



**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

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| 1. <i>Абрамов А.В., Ганчев К.С. Визначення залежності постекстракційних ускладнень від ступеня важкості цукрового діабету в експерименті.....</i>   | 19 |
| 2. <i>Аветіков Д.С, Гутник А.А. Методики проведення верхньої рітідектомії, в залежності від антропометричних ознак з урахуванням біомеханіки шкіри.....</i>   | 20 |
| 3. <i>Аветіков Д.С., Яценко І.В., Ахмеров В.Д., Локес К.П., Ставицький С.О. Сучасні аспекти діагностики передракових захворювань щелепно-лицьової ділянки.....</i>  | 20 |
| 4. <i>Анисимова Л.В. к. мед.н., Светличная О. Н. к. мед. н. Клинический анализ применения материала biodentine™ при лечения глубокого кариеса временных зубов.....</i>  | 22 |
| 5. <i>Бабенко А.Д. Поєднаний ефект ортодонтичної мікрохірургії та ортодонтичної екструзії зубів для аугментації альвеолярного гребеня.....</i>  | 23 |
| 6. <i>Бондаренко В.И. Зависимость показателей денальной и дентофациальной эстетики от методик выполнения клинико-лабораторных этапов изготовления зубного протеза.....</i>  | 24 |
| 7. <i>Варакута О.А., Куц О.Г., Чертов С.О. Особливості виявлення <math>copa^+</math>, <math>sba^+</math>-v<math>\gamma</math>-лімфоцитів в тканинах пародонту в нормі і при наявності пломбувального матеріалу.....</i> | 26 |
| 8. <i>Василенко Р.Э., Миончинский Д.А. Зависимость прочностных характеристик армированных и неармированных полных съёмных протезов верхней челюсти от выраженности свода неба.....</i>                                  | 28 |
| 9. <i>Вихров В.А. Состояние опорных зубов мостовидного протеза у больных разных возрастных групп с частичной вторичной адентией.....</i>  | 31 |
| 10. <i>Волошин М.М., Стрельченя О.В. Обізнанність випускників стоматологічного факультету щодо небезпеки орального пірсингу.....</i>  | 32 |
| 11. <i>Влад М.И., Кравец М.В. «Фторпрофилактика, «да» или «нет».....</i>  | 34 |

12. *Возная И. В. Клиническая оценка влияния ортопедического лечения воспалительных заболеваний пародонта.....*
13. *Возный А.В., Зильбер Я.А. Непосредственный протез «за» и «против».....*
14. *Возный А.В., Чернявский В.В. Мнение специалистов стоматологического профиля о состоянии стоматологической ортопедической помощи населению г. Запорожья .....*
15. *Ганчев К.С., Терехова І.О. Визначення ефективності групової активної форми санітарно-просвітницької роботи серед дітей 5-7 років м. Запоріжжя.....*
16. *Герасимчук П. Г., Коваленко М. О. Альтернативна методика лечени пациентов с малыми включенными дефектами зубных рядов, отказавшихся от имплантации. ....*
17. *Герасимчук П. Г., Коваленко М. О. Виготовлення знімних зубних протезів з термопластичних матеріалів при серцево – судинній патології та алергіях.....*
18. *Герасимчук П.Г., Коваленко Н.А. Модификация способа изготовления иммедмат–протеза с сохранением естественных размеров зубов.....*
19. *Глазков О. О. Дослідження рівня якості життя у хворих з частковою відсутністю зубів.....*
20. *Глазунов О.А., Фесенко В.І., Степанова С.В., Лацева О.Н., Векуа І.Д., Мороз В.Є., Клочко Р.І. Досвід комплексного лікування катарального гінгівіту у молодих осіб, що мешкають в умовах промислового міста.....*
21. *Голейко М.В. Оцінка ефективності віддалених результатів лікування хворих на поєднані ураження тканин пародонту та періодонта.....*
22. *Горб-Гаврильченко И.В. Актуальные методы формирования клинического мышления у студентов стоматологов.....*
23. *Горб-Гаврильченко И.В. Формирование профессионально-личностной культуры врача у студентов-стоматологов.....*
24. *Григоров С.М., Криничко Л.Р., Ставицький С.О., Яценко І.В., Криничко Ф.Р. Особливості оптимізації профілактики виникнення ускладнень у хворих після хірургічного лікування кіст ембріонального походження в анатомічному аспекті.....*

25. *Гриновець В.С., Гриновець І.С., Пасько О.О. Розробка нової форми анкерного штифта для кореневого каналу зуба з оксидокерамічним покриттям.....*  
.....
26. *Громов О.В. Применение озона при лечении больных с частичной и полной вторичной адентией.....*
27. *Гудар'ян О. О., Ідашкіна Н. Г., Маджді Аліакбар. Недоліки стандартного використання брекет-техніки в лікуванні переломів нижньої щелепи.....*
28. *Демчина Г. Р. Корекція загоєння періапикального розрідження кістки після ендодонтичного лікування на основі трансдукційних механізмів.....*  
.....
29. *Денега І.С., Рінецька О.Р., Гриновець В.С. Порушення мікробіоценозу кишок у хворих з дистрофічно-запальними та дистрофічними захворюваннями пародонту.....*
30. *Дрок В. О.Стан кісткової тканини у пацієнтів із зубощелепними аномаліями, хворих на сколіоз.....*
31. *Зайцев Л.А., Герасимчук П.Г., Коваленко Н.А. Модификация способа изготовления имедиат-протеза с сохранением естественных размеров зубов.....*
32. *Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.Изучение динамики заживления раны после удалени корня зуба элеватором в эксперименте.*  
.....
33. *Зайцев Л.А., Зайцева Клинико-экспериментальный расчет конструкции мостовидного протеза при заболеваниях тканей пародонта.....*
34. *Иванов В.С. Показатели кариеса зубов у детей 3-6 лет различных районов города одессы за 20-ти летний период.....*
35. *Идашкина Н.Г., Юнкин Я.О., Расинская Т.С.\*, Сиренко Н.М.\*\* Профилактика и лечение посттравматического остеомиелита с использованием фотосенсибилизирующей терапии.....*
36. *Ільницький Я.М., Готь І.М. Результати ехоостеометричного дослідження остеопластики незрощень піднебіння та альвеолярного відростка у дітей.....*
37. *Кареліна Ю.В., Кареліна Л.С. Використання сучасних апаратів для лікування корневих каналів зубів у терапевтичній стоматології.....*

38. Кареліна Ю.В., Кареліна Л.С. *Вариант преподавания раздела «Заболевания слизистой оболочки полости рта» у иностранных студентов.....*
39. Г.В.Кирильчук, Ж.М.Неханевич *Эффективность применения остеопластических средств, содержащих i-PRF и рекомбинантный белок кости rhBMP-2 при удалении горизонтально расположенных ретенированных третьих моляров нижней челюсти.....*
40. Кобиляк С. С. *Результати клінічної апробації патогенетичної схеми лікування патологічного стирання твердих тканин зубів.....*
- .....
41. Коваленко Н.А., Герасимчук П.Г. *Анализ окклюзионных взаимоотношений у пациентов, длительно пользующихся частичными съемными пластиночными протезами.....*
42. Кокарь О.О. *Особенности подготовки будущих врачей общей практики на кафедре стоматологии.....*
43. Коломоєць І.С., Машейко І.В., Герасимчук П.Г. *Порівняння ступеню фіксації суцільнолитих штифтових конструкцій при використанні різних цементів.....*
- .....
44. Комок А.А., Бондаренко Г.К., Ущин А.Б. *Статическая пластика постоянного паралича лицевого нерва.....*
45. Комок А.А., Москаленко Я.И., Алексюк С.А. *Местнопластические возмещения изъянов нижней губы после её резекции по поводу запущенного рака.....*
46. Комок А.А., Комок А.С., Москаленко Я.И., Вихрова В.В., Книга Т.А. *Опыт лечения раненых в зоне АТО в челюстно-лицевую область.....*
47. Комок А.А., Бондаренко Г.К., Терешков Д.Ю. *Наш опыт применения в клинике высокочастотной радиоволновой хирургии.....*
48. Котелевський Р.А. *Використання фантомів в процесі викладання ортопедичної стоматології.....*
49. Котелевський Р.А. *Вивчення структури і фізико-хімічних властивостей базисів повних знімних зубних протезів на основі акрилових пластмас.....*
- .....

50. *Короленко И.А., Рыбалов О.В., Иваницкая Е.С. Лечение глоссалгии, развившейся на фоне ксеростомии.....*
51. *Костюк І.Р., Бабенко А.Д. Лікування загострення хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів у дітей із використанням живокосту настойки та кальцію гідроксиду.....*
52. *Коток Р.Ю. Культевые вкладки - хорошая альтернатива современным штифтовым реставрациям.....*
53. *Кривчук О.А. Результати дослідження стану слизової оболонки протезного ложа при протезуванні хворих з повною відсутністю зубів у найближчий термін спостереження.....*
54. *Куроєдова В. Д., Петрова А. В., Рудь Ю. В. Проблема видалення зубів в ортодонтії.....*
55. *Крижановський А. Є. Динаміка змін стану слизової оболонки при користуванні повними знімними протезами.....*
56. *Макарова И.А. Необходимость изучения социальной значимости соматической патологии пародонта в клинике современной системной красной волчанке.....*
57. *Маліновський В. Г. Результати дослідження збалансованості оклюзії у хворих на генералізований пародонтит.....*
58. *Малицкий А. А. Причины неуспеваемости студентов и пути их преодоления.....*
- .....
59. *Марікуца С. В. Щодо перспектив застосування стабілометричних проб в ортопедичній стоматології.....*
60. *Матвєєнко Л. М. Щодо проблеми створення експериментальної моделі пародонти ту.....*
61. *Матвєєнко Л. М. Лечение хронического катарального генерализованного гингивита.....*
62. *Матвєєнко Р.Ю. Особливості адаптаційного періоду хворих початкуючих користуватися повними знімними протезами.....*
63. *Матвєєнко Р. Ю. Результати оцінки ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту.....*
64. *Машейко І.В. Мінеральна щільність альвеолярних кісток у пацієнтів з пародонти том при остеопорозі за даними томографії.....*
65. *кислоты на состояние пародонта крыс с экспериментальным метаболическим синдромом.....*



66. Мельничук Ю. М. Дослідження місцевої температури рубців шкіри обличчя після проведення профілактики їх утворення  
.....
67. Міончинський Д.О. Дослідження клітинного імунітету осіб, які користуються незнімними протезами з різних металевих сплавів.....
68. Міончинський Д.О., Василенко Р.Є. Протезування кукси зуба при зміні його осі при захворюваннях пародонта.....
69. Міончинський Д.О., Василенко Р.Є. Чинники ризику інформаційно-комп'ютерних технологій навчання у студентів 3 курсу.....
70. Мірчук Б.М., Максимов Я.В. Частота часткових дефектів зубних рядів серед дорослих пацієнтів.....
71. Міщенко О.М., Рябоконт Є.М. Клінічний досвід реабілітації пацієнтів задентією в умовах дефіциту кісткової тканини в бічних відділах верхньої щелепи.....
72. Міщенко О.М., Чертов С.О., Возний О.В. Порівняльна характеристика типів зв'язування імплантату з абатментом.....
73. Орищенко В.Ю., Стрельченя Т.М. Практика наблизеного до реальності навчання: кейс-метод при вивченні захворювань слизової оболонки порожнини рота майбутніми стоматологами.
74. Пасько О.О., Гриновець В.С., Пришляк В.Є., Сулим Ю.В. Частота захворювань твердих тканин зуба в осіб молодого віку та потреба в їх лікуванні.....
75. Петришин О.А. Застосування *pbfgingivalgel* у лікуванні хронічних виразково-некротичних гінгівітів в учасників бойових дій АТО.....
76. Помойницький В.В. Поширеність та придатність зруйнованих зубів до лікування по груповій належності при самостійних зверненнях хворих за допомогою.....
77. Пришляк В.Є., Пасічник М.А., Бучковська А.Ю. Стан тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет.....

78. Рейзвих О. Э., Шнайдер С. А. Потребность, обеспеченность и нуждаемость детского населения Украины в стоматологической помощи.....
79. Рыбалов О.В., Яценко П.И., Яценко О.И., Иваницкая Е.С. Болевой симптом при компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.....
80. Романенко Е.Г., Срибник П.Л., Синьковская О.А, Влад М.И., Остапенко Д.И. Особенности использования стоматологических фантомов в преподавании раздела «Профилактика стоматологических заболеваний»
81. Салюк О.Д., Степанський О.Д., Міщенко Д.О. Значення навчання при відпрацюванні студентами практичних навичок з використанням фантому пульпи зуба.....
82. Салюк О.Д. Профілактика основних стоматологічних захворювань у осіб похилого віку.....
83. Самойленко А.В., Орищенко В.Ю., Стрельченя Т.М. Стоматологічні аспекти орального пірсингу.....
84. Самойленко А.В., Шарыпов В.И., Романюта И.А., Бескровная О.Г. Нестероидные противовоспалительные средства в стоматологии.....
85. Семенов К.А., Дрогомирецкая М.С. Способ медикаментозного лечения хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава.....
86. Сенникова А. М., Шнайдер С. А. Сравнительная оценка информативности современных методов лучевой диагностики деструктивных форм периодонтита постоянных зубов.....
87. Синиця В.В., Довганик В.В. Застосування мазі "мірамістин-дарниця" при лікуванні хворих із загостренням верхівкового періодонтиту.....
88. Скикевич М.Г., Волошина Л.И. Особенности кт диагностики гнойных заболеваний челюстно-лицевой области.....
89. Сокологорська-Никіна Ю.К., Куроєдова В.Д. Особливості роботи колового м'яза рота при статичній пробі в дітей із деривацією слуху в період знімного прикусу.....

90. Смаглюк<sup>1</sup>Л.В. , Сидоренко<sup>2</sup> А.Ю, Ляховська<sup>1</sup>А.В. Доцільність використання індексу визначення потреби в ортодонтичному лікуванні з урахуванням соматичного стану  
.....
91. Сапальов С. О. Суб`активна оцінка кості протезування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі.....
92. Смірнова І. В. Особливості придбання засобів для гігієнічного догляду за порожниною рота по інтернету.....
93. Стрельченя Т.М. Варіант опанування практичними навичками з розділу «Захворювання слизової оболонки порожнини рота».....
94. Стрельченя Т.М. Оптимізація формування клінічного мислення у студентів-стоматологів в сучасних умовах.....
95. Стрельченя Т.М. Літературний пошук при написанні студентом академічної історії хвороби з терапевтичної стоматології.....
- .....
96. Сулим Ю.В. Використання перфорованих адгезивних плівок для лікування запальних захворювань слизової оболонки рота.....
- .....
97. Сулим Ю.В. Використання стоматологічних плівок з амізоном для лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота.....
- .....
98. Фастовець О. О. Про досвід організації роботи по засвоєнню практичних навичок на кафедрі ортопедичної стоматології.....
99. Фесенко В.І., Фесенко Д.В., Калінаєва Л.В. \*Лікування хронічного катарального гінгівіту у хворих на хронічний вірусний гепатит В.....
100. Халецька В.М., к.мед.н., Савченко А.Я., Кравченко К.Д.,  
Діагностика та лікування ретендованих зубів.....
101. Халецька В.М., к.мед.н., Пермяков В.А. Лищенко Г.О.,  
Діагностика та лікування ретендованих зубів.....
102. Чаунанс А. В. Формирование клинического мышления, направленного на профилактику стоматологических заболеваний, среди студентов – стоматологов.....
- .....

103. Чеботарь О.А, Глазунов О.А. Реактивные изменения слюнных желез и слизистой оболочки полости рта при поражении щитовидной железы у лиц промышленного региона кривбасса.....
104. Чертов С.А., Ганчев К.С. Видовой состав микрофлоры полости рта с поверхности фторопластового защитного колпачка на однокомпонентных денальных имплантатах.....
105. Чертов С.А., Гладкий Д.П. Временное протезирование после проведения непосредственной денальной имплантации.....
106. Чертов С.А., Сапалев С.А. Применение стоматологических имплантатов из оксида циркония при протезировании в «эстетически значимых зонах»  
.....
107. Чертов С.А., Ясногор О.А. Клиническое обоснование применения денальных имплантатов из наноструктурного титана.....
108. Каюкова В.Д. к.м.н., Study of saliva proteins fractions in children with multiple caries.....
109. Комелевский Р.А. Modern computer and network technologies in the study of prosthetic dentistry foreign students.....
110. Maslova I. Glycoconjugates distribution in the rat's major salivary glands structures after intrauterine antigenic action as a basis of pathological conditions.....
- .....
111. Liubov Matvieienko les Compétence communicative chez les étudiants

#### Стенові доповіді:

1. Біндюгін О.Ю., Ковач І.В. //3D діагностика резорбції коренів верхніх центральних різців після ортодонтичного ви тяжіння бікортикально дистопованих ікол

- 2.Матвеенко Л.М. // Клініко-експериментальне обґрунтування остеотропної терапії у хворих з генералізованим пародонтизом на тлі цукрового діабету II типу комбінованої форми»»*
- 3.Гутарова Н.В., Ковач І.В. //Стан антиоксидантної системи в порожнині рота у підлітків після застосування збагаченої тромбоцитами плазми на тлі ортодонтичного лікування*
- 4.Чеботарь О.А., Глазунов О.А. //Патологічні зміни в слинних залозах на тлі не токсичного зобу у щурів в умовах експерименту*
- 5.Прядко С.О. // Ендодонтична обробка кореневих каналів з використанням ендоактиватора.*
- 6.Тітовська С.О. // Застосування сучасних антисептичних засобів в ротовій порожнині при захворюванні на генералізований пародонтит.*
- 7.Макарова І.А.// Проблеми клінічної діагностики у хворих з системним червоним вовчаком на слизовій оболонці порожнини рота.*
- 8.Ковач І.В., Філімонов В.Ю.// Біомеханіка коректного переміщення зубів при ортопедичному лікуванні первинної адентії.*
- 9.Опанасюк Д.Ю. // Методи профілактики травматичного періімплантиту з урахуванням активності жувальної мускулатури.*
- 10.Опанасюк А.С //Особливості лікування вторинної адентії з використанням денціальних імплантів.*



***ПРОФЕСОР ІГОР СЕРГІЙОВИЧ МАЩЕНКО***

***(до 80-річчя від дня народження)***

*За дорученням колективу кафедри терапевтичної стоматології*

*А. В. Самойленко, завідувач кафедри терапевтичної стоматології, доктор медичних наук, професор*

*В червні цього року виповнюється 80 років із дня народження та 60 років лікарської, науково-педагогічної та громадської діяльності доктора медичних наук, Заслуженого діяча науки і техніки України, мудрого організатора й наставника, яскравого представника дніпропетровської школи терапевтів-стоматологів професора, Ігоря Сергійовича Мащенка.*

*Етапи великого шляху.*

*Ігор Сергійович народився в 1939 у м. Тараща Київської області, рано пізнав негаразди життя років війни та повоєнного періоду.*

*У 1961 р. закінчив стоматологічний факультет Київського медичного інституту і продовжив навчання в аспірантурі на кафедрі терапевтичної стоматології цього ж інституту.*

*В 1965 р. захистив кандидатську дисертацію “Про стимулюючу терапію в комплексному лікуванні пародонтозу” під керівництвом відомого вченого, класика стоматологічної науки, професора І.Й.Новіка*

*З 1964 року працює асистентом кафедри терапевтичної стоматології Донецького, а потім Полтавського медичних інститутів.*

*У 1976 році обраний на посаду завідувача кафедри удосконалення лікарів у Кривому Розі, був її головним організатором.*

*У 1980 р. – захистив докторську дисертацію “Особливості патогенезу, клініки та лікування пародонтозу у хворих з аутоімунізацією організму”.*

*1982 р. - завідуючий кафедрою госпітальної терапевтичної стоматології Дніпропетровського медичного інституту, де особливо проявилися високий професіоналізм, досвід організаторської та науково-педагогічної роботи Ігоря Сергійовича.*

*У 1983 році обирається за конкурсом на посаду декана стоматологічного факультету Дніпропетровської державної медичної академії, яку займає до 1986 року. Характерною особливістю цього періоду, є значне підвищення вимог до якісної успішності, відвідування лекцій і практичних занять. Під керівництвом професора І.С. Мащенка була розроблена і втілена система рейтингової оцінки знань, бригадного підряду відповідальності в академічних групах. Все це сприяло тому, що студенти стоматологічного факультету показували найкращі результати, серед факультетів вузу.*

*За ініціативою декана, в якості клінічної бази факультету почала використовуватись Обласна стоматологічна поліклініка. Силами студентських будівельних загонів, реставрується виділене для поліклініки приміщення. Для оснащення кафедри було придбано 56 стоматологічних установок "Хірадент", що дозволило створити найбільш потужну клінічну базу факультету.*

*З 1986 року Ігор Сергійович був призначений проректором по лікувальній роботі, а у 1992 р. - проректором по навчальній роботі. З 1994 по 1999 р. обіймав посаду проректора з виховної роботи ДДМА.*

*В 1996 р. після об'єднання кафедри пропедевтики терапевтичної стоматології та госпітальної терапевтичної стоматології - завідувач кафедри терапевтичної стоматології Дніпропетровської державної медичної академії до 2007 року.*

*2007 - 2012 р.р професор кафедри терапевтичної стоматології.*

*З 2012 року професор кафедри хірургічної стоматології, імплантології та пародонтології.*

*Діапазон наукових інтересів І.С.Мащенко дуже широкий. Основний науковий напрямок його досліджень - імунологічні аспекти стоматологічних захворювань.*

*Присвятивши перші кроки своєї наукової діяльності проблемі хвороб пародонта Ігор Сергійович і в подальшому глибоко та інтенсивно розробляє питання етіології, патогенезу, діагностики, клінічного перебігу та лікування основних стоматологічних захворювань. Проведені ним багатопланові наукові дослідження дозволили доповнити, а часом і переосмислити цілу низку питань, пов'язаних із мікробіологічними, імунологічними, біохімічними та морфологічними аспектами запальних та дистрофічних захворювань пародонта. Це дозволило визначити в стоматології новий поворотний етап у розумінні цих патологічних станів, зокрема, від клінічної до клінічно-етіопатогенетичної суттєвості. В результаті виконаних досліджень та отриманні принципово нових даних про етіологію, патогенез і клініку запальних та дистрофічних захворювань пародонта, він створив оригінальну їх класифікацію.*

*Останнім часом професор І.С. Мащенко приділяє багато уваги проблемі ускладнень, що виникають при денгальній імплантації. Займається питаннями діагностики, профілактики і лікування денгальних мукозитів і*



*перімплантитів. Під його керівництвом розробляються оригінальні методики відновлення, придбаних в результаті хвороб пародонта, перімплантитів та інших захворювань дефектів кісткової тканини щелеп, встановлюються закономірності компенсаторно-приспосовних реакцій у післяопераційному періоді.*

*Ігор Сергійович зробив суттєвий внесок у розробку нових методів лікування цілої низки стоматологічних захворювань. Були розроблені, доведені до промислового виробництва та втілені у практику всіх лікувальних закладів України та близького зарубіжжя створені І.С.Мащенком препарати «Парагель» та «А-Парагель», стандартна інтердентальна шина для шинування рухомих зубів. Особливу практичну значущість має розроблена та втілена у виробництво нова високоефективна лікувально-профілактична зубна паста, яка дозволяє запобігти виникненню карієсу зубів та хвороб пародонта.*

*Наш ювіляр є автором наукового відкриття в галузі стоматології. Великий внесок професора І.С. Мащенка було оцінено Всесвітньою організацією охорони здоров'я, він був експертом ВООЗ у радянські часи.*

*Багато сил та енергії Ігор Сергійович віддав підготовці наукових, педагогічних та лікарських кадрів. Педагогіка для нього – не професія, а покликання. Він щедро ділиться своїми знаннями і досвідом зі студентами, лікарями-інтернами, лікарями-практиками, клінічними ординаторами, аспірантами, колегами. Його лекції — це цікавий і динамічний діалог студента і викладача. Методика викладання професора, широка ерудиція захоплює студентів. Кожне його слово вагоме і цінне. Учений – вихователь багатьох поколінь стоматологів. Його консультації викликають професійну зацікавленість у слухачів, допомагаючи формуванню клінічного мислення, виховують любов до спеціальності. Окрім того, професор Ігор Сергійович Мащенко має талант наукового керівника та природний дар згуртовувати людей навколо себе. Знань у нього вистачає і для студентів, і для аспірантів, і для докторантів. За всі роки своєї плідної праці він підготував 8 докторантів та 43 кандидатів медичних наук.*

*За період багаторічної діяльності Ігорем Сергійовичем створена міцна та прогресивна науково-практична школа пародонтології, яка отримала визнання не тільки в межах нашої країни, але й на світовому рівні, а її засновник вважається одним із найбільш відомих вчених стоматологів. Учні та послідовники школи плідно працюють не тільки на теренах нашої*

країни (Львів, Харків, Донецьк, Сімферополь, Київ, Полтава та інші міста), але і за її кордонами.

*Про науковця найкраще говорять його праці. Професор І.С. Мащенко автор понад 500 наукових праць, у тому числі 5 монографій, 3 навчальних посібника та 17 винаходів, автор наукового відкриття.*

*Плідну наукову та педагогічну діяльність Ігор Сергійович поєднує з громадською роботою. Протягом багатьох років він був членом президії Асоціації стоматологів України, членом редакційної ради журналів «Новини стоматології», «Медичні перспективи», членом обласної атестаційної комісії. Його численні контакти на конгресах, конференціях, з'їздах сприяли розвитку широких взаємних наукових зв'язків.*

*Незважаючи на нестримний темп життя, постійну зайнятість, Ігор Сергійович має добрі руки і чуйне серце, йому вдається всюди встигати, для кожного знайти добре слово, дарувати людям радість, за що йому дякують тисячі вилікуваних ним пацієнтів.*

*Багаторічна сумлінна професійна і громадська діяльність не залишилися не оціненими. Заслуги Ігоря Сергійовича Мащенко одержали широке визнання. Його нагороджено знаками «Відмінник охорони здоров'я СРСР», «Відмінник вищої школи СРСР», грамотою Президента України, почесним знаком «Почесний автор» Укрдержпатенту України, йому присвоєно почесне звання «Заслужений діяч науки і техніки України», він є дійсним членом Академії національного прогресу України. На III з'їзді Асоціації стоматологів України нагороджений грамотою президента Асоціації Стоматологів України за багаторічну працю та значний внесок у розвиток стоматологічної науки та практики в Україні.*

*Все життя Ігоря Сергійовича є взірцем самовідданого служіння стоматології.*

*Дорогий Ігорю Сергійовичу!*

*Прийміть щирі, сповнені людської шани і поваги привітання з нагоди Вашого ювілею! Ми пишаємося тим, що нам випала можливість працювати з Вами і досягати разом професійних висот. Ваш професіоналізм, багаторічна послідовна та наполеглива праця принесли радість і віру в себе багатьом людям. Ваш життєвий шлях сповнений*

*сумлінним служінням своїй державі і гідно визначений багатьма урядовими нагородами та відзнаками.*

*У день славного ювілею ми бажаємо Вам нових здобутків, незгасної енергії та невтомності в повсякденній діяльності. Міцного здоров'я, добра, миру і благополуччя. Хай нива Вашого життя щедро колоситься щастям, нехай здійсняться всі задуми та сподівання!*

**Абрамов А.В., Ганчев К.С.**

## **ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ВІД СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

*Запорізький державний медичний університет Кафедра пропедевтичної та хірургічної стоматології*

Актуальність. Цукровий діабет являє собою стоматологічну проблему, оскільки впливає на стан зубо-щелепної системи. У хворих на цукровий діабет 2 типу відзначається 100% потреба в стоматологічній допомозі. Метою нашої роботи було в експерименті виявити основні групи пост екстракційних ускладнень, встановити залежність їхнього виникнення від ступеня важкості цукрового діабету у щурів. Матеріали та методи. Дослідження було проведено на 50 щурах-самцях лінії Вістар, віком 9-10 місяців, розподілених на дві експериментальні групи. Першу групу склали 20 здорових самців, яким було проведено екстракцію першого моляру нижньої щелепи праворуч. Друга група – 30 щурів-самців зі стрептозотоцин-індукованим діабетом, з екстракцією першого моляру нижньої щелепи праворуч на 21-й день цукрового діабету. Результати та висновки. Постекстракційні ускладнення залежать від ступеня важкості цукрового діабету. Як ранні, так і пізні ускладнення, що пов'язані з альвеолярною лункою частіше розвиваються при важкому цукровому діабеті, характеризуються важким перебігом та високою варіабельністю ускладнень (абсцес, остеомієліт, флегмона). Ускладнення перебігу основного захворювання й прогресування симптоматики відзначаються при важкому перебігу цукрового діабету, що супроводжується зниженням ваги щурів і підвищення рівня глікемії. Виразність ацидозу, підвищення концентрації креатину й сечовини не залежать від ступеня важкості патологічного процесу, але при цьому додають свій внесок у погіршення стану тварини.

Аветіков Д.С, Гутник А.А.

## **МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕННЯ ВЕРХНЬОЇ РІТІДЕКТОМІЇ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ОЗНАК З УРАХУВАННЯМ БІОМЕХАНІКИ ШКІРИ**

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,*

Відсутні дані щодо залежності фіброархітектоніки м'якого остову обличчя, зокрема, у скроневій, виличній, привушно-жувальній, щічній, та соскоподібній ділянках та залежність її від форми голови, віку та статі.

**Мета.** Оптимізація методики проведення розрізів при виконанні верхньої рітідектомії.

**Матеріали і методи дослідження.** 35 пацієнтів з інволюційним птозом шкіри верхньої третини обличчя. У порівнянні з пацієнтами контрольної групи

їм було виконано верхню рідідектомію за авторською методикою. Під час дослідження використовувалися біомеханічні та клінічні методи.

**Результати.** Вважаємо помилкою виконання розрізів перед лінією росту волосся або у межах цієї лінії. Як показали біомеханічні дослідження після проведення таких розрізів у майбутньому залишається помітний рубець. Також, при проведенні таких розрізів у доліхоцефалів може спостерігатися заокруглення зовнішнього кута ока, при підтягуванні клаптя вгору. У брахіцефалів доцільно проводити задній горизонтальний скроневий розріз, або криволінійний розріз з мінімальним натягненням шкіри назад і догори з мінімальним її висіченням. При проведенні інших розрізів у брахіцефалів може змінитися напрямок зовнішніх скроневих зморшків - «гусинна лапка», або неприродне косовертикальне направлення ліній навколо ока.

**Висновок.** На основі проведених цілеспрямованих гістотопографічних та біомеханічних досліджень нами було обґрунтовано оптимальні методики розрізів при проведенні верхньої рідідектомії, що забезпечують хірургічні втручання із збереженням природних топографоанатомічних співвідношень тканин обличчя та шиї.

**Аветіков Д.С., Яценко І.В., Ахмеров В.Д., Локес К.П., Ставицький С.О.**  
**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДРАКОВИХ**  
**ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ**  
*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.*

Сьогодні діагностика онкологічних захворювань щелепно-лицьової локалізації є проблемою, яка до теперішнього часу далека до остаточного рішення.

Розрізняють наступні рівні діагностики онкологічних процесів: дуже рання, рання, своєчасна, пізня.

Дуже рання діагностика — це пренатальне розпізнавання пухлини, основний метод діагностики пов'язаний з визначенням генетичного маркера захворювання.

Рання діагностика виявляє початкові стадії процесу, при якому вже сталася злоякісна трансформація у вигляді розмноження пухлинних елементів. На цій стадії пухлина не дає метастазів і хворий може бути вилікуваний назавжди.

Своєчасна діагностика виявляє новоутворення при його поширеності T1-2N0M0.

Пізня діагностика пов'язана зі встановленням злоякісної пухлини T3-4 у поєднанні з регіонарними метастазами N1-3, або меншій поширеності з віддаленими метастазами M1.

Позитивні результати лікування злоякісних пухлин при сучасному рівні медицини тісно пов'язані з поліпшенням ранньої діагностики, в основі якої, передусім, лежить онкологічна настороженість лікарів при огляді пацієнтів,

особливо з неясною клінічною картиною захворювання. Пухлини у стадії I - II піддаються хірургічному лікуванню, радіотерапії або комбінації цих методів. У стадії III - IV приєднується хіміотерапія, хірургічні втручання проводяться у більшому об'ємі, що істотно знижує якість життя пацієнтів в період після лікування.

Найбільш ефективним в діагностиці патологічних процесів слизової оболонки порожнини рота є комплексне, багатоступінчасте обстеження. У загальній онкологічній практиці і в хірургічній стоматології зокрема широко використовуються методи, засновані на отриманні зображення, такі як рентгеноскопія, рентгенівська комп'ютерна томографія, а також оптична когерентна томографія (ОКТ).

Метою і завданням ОКТ традиційно є пошук дисплазії і малігнізації епітелію слизової оболонки порожнини рота на тлі лейкоплакії. В усіх випадках діагностика будується на втраті зображенням стратифікації і контрасту між дисплазованим багат шаровим епітелієм і сполучною тканиною. Прижиттєве ОКТ демонструє відмінну здатність виявляти і діагностувати передрак і початковий рак слизової оболонки порожнини рота. Наші дослідження по застосуванню ОКТ для вирішення цього важливого клінічного завдання показали, що якщо при плоскій лейкоплакії стратифікація зображення ще зберігається, то веррукозна лейкоплакія без малігнізації демонструє мало контрастне зображення з високим рівнем сигналу від шару кератину, який не дозволяє спостерігати шари, що знаходяться нижче. Подібне не контрастне зображення демонструє і *cancerin situ*.

Для прогнозування ступеня тяжкості передракових захворювань порожнини рота в процесі променевої або хіміопроменевої терапії необхідно порівняти зняті в одній і тій же точці ОКТ-зображення слизової оболонки до початку лікування і в день появи перших клінічних ознак променевої реакції. Динаміку лікування прогнозують по зникненню на ОКТ-зображенні межі між епітелієм та сполучною тканиною. Ця інформація може виявитися у край важливою при виборі патогенетично обґрунтованої профілактики і терапії лейкоплакії.

