельничук, А. С., Рожко, М. М., & Мельничук, Г. М. (2019). Восстановление нормальных окклюзионных соотношений при комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом с включенными дефектами зубных рядов. *Запорожский медицинский журнал*, 21(2), 281-286.
48. Мерзвинская, Е. И., Слабковская, А. Б., Дробышева, Н. С., Васильев, Л. С. Персин, А. Ю., Дробышева, А. Ю., Петровская, В. В., Куракин, К. А. (2012). Гендерные особенности гармоничных лиц. *Ортодонтия*, (2), 10-17.
49. Михальченко, Д. В., Гумилевский, Б. Ю., Наумова, В. Н., Вирабян, В. А., Жидовинов, А. В., Головченко, С. Г. (2015). Динамика иммунологических показателей в процессе адаптации к несъёмным ортопедическим

- конструкциям. *Современные проблемы науки и образования*, (4), 381. Retrieved from url: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=21099> (дата обращения: 08.11.2018).
50. Мірчук, Б. М., Максимов, Я. В. (2020). Біометричний аналіз зубних рядів і положення зубів у пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів. *Запорозький медичний журнал*, 22(1), 118.
 51. Монастырева, Н. Н. (2014). *Профилактика осложнений слизистой оболочки полости рта после ортопедического лечения в концепции улучшения качества жизни* [Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва].
 52. Моторкина, Т. В., Полянская, О. Г., Шемонаев, В. И. (2011). Возможные осложнения на этапах пользования цельнолитыми металлокерамическими конструкциями. Методы профилактики и лечения. *Международный Журнал Экспериментального Образования*, (12), 24–26.
 53. Набатчикова, Л. П., Хорошилкина, Ф. Я., & Чобанян, А. Г. (2013). Диагностика сагиттальных аномалий окклюзии зубных рядов с помощью телерентгенометрии головы. *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова*, (1), 114-118.
 54. Неспрядько, В. П., Кирилук, В. В. (2014). Осложнения при протезировании при помощи несъемных зубных протезов. *Современная Стоматология*, (1), 130–133.
 55. Неспрядько, В. П., Мороз, Ю. Ю., & Лисейко, Н. В. (2017). Стан оклюзійних співвідношень у період адаптації пацієнтів до незнімних зубних протезів. *Буковинський медичний вісник*, 21(2 (1)), 42-46.
 56. Нетцель, Ф., Шульц, К. (2006). *Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике*. Львов, ГалДент.
 57. Олійник, А. Ю., Олійник, Г. В., Олійник, Ю. Ю., Олійник, М. Ю. (2014). Характеристика зубощелепних аномалій у оперованих пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Молодий вчений*, (9), 135–138 Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2014_9_35.

58. Олійник, А. Ю., Олійник, М. Ю. (2015). Аналіз послідовності операційних втручань, проведених хворим із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння від народження до 18-20 років. *Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, 15 травня 2015 року, м. Вінниця.* (с. 67–68). Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.
59. Олійник, А. Ю., Олійник, М. Ю. (2015). Особливості формування та динаміки розвитку зубного ряду верхньої щелепи у пацієнтів із правобічними вродженими наскрізними незрошеннями верхньої губи та піднебіння після операційних втручань. *ScienceRise. Medical science*, (6 (4)), 34-39.
60. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Зубощелепні аномалії в оперованих пацієнтів із незрошеннями верхньої губи і піднебіння. *Науковий Вісник Ужгородського Університету. Серія: Медицина*, (2), 105–107. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2015_2_24.
61. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Конфігурація зубних рядів верхньої щелепи в оперованих пацієнтів з двобічними незрошеннями піднебіння. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Актуальні проблеми стоматології” присвяченої 90-річчю з дня народження доктора медичних наук, професора Евальда Яновича Вареса.* (с. 68–69). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
62. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Протезування хворих з вродженими незрошеннями верхньої щелепи з використанням корнево-куксових вкладок. *Молодий вчений*, 7(22(2)), 89–92.
63. Олійник, М. Ю. (2015). Способи виготовлення незнімних тимчасових ортопедичних конструкцій у пацієнтів із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння. *Медичний Форум*, 6(6), 92–93.
64. Олійник, М. Ю. (2016). Особливості тимчасового протезування пацієнтів із вродженими незрошеннями губи та піднебіння. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 55-річчя кафедри ортопедичної стоматології та з нагоди 75-річчя професора В.Ф. Макєєва*

- «Львівська школа ортопедичної стоматології: традиції, здобутки та перспективи», (с. 53). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.*
65. Олійник, М. Ю. (2016). Значення тимчасового протезування для визначення постійної конструкції протезів у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних утручань. *Клінічна стоматологія*, (3), 45-49.
 66. Олійник, М. Ю. (2018). Оцінка стану якості життя пацієнтами із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після ортопедичного лікування. *Матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених “Актуальні питання клінічної медицини” 26 жовтня 2018 року* (с. 58-59).
 67. Олійник, М. Ю. (2019). Особливості оцінки якості життя пацієнтами з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх ортопедичного лікування. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» VII Стоматологічний форум «МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ 2019» 15-17 травня 2019 року.* (с. 70–72).
 68. Олійник, М. Ю. (2019). Оцінка якості життя хворих з уродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх реабілітації (огляд літератури). *Клінічна стоматологія*, (1), 25–32. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2019.1.10144>.
 69. Олійник, М. Ю. (2020). Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації. *Український стоматологічний альманах*, (4), 57-63. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.4.2020.11>.
 70. Пелехан, Б. Л., Рожко, М. М., Пелехан, Л. І. (2020). Вивчення ефективності ортопедичного лікування пацієнтів повними знімними пластинковими протезами на нижню щелепу. *Art of Medicine*, 4(16), 76–81. <http://doi.org/10.21802/artm.2020.4.16.76>.

71. Перепелкина, Н. Ю., Шматов, К. В. (2012). Использование двух методик для оценки качества жизни пациентов после выполнения у них протезирования зубов. *Общественное здоровье и здравоохранение*, (2), 12–13.
72. Потапчук, А. М., Рівіс, О. Ю., & Рівіс, М. В. (2011). Оцінка ефективності використання апарату Pendulum для дисталізації молярів на верхній щелепі та контроль оклюзії після лікування. *Медичні перспективи*, 14(2), 64-68.
73. Приходько, Т. А. *Вроджені щілини губи і/або піднебіння: поширеність серед новонароджених і чинники ризику виникнення* [Автореф. дис. канд. мед. Наук. Укр. ін-т клініч. генетики Харк. держ. мед. ун-ту МОЗ України].
74. Ререн, Е. В., Тома, Э. И., Шарифов, А. А., Кабанов, В. Ю., Малый, А. Ю. (2017). Качество жизни стоматологического пациента после проведенного ортопедического лечения. *Российская стоматология*, (10(2)), 62–65. doi:10.17116/rosstomat201710262-65
75. Рожкова, Н. В., Лабунец, В. А., Завадский, В. Е., Левицкий, А. П. (2011). Адсорбция микробов смешанной слюны различными ортопедическими материалами. *Вісник Стоматології*, (1), 66–69.
76. Румянцев, П. О., Саенко, В. А., Румянцева, У. В., Чекин, С. Ю. (2009). Статистические методы анализа в клинической практике. Часть I. Одномерный статистический анализ. *Пробл. эндокринологии*, 55(5), 48-55ю
77. Ряховский, А. Н., Дедков, Д. Н., Гветадзе, Р. Ш., Бойцова, Е. А. (2017). Определение высоты прикуса по результатам цефалометрического анализа боковой телерентгенограммы. *Стоматология*, 96(1), 63–71.
78. Савичук, Н. О., Парпалей, К. А., Трубка, І. О., Тимохіна, В. О., Корнієнко, Л. В., & Сороченко, Н. О. (2015). Принципи надання стоматологічної допомоги дітям з вродженими вадами розвитку щелепно-лицевої ділянки на етапах лікування та реабілітації. *Вісник проблем біології і медицини*, (2 (2)), 206-211.
79. Садкова, Е. Е. (2015). Пути предотвращения аллергических реакций в ортопедической стоматологии. *Бюллетень Медицинских Интернет-Конференций*, 5(10), 1178.

80. Северинова, С. К., Жиров, А. И., Жирова, В. Г., Шаблий, В. Ф. (2013). Клиническая оценка осложнений в ортопедической стоматологии при протезировании несъемными конструкциями. *Таврический медико-биологический вестник*, 16(4), 125–129.
81. Сердюк, А. М. (2007). Медико-екологічні передумови демографічної кризи в Україні та шляхи їх подолання. *Журн. АМН України*, 13(3), 486–502.
82. Собир, Р. К., Тучик, Е. С., Гажва, С. И. (2008). Врачебные ошибки и осложнения при протезировании с использованием замковых креплений бюгельных и микропротезов. *Сибирский Медицинский Журнал*, (4), 103–106.
83. Тарасова, Ю. Г. (2011). Значимость социальных факторов в определении качества жизни у больных с хроническим генерализованным пародонтитом. *Институт стоматологии*, (2), 20–21.
84. Тимофеев, А. А., Гичка, С. Г., Туффаха, М. С., & Павленко, А. В. (2015). Патоморфологические изменения в слизистой оболочке ротовой полости при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей у больных с гальванической патологией. *Современная стоматология*, (5), 68–74.
85. Тимченко, В. В. (2018). *Планирование лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями с преимущественной локализацией нарушений в вертикальном направлении* [Автореф. дисс. канд. мед. наук, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова]
86. Трезубов, В. Н., Сапронова, О. Н., Колесов, О. Ю., Розов, Р. А., Петраков, Д. С., Кусевецкий, Л. Я. (2007). Клинические осложнения при протезировании несъемными конструкциями. *Институт Стоматологии*, (3), 44–45.
87. Угляр, І. М., Вовк, В. Ю., & Вовк, Ю. В. (2015). Результати дослідження ефективності корекції оклюзійних порушень у пацієнтів із незначними дефектами зубних рядів, заміщеними протезними конструкціями на дентальних імплантатах. *Новини стоматології*, (1), 64–69.
88. Федорова, О. (2017). Можливості використання системи комп'ютерного аналізу оклюзійних контактів при ортопедичному лікуванні пацієнтів із вторинними зубощелепними деформаціями (огляд літератури). *Український*

