**Результаты ортопедической реабилитации в области дефектов зубных рядов нижней челюсти I и II классов по Кеннеди**

 **Обсервационное исследование**

**Актуальность**

В процессе жизни происходит неизбежная потеря естественных зубов в результате кариеса, заболеваний пародонта или травм [1\*]. По данным ВОЗ наиболее высокая распространенность частичной адентии наблюдается в возрасте от 35 до 44 лет; 12,6% взрослого населения полностью лишены естественных зубов [2\*].

С точки зрения клинициста, ортопедическая реабилитация направлена ​​на улучшение распределения окклюзионных сил на сохранившиеся в полости рта зубы, поддержание стабильности зубного ряда и улучшение жевательной способности. Напротив, восприятие пациентом ортопедической реабилитации сосредоточено на улучшении эстетики и функции жевания с минимальным для себя дискомфортом [1\*].

Однако, поскольку достаточная жевательная функция может быть достигнута в присутствии 20 зубов, 9-10 из которых имеют зубы-антагонисты в области дистальных отделов нижней челюсти, и реабилитация укороченных зубных дуг не всегда необходима, было выявлено, что пациенты плохо осведомлены о последствиях отсутствия зубов [8,9\*]. Кроме коррекции таких проблем, как нарушение жевания, эстетики и речи, реабилитация полости рта при частичной адентии также направлена ​​на улучшение качества жизни пациента, снижение которого, как правило, сопровождает потерю зубов [2\*].

В связи с ранней потерей первых постоянных моляров, которые первыми прорезываются и, следовательно, подвергаются воздействию различных факторов, влияющих на здоровье зубов и окружающих тканей, а также с потерей передних зубов в результате травм, к которым предрасположены дети, для более молодых людей, как правило, характерны дефекты III и IV классов по Кеннеди [5\*].

По мере того, как люди стареют и теряют большее количество зубов III класс по Кеннеди переходит в I и II класс. Частичная адентия I и II классов по Кеннеди чаще встречается на нижней челюсти, тогда как классы III и IV более характерны для верхней челюсти [5\*].

При I и II классах Кеннеди лечение чаще проводится с изготовлением частичных съемных зубных протезов (ЧСП), в то время как реабилитация III и IV классов обычно проводится с помощью частичных несъемных зубных протезов и зубных протезов с опорой на имплантаты.

Основным определяющим фактором при планировании лечения является расположение утраченного зуба или зубов в зубной дуге, при этом выбор метода лечения учитывает такие факторы как состояние оставшихся зубов и опорных тканей, а также предпочтения и финансовую готовность пациента [5\*].

При восстановлении дефектов в области дистальных отделов нижней челюсти с использованием ЧСП клиницисты чаще сталкиваются с проблемами обеспечения адекватной поддержки, удержания и стабилизации. При отсутствии ношения ЧСП, миграции и неправильного расположения задних зубов у пациентов может наблюдаться выраженная атрофия альвеолярного гребня, из-за чрезмерного выдвижения зубов-антагонистов потеря межокклюзионного промежутка. Кроме того, не все имеющиеся зубы могут служить опорой в результате неудовлетворительного пародонтального статуса или неблагоприятного расположения в результате смещения [1,4,5\*]. Такие последствия наблюдаются и при других видах дефектов зубных рядов при частичной адентии. При ранней утрате и длительном отсутствии задней группы зубов нижней челюсти ситуация часто усугубляется [10\*].

Возникающие осложнения и факторы, влияющие на успех реабилитации дефектов зубных рядов нижней челюсти I и II классов по Кеннеди [1,11-18\*]:

1. Механические: переломы больших и малых соединительных элементов, требующие починки ЧСП [17\*].