Таким чином, застосування в діагностиці онкологічних захворювань оптичної когерентної томографії дає можливість отримати об'єктивну інформацію про властивості біотканин, розширює клінічні можливості ранньої діагностики передракових захворювань м'яких тканин щелепно-лицьової області, а також забезпечує ефективне спостереження за динамікою перебігу хвороби.

**Анисимова Л.В. к. мед.н., Светличная О. Н. к. мед. н.**

**КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛА  
BIODENTINE™ ПРИ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ  
ЗУБОВ**

*Государственное учреждение «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины»  
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса*

**Актуальность.** Глубокий кариес временных зубов является одним из самых распространенных диагнозов в детской стоматологической практике. Твердые ткани молочных зубов имеют определенные анатомо-физиологические особенности, которые способствуют быстрому распространению инфекционного процесса и развитию осложнений. При лечении глубокого кариеса первоочередной задачей становится сохранение витальности пульпы временного зуба с минимальным инвазивным вмешательством. Залогом успеха в этой ситуации становится выбор наиболее оптимального материала в качестве лечебной прокладки. Biodentine™ – новый материал на основе силиката кальция и по характеристикам сходный с некоторыми производными портландцемента. С биологической точки зрения он обладает хорошей совместимостью с тканями зуба, способен вызывать отложение репаративного дентина, стимулируя активность одонтобластов и дифференцировку клеток, а также может служить искусственным заменителем дентина.

**Цель работы.** Оценка клинической эффективности и целесообразности использования материала Biodentine™(Septodont), опыт применения которого недостаточен при лечении глубокого кариеса (субклинического пульпита) временных зубов малоинвазивными методом непрямого покрытия пульпы.

**Материалы и методы исследования.** Клинические исследования проводились на базе отделения эпидемиологии и профилактики основных стоматологических заболеваний детской стоматологии и ортодонтии ГУ «ИС НАМН» и кафедры общей стоматологии факультета усовершенствования ОНМедУ. Основой для клинического анализа послужили данные, полученные при обследовании и лечении 48 соматически здоровых детей 4 – 5 летнего возраста с компенсированной формой кариеса, удовлетворительной гигиеной полости рта и клинически установленным диагнозом: острый глубокий кариес временных моляров. Препарирование кариозной полости проводилось с большой осторожностью (в большинстве случаев без использования местной анестезии). С помощью шаровидного бора или эмалевого ножа убирали подрывную эмаль, чтобы широко открыть кариозную полость. Размягченный дентин удаляли экскаватором, сначала со стенок кариозной полости, контролируя степень плотности зондированием. На дне кариозной полости сохраняли небольшое количество светлого размягченного дентина и рассматривали поврежденный дентин как раневую поверхность пульпы зуба. Во время инструментальной обработки кариозную полость как можно чаще орошали теплым (t-37С) стерильным физиологическим раствором. После изоляции, полость зуба высушивали стерильным ватным тампоном без давления и заполняли Биодентином (Biodentine™(Septodont)). Второе посещение назначали через 3 недели. При отсутствии жалоб и патологических изменений, заканчивали лечение, удаляя только поверхностный слой

Биодентина (до эмалево-дентинной границы) и восстанавливали компомером. Контрольные осмотры проводились каждые три месяца в течение года.

**Результаты.** Исследования показали хороший терапевтический эффект. При использовании Биодентина полость зуба, согласно рекомендации фирмы производителя, повторно не раскрывалась. Состояние дна кариозной полости оценивалось рентгенологически. Через месяц на рентгенограммах отмечалось уплотнение дна полости в большинстве случаев. Клинически и рентгенологически было установлено, что кариозный процесс купирован в 28 случаях из 32 зубов, количество пломб с нарушенным краевым прилеганием регистрировалось в 3 случаях из 32 пролеченных зубов. Таким образом, эффективность лечения составила 87 %.

**Выводы.** Обобщая результаты проведенных клинических наблюдений можно сделать вывод: применение материала Biodentine в зубах временного прикуса является наиболее эффективным и перспективным при лечении глубокого кариеса.

**Бабенко А.Д.**

## **ПОЄДНАНИЙ ЕФЕКТ ОРТОДОНТИЧНОЇ МІКРОХІРУРГІЇ ТА ОРТОДОНТИЧНОЇ ЕКСТРУЗІЇ ЗУБІВ ДЛЯ АУГМЕНТАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБЕНЯ**

*Кафедра дитячої стоматології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (зав.– проф. Мельничук Г.М.), Україна*

Для створення натурального косметичного результату під час протезування на імплантатах необхідний достатній об'єм м'яких тканин під час встановлення імплантів. Нажаль, первинно ідеальний об'єм кістки та м'яких тканин зустрічається дуже рідко. Дефекти альвеолярного гребеня формуються внаслідок травми, пародонтиту, хірургічних втручань або уроджених аномалій. Атрофія альвеолярного гребеня починається з вестибулярної поверхні, тоді спочатку зменшується його ширина, а потім висота. У зв'язку з цим нарощування м'яких тканин кістки перед реабілітацією пацієнта за допомогою дентальних імплантів є важливою складовою частиною лікування.

Існують різноманітні способи відновлення атрофованого альвеолярного гребеня, до яких відносяться трансплантація кісткових блоків, направлена регенерація кістки, дистракція альвеолярного гребеня, розщеплення альвеолярного гребеня. За допомогою кісткового блоку та направленої кістки можна збільшити ширину гребеня, в якійсь степені, його висоту. За допомогою розщеплення гребеня збільшується лише його ширина. Таким



чином, найскладнішим завданням є збільшення вертикальних розмірів гребеня.

В доступних літературних джерелах ортодонтичне переміщення не вважається альтернативним методом лікування, а лише згадується під час опису дистракційного остеогенезу. Очевидно, що ортодонтичне нарощування альвеолярного гребеня мало знайоме стоматологам інших спеціальностей. Даний факт є дивовижним, якщо врахувати ефективність та унікальність цього методу для ортодонтичного лікування. Застосування ультразвукової кортикотомії за допомогою п'єзохірургічної установки перед ортодонтичною екструзією зубів в значній мірі прискорює процес лікування та виключає ті ускладнення, які досить часто виникають при застосуванні інших методів реконструкції альвеолярного гребеня. Окрім того, втручання само по собі є малоінвазивним, достатньо легко переноситься пацієнтом. В результаті поєднання двох методів вдається отримати вертикальний приріст кістки 5-10 мм за період 3 – 4 місяці.

**В.И.Бондаренко**

## **ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕНТАЛЬНОЙ И ДЕНТОФАЦИАЛЬНОЙ ЭСТЕТИКИ ОТ МЕТОДИК ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ЭТАПОВ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА.**

*г. Днепропетровськ (Украина)*

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», кафедра ортопедической стоматологии.*

Восстановление эстетических норм является неотъемлемым требованием в работе врача стоматолога-ортопеда. Неточное выполнение некоторых промежуточных этапов работы влечет за собой нарушение эстетики готового зубного протеза, вызывая явное искажение эстетики лица больного.

В связи с этим, нами была сформулирована **цель** исследования: определить зависимость эстетических показателей зубного протеза и качество восстановления дентофациальной эстетики (ДФЭ) от точности выполнения клинических и лабораторных этапов изготовления зубного протеза.

Для реализации цели были поставлены следующие **задачи**:

1. оценить эстетические показатели съемных и несъемных зубных протезов на финишных этапах изготовления;
2. выявить этапы, вызывающие данные нарушения;
3. разработать рекомендации по выполнению выявленных этапов;
4. провести хронометраж рабочего времени, затраченного на устранение эстетических нарушений.

**Материалы и методы исследований:** съемные и несъемные зубные протезы, гипсовые модели, фотографии больных, дентофациальный параллелометр собственной конструкции.

На базе КЗ ГСП №1 ДОР был проведен осмотр 27 ортопедических стоматологических больных, которым изготавливали несъемные (11 больных, 40,7%) и съемные (16 больных, 59,3%) протезы фронтального отдела зубного ряда верхней челюсти. По возрасту и полу больных не дифференцировали.

С помощью дентофациального параллелометра определяли соответствие вертикальной средней линии лица и средней линии зубного протеза верхней челюсти. Вторым этапом исследования было определение параллельности режущих краев одноименных зубов (центральных резцов, боковых резцов и т.д.) и зрачковой линии больного в горизонтальной плоскости. При отсутствии параллельности определяли угол отклонения от вертикали (в первой части обследования) и горизонтали (во второй части обследования). Проводили анализ гипсовых моделей и хронометраж рабочего времени зубного техника по исправлению обнаруженных эстетических недостатков.

**Результаты:** из 11 несъемных зубных протезов фронтального отдела верхней челюсти смещение вертикальной средней линии в сторону от средней линии лица отмечено у 2 больных (18,2%) – у одного больного вправо, и у одного больного влево. Наклон средней линии по отношению к вертикали (без смещения от середины) отмечен также у двух больных. У них же отмечено несоответствие линии режущего края зубов и зрачковой линии на 8-11°. Из 16 частичных (не менее 12 искусственных зубов) и полных съемных протезов верхней челюсти у 3 больных (18,8%) отмечено смещение средней линии зубного ряда вправо от средней линии лица, ее наклон по отношению к вертикали на 8-10°, а также соответственный перекося горизонтальной резцовой линии.

Анализ гипсовых моделей показал, что во всех трех случаях имелся перекося цоколя нижней модели и смещение средней линии на восковых валиках. Так как нанесение средней линии – клинический этап работы, можно проследить взаимосвязь между нанесением средней линии и местоположением врача у кресла с больным. Если врач находится справа от больного, а голова больного не развернута к врачу анфас, смещение средней линии вправо, по данным литературы, отмечается до 25% случаев (в наших исследованиях – 18,8%).

Перекося цоколя модели – погрешность в выполнении лабораторного этапа. Зубной техник, изготавливая модель, обязан очень тщательно выверить параллельность окклюзионных поверхностей оттисковой ложки к горизонтальной плоскости. Устранение указанных эстетических дефектов в каждом случае заняло от 15 до 35 минут рабочего времени врача и от 40 до 75 минут рабочего времени зубного техника, что составляет 15-24% рабочего времени за одну смену.

#### **Выводы:**

1. эстетические показатели съемных и несъемных зубных протезов в 18,8% случаев являются неудовлетворительными и требуют коррекции.
2. Этот фактор напрямую зависит от качества выполнения клинического (разметка прикусного валика) и лабораторного (изготовление гипсовой модели) этапов работы.

3. Корректировка положения головы больного и местоположение врача во время разметки прикусных валиков позволяет избежать смещений зубного ряда верхней челюсти в съёмном протезе по сагиттальной плоскости. Изготовление гипсовой модели нижней челюсти с соблюдением параллельности окклюзионных поверхностей ложки и горизонтальной плоскости позволяют избежать смещения режущего края верхних зубов и окклюзионной кривой по горизонтальной плоскости.
4. Выполнение указанных требований позволяет избежать потерь рабочего времени зубного техника и врача-стоматолога в объеме 15-24% одного рабочего дня.

**Варакута О.А., Куц О.Г., Чертов С.О.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ $CONA^+$ , $SBA^+$ - $B_1$ -ЛІМФОЦИТІВ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТУ В НОРМІ І ПРИ НАЯВНОСТІ ПЛОМБУВАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ**

*Запорізький державний медичний університет, кафедра хірургічної та пропедевтичної стоматології, м. Запоріжжя, Україна*

**Актуальність.** В останні десятиріччя в усьому світі відмічено зростання захворюваності населення не тільки специфічними IgE-залежними алергічними захворюваннями але і псевдоалергіями. Дана проблема в Україні не вивчалася. Відмічено, що зростає частота розвитку алергонесприятливості до різних стоматологічних матеріалів, яка розвивається за рахунок специфічних Т-лімфоцит-залежних реакцій, переважно несправжньо алергічними. Слабку імунну чутливість відносять до «сірої зони». Але люба латентна алергічна реакція може перейти в її клінічний патологічний перебіг [1]. Відомо, що при алергіях та псевдоалергіях відбувається відміна оральної толерантності в наслідок хронічної ендогеної інфекції, в тому числі і пародонту, активуються регуляторні Т-лімфоцити і слабкоспецифічна гуморальна ланка –  $B_1$ -лімфоцити – виробників нормальних антитіл.

Подібні зсуви у лімфоїдному компоненті тканин пародонту компенсуються гомеостатичними механізмами організму і людина десятиріччями може залишатися клінічно здоровою. Але при лабораторному дослідженні поява змін у клінічно здорових людей діагностується як латентна алергія чи безсимптомне носійство [2].

Тому, виникла необхідність дослідити зміни у неспецифічній гуморальній ланці тканин пародонту в експерименті в нормі та при наявності пломбувального матеріалу.

**Мета роботи.** Дослідити розподіл і кількість  $B_1$ -лімфоцитів в тканинах пародонту в нормі та при наявності пломбувального матеріалу.

**Матеріал та методи дослідження.** Роботу виконано на 45 білих щурах-самцях лінії Vistar масою 180-200 г. статевозрілого віку. Тварини знаходилися у

стандартних умовах утримування із вільним доступом до їжі та питної води. Тварини були поділені на дві групи – інтактна група і експериментальна. Відпрацювання методики постановки пломби на тваринах проводили згідно положень «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для експериментальних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1985). Щурів вибрано як експериментальну модель внаслідок подібності будови тканин пародонту тварин до тканин пародонту людини.

Щурів вводили у ефірний наркоз, під яким вони знаходилися не більше 10 хв. Тварин фіксували в положенні вентральною поверхнею долі з поворотом голови у право, так як пломбу ставили на правий різець для зручності роботи експериментатора. Дану методику постановки пломби тваринам описано у попередній роботі [3].

Забрану тканину пародонту фіксували у розчині формаліну, проводили декальцинацію, зневоднювали. Отримували гістологічні препарати. Для вивчення неспецифічної гуморальної ланки імунітету тканин пародонту ставили лектингістохімічну реакцію, використовуюючи подвійну кон'югацію лектину сої і лектину конконоваліну А з пероксидазою хрону, тобто подвійну мітку. Рецептори до першого лектину – конконоваліну А, на  $V_1$ -лімфоцитах виявляються за допомогою бензидинвої мітки, а рецептори до другого рецептору, рецептору сої – візуалізуються  $\alpha$ -нафтолом, з'єднаним з метиленовим зеленим. Зрізи занурювали у гліцерин-желатин, за що було отримано патент на корисну модель [4].

**Результати.** У тварин інтактної групи В-лімфоцити, що мають рецептори до лектину конконоваліну А і сої мають діаметр 11-12 мкм. На поверхні цитоплазматичної мембрани виявляється нашарування часточок бензидину коричневого кольору і часточок зеленого кольору - тобто такі В-лімфоцити ідентифікуються саме як  $V_1$ -лімфоцити.  $V_1$ -лімфоцити, що продукують основний клас антитіл імунної системи слизових – IgA-антитела, які є імуноглобуліновими рецепторами даних  $V_1$ -лімфоцитів. Лектин сої приєднується до проліл-тріонінових і проліл-серінових амінокислотних послідовностей важких ланцюгів згаданих імуноглобулінових рецепторів цих лімфоцитів. Одночасно,  $V_1$ -лімфоцити мають не тільки імуноглобулінові рецептори, що виявляються лектином сої, а і антигенрозпізнаючи рецептори, що виявляються лектином конконоваліну А, тому що  $V_1$ -лімфоцитам притаманна антигенпрезентуюча функція.  $ConA^+$ ,  $SBA^+$ - $V_1$ -лімфоцити розташовуються, переважно, у власній пластинці під епітелієм прикріплення, ближче до базальної мембрани і ближче до епітелію прикріплення. При наявності пломбувального матеріалу кількість,  $ConA^+$ ,  $SBA^+$ - $V_1$  лімфоцитів, візуально, зростає.

**Василенко Р.Э., Миончинский Д.А.**

**ЗАВИСИМОСТЬ ПРОЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК  
АРМИРОВАННЫХ И НЕАРМИРОВАННЫХ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ  
ПРОТЕЗОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СВОДА НЕБА**

*Государственное Учреждение «Днепропетровская медицинская академия  
Министерства Охраны Здоровья Украины», кафедра ортопедической  
стоматологии. Пр. К. Маркса, 24, Днепропетровск*

**Введение.** Полная вторичная адентия является одной из наиболее часто встречающихся стоматологических проблем у больных пожилого и старческого возраста. В развитых странах отмечается заметное увеличение продолжительности жизни людей, соответственно возрастает и число лиц с полной потерей зубов. В частности, в США количество больных с полной вторичной адентией (ПВА) достигает 50%, в Швеции – 60%, в Дании и Великобритании – 70-75% [1]. По данным В.Н. Трезубова и соавт. (2003 г.) указанное патологическое состояние встречается у 25-40% пациентов старше 55 лет, причем, у значительного числа обследуемых (от 26% до 55%) полное отсутствие зубов осложняется выраженной атрофией альвеолярного отростка челюсти, что существенно ухудшает фиксацию полных съемных протезов [2]. В клинической и социальной реабилитации больных пожилого и старческого возраста с ПВА ведущую роль играет протезирование съемными пластиночными протезами. Чаще всего для замещения дефектов зубных рядов при ПВА используют полные съемные пластиночные протезы (ПСПП), изготовленными из акриловых пластмасс. Однако наряду с многими положительными свойствами, у акриловых пластмасс есть и ряд недостатков, в числе которых недостаточная механическая прочность [3]. Подавляющее большинство армирующих элементов, описанных в литературе, были разработаны практическими врачами без проведения расчетов прочностных исследований базисов ПСПП при окклюзионной нагрузке и без учета формы твердого неба [4, 5]. Армирующие конструкции выполняют в виде каркаса бюгельного протеза либо используют промышленно выпускаемые стандартные сетчатые металлические арматуры, практически не добавляющие прочности базису ПСПП.

**Цель исследования** - проверка расчетов по моделированию универсального армирующего элемента, проведенных на компьютерной 3-D модели, в эксперименте.

**Материалы и методы.** В качестве исходного образца для упрочнения базиса ПСПП ВЧ был использован армирующий элемент универсальной формы, полученный в результате компьютерного 3-D моделирования процессов разрушения протеза при знакопеременных жевательных нагрузках (декларационный патент UA 8445 от 25.10.2013) Форма элемента была рассчитана для различной глубины неба (по классификации Шредера).

Для реализации поставленной цели исследования нами были изготовлены три группы фантомных образцов ПСПП ВЧ согласно форме рельефа твердого неба (мелкое, среднее, глубокое) по классификации Шредера (соответственно I, II и III класс). В каждой группе было выполнено по 30 протезов. Группы были разделены на две равные подгруппы (армированные и неармированные образцы) по 15 протезов в каждой. Неразрушаемыми зубами-антагонистами

нижней челюсти служила модель, отлитая из легкоплавкого сплава (мелота). Данный сплав в силу своих высоких пластичных свойств препятствовал разрушению модели зубов-антагонистов и позволял создать максимально плотный фиссурно-бугровый контакт с испытуемыми образцами. Для моделирования максимально приближенных к условиям полости рта рельефа и податливости слизистой оболочки протезного ложа использовались модели верхней челюсти из мелота, покрытые мягкой пластмассой для перебазируются съемных протезов «VillakrilSoft» («Zermark», Италия). Методика нанесения пластмассы на опытную модель для имитации свойств слизистой оболочки запатентована авторами, получена приоритетная справка. На фантомную модель верхней челюсти, соответствующую одному из трех типов по Шредеру, надевали испытуемый протез с арматурой или без нее, после чего модель сопоставляли в окклюзионный контакт с неразрушаемой моделью нижней челюсти из мелота и устанавливали в испытательную машину FU-10 000 eZ № 13/78 (Германия) и проводили прямые измерения разрушающих усилий образцов протезов с точным дозированием нагрузки (до 0,01 кг). Исследования проводили на базе Днепропетровского регионального государственного научно-технического Центра стандартизации, метрологии и сертификации под руководством инженера-метролога.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Данные о максимальных нагрузках разрушения испытуемых образцов ПСПП ВЧ с предложенным армирующим элементом для мелкого, среднего и глубокого типов неба сопоставляли с неармированными образцами аналогичной формы.

Перед разрушением было произведено взвешивание испытуемых образцов на электронных весах с точностью до 0,01 г. Форма неба не играла роли в весовых показателях армированных и неармированных конструкций: армированные протезы с плоским небом в среднем весили 24,7 г, протезы со средне выраженным небом – 26,5 г, а протезы с глубоким небом – 28,5 г. Неармированные конструкции имели средний вес соответственно 18,5 г, 18,6 г и 18,5 г. Из полученных данных можно сделать вывод, что средний вес универсального армирующего элемента составил 8,1 г, что составляет 30,5% от общего веса армированного протеза. Необходимо отметить, что такой вес армирующего элемента не может оказывать негативное влияние на фиксацию протеза на протезном ложе, так как сила функциональной присасываемости и адгезии ПСПП ВЧ по данным литературы составляет 6,0 кг/с [6]. После взвешивания на испытуемые образцы подавалась дозированная нагрузка до появления видимых разрушений базиса протеза. Следует отметить, что неармированные образцы сразу разрушались по характерным линиям разлома, описанным в литературе [7]. У части армированных образцов разрушение происходило при более низких значениях прилагаемых сил в участках протезов, прилегающих к клапанной зоне и не имеющих там усиливающего элемента. По видимому это связано с не совсем равномерным погружением ПСПП в мягкий материал, имитирующий слизистую оболочку. При этом в армированных образцах сначала появлялись трещины и лишь при

значительном увеличении нагрузки образец разрушался. Анализ данных показал, что армированные протезы с плоским небом прочнее аналогичных неармированных образцов в 3,5 раза. При средне выраженном небе это значение составляет 3,0 раза, а при глубоком небе – 2,8 раза. С учетом того, что прочностные значения армированных протезов возрастают с выраженностью свода неба (при среднем небе больше, чем при плоском в 1,2 раза, при глубоком – больше чем при среднем также в 1,2 раза, и больше, чем при плоском в 1,4 раза). В то же время в группе неармированных протезов образцы со средним небом прочнее образцов с плоским небом в 1,4 раза, протезы с глубоким небом прочнее средних в 1,2 раза и мелких – в 1,7 раза. Можно предположить, что в группе неармированных образцов резко выраженная арочная форма протеза повышает его прочностные свойства на 17% по сравнению с плоской формой неба.

Однако даже такое повышение прочностных свойств за счет особенностей рельефа протезного ложа не может сравниться с повышением прочности базиса при использовании универсального армирующего элемента на 180-250%.

Помимо повышения механических прочностных свойств и устранения таких осложнений, как перелом базиса вследствие окклюзионных нагрузок, необходимо еще учитывать подвижность краев протеза при знакопеременных нагрузках на базис во время функции жевания. Эта особенность проявления напряженно-деформированных состояний базиса ПСПП ВЧ может оказывать негативное влияние на фиксацию протеза в клапанной зоне и образование дубликатур слизистой оболочки протезного ложа.

**Заключение.** Анализ данных проведенного эксперимента показал, что разработанная новая форма армирующего элемента несущественно влияет на вес ПСПП ВЧ и степень его фиксации на протезном ложе. В то же время, разработанная авторами конструкция универсального армирующего элемента значительно снижает интенсивность напряжений в области гребня альвеолярной дуги, давая возможность базису протеза противостоять гораздо большему жевательному давлению. Полученные в эксперименте результаты подтверждают прогнозы трехмерного компьютерного моделирования для изучения напряженно-деформированных состояний ПСПП ВЧ. Предлагаемая армирующая конструкция позволяет продлить срок службы полного съемного протеза верхней челюсти, устранить нежелательные осложнения и повысить экономический эффект лечения стоматологических больных с полной вторичной адентией.

**Вихров В.А.**

## **СОСТОЯНИЕ ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», кафедра ортопедической стоматологии. Украина*

**Актуальность:** Частичная вторичная адентия является одной из наиболее актуальных проблем ортопедической стоматологии. В возрастной группе лиц старше 50 лет в ортопедическом лечении частичной вторичной адентии нуждается 40,2%. Среди лиц более молодого возраста только частичными съемными и комбинированными протезами пользуются 15-20%, а с учетом несъемного протезирования частичная вторичная адентия охватывает гораздо более широкие слои населения.

**Цель работы:** изучить состояние пародонта опорных зубов мостовидных протезов у лиц разного возраста в зависимости от состояния пародонта.

**Материалы и методы:** На кафедре ортопедической стоматологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины» было обследовано 280 пациентов с дефектами зубных рядов различной локализации. Больные были разделены на две группы: без клинических признаков генерализованного пародонтита (ГП) и с ГП средней и тяжелой степени. В группе без выраженных клинических признаков пародонтита (без КПП) было 69 мужчин (42,3%) и 94 женщины (57,7%), в группе больных генерализованным пародонтитом (ГП) – 50 мужчин (42,7%) и 67 женщин (57,3%). Для планирования и прогнозирования результатов ортопедического лечения были созданы плоские конечно-элементные компьютерные модели (ПКЭКМ) сегмента зубного ряда, имитирующие включенные дефекты различной протяженности и атрофию костной ткани альвеолярного отростка различной степени. На основании полученных результатов исследования напряженно-деформированных состояний пародонта опорных зубов при нагружении тела мостовидного протеза, были предложены авторские методики препаровки опорных зубов с наддесневым уступом и финишным контурированием при восстановлении целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами. Всем больным в ходе комплексного лечения были выполнены замещающие ортопедические конструкции с учетом возраста и состояния пародонта в соответствии с разработанными показаниями. При этом часть конструкций была выполнена по традиционным технологиям (группа сравнения – ГС), остальные – по технологиям, предложенным автором (основная группа – ГО).

**Результаты исследования:** У больных 20-44 лет в зависимости от примененной технологии протезирования происходили следующие изменения: в подгруппах лиц без КПП (ГС и ГО) показатель непосредственно после лечения снизился на 6,5 % ( $p < 0,05$ ) и на 9,8 % ( $p < 0,01$ ) соответственно, и восстановился до исходного уровня в отдаленные сроки наблюдения ( $p > 0,05$ ). У больных без КПП средняя амплитуда подвижности зубов при использовании авторской технологии была достоверно ниже ( $p < 0,05$ ). При наличии хронического ГП подвижность зубов в ближайший период существенно ( $p < 0,001$ ) уменьшилась в обеих подгруппах: на 43,0 % в подгруппе сравнения и на 48,3 % в основной подгруппе, а к следующему сроку наблюдения она выросла, но осталась достоверно меньше первоначальных значений – на 29,6 %



и на 36,4 % ( $p < 0,001$ ) соответственно. На фоне сравнимых исходных показателей, результативность лечения в основной подгруппе пациентов была выше ( $p < 0,05$ ).

В обеих подгруппах больных 45-59 лет с ГП под влиянием комплексного лечения подвижность зубов уменьшилась на 48,0 % в подгруппе сравнения и на 57,0 % в основной подгруппе ( $p < 0,001$ ), а через 18 месяцев увеличилась, не достигая исходного уровня на 39,5 % и на 47,2 % ( $p < 0,001$ ) соответственно.

У больных старшего возраста без КПП в обеих подгруппах динамика показателей была менее выраженной (показатели снизились после лечения на 7,4 % и 13,7 %;  $p < 0,05$ ) и не имела достоверных различий между различными видами технологий протезирования ( $p > 0,30$  во все сроки наблюдения) (табл. 5). В то же время результативность лечения была выше в основной подгруппе больных ГП ( $p < 0,01$  между подгруппами в ближайшие и  $p < 0,05$  в отдаленные сроки после лечения).

**Выводы:** Результаты проведенного исследования показали повышенную эффективность предлагаемой автором методики препаровки твердых тканей опорных зубов и распределения нагрузки на них при ортопедическом лечении частичной вторичной адентии у больных различных возрастных групп несъемными мостовидными протезами.

## **ОБІЗНАНІСТЬ ВИПУСКНИКІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО НЕБЕЗБЕКИ ОРАЛЬНОГО ПІРСИНГУ**

**Волошин М.М., Стрельченя О.В.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

За даними численних іноземних наукових публікацій, оральний пірсинг завдає шкоди не тільки тканинам порожнини рота, але й виступає фактором ризику для загального здоров'я. В зв'язку з тим, що в Україні популярність такого різновиду пірсингу зростає, а процедура проколювання залишається неконтрольованою і нерегульованою, у найближчі роки можна очікувати збільшення випадків ускладнень орального пірсингу.

Стоматолог виступає мало не першим медичним працівником, який зустрічається з володарем пірсингу. Надання кваліфікованої допомоги неможливе без володіння певними знаннями щодо проблеми орального пірсингу, яка в силу відносно нової практики в Україні мало висвітлена у вітчизняній літературі.

**Метою даного дослідження** було вивчення обізнаності студентів-випускників стоматологічного факультету в проблемі орального пірсингу.

### **Матеріали та методи дослідження**

Нами було проведено опитування двох груп респондентів. У І групу увійшли 89 студентів-випускників стоматологічного факультету, які в дослідженні виступали в якості обізнаної в фахових питаннях молоді. II групу

складали 111 студентів I курсу медичного факультету, які не мали фахових знань.

Опитування було анонімним і покликане вивчити думку студентів щодо загального відношення до орального пірсингу, усвідомлення ризику орального пірсингу для загального та місцевого здоров'я, бажання та мотиваційних причин мати оральний пірсинг.

### **Результати дослідження**

Загальне негативне відношення до орального пірсингу висловило тільки 40,4% стоматологів. Наступні 44,9% стоматологів не могли визначитися зі своїм ставленням до цілеспрямованого порушення нормальної анатомії порожнини рота, відмічаючи відповідь «не знаю», а 13,5% стоматологів взагалі мали позитивне ставлення до орального пірсингу.

При усвідомлюванні впливу орального пірсингу на загальне здоров'я студенти обох груп демонстрували схожість думок. Половина з них вважали оральний пірсинг шкідливим для загального здоров'я (49,4% стоматологів та 49,5% медиків), тоді як безпечним його визначили 19,1% та 20,7% студентів відповідно. Стоматологів, які не могли визначитися щодо впливу пірсингу на загальне здоров'я, було в два рази більше, ніж медиків.

Ймовірно, що базові фахові знання допомогли стоматологам визначитися з локальною небезпекою пірсингу. Більшість з них (85,4%) усвідомлювали його місцевий ризик. Проте, 12,4% стоматологів дали відповідь «Не знаю», а 1,1% випускників взагалі вважали оральний пірсинг безпечним. Для порівняння представники II групи також достатньо часто (у 70,3%) висказували побоювання щодо локальної небезпеки орального пірсингу.

З аналізу відповідей на запитання анонімного опитування «Ви маєте оральний пірсинг?» та «Ви хотіли б собі зробити оральний пірсинг?» встановлено, що 3,4% студентів I групи та 1,8% студентів II групи вже були володарями пірсингу, а 7,9% і 5,4% відповідно бажали його зробити.

Незважаючи на те, що більшість респондентів визначили явище «пірсинг» як привернення до себе уваги, в середньому 90,5% студентів I та II груп, на щастя, не бажали зробити оральний пірсинг, що наштовхує на думку, що така форма привернення уваги в системі особистісних цінностей та пріоритетів не є визначальною для наших респондентів.

### **Висновки**

Студенти-стоматологи недостатньо обізнані щодо небезпеки орального пірсингу. Майже половина випускників не має доказових аргументів негативного ставлення до орального пірсингу, п'ята частина стоматологів не усвідомлюють загальний ризик пірсингу, а 1,1% стоматологів вважають його локально нешкідливим, що потребує проведення додаткової інформаційної роботи.

**«ФТОРПРОФИЛАКТИКА. «ДА» ИЛИ «НЕТ»**

**Влад М.И., Кравец М.В.**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кафедра детской стоматологии

*Актуальность:* фтор и его соединения широко применяются не только в химической и технической индустрии, но и в медицине. В частности в стоматологии в качестве основного компонента при профилактике кариеса зубов. Мнения специалистов о преимуществах и недостатках применения фтора остаются неоднозначными.

*Цель работы:* ознакомление с положительными и отрицательными свойствами фтора. Предложение альтернативных методов профилактики кариеса зубов, без применения препаратов фтора.

#### *История применения фтора.*

В 1901 году в штате Колорадо, городе Спрингс - первые сведения о влиянии фтора содержащегося в питьевой воде на эмаль.

Первые заявления о полезных качествах фторидов для здоровья зубов - Доктор Джеральд Кокс из Института в г.Питсбург.

1931 и 1942гг. - фундаментальные исследования по определению роли фторсодержащих веществ для предупреждения кариеса.

1957г. Рассмотрение внедрения программы фторизации воды разработанной Гарольдом Ходжем

1962г. разработка рекомендуемого оптимального диапазона концентрации фторида в воде (0,7-1,2мг/л).

Постоянные исследователи эффективности фторирования питьевой воды в СССР - А. И. Рыбаков, Г. Д. Овруцкий .

Фторирование питьевой воды стало проводиться под контролем органов государственного санитарного надзора.

#### *Поступление фтора в организм*

В основном фтор поступает в организм с водой и пищей. Он содержится в природной воде, а следовательно накапливается в тканях растений и животных.

#### *Положительное действие фтора.*

Три звена механизма противокариозного действия фтора:

1-Оптимальное поступление фтора во время образования органической матрицы, способствует процессу минерализации

2-После окончания деятельности энамелобластов в преруптивной стадии.

3-Поддержание барьерных свойств после прорезывания зуба

#### *Отрицательное действие фтора.*

- Накопление фтора в организме ведет к угнетению фосфатазы. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что увеличение концентрации фтора в воде от 0 до 1.0 мг/л приводит к увеличению частоты переломов кости бедра примерно на 40%.