- стоматологічний альманах, (3), 49-52. Retrieved із <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/284>;
89. Харьков, Л. В., Горовенко, Н. Г., Яковенко, Л. Н., Чехова, И. Л.; Ефименко, В. П. (2004). *Врожденные несращения верхней губы и нёба. Методическое пособие для врачей стоматологов, педиатров, ЛОР-специалистов, психологов, логопедов*. Книга плюс.
 90. Харьков, Л. В., Тімен, Г. Є., Яковенко, Л. М., Єгоров, Р. І. (2015). Патогенетичні зв'язки захворювань лор-органів з вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння. *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*, (1), 59–65.
 91. Харьков, Л. М., Яковенко, А. В., Собко, А. В., Доценко, О. С.. (2008). Врождені синдроми у дітей, що супроводжуються незрошенням верхньої губи і піднебіння (епідеміологія, принципи та етапність лікування). *Новини стоматології*, (1), 26–31.
 92. Хорошилкина, Ф. Я. (2006). *Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение : учебн. пособие*. Мед информ. агенство.
 93. Чумаченко, Е. Н. (2007). Прогнозирование возможных осложнений в ортопедической стоматологии на основе анализа напряженно-деформированного состояния опорных тканей зубов. *Вестник РАЕН*, 7(3), 42–48.
 94. Шакирова, Р. Р., Погудина, Л. В. (2011). Патология окклюзии у детей с пороками развития челюстно-лицевой области. *Ортодонтия*, (1), 9–11.
 95. Шакирова, Р. Р., Бибик, Т. В., Николаева, Е. В. (2010). Аномалии отдельных зубов у детей с врождённой расщелиной губы и/или неба. *Клиническая стоматология*, (1), 76–77.
 96. Шлейко, В. В., Жолудев, С. Е. (2013). Компьютерная томография как основной инструментарий в планировании и прогнозировании комплексного стоматологического лечения. *Проблемы стоматологии*, (2), 55–57.

97. Ющук, Н. Д. (2015) *Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие для студентов медицинских вузов / под ред. Н. Д. Ющука, И. В. Маева, К. Г. Гуревича*. Практика.
98. Яковенко, Л. М. (2004). Клінічна характеристика тканин назолабіального комплексу при двобічних незрощеннях його та їх зв'язок із елементами хірургічних прийомів первинної хейлопластики. *Архів клінічної медицини*, (1), 88–92.
99. AL SABBAGH, R. (2014). Syrian norms of McNamara cephalometric analysis. *International Arab Journal of Dentistry (IAJD)*, 5(3), 95-101. Retrieved from <https://journals.usj.edu.lb/iajd/article/view/204>
100. Al Taki, A., Yaqoub, S., & Hassan, M. (2018). Legan-burstone soft tissue profile values in a Circassian adult sample. *Journal of orthodontic science*, 7, 18. https://doi.org/10.4103/jos.JOS_27_18
101. Alam, M. K., Basri, R., Purnal, K., Sikder, M. A., Saifuddin, M., & Iida, J. (2013). Cephalometric norms in Bangladeshi adults using Harvold's analysis. *International Medical Journal*, 20(1), 92-94.
102. Alam, M. K., Basri, R., Purnal, K., Sikder, M. A., Saifuddin, M., & Iida, J. (2013). Cephalometric norm study in a Bangladeshi population using McNamara analysis. *International Medical Journal*, 20(1), 84-86.
103. Alam, M. K., Basri, R., Purnal, K., Sikder, M. A., Saifuddin, M., & Iida, J. (2013). Craniofacial morphology of Bangladeshi adult using Tweed's and Wit's analysis. *International Medical Journal*, 20(2), 197-200.
104. Aliaga, I. J., Vera, V., De Paz, J. F., García, A. E., & Mohamad, M. S. Modelling the Longevity of Dental Restorations by means of a CBR System. *BioMed Research International*, 2015, 540306. <https://doi.org/10.1155/2015/540306>
105. Al-Imam, H., Özhayat, E. B., Benetti, a. R., Pedersen, A. M. L., & Gotfredsen, K. (2015). Oral health-related quality of life and complications after treatment with partial removable dental prosthesis. *Journal of Oral Rehabilitation*, (43), 23–30. <http://doi.org/10.1111/joor.12338>

106. Allori, A. C., Mulliken, J. B., Meara, J. G., Shusterman, S., & Marcus, J. R. (2017). Classification of cleft lip/palate: Then and now. *The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 54(2), 175–188. <https://doi.org/10.1597/14-080>
107. Al-Namankany, A., & Alhubaishi, A. (2018). Effects of cleft lip and palate on children's psychological health: A systematic review. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(4), 311–318. <http://doi.org/10.1016/j.jtumed.2018.04.007>
108. Antonarakis, G. S., Patel, R. N., & Tompson, B. (2013). Oral health-related quality of life in non-syndromic cleft lip and/or palate patients: a systematic review. *Community Dental Health*, 30(3), 189–95. <http://doi.org/10.1922/CDH>
109. Anusavice, K. J. (2012). Standardizing failure, success, and survival decisions in clinical studies of ceramic and metal-ceramic fixed dental prostheses. *Dental Materials*, 28(1), 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2011.09.012>
110. Aravena, P. C., Gonzalez, T., Oyarzún, T., & Coronado, C. (2015). Oral Health-Related Quality of Life in Children in Chile Treated for Cleft Lip and Palate: A Case-Control Approach. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal : official Publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 54(2), e15–e20. <https://doi.org/10.1597/15-095>
111. Berg, E., Haaland, Ø. A., Feragen, K. B., Filip, C., Vindenes, H. A., Moster, D., Lie, R. T., & Sivertsen, Å. (2016). Health Status Among Adults Born With an Oral Cleft in Norway. *JAMA pediatrics*, 170(11), 1063–1070. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1925>;
112. Bhandari, S. (2017). Clinical outcome of tooth-supported fixed partial dentures in unilateral cleft lip and palate patients: A case series. *Journal of Indian Prosthodontic Society*, 17(1), 68–73. <https://doi.org/10.4103/0972-4052.197939>
113. Bhat, V., Reddy, H., Razdan, S., Shetty, S. (2021). Evaluation of bite force in patients with cleft lip and palate and its comparison with normal patients. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 9(1), 44–49.

114. Bilhan, H., Geckili, O., Ergin, S., Erdogan, O., & Ates, G. (2013).; Evaluation of satisfaction and complications in patients with existing complete dentures. *Journal of Oral Science*, 55(1), 29-37. <https://doi.org/10.2334/josnurd.55.29>
115. Bos, A., & Prahl, C. (2011). Oral health-related quality of life in Dutch children with cleft lip and/or palate. *The Angle Orthodontist*, 81(5), 865–871. <https://doi.org/10.2319/070110-365.1>
116. Botelho, M. G., Ma, X., Cheung, G. J., Law, R. K., Tai, M. T., & Lam, W. Y. (2014). Long-term clinical evaluation of 211 two-unit cantilevered resin-bonded fixed partial dentures. *Journal of Dentistry*, 42(7), 778-784. doi:10.1016/j.jdent.2014.02.004
117. Boyd, P. A., Haeusler, M., Barisic, I., Loane, M., Garne, E., & Dolk, H. (2011). Paper 1: The EUROCAT network-organization and processes. *Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology*, 91 Suppl 1, S2–S15. <https://doi.org/10.1002/bdra.20780>
118. Broder, H. L., Wilson-Genderson, M., & Sischo, L. (2012). Health disparities among children with cleft. *American Journal of Public Health*, 102(5), 828–830. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300654>
119. Broder, H. L., Wilson-Genderson, M., & Sischo, L. (2017). Oral health-related quality of life in youth receiving cleft-related surgery: self-report and proxy ratings. *Quality of Life Research*, 26(4), 859–867. <http://doi.org/10.1007/s11136-016-1420-5>
120. Broder, H. L., Wilson-Genderson, M., Sischo, L., & Norman, R. G. (2014). Examining factors associated with oral health-related quality of life for youth with cleft. *Plastic and reconstructive surgery*, 133(6), 828e–834e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000221>
121. Broder, H. L., Wilson-Genderson, M., Sischo, L., & Norman, R. G. (2014). Examining factors associated with oral health-related quality of life for youth with cleft. *Plastic and reconstructive surgery*, 133(6), 828e–834e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000221>;