2. Биологические: ношение ЧСП может быть связано с повышенным риском развития кариеса и заболеваний пародонта [16\*]. В исследовании Isidor и Budtz-Jorgensen (1990), проводивших динамическое наблюдение пациентов дважды в год в течение первых двух лет, а затем ежегодно в течение трех лет после установки ЧСП, были зафиксированы высокие показатели зубного налета, а также гингивита, при этом без значительных изменений в глубине зондирования [18\*]. Результаты данной работы подчеркивают положительное влияние повторных посещений на успех лечения при недавно установленном ЧСП [18\*].

3. Удовлетворенность пациентов. Успех использования зубного протеза пациентом также определяется степенью удовлетворенности пациента [1,3\*]. Пациенты, которые считают, что дискомфорт от ношения зубного протеза перевешивает предполагаемые преимущества, не будут его носить, что будет иметь негативные последствия для успешной реабилитации. Таким образом, при планировании лечения врачу важно учитывать пожелания пациента, однако такие факторы как плохая гигиена полости рта у пациентов, наличие хронических заболеваний (например, сахарный диабет), неблагоприятные социальные привычки (например, курение) и финансовые возможности ограничивают возможности врачей [17\*].

4. Биомеханические факторы: при восстановлении дефектов зубных рядов нижней челюсти I и II класса по Кеннеди с помощью ЧСП нагрузка идет на зуб с опорными тканями и слизистую оболочку альвеолярного гребня [15\*]. Смещение данных тканей отрицательно сказывается на комфорте и способности пациентов носить эти протезы и в итоге, на результатах лечения [11,12,19,20\*]. Для решения описанных проблем были разработаны специальные оттискные техники, альтернативные конструкции ЧСП, такие как мезиальная опора в сочетании с базисом зубного протеза, система I-bar (RPI), укороченная зубная дуга, использование прецизионных аттачментов и зубных протезов на имплантатах [11,12,19,21-23\*].

**Цель**

Целью данного исследования была оценка результатов ортопедической реабилитации дефектов зубных рядов нижней челюсти I и II класса по Кеннеди в течение 5-6 лет после установки ЧСП.

**Материалы и методы**

В исследовании проводился анализ данных, полученных в результате изучения файловых записей медицинских карт и телефонного опроса пациентов, которым были установлены зубные протезы дистального отдела нижней челюсти в период с января 2011 года по июнь 2017 года.

Оценивались демографические данные пациентов, тип зубного протеза, используемый материал (акриловый/кобальто-хромовый), поломки/починки, потеря опорных зубов, жалобы пациентов.

**Результаты**

В исследование вошли данные 152 историй болезней пациентов, которым были установлены ЧСП нижней челюсти I или II класса по Кеннеди.

За период исследования было установлено 95 зубных протезов I класса по Кеннеди и только 57 зубных протезов II класса.

На момент исследования большинство пациентов (69%) не возвращались в Центр гигиены полости рта для дальнейшего лечения.

Всего потребовалось 26 переделок зубных протезов (17%), как правило из-за плохой припасовки, жалоб на боль и дискомфорт, возникших механических осложнений и потери опорных зубов.

Зарегистрировано 12 случаев (8%) удаления опорных зубов без указания причины (кариес/пародонтит).

В большинстве случаев починка зубного протеза не требовалась (n=9, 6%). К необходимости починки приводила потеря опорного зуба, а также перелом кламмера или перелом по средней линии.

Большинство случаев переделки или починки зубных протезов произошли в течение первых двух лет после их установки.

Была проведена перебазировка только одного протеза из 152 ЧСП I и II класса по Кеннеди, включенных в это исследование, и только у одного человека после установки протеза был восстановлен опорный зуб.

Статистически значимой взаимосвязи возраста, пола, типа материала зубного протеза, количества повторных явок и исходами лечения не выявлено.

**Выводы**

Наиболее частым осложнением при ношении ЧСП I и II класса по Кеннеди была потеря опорного зуба. Также часто требовалась переделка и починка зубных протезов.

\*Указатели ссылок в квадратных скобках соответствуют списку литературы в первоисточнике.