- Нарушение формирования коллагена: фтор разрушает аминокислоты входящие в состав белка коллагена - гидроксипролин и гидроксизин. Результатом чего является минерализация тканей, которые не должны быть минерализованы, что приводит к кальцификации связок, хрящей и сухожилий. -

Канцерогенное действие: японские учёные показали, что фтор не только может

вызывать генетические повреждения, но также, способен трансформировать нормальные клетки в раковые. Эти исследователи обнаружили, что клетки, обработанные водой с концентрацией 34 и 45 мг/л фтора произвели раковые клетки (фибросаркома) при введении под кожу здоровым взрослым хомякам.

- Влияние на ДНК: 1.0 мг/л фтора препятствует работе энзимного механизма ДНК по восстановлению повреждённых участков. Защита этого механизма уменьшается на 50%.

- Влияние на иммунную систему: фтор может увеличить уровни циклического аденозина монофосфата (АМФ), который тормозит скорость миграции лимфоцитов, а также способность белых кровяных телец, уничтожать инородные тела, такие как бактерии, вирусы и т.д.

- **влияние фтора на центральную нервную систему:** доктор наук Филлис Малленикс, бывшая глава токсикологии в стоматологическом центре Форсайт в Бостоне, а ныне критик фторирования, и её сотрудники провели исследования на животных в начале 90х годов. Результаты показали, что фтор является мощным нейротоксином и может отрицательно влиять на человеческий мозг и на центральную нервную систему даже при низких дозах.

- Влияние фтора на шишковидную железу: врач Дженифер Люк из Университета Surgey в Англии доказала, что шишковидная железа первая попадает под удар фтора. Также, согласно исследованию, избыточное количество этого элемента на уровне шишковидной железы приводит к серьезным дисфункциям, провоцируя раннее половое созревание и уменьшая способность организма бороться со свободными радикалами.

- Влияние фтора на щитовидную железу: «Правило замещения галогенов»- фтор заменяет йод в усвояемых соединениях, тем самым вызывая его дефицит.

- Избыток фтора вызывает развитие флюороза.

- Влияние высоких концентраций фтора на формирование эмали зубов: нарушение секреторной фазы амелобластов, нарушение начального этапа кальцификации, нарушение фазы созревания в цикле амелобластов, нарушение образования и роста кристаллов на всех этапах формирования эмали,

- Влияние высоких концентраций фтора на течение кариеса: в результате широкого местного применения реминерализующих зубных препаратов на основе фторидов, фосфатов и активных соединений кальция изменилось клиническое течение кариозных поражений зубов.

- Толерантность к фтору: индивидуально детерминированная способность организма метаболизировать фторид. Толерантность к фториду при кариесе и флюорозе может иметь противоположную направленность. При кариесе фторид удаляется из организма быстрее, а при флюорозе медленнее, что объясняется различным клиренсом фторида прежде всего почечным.

#### *Альтернатива фторированию.*

Рекомендуется употреблять не белый сахар, а фруктозу, часто и тщательно чистить зубы нитью и щеткой. Рациональными подходами к решению

проблемы может быть разработка безфтористых детских зубных паст, обладающих минерализующим (реминерализующим) потенциалом.

Применение пробиотиков *Lactobacillus Reuteri* ATCC 55730 Био Гая в форме пастилок для рассасывания способствует уменьшению количества *Streptococcus mutans* вдвое и повышению качества гигиены полости рта. Использование *Lactobacillus reuteri* уменьшает количество пародонтопатогенных микроорганизмов.

Применение препаратов кальция *Кальцемин (Sagmel)*, *Кальцевита (Roche)* *Кальцинова (KRKA)*, *Плюс кальций*, *Пищевая добавка Биокальцевит*.

Аппликации препаратов кальция: Препараты гидроксил апатита-5% суспензия, гель для полосканий-5%.

**Вывод:** профилактика (клинического) кариеса зубов теоретически может быть обеспечена контролем факторов, обуславливающих уровень кариесрезистентности и факторов, обуславливающих экологию и активность зубного налета (слюнных контактов, выбора пищевых продуктов и режима их потребления, гигиенического ухода за полостью рта). Однако успешная реализация такого контроля на практике в полном объеме невозможна. Например часть профилактики «здоровый образ жизни» доступен не всем, о чем свидетельствует мировая тенденция к росту «стоматологического неравенства». По этой причине для защиты населения от кариеса зубов на коммунальном уровне используют методы, эффекты которых могут быть получены при невысоком уровне ответственности населения за свое здоровье: автоматическая (или полуавтоматическая) профилактика при помощи фторирования необходимых компонентов рациона и/или добавления минералов в зубные пасты. Однако при этом следует также проводить тщательный мониторинг поступления фтора в организм из окружающей среды, а также учитывать состояние здоровья пациента. При выборе профилактических мероприятий предпочтительней выбирать безфторовые средства по уходу за полостью рта и не забывать об альтернативных подходах в профилактике кариеса.

**Возная И. В.,**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

*доцент кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии  
Запорожский государственный медицинский университет*

Полноценная диагностика заболевания, компетентный подбор методов лечения, обоснованное сочетание комплекса терапевтических, хирургических и ортопедических мероприятий определяет степень эффективности оказания лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта.

Критерием оценки эффективности является индексная оценка состояния тканей пародонта позволяющая оценить не только глубину и распространенность патологического процесса, но и контролировать динамику заболевания в течение длительного времени и эффективность проведенных методов лечения.

В течение двух лет нами проведено обследование и лечение 75 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет жителей Запорожья с воспалительными заболеваниями пародонта и дефектами зубных рядов. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от тяжести заболеваний пародонта, с первой степенью (22 человека), со второй (38 человек) и третьей (15 человек). Мужчин и женщин было поровну.

Всем пациентам на этапах ортопедического лечения применялись различные конструкции съемных и несъемных лечебных аппаратов: временные пластмассовые шинирующие каппы, лигатурное шинирование, шинирование с помощью системы «Риббонд», шинирующие имедиат-протезы, цельнолитые мостовидные протезы, шинирующие бюгельные протезы и их комбинации.

Клиническое исследование пародонта проводили до лечения, после лечения и через 12 месяцев после ортопедического лечения. Состояние гигиены полости рта, динамику образования налета и зубного камня определяли с помощью упрощенного индекса гигиены (ИГ). Степень воспаления десны определяли с помощью папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА). Степень деструктивных изменений в пародонте оценивали по пародонтальному индексу (ПИ). Оценить выраженность воспаления позволил индекс кровоточивости (ИК).

Результаты исследования показывают, что ИГ у пациентов с первой степенью пародонтита составил: до лечения –  $2,68 \pm 0,08$ ; после лечения –  $1,466 \pm 0,044$  и через 12 мес. после протезирования –  $1,66 \pm 0,035$ . Со второй степенью пародонтита: до лечения –  $2,74 \pm 0,08$ ; после лечения –  $1,37 \pm 0,04$  и через 12 мес. после протезирования –  $1,60 \pm 0,02$ . С третьей степенью пародонтита: до лечения –  $2,92 \pm 0,103$ ; после лечения –  $1,57 \pm 0,11$  и через 12 мес. после протезирования –  $1,70 \pm 0,05$ .

Значения индекса РМА у пациентов с первой степенью пародонтита составили: до лечения –  $61,15 \pm 3,23\%$ ; после лечения –  $24,67 \pm 2,24\%$  и через 12 мес. после протезирования –  $29,47 \pm 2,19\%$ . Со второй степенью пародонтита: до лечения –  $66,70 \pm 2,94\%$ ; после лечения –  $24,83 \pm 1,72\%$  и через 12 мес. после протезирования –  $28,63 \pm 1,21\%$ . С третьей степенью пародонтита: до лечения –  $82,067 \pm 2,37\%$ ; после лечения –  $41,74 \pm 2,89\%$  и через 12 мес. после протезирования –  $39,96 \pm 2,43\%$ .

Значение индекса ПИ у пациентов с первой степенью пародонтита составил: до лечения –  $3,125 \pm 0,17$ ; после лечения –  $2,57 \pm 0,11$  и через 12 мес. после протезирования –  $2,72 \pm 0,096$ . Со второй степенью пародонтита: до лечения –  $3,40 \pm 0,08$ ; после лечения –  $2,84 \pm 0,06$  и через 12 мес. после протезирования –  $2,94 \pm 0,06$ . С третьей степенью пародонтита: до лечения –

4,65±0,414; после лечения – 3,73±0,37 и через 12 мес. после протезирования – 3,67±0,23.

Индекс ИК у пациентов с первой степенью пародонтита составил: до лечения – 1,9±0,09; после лечения – 0,74±0,04 и через 12 мес. после протезирования – 1,12±0,04. Со второй степенью пародонтита: до лечения – 2,46±0,09; после лечения – 0,95±0,04 и через 12 мес. после протезирования – 1,39±0,05. С третьей степенью пародонтита: до лечения – 2,71±0,037; после лечения – 1,01±0,11 и через 12 мес. после протезирования – 1,54±0,09.

Таким образом, применение комплекса терапевтических, хирургических, ортопедических мероприятий позволило добиться стойкой ремиссии заболевания.

Статистически достоверными являются различия между значениями индексной оценки до и после лечения; до лечения и через 12 месяцев после протезирования ( $P < 0,05$ ).

Пол пациента на значения индексной оценки тканей пародонта до лечения после лечения, через 6 и 12 месяцев после протезирования существенного влияния не оказывает ( $P > 0,5$ ).

**Возный А.В., Зильбер Я.А.**

### **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПРОТЕЗ «ЗА» И «ПРОТИВ»**

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии

**Актуальность.** Несмотря на значительные достижения профилактической стоматологии распространенность среди населения стоматологических заболеваний приводящих к потере зубов неуклонно возрастает. Основной задачей врача стоматолога является функциональная реабилитация пациентов после операции удаления зубов.

Непосредственное протезирование позволяет врачу стоматологу сохранить у пациента эстетику, жевательную эффективность, избежать перегрузки оставшихся зубов, сформировать альвеолярный отросток под будущую ортопедическую конструкцию и самое важное сохранить пациента социально активным и избежать психологической травмы.

**Цель исследования.** Изучить мнение специалистов стоматологического профиля работающих в лечебных учреждениях различных форм собственности г. Запорожья об эффективности реабилитации пациентов с использованием методики непосредственного протезирования.

**Материал и методы исследования.** Нами была разработана анкета опроса врачей-стоматологов и зубных техников, содержащая вопросы, которые можно объединить в отдельные функциональные блоки и позволяющая достичь цели исследования. Анкета состояла из 9 вопросов. Первый блок анкеты содержал вопросы, позволяющие изучить отношение респондентов к методике

непосредственного протезирования. Второй блок вопросов анкеты предусматривал получение информации о распределении респондентов по полу, месту и стажу работы по специальности и занимаемой должности.

В анкетировании приняли участие 154 человека, в том числе 85 врачей стоматологов - ортопедов, 35 врачей стоматологов - хирургов и 8 организатора здравоохранения. Среди всех опрошенных мужчины составили 68,2%, женщины соответственно 31,8%.

Среди всех опрошенных, специалистов со стажем работы 21 год и более 12,3%, со стажем работы до 5 лет 13,6% . Большая часть опрошенных (74,1%) имеют стаж работы по занимаемой должности от 5 до 20 лет, т. е. являются опытными специалистами.

Из 154 респондентов 47 человек (30,5%) специалистов работают в государственном секторе: среди них 2 (4,3%) – заведующие отделением, 19 (40,4%) – врачей стоматологов – хирургов, 25 (53,2%) - врачей стоматологов - ортопедов, 1 (2,1%) - зубных техников. В частном секторе работают 107 человек (69,5%) респондентов: среди них 6 (5,6%) - заведующие отделением, 16 (14,9%) – врачей стоматологов – хирургов, 60 (56,1%) - врачей стоматологов - ортопедов, 25 (23,4%) - зубных техников.

### **Результаты исследования.**

Результаты социологического опроса свидетельствуют, что значительная часть всех респондентов 75,98% владеет методикой непосредственного протезирования. Таких сотрудников в частных структурах 85,1% в государственных лечебных учреждениях 55,3%. Огорчает тот факт, что 35,5% специалистов частично или полностью не владеют методикой непосредственного протезирования. Среди них 44,7% специалистов работающих в государственном секторе и 13,1% работающих в частном секторе. В основном это специалисты со стажем работы до 5 лет 13,6% и 21год и более 12,3%.

Наиболее характерными преимуществами методики непосредственного протезирования с использованием съемных протезов по мнению всех респондентов являются: функциональная реабилитация; эстетическая реабилитация; минимальные сроки изготовления протезов после удаления зубов.

По мнению специалистов наиболее характерными недостатками методики непосредственного протезирования с использованием съемных протезов являются: плохая функциональная реабилитация пациентов; сложность привыкания; малый срок службы.

По мнению 87,9% опрошенных специалистов работающих как в частном, так и государственном секторе, администрацией лечебного учреждения, где они работают, созданы все условия для использования методики непосредственного протезирования. Лишь 12,1% специалистов отметили отсутствие, каких либо условий для использования данной методики.

Нас очень интересовали ответы на вопрос «Предлагаете ли Вы своим пациентам изготовление непосредственного протеза после удаления зубов».



Большая половина респондентов 88,8% мотивирует пациентов, и используют в своей практике данную методику. Среди них 46,8% специалистов работает в частном секторе. Считают неэффективной реабилитацию пациентов с использованием методики непосредственного протезирования 11,2% респондентов в основном работающие в государственных лечебных учреждениях. Тревожным выглядит тот факт, что среди них 74,3% стоматологов-хирургов и 75% организаторов здравоохранения.

**Выводы.** Таким образом, проведенное исследование показало что практически все специалисты владеют методикой непосредственного протезирования.

Во всех лечебных учреждениях созданы условия для внедрения методики непосредственного протезирования. И только лишь 54% опрошенных стоматологов применяют методику в практике.

Поэтому назрела необходимость в составлении информационных писем, методических рекомендаций, посвященных вопросу непосредственного протезирования как для врачей так и пациентов.

**Возный А.В., Чернявский В.В.**

## **МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ О СОСТОЯНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. ЗАПОРОЖЬЯ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Эффективность стоматологической ортопедической помощи зависит от квалификации медицинского персонала, клинико-диагностических возможностей учреждения и рациональной организации всего лечебно-диагностического процесса. Результаты углубленных социологических исследований способствуют улучшению организации, повышению качества и культуры деятельности учреждения, дисциплинируют сотрудников, позволяют выявить и устранить имеющиеся недостатки.

**Цель исследования.** Изучение мнения специалистов стоматологического ортопедического профиля и руководителей учреждений здравоохранения различных форм собственности г. Запорожья о состоянии стоматологической ортопедической помощи, выяснение причин существующих проблем.

**Материал и методы исследования.** Для достижения цели нами была разработана анкета опроса главных врачей, заведующих отделениями, стоматологов и зубных техников. В анкетировании приняли участие 134 человека, в том числе 6 организаторов здравоохранения, 98 врачей стоматологов-ортопедов и 30 зубных техников. Большинство специалистов работают в государственном секторе, данные их опроса позволяют отразить реальную картину деятельности лечебных учреждений.

**Результаты исследования.** Результаты социологического опроса свидетельствуют о том, что значительная часть респондентов (58,4%) не

удовлетворены материально-технической базой лечебного учреждения, среди них 15,8% организаторов здравоохранения, 52,6% стоматологов-ортопедов, 31,6% зубных техников.

Тревожным выглядит тот факт, что 46,3% респондентов работающих как в коммерческих, так и в некоммерческих учреждениях, не скрывают, что они не довольны уровнем оплаты своего труда и считают существующую систему оплаты труда несовершенной (низкий уровень заработной платы) и связывают с этим недостаточную заинтересованность специалистов в достижении более высоких показателей. Так высказалось 74,2% - врачей, 16,1% - зубных техников и 9,7% - организаторов здравоохранения.

Большая часть респондентов (71,6%) положительно оценивают созданные администрацией условия для профессионального роста и творческого отношения к работе. Вместе с тем 28,4% опрошенных отметили отсутствие каких либо условий для творческого отношения к работе и профессионального роста. Настораживает тот факт, что среди них 57,9% врачей стоматологов ортопедов и 42,1% зубных техников.

**Выводы.** Таким образом, для совершенствования системы стоматологического ортопедического обслуживания населения города Запорожья необходимо одновременно укрепление материально-технической базы стоматологической ортопедической помощи, повышение уровня профессиональной подготовки и материального стимулирования специалистов.

**Ганчев К.С., Терехова І.О.**

### **ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГРУПОВОЇ АКТИВНОЇ ФОРМИ САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ СЕРЕД ДІТЕЙ 5-7 РОКІВ М. ЗАПОРІЖЖЯ**

*Запорізький державний медичний університет Кафедра пропедевтичної та хірургічної стоматології*

Встановлено, що регулярний гігієнічний догляд за порожниною рота має виключно профілактичне значення, що виражається в зниженні поширення та частоти карієсу зубів. Також відомо, що епідеміологічне дослідження дитячого населення є основним моментом при аналізі стоматологічної захворюваності, що необхідно для визначення якості надання стоматологічної допомоги, планування програм профілактики та оцінки їх ефективності. Одним з обов'язкових компонентів будь-якої профілактичної програми є гігієнічне навчання та виховання населення. Мета: вивчення ефективності стоматологічного гігієнічного виховання у дітей шкільного віку (5-7 років) м. Запоріжжя на прикладі окремо взятої програми «Здорова посмішка». Проводилася оцінка ефективності групової активної форми санітарно-просвітницької роботи в окремо взятих класах шкільного закладу м. Запоріжжя.

Об'єкт дослідження: діти шкільного віку (5, 6 та 7 років) окремо взятих класів шкільного закладу м. Запоріжжя. Методи дослідження: анамнестичні, інструментальні, статистичні. Отримані результати: діти були поділені на 2

групи по 18 в кожній (основна та контрольна). Основній групі був проведений урок здоров'я за програмою «Здорова посмішка»; паралельно в обох групах проведено анкетування (спільно з батьками) та визначення гігієнічного стану ротової порожнини за індексом Федорова-Володкіної (оцінку визначали за встановленою шкалою). Повторне індексування проводилося через 6 міс. з метою оцінки ефективності проведеної санітарно-просвітньої роботи в основній групі. Отримані результати: індекс гігієни основної групи за критерієм «добре» отримало 6 дітей, «задовільно» - 4, «незадовільно» - 2, «погано» - 5, і «дуже погано» - 1; у контрольній групі: «добре» - 4, «незадовільно» - 4, «погано» - 3 і «дуже погано» - 1. Через 6 міс. Результат наступний: індекс гігієни основної групи за критерієм «добре» отримало 6 дітей, «задовільно» - 5, «незадовільно» - 3, «погано» - 4, і «дуже погано» - жодної дитини; у контрольній групі спостерігалися наступні результати: «добре» - 3, «задовільно» - 6, «незадовільно» - 4, «погано» - 5 і «дуже погано» - жодної дитини. Зважаючи на отримані результати спостерігається покращення гігієнічного стоматологічного стану основної групи на 14%, в контрольній групі, навпаки, спостерігається погіршення гігієнічного стану на 7,57%. Висновки: таким чином, можна впевнено казати про ефективність стоматологічного гігієнічного виховання у дітей дошкільного віку на прикладі окремо взятої програми «Здорова посмішка», на що вказують отримані результати. Доцільним є продовження поширення інформації серед дитячого населення регіону у вигляді різноманітних профілактичних програм, задля забезпечення стоматологічного здоров'я населення.

## **АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ ВКЛЮЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ ИМПЛАНТАЦИИ**

*Герасимчук П.Г., Коваленко Н.А.*

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины*

Актуальность. Вопрос о протезировании малых включённых дефектов зубных рядов до сих пор остаётся нерешённым. Самым распространённым подходом к решению этого вопроса является изготовление мостовидного протеза, который почти полностью восстанавливает жевательную эффективность. Однако методика изготовления мостовидных протезов имеет следующие недостатки: необходимо препарировать естественные ткани зубов под опорные элементы; не всегда удовлетворительные эстетические качества; стоимость эстетических конструкций.

В последние годы стремительно развивается имплантология. Имплантаты представляют собой современную альтернативу съёмным и несъёмным протезам, однако их применение сопряжено с соблюдением множества общесоматических и внутриротовых условий, так по данным зарубежных авторов, применение внутрикостных зубных имплантатов возможно в 10-15% случаев. Все включенные малые дефекты зубных рядов при отсутствии

противопоказаний к имплантации и финансовых возможностях пациентов должны быть устранены коронками с опорой на имплантаты.

Цель исследования – изучение клинической картины у пациентов с малыми включенными дефектами зубных рядов в боковом участке, не имеющих вторичных деформаций, и планирование лечения при такой патологии.

Материал и методы исследования. Мы провели клиническое наблюдение 35 пациентов, которые имели одиночные включенные дефекты зубных рядов в боковых участках. Было установлено, что через 2-5 лет после удаления зубов у 24 человек (57% случаев) появились вторичные деформации. Типичными являются следующие направления движения зубов, лишённых антагонистов: смещение в сторону противоположной челюсти, дистальное и медиальное перемещение при наличии трем, наклон зубов в язычно-нёбном направлении. Зубо-челюстные деформации создают неблагоприятные условия для протезирования. У 12 пациентов зубочелюстных деформаций не обнаружено: зубные ряды без трем и диастем, а зубы, сохранившие антагонисты, имели плотные контакты с соседними зубами. Возрастной зависимости не обнаружено. Эта группа пациентов каждые 6 месяцев проходит профилактическое обследование, которое включало осмотр, окклюзиографию, изготовление и анализ диагностических моделей.

Выводы. Наши клинические наблюдения и результаты исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Пациентам, имеющим показания к изготовлению коронок с опорой на имплантаты, мы рекомендуем изготовление таких конструкций.

2. Для пациентов с включенными дефектами зубных рядов при невозможности изготовления коронок на имплантатах, рекомендуется своевременное протезирование соответствующей конструкцией.

**Глазков О. О.**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ЧАСТКОВОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

За даними ВООЗ часткова відсутність зубів зустрічається у 75% населення. Наявність дефектів зубних рядів призводить як до функціональних, так і естетичних порушень, що негативно відбиваються на емоційному стані хворого. Незадовільний стан порожнини рота, пов'язаний з відсутністю зубів або низьким рівнем надання ортопедичної допомоги, викликає незручності та

знижує соціальну активність хворого, що об'єктивно описує показник рівня якості життя.

Мета представленої дослідження – дослідити якість життя у хворих з частковою відсутністю зубів в динаміці до та після протезування.

Дослідження було проведене серед 140 хворих з частковими дефектами зубних рядів, нарівно чоловіків та жінок, що звернулися за лікувально-консультативною допомогою на кафедру ортопедичної стоматології. Розрахунок показників якості життя проводився за опитувальними листами ОНІР Oral Health Impact Profile (ОНІР) (Slade G., Spenser J., 1994) до протезування та у віддалений термін (через 6 місяців). Про зміну рівня якості життя свідчило зменшення кількості балів, оскільки опитувальник містить негативно сформульовані запитання.

За результатами проведеного дослідження найбільше підвищення рівня якості життя спостерігалось серед хворих, яким ортопедичне лікування проводили із застосуванням імплантатів ( $30,5 \pm 5,0$  до лікування проти  $15,2 \pm 3,4$  після,  $p < 0,001$ ), що на наш погляд, пов'язано з особливістю дефектів зубного ряду, які були локалізовані у фронтальній ділянці та характеризувались відсутністю поодиноких зубів. У пацієнтів, яким виготовляли незнімні конструкції, рівень якості життя збільшувався менш помітно, але був досить високим після протезування ( $24,8 \pm 4,2$  до лікування проти  $14,0 \pm 3,3$  після,  $p < 0,05$ ). Хворим з частковою відсутністю зубів, яким надалі виготовляли знімні та комбіновані протези, до лікування мали найгірші показники якості життя ( $37,1 \pm 5,4$ ,  $p < 0,05$ ). Проте після протезування їх рівень якості піднявся, при цьому більш помітно серед хворих, що отримали комбіновані протези, у порівнянні з тими, ортопедичне лікування яких здійснювалось з використанням знімних протезів ( $19,2 \pm 3,5$  проти  $25,4 \pm 4,5$ ,  $p > 0,05$ )

Отже, внаслідок проведеного дослідження встановлена значна відповідність динаміки індексів якості життя характеру проведеного зубного протезування. Виходячи з отриманих результатів, ми вважаємо перспективним подальше вивчення взаємозв'язку суб'єктивної та об'єктивної оцінки ефективності проведеного протезування задля забезпечення найбільшої результативності ортопедичного лікування.

**Глазунов О.А., Фесенко В.І., Степанова С.В., Лашева О.Н., Векуа І.Д., Мороз В.Є., Клочко Р.І.**

### **ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У МОЛОДИХ ОСІБ, ЩО МЕШКАЮТЬ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО МІСТА.**

*ГУ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ», кафедра стоматології ФПО.*

Запальні захворювання пародонту, зокрема гінгівіт, є актуальною медичною проблемою, що обумовлено, насамперед, широкою розповсюдженістю цієї патології, особливо у людей молодого віку (20-25 років). У цього контингенту людей є необхідність уточнення структури й

інтенсивності захворювань пародонта для формування комплексу лікувально-профілактичних заходів.

**Мета дослідження** – вивчити клінічну ефективність комбінації препаратів для лікування хронічного катарального гінгівіту у осіб молодого віку, що проживають в умовах промислового міста.

**Матеріали і методи.** Комплексне лікування хронічного генералізованого катарального гінгівіту середнього ступеню тяжкості проведено у 30 відносно здорових пацієнтів у віці 18-25 років. Лікування призначалося згідно наказу № 566 від 23.11.2004 “Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями "ортопедична стоматологія", "терапевтична стоматологія", "хірургічна стоматологія", "ортодонтія", "дитяча терапевтична стоматологія", "дитяча хірургічна стоматологія”. Усім пацієнтам була проведена професійна гігієна, санація ротової порожнини, навчання правилам раціональної гігієни порожнини рота, контрольована чистка зубів. Жоден з пацієнтів не потребував ані ортодонтичного, ані хірургічного, ані ортопедичного лікування. З метою місцевої антисептичної та антибактеріальної обробки порожнини рота призначали полоскання препаратом Декасан по 150 мл 2 рази на добу та аплікації препарату на 15 хвилин на уражені ділянки ясен тричі на добу протягом 10 діб. В якості місцевої протизапальної терапії використовували розчин препарату Ротокан у вигляді «ротових» ванночок на 1-2 хв. двічі на день протягом 5 діб. З метою стимуляції репаративних процесів у тканинах пародонту призначали Аскорутин по 1 таблетці 2 рази на день протягом місяця. Пацієнтам рекомендовано використання лікувально-профілактичної зубної пасти «LACALUTactiv» по схемі. Усім пацієнтам до лікування й через один місяць після лікування проводили визначення індексів: індекс гігієни ротової порожнини за GreenVermillion (1964); папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА)(1960); індекс кровоточивості ясенних сосочків (РВІ) по SaxeriMuhlemann; пародонтальний індексРІ. Для визначення запального процесу у яснах проводили пробу Шиллера-Писарєва. Повторний огляд проводили через 10-15 діб. Отримані результати оброблялися методами математичної статистики. Достовірність змін вивчених показників визначали по критерію Стюдента.

**Результати та їх обговорення.** Жодних побічних та алергічних реакцій на використання досліджуваних засобів в процесі лікування хворих з діагнозом хронічного генералізованого катарального гінгівіту не відмічено. У досліджуваній групі хворих до лікування показники індексів становили: РМА –  $0,67 \pm 0,056$ ; РІ –  $1,76 \pm 0,18$ ; РВІ –  $1,63 \pm 0,22$ ; Гріна-Вермілліона –  $2,05 \pm 0,26$ ; проба Шиллера-Писарєва позитивна у 100% випадків.

При клінічному огляді пацієнтів через 15 діб після проведеного лікування середні показники індексів становили: РМА –  $0,06 \pm 0,02$ ; РІ –  $0,23 \pm 0,09$ ; РВІ –  $0,18 \pm 0,05$ ; Гріна-Вермілліона –  $0,53 \pm 0,19$ ; проба Шиллера-Писарєва не виявила ознак запалення ясен у жодного з досліджуваних.

Отримані дані є статистично достовірними ( $p < 0,001$ ).

**Висновок.** Результати проведеного дослідження свідчать про виражену клінічну ефективність запропонованої лікувально-профілактичної комбінації препаратів при лікуванні хронічного генералізованого катарального гінгівіту у осіб молодого віку, що мешкають на території промислового міста.

**Голейко М.В.**

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОЄДНАНІ УРАЖЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ТА ПЕРІОДОНТА.**

*Львівський національний медичний університет, кафедра терапевтичної стоматології.*

**Актуальність.** Періодонтальні вогнища хронічної інфекції виявляють досить часто при обстеженні хворих із запальними захворюваннями пародонту. Анатомічна та функціональна єдність пульпи та пародонту зумовлюють високу вірогідність їхнього одночасного ураження патологічним процесом [1,4]. Проблема ефективного лікування верхівкового періодонтиту та генералізованого пародонтиту пов'язана із значною розповсюдженістю цих захворювань, тяжкістю та трудоємністю лікарських маніпуляцій, значним відсотком невдач та ускладнень, відсутністю тривалої стабільності досягнутих результатів [2]. Ендодонтичне лікування у пацієнтів з патологією тканин пародонту має особливе значення: без адекватно проведеного ендодонтичного лікування неможливо розраховувати на тривалу ремісію та стабілізацію процесу захворювань тканин пародонту, з іншого боку – недосконале ендодонтичне лікування з приводу ускладненого карієсу може призводити до погіршення пародонтального статусу вже на ранніх стадіях ураження пародонту [5,6]. У терапевтичному лікуванні великого значення надають засобам медикаментного впливу на патологічне вогнище ураження з метою фармакологічної корекції запального процесу. Важливим критерієм якісного комплексного лікування є позитивний терапевтичний ефект у віддалені терміни.

**Метою роботи** було вивчення аналізу віддалених результатів ефективності лікування хворих на періодонтит на тлі генералізованого пародонтиту, в комплексній терапії яких застосовували мазь з тіотриазоліном та левоміцетином.

**Матеріал та методи дослідження.** Було обстежено та проведено лікування 105 хворих на поєднані ураження тканин пародонту та періодонта, віком від 31 до 68 років. За способом лікування пацієнти були розподілені на дві групи – основну (52 хворих) та групу порівняння (53 хворих). Клінічне обстеження хворих на верхівковий періодонтит та генералізований пародонтит проводили за єдиною загальноприйнятою схемою, яка включала скарги, анамнез, дані об'єктивних та клініко-лабораторних досліджень, рентгенологічне дослідження. Стан тканин пародонта визначали до та після лікування на основі клінічних методів та розрахунку індексів: пародонтального (PI) за Russel, РМА за Parma, кровоточивості (РВІ) за Muhlemann, Son, а також оцінювали стан гігієни

порожнини рота за індексом (ОHI-S) Green-Vermillion. Усім пацієнтам проводили одночасно ендодонтичне та пародонтологічне лікування. Надання ендодонтичної допомоги хворим з поєднаними ураженнями тканин пародонту та періодонта було пріоритетним та проводилось першочергово. Пацієнтам основної групи місцево для впливу на вогнища запалення в тканинах пародонту та періодонта застосовували мазь з тіотриазоліном та левоміцетином. У пацієнтів групи порівняння проводили загальноприйняте лікування. Для оцінки віддалених результатів (12 місяців) лікування хворих на генералізований пародонтит користувались такими клініко-рентгенологічними критеріями як „стабілізація процесу”, „без змін”, „прогресування” [3].

**Результати.** Так як пацієнти, за якими ми спостерігали, знаходились на диспансерному огляді, в ході проведеного лікування вдалось визначити час появи позитивної динаміки у кожного із пацієнтів та прослідкувати стійкість терапевтичного ефекту. Наші спостереження показали, що віддалені результати лікування поєднаних уражень тканин пародонту та періодонта у багатьох випадках залежали від ступеня деструкції кісткової тканини як альвеолярного відростку, так і безпосередньо тканин у навколоверхівкових ділянках, тривалості захворювання та характеру проведеної терапії. Аналіз результатів контрольного огляду хворих через 12 місяців після завершення лікування показав, що серед хворих основної групи на генералізований пародонтит початкового-I ступеня тяжкості стабілізація пародонтального стану наступала у 84,21% пацієнтів, стан без змін – у 10,53%, а прогресування – у 5,26% (на противагу пацієнтів групи порівняння, де отримані інші результати: стабілізацію стану тканин пародонта було виявлено у 44,44%, стан без змін – у 44,44%, та прогресування у 11,12% хворих. Огляд прицільних рентгенограм показував редукцію деструктивних процесів у періодонті, зменшення вогнищ деструкції кістки в періапикальній ділянці. Аналізуючи динаміку індексних показників у хворих на поєднані ураження тканин пародонту та періодонта, ми виявляли позитивні відмінності результатів лікування пацієнтів обох груп. Суттєві зміни пародонтальних індексів та проб свідчили про покращення гігієни, досягнення стійкого терапевтичного ефекту лікування генералізованого пародонтиту. Так, у хворих на генералізований пародонтит початкового-I ступеня тяжкості основної групи через 12 місяців індекс РМА зменшився в 6,13 раза по відношенню до контрольних величин (до лікування), РІ зменшився в 1,95 раза, індекс кровоточивості РВІ та гігієни ОHI-S в 2 рази відповідно.

Динаміка клінічних даних та індексів у групі хворих на генералізований пародонтит II ступеня тяжкості мала аналогічні відмінності порівняно з даними до лікування та у хворих обох груп. Так, стабілізація пародонтального стану виявлена у 86,96% пацієнтів, стан без змін – у 8,70%, прогресування – 4,34% пацієнтів основної групи. Серед хворих групи порівняння стабілізацію стану тканин пародонта було зареєстровано у 50,00%, стан без змін – у 33,33%, прогресування – у 16,67% оглянутих пацієнтів.