122. Bruneel, L., Alighieri, C., De Smet, S., Bettens, K., De Bodt, M., & Van Lierde, K. (2019). Health-related quality of life in patients with cleft palate: Reproducibility, responsiveness and construct validity of the Dutch version of the VELO questionnaire. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, (119), 141–146. <http://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.01.026>
123. Bruneel, L., Bettens, K., & Van Lierde, K. (2019). The relationship between health-related quality of life and speech in patients with cleft palate. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 120, 112–117. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.02.018>
124. Cakarar, S., Can, T., Yaltirik, M., Keskin, C. (2011). Complications associated with the ball, bar and locator attachments for implant-supported overdentures. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 16(7), e953-9. <https://doi.org/10.4317/medoral.17312>
125. Cenci, M. S., Rodolpho, P. A., Pereira-Cenci, T., Del Bel Cury, A. A., & Demarco, F. F. (2010). Fixed partial dentures in an up to 8-year follow-up. *Journal of Applied Oral Science*, 18(4), 364-371. doi: 10.1590/s1678-77572010000400008
126. Chernysh, A. V. (2018). Cephalometric studies of Ukrainian adolescents with orthognathic bite by the method of E. P. Harvold. *Reports of Morphology*, 24(2), 38-43. [https://doi.org/https://doi.org/10.31393/morphology-journal-2018-24\(2\)-06](https://doi.org/https://doi.org/10.31393/morphology-journal-2018-24(2)-06)
127. Chernysh, A. V., Gunas, I. V., Gavryluk, A. O., Dmytrenko, S. V., Serebrennikova, O. A., Kyrychenko, Yu. V., & Balynska, M. V. (2018). Cephalometric studies of ukrainian boys and girls with orthognathic bite by the method of R. M. Ricketts. *World of Medicine and Biology*, 14(64), 88-93. doi: <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2018-2-64-88-93>
128. Chernysh, A., Hasiuk, P., Yasko, V., & Smolko, D. (2018). Regression models of individual cephalometric indicators used in the method of E. P. Harvold. *Reports of Morphology*, 24(4), 29-34. [https://doi.org/https://doi.org/10.31393/morphology-journal-2018-24\(4\)-04](https://doi.org/https://doi.org/10.31393/morphology-journal-2018-24(4)-04)
129. Chonnapasatid, W., Viwattanatipa, N., Manopatanakul, S., & Jaruratanasirikul, S. (2022). Thai Universal Health Care Coverage scheme

- promotes the accessibility to cleft lip/palate treatment: the result of cleft care provision assessment using modified Geographic Information System. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-10.
130. Corrêa de Queiroz Herkrath, A. P., Herkrath, F. J., Bessa Rebelo, M. A., & Vettore, M. V. (2018). Determinant sof health-related and oral health-related quality of life in adults with orofacial clefts: A cross-sectional study. *The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 55(9), 1244–1257. <https://doi.org/10.1177/1055665618763377>
 131. Crockett, D. J., & Goudy, S. L. (2014). Cleft lip and palate. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*, 22(4), 573–586. <http://doi.org/10.1016/j.fsc.2014.07.002>
 132. Cubitt, J. J., Hodges, A. M., Van Lierde, K. M., & Swan, M. C. (2014). Global variation in cleft palate repairs: An analysis of 352,191 primary cleft repairs in low- to higher-middle-income countries. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 51(5), 553–556. <http://doi.org/10.1597/12-270>
 133. De Backer, H., Van Maele, G., Decock, V., & Van den Berghe, L. (2007). Long-term survival of complete crowns, fixed dental prostheses, and cantilever fixed prostheses with posts and cores on root canal-treated teeth. *The International journal of prosthodontics*, 20(3), 229–234.
 134. de Lima Toyoshima, G. H., da Silva Costa, S. M., Costa, M. S. C., Cota, R. M. E., de Oliveira, T. M., Soares, S., & de Almeida, A. L. P. F. (2022). Fixed partial dentures in adult patients with cleft lip and palate and theirrelationship with the quality of life: A cross-sectional clinical study. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. Apr: 2022.03.011. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.03.011>
 135. De Queiroz Herkrath, A. P. C., Herkrath, F. J., Rebelo, M. A. B., & Vettore, M. V. (2018). Determinants of health-related and oral health-related quality of life in adults with orofacial clefts: A cross-sectional study. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 55(9), 1244-1257. <https://doi.org/10.1177/1055665618763377>

136. de Sousa, G. F. T., & Roncalli, A. G. (2017). Orofacial clefts in Brazil and surgical rehabilitation under the Brazilian National Health System. *Brazilian Oral Research*, (31), 1–10. <http://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0023>
137. DeOliveira, R. L. B., DeSantanaSantos, T., DeAlmeidaTeixeira, J. L., Martins-Filho, P. R. S., & DaSilva, L. C. F. (2015). Health-related quality of life patients with a cleft lip and/or palate. *The Journal of craniofacial surgery*, 26(8), 2315–2319. <http://doi.org/10.1097/SCS.0000000000001992>
138. Divya, N. U., Guru, P. R., Raj, K. M., Arun, K. S. (2017). Impact of educational and socioeconomic status of parents on healthcare access in cleft patients. *Journal of Cleft Lip Palate and Craniofacial Anomalies*, (4), 109–113.
139. Dmitriev, M., Chernysh, A., & Chugu, T. (2018). Cephalometric studies of Ukrainian boys and girls with physiological bite by the method of Charles J. Burstone. *Biomedical and Biosocial Anthropology*, (30), 62-67. <https://doi.org/10.31393/bba30-2018-09>
140. Durey, K. A., Nixon, P. J., Robinson, S., Chan, M. F. (2011). Resin bonded bridges: techniques for success. *British Dental Journal*, 211(3):113–8.).
141. El-Ashmawi, N. A., Fayed, M. M. S., El-Beialy, A., Fares, A. E., & Attia, K. H. (2022). Evaluation of Facial Esthetics Following NAM Versus CAD/NAM in Infants With Bilateral Cleft Lip and Palate: A Randomized Clinical Trial. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, Apr:10556656221093176. <https://doi.org/10.1177/10556656221093176>
142. Eslami, N., Majidi, M. R., Aliakbarian, M., & Hasanzadeh, N. (2013). Oral health-related quality of life in children with cleft lip and palate. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 24(4), e340-3. <http://doi.org/10.1097/SCS.0b013e31828b743b>
143. Fernandes, N. A., Vally, Zi, & Sykes, L. M. (2015). The longevity of restorations - A literature review. *South African Dental Journal* , 70(9), 410-413.
144. Fitzsimons, K. J., Hamilton, M. J., van der Meulen, J., Medina, J., Wahedally, M. A. H., Park, M. H., & Russell, C. J. H. (2022). Range and Frequency of Congenital Malformations Among Children With Cleft Lip and/or Palate. *The*

<https://doi.org/10.1177%2F10556656221089160>

145. François-Fiquet, C., Dupouy, M., Daoud, S., & Poli-Merol, M.-L. (2015). Cleft lip and palate: Health-related quality of life (French VSP-A scale) for patients and their family. About 51 families. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60(3), 192–200. <http://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.08.008>
146. Frederick, R., Hogan, A. C., Seabolt, N., & Stocks, R. M. S. (2022). An Ideal Multidisciplinary Cleft Lip and Cleft Palate Care Team. *Oral Diseases*, 00, 1– 6. <https://doi.org/10.1111/odi.14213>
147. Fuangtharnthip, P., Chonnapasatid, W., Thiradilok, S., Manopatanakul, S., & Jaruratanasirikul, S. (2021). Registry-Based Study of Prevalence of Cleft Lip/Palate in Thailand from 2012 to 2015. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*, 58(11), 1430–1437. <https://doi.org/10.1177/1055665620987677>
148. Gendreau, L., Loewy, Z. G. (2011). Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. *Journal of Prosthodontics*, 20(4), 251-260.
149. Goiato, M. C., Filho, H. G., Dos Santos, D. M., Barão, V. A., Júnior, A. C. (2011). Insertion and Follow-Up of Complete Dentures: A Literature Review. *Gerodontology*, 28(3), 197–204.
150. Howard, J. A. (2013). Temporomandibular joint disorders in children. *Dent Clin North*, 57(1), 99–127.
151. Ibraheem, E., & ElGabry, H. (2021). Effect of mandibular complete dentures relining on occlusal force distribution using T-scan system. *Bulletin of the National Research Centre*, (45), 1-7.
152. Ilyk, R., & Oliynyk, M. (2021). Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation. *EUREKA: Health Sciences*, (5), 34-40. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2021.002013>.
153. Ingrid, G. F., Isabelita D. A., Lucyana S. R., Patricia N. G., Delane M. R. (2015). Quality of Life of Patients with Cleft Lip and Cleft Palate: Perspective of Parents.

- Guardians. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*, (15), 431–440.
154. Kati, F. (2018). Cleft lip and palate: review article. *World journal of pharmaceutical and medical research*, 4(7), 155–163.
 155. Kerstein, R. B. (2015). *Handbook of Research on Computerized Occlusal Analysis Technology Application in Dental Medicine*. Ed. by Kerstein R. B., Global Book series.
 156. Kimoto, S., Kimoto, K., Murakami, H., Gunji, A., Ito, N., & Kawai, Y. (2013). Survival analysis of mandibular complete dentures with acrylic-based resilient liners. *Gerodontology*, 30(3), 187–193. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00658.x>
 157. Klassen, A. F., Tsangaris, E., Forrest, C. R., Wong, K. W., Pusic, A. L., Cano, S. J., Goodacre, T. (2012). Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery: JPRAS*, 65(5), 547–557. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2011.11.004>
 158. Klintö, K., Klintö, K., Karsten, A., Marcusson, A., Paganini, A., Rizell, S., ... Becker, M. (2020). Coverage, reporting degree and design of the Swedish quality registry for patients born with cleft lip and/or palate. *BMC Health Services Research*, 20(1), 528. <http://doi.org/10.1186/s12913-020-05389-x>
 159. Konan, P., Manosudprasit, M., Pisek, P., Pisek, A., & Wangsrimongkol, T. (2015). Oral Health-Related Quality of Life in Children and Young Adolescent Orthodontic Cleft Patients. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*, 98 Suppl 7, S84–S91.
 160. Kopperud, S. E., Tveit, A. B., Gaarden, T., Sandvik, L., & Espelid, I. (2012). Longevity of posterior dental restorations and reasons for failure. *European Journal of Oral Sciences*, 120(6), 539–548. doi:10.1111/eos.12004c
 161. Kortelainen, T., Tolvanen, M., Luoto, A., Ylikontiola, L. P., Sándor, G. K., & Lahti, S. (2015). Oral health-related quality of life among cleft lip and/or palate and schoolchildren. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal: Official Publication of*

