

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Присвячено 80-ти річчю заслуженого діяча
науки і техніки України, д. мед.н. проф. Ігоря Сергійовича Мащенко.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

П'ята (V) МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СТОМАТОЛОГІЯ ПРИДНІПРОВ'Я»

Збірник наукових праць

Дніпро
Запоріжжя
2019

УДК 616.31

Редакційна колегія: проф. А.В.Самойленко (відп. ред.), проф А.А. Гудар'ян, проф. О.А. Глазунов, проф. І.В. Ковач, проф. О.А. Фастовець, проф. Н.Г. Баранник, д.мед.н. доц. О.В. Возний, доц.Н.Г. Ідашкіна, ас. Матвєєнко Л.М.

П'ята (V) Міжнародна науково-практична конференція «Стоматологія Придніпров'я»: зб.наук.пр. /Редкол.: А.В. Самойленко (відп. ред.) та ін.; ДЗ «Дніпропетровська мед. академія МОЗ України». – Дніпро; ДЗ «ДМА МОЗУ», 2019. –с.190

У збірнику наукових праць наведені матеріали Першої (V) Міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія Придніпров'я», яка відбулась 19 квітня 2019 року. Представлені роботи присвячені питанням профілактики, діагностики та лікування основних стоматологічних захворювань з відображенням еспериментальних, теоретичних, клінічних та науково-методичних питань сучасної стоматології.

Наукові дослідження були виконані на кафедрах стоматологічного профілю та суміжних дисциплін медичних ВНЗ, а також в закладах практичної охорони здоров'я.

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

Дрок В. О.

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

кафедра стоматології ФПО

Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату достатньо висока, їх частота у хворих на сколіоз у 2,5 рази вище, ніж у практично здорових дітей. Цей показник збільшується з підвищенням ступеню важкості сколіозу. У 62,8% випадків у дітей, хворих на сколіоз, має місце остеопенія, переважно у губчастій тканині. Частота виявлення і ступень остеопенії зростає в міру збільшення величини викривлення хребта та віку хворих. У дітей, хворих на сколіоз, із збільшенням віку відбувається накопичення кісткової маси, але приріст показників мінералізації кісткової тканини менш виражений, ніж у здорових однолітків. У хворих на сколіоз досить часто спостерігається остеопенічний синдром, тому апаратне ортодонтичне лікування має вплив на патологічно змінену кісткову тканину. Ехоостеометрія відрізняється високою чутливістю до змін мінеральної щільності кісткової тканини, крім того дана методика неінвазивна та проста в застосуванні, тому і була використана у даної категорії хворих.

Мета. Вивчити щільність кісткової тканини у підлітків, хворих на сколіоз, які проходять ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених задач було обстежено 96 пацієнтів, хворих на сколіоз, віком від 13 до 17 років, з яких сформовано 4 групи. 24 практично здорових пацієнта - група порівняння, друга група – 24 пацієнта отримувала традиційне ортодонтичне лікування та професійну гігієну порожнини рота, третя група – 24 пацієнта окрім вищезгаданого лікування перед ортодонтичним лікуванням отримували аплікації геля «Холісал» на ясенний край, після лікування призначався препарат «Кальцій –D3 Нікомед», четверта група – 24 пацієнта, які перед ортодонтичним лікуванням отримували ультрафонофорез геля «Холісал» на ясенний край, після лікування призначався препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С» 0,25мг по 1 таблетці 2 рази на день після їжі, потім вживання препарату «Кальцій-D3 Нікомед» по 1 таблетці 2 рази на день після їжі впродовж місяця. Місцево призначався ультрафонофорез 5% масляного розчину токоферола ацетата, який проводять по чергово з опроміненням ділянки альвеолярного відростка світлом гелій-неонового лазера. Для визначення щільності кісткової тканини щелеп ми проводили ультразвукову остеометрію нижньої щелепи за допомогою ехоостеометра ЭОМ-01Ц до початку ортодонтичного лікування та після його закінчення.

Результати та їх обговорення. Щільність кісткової тканини була до початку лікування вище у здорових пацієнтів, швидкість проходження ультразвуку в ділянці нижньої щелепи 2810,58 м/с, після ортодонтичного лікування цей показник змінився несуттєво. У пацієнтів другої, третьої та

четвертої групи швидкість проходження ультразвуку до початку ортодонтичного лікування була нижче, ніж у здорових, що свідчить про більш низьку мінеральну щільність кісткової тканини. Після проведення лікування швидкість проходження ультразвуку у пацієнтів другої групи збільшилася в середньому на 49 м/с, у пацієнтів третьої та четвертої групи швидкість проходження ультразвуку збільшилася, та досягла рівня здорових однолітків, причому у пацієнтів четвертої групи цей показник зріс на найбільш суттєво – на 221 м/с.

Висновки. В результаті проведених досліджень виявлено, що у дітей, хворих на сколіоз, щільність кісткової тканини менше, ніж у здорових. Використання запропонованої нами схеми лікування призводить до нормалізації щільності кісткової тканини, що дозволяє рекомендувати обрану схему медикаментозної корекції до широкого практичного використання.

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИММЕДМАТ-ПРОТЕЗА С СОХРАНЕНИЕМ ЕСТЕСТВЕННЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ

Зайцев Л.А., Герасимчук П.Г., Коваленко Н.А.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины

В настоящее время применяется ряд методик изготовления непосредственных протезов. Нами предложена методика изготовления непосредственных протезов с воспроизведением величины, формы и положения удаляемых зубов. Протез изготавливаем следующим образом. Снимаем комбинированный двухслойный оттиск силиконовым материалом.

Подготовка оттиска перед отливкой модели состоит в том, что мы обрезаем оттискную массу, которая не входит в границы базиса будущего непосредственного протеза. Затем заполняем зубы на оттиске, подлежащие удалению, воском и отливаем гипсовую модель. Далее отлитая гипсовая модель вместе с оттиском со слоем силиконового материала гипсуется в кювету. После открытия кюветы, в случае получения тонкого коррегирующего слоя, механическим путем удаляем базисный слой оттиска для достижения необходимой толщины базиса непосредственного протеза в дальнейшем. Зубы, находящиеся в оттиске и подлежащие удалению, извлекаем из него или удаляем с модели. Полученную форму зубов заполняем пластмассой соответствующего цвета. Базис формируем из базисной пластмассы. Производим полимеризацию способом, описанным в инструкции фирмы изготовителя. После полимеризации производим шлифовку и полировку непосредственного протеза.

При изготовлении непосредственного протеза по предложенной нами методике сохраняется форма, величина и положение удаляемых зубов. Методика проста, с малым количеством этапов изготовления, не трудоемка.