



**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

GingivalGel, оскільки вітамінотерапію при хворобах пародонта можна вважати достатньо обґрунтованою як з огляду експериментальних, так і клінічних досліджень. Активні компоненти гелю представлені саме вітаміном С та Е, а також екстрактом прополісу в нано формі. Вітамін С як природній потужний антиоксидант впливає на утворення колагену та зумовлює щільність судинної стінки, створює максимально сприятливі умови для активності остеобластів. Вітамін Е працює в синергії з вітаміном С, зменшує набряк тканин та дію гіалуронідази на кісткову тканину альвеолярного паростка. Екстракт прополісу володіє антибактеріальними, протигрибковими, протизапальними знеболюючими та стимулюючими місцевий імунітет властивостями. Крім того, прополіс має високу протикарієсну активність та утворює поверхневу біоактивну захисну плівку, яка не дозволяє розмножуватися бактеріям, позбавляючи їх можливості прикріплюватися до клітин слизової оболонки порожнини рота.

Оскільки ротова порожнина є природнім вологим середовищем організму, експозиція впливу активних компонентів місцевої терапії зі слизовою оболонкою порожнини рота обмежена. Це призводить до зниження ефективності застосовуваних засобів та зменшує можливості місцевої терапії. Завдяки формулі з використанням Nano-Bio Fusion технології, всі необхідні компоненти NBF GingivalGel швидше проникають у клітини, ніж їх аналоги звичайних розмірів. Завдяки запатентованій методиці при виробництві, гель створює на слизовій оболонці порожнини рота нано-біоактивну захисну плівку з потужних антиоксидантів, що містяться в ньому. При цьому збільшується абсорбція активних речовин гелю, завдяки чому забезпечується живлення та відновлення епітелію. Таким чином, NBF GingivalGel виявляє заспокійливу та захисну дію на слизову оболонку порожнини рота. Відбувається покращення клінічного стану та прискорюються процеси відновлення слизової оболонки.

Помойницький В.В

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ПРИДАТНІСТЬ ЗРУЙНОВАНИХ ЗУБІВ ДО ЛІКУВАННЯ ПО ГРУПОВІЙ НАЛЕЖНОСТІ ПРИ САМОСТІЙНИХ ЗВЕРНЕННЯХ ХВОРИХ ЗА ДОПОМОГОЮ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра ортопедичної стоматології м. Дніпропетровськ, Україна

Детальне вивчення самостійних звернень хворих з повним дефектом коронки зуба дозволяє визначитись в поширеності даної патології, її структурованості, видах та обсягах потреби в цьому різновиді стоматологічної допомоги населенню.

В зв'язку з вищенаведеним, метою даного дослідження явився аналіз поширеності зубів з повним дефектом коронки зуба та придатності до лікування у хворих, які самостійно звернулись за допомогою в стоматологічну поліклініку.

Для досягнення обраної мети було проведено вибірку звернень хворих з повним дефектом коронки зуба, які звернулись за допомогою в останні 5 років. Всього було залучено більше 2500 амбулаторних карт, а також проаналізовані щорічні статистичні звіти поліклініки.

В результаті встановлено, що в загальній структурі звернень за допомогою доля хворих з повним дефектом коронкової частини і з ІРОПЗ більше 0,8 складає 22,4 %, що відповідає п'ятій частині від усіх звернень.

Отримані дані показали, (таб.1) що найчастіше всього руйнуванню з виникненням повного дефекту коронки зуба підлягають зуби верхньої щелепи, питома вага яких становить $60,2 \pm 1,8\%$.

Таблиця 1

Поширеність повного дефекту коронки зуба по груповій належності

Групи зубів	Верхня щелепа			Нижня щелепа			Всього
	321/123	54/45	76/67	321/123	54/45	76/67	
Кількість %	22,6	25,7	11,9	3,5	14,8	21,5	100,0

По груповій належності зруйновані зуби розподілились наступним чином: різці і ікла уражаються в $22,6 \pm 1,3\%$, премоляри відповідно в $25,7 \pm 1,6\%$, а моляри в $11,9 \pm 0,9\%$ випадків .

На нижній щелепі фронтальна група зубів(різці, ікла) склала всього $3,5 \pm 0,7\%$, премоляри $14,8 \pm 1,2\%$ і моляри відповідно $21,5 \pm 1,1\%$ випадків .

Як свідчать дані записів амбулаторних карт, не всі зуби з повною втратою коронки придатні до відновлення. В $30,5\%$ корені мали під'ясенні руйнування, які найчастіше всього діагностувались на контактних поверхнях. У $15,8\%$ зубів зі зруйнованою коронкою лікарі при огляді виявляли значні ділянки поверхні зубів, які були відновленні пломбувальним матеріалом, видалення якого дозволило діагностувати високий ступінь руйнування коренів, що не відповідали вимогам до ортопедичного лікування. Розподіл кількості коренів з під'ясенними руйнуваннями за їх груповою належністю наведений в таб. 2

Таблиця 2

Кількість коренів з під'ясенними руйнуваннями за їх груповою належністю

Верхня щелепа				Нижня щелепа			Всього
Групи зубів	321/123	54/45	76/67	321/123	54/45	76/67	
Кількість	11,4	36,0	13,7	1,3	12,4	25,2	100,0

Як видно з представлених даних, найбільшу кількість під'ясенних руйнувань та уражень інших ділянок поверхні мають премоляри і моляри. При цьому на верхній щелепі значний відсоток непридатних коренів зубів представлений премолярами, а на нижній молярами. В цілому проведений аналіз придатності зруйнованих зубів до відновлення показав, що тільки 68,3% від загальної їх кількості придатні до протезування.

Таким чином, проведене дослідження дозволило виявити, що руйнуванню частіше за все підлягають зуби верхньої щелепи 60,2% серед яких, превалюють премоляри, різці та моляри. На нижній щелепі руйнуються моляри, премоляри і фронтальна група зубів. До відновлення придатні 68,3% зубів від їх загальної кількості.

Пришляк В.Є., Пасічник М.А., Бучковська А.Ю.
СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної стоматології, Україна

Відомо, що при цукровому діабеті порушуються всі види обміну речовин, проходить генералізоване ураження дрібних судин. Дуже часто у цієї групи хворих діагностуються супутні захворювання внутрішніх органів та систем [1;2].

Нами було обстежено 50 дітей та підлітків віком від 10 до 15 років, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет у стадії декомпенсації та субкомпенсації. В контрольній групі було 20 практично здорових дітей.

У підлітків, хворих на цукровий діабет виявлено високі показники поширеності ($94,56 \pm 3,14$ %) та інтенсивності ($5,4 \pm 0,2$ %) карієсу. Ці показники були достовірно вищими, ніж у контрольній групі ($93,1 \pm 4,54$ %) та $3,13 \pm 0,35$ %. У всіх обстежених визначався незадовільний стан порожнини рота.

Поширеність захворювань пародонта у дітей із цукровим діабетом становила $87,86 \pm 3,44$, у дітей контрольної групи – $51,25 \pm 3,55$. У дітей із цукровим діабетом переважав хронічний катаральний гінгівіт – $92,93 \pm 4,1$; у $4,99 \pm 1,80$ випадків зустрічався гострий катаральний гінгівіт. У контрольній групі переважав хронічний катаральний гінгівіт – $95,80 \pm 3,44$.

При огляді дітей, хворих на цукровий діабет ми спостерігали також зміни язика: набряк язика із відбитками на бокових поверхнях, гіпертрофію грибоподібних сосочків, набряк слизової оболонки щік. Всі ці зміни належать до малих симптомів цукрового діабету.