- the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 53(5), 172–176.
<http://doi.org/10.1597/14-180>
162. Kramer, F.-J., Gruber, R., Fialka, F., Sinikovic, B., Hahn, W., & Schliephake, H. (2009). Quality of Life in School-Age Children With Orofacial Clefts and Their Families. *Journal of Craniofacial Surgery*, 20(6), 2061–2066.
<http://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181be8892>
 163. Lalić, M., Melih, I., Aleksić, E., Gajić, M., Kalevski, K., & Ćuković, A. (2017). Oral Health Related Quality of Life and Dental Status of Adult Patients, *Balkan Journal of Dental Medicine*, 21(2), 93-99. doi: <https://doi.org/10.1515/bjdm-2017-0014>
 164. Landes, C. A., Bündgen, L., Laudemann, K., Ghanaati, S., & Sader, R. (2012). Patient satisfaction after prosthetic rehabilitation of bone-grafted alveolar clefts with nonsubmerged ITI Straumann dental implants loaded at three months. *The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 49(5), 601–608 <https://doi.org/10.1597/10-156>
 165. Laxman Rao, P., Verma, M., & Parkash, H. (2010). A Clinical Study To Evaluate Tooth Contact Patterns And Correlation With Masticatory Efficiency in Dentulous Subjects. *Annals and essences of dentistry*, 2(3), 4–10.
<http://doi.org/10.5368/aedj.2010.2.3.4-10.pdf>
 166. Locker, D., & Allen, F. (2007). What do measures of “oral health-relate quality of life” measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, 401–411.
 167. Lylajam, S., Prasanath, V. (2011). Denture Stomatitis-Etiological Factors and Management. *Journal of Clinical Dentistry*, 2(1), 9-11.
 168. Ma, Q. L., Conley, R. S., Wu, T., & Li, H. H. (2014). Interdisciplinary treatment for an adult with a unilateral cleft lip and palate. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 146(2), 238–248. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2013.10.024>
 169. Marilia Mattar De Amôdo Campos Velo, Coelho, L. V., Basting, R. T., Amaral, F. L., & França, F. M. (2016). Longevity of restorations in direct composite resin: literature review. *RGO – Revista Gaúcha de Odontologia*, 64(3), 320-326.
doi:10.1590/1981-8637201600030000123109

170. Matos, D. A., Teixeira, M. L., Pinto, J. H., Lopes, J. F., & Dalben, G. (2006). Pattern of disocclusion in patients with complete cleft lip and palate. *Journal of applied oral science : revista FOB*, 14(3), 157–161. <https://doi.org/10.1590/s1678-77572006000300002>;
171. Matthews, J. L., Oddone-Paolucci, E., & Harrop, R. A. (2015). The Epidemiology of Cleft Lip and Palate in Canada, 1998 to 2007. *The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 52(4), 417–424. <https://doi.org/10.1597/14-047>
172. Melescanu-Imre, M., Preoteasa, E., Tancu, A., Preoteasa, C. T. (2013). Imaging Technique for the Complete Edentulous Patient Treated Conventionally or With Mini Implant Overdenture. *Jornal of Medicine and Life*, 6(1), 86–92.
173. Moreno, A., Haddad, M. F., Goiato, M. C., Rocha, E. P., Assunção, W. G., Filho, H. G., Santos, E. G., Sonogo, M. V., & Dos Santos, D. M. (2016). Epidemiological data and survival rate of removable partial dentures. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(5), ZC84–ZC87. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/16638.7816>
174. Mossey, P. A, Little, J., Munger, R. G., Dixon, M. J., & Shaw, W. C. (2009). Cleft lip and palate. *Lancet*, 374(9703), 1773–1785. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60695-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60695-4)
175. Munz, S. M., Edwards, S. P., & Inglehart, M. R. (2011). Oral health-related quality of life, and satisfaction with treatment and treatment outcomes of adolescents/young adults with cleft lip/palate: An exploration. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 40(8), 790–796. <http://doi.org/10.1016/j.ijom.2011.03.002>
176. Nkengne, A., Bertin, C. (2012). Aging and facial changes – documenting clinical signs, part 1: clinical changes of the aging face. *Skinmed*, 10(5), 284–289.
177. Oliynyk, M. (2017). Methods of making non-removable prosthetics in patients with congenital lip and palate. *Oral Health Dent Manag*, 16(4) (Suppl), 57. <https://doi.org/10.4172/2247-2452-C1-058>.

178. Owall, B. (2016). Precision attachment retained removable partial dentures: 1. Technical long-term study. *The International Journal of Prosthodontics*, 4(3), 249–257. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1810316>
179. Palmqvist, S., & Söderfeldt, B. (1994). Multivariate analyses of factors influencing the longevity of fixed partial dentures, retainers, and abutments. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 71(3), 245-250. doi:10.1016/0022-3913(94)90462-6
180. Panamonta, V., Pradubwong, S., Panamonta, M., & Chowchuen, B. (2015). Global Birth Prevalence of Orofacial Clefts: A Systematic Review. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het Thangphaet*. 98(Suppl 7), S11-21.
181. Piombino, P., Ruggiero, F., Dell'Aversana Orabona, G., Scopelliti, D., Bianchi, A., De Simone, F., Califano, L. (2014). Development and Validation of the Quality-of-Life Adolescent Cleft Questionnaire in Patients With Cleft Lip and Palate. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 25(5), 1757–1761. <http://doi.org/10.1097/SCS.0000000000001033>
182. Pisek, A., Pitiphat, W., Chowchuen, B., & Pradubwong, S. (2014). Oral health status and oral impacts on quality of life in early adolescent cleft patients. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet*, 97 Suppl 10, S7–S16.
183. Pjetursson, B. E., Tan, W. C., Tan, K., Brägger, U., Zwahlen, M., Lang, N. (2008). A systematic review of the survival and complication rates of resin-bonded bridges after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res*, (19), 131-141.
184. Pjetursson, B. E., Thoma, D., Jung, R., Zwahlen, M., & Zembic, A. (2012). A systematic review of the survival and complication rates of implant-supported fixed dental prostheses (FDPs) after a mean observation period of at least 5 years. *Clinical Oral Implants Research*, 23(6), 22-38. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2012.02546.x>
185. Preoteasa, E., Marin, M., Imre, M., Lerner, H., Preoteasa, C. T. (2012). Satisfaction with conventional dentures and mini implant anchored overdentures.

- Revista Medico-Chirurgicala a Societatii de Medici Si Naturisti Din Iasi*, 116(1), 310-316.
186. Preoteasa, E., Meleşcanu-Imre, M., Preoteasa, C. T., Marin, M., Lerner, H. (2010). Aspects of oral morphology as decision factors in mini-implant supported overdenture. *Romanian journal of morphology and embryology = Revue roumaine de morphologie et embryologie*, 51(2), 309–314.
 187. Pucciarelli, M. G. R., de Lima Toyoshima, G. H., de Oliveira, T. M., Neppelenbroek, K. H., & Soares, S. (2022). Quantifying the facial proportions in edentulous individuals before and after rehabilitation with complete dentures compared with dentate individuals: A 3D stereophotogrammetry study. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2022.03.013>
 188. Raigrodski, A. J., Hillstead, M. B., Meng, G. K., & Chung, K. H. (2012). Survival and complications of zirconia-based fixed dental prostheses: A systematic review. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 107(3), 170-177 [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(12\)60051-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(12)60051-1)
 189. Rando, G. M., Jorge, P. K., Vitor, L. L. R., Carrara, C. F. C., Soares, S., Silva, T. C., ... Oliveira, T. M. (2018). Oral health-related quality of life of children with oral clefts and their families. *Journal of applied oral science : revista FOB*, 26, e20170106. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2017-0106>
 190. Raposo-do-Amaral, C. E., Kuczynski, E., Alonso, N. (2011). Quality of life among children with cleft lips and palates: a critical review of measurement instruments. *Brazilian Journal of Plastic Surgery*, 26(4), 639–644.
 191. Rinke, S., Gersdorff, N., Lange, K., & Roediger, M. (2013). Prospective Evaluation of Zirconia Posterior Fixed Partial Dentures: 7-Year Clinical Results. *The International Journal of Prosthodontics*, 26(2), 164–171. <https://doi.org/10.11607/ijp.3229>
 192. Roediger, M., Gersdorff, N., Huels, A., & Rinke, S. (2010). Prospective evaluation of zirconia posterior fixed partial dentures: four-year clinical results. *The International Journal of Prosthodontics*, 23(2), 141–148. [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(11\)60010-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(11)60010-3)