Ми констатували, що в кінцевому результаті, чим більше було залучене запалення пародонту в патологічний процес, тим несприятливішим (для



збереження зуба і функції зубощелепової системи в цілому) ставав прогноз. Лікування лише періодонтиту та пародонтиту без раціональних лікувально-профілактичних заходів у відношенні пародонтиту не забезпечувало ремісії комплексу тканин пародонта. Вибір методу ортопедичного лікування і конструкції шинуючих апаратів був строго індивідуальний і відбувався за участі ортопеда-стоматолога на основі оцінки всього комплексу уражень тканин пародонту та періодонта.

**Висновки.** Таким чином, використання запропонованої методики комплексного лікування поєднаних уражень верхівкового періодонта та тканин пародонту дає змогу частково впливати на причину захворювання, ліквідувати запальні явища, підвищити репаративну здатність тканин, а також досягати достатньо позитивний терапевтичний ефект у віддалені терміни лікування.

**Горб-Гаврильченко И.В.**

## **АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГОВ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»*

**Введение.** Анализ отечественных и зарубежных исследований показывает, что задача подготовки специалистов нового поколения, в том числе и медицинских кадров, не может быть в полной мере решена традиционными стандартными методами обучения. Традиционные методы обучения студентов, направленные, в основном, на приобретение, расширение и углубление знаний путем сообщения информации, ее воспроизведения и конкретных профессиональных действий по готовому алгоритму (ориентировочные основы действий), являются явно недостаточными. Эти методы очень мало затрагивают основное звено познавательной деятельности обучающихся – мышление [1]. Для улучшения качества подготовки специалистов возникла необходимость применения современных активных методов обучения, обеспечивающих творческую активность студентов и направленных на формирование и развитие профессионального мышления, способностей к освоению ими новых способов профессиональной деятельности [2].

**Основная часть.** Эффективность активных методов обучения базируется на достоверных данных исследований, согласно которым в памяти человека запечатлевается до 10% того, что читается, до 20% того, что слышится, до 30% того, что видится, до 50% того, что видится и слышится, до 70% того, что говорится и до 90% того, что говорится и делается [3]. Методы активного обучения характеризуются: вынужденной активностью мышления обучающегося (принудительной активацией); обеспечением постоянной вовлеченности обучающегося в учебный процесс; повышенной степенью мотивации и эмоционального участия; самостоятельной выработкой решений; постоянным взаимодействием обучающегося и преподавателя; проявлением рефлексивной самоорганизации деятельности педагога и учащегося в

совместной учебной деятельности «учение – обучение» [4]. Активные методы обучения включают в себя разные формы и методики. Значительное место в активизации познавательной активности и, особенно, в развитии клинического мышления отводится деловым играм, которые повышают мотивацию студента к практическому овладению профессиональной деятельностью [5]. Целью деловой игры является формирование познавательных и профессиональных мотивов, системного мышления будущего врача-стоматолога, и в соответствии с основными компетенциями – коллективной практической работы и навыков взаимодействия. Деловая игра способствует развитию творческого потенциала и познавательного интереса к предмету [6]. Анализ проведения игры помогает объективно оценить уровень подготовленности студента. В основу любой деловой игры положен принцип моделирования условий профессиональной деятельности путем решения различных ситуаций: обследование больного, составления плана дополнительных методов обследования и интерпретация результатов исследования, постановка диагноза, составление плана лечения. При этом отрабатывается возможность индивидуальной и групповой оценки деятельности участников игры. Профессионально ориентированные деловые игры повышают мотивацию студента к изучению темы занятия, лучшему усвоению теоретического материала, так как разыгрываемая клиническая ситуация при этом приближена к его будущей профессиональной деятельности.

Деловые игры всегда присутствовали в учебном процессе. Каждый преподаватель заранее или экспромтом предлагал студентам различные ситуации, требующие решения (клинические и ситуационные задачи, тесты и т.д.). Однако это чаще индивидуальное решение одного человека. Более эффективно обучение проходит, если в процессе обсуждения и принятия решения участвуют несколько (группа) студентов, каждый из которых имеет свою конкретную роль и задачу, и должен в итоге доказать состоятельность своего решения. Студент, который не подготовился или плохо подготовился к занятию, не сумеет разобраться в предложенной клинической ситуации и не достигнет своей цели - принятия правильного решения. Чтобы избежать этого, постановка задачи и распределение ролей проводятся заранее, на предыдущем занятии, с тем, чтобы студент смог максимально подготовиться к участию в клиническом разборе больного. В процессе подготовки к деловой игре у студентов появляется мотив для активного поиска диагностической информации соответственно выполняемой им роли, вырабатывается навык работы с полученной информацией. Поиск конкретного решения поставленной задачи заставляет студента переключиться на активные формы обучения, в частности, самообучение. В результате этого поиска студент использует, как минимум, 3-4 вида самостоятельной работы, как в учебное, так и во внеучебное время (самостоятельная работа с литературой, конспектирование, аннотирование книг, статей, анализ конкретных ситуаций, поиск информации в Интернет-сети и т.д.). Это позволяет ему не только расширить

междисциплинарный кругозор, но и значительно повышает интерес к предмету и учебному процессу в целом. А это в итоге является конечной целью всего процесса обучения студентов в вузе. Студент вырабатывает навык контроля своего поведения, учится адекватно воспринимать и анализировать чужое мнение. Активные методы обучения формируют у обучающихся не только знания – репродукции, а умения и потребность применять эти знания для анализа, оценки и принятия правильного решения. При изучении вопросов диагностики, дифференциальной диагностики и выбора методов лечения стоматологических заболеваний требуется развитое клиническое мышление и высокая степень самостоятельности студента. Организация деловой игры как специфического активного метода обучения включает ряд аспектов: подготовка игры; формирование участников игры (игровой группы); руководство игрой, контроль за ее процессом; подведение итогов и оценка результатов. Деловые игры позволяют развивать у студентов коммуникативные способности, творческое мышление, воображение, внимание, память, прогнозирование ситуации.

Преподаватель во время игры является как организатором, так и консультантом, что стимулирует речевую активность обучающихся в создаваемых преподавателем ситуациях общения на основе коммуникативных задач, соответствующих личным потребностям и интересам обучающихся. В этих условиях студент выступает как полноправный участник процесса обучения, построенный на принципах сознательного партнерства и взаимодействия с преподавателем, что способствует развитию самостоятельности, творческой активности и личной ответственности студента. Каждый раз одна и та же игра может проходить по-разному, главная задача преподавателя – вести игровой процесс в нужном направлении (корректировка ориентации игрового процесса на достижение поставленных целей). Преподаватель может выступать в роли эксперта. Грамотное подведение итогов игры помогает участникам адекватно оценить свои сильные и слабые стороны, утвердиться в собственном мнении, сделать соответствующие выводы. При подведении итогов игры, преподаватель дает общую оценку проведенной игре, полученным результатам, выявляет положительные и отрицательные моменты в деятельности игроков, оценивает вклад каждого из участников в достижение конечных целей игры.

**Вывод.** Деловая игра представляет собой форму воссоздания предметного и социального содержания будущей профессиональной деятельности врача. Способствует развитию теоретического и клинического мышления, повышению уровня профессиональной компетентности и формированию у обучаемых целостного представления о дисциплине. Одновременно с профессиональными знаниями повышаются социально-личностные компетенции – навыки специального взаимодействия и управления людьми, коллегиальность, умение руководить и подчиняться. Деловая игра воспитывает личностные качества, помогающие осваивать нормы профессиональных и социальных взаимодействий.

**Горб-Гаврильченко И.В.**

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ КУЛЬТУРЫ ВРАЧА У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»*

**Введение.** Профессиональной составляющей работы врача-стоматолога является умение продуктивного общения. Именно на уровне профессионально-личностной культуры может выразиться человеческая индивидуальность специалиста медицинского профиля. Врач-стоматолог должен быть достаточно эрудированным, на высоком уровне владеть практическими навыками и отвечать современным требованиям, т.е. быть конкурентоспособным. В этой ситуации конкурентоспособными ресурсами личности врача-стоматолога являются не только профессиональные знания, умения и навыки, но и коммуникативная компетентность [1]. Именно поэтому оптимизация учебного процесса медицинского вуза строится на основе организации компетентностного подхода, который ориентирует на высокий конечный результат обучения. Среди основных пяти компетенций, которым должен обладать выпускник стоматологического факультета, важное место занимает аксиологический компонент - умение эффективно сотрудничать с другими людьми, выстраивать эффективные коммуникации, сотрудничать с коллегами и поддерживать благоприятную атмосферу в коллективе, устанавливая максимально доверительные отношения с пациентом и его родственниками [2].

**Основная часть.** В деятельности врача-стоматолога коммуникативная компетентность играет особую роль в силу того, что контакт «врач - пациент» изобилует множеством проблемных ситуаций интерактивного, социально-перцептивного и информационного плана, а доверие и готовность к сотрудничеству являются психологическим основанием установления необходимого для эффективной стоматологической помощи [3].

Формирование коммуникативной компетентности врача-стоматолога предполагает осуществление целенаправленной, последовательной, поэтапной деятельности по развитию коммуникативных навыков. На первом этапе обучения работу по формированию коммуникативной компетентности целесообразно начинать с овладения студентами базовыми (неспецифическим) навыками, которые необходимы всем специалистам, работающим в системе «человек-человек». Основная цель данного этапа - приобретение навыков эффективной межличностной коммуникации с любым партнером вне профессиональной сферы. Развитие базовых навыков осуществляется в течение первого и второго курсов обучения. Такое распределение объясняется следующими факторами, а именно: на первом и втором курсах студенты-стоматологи изучают общеобразовательные дисциплины, не обучаются на медицинских базах и не имеют опыта профессионального общения и взаимодействия. Многие студенты первого и второго курса имеют личностные особенности (неадекватно заниженную или завышенную самооценку,

отсутствие коммуникативной направленности, застенчивость), которые могут создавать барьер и препятствовать осуществлению эффективной коммуникации. Знание закономерностей коммуникативного процесса и приобретение базовых навыков коммуникации способствует и психологической коррекции личности будущего стоматолога. Основными базовыми компетенциями эффективной коммуникации являются: умение устанавливать контакт с собеседником, презентовать себя, представиться, производить благоприятное впечатление (улыбка, взгляд, тон голоса, интонация), контролировать свои действия, рефлексивно слушать собеседника и понимать содержание его высказываний, используя техники: выяснения, перефразирования, резюмирования, умение проявлять соучастие и интерес к партнеру, умение выслушивать, выяснять проблему партнера, умение развивать мысли партнера, умение прояснять, конкретизировать проблему партнера, умение выразить свое отношение к высказываниям партнера.

Основная задача второго этапа – развитие навыков профессионального общения, то есть коммуникативных навыков в ситуациях «врач-пациент». Именно на третьем, четвертом и пятом курсах студенты-стоматологи начинают обучаться в стоматологических клиниках: изучают базовые медицинские дисциплины, осваивают технику приема пациентов и приобретают опыт взаимодействия и общения с пациентами. Наблюдения за процессом приема пациентов, опыт самостоятельной диагностики и лечения зубов пациентов способствует реализации базовых коммуникативных навыков в профессиональную деятельность. На этом этапе обучения студенты-стоматологи приобретают углубленные профессиональные коммуникативные навыки. При помощи компонентов углубленных профессиональных коммуникативных навыков осуществляется элементарный уровень стоматологической культуры.

Основная цель третьего этапа развития коммуникативных навыков - формирование позитивного впечатления у пациентов о своем профессионализме, об эффективности процесса и результата лечения. Во время обучения в интернатуре врачи-интерны-стоматологи приобретают специализированные коммуникативные навыки. Именно на этом этапе все приобретенные ранее навыки должны приобрести устойчивый характер и способствовать формированию коммуникативной компетентности, интегрального профессионально-личностного образования, влияющего на эффективность деятельности и успешность профессиональной самореализации. Психологическими характеристиками такого профессионально-личностного образования, являющимся результатом высокого уровня коммуникативного мастерства и свободы в профессиональном общении, являются высокий уровень включенности в профессиональное взаимодействие, отсутствие напряженности в процессе общения, высокая контактность, совместимость, гибкость, адаптивность и хорошие навыки саморегуляции. К значимым навыкам данного этапа можно отнести следующие: умение адекватно психологическим особенностям пациента передавать информацию и понимать

смысл высказываний пациента, предоставлять обратную связь, учитывая психологические особенности пациента; владение навыками убеждающей речи: умение высказывать свою точку зрения, аргументировать свою речь, показать достоинства новых технологий и материалов для лечения, разъяснить условия предоставления гарантий, гибко реагировать на возражение пациента. Основные коммуникативные навыки этого этапа связаны с умением специалиста устанавливать прочные доверительные отношения и эффективно сотрудничать с пациентом.

**Вывод.** Компетентностный подход в образовании способствует развитию у студентов-стоматологов профессиональной культуры врача, совершенствованию современной модели взаимоотношений врача и пациента, решению актуальных проблем современной медицины. Будущим врачам всегда нужно помнить, что ни один врач не сделает хорошей карьеры и не сумеет заслужить доверия и уважения своих коллег и пациентов, если не умеет корректно общаться, не владеет искусством речи. Коммуникативная компетентность врача-стоматолога способствует благоприятному впечатлению о нем, способствует формированию положительного имиджа специалиста и расширяет поле его профессиональной деятельности (удовлетворенный оказанной услугой пациент рекомендует врача своим знакомым и близким).

**\*Григоров С.М., \*Криничко Л.Р.,\*\* Ставицький С.О., \*\*Яценко І.В., \*\*Криничко Ф.Р.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТ ЕМБРІОНАЛЬНОГО ПОХОДЖЕННЯ В АНАТОМІЧНОМУ АСПЕКТІ.**

*\*Харківський національний медичний університет м. Харків*

*\*\*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава Україна.*

**Актуальність.** За даними літератури до кіст ембріонального походження топографо-анатомічних ділянок голови та шиї відносять утвори, що виникли в наслідок аномалії розвитку зябрового апарату, його похідних та щитоподібної залози. Як наслідок вищенаведені вади розвитку вкрай рідко проявляються після народження.

Зазвичай вроджені кісти голови та шиї маніфестують клінічно у віці від 30 до 45 років (1,2,3). Вони ростуть повільно, безболісно та завжди мають типову локалізацію. Але з огляду на велику частоту даної патології в їх верифікації допускається значна частота помилок до 55-63% (2,3).

**Мета роботи.** Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на ембріональні кісти голови та шиї шляхом удосконалення профілактики виникнення патологічних рубців.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети даного дослідження нами в період з 2013-2015 роки було проведено комплекс клінічних, експериментальних та лабораторних досліджень у пацієнтів із вродженими кістами голови та шиї.

Клінічні дослідження проводили для уточнення заключного діагнозу, визначення локалізації патологічного процесу, характеру змін оточуючих тканин. Експериментальні та лабораторні дослідження проведені для вивчення процесів перебігу раневого процесу в залежності від локалізації утвору та проведеного хронічного розрізу.

**Результати дослідження.** На підставі клінічного та параклінічного обстеження 27 хворих групи спостереження та даних 29 виписок із архівних історій хвороб пацієнтів із ембріональними кістами голови та шиї. Для визначення та систематизації частоти ускладнень звертали увагу на утворення післяопераційного патологічного рубця, виникнення післяопераційних рецидивів та нориць.

Під час аналізу даних обстеження не виявлено чіткого алгоритму протоколу хірургічного втручання, що регламентують чіткі критерії розрізів у кожному конкретному клінічному випадку в залежності від топографо-анатомічної локалізації. Нами були визначені наступні результати: у 8 із 56 пролікованих пацієнтів виникли рецидиви кіст, патологічні рубці виникли в 23 пацієнтів від загальної кількості досліджуваного контингенту. Нориці, як пізні ускладнення хірургічного лікування вищенаведеної патології, виникло в 9 пацієнтів.

**Висновок.** Висока ймовірність ускладнень свідчить про відсутність єдиної парадигми в плануванні та проведенні оперативного лікування, та профілактичних заходів, що зменшують період реабілітації та частоту ускладнень даної патології.

**Гриновець В.С., Гриновець І.С., Пасько О.О.**

## **РОЗРОБКА НОВОЇ ФОРМИ АНКЕРНОГО ШТИФТА ДЛЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ЗУБА З ОКСИДОКЕРАМІЧНИМ ПОКРИТТЯМ**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної стоматології, кафедра технології ліків і біофармації. Україна*

**Актуальність:** Значні руйнування в області коронки зуба є надзвичайно актуальною проблемою терапевтичної стоматології. Незважаючи на новітні технології — відновлення таких зубів залишається доволі складним завданням.

Сьогодні відомі різні способи терапевтичної реставрації зруйнованих зубів з використанням композиційних матеріалів, проте низка клінічних спостережень дає змогу стверджувати, що без внутріканального штифта неможливо провести якісне відновлення коронкової частини зуба [1, 2].

Першим лікарем який, на початку XVIII століття, практично застосував штифт з метою відновлення зуба вважається дантист часів Людовіка XV француз – Анжера-П'єр Фошар. За його методикою штифт спочатку фіксувався в кореновому каналі, а пізніше до нього прикріплювалася штучна коронка з іклів морського коня, покритих емаллю [3].

Такий метод лікування в часовому проміжку сягає давніших часів, зокрема, в черепі індіанця, який жив у VI ст. до н. е. у фрагменті нижньої щелепи на місці окремих зубів було виявлено імплантати з панцира морських мідій [4].

Сьогодні штифти виготовляють із титану, та сплавів цирконію і застосовують з метою реставрації коронкової частини зуба та розробки опорної частини під мостики при протезуванні [5,6].

Штифти, які виробляються на сьогодні промисловістю, можна класифікувати на: циліндричні, циліндрично-конічні, конічні, різьбові та пасивні штифти. [7,8].

**Мета роботи:** Вивчення фізико-механічних параметрів та розробка вдосконаленої технології зважаючи на проблематику пасивних і активних металевих штифтів і забезпечення належної міцності зчеплення металу зі стоматологічним цементом, що можливо вирішити шляхом утворення періодичних щілинних надрізів ребер чи інших геометричних форм з розвиненою поверхнею на коронковій ділянці, тобто шляхом покращення механічних методів кріплення. А також розробки методики покриття робочої частини штифта активно-сполученим шаром оксидокераміки

**Матеріал і методи дослідження:** Найближчий аналог, відомий як штифт анкерний для кореневого каналу зуба, містить кореневу ділянку конічної форми з кутом нахилу твірної конуса до осі штифта на яку нанесено гвинтоподібне ребро довкола поверхні під кутом нахилу до вказаної осі для врізання у стінку отвору в зубному каналі, нарізані дві або більше канавки вздовж осі штифта для виходу зайвої кількості стоматологічного цементу під час процедури загвинчування і коронкової ділянки циліндричної форми, навколо якої розташовано систему ребер для нарощування композитного матеріалу тіла штучного зуба [9].

Наведений вище приклад анкерного штифта має низку технічних недоліків, зокрема, низький рівень адгезії металу до стоматологічного цементу та композитного матеріалу, велику різниця значень модуля пружності та коефіцієнта термічного розширення металу та стоматологічних матеріалів, що призводить до їх розшарування при механічних, експлуатаційних видах навантаження наприклад: під час їди. Удосконалення штифта за допомогою збільшення площі його поверхні шляхом нанесення гвинтових канавок, ребер – нажаль не дозволяє уникнути основної причини розтріскування реставрованого зуба по границі розділу стоматологічного матеріалу та металу штифта, а також доволі низького показника адгезії.

**Результати:** У співпраці з науковцями Фізико-механічного інституту ім. Г.В.Карпенка НАН України (Львів) опрацьовано і розроблено модель



анкерного штифта для кореневого каналу зуба. В основу запропонованої нової форми штифта вирішена проблема з підвищення міцнісних характеристик реставрованого зуба шляхом збільшення адгезії штифта зі стоматологічним цементом і композитним матеріалом, а також зменшенням перепаду значень модулів пружності на границі переходу штифт – стоматологічний матеріал [10].

В основі нашої розробки лежить використання типової моделі анкерного штифта для кореневого каналу зуба, який містить кореневу ділянку конічної форми з кутом нахилу твірної конуса до осі штифта, на яку нанесено гвинтоподібне ребро довкола поверхні під відповідним кутом нахилу до вказаної осі для врізання в стінку отвору в зубному каналі з нарізаними двома або більше канавками вздовж осі штифта і коронкової ділянки циліндричної форми, навколо якої розташовано систему ребер для нарощування тіла штучного зуба, згідно з корисною моделлю. Нову форму штифта виготовлено з вентильного типу металу, а на його поверхні додатково сформовано суцільний шар конверсійної оксидокераміки за методом синтезу в електролітній плазмі. Суцільність і товщину утвореного покривного шару конверсійної оксидокераміки в електролітній плазмі контролюють за значеннями параметрів електрохімічного імпедансу. Синтезована на поверхні оксидокераміка має ідеальні показники адгезії з металом штифта, а також проміжне значення модуля пружності та коефіцієнта термічного розширення між металом і стоматологічними матеріалами, а також високий показник адгезії між стоматологічним цементом і композиційним матеріалом, що відповідно забезпечує належну міцність ланок сполучення в ланцюгу: метал кореневої частини штифта – оксидокераміка – стоматологічний цемент – дентин кореня зуба і метал коронкової ділянки штифта – оксидокераміка – композиційний матеріал. Утворена за методом синтезу в електролітній плазмі оксидокераміка є екологічно та біологічно чистим індиферентним типом покриття, яке не містить сторонніх домішок, а за захисними властивостями та корозійною стійкістю значно переважає оксидні та полімерні покриття.

Під час процесу напилення початковий контроль суцільності покриву штифта анкерного полягає в тому, що оксидокераміка збільшує питомий опір і спричиняє переміщенню процесу синтезу на ділянки чистого металу, і так продовжується до повного оксидування поверхні штифта, за якого параметри імпедансу виходять на асимптоту. Таким чином на поверхні штифта за методом синтезу в електролітній плазмі формується суцільний шар конверсійної оксидокераміки. Кінцевий контроль суцільності покривного шару по усій площині поверхні штифта, на завершальному етапі синтезу оксидокераміки, здійснюють шляхом вимірювання параметрів імпедансу – безпосередньо в розчині електроліту (у ванні).

З метою підбору оптимальних режимів напилення і контролю за товщиною шару оксидокераміки досліджували залежності струму корозії, параметри імпедансу  $R$  і  $C$  від складу електроліту і часу синтезу для сплавів цирконієвого  $Zr - 2,5 Nb$  і титанового ВТ 8 [11]. За оптимальної товщини покривів – струм

корозії, який визначали за поляризаційними залежностями в розчині 10% кислоти хлористоводневої, зменшувався в понад 1000 разів.

Міцність фіксації покривного шару визначали за методом „грибків” для стоматологічних цементів марок AdhesorFine, Jen-Fix та Fuji-I, використовуючи високоточний адгезиметр власної конструкції та високоміцний спеціальний клей для „грибків” „Araldite” фірми Elcometer. Адгезія досліджуваних марок стоматологічних цементів до непокритої поверхні сплавів VT8 і цирконій-2,5% Nb знаходилася в межах 0,3 ... 0.7 МПа, тобто була незначною. Поверхня сплавів після відриву грибків була зовсім чистою, без залишків стоматологічного цементу, розрив відбувався по границі розділу метал-стоматологічний цемент [12]. Показники адгезії стоматологічних цементів до поверхні оксидокерамічного покриття були у 5,5 ... 7 разів вищі від показників адгезії до металів. На поверхні оксидокераміки після відриву „грибків” були островкові залишки стоматологічних цементів, що свідчило про співмірність значень адгезії з міцністю на розтяг стоматологічних цементів.

встановлено, оскільки, тобто Оскільки показники адгезії оксидокераміки були передбачувано більшими від значення напруження і від адгезії стоматологічних цементів до оксидокераміки, а межа відриву відбувалася по границі розділу клей Araldite – поверхня металу „грибка” за напруження 8 ... 9 МПа то більш детальні дослідження адгезії оксидокераміки до вихідного металу штифта не проводили.

Під час досліджень було також встановлено, що значення адгезії простого дешевого цинкфосфатного цементу до оксидокераміки, синтезованої на сплавах титану і цирконію, були майже у три рази вищими, ніж значення адгезії високоякісних склоіономерних стоматологічних цементів Jen-Fix та Fuji-1 по відношенню до поверхонь досліджуваних сплавів.

**Висновки:** Таким чином, можна зробити висновок, що оксидокераміка забезпечує максимально можливу міцність зчеплення штифта зі стоматологічним цементом та відповідає якісно кращим фізико-механічним параметрам по відношенню до своїх аналогів.

Використання заявленого штифта дозволяє знизити вимоги до якості стоматологічних цементів, зокрема, до основного показника - величини адгезії з металічними поверхнями, спростити геометричну форму штифтів, зменшивши площу адгезивної поверхні та збільшити показник монолітності поєднуваного ланцюга дентин – стоматологічний цемент – оксидокераміка – метал штифта і оксидокераміки з композиційним матеріалом у конструкції реставрованого зуба при нижчих матеріальних і фінансових затратах.

Реставрація зубів за допомогою анкерних штифтів з конверсійним оксидокерамічним покриттям дозволяє збільшити міцність їх фіксації у кореновому каналі, забезпечує надійність кріплення коронкової частини та стійкість до випадкових перевантажень – тим самим збільшуючи показники довготривалості та витривалості.

**Гудар'ян О. О., Ідашкіна Н. Г., Маджді Аліакбар.**  
**НЕДОЛІКИ СТАНДАРТНОГО ВИКОРИСТАННЯ БРЕКЕТ-ТЕХНІКИ В**  
**ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра хірургічної стоматології, імплантології та пар одонтології. Україна*

**Актуальність.** Загальновідомо, що назубні шини мають широке застосування в світовій практиці і до 90 % переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду лікують методом двощелепного шинування [1,2]. Останнього часу все більшої популярності набувають методи лікування переломів нижньої щелепи з використанням адгезивної брекет-техніки для фіксації відламків [3,7]. Не викликають сумнівів певні переваги, що пов'язані зі зменшенням травматичності, кращою гігієнічністю [4,8], однак відсутність всебічного аналізу результатів застосування цієї методики лікування у хворих з переломами нижньої щелепи, невизначеність показань та протипоказань до використання адгезивної брекет-техніки під час фіксації відламків, значно обмежують можливість її практичного впровадження [5].

Загальновідомо що існуючі рекомендації проведення ручної репозиції відламків нижньої щелепи та подальшого накладення назубних шинуючих пристроїв будь-якої конструкції не дозволяють зберегти вірно зіставлення відламків, через те що під час шинування відламки знов зсуваються [6]. Закріплені шини стабілізують невірне положення відламків з утворенням сходинки по нижньому краю щелепи. Як наслідок, ми спостерігаємо недостатню репозицію відламків та порушення прикусу, яке неможливо виправити неінвазивними методиками. Нажаль даних що стосуються якості репозиції відламків під час використання саме брекет-техніки в сучасній літературі ми не знайшли.

**Мета роботи:** визначення недоліків в лікуванні хворих з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду при стандартному використанні брекет-техніки та розробка показань для її застосування.

**Матеріал і методи дослідження:** У 26 хворих, віком від 18 до 58 років з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду провели лікування методом двощелепного шинування із застосуванням стандартної методики з використанням брекет-техніки. Методика передбачала фіксацію брекетів на зуби верхньої та нижньої щелепи, одномоментну ручну репозицію відламків нижньої щелепи із подальшим накладенням ортодонтичної дуги, співставлення оклюзії та міжщелепне еластичне витягування. Клінічне обстеження хворих здійснювали за схемою, до якої увійшли збір та вивчення скарг, анамнезу життя, анамнезу захворювання, проведення зовнішнього огляду обличчя, порожнини рота, зубів, прикусу, пальпація, оцінка прикусу за восковими шаблонами (окклюзіограма), панорамне рентгенографічне обстеження, фотореєстрація. Всі пацієнти звернулися по допомогу в строки до 3 днів після

травми. Шинування здійснювали у першу добу після звернення. Обстеження проводили в три етапи. В день госпіталізації (до шинування), на 2 та 21 дні після репозиції.

**Результати:** У 20 (76,9 %) пацієнтів, лікування яких здійснювали із застосуванням стандартної методики з використанням брекет-техніки, ефективність репозиції була неповною. Були виявлені наступні клінічні недоліки: зміщення одного з фрагментів донизу, заходження відламків по вертикальній площині та утворення кісткового уступу по нижньому краю щелепи, відсутність контакту с антагоністами для зубів одного з відламків. У всіх цих випадках залучалися до додаткової репозиції та фіксації або шляхом перешинування (у 6 пацієнтів), або з використанням остеосинтезу (у 14 пацієнтів), залишаючи брекети як засіб тимчасової іммобілізації.



Рис. 1. Ортопантограма пацієнта Т., 26 років до шинування. Спостерігається зміщення відламків з формуванням «сходинок» по нижньому краю щелепи

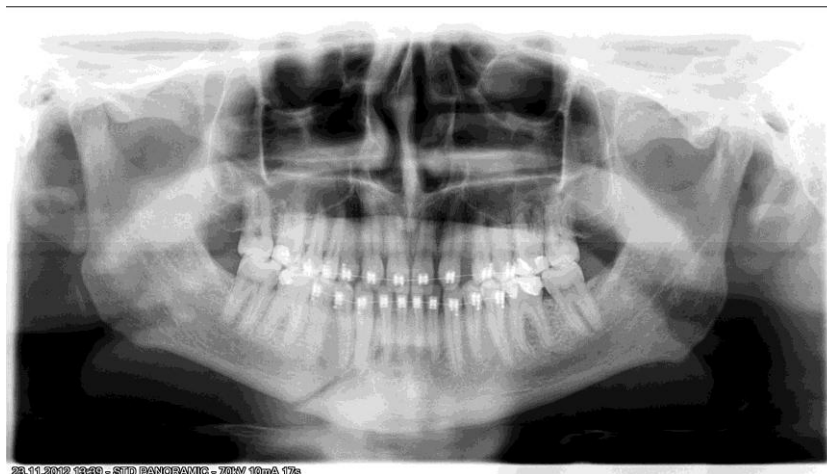


Рис.2. Ортопантограма того ж пацієнта, на 2-гу добу після шинування з використанням брекет-техніки. Репозиція недостатня, «сходи́нка» по нижньому краю щелепи зберігається

Лише у 6 (23,1 %) пацієнтів репозиція виявилася задовільною, однак слід відзначити, що значного зсуву відламків в цих випадках не спостерігалось.

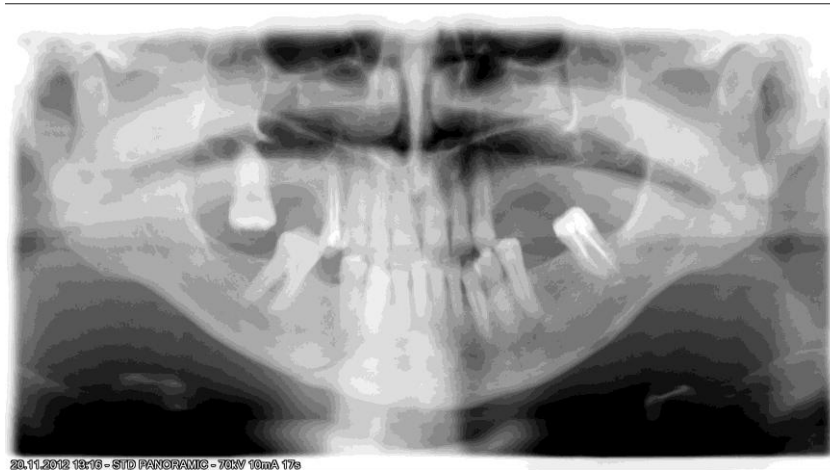


Рис.3. Ортопантограма пацієнта С., 37 років до шинування. Зсув відламків відсутній, значних порушень прикусу немає

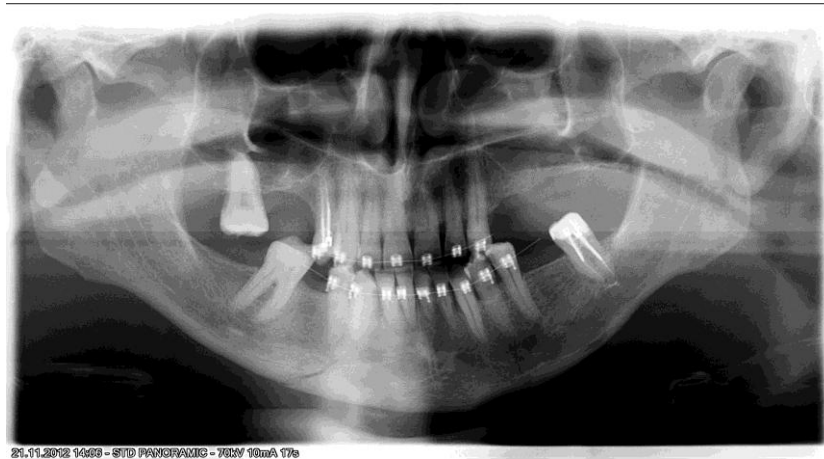


Рис. 4. Ортопантограма того ж пацієнта, на 2-гу добу після шинування з використанням брекет-техніки. Репозиція задовільна.

Загалом використання брекет-техніки для двощелепного шинування довело безперечні переваги. На відміну від традиційних назубних шин, за такий

спосіб скорочується тривалість шинування, покращуються гігієнічні показники, конструкція не торкається до слизової оболонки коміркового відростку, ясенних сосочків, не травмує, не стискує та не подразнює їх, не сприяють каріозному та не каріозному пошкодженню твердих тканин зубів, запальним захворюванням тканин пародонту або загостренню пародонтиту. Але за такий спосіб існує високий ризик повторного зміщення відламків під час накладання шин та подальшої фіксації відламків у невірному співвідношенні, не можливо здійснити післяопераційну корекцію положення відламків, що заважає достатній клінічній ефективності. Саме тому перспективним виглядає шлях удосконалення двощелепного шинування із застосуванням методики з використанням брекет-техніки.

