



**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Запорізький державний медичний університет**



**Асоціація стоматологів Дніпропетровської області**

**Асоціація стоматологів Запорізької області**

**П'ята (V) Міжнародна науково-практична  
конференція  
«Стоматологія Придніпров'я»**

***19 квітня 2019***

**Дніпро-Запоріжжя**

**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. Матвеєнко 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

На жаль, відсутність кваліфікованого проведення ортопедичних методів лікування генералізованого пародонтиту реєструється у переважній більшості обстежених. Так, у  $89,0 \pm 2,3\%$  хворих діагностувалась травматична оклюзія, лікування якої не проводилось. Лише у  $27,0 \pm 3,2\%$  хворих здійснювалось вибіркоче пришліфовування зубів, проте лише в стані центральної оклюзії, що не дозволило створити динамічну оклюзію, яка ковзає. Патологічне оклюзійне навантаження, що виникло, призводило до прогресування травмування тканин пародонта та сприяло подальшому їх руйнуванню. За даними рентгенографічного обстеження у місцях виникнення передчасних контактів особливо виражені явища остеопорозу та прогресування резорбції міжзубних перегородок.

Згідно проведеного аналізу історій хвороб у  $80,2 \pm 3,0\%$  пацієнтів зубне протезування проводилось до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту, відразу після усунення явищ гострого запалення терапевтичними методами. Тимчасове протезування перед виготовленням постійних конструкцій зубних протезів взагалі відсутнє. У  $11,0 \pm 2,3\%$  хворих замість оклюзійної корекції та раціонального протезування проведено шинування адгезивними конструкціями, які фіксували існуючу травматичну оклюзію, що призводило до суттєвого погіршення стану пародонту опорних зубів.

Таким чином, основними недоліками ортопедичного лікування генералізованого пародонтита слід назвати відсутність заходів щодо усунення функціонального перевантаження зубів, а також відсутність тимчасового протезування перед виготовленням постійних протезів.

**Машейко І.В.**

## **МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ АЛЬВЕОЛЯРНИХ КІСТОК У ПАЦІЄНТІВ З ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ОСТЕОПОРОЗІ ЗА ДАНИМИ ТОМОГРАФІЇ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія»,  
Кафедра ортопедичної стоматології*

Актуальність. Стан кісткової тканини альвеолярних відростків є основним при плануванні ортопедичної конструкції з опорою на імплантатах, визначенні кількості, вибору місця установки, виду й розмірів імплантатів, а також етапності лікування. Однак установка імплантатів у пацієнтів з остеопорозом пов'язана з високою ймовірністю втрати кістки й втратою імпланта. Остеопороз (ОП) щелепних кісток є проявом системної патології кісткової тканини, що приводить до зменшення щільності й порушення структури кістки (Bernal et al., 2018).

Ціль роботи: вивчення показників мінеральної щільності кісткової тканини в різних ділянках альвеолярного відростка в пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) II-III ступенів тяжкості (СТ) із супутнім остеопорозом і без за даними комп'ютерної томографії.

Матеріали й методи. У дослідження включено 56 пацієнтів у віці від 53 до 72 років, що звернулися з метою санації, із супутнім віковим остеопорозом: 1 основна група (14 чоловіків і 18 жінок із ХГП II СТ) і 2 основна група (10 чоловіків і 14 жінок із ХГП III СТ). Також включено 46 пацієнтів 2 групи порівняння такого ж гендерно-вікового складу без остеопоротичних змін кісткової тканини: 24 обстежених із ХГП II ступеню важкості й 22 обстежених із ХГП III ступеню важкості. У контрольну групу включено 20 умовно здорових пацієнтів без запальних змін тканин пародонта й без остеопоротичних змін кісткової тканини.

Усім пацієнтам було проведено комп'ютерне томографічне дослідження (MORITA, Japan) (щільність кісткової тканини виражали в одиницях Хаунсфілд, Н). Діагностика остеопорозу здійснювалась згідно із критеріями ВООЗ (1994) по Т-Критерію (Siris et al., 2014). Статистичну обробку даних проводили Statistica 8.0 (Statsoft Inc., USA) з урахуванням t-критерію Стьюдента за нормального розподілу даних.

Результати дослідження. У всіх спостережуваних групах найбільш значимі зміни мінеральної щільності кісткової тканини (МПКТ) виявлені в септальній вертикалі й серединній горизонталі – ділянках кісткової тканини, безпосередньо залучених у патологічний процес. Найменші зміни МПКТ відзначені в апікальній горизонталі, що пояснюється найбільшою віддаленістю глибоких шарів кісткової тканини від вогнищ запалення й підтверджується літературними даними (Darcey et al., 2013). Найбільш значиме зниження МПКТ відзначене в альвеолярній горизонталі в групах із ХГП II-III СТ на тлі остеопоротичних змін кісткової тканини: на 12% і 14% порівняно з такими групами обстежених без остеопоротичних змін і на 24% і 32% порівняно з контрольною групою.

Висновки.

1. Як показали результати нашого дослідження, мінеральна щільність кісткової тканини змінюється нерівномірно залежно від стадії пародонтита й ступеню остеопоротичних змін кісткової тканини.

2. Найбільш значне зниження мінеральної щільності кісткової тканини відзначене в альвеолярній частині щелепних кісток: на 24% нижче в групах із ХГП II СТ на тлі остеопорозу й на 32% нижче в групі із ХГП III СТ на тлі остеопорозу порівняно з контрольною групою.

3. Застосування методу дентальної об'ємної томографії об'єктивно дозволяє оцінити стан кісткової тканини щелепно-лицьової області й обрати оптимальний протокол ортопедичної реабілітації пацієнтів із ХГП II-III СТ при остеопорозі.

**Меладзе И.Н., Глазунов О.А.**

**ВЛИЯНИЕ КВЕРТУЛИНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.**