193. Sailer, I., & Hämmerle, C. (2014). Zirconia Ceramic Single-Retainer Resin-Bonded Fixed Dental Prostheses (RBFDPs) After 4 Years of Clinical Service: A Retrospective Clinical and Volumetric Study. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, 34(3), 333–343. <http://doi.org/10.11607/prd.1842>
194. Sailer, I., Fehér, A., Filser, F., Gauckler, L. J., Lüthy, H., & Hämmerle, C. H. F. (2007). Five-year clinical results of zirconia frameworks for posterior fixed partial dentures. *The International journal of prosthodontics*, 20(4), 383–388.
195. Sarmiento, H. R., Rodrigues, P. B., Marcello-Machado, R. M., Pinto, L. R., Faot, F. (2014). Prosthetic rehabilitation of an edentulous patient with cleft palate. *General Dentistry*, 62(1), e32-35.
196. Sasse, M., & Kern, M. (2013). CAD/CAM single retainer zirconia-ceramic resin-bonded fixed dental prostheses: clinical outcome after 5 years. *Int J Comput Dent*, 16(2), 109–118. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23930573>
197. Sasse, M., & Kern, M. (2014). Survival of anterior cantilevered all-ceramic resin-bonded fixed dental prostheses made from zirconia ceramic. *Journal of Dentistry*, 42(6), 660–663. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2014.02.021>.
198. Schwass, D. R., Lyons, K. M., & Purton, D. G. (2013). How long will it last? The expected longevity of prosthodontic and restorative treatment. *N Z Dent J.*, 109(3), 98-105.
199. Slavicek, R. (2007) *The Masticatory Organ. Functions and Disfunctions*. GAMMA Medizinisch-wissenschaftliche Fortbildung.
200. Solá-Ruiz, M. F., Lagos-Flores, E., Román-Rodríguez, J. L., Highsmith, J. D. R., Fons-Font, A., & Granell-Ruiz, M. (2013). Survival Rates of a Lithium Disilicate–Based Core Ceramic for Three-Unit Esthetic Fixed Partial Dentures: A 10-Year Prospective Study. *The International Journal of Prosthodontics*, 26(2), 175–180. <https://doi.org/10.11607/ijp.3045>
201. Stelzle, F., Rohde, M., Oetter, N., Krug, K., Riemann, M., Adler, W., Neukam, F. W., Knipfer, C. (2017). Gingival esthetics and oral health-related quality of life in

- patients with cleft lip and palate. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(8), 993–999. <http://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.03.020>
202. Stone, M. B., Botto, L. D., Feldkamp, M. L., Smith, K. R., Roling, L., Yamashiro, D., & Alder, S. C. (2010). Improving quality of life of children with oral clefts: Perspectives of parents. *Journal of Craniofacial Surgery*, 21(5) 1358-1364. <http://doi.org/10.1097/SCS.0b013e3181ec6872>
 203. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). (1993); *Qual Life Res.*, 2(2):153-159.
 204. Sudarshan, R., Sree Vijayabala, G., Prem Kumar, K. S. (2012). Inflammatory Hyperplasia of the Oral Cavity. *Archives Medical Review Journal*, 21(4), 299–307.
 205. Sultan, J., Memon, M. R., Kashif, M., & Kashif, N. (2015). General complications in patients wearing polymethylmethacrylate heat cure acrylic resin partial removable dental protheses. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 2(35): 339-342.
 206. Tan, K., Pjetursson, B. E., Lang, N. P., & Chan, E. S. (2004). A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Conventional FPDs. *Clinical Oral Implants Research*, 15(6), 654-666. doi:10.1111/j.1600-0501.2004.01119.x
 207. Tavanafar, S., Shams, A., Dastjerdi, M., & Chaijan, K. (2015). Patient satisfaction and complication rates after delivery of removable partial dentures: A 4-year retrospective study. *SRM Journal of Research in Dental Sciences*, 6(4), 225. doi:10.4103/0976-433x.170247).
 208. Thoma, D. S., Sailer, I., Ioannidis, A., Zwahlen, M., Makarov, N., & Pjetursson, B. E. (2017). A systematic review of the survival and complication rates of resin-bonded fixed dental prostheses after a mean observation period of at least 5 years. *Clinical Oral Implants Research*, 28(11), 1421-1432 <http://doi.org/10.1111/clr.13007>
 209. Thompson, J. A., Heaton, P. C., Kelton, C. M. L., & Sitzman, T. J. (2017). National estimates of and risk factors for inpatient revision surgeries for orofacial clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 54(1), 60–69. <http://doi.org/10.1597/15-206>

210. Van Heumen, C. C. M., Tanner, J., Van Dijken, J. W. V., Pikaar, R., Lassila, L. V. J., Creugers, N. H. J., & Kreulen, C. M. (2010). Five-year survival of 3-unit fiber-reinforced composite fixed partial dentures in the posterior area. *Dental Materials*, 26(10), 954–960. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2010.05.010>
211. Van Heumen, C. C. M., van Dijken, J. W. V., Tanner, J., Pikaar, R., Lassila, L. V. J., Creugers, N. H. J., & Kreulen, C. M. (2009). Five-year survival of 3-unit fiber-reinforced composite fixed partial dentures in the anterior area. *Dental Materials*, 25(6), 820–827. <https://doi.org/10.1016/j.dental.2009.01.103>
212. Viena, C. S., Sá, J., Veiga, P. de C., Coletta, R., Medrado, A. P., & Reis, S. R. (2017). Epidemiological study of cleft palate in the state of Bahia, Brazil. *Brazilian Journal of Medicine and Human Health*, 5(4), 123–133. <http://doi.org/10.17267/2317-3386bjmhh.v5i4.1337>
213. Wanchek, T., & Wehby, G. (2020). State-Mandated Coverage of Cleft Lip and Cleft Palate Treatment. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 57(6), 773–777. <http://doi.org/10.1177/1055665620910529>
214. Ward, J. A., Vig, K. W. L., Firestone, A. R., Mercado, A., Da Fonseca, M., & Johnston, W. (2013). Oral health-related quality of life in children with orofacial clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(2), 174–181. <https://doi.org/10.1597/11-055>
215. Wassell, R., Naru, A., Steel, J., Nohl, F. (2015). *Applied Occlusion Volume 29 2nd Edition*. Quintessence Publ. Co.LTd.
216. WHO (2003) *Global Registry and Database on Craniofacial Anomalies: Report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies*. In: Mossey, P.A. and Castilla, E.E., Eds., WHO, Geneva. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42840>. Accessed 14 July 2021
217. World Health Organization (WHO) (2012). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). 106. internet. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
218. Wöstmann, B., Balkenhol, M., Weber, A., Ferger, P., & Rehmann, P. (2007). Long-term analysis of telescopic crown retained removable partial dentures:

- Survival and need for maintenance. *Journal of Dentistry*, 35(12), 939–945. <http://doi.org/10.1016/j.jdent.2007.09.010>
219. Yow, M., Jin, A., & Yeo, G. S. H. (2021). Epidemiologic trends of infants with orofacial clefts in a multiethnic country: a retrospective population-based study. *Scientific Reports*, 11(1), 7556. <http://doi.org/10.1038/s41598-021-87229-4>

ДОДАТКИ

Список публікацій за темою дисертації та відомості про апробацію результатів дисертації.

Список публікацій здобувача.

1. Олійник, А. Ю., Олійник, М. Ю. (2015). Особливості формування та динаміки розвитку зубного ряду верхньої щелепи у пацієнтів із правобічними вродженими наскрізними незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних втручань. *ScienceRise. Medical science*, (6 (4)), 34-39. (Здобувачем проведено обстеження хворих, аналіз діагностичних контрольних моделей, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено статтю до друку)

2. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Зубощелепні аномалії в оперованих пацієнтів із незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Науковий Вісник Ужгородського Університету. Серія: Медицина*, (2), 105–107. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNUMED_2015_2_24. (Здобувачем проведено обстеження хворих, аналіз діагностичних контрольних моделей, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено статтю до друку)

3. Олійник, М. Ю., (2016). Значення тимчасового протезування для визначення постійної конструкції протезів у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння після операційних втручань. *Клінічна стоматологія*, (3), 45-49. (Здобувачем проведено обстеження хворих, здійснена ортопедична реабілітація хворих за допомогою тимчасових ортопедичних конструкцій, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено статтю до друку)

4. Олійник, М. Ю., (2019). Оцінка якості життя хворих з уродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх реабілітації (огляд літератури). *Клінічна стоматологія*, (1), 25–32. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2019.1.10144>. <https://doi.org/10.11603/2311-9624.2019.1.10144>. (Здобувачем

проведено огляд літератури, формування висновків, підготовлено статтю до друку)

5. Олійник, М. Ю., (2020). Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації. *Український стоматологічний альманах*, (4), 57-63. <https://doi.org/10.31718/2409-0255.4.2020.11>. *(Здобувачем проведено обстеження хворих, проведене анкетування хворих з метою оцінки якості їх життя на етапах їх ортопедичної реабілітації, статистичне опрацювання даних, спільно з науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів, сформовано висновки, підготовлено статтю до друку)*

6. Ilyk, R., & Oliynyk, M. (2021). Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation. *EUREKA: Health Sciences*, (5), 34-40. <https://doi.org/10.21303/2504-5679.2021.002013>. *(Здобувачем проведено обстеження хворих, здійснена ортопедична реабілітація хворих за допомогою різних варіантів постійних ортопедичних конструкцій, проведено аналіз оклюзійних контактів на етапах їх ортопедичної реабілітації, статистичне опрацювання даних, спільно з науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів, сформовано висновки)*

Наукові праці, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Олійник, А. Ю., Олійник, Г. В., Олійник, Ю. Ю., Олійник, М. Ю. (2014). Характеристика зубощелепних аномалій у оперованих пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння. *Молодий вчений*, (9), 135–138 Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2014_9_35. *(Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлені матеріали до друку)*

8. Олійник, А. Ю., Олійник, М. Ю. (2015). Аналіз послідовності операційних втручань, проведених хворим із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння від народження до 18-20 років. *Матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, 15 травня 2015 року, м. Вінниця*. (с. 67–68). Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова.

(Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

9. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Конфігурація зубних рядів верхньої щелепи в оперованих пацієнтів з двобічними незрощеннями піднебіння. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Актуальні проблеми стоматології” присвяченої 90-річчю з дня народження доктора медичних наук, професора Евальда Яновича Вареса.* (с. 68–69). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

10. Олійник, М. Ю. (2015). Способи виготовлення незнімних тимчасових ортопедичних конструкцій у пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння. *Медичний Форум*, 6(6), 92–93. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлені матеріали до друку)

11. Олійник, Г. В., Олійник, М. Ю. (2015). Протезування хворих з вродженими незрощеннями верхньої щелепи з використанням корнево-куксових вкладок. *Молодий вчений*, 7(22(2)), 89–92. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлені матеріали до друку)

12. Олійник, М. Ю. (2016). Особливості тимчасового протезування пацієнтів із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 55-річчя кафедри ортопедичної стоматології та з нагоди 75-річчя професора В.Ф. Макєєва «Львівська школа ортопедичної стоматології: традиції, здобутки та перспективи»*, (с. 53). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено усну доповідь)

13. Oliynyk, M. (2017). Methods of making non-removable prosthetics in patients with congenital lip and palate. *Oral Health Dent Manag*, 16(4) (Suppl), 57.

<https://doi.org/10.4172/2247-2452-C1-058>. (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

14. Олійник, М. Ю., (2018). Оцінка стану якості життя пацієнтами із вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після ортопедичного лікування. *Матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених “Актуальні питання клінічної медицини” 26 жовтня 2018 року* (с. 58-59). (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

15. Олійник, М. Ю., (2019). Особливості оцінки якості життя пацієнтами з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння на етапах їх ортопедичного лікування. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології» VII Стоматологічний форум «МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ 2019» 15-17 травня 2019 року*. (с. 70–72). (Здобувачем узагальнені результати досліджень, опрацьовані висновки за їх результатами, підготовлено тези до друку)

Основні положення і результати дослідження висвітлені на

— Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми стоматології» присвяченої 90-річчю з дня народження д.м.н. професора Е. Я. Вареса, м. Львів, 2015р. (стендова доповідь, публікація);

— VI міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених, м. Вінниця, 2015 р. (стендова доповідь, публікація);

— науково-практичній конференції з міжнародною участю з нагоди 55-річчя кафедри ортопедичної стоматології та з нагоди 75-річчя професора В. Ф. Макєєва «Львівська школа ортопедичної стоматології: традиції, здобутки та перспективи», м. Львів, 2016р. (доповідь, публікація);

— 30th Annual Conference on Dental Practice and Oral Health, Hong Kong, 2017. (публікація);

— XII Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 2018 р. (стендова доповідь, публікація);

— «Інноваційні технології в сучасній стоматології» VII Стоматологічний форум «Медвін: стоматологія 2019», м. Івано-Франківськ, 2019 р. (стендова доповідь, публікація).

КАРТА №

Обстеження хворого з вродженим незрошенням верхньої губи та/або піднебіння

Амбулаторна карта № _____

Дата заповнення _____

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Адреса _____

Дата народження _____

Стать (ч, ж) _____

Вид незрошення (за класифікацією М.Д. Дубова)

1. Незрошення верхньої губи

Наскрізне

Ненаскрізне

Правобічне

Правобічне

Лівобічне

Лівобічне

Двобічне

Двобічне

Симетричне

Симетричне

Несиметричне

Несиметричне

2. Незрошення піднебіння

Наскрізне

Ненаскрізне

Правобічне

Правобічне

Лівобічне

Лівобічне

Двобічне

Двобічне

Симетричне

Симетричне

Несиметричне

Несиметричне

3. Скарги: на дефект, на естетичний недолік обличчя, на потрапляння їжі з ротової порожнини в носову, на невиразну мову з гугнявістю, на неправильний прикус та неправильно розміщені зуби, на неможливість повноцінно пережовувати їжу _____

4. Оперативне лікування незрошення.

Хейлопластика.

Дата та вік _____

Вид операції: _____

Результати операції: _____

Операції на леміші: клиноподібна резекція, переміщення по площині _____

Уранопластика.

Дата і вік _____

Вид операції _____

Результати операції: _____

Повторні операції на губі.

Дата _____

Повторні операції на піднебінні.

Дата _____

Виправлення деформацій носа.

Дата _____

5. Ортодонтичне лікування.

Дата початку: _____

Дата закінчення: _____

6. Ортопедичне лікування.

Дата первинного звернення до ортопеда: _____

Вік (повний, в роках і місяцях): _____

Діагноз на момент звернення (основний і ускладнення): _____

Зубна формула:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Оцінка якості життя (додаток №1)

Фото документування.

Дата (до ортопедичного лікування) _____

Дата (після ортопедичного лікування) _____

Вид вибраної ортопедичної конструкції(конструкцій): _____

Підготовка до протезування: _____

Остаточний варіант конструкції: _____

Дата фіксації в ротовій порожнині: _____

Повторне звернення до ортопеда.

Дата повторного звернення до ортопеда _____

Вік (повний, в роках і місяцях) _____

Діагноз на момент звернення (основний і ускладнення): _____

Зубна формула:

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Оцінка якості життя (додаток №1.1)

Додаткові методи дослідження: _____

Фото документування, дата: _____

Рекомендації: _____

Опитувальник «ОНП-14»

Фізичне здоров'я	Питання	дуже часто	зрідка	зазвичай	майже ніколи	ніколи
Проблеми при прийомі їжі.	1. Чи Ви втратили смак до їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
	2. Чи відчуваєте Ви больові відчуття в роті?					
	3. Чи викликає у Вас утруднення прийом їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
	4. Чи Ви незадовільно харчуєтеся через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
	5. Чи доводиться Вам переривати прийом їжі через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
Проблеми зі спілкуванням.	6. Чи відчуваєте Ви незручності через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
	7. Чи відчуваєте Ви труднощі при вимові слів через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
	8. Чи відчуваєте Ви себе обмеженим у спілкуванні з людьми через проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами?					
	9. Чи ставлять Вас проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами у незручне становище?					
	10. Чи викликають у Вас проблеми зі зубами, слизовою оболонкою рота або протезами підвищену дратівливість при спілкуванні з людьми?					

[illegible]

НЕЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ (27 пацієнтів(19-ч; 8-ж))

Порядковий номер пацієнта	Стать	Вид незрошення	Етап Лікуван- ня	Кількість зубів які контактують (n')	Кількість контактів (n'')
1	чол	Наскрізне правобічне	До*	5	7
			Після**	14	25
2	чол	Наскрізне лівобічне	До*	5	6
			Після**	14	21
3	чол	Наскрізне лівобічне	До*	9	13
			Після**	14	23
4	жін	Наскрізне правобічне	До*	6	11
			Після**	14	25
5	жін	Наскрізне лівобічне	До*	4	7
			Після**	13	20
6	чол	Наскрізне лівобічне	До*	5	9
			Після**	14	28
7	жін	Наскрізне лівобічне	До*	8	12
			Після**	13	22
9	жін	Наскрізне правобічне	До*	8	11
			Після**	13	21
10	чол	Наскрізне двобічне	До*	6	10
			Після**	14	29
13	чол	Наскрізне двобічне	До*	10	12
			Після*	14	26
14	жін	Наскрізне правобічне	До*	8	16
			Після**	13	29
16	чол	Наскрізне двобічне	До*	10	15
			Після**	14	24
17	жін	Наскрізне двобічне	До*	9	15
			Після**	14	26
18	чол	Наскрізне двобічне	До*	7	11
			Після**	14	25
21	чол	Наскрізне двобічне	До*	3	5
			Після**	16	25
22	чол	Наскрізне лівобічне	До*	8	10
			Після**	14	30
24	чол	Наскрізне правобічне	До*	7	12
			Після**	14	30

Продовження Додатка Г-1

27	чол	Наскрізне двобічне	До*	5	11
			Після**	13	24
28	чол	Наскрізне двобічне	До*	4	8
			Після**	14	22
29	чол	Наскрізне двобічне	До*	8	16
			Після**	14	28
30	жін	Наскрізне лівобічне	До*	4	5
			Після**	12	20
32	чол	Наскрізне лівобічне	До*	4	7
			Після**	14	26
33	чол	Наскрізне двобічне	До*	3	5
			Після**	12	20
34	жін	Наскрізне двобічне	До*	2	7
			Після**	13	22
35	чол	Наскрізне правобічне	До*	5	9
			Після**	13	24
36	чол	Наскрізне правобічне	До*	6	11
			Після**	13	24
37	чол	Наскрізне двобічне	До*	5	7
			Після**	13	25
РАЗОМ			До М ± m	6,074±0,435	9,926±0,655
			Після М ± m	13,113±0,156	24,593±0,596

$p_{n'} * p^{***} = 0,000029$; $p_{n''} * p^{***} = 0,00001$.

ЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ (10 пацієнтів(7-ч; 3-ж))

Порядкови й номер пацієнта	Стать	Вид незрощення	Етап Лікуванн я	Кількість зубів які контактуют ь (п')	Кількість контактів (п'')
8	чол	Наскрізне правобічне	До*	6	9
			Після**	14	25
11	чол	Наскрізне лівобічне	До*	5	8
			Після**	14	25
12	чол	Наскрізне правобічне	До*	9	12
			Після**	14	25
15	жін	Наскрізне двобічне	До*	5	9
			Після**	14	28
19	чол	Наскрізне правобічне	До*	3	6
			Після**	16	26
20	жін	Наскрізне правобічне	До*	4	7
			Після**	14	25
23	жін	Наскрізне двобічне	До*	5	9
			Після**	16	31
25	чол	Наскрізне двобічне	До*	4	7
			Після**	13	21
26	чол	Наскрізне лівобічне	До*	4	6
			Після**	16	31
31	чол	Наскрізне лівобічне	До*	7	11
			Після**	16	29
РАЗОМ			До М ± m	5,2±0,584	8,4±0,67
			Після М ± m	14,7±0,387	26,6±1,045

$p_{п' \cdot п''} = 0,000029$; $p_{п'' \cdot п''} = 0,00001$.