**Висновки:** 1. При лікуванні переломів нижньої щелепи із застосуванням стандартної брекет-техніки неможливо зберегти чітку репозицію під час фіксації шинуючої конструкції, а закріплені шини стабілізують невірне співвідношення відламків і зубів в прикусі та не дають змоги в подальшому керувати репозицією в процесі лікування.

2. Стандартне використання брекет-техніки показано для лікування хворих з переломами нижньої щелепи лише за умов відсутності зсуву відламків та порушень прикусу.

**Демчина Г. Р.**

## **КОРЕКЦІЯ ЗАГОЄННЯ ПЕРІАПІКАЛЬНОГО РОЗРІДЖЕННЯ КІСТКИ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ОСНОВІ ТРАНСДУКЦІЙНИХ МЕХАНІЗМІВ**

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

**Актуальність.** Репаративні процеси в кістковій тканині мають багаторівневу організацію, і залежать, в першу чергу, від метаболічних процесів, контрольованих гормонами та гуморальними речовинами – естрогенами, тироїдними гормонами, паратгормоном, 1,25-дигідрокальциферолом, гормоном росту, інсуліном та інсуліноподібним фактором росту-I. Регенерацію кісткової тканини в періапикальній ділянці альвеолярних відростків щелеп головним чином пов'язують з якістю ендодонтичного лікування зубів. Полімікробна флора кореневих каналів, побічні продукти метаболізму, які зумовлюють виділення протеолітичних ензимів, ліпополісахаридів, коротколанцюгових жирних кислот, здатні безпосередньо або опосередковано через стимуляцію продукції інтерлейкіну-1 спричиняти резорбцію кістки. Тому повна діагностика системи кореневих каналів, механічне усунення інфікованих тканин ендодонту, повноцінна ірригація антисептиками з наступною обтурацією кореневих каналів створює умови до загоєння періапикального розрідження. На цьому етапі кістка може

змінювати свою структуру та властивості у процесі адаптивного ремоделювання відповідно до стану регуляторних систем та локальних умов, в яких вона перебуває. Баланс між анаболічним і катаболічними процесами має сильну кореляцію від типу навантаження. Високі (великі) навантаження, які трапляються від ударів, спричиняють пошкодження тканин, деградацію і апоптоз. Однак, останні дослідження показують як зовнішні механічні стимули спричиняють молекулярні ефекти в клітинах кістки, «вмикаючи» або «вимикаючи» їх, і як зростання механічного навантаження може призвести до токсичного впливу на клітини. Автори стверджують, що замале навантаження «вимикає» клітинну відповідь, зменшуючи кількість остеобластів, а отже, не стимулює кісткоутворення. Механотрансдукція – процес перетворення фізичних сил в біохімічні сигнали, які інтегрують клітинну відповідь, реалізується через молекулярні сигнальні шляхи: кальцієві іонні канали, інтегрини, простагландин, В-катенін, оксид азоту.

Наші клінічні спостереження змушують констатувати випадки недостатньо інтенсивного загоєння періапикального вогнища невеликих розмірів та випадки позитивної динаміки великих розріджень кісткової тканини за дотримання однакових протоколів ендодонтичного лікування.

**Мета дослідження:** розпрацювання ефективних способів впливу на процеси регенерації кісткової тканини періапикальної ділянки на основі трансдукційних механізмів.

**Матеріали і методи:** 18 пацієнтів віком від 26 до 55 років, з періапикальними розрідженнями кісткової тканини розміром від 1,5 до 5 мм, які констатували на прицільних рентгенограмах та за допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ). Оцінювання за КПКТ було вибіркоким, за показами, у випадках проблемної діагностики системи кореневих каналів за 2D рентгенографією. Ендодонтичне лікування проводили згідно з протоколами, канали розпрацьовували мінімально до №40, 04 конусності, використовуючи ротаційну систему Protaper-next. Ірригаційні розчини – 6% гіпохлорид натрію та 2% хлоргексидин чергували та активізували ультразвуком. У кореневі канали з ділянками розрідження від 2 мм до 5 мм вносили гідроксид кальцію на термін 2, 3 та 4 тижні. Постійну obturaцію проводили методом латеральної конденсації з використанням ANPlus та гутаперчі 04 конусності. Динаміку загоєння періапикального розрідження оцінювали через 3, 6, 12, 24 місяці. У 10 пацієнтів зуби після постійної obturaції відразу відновлювали реставраціями або тимчасовими коронками та вводили у фізіологічний прикус, ретельно перевіряючи оклюзію. Пацієнтам, які мали проблеми з відсутністю відносного спокою нижньої щелепи ( бруксизм, синдром TMJ ) капи для уникнення перевантаження та пов'язаного з ним вимикання шляхів біохімічної та клітинної відповіді, загибелі клітин та пригнічення регенерації. У 8 пацієнтів зуби після ендодонтичного лікування не були реставровані та не зазнавали фізіологічного навантаження.

**Результати.** Загоєння періапикального розрідження після ендодонтичного лікування впродовж 6-12-24 місяці спостерігали у 14 осіб. У

10 пацієнтів, яким відновлювали коронкову частину зубів, доводили до фізіологічної оклюзії репаративні процес відбувалися у коротші терміни і завершувались повною регенерацією кісткової тканини.

**Висновки.** Загоєння періапикального розрідження кістки після ендодонтичного лікування стимулюється циклічним навантаженням, яке запускається за умови введення ендодонтично лікованого зуба у фізіологічну оклюзію, що зумовлює біохімічну та клітинну відповідь та репаративні процеси в коротші терміни.

**Денега І.С., Ріпецька О.Р., Гриновець В.С.**  
**ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШОК У ХВОРИХ З**  
**ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИМИ ТА ДИСТРОФІЧНИМИ**  
**ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ**

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

Розвиток дистрофічного процесу у пародонт при генералізованому пародонти ті (ГП) та при пародонтозі (ПЗ) сьогодні розглядається як результат судинних, нейротрофічних порушень різного генезу, зокрема і коагуляційного (3, 5, 6). Отже дифузні дистрофічні ураження тканин пародонту, що стосується і більшості чи всіх зубів, що є характерним для ГП і ПЗ, обов'язково відображають вплив системних патогенних чинників. Одним з таких є порушення мікробіоценозу кишок і розвиток їх дисбіозу. Як відомо, при дисбіозі кишок (ДК) порушуються процеси травлення і всмоктування важливих нутрієнтів (амінокислот, вітамінів, мікроелементів і т.п.), виникає явище автоінтоксикації продуктами життєдіяльності патогенної мікрофлори, що негативно впливає на всі види обміну і відповідно трофіку організму, зокрема пародонту і порушує місцевий і системний імунітет (1, 2, 4, 7, 8, 9, 10). Однак ґрунтовних досліджень наявності та інтенсивності ДК в хворих на ГП і ПЗ майже не проводилося.

**Метою роботи** було дослідження стану мікробіоценозу товстої кишки в хворих з різними стадіями розвитку ГП і ПЗ.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 76 пацієнтів з генералізованим пародонти том і 53 з пародонтозом віком від 29 до 58 років які мали I-III стадії захворювань. Групу контролю склали 12 здорових осіб з інтактним пародонтом, віком 22-30 років. Для бактеріологічних досліджень використовували випорожнення (фекалії) пацієнтів та осіб здорової групи. Визначали видовий склад, популяційний рівень автохтонної облигатної та факультативної, а також аллохтонної мікрофлори товстої кишки. Ступінь кишкового дисбіозу визначали за методикою Г.І. Кузнецової (1975).

**Результати** показали, що на відміну від осіб контрольної групи, у яких не було виявлено явища ДК, значна більшість пацієнтів з ГП (90,8%) і з ПЗ (70,7%) мали порушення стану мікробіоценозу товстої кишки. Стан еубіозу (нормального мікробіоценозу) був виявлений лише у 17,5 хворих з I стадією



розвитку ГП. В той же час більше половини хворих (62,5%) при цій стадії захворювання мали ДК I-II ступеня і 20% – ДК III-IV ступеня. При обстеженні пацієнтів з ГП II-III ступеня чітко спостерігалось погіршення у них стану мікробіоценозу товстої кишки. Так, за даними табл. 1 видно, що при II-III стадії ГП взагалі не виявлявся стан еубіозу кишківника. У цих хворих переважно був діагностований ДК III-IV ступеня (у 58,4% осіб). Клініко-рентгенологічні прояви дистрофії (рецесія ясен, атрофія ясенних сосочків, склероз губчатої кістки, і т.п.) у хворих на ГП I ступеня були незначні і спостерігались лише у 55% випадків та тільки в окремих ділянках зубного ряду. В той час як майже у 90% пацієнтів з II-III ступенем ГП клінічна маніфестація дистрофічних проявів стосувалась вже не тільки пародонту, а й зубів, а їх інтенсивність була більш вираженою і поширеною, ніж при I ступені захворювання.

Деяко інша картина спостерігалась у хворих на пародонтоз. Виявлено, що більше половини пацієнтів з I стадією захворювання (51,7%) мала непорушений стан мікробіоценозу товстої кишки. ДК III-IV ступеня у даних пацієнтів спостерігався лише у 6,9% випадків, решта (41,4%) мали ДК I-II ступеня. У хворих з II-III ступенем пародонтозу еубіоз кишківника вже не спостерігався, а переважав ДК I-II ступеня (у 54,2% осіб). При цьому клініко-рентгенологічна маніфестація дистрофії як при I стадії захворювання так і при II-III, стосувалась не тільки пародонту, а й зубів і була дифузно поширена на обох зубних рядах. Переважно вона характеризувалась рецесією маргінальних ясен з атрофією сосочків, сплосченим і аркадним типом гінгівогліфіки, утворенням зон остеосклерозу в губчатій кістці міжзубних перегородок альвеолярного паростка і потовщенням їх кортикальної пластинки, звуженням пародонтальної щілини, формуванням клиновидних дефектів, петрифікацією пульпи зубів з утворенням в ній конкрементів та інше. Зазначені дистрофічні прояви у пародонті і зубах були суттєво більш вираженими у хворих на пародонтоз II-III ступеня у порівнянні з пацієнтами із I ступенем захворювання.

Отже розвиток і прогресування дистрофічно-запальних і дистрофічних патологій пародонта (ГП і ПЗ) відбувається на тлі існування у них дисбіозу кишківника, який посилюється з переходом захворювань у розвинену стадію з більш вираженими клініко-рентгенологічними ознаками дистрофії пародонту. Той факт, що у хворих на ГП при I стадії захворювання спостерігалось у три рази менше випадків нормального мікробіоценозу товстої кишки, а ДК III-IV ступеня виявлявся частіше ніж у пацієнтів на пародонтоз вказує на можливий вплив пародонтопатогенів із пародонтальних кишень на процес розвитку дисбіозу кишківника. Менша частота виявлення дисбіозу кишківника у хворих з пародонтозом, у яких дистрофічні прояви у пародонті були інтенсивнішими, ніж у хворих на генералізований пародонтит, може також свідчити про те, що порушення мікробіоценозу кишок є не єдиним у них системним патогенетичним механізмом розвитку дистрофії. Очевидно, що у хворих на пародонтоз, порівняно з хворими на генералізований пародонтит, більш значущими є інші механізми порушення живлення тканин пародонту.

### **Висновки.**

1. Результати наших досліджень вказують на ймовірний зв'язок розвитку дистрофічних процесів у пародонті з існуванням в організмі явища дисбіозу кишківника, який обумовлює їх виникнення і прогресування.
2. Висока поширеність і асоціативний зв'язок інтенсивності порушень мікробіоценозу товстої кишки з вираженістю дистрофічних проявів у пародонті і зубах у хворих на генералізований пародонтит і пародонтоз викликає потребу включення у схему комплексного лікування цих патологій методів і засобів для адекватної і ефективної корекції кишкового дисбіозу.

Таблиця 1. Частота змін мікробіоценозу товстої кишки у різних групах обстежених осіб.

| Групи обстежених осіб                          | Кількість пацієнтів | Розподіл пацієнтів з виявленим станом мікробіоценозу товстої кишки |      |                                     |      |                                      |      |
|--|---------------------|--|------|-------------------------------------|------|--------------------------------------|------|
|  |                     | Еубіоз   |      | Кишковий дисбіоз I-III ст. важкості |      | Кишковий дисбіоз III-IV ст. важкості |      |
|  |                     | Абсолютне число  | %    | Абсолютне число                     | %    | Абсолютне число                      | %    |
| Генералізований пародонтит I ст. важкості      | 40                  | 7  | 17,5 | 25                                  | 62,5 | 8                                    | 20   |
| Генералізований пародонтит II-III ст. важкості | 36                  | –  | –    | 15                                  | 41,6 | 21                                   | 58,4 |
| Пародонтоз I ст. важкості                      | 29                  | 15   | 51,7 | 12                                  | 41,4 | 2                                    | 6,9  |
| Пародонтоз II-III ст. важкості                 | 24                  | –  | –    | 13                                  | 54,2 | 11                                   | 45,8 |
| Контрольна група                               | 12                  | 12   | 100% | –                                   | –    | –                                    | –    |

**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 апаратурне 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.

## **ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОРНЯ ЗУБА ЭЛЕВАТОРОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.**

*Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.*

Государственное учреждение Днепропетровская медицинская академия  
Министерства здравоохранения Украины.

В ортопедической стоматологии имеет большое практическое значение сохранение формы и высоты альвеолярного отростка после выполнения операции удаления корней зубов.

Цель работы: изучить динамику заживления раны после удаления корня зуба элеватором.

Экспериментальные исследования были проведены на 11 беспородных собаках. Операция удаления корня зуба была выполнена под гексеналовым наркозом. Острым прямым элеватором тщательно отсепаровывали циркулярную связку в области восьмых нижних зубов, после чего коронковую часть указанных зубов резецировали костными кусачками, производили удаление корня элеватором по общепринятой методике с наи-меньшей травмой. Ревизию раны выполняли острой кюретажной ложкой. Рана заполнялась кровяным сгустком.

Из опыта собак выводили через 3,7,14,28, 94 дня. Нижнюю челюсть вычленили, в области альвеолярного отростка сохраняли мягкие ткани, остальную кость очищали от таковых. Объект помещали в 10% нейтральный раствор формалина. Участок области удаленных корней зубов выпиливали и отправляли на гистологическое изучение.

При гистологическом изучении обращали внимание на характер эпителизации раны, возникновение участков некроза костной ткани, характер и степень остеогенеза в ране, оставшейся после удаления корня зуба. Всего было изготовлено 200 срезов. Все манипуляции и наблюдения заносились в протоколы экспериментальных исследований.

В результате исследования в течение 14 дней обнаружили, что концы костных балочек с многочисленными линиями растрескиваний и безостеоцитными краями. Сами костные балочки характеризовались многочисленными пустыми лакунами остеоцитов. На 28 сутки после операции в поверхностных отделах альвеолярного отростка на месте бывшей лунки обнаруживается мелкопетлистая сеть костных балочек, которая спаяна с поверхностью безостеоцитных фрагментов и пустыми мелкими каналами. В глубоких отделах определилась сеть из костных балочек, которые во многих местах включали безостеоцитные фрагменты. На 56 сутки после операции костная ткань преимущественно грубопучкового характера с беспорядочно расположенными каналами, содержащими сосуды. В глубоких отделах альвеолярного отростка на месте бывшей лунки обнаруживается крупнопетлистая сеть из новообразованных костных балочек, которые напластовываются на безостеоцитных костных фрагментах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

При вывихивании корня зуба элеватор действует как клин, следовательно при выполнении операции происходит компрессия и сминание костных структур альвеолярного отростка в области лунки, образование свободных костных фрагментов и в конечном счете образование безостеоцитных полей в костной ткани альвеолярного отростка челюсти, что повышает вероятность развития воспалительных осложнений в послеоперационном периоде со всеми вытекающими последствиями.

При травматичном удалении корня зуба элеватором время заживления раны удлиняется, могут повреждаться соседние зубы, что сказывается на выборе конструкции зубного протеза и сроков его применения.

## **КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАСЧЕТ КОНСТРУКЦИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА.**

**Зайцев Л.А., Зайцева Ю.Л.**

*Государственное учреждение Днепрпетровская медицинская академия  
Министерства здравоохранения Украины.*

Проблема конструирования рационального мостовидного протеза с учетом выносливости к нагрузке пародонта опорных зубов существует на протяжении длительного времени, многие вопросы не решены, но особенно остро она проявляется при заболеваниях тканей пародонта.

Предложенная В.Ю.Курлядским пародонтограмма подвержена критике и не получила должного распространения. Точно определить степень атрофии не всегда представляется возможным, так как она не во всех случаях соответствует предлагаемым фиксированным значениям. Оценка выносливости пародонта, основанная по трем показателям: по величине атрофии лунки зуба, степени подвижности зубов и площади их корней хоть и более прогрессивна, но в практическом здравоохранении сложна в применении и недостаточно достоверна. Выведенные автором (Жулев В.Н. (1991) коэффициенты выносливости на основании оценки площади корней опорных зубов не позволяют в полной мере произвести расчет конструкции мостовидного протеза.

Мостовидный протез вызывает перегрузку пародонта опорных зубов, однако величина ее может быть различной и зависеть не только от протяженности дефекта, но и от ширины промежуточной части конструкции, которая должна быть меньше ширины замещаемых зубов. Но как это рассчитать? При здоровом пародонте на практике врач эмпирически рассчитывает ширину промежуточной части, а при скомпроментированном пародонте планирование конструкции мостовидного протеза становится весьма сложной задачей. Какой же

она должна быть в каждом конкретном случае? Для этой цели мы использовали экспериментальный комплекс- стоматологический фантом (пат. України 20584 ), АЦП и компьютер. Выполняем измерения выносливости пародонта к нагрузке опорных зубов при помощи гнатодинамометра, согласно коэффициентам рассчитываем конструкцию мостовидного протеза. После калибровки датчиков каркас последнего крепится посредством фиксации искусственных коронок при помощи самотвердеющей пластмассы на штифты измерительного блока в соответствии с окклюзией противоположной челюсти с таким расчетом, чтобы между окклюзионными поверхностями мостовидного протеза и контактирующими с ним зубами противоположной челюсти был зазор 0,4-0,5 мм. Промежуток времени, во время которого происходит смыкание фантомных челюстей, устанавливаем в одну секунду. Конструкция фантома позволяет регулировать высоту опускания нижней челюсти и силу смыкания в широких пределах.

После запуска привода фантома между окклюзионной поверхностью каркаса мостовидного протеза и зубами модели противоположной челюсти поочередно в различных точках помещается объект, прочностные характеристики которого достаточны для конкретного исследования (мы применяли прямоугольной формы морковь). Прикладываемая к каждому датчику нагрузка отображается на мониторе компьютера.

**Иванов В.С.**

### **ПОКАЗАТЕЛИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ 3-6 ЛЕТ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ ГОРОДА ОДЕССЫ ЗА 20-ТИ ЛЕТНИЙ ПЕРИОД**

*Государственное учреждение «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины», отделение стоматологии детского возраста и ортодонтии. Украина*

Проблема кариеса зубов у детей продолжает оставаться одной из важнейших в современной стоматологии, особенно раннего детского кариеса (РДК), распространенность которого в мире колеблется в широком диапазоне - от 2,0% до 70,0% и выше. Мониторинг стоматологической заболеваемости очень важен и для коммунальной профилактики на уровне страны, города, района или организованного детского коллектива. Поэтому в Одессе был проведен сравнительный ситуационный анализ стоматологической заболеваемости, в частности состояния твердых тканей зубов у детей 3-6 лет.

**Цель исследования.** Оценка частоты и структуры поражения твердых тканей зубов у детского дошкольного и младшего школьного населения города Одессы в 2014 году и оценка динамики заболеваемости у данных возрастных групп за 20 лет.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании участвовали врачи, проводившие оценку стоматологического статуса у детей как в 1994, так

и в 2014 году. В 4-х районах города было осмотрено 1920 детей 3-6 лет (60 детей в каждой возрастной группе). Оценивали состояние твердых тканей зубов - распространенность, интенсивность, наивысшую интенсивность (НИК) кариеса зубов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о росте частоты кариеса зубов во всех возрастных группах к 2014 году в сравнении с данными 1994 года. Значительный рост заболеваемости кариесом зубов за эти годы произошел в группе 3-летних и 6-летних детей в постоянном прикусе. В среднем эти параметры увеличились в 1,7 раза за 20-лет. По оценке ВОЗ в среднем по городу низкий уровень заболеваемости увеличился и стал высоким в возрасте 3-х и 4-х лет, высокий стал массовым в возрасте 5-ти лет, низкий стал средним в возрасте 6 лет (зубы постоянного прикуса). Распространенность кариеса зубов временного прикуса у детей 6 лет осталась на уровне массовой.

Интенсивность кариеса зубов за 20-летний период в среднем по городу изменилась по оценке ВОЗ с низкой на среднюю в 4-х, 5, и 6-ти (временный прикус) летнем возрасте и осталась низкой, в 6-ти (постоянный прикус) летнем возрасте, значительно увеличившись за исследуемый период.

Показатель соотношения кариозных полостей (К) к запломбированным (П) в 1994 году обратно пропорционален показателю 2014 года. Так, в среднем по городу у детей 3-х лет в 1994 году этот показатель равен 1:2, в 2014 году он соответствовал 2,7:1. За 20 лет показатель удаленных зубов постоянного прикуса у детей 6 лет отсутствовал.

В среднем по городу, в 2014 году, в 2,1 раза уменьшилось количество детей с низкой степенью кариеса зубов во временном прикусе (кпп меньше 3,0) по сравнению с 1995 годом, увеличилось количество детей со средней (кпп от 3 до 6) и высокой (кпп больше 6) степенью поражения (в 1,2 и в 1,6 раза соответственно).

**Выводы.** Проведенные эпидемиологические исследования детей 3-6 лет различных районов города Одессы в динамике за 20-ти летний период наблюдений показали увеличение распространенности кариеса зубов временного прикуса в группе 3-летних детей – в 1,7 раза (высокая), в группе 4-х летних детей в 1,5 раза (высокая), в группе 5 и 6 летнего возраста – в 1,1 раза (массовая). Распространенность кариеса зубов постоянного прикуса у детей 6 лет увеличилась в 1,7 раза (16,81 %).

Интенсивность кариеса зубов возросла в среднем по городу в 5 раз у детей 3-х лет, в 2,2 раза у детей 4-х лет, в 2 раза у детей 5 лет и в 1,4 раза (временный прикус), в 1,8 раза (постоянный прикус) у детей 6 лет.

Показатель соотношения кариозных полостей (К) к пломбированным (П) 1994 года обратно пропорционален показателю 2014 года. 73 % незапломбированного кариеса зубов выявлено в 2014 году у детей 3-4 лет, 68 % незапломбированного кариеса в зубах постоянного прикуса, 64,3 % кариеса в зубах временного прикуса у детей 6 лет.



Треть обследуемых детей 6 лет с наивысшей интенсивностью кариеса зубов в 1,5 раза выше в 2014 году, чем в 1995 году. С такими высокими показателями больше детей в Киевском и Малиновском районах.

В 2014 году, в среднем по городу уменьшилось количество детей 6 лет с низкой степенью кариеса зубов во временном прикусе в 2,1 раза по сравнению с 1995 годом, и увеличилось количество детей со средней и высокой степенью поражения (в 1,2 и в 1,6 раза соответственно). Количество здоровых детей в 6-ти летнем возрасте уменьшилось в 1,7 раза. Исключением являются Киевский и Малиновский районы. В зубах постоянного прикуса увеличилось количество детей с низкой степенью поражения кариесом и уменьшилось количество детей со средней и высокой поражаемостью. Количество здоровых детей выросло в 1,1 раза.

**Идашкина Н.Г., Юнкин Я.О., Расинская Т.С.\*, Сиренко Н.М.\*\***

### **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,*

*\*ЧП «Киника Хотимского»,*

*\*\*Консультативная поликлиника ГУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. Мечникова»*

**Актуальность.** В структуре заболеваний челюстно-лицевой области травматические повреждения занимают одно из первых мест, нередко усугубляются развитием гнойного процесса, а в дальнейшем и хронического остеомиелита. Частота возникновения травматического остеомиелита достигает 10 – 15% у больных с переломами нижней челюсти и не имеет тенденции к снижению [1,2].

Риск развития посттравматического остеомиелита связан с широким комплексом взаимозависимых факторов: с проникновением в область перелома условно-патогенной и патогенной микрофлоры, с нарушениями местного и системного иммунитета [3,4].

С высокой степенью достоверности известно, что посттравматический остеомиелит возникает при воздействии на раневой процесс условно-патогенной и патогенной микрофлоры, находящейся в одонтогенных очагах инфекций [5]. Увеличение в популяции населения прослойки лиц с иммунодефицитом создает предпосылки, вследствие которых на первый план среди возбудителей остеомиелита могут выходить представители резидентной микрофлоры [6].

Следует признать, что состав микрофлоры у больных с переломами нижней челюсти, ее роль в развитии посттравматического остеомиелита изучены достаточно полно. Однако в настоящее время существует большая неоднородность подходов к выбору антимикробных препаратов, суточных и курсовых доз антибиотиков, методов введения и критериев их эффективности.

Общеизвестно, что большинство современных антибактериальных препаратов обладают выраженным иммунодепрессивным действием, которое проявляется не только в нарушении иммунных механизмов репаративного остеогенеза, но и в развитии посттравматических воспалительных осложнений, инициированных условно-патогенными микроорганизмами в ассоциации с грибами рода *Candida* на фоне снижения местной иммунологической реактивности. При такой ситуации нерациональная антибиотикотерапия только способствует возникновению резистентных штаммов микроорганизмов и повышению сенсбилизации организма.

С нашей точки зрения, представляют интерес новые подходы устранения анаэробной условно-патогенной микрофлоры путем применения альтернативных антимикробных терапевтических мероприятий с использованием системы HELBO (HELBO Photodynamic Systems). Терапевтический эффект базируется на маркировке стенки бактерии светочувствительными молекулами красителя фотосенситазы HELBO®Blue, которые в последующем активируются светом лазера и передают свою энергию на локальный кислород. В результате образуется высокоагрессивный синглетный кислород, разрушающий более 99% анаэробных бактерий [7].

Несмотря на всестороннее изучение антимикробных эффектов HELBO-терапии, ее влияние на микрофлору, участвующую в развитии остеомиелита у больных с переломами нижней челюсти, и локальные факторы иммунной защиты, на настоящий момент полностью не раскрыты.

**Цель настоящего исследования:** Изучение клинических, антибактериальных и иммунологических эффектов HELBO-терапии у больных с переломами нижней челюсти при профилактике и лечении посттравматического остеомиелита.

**Материалы и методы:** Объектом исследования явились 57 пациентов, у которых были диагностированы переломы нижней челюсти. Из них было 48 мужчин (80,8 %) и 9 женщин (19,2 %), средний возраст которых составил  $28,5 \pm 5,6$  лет.

У всех пациентов диагностировали одиночные повреждения нижней челюсти. Лечение пострадавших проводили согласно общепринятым украинским стандартам и локальным протоколам оказания помощи больным с травматическими повреждениями нижней челюсти. Репозицию и фиксацию отломков осуществляли методом двухчелюстного шинирования с межчелюстным вытяжением. Всем больным проводилось стандартное клиническое и рентгенографическое обследование [8].

Диагноз устанавливался на основании клинико–рентгенологических критериев. Лабораторные исследования проводили до, на 10 сутки и через 1 месяца после репозиции.

Контрольную группу составили 19 практически здоровых лиц-добровольцев в возрасте от 24 до 35 лет (средний возраст  $25,1 \pm 4,7$  лет, из них 78,9% мужчин и 21,1% женщин, у которых не было выявлено клинических признаков острых или хронических заболеваний любой природы, а также патологии зубов и пародонта).

Пациенты и лица контрольной группы в условиях лаборатории обследовались по единому плану, который предусматривал в соответствии с целью настоящей работы проведение:

- исследования содержания цитокинов ИЛ - 1 $\beta$ , ФНО –  $\alpha$  и ИЛ – 4 в сыворотке крови;
- определение уровня IgA, IgM, IgG в сыворотке крови.

На основании лабораторных исследований, более чем у половины (59,6% случаев) больных с повреждениями нижней челюсти была выявлена депрессия местного и общего иммунологического статуса; у 40,4% пациентов не установлено исходных существенных нарушений системного иммунитета.

С учетом этого пациенты с переломами нижней челюсти были поделены на группы: в I группу (34 чел.) включались пациенты со сдвигами показателей иммунологической реактивности, во II группу (23 чел.) – без проявлений иммунодефицита. Из пациентов I группы было сформировано 2 подгруппы по 17 человек: все пациенты I подгруппы после репозиции и фиксации костных отломков получали медикаментозное лечение, в дозировках согласно весу. В схему лечения вошел линкомицина гидрохлорид: 30% - 2 мл 3 раза в сутки в/м, № 7.

Во II подгруппе лечебный комплекс предусматривал использование HELBO – терапии вместо традиционных антибактериальных препаратов.

HELBO - терапию осуществляли двумя способами: при открытой методике вдоль линии перелома с язычной и вестибулярной сторон через тупую канюлю вводили фотосинтеазу и воздействовали лазером с помощью стерильных одноразовых световодов. Время действия фотосенсибилизатора и экспозиции лазера определялись хронометром системы HELBO. Краситель наносили на 3 минуты, после чего остаток фотосенситазы смывали изотоническим раствором хлорида натрия, для беспрепятственной активации лазером. Облучение проводили на протяжении 3 минут. Курс терапии состоял из 2 процедур, которые проводили перед и на 2-е сутки после шинирования.

Для закрытой методики использовали широкий световод, придерживаясь основных этапов и временных интервалов открытой методики. Курс терапии состоял из 4-5 процедур.

Пациенты II группы получали только антибактериальный препарат (линкомицина гидрохлорид: 30% - 2 мл 3 раза в сутки в/м, № 7).

В обеих клинических группах в обязательный комплекс послеоперационных мероприятий входило: назначение гипосенсибилизирующего препарата (диазолин 0,1 г 2 раза в сутки) – 14 дней, обезболивающего (анальгин 50% - 1 мл 1-2 раза в сутки) – 5-7 дней, туалет полости рта с ирригациями раствором стоматидина.

Определение специфических бактериологических возбудителей из щели перелома проводилось методом ДНК-диагностики полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующей обратной ДНК гибридизацией.

Результаты подвергались статистической обработке на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica for

Windows 6.0. Полученные данные представлены в виде среднего арифметического значения, стандартного отклонения ошибок. Для оценки достоверности между группами вычислили t-критерий Стьюдента. При  $p < 0,05$  различия считались достоверными [9].

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенные перед началом лечения клинические исследования показали, что исходная симптоматика проявления переломов нижней челюсти у больных I и II групп не имела отличий, практически соответствовала примерно одному уровню.

При репозиции были достигнуты точное сопоставление отломков и их надежная фиксация у всех пострадавших I и II групп. В обеих группах отмечалась положительная клиническая динамика в ближайшие сроки после репозиции отломков.

При клиническом обследовании через 1 месяц после лечения у большинства больных II группы консолидация отломков нижней челюсти была полноценной. К этому времени ни в одном из случаев не выявлялась подвижность отломков, костная мозоль не пальпировалась в 20 случаях (86,9%) и только у 3 (13,1%) пациентов консолидация протекала с выраженным ее образованием.

Примечательно, что у больных II группы показатели клеточного иммунитета практически ничем не отличались от таковых показателей группы контроля (здоровых). Одновременно с этим было выявлено существенное повышение уровней содержания IgA, IgM, IgG, а также малозначимое ИЛ - 1 $\beta$  и ФНО -  $\alpha$  в сыворотке крови. Выявленные в нашем исследовании изменения со стороны иммуноглобулинов основных классов и цитокинов в сыворотке крови больных II группы, по-видимому, связаны с острыми повреждениями лицевого скелета и травматическим стрессом. Подтверждением сказанного служила их положительная динамика в процессе консолидации отломков нижней челюсти и нормализация уровней IgM, IgG, ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4 и ФНО- $\alpha$  уже на 10 сутки после иммобилизации у всех пациентов II группы, что можно рассматривать как закономерное явление, поскольку к этому сроку начальная стадия регенерации костной ткани, как правило, заканчивается.

К 30-м суткам показатели иммунного статуса у пациентов II группы практически ничем не отличались от таковых у здоровых, что и обеспечивало, по нашему мнению, полноценность течения регенераторных процессов.

Изменения показателей гуморального иммунного статуса у больных I группы имели иную направленность, а выявленные расстройства в цитокиновой системе оказались более выраженными. Исходные нарушения иммунитета были связаны с повышением уровней IgA и IgM, в то время как IgG почти у половины пациентов оставался в норме, что указывало на несостоятельность гуморального иммунитета.

Наиболее выраженные отклонения выявлены у пациентов обеих подгрупп I группы со стороны цитокинового профиля: повышение продукции ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$  на фоне резкого снижения концентрации ИЛ-4 в сыворотке крови. Особо следует заметить, что спустя 10 суток после иммобилизации у пациентов I подгруппы не установлено положительной динамики со стороны показателей

как гуморального, так и клеточного иммунитета, в то время как у пациентов II группы выявлена положительная динамика уровней IgA, IgM, IgG, ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-4 и ФНО- $\alpha$ . К 30-м суткам показатели иммунного статуса у пациентов II подгруппы демонстрировали тенденцию к выраженной положительной динамике. У всех 17 пациентов этой подгруппы консолидация отломков нижней челюсти была полноценной. Ни в одном из случаев не выявлялась подвижность отломков, отсутствовали воспалительные явления, костная мозоль не пальпировалась в большинстве случаев (70,6%), у 5 (29,4%) пациентов консолидация протекала с выраженным ее образованием. Напротив, нормализация иммунологического статуса у больных I подгруппы не была достигнута и на 30 сутки после шинирования. Более того, у 7 исследуемых (35,2%) уже на 10-е сутки зарегистрировано его ухудшение. В этот период отмечен рост продукции ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$ , прогрессивное снижение ИЛ-4 в сыворотке крови. Клинически у этих 7 больных отмечалось нарастание явлений воспаления в области перелома нижней челюсти (выраженная асимметрия лица, гиперемия слизистой, болезненность при пальпации, наличие экссудата из щели перелома). В связи с вышеизложенным, у этих 7 пациентов дополнительно был проведен курс HELBO – терапии по закрытой методике (4-5 процедур, по 1 разу в день), после чего у 2-х пациентов (11,8%) сформировались небольшие подвижные секвестры до 0,2-0,3 см, для удаления которых потребовалась открытая инструментальная ревизия, в послеоперационном периоде манипуляции продолжали еще 5 дней (по 1 сеансу в день). У остальных 5 пациентов (29,4%) явления воспаления были купированы полностью уже после 3-й процедуры и дополнительные оперативные вмешательства не требовались.