Лівобічні наскрізні ВНВГП (11 пацієнтів(8-ч; 3-ж))

Порядкови й номер пацієнта	Стать	Етап Лікування	Кількість зубів які контактують (n')	Кількість контактів (n'')
2	чол	До*	5	6
		Після**	14	21
3	чол	До*	9	13
		Після**	14	23
5	жін	До*	4	7
		Після**	13	20
6	чол	До*	5	9
		Після**	14	28
7	жін	До*	8	12
		Після**	13	22
11	чол	До*	5	8
		Після**	14	25
22	чол	До*	8	10
		Після**	14	30
26	чол	До*	4	6
		Після**	16	31
30	жін	До*	4	5
		Після**	12	20
31	чол	До*	7	11
		Після**	16	29
32	чол	До*	4	7
		Після**	14	26
РАЗОМ		До М ± m	5,727±0,602	8,545±0,841
		Після М ± m	14±0,374	25±1,288

$p_{n' \times n''} = 0,000000000094$; $p_{n'' \times n''} = 0,00000000044$.

Двобічні наскрізні ВНВГП (15 пацієнтів(11-ч; 4-ж))

Порядкови й номер пацієнта	Стать	Етап Лікування	Кількість зубів які контактують(п')	Кількість контактів(п'')
10	чол	До*	6	10
		Після**	14	29
13	чол	До*	10	12
		Після**	14	26
15	жін	До*	5	9
		Після**	14	28
16	чол	До*	10	15
		Після**	14	24
17	жін	До*	9	15
		Після**	14	26
18	чол	До*	7	11
		Після**	14	25
21	чол	До*	3	5
		Після**	16	25
23	жін	До*	5	9
		Після**	16	31
25	чол	До*	4	7
		Після**	13	21
27	чол	До*	5	11
		Після**	13	24
38	чол	До*	4	8
		Після**	14	22
29	чол	До*	8	16
		Після**	14	28
33	чол	До*	3	5
		Після**	12	20
34	жін	До*	2	7
		Після**	13	22
37	чол	До*	5	7
		Після**	13	25
РАЗОМ		До М ± m	5,733±0,681	9,8±0,943
		Після М ± m	13,867±0,283	25,067± 0,824

$pn'n^{**}=0,00000000000048$; $pn''n^{**}=0,00000000000045$.

Правобічні наскрізні ВНВГП (11 пацієнтів(7-ч; 4-ж))

Порядковий номер пацієнта	Стать	Етап Лікування	Кількість зубів які контактують (п')	Кількість контактів (п'')
1	чол	До*	5	7
		Після**	14	25
4	жін	До*	6	11
		Після**	14	25
8	чол	До*	6	9
		Після**	14	25
9	жін	До*	8	11
		Після**	13	21
12	чол	До*	9	12
		Після**	14	25
14	жін	До*	8	16
		Після**	13	29
19	чол	До*	3	6
		Після**	16	26
20	жін	До*	4	7
		Після**	14	25
24	чол	До*	7	12
		Після**	14	30
35	чол	До*	5	9
		Після**	13	24
37	чол	До*	6	11
		Після**	13	24
РАЗОМ		До М ± m	6,091±0,574	10,091± 0,911
		Після М ± m	13,818±0,276	25,364± 0,765

$p_{n'*n''}=0,000000000047$; $p_{n''*n''}=0,000000000017$.

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя хворих з ВНВГП до та після ортопедичного лікування.

№ пацієнта	Аналіз профіля губ по Рікетсу (Ricketts) Ls - esthetic line				Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)				Кут між нульовим меридіаном (N-Pog') і лінією Рікетса (esthetic line)				Кут увігнутості профіля (G-An-Pog')			
	До (мм.)	Після (мм.)	Різниця (мм.)	%	до	після	різниця	%	до	після	різниця	%	до	після	різниця	%
1	6	5	1	16,7	129	120	9	6,9	26	25	1	3,8	172	174	2	1,2
2	1	1	0	0	93	87	6	6,45	16	16	0	0	176	176	0	0
3	8	6	2	25	83	71	12	14,5	19	18	1	5,26	160	162	2	1,25
4	6	4,5	1,5	25	91	65	26	28,6	16	16	0	0	145	146	1	0,7
5	4	3	1	25	113	90	23	20,4	15	15	0	0	165	165	0	0
6	4	3,5	0,5	12,5	96	87	9	9,4	16	15	1	6,3	159	161	2	1,25
7	4	3,5	0	0	100	93	7	7	20	19	1	5	167	164	3	1,8
8	9	7	2	22,2	104	96	8	7,7	15	14	1	6,7	162	160	2	1,2
9	3	3	0	0	102	102	0	0	15	15	0	0	162	162	0	0
10	9,5	7	2,5	26,3	115	100	15	13	15	15	0	0	154	156	2	1,3
11	3,5	3	0,5	14,3	18	22	4	22,2	13	13	0	0	153	153	0	0
12	4,5	4,5	0	0	103	103	0	0	17	17	0	0	160	160	0	0
13	4	3	1	25	104	94	10	9,6	16	16	0	0	158	158	0	0
14	4	2,5	1,5	37,5	96	76	20	20,8	11	12	1	9	159	156	3	1,8
15	5	3,5	1,5	30	97	87	10	3,1	20	19	1	5	175	173	2	1,1
16	3	2	1	33,3	91	81	10	10,9	9	10	1	11,1	153	154	1	0,7
17	3	2,5	0,5	16,6	112	102	10	8,9	19	18	1	5,3	171	172	1	0,6

Продовження Додатка Д-1

18	3	2	1	33,3	108	97	11	10,2	20	19	1	5	178	174	4	2,2
19	4	3	1	25	88	73	5	17	9	10	1	11,1	143	142	1	0,7
20	10	7	3	30	93	80	13	13,9	18	20	2	11,1	152	152	0	0
21	5,5	4,5	1	18,2	66	76	10	15,15	13	14	1	7,7	156	159	3	1,92
22	3	3	0	0	84	82	2	2,4	19	19	0	0	163	163	0	0
23	7	5,5	2,5	21,4	57	78	25	43,85	15	15	0	0	150	149	1	0,7
24	3	2	1	33,3	52	77	25	48	17	15	2	11,7	149	148	1	0,67
25	5	3	2	40	104	96	8	7,7	15	14	1	6,7	163	162	1	0,6
26	7	5	2	28,6	55	78	23	41,8	18	20	2	11,1	147	145	2	1,4
27	6	4	2	33,3	99	75	24	24,24	22	22	0	0	160	160	0	0
28	6	4	2	33,3	117	106	11	9,4	18	18	0	0	170	171	1	0,58
29	4	3	1	25	114	92	22	19,3	16	16	0	0	162	162	0	0
30	7	5,5	1,5	21,4	90	81	9	10	18	19	1	5,6	155	158	3	1,9
31	8	5,5	2,5	31,3	93	77	16	17,2	12	13	1	8,3	149	151	2	1,3
32	10	8	2	20	87	71	16	18,4	17	16	1	5,9	155	155	0	0
33	4	2	2	50	105	87	18	17,14	13	15	2	15,4	171	172	1	0,6
34	3	1,5	1,5	50	116	87	29	25	12	14	2	16,7	158	160	2	1,3
35	5	4,5	0,5	10	100	91	9	9	19	18	1	5,3	168	170	2	1,2
36	6	5	1	16,6	67	86	19	28,3	18	19	1	5,6	145	146	1	0,7
37	2	1	1	50	124	114	10	8	20	20	0	0	173	173	0	0

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих із однобічними ВНВГП незалежно від виду конструкції, до і після ортопедичної реабілітації

№	Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%	До	Після	%
1	6	5	16,7	129	120	6,9	26	25	3,8	172	174	1,2
2	1	1	0	93	87	6,45	16	16	0	176	176	0
3	8	6	25	83	71	14,5	19	18	5,26	160	162	1,25
4	6	4,5	25	91	65	28,6	16	16	0	145	146	0,7
5	4	3	25	113	90	20,4	15	15	0	165	165	0
6	4	3,5	12,5	96	87	9,4	16	15	6,3	159	161	1,25
7	4	3,5	0	100	93	7	20	19	5	167	164	1,8
8	9	7	22,2	104	96	7,7	15	14	6,7	162	160	1,2
9	3	3	0	102	102	0	15	15	0	162	162	0
11	3,5	3	14,3	18	22	22,2	13	13	0	153	153	0
12	4,5	4,5	0	103	103	0	17	17	0	160	160	0
14	4	2,5	37,5	96	76	20,8	11	12	9	159	156	1,8
19	4	3	25	88	73	17	9	10	11,1	143	142	0,7
20	10	7	30	93	80	13,9	18	20	11,1	152	152	0