### **Выводы:**

1. В патогенезе посттравматического остеомиелита определяющая роль отводится характеру микробиологического и иммунологического взаимодействия. Риск развития гнойно-воспалительного процесса в зоне нарушения целостности костной ткани возрастает при снижении местной иммунологической реактивности и появлении в зоне перелома нетипичных аэробных и, особенно, анаэробных бактерий и их ассоциаций с грибами рода *Candida*.

2. Использование фотосенсибилизирующей терапии в комплексной профилактике и лечении посттравматического остеомиелита у больных с переломами нижней челюсти обеспечивает бактерицидный эффект и улучшает состояние местного иммунитета. Данная методика может быть рекомендована к широкому применению в клинической практике в качестве доступной и эффективной малоинвазивной процедуры для лечения посттравматического остеомиелита и его профилактики у пациентов с переломами нижней челюсти, вне зависимости от способа закрепления костных отломков.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЕХООСТЕОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСТЕОПЛАСТИКИ НЕЗРОЩЕНЬ ПІДНЕБІННЯ ТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА У ДІТЕЙ.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

**Актуальність.** Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння залишаються найбільш розповсюдженими вадами розвитку обличчя у дітей. Тому розробка нових способів лікування таких хворих є актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії [3, 4, 5].

Запропоновано багато способів оперативного відновлення піднебіння, їхніх модифікацій. Однак вони не завжди дають хороші анатомічні і функціональні результати лікування.

Одним із шляхів вирішення вказаної проблеми, можна вважати модифікацію операцій уранопластики із застосуванням кісткової трансплантації [1, 3, 4].

**Мета роботи.** Оцінка результатів лікування вроджених незрощень альвеолярного відростка та піднебіння способом ураноостеопластики з одночасною кістковою пластиком альвеолярного відростка за допомогою ехоостеометричного дослідження.

**Матеріали і методи дослідження.** Оперативні втручання було проведено 62 хворим у віці від 4-ох до 6-ти років, що знаходилися на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з вродженими наскрізними незрощеннями піднебіння та альвеолярного відростка (лівобічними – 44, правобічними - 18). У 32 з них (23 хлопчики, 9 дівчаток) проведено ураноальвеолоостеопластику (основна група) і у 30 (22 хлопчики, 8 дівчаток) – уранопластику слизово-окісним клаптом (група порівняння).

Оперативне втручання у обох клінічних групах проводили за способом професора Готь І.М. та співавторів (авторське свідоцтво №169943 А1 від 22.08.1991 р.). Цей метод передбачає одноетапне закриття дефектів м'якого, твердого піднебіння та альвеолярного паростка, з переміщенням слизово-окісного клаптя язикоподібної форми, тільки з малого фрагменту, виключаючи при цьому з типового варіанту уранопластики найбільш травматичні її етапи – інтерламінарну остеотомію та мезофарингоконстрикцію.

Моделювали остеотрансплант із демінералізованого ребра за формою дефекту твердого піднебіння та його розміщення на поверхні дефекту. Кістковий трансплантат губчастою поверхнею розміщували до ротової порожнини, так як слизово-окісні клапті з оральної сторони кровопостачаються значно краще ніж носові. Далі, накладаючи вузлові шви, ретельно зшивали піднебінні клапті, формуючи основу твердого піднебіння.

Наступним етапом була остеопластика вродженого дефекту альвеолярного паростка верхньої щелепи. Використовуючи залишки ребра, що залишилися після моделювання, здійснювали їх подрібнення за допомогою ножиць до дрібних часток та змішували їх у чашці Перті з поліуретановим клеєм КЛ-3 у

співвідношенні 1:1 та ще до його затвердіння заповнювали цією композицією дефект на альвеолярному відростку.

Запропонований спосіб оперативного відновлення піднебіння відрізняється від відомих тим, що забезпечує епітелізацію дна носової порожнини і склепіння рота, мобілізацію судинно-нервових пучків шляхом часткового їхнього відшаровування від піднебінних слизово-окістних клаптів, усунення кісткового дефекту піднебіння консервованою аллокісткою, резекції задньо-внутрішнього краю великого піднебінного отвору. Крім цього, завдяки розробленому композиційному остеотрансплантанту вдавалося повністю виповнити ділянку дефекту альвеолярного відростка.

З метою контролю за репаративними процесами використовували метод ультразвукової остеометрії, який базується на принципі зміни швидкості розповсюдження ультразвукових коливань в кістковій тканині, що дозволяє отримати об'єктивну інформацію про її щільність при різних патологічних станах.

Ехоостеометричне обстеження проводили перед операцією і в терміни 10-12 місяців після неї за допомогою приладу "Ехоостеометр ЗОМ 01-Ц". Оскільки в обох групах хворих патологічні процеси локалізуватися на верхній щелепі, то для отримання порівняльних результатів датчики (один – випромінювач, другий – приймач) накладали в підочній ділянці на рівні 54 і 64 зубів, за показник норми брали середню швидкість розповсюдження ультразвукової хвилі по незмінній верхній щелепі –  $3070 \pm 35$  м/с, отриману із літературних джерел (А.М.Дусмуратов і співавт.) [2]. Для розрахунків брали середнє значення з 5-ти стійких показів часу проходження ультразвукових імпульсів.

**Результати дослідження.** Доопераційні показники у хворих обох груп спостереження були практично ідентичними, різнилися недостовірно між собою та становили 79,6 % від показника норми для основної групи та 79,8 % – для групи порівняння із статистично підтвердженою достовірністю (табл. 1).

Через рік після перенесеного хірургічної реконструкції піднебіння швидкість проходження ультразвукової хвилі в обох групах спостереження зросла, проте уже чітко відмічалася статистично доведена різниця. У групі порівняння швидкість зросла на 5,2 % та становила 85,0 % від показника норми з  $p > 0,05$ . У основній групі вказана величина збільшилася на 18,1 % до 97,7 % від показника норми, що недостовірно різнилося до цього показника ( $p < 0,05$ ). та достовірно до величини групи порівняння. Різниця між двома групами спостереження була статистично достовірною ( $p < 0,05$ ) та склала 12,9 % (табл. 1)

#### Таблиця 1

Показники ехоостеометрії в хворих обох груп спостереження,  $M \pm m$  (м/с)

| Терміни спостереження     | Основна група (n=32)                          | Група порівняння (n=30)                       | Показник норми |
|---------------------------|---|---|----------------|
| До оперативного лікування | $2445 \pm 32$<br>$p_1 > 0,05$<br>$p_2 < 0,05$ | $2450 \pm 28$<br>$p_1 > 0,05$<br>$p_2 < 0,05$ | $3070 \pm 35$  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
| Через рік після операції  | 2998±40<br>$p_1 < 0,05$<br>$p_2 > 0,05$ | 2610±34<br>$p_1 > 0,05$<br>$p_2 > 0,05$ | 3070±35 |
| Примітки:<br>1. $p_1$ – достовірність щодо показника норми;<br>2. $p_2$ – достовірність між основною групою та групою порівняння. |   |   |         |

### **Висновки.**

1. Запропонований спосіб ураноостеопластики з застосуванням комбінованого аллокісткового трансплантату з одномоментною пластикою вроджених дефектів альвеолярного відростка забезпечує малу травматичність, створює добрі умови для загоювання рани, а також не є технічно складним у виконанні.
2. Дані ультразвукової остеометрії вказували на збільшену щільність кісткової тканини, що підтверджує її формування в ділянці реконструкції вродженого незрощення піднебіння та альвеолярного паростка верхньої щелепи. Якщо доопераційні дослідження у хворих обох груп спостереження були практично ідентичними, то вже через рік можна було відмітити статистично достовірну різницю у 13 % та практично досягнення фізіологічного показника у хворих, оперованих за розробленою методикою ураноостеопластики з застосуванням комбінованого аллокісткового трансплантату з одномоментною пластикою вроджених дефектів альвеолярного відростка.

## **ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ АПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЗУБІВ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

**Кареліна Ю.В., Кареліна Л.С**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія»*

Ритм сьогодення, величезний потік інформації створюють необхідність для кожного практикуючого лікаря прагнути до новаторства, освоєння нових технологій і впровадження їх в практичну діяльність. До активного пошуку підштовхує і те, що професіоналізм і якість роботи стає основоположними в умовах конкуренції на ринку стоматологічних послуг. Позитивна сторона технологічного прориву нині незаперечна, але, в той же час, для практикуючого лікаря важливим є необхідність оцінити переваги і недоліки тієї чи іншої технології, вибрати оптимальну апаратуру і інструментарій з урахуванням технічних і матеріальних можливостей. Ми вважаємо, що в цьому плані корисна буде інформація про результати застосування під час ендодонтичного лікування зубів лікарем стоматологом апарата апекс-локатора PROPEX Pxi.

Сьогодні на стоматологічному ринку з'явився достатньо великий вибір апекс-локаторів, різноманітних за своїми технічними можливостями та



вартістю. Вибір цього апарату був обумовлений порівняно невисокою ціною, простотою і зручністю в експлуатації. Перш за все хотілося б нагадати, що при ендодонтичному лікуванні зубів важливий кожен етап інструментальної обробки кореневих каналів.

Очистка кореневих каналів, розширення і формування їх від гирла до верхівки разом з антисептичною обробкою створюють умови для наступного етапу - пломбування кореневих каналів. Ланка яка сполучає ці два етапи є визначення робочої довжини кореневого каналу (в клініці зазвичай вимірюють довжину зубу, так як важко виміряти довжину кореня). Саме правильне визначення робочої довжини при якісному виконанні попередніх етапів ендодонтичного лікування, багато в чому сприяє успішному проведенню заключного етапу - пломбування кореневих каналів і, загалом, реставрації або протезування коронки зубу. Для визначення робочої довжини застосовується розрахунковий, рентгенологічний і електрометричний методи (Е.В. Боровський, Н.С.Жохова, 1997).

Значення кожного з цих методів і раціональне їх поєднання забезпечують точне і надійне визначення робочої довжини кореневого каналу. В останні роки електрометричний метод привертає увагу своєю простотою і доступністю. Використання апекс-локатора в процесі ендодонтичного лікування, разом з рентгенологічними методами значно скорочує кількість необхідних рентгенологічних досліджень і тим самим зменшує дозу опромінення пацієнта, що особливо актуально для жителів країн з підвищеним радіаційним фоном - України, Білорусії, Росії, а також для дітей і вагітних жінок. Крім того, при рентгенологічному обстеженні не завжди можна отримати достатньо чітке зображення (при деяких анатомічних особливостях будови контуру гайморової пазухи і виличного відростка затінують корені зубів, важко отримати чітке зображення при проектуванні тривимірного зуба на двовірну поверхню рентгенологічної плівки, корені направлені під кутом від центру, можуть здаватися коротші чи довші, при контрольних рентгенологічних знімках мілкий ендодонтичний інструментарій погано проглядається в кореневих каналах і т. п.

Метод визначення робочої довжини кореневих каналів за допомогою апекс-локатора є перспективним, доступним і не шкідливим.

Апекс-локатор призначений не тільки для знаходження апікального звуження (апексу), але і для визначення перфорації кореня зуба чи його тріщини.

В основі конструкції прибору лежить принцип виміру різниці електричного опору твердих тканин порожнини рота. Автоматичне регулювання живлення, звукова і світлова індикація місцезнаходження апексу забезпечує зручність і надійність в клінічній практиці. В процесі роботи один з електродів прибору фіксують на губі, а в іншому - закріплюють ендодонтичний інструмент і вводять в кореневий канал, який заздалегідь був ретельно підготовлений інструментально, антисептично оброблений і висушений. По мірі просування інструменту в кореновому каналі апекс-локатор дає сигнал про наближення до апексу, досягнення клінічного апексу і проходження за верхівку

кореня. Визначивши місцезнаходження апексу, фіксують робочу довжину кореневого каналу. В разі необхідності, закінчують доробку кореневого каналу до встановленої електричним методом робочої довжини і готують його до пломбування. Після пломбування каналів - контрольне рентгенологічне дослідження.

Аналіз результатів ендодонтичного лікування зубів з ускладненими формами карієсу, з використанням апекс-локатору в стоматології, за останні два з половиною роки свідчать про значне підвищення ефективності і якості лікування, зменшення витрат в часі і на його проведення.

На сьогоднішній день немає сумнівів, що використання апекс-локатору в ендодонтичному лікуванні спрощує роботу стоматолога, покращує результати його лікування, скорочує кількість рентгенологічних досліджень. Тому рахуємо доцільним давати рекомендацію обов'язково використовувати апекс-локатор практикуючим лікарям з метою підвищення якості ендодонтичного лікування.

## **ВАРИАНТ ПРЕПОДАВАННЯ РАЗДЕЛА «ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА» У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ**

**Карелина Л.С., Карелина Ю.В.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия»*

На кафедре терапевтической стоматологии Днепропетровской медицинской академии каждый год проходят обучение иностранные студенты из Сирии, Марокко, Туниса, Кувейта, Узбекистана и других стран. Во время обучения особенные трудности возникают при изучении раздела «Заболевания слизистой оболочки полости рта» из-за разнообразия клинических вариантов заболевания, взаимосвязи их с соматической патологией, характером внутренних факторов по характеру и течению заболевания, необходимостью назначения дополнительных методов исследования, достаточно специфических сложностей в постановке диагноза, влияния разнообразных факторов.

Такие условия обуславливают необходимость интеграции теоретических знаний и практических умений будущих врачей, которые после окончания академии поедут работать к себе на Родину. Проведенные клинические разборы у больных с заболеваниями СОПР во многих случаях позволяют решить эти проблемы в обучении студентов иностранцев.

Большая часть иностранных студентов во время прохождения цикла на занятиях, на кафедре имеют возможность ежедневно быть присутствующими на консультациях больных с различными заболеваниями слизистой оболочки полости рта, которые проводят заведующий кафедрой и доценты.

Поэтому при проведении обучающего процесса на кафедре терапевтической стоматологии, для иностранных студентов стоит учитывать особенности формирования клинического течения современных аспектов в диагностике и профилактике этих заболеваний. На практике это выглядит так: вместе с ассистентом, который ведет практическое занятие студенты обследуют

пациента, выясняют жалобы, анамнез заболевания, осматривают полость рта, выписывают дополнительные методы обследования, выдвигают предварительный диагноз, уточняют схему лечения.

При проведении клинического разбора больного, заведующий кафедрой подтверждает или опровергает предварительный диагноз ассистента и студентов, вместе корректируется план лечения и лечебные мероприятия, анализируются причины заболевания и вероятные результаты лечения, отдаленные результаты и дальнейший прогноз.

Такой подход позволяет системно подойти к обучению этого важного раздела терапевтической стоматологии, стимулирует развитие клинического мышления, формирует диагностическую гипотезу, способствует закреплению полученных знаний. Мы надеемся, что такой подход поможет в обучении иностранных студентов.

**Г.В.Кирильчук, Ж.М.Неханевич**  
**ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ**  
**СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ i-PRF И РЕКОМБИНАНТНЫЙ**  
**БЕЛОК КОСТИ rhBMP-2 ПРИ УДАЛЕНИИ ГОРИЗОНТАЛЬНО**  
**РАСПОЛОЖЕННЫХ РЕТИНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ**  
**НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.**

*г.Днепр (Украина)*

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и парадонтологии*

Несмотря на совершенствование методов лечения ретенции и дистопии третьих моляров нижней челюсти, частота возникновения послеоперационных осложнений, которые связаны со сложным атипичным удалением, остается достаточно высокой. Среди причин выделяют анатомические особенности расположения зубов в челюсти, а также сложность и травматичность оперативных вмешательств, обусловленных горизонтальным или инверсным направлением прорезывания третьих моляров нижней челюсти. Увеличение объема операции приводит к образованию обширных костных дефектов для заживления которых требуются особые условия.

Основной целью нашей работы было повышение эффективности лечения больных с ретенцией и дистопией третьих моляров нижней челюсти при их горизонтальном или инверсном положении посредством разработки комплексного подхода с использованием фотодинамической терапии и препаратов, усиливающих остеогенез (тромбоцитарной аутоплазмы, обогащенной фибрином i-PRF и рекомбинантного морфогенетического белка (rhBMP-2)).

Соответственно цели были поставлены следующие задачи:

1. Снизить частоту послеоперационных осложнений применяя разработанный комплексный метод .

2. Ускорить процесс остеоинтеграции костных дефектов, образовавшихся посл удаления ретинированных третьих моляров.

В комплексное клиническое, рентгенологическое и лабораторное исследование включено 82 пациента с затрудненным прорезыванием третьих моляров нижней челюсти в возрасте от 19 до 37 лет. Среди них 40 (48,8%) мужчин и 42 (51,2%) женщин. У всех пациентов были абсолютные показания к удалению ретинированных восьмых зубов на нижней челюсти: осложненное прорезывание зубов мудрости (перикоронарит, абсцесс, флегмона, лимфаденит); дистопия, дефицит места. Проведенный анализ данных компьютерного денситометрического обследования пациентов всех групп, полученный в отдаленные сроки (через 3,6 и 12 месяцев) после удаления ретинированных/дистопированных моляров нижней челюсти показал, что активность регенерации костной ткани у больных, пролеченных по традиционной методике и разработанными способами была различной. Определено, что восстановление костной ткани в зоне удаленного зуба наиболее интенсивно и полноценно протекало у больных, которым костный дефект замещался остеопластическими материалами в комбинации с рекомбинантным морфогенетическим белком (rhBMP-2), о чем свидетельствовала динамика увеличения ее плотности по шкале Хаунсфилда (табл.3). У пациентов I группы, которым удаление нижних третьих моляров и дальнейшее лечение проводили по традиционному методу восстановление плотности костной ткани в зоне дефекта по истечению 3,6 и 12 месяцев был соответственно 1,02; 1,01 и 1,03 раза меньше, чем у больных II группы и в 1,06; 1,06 и 1,05 раза по сравнению с данными III группы.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Применение фотодинамической терапии у больных с ретенцией и дистопией нижних третьих моляров с явлениями перикоронарита в предоперационном периоде способствует быстрой ликвидации инфекционно-воспалительного процесса в ретромолярной области, что создает условия для последующего оперативного лечения данной патологии.

2. Разработанный хирургический метод лечения ретенции и дистопии нижних третьих моляров с применением биоматериала на основе rhBMP-2 в соотношении массовых частей 3:1 позволяет снизить возникновение послеоперационных воспалительных осложнений на 35,4%, сократить сроки их ликвидации (в среднем на 5,2 суток). Улучшить качество регенерата в области послеоперационных дефектов по данным КТ денситометрии в 1,07 раза через 3 месяца; 1,08 раза через 6 месяцев; 1,09 раза через 12 месяцев.

3.Метод компьютерной рентгенологической денситометрии предоставляет возможность проводить в послеоперационном периоде мониторинг динамики репаративного остеогенеза в зоне удаленного ретинированого\дистопированого третьего моляра нижней челюсти.

**Кобиляк С. С.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОЇ АПРОБАЦІЇ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

Традиційно лікувальне втручання при патологічному стиранні емалі і дентину спрямоване на відновлення стертих оклюзійних поверхонь коронок зубів шляхом протезування прямими і непрямыми реставраціями. Поруч з тим, подібне лікування захворювання є симптоматичним, спрямованим на відновлення втрачених тканин зуба, та характеризується відсутністю заходів патогенетичної терапії.

Одночасно відомо, що однією з причин розвитку патологічного стирання зубів є їхнє функціональне перевантаження, викликане гіпертонусом жувальної мускулатури, пов'язаним з превалюванням процесів збудження над процесами гальмування в центральній нервовій системі. При гіперфункції жувальних м'язів відбувається зниження рівня амінокислот, які самі по собі, або через свої метаболіти, впливають на функціональний стан мозку.

Згідно проведеного нами дослідження вмісту основних амінокислот в сироватці крові в 30 осіб віком 25-40 років із застосуванням методики високоефективної рідинної хроматографії встановлене достовірне зниження рівня амінокислоти гліцин, відомої як медіатор, що гальмує, у хворих на патологічне стирання зубів ( $202,7 \pm 7,5$  мкмоль/л) у порівнянні зі здоровими ( $410,0 \pm 8,0$  мкмоль/л) ( $p < 0,001$ ).

Таким чином, зміна балансу амінокислот в сироватці крові, а саме зниження гліцину, медіатору, що гальмує нервово-м'язову передачу, сприяє переважанню процесів збудження над процесами гальмування в центральній нервовій системі, що призводить до гіпертонусу жувальних м'язів, який зумовлює надмірне оклюзійне навантаження на зубні ряди та, зокрема, на відновлені коронкові частини зубів, а отже, має суттєве патогенетичне значення при патологічному стиранні зубів.

Звідси, патогенетичний принцип лікування патологічного стирання зубів може бути реалізований через біохімічну корекцію, спрямовану на усунення дефіциту амінокислоти, що гальмує – гліцину.

Більш того, нормалізація м'язового тонусу здатна покращити адаптацію та запобігти ускладнень внаслідок проведеного відновлювального лікування та нових оклюзійних взаємовідносин, таких як порушення крайового прилягання

та руйнування прямих та непрямих реставрацій, стирання їхніх оклюзійних поверхонь, дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів, що надалі гарантує тривале збереження результатів лікування.

Додатковою перевагою використання гліцину є його седативний (заспокійливий) ефект, що має значення в період адаптації до зубних протезів та перебудови прикусу.

Мета представленого дослідження – провести клінічну апробацію розробленої патогенетичної схеми лікування патологічного стирання твердих тканин зубів.

Для апробації розроблених лікувальних заходів нами проведено лікування 30 хворих на патологічне стирання зубів, генералізована форма, I - II ступеня тяжкості, з яких було сформовані дві рівноцінні за кількісним та статеві-віковим складом групи (в основній групі, на відміну від контрольної, наприкінці ортопедичного лікування, після відновлення дефектів твердих тканин зуба методом прямої або непрямой реставрації, а також нормалізації міжальвеолярної висоти, хворому призначали препарат Гліцин перорально по 0,1 г 3 рази на день курсом 1 місяць 4 рази на рік).

Оцінка ефективності проведеного лікування здійснювалась за даними клінічних спостережень та електроміографічних досліджень в найближчий (1-3 місяці після протезування) та віддалений (через 3 роки) терміни спостереження.

В основній групі, порівняно із зіставленням, спостерігали скорочення терміну адаптації до нових оклюзійних співвідношень в 1,5 рази (в середньому 2 місяці для основної групи проти 3 місяців контролю), зокрема за рахунок нормалізації жувального тиску. Так, за даними електроміографії в найближчий термін спостереження в основній групі на відміну від контролю реєстрували зміни функціонального стану жувальних м'язів, що ілюструвались зменшенням коефіцієнту співвідношення фази біоелектричної активності до фази біоелектричного спокою з  $0,97 \pm 0,30$  до лікування до  $0,93 \pm 0,28$  після ( $p > 0,05$ ).

У віддалений термін (через 3 роки) кількість осіб, клінічна картина для яких характеризувалась стійкою ремісією захворювання в контрольній групі склала 12, в основній – 15. Вищезазначена динаміка вказує на подовження терміну збереження результатів лікування в основній групі в середньому в 1,3 рази.

Таким чином, отримані результати клінічної апробації розробленої лікувальної схеми дозволяють рекомендувати її для впровадження в практику роботи профільних закладів охорони здоров'я.

## **АНАЛИЗ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ЧАСТИЧНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ**

*Коваленко Н.А., Герасимчук П.Г.*

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины»*

Вступление. Большое внимание уделяется окклюзионным взаимоотношениям естественных и искусственных зубов. Проблема состоит в травматической окклюзии при атрофии альвеолярных отростков и истирании искусственных зубов. Возникает неполное смыкание искусственных зубов с антагонистами и повышенная нагрузка на естественные зубы. Опорные зубы получают неблагоприятную нагрузку от ретенции частичного пластиночного протеза и от антагонистов.

Целью нашего исследования является анализ окклюзионных взаимоотношений зубов у пациентов с частичными съёмными пластиночными протезами, наблюдение за выполнением рекомендаций врача.

Материалы и методы исследования. Результаты исследования показали, что из 96 пациентов с частичными съёмными пластиночными протезами на профилактические осмотры в течение первого года ни один не явился. Исключение составили обращения в случае поломок и коррекций протезов или кламмеров. На третий год врачу-ортопеду обратилось 39 пациентов, что составляет 40,6%. Во время диагностического обследования мы изучали жалобы пациентов, качество фиксации протезов, проверялась плотность контактов между зубами-антагонистами. Согласно рекомендации Максимовой О.П., мы исследовали контакты между верхними и нижними зубами в семи позициях: центральная, передняя, задняя окклюзии, боковом положении нижней челюсти на клыках (правая и левая стороны), а также накусывание на рабочую и нерабочую стороны. У некоторых пациентов были выявлены начальные симптомы травматической окклюзии, что чаще всего сочеталось с большими дефектами зубных рядов и дезокклюзией искусственных зубов с антагонистами. Было произведено лечение и изготовлены новые протезы 5 обратившимся, что составило 12,8% от общего числа пациентов. Неплотные контакты искусственных зубов с зубами-антагонистами было выявлено у 22 обратившихся, что составило 22,9 %. Этим пациентам мы рекомендовали изготовить новые протезы или восстановить высоту искусственных зубов в протезах, которыми они пользовались до этого (если отсутствовали другие жалобы). У 12 пациентов, что составляет 12,5%, высота искусственных зубов была сохранена, но отсутствовал контакт искусственных зубов с антагонистами из-за атрофии альвеолярных отростков. Этой группе больных было рекомендовано изготовить новые протезы или провести лабораторную перебазировку старых, чтобы нормализовать окклюзионные взаимоотношения между оставшимися естественными и искусственными зубами. Из 34 пациентов на реставрацию зубов и перебазировку согласились 19 человек, что составило 85% процентов, а остальным 5 людям изготовили новые протезы.

Выводы. Пациенты с частичными пластиночными съёмными протезами требуют наблюдения врача-ортопеда, так как он способен выявить первые клинические симптомы дезокклюзии и предупредить травматическую окклюзию, удаление зубов. Соблюдение рекомендаций врача-ортопеда для пациентов с частичными съёмными протезами являются обязательными.

**Кокарь О.О.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ НА КАФЕДРІ СТОМАТОЛОГІЇ**

*Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології*

*Запорізький державний медичний університет*

Одним із головних завдань сучасної медицини є забезпечення якісної та професійної невідкладної допомоги населенню. Створення інституту лікарів сімейної медицини – провідна складова частина сучасної медицини, яка спрямована на виконання цього завдання. Підготовка лікарів даної категорії повинна базуватися на універсальних,глибоких знаннях та вмінні надати невідкладну допомогу людині при будь-якому захворюванні (в т.ч. стоматологічному), вмінні проводити профілактичні заходи у всіх членів родини, незалежно від віку та клінічних проблем.

Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології приділяє належну увагу навчанню майбутніх лікарів загальної практики. З цією метою і в зв'язку з недостатньою кількістю відведених програмою годин робота кафедри направлена на оптимізацію та інтенсифікацію навчального процесу.

В нашій педагогічній практиці впроваджуються методи програмованого навчання: семінари-дискусії, частково-пошуковий та дослідний методи, створення та розв'язання ситуаційних задач. Впроваджені методи підвищують рівень клінічного мислення студентів, сприяють оптимізації засвоєння знань.

Велика увага приділяється практичним заняттям. У першу чергу, формуванню навичок проведення огляду хворого ( ретельний збір анамнезу, огляд стану зубів та слизової оболонки порожнини рота , інтерпретація клінічних та лабораторних досліджень), складанню алгоритму надання необхідної допомоги при стоматологічних захворюваннях та невідкладних станах.

Акцентується увага на профілактичних заходах при стоматологічних захворюваннях, які містять питання санітарно-освітницької роботи серед вагітних жінок та дітей.

Студенти знайомляться та оволодівають практичними навичками сучасних методів проведення індивідуальної гігієни порожнини рота.

Таким чином, цілеспрямованість мотивації навчання, вибір ефективних форм та методів сприяють успішному засвоєнню програмного матеріалу, що дозволяє поліпшити практичну підготовку лікарів з питань діагностики, лікування і профілактики стоматологічних захворювань, спрямовану на поліпшення здоров'я населення.

**Коломоєць І.С., Машейко І.В., Герасимчук П.Г.**

## **ПОРІВНЯННЯ СТУПЕНЮ ФІКСАЦІЇ СУЦЬНОЛИТИХ ШТИФТОВИХ КОНСТРУКЦІЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ РІЗНИХ ЦЕМЕНТІВ**



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

Повна відсутність коронкової частини зуба призводить до функціональної дезорганізації в зубощелепній системі. Ця патологія ускладнює відновлення цілісності зубних рядів і артикуляційної рівноваги. Існує безліч методів усунення дефектів твердих тканин при індексі руйнування оклюзійної поверхні зуба не вище 80%. Повна відсутність коронкової частини підвищує актуальність проблеми відновлення порушеної морфофункціональної єдності зубних рядів і спонукає до пошуків найбільш оптимальних реабілітаційних заходів.

**Актуальність.** Збереження коренів зубів, придатних для протезування, попереджає утворення кінцевих та включених дефектів зубних рядів, їх деформацію і атрофію альвеолярних відростків. Використання кореня – це останній шанс мікропротезування, можливість відновлення природної форми зуба та його функції. Для досягнення даної мети можуть бути з успіхом застосовані суцільнолиті штифтові конструкції. Це найбільш доступний вид протезування, який при незначних трудових і фінансових витратах значно підвищує якість лікування. Однак, існує проблема розцементування ортопедичних конструкцій даного типу – здебільшого при відновленні фронтальної групи зубів. Задля запобігання таким ускладненням, особливу роль відіграє вибір фіксуєчого цементу.

**Метою нашої роботи** є порівняння фіксаційних характеристик суцільнолитих культових вкладок в залежності від вибору застосовуваного цементу.

**Матеріали і методи дослідження.** Було використано 30 ікол верхньої та нижньої щелеп людини, видалених за показаннями. Після видалення зуби знезаражувались у 2% розчині «Корзолекс» протягом 1 години, а потім зберігались у фізіологічному розчині для запобігання зневоднення дентину та цементу і максимального наближення до природного стану зуба в порожнині рота. В ході експерименту коронки зубів зрізали алмазним бором на 1 мм вище рівня анатомічної шийки. Кореневі канали всіх зубів розробляли розгорткою одного і того ж діаметру на глибину 10 мм, що становило близько 2/3 довжини коренів. У 30 коренях були змодельовані культові штифтові вкладки з воску, в подальшому відлиті з металу. Після лиття вкладки знежирювали спиртом, кореневий канал промивали дистильованою водою і висушували паперовими пінами. Цементували вкладки на: цинк-фосфатний цемент «Adhesor» («SpofaDental», Чехія), склоіномерний цемент «Meron» («VOCO», Німеччина), композитний цемент подвійного твердіння «Jen-Dua Cem» («Jendental», США).

На кореневій частині кожного зуба робили насічки для поліпшення фіксації у пластмасових блоках довжиною  $\approx 10$  см і перерізом  $1 \text{ см}^2$  з самотвердіючої пластмаси «Редонт». Після полімеризації пластмаси нами були проведені дослідження на розрив (по 10 штифтів кожного виду).

У дослідженнях на розрив оба кінці пластмасового блоку фіксували в лещата і розривали на випробувальній машині. Силу докладали вздовж осі зуба, оцінюючи ступінь фіксації суцільнолітої штифтової конструкції в корені зуба. Дані реєструвались у одиницях кілограм-сила на  $1 \text{ мм}^2$  кореневої частини вкладки і перераховувались у МПа.

**Результати.** Було встановлено, що найбільш виражені фіксаційні характеристики властиві цинк-фосфатному цементу «Adhesor» («SpofaDental», Чехія). Величина зусилля на розрив, при діставанні штифтової конструкції, для цього матеріалу у середньому складала 0,93 МПа, що перевищувало даний показник для склоіномерного цементу «Merop» («VOCO», Німеччина) у 1,16 рази та композитного цементу подвійного твердіння «Jen-Dua Cem» («Jendental», США) у 1,52 рази.

**Висновки.** Таким чином, найбільш придатним для фіксування суцільнолітих штифтових конструкцій виявився цинк-фосфатний цемент «Adhesor». Склоіномерний цемент «Merop» дещо поступається цинк-фосфатному за адгезивними властивостями, однак його здатність тверднути в присутності рідини робить його незамінним при цементуванні вкладок, розташованих нижче рівня ясен. Композитний цемент подвійного твердіння «Jen-Dua Cem» не можна рекомендувати для фіксації суцільнолітих штифтових конструкцій фронтальної групи зубів.

**Комок А.А., Бондаренко Г.К., Ущин А.Б.**

## **СТАТИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПОСТОЯННОГО ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», Кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и парадонтологии. Украина*

*КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»*

Несмотря на многочисленные разработки, новые предложения нейрохирургов, черепно-челюстно-лицевых хирургов проблема хирургического лечения постоянного паралича лицевого нерва остается актуальной.

Причинами поражения лицевого нерва по данным Н.Н.Яхно и соавт. являются: паралич Белла (53%), перелом основания черепа (21%), опоясывающий герпес (8%), инфекция (4%), перинатальная патология (3%), лицевой гемиспазм (2%), заболевания ЦНС (1%), другие причины (1%).

К хирургическому лечению паралича лицевого нерва принято прибегать только в том случае, если использованы все методы консервативной терапии по восстановлению нерва. Исключением являются «опухолевые невриты» лицевого нерва при инфильтративном поражении его ствола после радикальных операций (Комок А.С.). В этих случаях операция по статическому и кинетическому подвешиванию деиннервированных тканей может производиться незамедлительно.

В случаях же компрессионно-ишемической невропатии (туннельные синдромы) (В.С.Лобзини и др.), идиопатический паралич Белла (Р.Е. VanWyk),

включающий первичный или «простудный» неврит в самые ранние сроки назначают мощную нейротропную, противовирусную и противоотечную терапию (дексаметазон, герпевир, zelitrex, прозерин или галантамин, церебролизин, витамины группы В, мочегонные, симптоматические препараты, а также упражнения на мимическую группу мышц лица по В.А.Кузьмину, А.К.Попову (А.А.Тимофеев).

Хирургическому лечению постоянного паралича лицевого нерва посвящены многие работы, а хирургические приемы стали классическими:

- Пересадка свободного мышечного трансплантата без сосудистых анастомозов (Thompson);
- Метод смежной мышечно-лицевой пластики (Gillies);
- Трансплантация нерва со свободным васкуляризованным мышечным трансплантатом (В. McCO`Brien);
- Различные способы нейропластики ствола лицевого нерва с другими близлежащими двигательными нервами, например жевательный, подъязычный.

Однако, несмотря на сложность хирургических вмешательств, включая микрохирургическую технику, удельный вес стабильно положительных результатов колеблется от 13 до 68%, что вынуждает хирургов прибегать к статической пластике парализованной части лица.

В нашей клинике за последние 9 лет статическую пластику провели у 14 больных, у которых причиной паралича были:

- 11 случаев в результате операций удаления злокачественных новообразований околоушной слюнной железы;
- 2 случая после нейрохирургических внутричерепных операций;
- 1 случай травматического повреждения ствола лицевого нерва.

Операции выполнены следующим образом: производили разрез кожи и клетчатки начиная в височной области, по границе с волосистой частью головы, опускались к ушной раковине и далее по Ковтуновичу, примерно, как при круговой подтяжке лица. Далее, не повреждая SMAS, отслаивали кожно-жировую клетчатку лица и иссекали избыток свисающей кожно-жировой клетчатки. В дальнейшем производили туннели, направленные от уровня сосцевидного отростка, верхнего уровня ушной раковины, височной мышцы к углам рта и глаза, подтягивали и закрепляли к апоневрозам прочными узлами в эстетически выгодной позиции. Причем следует отметить, что во избежание выворота с уровня середины щеки нити погружали в глубокие мышечные слои угла рта и закрепляли узловыми швами.

Во всех случаях мы получили удовлетворительные и хорошие косметические и функциональные результаты.

**Комок А.А., Москаленко Я.И., Алексюк С.А..**

**МЕСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ ИЗЪЯНОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ЕЁ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ЗАПУЩЕННОГО РАКА.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», Кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и парадонтологии. Украина  
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им.И.И. Мечникова»*

Наш опыт и собственные предложения основаны на хирургическом лечении запущенных форм рака нижней губы у больных в Днепропетровской областной клинической больнице им. И.И. Мечникова. Опыт показывает, что рак этой локализации встречается достаточно часто, причем тенденции к сокращению запущенных форм не наблюдается. По данным онкологов, рак губы встречается чаще в возрасте от 40-60 лет. В нашу клинику для хирургического лечения онкологическими диспансерами направляются больные именно в таком возрасте, причем каждый второй случай госпитализируемых больных по поводу рака нижней губы – запущенный (Т3 – Т4).

Большинство злокачественных опухолей нижней губы является плоскоклеточным раком. Чаще встречается плоскоклеточный ороговевающий рак, отличающийся сравнительно медленным течением. Региональные метастазы при раке нижней губы развиваются, как правило, поздно. Наиболее агрессивным для распространения и развития метастазов является низкодифференцированный рак нижней губы.

Бородавчатая, язвенная и язвенно-инфильтрационная формы рака нижней губы наиболее часто встречаются среди запущенных опухолей. В клиническом и хирургическом плане, в плане возможности возникновения послеоперационных рецидивов наиболее сложным, требующим особого внимания, тщательного обследования является язвенно-инфильтративный рак.

При язвенно-инфильтративной форме язва углубляется, принимает неправильную форму с неровным дном. Края язвы приподняты над уровнем губы, вывернуты и инфильтрированы. При пальпации язва безболезненная, края и основание ее плотные, а границы инфильтрации теряются в окружающих тканях.

Диагностика основывается на клинической картине и результатах морфологического исследования опухоли (после пункции или биопсии).

Наиболее распространенным методом лечения является оперативное лечение и лучевая терапия. В начальных стадиях такая тактика обеспечивает отсутствие рецидивов в течении 5 лет у 95-100% больных.

В настоящее время лечение рака губы строится с учетом стадии процесса и клинической формы. Хирургический метод лечения складывается из двух этапов : эксцизия в пределах здоровых тканей опухолевого очага на губе и удаления шейной клетчатки. Резекция губы с опухолью предпочтительно осуществлять путем электроэксцизии.

Следует учитывать, что радикальное иссечение опухоли неизбежно приводит к возникновению значительных дефектов, которые могут быть устранены только пластическими операциями. Умение радикально иссекать раковую опухоль губы и одновременно сделать правильный выбор

пластической операции для восстановления формы и функции губы имеет большое функционально-эстетическое значение.

Существуют многочисленные способы замещения дефектов нижней губы за счет окружающих тканей – это клиновидная резекция нижней губы, прямоугольная резекция с формированием встречных лоскутов в различных модификациях (опухоль 16-20мм) (Шимановский, Раков и др.)

Исключительно сложными являются операции пластики послеоперационных изъянов при тотальной и субтотальной резекции нижней губы, особенно сочетающимися с резекцией угла рта.

При центральном дефекте нижней губы достигающего до  $2/3$  ее поражения Т. Nakajima предлагает использовать следующий метод.

После иссечения образования, производится криволинейный разрез отступя от нижней губы на 1,5-2 см до крыла носа с двух сторон по круговой мышце рта. Ширина выкраенного лоскута должна равняться дефекту губы. Образующиеся лоскуты поворачиваются и перемещаются закрывая дефект и формируя губу.

Для восстановления половины нижней губы удобен способ Морестена. Лоскут выкраивается в области носо-губной складки с соответственной стороны во всю толщщу щеки, причем внутренний край лоскута при образовании ограничивает наружный край дефекта нижней губы.

При тотальной резекции нижней губы используют методы Брунса, Диффенбаха, Кохера. С различными модификациями дополнительные сквозные разрезы на щеках ведут от углов рта наружу в обе стороны – к переднему краю жевательной мышцы; отсюда разрезы направляют вниз и вперед до середины подбородочной области. Кожно-мышечно-слизистый лоскут отсепаровывают от наружной поверхности нижней челюсти, сохраняя ее надкостницу. Путем перемещения этих щечных лоскутов к средней линии и сшивая друг с другом устраняют дефект нижней губы. За последние 5 лет нами прооперированно 28 больных с раком нижней губы с тотальным и субтотальным поражением в различных клинических стадиях.

Наш опыт применения выше перечисленных методик свидетельствует о том, что в дальнейшем после таких операций формируются рубцовые слизисто-мышечные контрактуры в полости рта, ограничивающие движения нижней челюсти, влияющие на акт жевания, прием пищи, что в целом снижает качество жизни пациента.

Нами несколько видоизменен метод. Лоскут выкраивали толщиной только в пределах кожи и кожно-жировой клетчатки в 2 раза шире, чем высота удаленной губы. Перемещали в сторону дефекта в виде дубликатур с целью возмещения и слизистого, и кожного участков губы. Благодаря излишеству и хорошей смещаемости кожи в пожилом возрасте донорские дефекты было несложно закрыть.

Приводим клинический случай.

Больная Р., прооперирована 16.03.14.г



Получен хороший косметический и функциональный результат.

Следующий случай:

Больная З., прооперирована 04.03.13.г



Выполнена операция – тотальная резекция нижней губы, углов рта, с одномоментной пластикой нижней губы кожно-жировыми лоскутами со щек по нашей методике.

Заживление протекало без осложнений как снаружи, так и в полости рта.

Получен хороший клинический результат.

Заключение : При субтотальных и тотальных поражениях нижней губы раком после экстирпации нижней губы с опухолью с успехом могут применяться как кожно-мышечно-слизистые лоскуты, так и кожно-подкожножировые широкие лоскуты, полностью возмещающие послеоперационный изъян, причем качество жизни пациентов после операций по нашей методике предпочтительнее.

**Комок А.А., Комок А.С., Москаленко Я.И., Вихрова В.В., Книга Т.А.  
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ В ЗОНЕ АТО В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ  
ОБЛАСТЬ.**

*КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»*

Огнестрельные ранения в области лица и шеи в большинстве своем носят тяжелый характер и сопровождаются возникновением обширных дефектов мягкой и костной ткани. Такие повреждения не могут не сказаться на эмоционально-психическом состоянии раненых, а сопутствующие функциональные нарушения жевания, глотания, дыхания и речи еще больше усугубляют тяжесть травмы, и требует профессиональной тактики челюстно-лицевого хирурга.

Создание современных видов оружия привело к тому, что даже при малых размерах входного отверстия разрушения достаточно серьезны, а выходное отверстие в несколько раз превышает входное. При травме кости образуются крупно- и мелкооскольчатые переломы, от которых расходятся трещины. Эффект внутритканевого взрыва приводит к формированию зоны нежизнеспособных тканей вдоль раневого канала, что требует более радикальной хирургической обработки.

Наличие зубов в зоне повреждения, которым ранящий снаряд передает кинетическую энергию, превращая их осколки во «вторичные снаряды», которые разлетаются в разные стороны, образуя множественные слепые карманы в окружающих тканях. Наличие патогенной микрофлоры на поверхности зубов, в кариозных полостях и в составе зубодесневых отложений обуславливает инфицирование мягких тканей и осложняет течение раневого процесса.

Сочетанное повреждение жизненно важных органов головы и шеи (головной мозг, органы зрения и слуха, глотка, гортань, трахея, крупные сосуды и нервные стволы шеи) часто сказывается на тяжести ранений и приводит к тяжелым осложнениям, включая развитие шока. Ранение крупных сосудов может вызвать обильное кровотечение, требующее немедленных мер для его остановки, вплоть до перевязки наружной сонной артерии. Более у 25% раненых в челюстно-лицевую область отмечается потеря сознания вследствие травмы головного мозга (сотрясения и ушибы, переломы основания черепа, субдуральные гематомы).

Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области определяют ряд особенностей в состоянии ран и раненого. К главным из них относятся: вероятность развития различных видов асфиксии (дислокационной, obturационной, клапанной, аспирационной); трудности при остановке кровотечений, несоответствие внешнего вида раны и истинной тяжестью ранения и состояния пострадавшего.

Правильный учет этих особенностей носит принципиальное значение для успешного оказания полноценной помощи раненым в челюстно-лицевую область.

Основной принцип хирургической обработки огнестрельных ран лица - одномоментная радикальная первичная хирургическая обработка (ПХО) раны с фиксацией костных фрагментов и использованием приемов пластической

хирургии для устранения дефектов тканей. Высокие регенеративные способности тканей челюстно-лицевой области позволяют проводить первичную хирургическую обработку ран в течение первых 48 часов после травмы. ПХО должна оказываться в максимальном объеме и при этом быть не только ранней, но и, по возможности, окончательной.

«Вооруженных сил недостаточно для защиты страны, между тем как защищаемая народом страна - непобедима.» Наполеон Бонапарт.

За последний год, столкнулись с тяжелыми ранениями лицевого скелета. С мая 2014 года в наш стационар с челюстно-лицевой травмой поступили 65 раненных бойцов, среди которых встречались травмы различной локализации:

- повреждения мягких тканей головы, шеи, лица - 45
- ожоги мягких тканей лица – 5
- многооскольчатые переломы нижней челюсти с обширными ранениями мягких тканей – 17
- сочетанные повреждения костей лицевого скелета с повреждением мягких тканей - 22

Следует отметить сочетанность повреждений челюстно-лицевой области, осложняющие возможность раннего хирургического лечения.

Удельный вес раненных в челюстно-лицевую область, сопровождающихся амнезией, тяжелым психоэмоциональным статусом – 2; поражения других частей тела - 15; удельный вес челюстно-лицевых раненных в сочетании с контузионным синдромом, открытой или закрытой черепно-мозговой травмой, сотрясением или ушибом головного мозга – 20; удельный вес минно-взрывных осколочных поражений лица и челюстей вызвавших стойкие нарушения функций: глотания, дыхания, речи, зрения – 5.

Приводим клинические случаи:

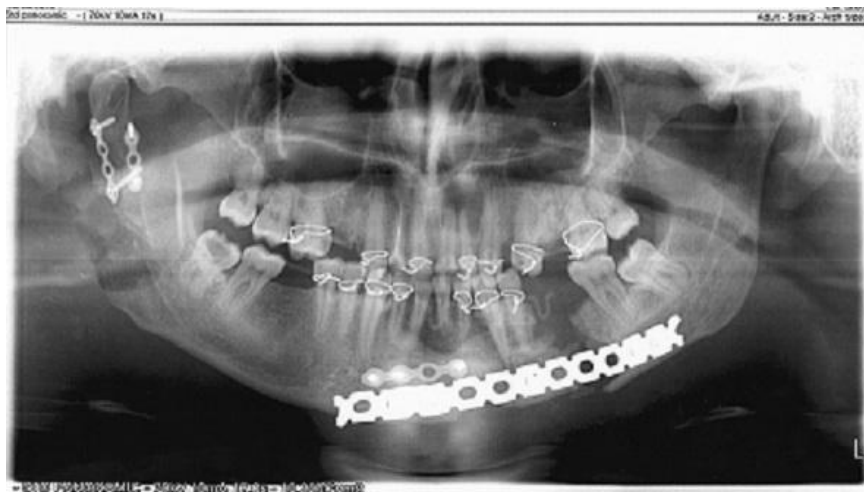
Больной И. 39 лет, поступил в клинику челюстно-лицевой хирургии 23.02.15 с диагнозом: «Огнестрельное ранение нижней трети лица, открытый множественный многооскольчатый перелом нижней челюсти в области ветви и суставного отростка справа, фронтального отдела и тела челюсти слева. Рваные раны правой зачелюстной области и левой подчелюстной области. Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга I степени»





Больному произведена операция – металлоостеосинтез нижней челюсти во фронтальном отделе, в области тела челюсти слева и в области правого суставного отростка, двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта, вторичная хирургическая обработка ран лица.





Спустя 3 недели, в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной С. 42года, поступил 18.03.15 с диагнозом : «Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга I ст, огнестрельное ранение нижней трети лица слева, рваная рана левой щеки. Многооскольчатый открытый перелом нижней челюсти слева. Иностранное тело верхней челюсти слева».





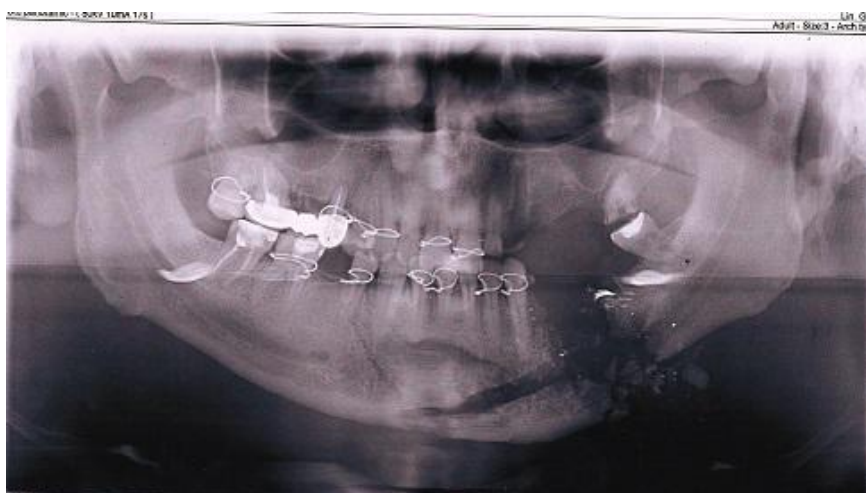
Больному произведена операция – двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта, металлоостеосинтез нижней челюсти в области тела челюсти слева, удаление инородного тела в левой подглазничной области, вторичная хирургическая обработка ран лица, полости рта.



Через 2 недели больной С., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной К. 38лет, поступил 20.08.14 с диагнозом : «Огнестрельное проникающее ранение нижней челюсти слева. Открытый многооскольчатый перелом нижней челюсти во фронтальном отделе и в области тела челюсти слева с дефектом кости. Огнестрельная рана в области боковой поверхности шеи слева. Сотрясение головного мозга.»



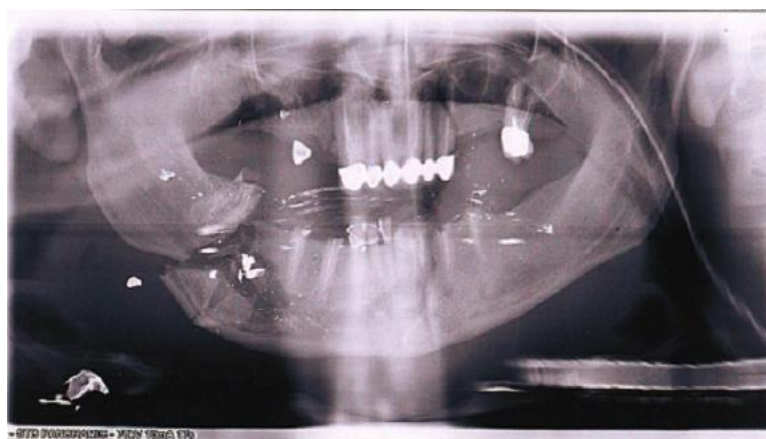


Больному произведена операция – двучелюстное шинирование шинами Тигерштедта, металлоостеосинтез тела нижней челюсти слева, вторичная хирургическая обработка ран.

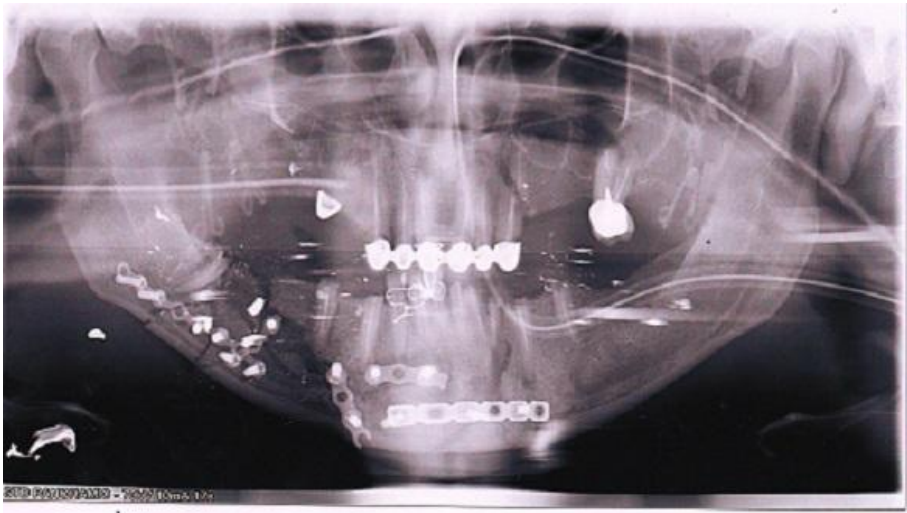


29.08.14 больной К., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной Т. 45лет, поступил 20.08.14 с диагнозом «Огнестрельное ранение верхней и нижней челюстей. Открытый многооскольчатый перелом нижней челюсти во фронтальном отделе, в области тела и угла справа. Перелом верхней челюсти Ле-Фор II. Множественные инородные тела нижней трети лица, шеи справа. Отрыв и размозжение правой половины языка. Ушиб шеи и гортаноглотки. Ушиб головного мозга I ст.»



Больному произведена операция – металлоостеосинтез тела нижней челюсти справа, вторичная хирургическая обработка ран.



29.08.14 больной К., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Больной Г. 30лет, поступил в клинику 29.07.14 с диагнозом : «Огнестрельное ранение средней зоны лица. Оскольчатый перелом верхнечелюстной кости слева и справа. Огнестрельное ранение правой щеки. Инородное тело в левой крыло-челюстной ямке».



Больному проведена операция – гайморотомия слева, удаление инородного тела в левой крыло-челюстной ямки, ПХО ран правой щеки.





11.08.14 больной Г., в удовлетворительном состоянии переведен в военный госпиталь, для дальнейшей реабилитации.

Заключение :

- Огнестрельные, осколочные, минно-взрывные ранения в челюстно-лицевую область являются тяжелыми травмами, сопровождающимися нарушениями жизненно-важных функций организма и угрожающими жизни раненного.
- Оценка и коррекция витальных функций должна проводиться начиная с момента осмотра больного , т.е. незамедлительно.
- Пластика больших изъянов мягких тканей лица должна проводиться даже при отсроченной, вторичной хирургической обработке.
- Металлоостеосинтез титаном, является методом выбора , даже при обширных дефектах и многооскольчатых переломах челюсти.
- Многоплановая консервативная терапия должна включать в себя рекомендации психолога или психиатра для коррекции психоэмоционального состояния пострадавших.

**Комок А.А., Бондаренко Г.К., Терешков Д.Ю.  
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИКЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ  
РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», Кафедра хирургической стоматологии, имплантологии и парадонтологии. Украина  
КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»*

Проблема хирургического рассечения тканей и гемостаза продолжает оставаться актуальной. В наше время практическая медицина располагает множеством режущих инструментов. С применением современных технологий рассечений тканей изменилось представление хирургов о возможностях бескровного проведения операций и снижении риска послеоперационных осложнений. Электрокоагуляция, ультразвуковая диссекция, плазменная коагуляция, лазерные скальпели – не лишены определенных недостатков, к которым можно отнести ожоги, нагноения, некроз краев раны и другие. На современном этапе лидером является высокочастотное радиохирургическое воздействие на ткани и органы.

Высокочастотная радиоволновая хирургия предназначена для применения в самых различных разделах хирургической практики, в том числе в хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и косметологии.

В клинике челюстно-лицевой хирургии областной клинической больницы им. И.И. Мечникова для хирургии мягких тканей применяется аппарат «Surgitron» ЕМС. При режиме работы аппарата в диапазоне 3,8-4,0 МГц нами было прооперировано 35 пациентов по поводу следующей патологии:

- 17 случаев удаления доброкачественных образований кожи и слизистой оболочки полости рта;
- 8 случаев – устранение телеангиоэктазий;
- 7 случаев фульгурации тканей (сосудов);
- 3 диссекции ринофимных узлов.

Оценка результатов.

В процессе использования аппарата «Surgitron» в радиоволновой хирургии мы получили исключительно положительные результаты во всех случаях.

Высокоэффективная работа аппарата обеспечивает атравматический разрез, минимальное термическое воздействие на ткани (в сравнении с электрокоагуляцией), отсутствие выраженного кровотечения и надежный гемостаз, формирование нежного, едва заметного рубца, что обеспечивает высокий эстетический эффект при операциях на коже лица.

В результате использования радиоволновой хирургии получили клинико-экономический эффект:

- снижение длительности операции;
- снижение времени пребывания в стационаре;
- снижение количества расходных материалов;
- отсутствие послеоперационных осложнений.

Следует отметить, что достижению максимального эффекта и отсутствию осложнений при выполнении радиохирургического лечения способствует

правильный выбор мощности и электродов, овладение навыками работы и соблюдение показаний.

**Котелевський Р.А.**

## **ВИКОРИСТАННЯ ФАНТОМІВ В ПРОЦЕСІ ВИКЛАДАННЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*кафедра ортопедичної стоматології*

Сучасний рівень вимог щодо стандартів надання медичної допомоги населенню України передбачає критерії якісної підготовки лікаря, здатного адекватно, клінічно мислити, приймати оперативно нестандартні рішення. Якісно підготувати майбутнього лікаря неможливо без клінічної бази, оснащеної сучасними технічними засобами та витратними матеріалами, що особливо актуально в процесі підготовки лікарів-стоматологів. Найбільш повноцінно цей процес можуть забезпечити університетські клініки стоматологічного профілю (стоматологічні спеціалізовані центри медичних університетів). На додипломному етапі підготовки лікаря-стоматолога добре зарекомендували себе фантомні класи.

Для відпрацювання мануальних навичок відповідно робочої програми за фахом, на кафедрі ортопедичної стоматології ДДМА створено фантомний клас, який у свою чергу є складовим елементом тренінгового комплексу академії. В окремому приміщенні організовано 5 робочих місць, із них: на сучасних стоматологічних установках, інтегровано манекени пацієнтів шість мобільних робочих місць з фіксованими фантомами голови.

Навчальні манекени містять змінні універсальні моделі щелеп, на яких студенти, в наближених до реальних умовах, відпрацьовують мануальні навички відповідно до робочої програми. Організація робочих місць базувалась на інтеграції стоматологічних установок таким чином, щоб практичні дії студентів максимально перебували в полі зору викладача. Вперспективі при додатковому оснащенні установок відеокамерами, практичні дії кожного студента можна буде контролювати з робочого місця викладача та вносити корективи в його дії.

Окрім того фантомний клас планується оснастити телевізійним монітором з базою візуальних навчальних програм та методичних відеороликів. Стенди містять робочі моделі з реалізованими практичними завданнями, що входять до переліку обов'язкових до виконання.

Таким чином у системі підготовки лікарів-стоматологів фантомні класи забезпечують можливість: - оволодіння мануальними навичками в умовах максимально наближених до реальних з розділів ортопедичної стоматології і не тільки; - моделювання невідкладних станів, що можуть виникати на стоматологічному прийомі та відпрацювати заходи з їх ліквідації із залученням суміжних спеціалістів (анестезіологів-реаніматологів, хірургів); - використання змінних універсальних моделей щелеп, заміни того чи іншого

зуба, моделювання клінічних ситуацій, планування лікування та його реалізація, а в подальшому архівування його результатів; - виконання завдання для самостійної роботи студента при методичній підтримці викладача; - проведення майстер-класів з оволодіння новими методиками протезування; - проведення прийому практично-орієнтованих державних іспитів у студентів випускного курсу. Це лише основні технологічні можливості використання фантомного класу, як одного з елементів якісної підготовки лікарів-стоматологів. Однак заключним акордом підготовки якісного лікаря має бути його практична діяльність в якості помічника лікаря-ординатора університетської клініки.

**Котелевський Р.А.**

### **ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРИ І ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ БАЗИСІВ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ОСНОВІ АКРИЛОВИХ ПЛАСТМАС.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*кафедра ортопедичної стоматології*

Акрилові пластмаси та сополімери (термореактивні пластмаси) мають безліч переваг, та широко застосовуються в ортопедичній стоматології протягом довгого часу.

Враховуючи, що акрилати в чистому вигляді мають невисоку еластичність, котра здатна змінюватись в процесі експлуатації, існує необхідність додаткових досліджень в даному напрямку. Для цих досліджень були використані наступні методи аналізу:

- ІЧ - спектроскопія;
- Спектроскопія ЕПР;

ІЧ-спектроскопію застосовували для вивчення структурних змін в акрилаті, залежно від умов формування протезів та їх експлуатації. В ІЧ-спектрі акрилу базису, отриманого після пакування в кювету повного знімного протеза, знаходяться смуги поглинання при 1645, 890 і 735 - 740 $\text{см}^{-1}$ . Перші дві смуги ставляться до акрилатної групи  $\text{RR}'\text{C} = \text{CH}_2$ , а смуги при 735 - 740 $\text{см}^{-1}$  – метиленової групи  $\text{R}-\text{CH}_2$ . Ці групи утворюються при термічній деструкції метилметакрилату під час нагрівання перед пакуванням в кювету в результаті диспропорціонування між двома вільними радикалами, котрі виникають при розриві полімерного скелету. Поява в спектрі поліпропілену смуг при 815 і 855 $\text{см}^{-1}$  может розглядатися як доказ утворення внутрішніх подвійних зв'язків в полімері.

У процесі формування протезів, а так само в процесі їх експлуатації виникають різні структурні зміни в метилметакрилаті, які суттєво впливають на термін їх служби.

Довговічність і міцність протезів істотно залежатиме від хімічних змін в ланцюзі макромолекул полімерів, які можна виявити за допомогою методу електронного парамагнітного резонансу. Аналіз отриманих спектрів показав,

що залежно від умов пакування в кювету, а також від умов зберігання та використання зубних протезів 80% від загальної кількості виниклих радикалів, склад-ляють радикали -  $\text{CH}_2\text{-CH}(\text{CH}_2)$  - і 20% - радикали -  $\text{CH}_2\text{-C}(\text{CH}_3)\text{-CH}_2\text{-}$ . Таким чином, проведені дослідження показали, що зубні протези, отримані на основі метилметакрилатів, є стабільними і не піддаються інтенсивному старінню (за даними прискорених випробувань в камері тепла і вологи) протягом тривалого часу (до 5 років).

**Короленко И.А., Рыбалов О.В., Иваницкая Е.С.**

## **ЛЕЧЕНИЕ ГЛОССАЛГИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ КСЕРОСТОМИИ**

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г.Полтава, Украина*

Как свидетельствуют данные научных публикаций, на те или иные стоматологические нейрогенные заболевания жалуются от 50 % до 70 % населения разных стран мира[1]. Согласно данным литературы, среди пациентов с парестезиями слизистой оболочки полости рта до 20% - 25% из них страдает глоссалгией[2]. На ряду с этим отмечается увеличение распространенности ксеростомии, которая составляет от 10% до 61% среди лиц, обращающихся за стоматологической помощью. Причины уменьшения слюноотделения разные и они связаны, в первую очередь, со снижением функциональной активности слюнных желез как вследствие разбалансирования их иннервации вегетативной нервной системой, так и в результате дистрофического перерождения и атрофии ацинусов[3]. Считается, что ксеростомия является одним из факторов возникновения глоссалгии, поэтому устранение сухости полости рта может ликвидировать парестезии языка[4]. Известен ряд методов лечения глоссалгии, развившейся на фоне ксеростомии, однако, по наблюдениям отдельных авторов, они не всегда позитивны[5].

В основу исследования поставлена задача разработать способ лечения глоссалгии, развившейся на фоне ксеростомии, путем поиска средств, которые будут иметь выраженное репаративное действие на железистый эпителий, обладать высокими антиоксидантными свойствами, что даст возможность значительно повысить степень эффективности лечения таких больных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 17 пациенток в возрасте от 37 до 62 лет, у которых имела место выраженная степень ксеростомии с явлениями глоссалгии. Для определения объема секреции осуществлялась общая сиалометрия по стандартной методике, изучение клеточного состава секрета околоушных желез в динамике наблюдения. Для оценки степени болевых ощущений в языке использовали цифровую шкалу по ВАШ. В лечебный комплекс ксеростомии входило бужирование протоков околоушных и подчелюстных слюнных желез, последовательное чередующееся введение в железы раствора хлоргексидина и масла семян шиповника 2 раза в неделю на протяжении месяца, на большие слюнные железы осуществлялся электрофорез галантамина (10 сеансов через

день), назначалась «Но-шпа» первые семь дней от начала лечения.

**Результаты исследования.** Ведущими симптомами глоссалгии, развившейся на фоне ксеростомии были жалобы на сухость полости рта, наличие трещин в области углов рта, жгучие, колющие, иногда пульсирующие боли в области боковых поверхностей или кончика языка. При осмотре отмечались сухие с неглубокими трещинами губы, у части больных имел место ангулярный хейлит. Слизистая оболочка щек и языка были слабо увлажненными, гладкими, блестящими. При первичном исследовании общей секреции выявлено, что за 10 мин. в среднем выделялось  $0,7 \pm 0,2$  мл ротовой жидкости. Клеточный состав секрета околоушных желез характеризовался наличием значительного числа клеток слущенного цилиндрического эпителия, немногочисленных бокаловидных клеток, элементов воспалительного ряда. Болевая реакция колебалась от 6 до 10 баллов и в среднем составила  $8,2 \pm 0,3$  б. Исследование общей секреции через месяц от начала лечения (ближайшие результаты) выявило ее повышение до  $1,4 \pm 0,3$  мл за 10 мин. При цитологическом исследовании секрета околоушных слюнных желез отмечалось отсутствие клеток воспалительного ряда, бокаловидных клеток. Имело место наличие немногочисленных клеток цилиндрического и плоского эпителия. Болевые ощущения в языке у 12 больных исчезли, у 5 колебались в пределах  $3,2 \pm 0,8$  балла.

Таким образом, апробированный нами метод лечения глоссалгии, развившейся на фоне ксеростомии, способствует повышению эффективности лечения, а именно снижению или исчезновению сухости полости рта, нормализации клеточного состава секрета слюнных желез, ликвидации парестезий языка.