Продовження Додатка Д-2

22	3	3	0	84	82	2,4	19	19	0	163	163	0
24	3	2	33,3	52	77	48	17	15	11,7	149	148	0,67
26	7	5	28,6	55	78	41,8	18	20	11,1	147	145	1,4
30	7	5,5	21,4	90	81	10	18	19	5,6	155	158	1,9
31	8	5,5	31,3	93	77	17,2	12	13	8,3	149	151	1,3
32	10	8	20	87	71	18,4	17	16	5,9	155	155	0
35	5	4,5	10	100	91	9	19	18	5,3	168	170	1,2
36	6	5	16,6	67	86	28,3	18	19	5,6	145	146	0,7
Mean	5,45	4,31	17,92	88,04	82,18	15,90	16,54	16,54	5,08	157,54	157,68	0,77
SD	2,45	1,75	11,96	23,15	18,42	12,43	3,50	3,30	4,17	9,09	9,30	0,68

Результати фотостатичного аналізу профілю обличчя у хворих із двобічними ВНВГП незалежно від виду конструкції, до і після ортопедичної реабілітації

№	Аналіз профіля губ за Рікетсом (Rickets)(мм.)			Носо-губний кут C-Sn-UL (в градусах)			Кут N-Pog'-E-line (в градусах)			Кут G-An-Pog' (в градусах)		
	До	після	%	до	після	%	до	після	%	До	після	%
10	9,5	7	26,3	115	100	13	15	15	0	154	156	1,3
13	4	3	25	104	94	9,6	16	16	0	158	158	0
15	5	3,5	30	97	87	3,1	20	19	5	175	173	1,1
16	3	2	33,3	91	81	10,9	9	10	11,1	153	154	0,7
17	3	2,5	16,6	112	102	8,9	19	18	5,3	171	172	0,6
18	3	2	33,3	108	97	10,2	20	19	5	178	174	2,2
21	5,5	4,5	18,2	66	76	15,15	13	14	7,7	156	159	1,92
23	7	5,5	21,4	57	78	43,85	15	15	0	150	149	0,7
25	5	3	40	104	96	7,7	15	14	6,7	163	162	0,6
27	6	4	33,3	99	75	24,24	22	22	0	160	160	0
28	6	4	33,3	117	106	9,4	18	18	0	170	171	0,58

Продовження Додатка Д-3

29	4	3	25	114	92	19,3	16	16	0	162	162	0
33	4	2	50	105	87	17,14	13	15	15,4	171	172	0,6
34	3	1,5	50	116	87	25	12	14	16,7	158	160	1,3
37	2	1	50	124	114	8	20	20	0	173	173	0
Mean	4,66	3,23	32,38	101,93	91,46	15,03	16,2	16,33	4,86	163,46	163,66	0,77
SD	1,94	1,59	11,06	18,60	11,40	10,09	3,60	3,01	5,77	8,87	8,13	0,68

АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор стоматологічного медичного центру
Львівського національного медичного університету

к. мед. н., доц.

« 4 »



імені Данила Галицького

Шибінський В.Я.

2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування впровадження:** Визначення оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
2. **Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA)
3. **Автори:** Ілік Роман Романович, Олійник Маркіян Юрійович.
4. **Джерело інформації:** стаття у науковому періодичному виданні держави, що входить до Європейського союзу: Ilyk R. Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation / R. Ilyk, M. Oliynyk // EUREKA: Health Sciences. - 2021. - № 5. - С. 34 - 40.
5. **Впроваджено** в лікувальний процес ортопедичного відділення № 1 стоматологічного медичного центру Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
6. **Терміни впровадження:** вересень 2021 року – по теперішній час.
7. **Ефективність впровадження:** Визначає можливість реабілітації хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння ортопедичними методами шляхом виготовлення різних варіантів ортопедичних конструкцій для оклюзійно-функціональної та остаточної їх реабілітації, як один із шляхів підвищення якості життя таких хворих.
8. **Пропозиції:** _____

Відповідальний за впровадження, його посада, прізвище підпис.

Завідувач ортопедичного відділення №1

« 4 » 05 2022р.

Дмитрасевич І.Я.

"ЗАТВЕРДЖУЮ"

Директор стоматологічного медичного центру
Львівського національного медичного університету

к. мед. н., доц.

« 4 »



імені Данила Галицького

Пібіньський В.Я.

2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- Найменування впровадження:** Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
- Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA)
- Автори:** Олійник Маркіян Юрійович.
- Джерело інформації:** стаття у фаховому науковому журналі: Олійник М.Ю. Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації. / М.Ю., Олійник // Український стоматологічний альманах. - 2020. - № 4. - С. 57 - 63.
- Впроваджено** в лікувальний процес ортопедичного відділення № 2 стоматологічного медичного центру Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
- Терміни впровадження:** грудень 2020 року – по теперішній час.
- Ефективність впровадження:** оцінка якості життя хворих з вродженим незрощенням верхньої губи і піднебіння до і після завершального етапу ортопедичного лікування різними видами естетичних конструкцій зубних протезів.
- Пропозиції:** _____
Відповідальний за впровадження, його посада, прізвище підпис.

Завідувач ортопедичного відділення №2

« 4 » 05 2022р.

Гупало Б.П.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар комунального
Некомерційного підприємства
«Стоматологічна поліклініка №1»

Питльований П.В.

« 5 »

2022 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування впровадження:** Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
2. **Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA)
3. **Автори:** Олійник Маркіян Юрійович.
4. **Джерело інформації:** стаття у фаховому науковому журналі: Олійник М.Ю. Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації. / М.Ю., Олійник // Український стоматологічний альманах. - 2020. - № 4. - С. 57 - 63.
5. **Базова установа, що проводить впровадження:** відділення ортопедичної стоматології комунального некомерційного підприємства «Стоматологічна поліклініка №1»
6. **Терміни впровадження:** грудень 2020 року – по теперішній час.
7. **Пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач ортопедичного відділення

« 5 »

05

2022р

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар 5-ої комунальної
 стоматологічної поліклініки м. Львова
 Олійник Ю.І.
 « 6 » 05 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування впровадження:** Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
2. **Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA)
3. **Автори:** Олійник Маркіян Юрійович.
4. **Джерело інформації:** стаття у фаховому науковому журналі: Олійник М.Ю. Визначення якості життя хворих із вродженими незрощеннями верхньої губи й піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації. / М.Ю., Олійник // Український стоматологічний альманах. - 2020. - № 4. - С. 57 - 63.
5. **Базова установа, що проводить впровадження:** відділення ортопедичної стоматології 5-ої комунальної стоматологічної поліклініки м. Львова.
6. **Терміни впровадження:** грудень 2020 року – по теперішній час.
7. **Пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач ортопедичного відділення

« 6 » 05 2022р

Сірко В.Р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Івано-Франківського національного
медичного університету

д. мед. н., професор Вакалюк І.П.

_____ 2022 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування впровадження:** Визначення оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
2. **Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA)
3. **Автори:** Ілик Роман Романович, Олійник Маркіян Юрійович.
4. **Джерело інформації:** стаття у науковому періодичному виданні держави, що входить до Європейського союзу: Ilyk R. Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation / R. Ilyk, M. Oliynyk // EUREKA: Health Sciences. - 2021. - № 5. - С. 34 - 40.
5. **Впроваджено:** у навчальний процес кафедри ортопедичної стоматології Івано-Франківського національного медичного університету.
6. **Терміни впровадження:** вересень 2021 року – по теперішній час.
7. **Пропозиції:** видати інформаційний лист.

Відповідальний за впровадження:

Доцент кафедри ортопедичної
стоматології

к.мед.н., доцент

«21» 04 2022р.

Miz.

Мізюк Л.В.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного медичного університету

к. мед. н., доц.

Ігор ГЕРУШ

2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Пропозиція для впровадження:** «Визначення оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації».
- 2. Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA) Ілик Роман Романович, Олійник Маркіян Юрійович.
- 3. Джерело інформації:** стаття у науковому періодичному виданні держави, що входить до Європейського союзу: Ilyk R. Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation / R. Ilyk, M. Oliynyk // EUREKA: Health Sciences. - 2021. - № 5. - С. 34 - 40.
- 4. Впроваджено:** у педагогічний процес кафедри ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету.
- 5. Включено:** до лекційного курсу та практичних занять при вивченні лікування та реабілітації хворих з вродженими та набутими дефектами піднебіння.
- 6. Результати впровадження:** Автором представлені методи визначення оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
- 7. Термін впровадження:** вересень 2021 року – по теперішній час.
- 8. Базова установа, яка здійснює впровадження:** кафедра ортопедичної стоматології Буковинського державного медичного університету.
- 9. Зауваження та пропозиції:** зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри ортопедичної
стоматології БДМУ,
д. мед. н., проф.

« 20 » 04 2022р.

Олександр БЄЛІКОВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Інституту стоматології
 НУОЗ України імені П. Л. Шупика
 д. мед. н., проф. Дорошенко О.М.

« _____ » 2022 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування впровадження:** Визначення оклюзійних контактів у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння до і після їх ортопедичної реабілітації.
2. **Установа-розробник:** Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська 69а, м. Львів, 79010, Україна. UA)
3. **Автори:** Ілик Роман Романович, Олійник Маркіян Юрійович.
4. **Джерело інформації:** стаття у науковому періодичному виданні держави, що входить до Європейського союзу: Ilyk R. Determination of occlusal connections in patients with congenital cleft lip and palate before and after their orthopedic rehabilitation / R. Ilyk, Oliynyk, M // EUREKA: Health Sciences. - 2021. - № 5. - С. 34 - 40.
5. **Базова установа, що проводить впровадження:** кафедра стоматології інституту стоматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика
6. **Форма впровадження:** в матеріали лекцій, семінарів і практичних занять інтернів і курсантів.
7. **Терміни впровадження:** вересень 2021 року – по теперішній час.
8. **Пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувач кафедри
 стоматології

д.мед.н., професор

« 17 » 8 2022р.

Павленко О.В.