**Костюк І.Р., Бабенко А.Д.**

## **ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЖИВОКОСТУ НАСТОЙКИ ТА КАЛЬЦІЮ ГІДРОКСИДУ**

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра дитячої стоматології, Україна*

На сьогоднішній день відсоток ускладненого карієсу в постійних зубах у дітей залишається високим. Нами здійснено клінічне обстеження та лікування 47 дітей віком 12-18 років, хворих на загострення хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів, які були поділені на 2 групи. В контрольній (16 дітей) місцева терапія здійснювалася за традиційною методикою, а саме: для медикаментозної дії на макро- і мікроканали та заапикальну тканину використовували 0,05% розчин хлоргексидину біглюконату. Після зняття запальних явищ (найчастіше в 2-3 відвідування) здійснювали постійне пломбування корневих каналів цинк-оксид-евгенольним силером і гутаперчевими штифтами без попередньої тимчасової obturaції. Місцеве лікування хворих основної групи (31 дитина) полягало в:

антисептичній обробці корневих каналів 1% спиртовим розчином хлорофіліпту, позаапикальній терапії препаратом живокосту настойки під тимчасову пов'язку (на термін не більше 1 доби). Далі у випадках, коли хворі зуби не турбували під герметичною пов'язкою та не було відмічено загострень (найчастіше через 2-3 відвідування), проводилося тимчасове кількаразове заповнення кореневого каналу пастою (склад пасти: 1,0 г живокосту настойки, 0,5 г гліцерину, до 3,0 г кальцію гідроксиду). Протизапальні та остеорегенеруючі властивості розробленої пасти були вивчені в експерименті на тваринах, а її склад запатентовано. Спочатку пасту залишали під тимчасовою пломбою на 1 тиждень (за відсутності загострення). Наступна її заміна проводилася через 1 місяць, а далі – через 3, 6, 9 і, за потреби, – через 12 місяців від початку лікування з рентгенологічним контролем. При виявленні тенденції до відновлення кісткової тканини, у разі закриття верхівки та завершення формування періодонта ми здійснювали постійне пломбування корневих каналів цинк-оксид-евгенольним силером і гутаперчею. При застосуванні запропонованої нами місцевої терапії спостерігалось швидше стихання запальних явищ порівняно з групою контролю, кількість відвідувань зменшувалася на 1-2 рази, ускладнень і побічних явищ не спостерігалось. Хворі зуби не турбували найчастіше під першою-другою герметичною пов'язкою з живокосту настойкою, посилення болю та повторного загострення патологічного процесу не встановлено у 90,3% випадків (у контрольній групі цей показник становив 62,5 %). Поступове відновлення дефекту кісткової тканини, виявлене рентгенологічно, відбувалося за обох варіантів місцевого лікування, але застосування запропонованого нами способу сприяло переконливо швидшій регенерації кісткової тканини і завершенню формуванню тканин кореня та періодонта постійного зуба. Таким чином вивченні нами клінічні та рентгенологічні показники вказують на позитивні зміни симптоматики загострення хронічного гранулюючого періодонтиту під впливом запропонованого нами місцевого лікування.

**Коток Р.Ю.**

### **КУЛЬТЕВЫЕ ВКЛАДКИ - ХОРОШАЯ АЛЬТЕРНАТИВА СОВРЕМЕННЫМ ШТИВТОВЫМ РЕСТАВРАЦИЯМ.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», кафедра стоматологии ФПО.*

Различная по своему происхождению патология (кариес, повышенная стираемость тканей зубов, травма) часто приводит к полному разрушению коронковой части зуба, но при этом остаётся устойчивый корень зуба. Ортопедическое лечение зубов с разрушенными коронками позволяет восстановить непрерывность зубных рядов, возвратит им утраченное единство и одновременно до конца использовать сохранившийся пародонт. Корень зуба

может быть использован и в качестве опоры мостовидного протеза, и для фиксации съёмных протезов.[2,4,6].

Современные адгезивные методики прекрасно выполняют свою задачу при восстановлении отдельно стоячих зубов. Однако композиты за упругостью и износостойкостью уступают металлу. Механическая крепость композитных материалов в 14 раз ниже крепости нержавеющей стали. Поэтому методики адгезивной техники не дают возможности решить проблему зубочелюстного аппарата при таких патологиях как: патологическая стираемость, снижение высоты прикуса, бруксизм, аномалии прикуса. [3,5].

В литературе приводится большое количество различных штифтовых конструкций разных фирм, как альтернатива культевым вкладкам. Каждая фирма рекламирует свои реставрационные системы, но когда мы имеем канал многократно препарированный под различные штифтовые системы и имеющий достаточно большие размеры, то оптимальное его использование возможно с помощью создание индивидуальной (конгруэнтной штифтовой системы) - корневой вкладки. Для восстановления разрушенных, особенно ниже уровня десны коронок зубов наиболее подходящими и перспективными остаются культевые вкладки с покрывными коронками. Формируя ложе, под культевую вкладку отталкиваются от конкретных клинических условий и не ограничиваются стандартными наборами. Позитивным свойством есть также возможность заменить покрывную супраструктуру, в случае ее повреждения не вынимая самой вкладки [6].

Культевая вкладка – это штифтовая разборная или монолитная конструкция, которая устанавливается в канал зуба. Она состоит из штифта и культы, которая позволяет имитировать коронковую часть – потом на неё навешивается коронка. Разборные конструкции используются для восстановления зубов с двумя и более корнями.[2].

**Лечение с использованием культевой вкладки состоит из следующих этапов:**

Первый – обследование корня, чтобы выяснить его состояние и состояние околозубных тканей. Если вдруг обнаружится киста или периодонтит, то требуется уже хирургическое вмешательство.

Второй – пломбирование корня и изготовление культевой вкладки. Вкладку можно отлить из металла или изготовить из керамики, если нужно восстановить передний зуб.

Третий – примерка вкладки. Если всё в порядке, то она фиксируется на постоянный пломбировочный материал на глубине 2/3 канала. Вероятность возникновения кариеса на границе зуба и вкладки исключена. Культевая вкладка позволяет равномерно распределить нагрузку на корень, за счёт опоры на всю поверхность зуба.

Четвёртый – изготовление коронки или моста, которые потом закроют вкладку.

Существуют прямой и непрямой методы изготовления цельнолитой культевой штифтовой вкладки. При прямом методе аналог вкладки



моделируется прямо в полости рта, при непрямом методе врач стоматолог-ортопед передает оттиски зубных рядов с четко проснятым корневым каналом в лабораторию и уже на гипсовой модели зубной техник моделирует аналог вкладки и затем переводит его в металл. До недавнего времени непрямой метод применялся гораздо чаще в связи с тем, что материалом для моделирования аналога вкладки был воск, а извлечь восковую конструкцию из разрушенного зуба в полости рта и передать аналог вкладки в лабораторию, не деформировав его, было весьма проблематично. С появлением гипоаллергенных, беззольных моделировочных пластмасс точность изготовления вкладок резко повысилась, так как стало возможным моделировать аналог вкладки непосредственно в полости рта, извлекать аналог и передавать в лабораторию без деформаций. [1,2,4].

### **Методика изготовления культевой вкладки**

После контроля качества эндодонтического лечения по рентгеновскому снимку мы определяем допустимую длину внутрикорневой части культевой вкладки, апикальная часть корневого канала на 3-5 мм должна оставаться obturированной корневой пломбой. На установленную глубину корневой канал освобождается от корневой пломбы, стенки корневого канала обрабатываются слегка на конус, избегая чрезмерного расширения. Минимальный диаметр штифтовой части культевой вкладки должен составлять 1,5 мм. Толщина стенок корневого канала, как говорилось выше, остается минимум 1,5 мм. Существующие поднутрения стенок корневого канала в верхней трети обрабатываются параллельно основному каналу, снимаются нависающие края. Это способствует повышению устойчивости вкладки к ротации в дальнейшем. Если осталось хотя бы незначительное количество твердых тканей зуба выше уровня маргинальной десны, то можно сформировать на твердых тканях корня уступ под 90°.

Уровень уступа должен находиться на уровне десневого края. Это позволяет избежать к следующему визиту стойкого, практически необратимого наплыва на уступ маргинальной десны. Острые ослабленные края разрушенного зуба срезаются и заполировываются, создается горизонтальная площадка. В пришеечной части корневого канала формируется ретенционная опорная площадка - на низкоскоростном наконечнике толстым фиссурным бором с закругленным кончиком (красное и желтое кольцо). Если зуб разрушен до уровня маргинальной десны, то опорную площадку лучше не формировать и тем самым не ослаблять и без того тонкие стенки корня, но тогда поперечный срез штифтовой части вкладки должен иметь отличную от круглой форму. Это предотвратит возможную в дальнейшем ротацию культевой вкладки. Необходимо учитывать, что будущая коронка должна опираться на уступ, сформированный на корне зуба. Во время препарирования зуба и создания амортизационной площадки, все переходы между стенками необходимо максимально сглаживать – таким образом мы добьемся оптимального прилегания литой конструкции и снимем напряжения в местах изгиба протезного ложа. [2,4,6].

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ У НАЙБЛИЖЧІЙ ТЕРМІН СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

**Кривчук О. А.**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»*

Потреба дорослого населення України у повному знімному протезуванні складає 57,5 осіб (77,35 процентів) на 1000 обстежених (Лабунець В. А., 2016). На жаль, ефективність даного виду стоматологічної допомоги залишається недостатньою. Так, за даними ВООЗ (2018) не користуються виготовленими конструкціями 20-26% хворих. В зв'язку з цим проблема підвищення якості повного знімного протезування залишається актуальною.

Мета представленої дослідження – оцінити стан слизової оболонки протезного ложа у хворих з повною відсутністю зубів при протезуванні традиційними конструкціями повних знімних протезів з жорсткими базисами у найближчий термін після здачі.

Матеріали та методи дослідження. В рамках роботи обстежено 114 хворих з повною відсутністю зубів, середнього та похилого віку (60-82 роки). Зазначені пацієнти відбиралась за зверненням на кафедру зі скаргами на складність користування виготовленими повними знімними протезами з жорсткими базисами у найближчий термін спостереження (через 1-6 місяців після їх здачі).

Обстеження хворих включало збір скарг і анамнезу, а також клінічне дослідження за традиційною схемою. Додатково вивчали стан слизової оболонки протезного ложа з використанням методики макрогістохімічного фарбування. При цьому слизову змащували розчином Шилера-Писарева, потім – 3% розчином толуїдинового синього. Через 30-60 секунд оцінювали інтенсивність та характер забарвлення відповідно до шкали, що враховує клас слизової. Ділянки запалення зафарбовувались більш інтенсивно у порівнянні з нормальною слизовою оболонкою протезного ложа та мали колір від брунотно-фіолетового до темно-фіолетового.

Результати дослідження та їх обговорення. Візуальне обстеження слизової оболонки протезного ложа дозволило виявити ознаки запального процесу, найбільш вірогідною причиною якого була дія протезів, що травмує, у 23,7 % хворих. У 5,3 % випадків клінічна картина розритої гіперемії слизової в межах границь протеза, доповнена скаргами на біль та печію при вживанні гострої, солоної, кислої їжі, сухістю у порожнині рота, яка з'являлась при користуванні протезами та зникала через деякий час після їх видалення, дозволили нам припустити токсичний характер стоматиту. У 3,5% досліджених хворих запалення слизової було викликано алергічними реакціями, що було підтверджено відповідними пробами. Пацієнти з кандидозним ураженням

слизової оболонки порожнини рота та грибковими заїдами, зокрема за даними мікробіологічних досліджень, склали 2,6 % від всіх обстежених.

Таким чином, ураження слизової оболонки протезного ложа за візуальними проявами діагностувалось у 40 хворих (35,1% від загальної кількості спостережень).

В той же час за результатами макрогістохімічного фарбування запалення слизової оболонки спостерігали у 91,2 % дослідних хворих, що підтверджує негативний вплив пластмасових базисів протезів, навіть за умови додержання технології.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Майже повсякчасне ураження слизової оболонки протезного ложа внаслідок користування повними знімними протезами вказує на необхідність подальшого пошуку шляхів вдосконалення методики їх виготовлення.

## **ПРОБЛЕМА ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ В ОРТОДОНТІЇ**

**Курєдова В. Д., Петрова А. В., Рудь Ю. В.**

*Українська медична стоматологічна академія*

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів*

При ортодонтичному лікуванні пацієнтів будь-якого віку комплексний метод є головним. Співпраця ортодонтів з хірургами - стоматологами - це щоденна клінічна практика.

Найбільш спірним, як з точки зору лікарів - ортодонтів, так і з боку взаємодії з пацієнтами, є питання про видалення здорових зубів. Не менш гостро стоїть питання і про вибір конкретних зубів, що підлягають видаленню.

Відповідно до сучасних уявлень, найчастішим вибором для видалення за ортодонтичними показаннями є перші премоляри. Це типовий і вже звичний вид видалення при лікуванні скупченості зубів, протрузії при I класі за Енглею і камуфляжу II класу і III класу за Енглею.

Деякі ортоданти пропонують видаляти замість перших премолярів другі, створюючи «природну» гіподонтію. Ця пропозиція пов'язана з тим, що другі премоляри частіше схильні до адентії.

Комбінований метод екстракції зубів застосовується при лікуванні II і III класу за Енглею. При аномаліях II класу за Енглею видаляють другі премоляри верхньої щелепи і перші премоляри нижньої, а при патології III класу - перші премоляри верхньої і другі премоляри нижньої щелепи, що пов'язано з їх мезіо-дистальними розмірами.

Рідше, але все ж ортоданти прибігають і до екстракції інших постійних зубів: перших молярів, других молярів і різців.

Екстракція одного різця нижньої щелепи може бути альтернативою видаленню чотирьох премолярів, що дає мінімальні зміни в зубних дугах і профілі м'яких тканин.

Екстракція перших молярів набирає популярність у ортодонтів, це пов'язано з їх раннім руйнуванням, а також з можливістю усунення

постекстракційних проміжків з при якісному анкоражі за допомогою сучасних методів лікування, таких як брекет-техніка та міні-імпланти.

Планування ортодонтичного лікування при сучасному підході до видалення окремих зубів має бути індивідуальним у кожного пацієнта, враховуючи морфологічний діагноз (скелетний та зубоальвеолярний), естетичні характеристики та функціональний стан щелепно-лицевої ділянки, тип росту щелеп, стан твердих тканин зубів, стан пародонту та ін. Правильний вибір зубів, що підлягають видаленню, дозволяє досягти множинних стійких контактів і нормалізації функції і естетики щелепно-лицьової області.

**Крижановський А. Є.**

### **ДИНАМІКА ЗМІН СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРИ КОРИСТУВАННІ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

Найпоширенішим способом відновлення жувальної ефективності при повній адентії, що застосовується в 98% випадків, є виготовлення знімних протезів з жорстким акриловим базисом. Поруч з тим, нерівномірний розподіл жувального навантаження, невідповідність базису мікрорельєфу слизової оболонки, механічне стиснення останньої провокують розвиток запально-дистрофічних процесів в тканинах протезного ложа.

Мета представленого дослідження – дослідити динаміку змін стану слизової оболонки протезного ложа при користуванні повними знімними протезами з жорстким акриловим базисом. Для об'єктивізації отриманих результатів нами використана методика, основана на реакції макрогістохімічного зафарбовування, запропонована Лесних М. І. та співавт. (2004), що передбачає візуалізацію зон запалення, індукованого підвищеним механічним навантаженням на слизову оболонку. Дослідження проведено серед 30 хворих з повною відсутністю зубів віком 52-74 роки. Динаміку змін запальних процесів в слизовій оцінювали за спостереженнями в день здачі протезів, через 7 днів, 1, 12, 24 та 36 місяців користування ними.

У день накладання та фіксації протезів запальних явищ слизової оболонки ротової порожнини не встановлено в жодного хворого. Через 7 днів користування протезами прояви запалення встановлені в 26,6±8,0% хворих, при цьому середня площа ділянок запалення склала 1,53±0,10 см<sup>2</sup>. Через 1 місяць прояви запалення практично ліквідовані (запальні явища незначної інтенсивності в ділянці альвеолярного гребеня спостерігались у 10,0±5,5%, відповідно площа запалення складала 0,70±0,06 см<sup>2</sup>, p<0,05). Через 12 місяців ознаки запалення мали 6,7±2,3%, але їх площа суттєво збільшувалась та дорівнювала 1,25±0,06 см<sup>2</sup> (p<0,05). Через 24 місяці кількість хворих із запальними явищами збільшилася до 13,3±6,1%, площа гіперемії складала

$1,28 \pm 0,05 \text{ см}^2$  ( $p > 0,05$ ). Зареєстрована тенденція спостерігалась і через 36 місяців, коли відсоток хворих, що мали запальні явища під базисами протезів становила  $20,0 \pm 7,3\%$  і розповсюджувалась на ділянки середнім розміром  $1,30 \pm 0,06 \text{ см}^2$  ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, у найближчий термін спостереження жорсткий акриловий базис провокує травматичне запалення слизової оболонки протезного ложа локального характеру, яке вдається усунути шляхом спрямованої корекції. Тоді як у віддалений термін, реєструються випадки зростання площі ділянок запалення слизової протезного ложа, формування яких обумовлено невідповідністю базисів тканинам протезного ложа внаслідок атрофії беззубих щелеп. Поодинокі випадки генералізованого хронічного запалення слід розглядати як результат мікробного забруднення поверхні протезів.

## **НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА В КЛИНИКЕ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ**

**Макарова И.А.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия»*

Моделью важной проблемы системная красная волчанка в современной стоматологии в условиях современного иммуно - депрессивного лечения становится актуальной и клинические проявления с признаками разнообразных проявлений и волнообразным течением заболевания претерпевает существенные изменения. Наблюдается эволюция течения болезни в преобладании хронических форм, увеличивается выживаемость больных и тем самым обеспечивается возможность появления симптомов ранее не встречавшихся или редко встречающихся. Особое внимание привлекают новые аспекты вовлечения тканей пародонта при СКВ. Хронический гингивит и пародонтит при СВЧ это один из ранних симптомов заболевания и достаточно рано нарастают выраженные иммунные, реологические, регенераторные нарушения в тканях, что негативно отражается на состоянии пародонта.

На сегодняшний день под наблюдением находится 62 пациентов с диагнозом СКВ разной степенью агрессивности в возрасте от 18 до 62 лет, средний возраст составил 40,6 лет и была выявлена, изучена распространенность воспалительных заболеваний пародонта. Всем пациентам проводится клинико-лабораторные обследования (общие методы: клиническое обследование органов и систем, определение степени активности процесса, иммунологические и биохимические анализы крови. Определение уровней гемоглобина, лейкоцитов, иммуноглобулинов, определение титров ревматоидного фактора и др. Специальные методы: КПУ, ИГ Green-Vermillion, Silness-Loe, Russel, РМА). По степени активности СКВ составили 1 степени – 44 пациента, 2 степени – 18 пациентов. У всех пациентов отмечается различная степень выраженности воспаления десен, соответствующая морфологической картине хронического гингивита и пародонтитов различной степени

выраженности. Результаты распространенности заболевания пародонта у пациентов с СКВ 1 степень активности:

- хронический катаральный гингивит составило 5 пациентов;
- хронический пародонтит легкой степени составило 10 пациентов;
- хронический пародонтит средней степени составило 4 пациента;
- хронический пародонтит тяжелой степени 0 пациентов.

Результаты распространенности заболевания пародонта у пациентов с СКВ со 2 степенью активности:

- хронический катаральный гингивит составило 17 пациентов;
- хронический пародонтит легкой степени составил 21 пациент;
- хронический пародонтит средней степени составило 4 пациента;
- хронический пародонтит тяжелой степени составило 2 пациента.

Таким образом, степень активности СКВ влияет на прогрессирование патологии пародонта.

Полученные результаты исследования свидетельствуют, что пациенты нуждаются в дальнейшем наблюдении, обследовании, совершенствованию ранней диагностики, лечении, коррекции лечения и профилактики в пародонтологической практике лечения патологии пародонта при СКВ.

**Малиновський В. Г.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗБАЛАНСОВАНОСТІ ОКЛЮЗІЇ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

В патогенезі генералізованого пародонтиту важлива роль належить травматичному перевантаженню пародонта. Оклюзійна травма, що виникає при формуванні передчасних міжзубних контактів, не викликає запалення навколзубних тканин, але погіршує запальний процес, який вже відбувається, за рахунок негативного впливу на апарат прикріплення. Тобто, патологічне оклюзійне навантаження первинно не призводить до виникнення гінгівіту та пародонтиту, однак здатне прискорити прогресування запально-дистрофічного процесу в пародонті. Згідно клінічних спостережень у місцях виникнення передчасних контактів особливо виражені явища остеопорозу та прогресування резорбції міжзубних перегородок. Звідси, діагностика оклюзійних порушень у хворих на генералізований пародонтит має велике значення в комплексному лікуванні захворювання, тому що їх подальше усунення створює сприятливі умови для стабілізації патологічного процесу, підвищує ефективність терапевтичних, хірургічних та ортопедичних заходів.

Однією з ознак патологічної оклюзії є порушення збалансованості по сторонам щелеп за рахунок утворення передчасних міжзубних контактів. При цьому розподіл жувального навантаження між правою та лівою сторонами

щелеп відбувається нерівномірно. Такий оклюзійний дисбаланс призводить до функціонального перевантаження групи зубів, що зазнають підвищеного жувального тиску, та як наслідок, травматичного пошкодження їх пародонта.

Мета представленого дослідження – вивчити характер збалансованості оклюзії у хворих на генералізований пародонтит.

За результатами проведеного дослідження оклюзіограм 98 пацієнтів віком 38-50 років із генералізованим пародонтитом I-II ступеня тяжкості, що не мали виражених зубощелепних деформацій, нами встановлено суттєві порушення оклюзійного балансу у  $38,8 \pm 4,9\%$  хворих (у межах 70%-30% –  $32,7 \pm 4,7\%$  спостережень; 80%-20% –  $5,1 \pm 2,2\%$ ; 90%-10% –  $1,0 \pm 0,3\%$ ). Лише  $12,2 \pm 3,3\%$  хворих мали повністю збалансовану оклюзію (50%-50%). Прийнятний баланс між правою і лівою сторонами 60%-40% зареєстрований у  $49,0 \pm 5,0\%$  хворих.

Таким чином, порушення збалансованості оклюзії на правій-лівій сторонах щелеп, здатне призвести до виникнення патологічного травматичного перевантаження зубів та прогресування патологічного процесу, діагностується у значній кількості хворих на генералізований пародонтит. При цьому в більшості випадків порушення оклюзійного балансу характеризується відсутністю суб'єктивної симптоматики з боку пацієнта, що пояснюється формуванням так званої «звичної оклюзії», яка однак не виключає необхідності проведення заходів оклюзійної корекції в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

**Малицкий Арсений Анатольевич**

## **ПРИЧИНЫ НЕУСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

*Кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии*

Учебная деятельность представляет собой систему состоящую из деятельности студента и преподавателя, основными компонентами которой являются мотивы, учебные цели, учебные действия, действия контроля и оценки полученных знаний.

Ведущую роль в профессиональной подготовке студентов, становлении личности будущих специалистов играет процесс обучения в высшей школе. На первый взгляд кажется странным, что часть студентов «не умеет учиться», хотя на протяжении предыдущих десяти лет своей школьной жизни именно этим и занимались. Однако стоит осознать, что обучение студента имеет существенные отличия от обучения ученика.

Если обучение студента превращается в творчество, то это благотворно влияет на его эмоциональную сферу, способствует запоминанию информации, развитию памяти, повышает интерес к познавательной деятельности. Для успешного обучения в ВУЗе важно чтобы студент не просто умел учиться самостоятельно, а направил свою познавательную активность на жизненное самоопределение и профессиональное самоутверждение. Особое значение

имеет уровень общего интеллектуального развития, эрудированность, широкие познавательные интересы. Как правило, недостатки вышеперечисленного можно, в определенной степени, компенсировать позитивной мотивацией, трудолюбием и усидчивостью, внимательностью и аккуратностью, однако всё-таки существует определенный предел. Также не маловажным является правильный выбор профиля ВУЗа, в соответствии с реальными предпочтениями и возможностями самого студента, а не исходя из желаний и амбиций родственников и близких людей.

Большинство студентов изначально не готовы учиться в условиях «университетской свободы», когда отсутствует суровый поточный «школьный» и родительский контроль, а предоставляется большая возможность выбора способа учебной деятельности. Как следствие, у таких студентов появляется недостаточно ответственное отношения к учебе, переориентация на внеучебные интересы.

При организации учебного процесса в медицинском ВУЗе стоит серьезно отнестись к формированию и развитию клинического мышления, так как его отсутствие является наиболее весомой и труднопреодолимой причиной неуспеваемости и отсутствия интереса к освоению профильных дисциплин. Его развитие подразумевает переход от «школьного» дуализма (правильно-неправильно) до терпимости к множеству противоречивых взглядов, а затем и собственной мысли, стремлению самостоятельно найти ответы на сложные вопросы, ответственности за свой выбор. К сожалению, в реальности преподаватели не всегда учитывают уровень развития и индивидуальные особенности студентов. При условии догматического стиля преподавания от студентов требуется только освоение «готовых истин», позиция преподавателя подается как единственно приемлемая, а оценка знаний определяется степенью соответствия конспекту лекций или учебнику. Этот метод неизбежно приводит к торможению развития мышления студентов, потере мотивации к учебно-профессиональной деятельности. Обучение становится неинтересным, нудным, способствует уклонению студентом от активной самостоятельной учебной работы, формальное выполнение домашних заданий.

Однако, непринужденное обсуждение теоретических и прикладных проблем науки и практики, предоставление студентам возможности формировать собственные мысли и рассуждения, сравнивать и оценивать различные подходы к решению клинических ситуаций стимулирует информационно-познавательную активность студентов на занятиях, позитивно сказывается на мотивации к учебно-профессиональной деятельности. В итоге это способствует повышению уровня академической успеваемости будущих специалистов в частности и показателей абсолютной и качественной успеваемости в целом.

**Марікуца С. В.**

**ЩОДО ПЕРСПЕКТИВ ЗАСТОСУВАННЯ СТАБІЛОМЕТРИЧНИХ ПРОБ  
В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**



*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна  
(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

Останнім часом зубощелепний апарат розглядається з позицій зв'язку не тільки між оклюзією та скронево-нижньощелепними суглобами, а й з опорно-руховим апаратом в цілому. Зокрема, цей зв'язок здійснюється через постуральні рефлексії. В свою чергу, підтримка вертикального положення тіла (пози, постури) – складний процес, який за своїм характером є не статичним, а динамічним. При цьому, стійкість статокінетичної системи забезпечується інформацією, яка надходить з декількох сенсорних виходів, що дозволяє через центральну нервову систему управляти тонусом м'язів та рівновагою тіла. Пропріорецептори зубощелепного апарату (суглобові, м'язові та періодонтальні) є важливими сенсорними входами, тому що жувальні м'язи утримують нижню щелепу в оптимальному положенні та реєструють гравітаційні взаємовідносини. Будь-які зміни співвідношення щелеп внаслідок оклюзійного дисбалансу впливають на пропріоцептивну імпульсацію, що віддзеркалюється на стані опорно-рухового апарату в цілому.

Мета представленої роботи – вивчити вплив нормалізації оклюзійних взаємовідносин на якість функції рівноваги шляхом застосування стабілометричних проб.

Дослідження проведене на 32 хворих віком 36-53 років, порівну чоловік та жінок, що мали порушення оклюзійних взаємовідносин внаслідок часткових дефектів зубних рядів. Функцію рівноваги досліджували до ортопедичного лікування та після (через 3 місяці після користування протезами, що відповідає терміну формування нового стереотипу жування), використовуючи стабілометричне дослідження, що включало в себе 15 проб (стандартних та стоматологічних).

Внаслідок проведених досліджень встановлено збільшення якості функції рівноваги після проведеного зубного протезування. При цьому ступінь впливу стоматологічних проб (проба у положенні центральної оклюзії, у положенні передньої оклюзії, у положенні з максимально широко відкритим ротом, проба з двобічним, право- та лівостороннім розімкненням прикусу) на функцію рівноваги зменшується.

Отримані результати пілотного спостереження вказують на можливість оцінки ефективності проведеного зубного протезування та заходів оклюзійної корекції у хворих зі складною ортопедичною патологією за даними стабілометричних досліджень, підґрунтям чого є відновлення адекватних взаємовідносин пропріоцептивної системи, скронево-нижньощелепних суглобів та опорно-рухового апарату при позитивному виході стоматологічного лікування.

**ЩОДО ПРОБЛЕМИ СТВОРЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ  
МОДЕЛІ ПАРОДОНТИТУ**

**Матвєєнко Л. М.**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія  
Міністерства охорони здоров'я України»*

За даними ВООЗ генералізований пародонтит є шостим за розповсюдженістю захворюванням людини. Натепер доведено, що основним етіологічним чинником розвитку запалення в навкол зубних тканинах є якісні та кількісні зміни мікрофлори порожнини рота, зокрема активація пародонтопатогенних мікроорганізмів. Поруч з тим, резистентність тканин пародонта до патогенної дії мікроорганізмів визначають системні фактори. У пацієнтів з тяжкою супутньою патологією ризик виникнення та ступінь тяжкості пародонтиту значно більші. До захворювань, які в значній мірі впливають на розвиток та перебіг пародонтиту, відносять цукровий діабет II типу, що впливає на метаболічний та імунний статус організму, знижуючи загальну реактивність. Згідно результатів клінічних спостережень розвиток метаболічного синдрому, який розвивається на тлі цукрового діабету II типу, завжди супроводжується запально-деструктивними процесами в навкол зубних тканинах. В свою чергу, для вивчення механізмів розвитку та розробки ефективних методів лікування пародонтиту існує необхідність створення його моделі, що враховує вплив супутніх захворювань.

Мета представленої дослідження – порівняти існуючі експериментальні моделі пародонтиту.

Результати дослідження та їх обговорення. Відома модель пародонтиту, яка передбачає розташування статевозрілих щурів у загальну клітку площею 0,018 м<sup>2</sup> на одну тварину. Перед розміщенням у клітку, під ефірним наркозом, використовуючи стоматологічний цемент, створюють штучну зубну бляшку навколо шийки верхніх та нижніх різців з шорсткою поверхнею, яка занурюється під ясна на 0,1-0,5 мм, при цьому у процесі моделювання тварини отримують кашкоподібну їжу (Буранбаєв Р. З. та ін., 2004). В даній експериментальній моделі є стресова ситуація, що спричинює продукцію прозапальних гормонів, здатних вплинути на стан тканин пародонта та ініціювати розвиток запально-дистрофічного процесу в них. Проте, дана модель не враховує індивідуальну витривалість тварин до стресу, а отже не дозволяє створити подібні зміни в пародонті у всіх щурів, залучених до експерименту. До того ж застосування стоматологічного цементу в якості місцевого чинника не виправдано. В цілому зазначена модель не дозволяє викликати тих суттєвих змін в альвеолярній кістці щелеп, які спостерігаються при пародонтиті.

В свою чергу, спосіб моделювання пародонтиту з ураженням сполучної тканини пародонта полягає у введенні щурам з питною водою ксенобіотику купренілу в дозі 20 мг/кг маси тіла щурів протягом 55 днів (протягом 5 днів, перерва 2 дні) (Ткаченко Є. К. та ін., 2011). Застосування купренілу в експериментальній моделі призводить до руйнування сполучнотканинного матриксу пародонта, зокрема його основних компонентів – фібрілярних білків (колагенів та еластинів) і полісахаридів (протеогліканів та глікопротеїдів).

Використання купренілу викликає значну активацію колагенази та ушкодження сполучної тканини пародонта, що обумовлено його високою комплексоутворюючою активністю відносно іонів металів. Поруч з тим, дана модель потребує підвищення показовості за рахунок імітації загальносоматичної патології.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Існуючі експериментальні моделі пародонтиту потребують підвищення показовості. На наш погляд, перспективним в цьому плані є застосування діабетогенної речовини стрептозотоцину, чому будуть присвячені наші подальші дослідження.

**Л.Н. Матвеевко**

## **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГИНГИВИТА**

*Днепропетровская государственная медицинская академия  
Кафедра терапевтической стоматологии*

Несмотря на успехи в изучении этиологии и патогенеза хронического катарального генерализованного гингивита (ХГКГ), лечение заболевания остается актуальной проблемой практической стоматологии. Частые рецидивы ХГКГ, а зачастую и перманентное течение, обуславливает необходимость поиска эффективных средств и методов терапии больных с этой патологией.

Согласно современных взглядов, к ведущим Схемам лечения ХРКГ относятся устранение вредно действующих факторов, механическое и медикаментозное воздействие на биоплёнку ротовой полости.

Целью настоящего исследования явилась разработка патогенетический обоснованного комплекса лечебно-профилактического мероприятия у больных с ХГКГ и сравнительное изучение его эффективности. Под наблюдением находились 18 больных с ХГКГ в возрасте от 18 до 55 лет. Длительность заболевания варьировала от 1мес. до 7 мес. Эффективность лечения оценивалась на основании клинических показателей: сроки устранения боли, отсутствие воспаления десен.

Наряду с устранением местных вредно действующих факторов, и санации ротовой полости, всем больным основной группы назначались полоскания ротовой полости 2% эфирным маслом чайного дерева и 5% масляными витаминами А и Е. Процедура проводилась 3 раза в сутки в течение 3 минут. Курсом 7 дней. Контрольная группа проводила полоскания масляными растворами витамина А и Е 5% 3 раза в сутки по 3 минуты на протяжении 7 дней.

Сравнительный анализ результатов лечения по вышеописанной и традиционной методике показал преимущество предложенного подхода к лечению ХГКГ. Так, ликвидация воспаления у пациентов основной группы наблюдалась через 1-3 дня, в то время как в контрольной группе - спустя 2-5 дней. Как показали наши исследования, назначение в традиционное лечение

полосканий с 2% р-м ефірного масла чайного дерева в сочетании с 5% масляним р-м вітамінів А і Е ускорює лічення ХГКГ в середньому на 2 дні.

Таким образом, разработанная методика лічення хронічного генералізованого катарального гінгівіта спосібствує підвищенню загальної ефективності лічення і може бути рекомендована для впровадження в практику лікаря стоматолога.

## **ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ХВОРИХ ПОЧАТКУЮЧИХ КОРИСТУВАТИСЯ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ.**

**Матвєєнко Р.Ю.**

*ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України",  
кафедра ортопедичної стоматології*

Повний знімний пластинковий протез є чужорідним тілом і певним чином впливає на органи порожнини рота, будучи мультиваріантним подразником.

У зв'язку з нерівністю протеза зверненої до слизової оболонки оболонки, не завжди задовільною фіксацією протеза на нижній щелепі, а також передачею тиску на м'які тканини, протез виступає в ролі механічного подразника. Порушуючи процеси теплообміну в слизовій оболонці, протез є своєрідним ізолятором, під яким створюються сприятливі умови для прискореного розмноження патогенної і умовно-патогенної мікрофлори, проникнення її в підлеглі тканини .

Як би якісно не був виготовлений повний знімний протез, адаптація, передусім, залежить від індивідуальної реактивності і структури психологічного типу характеру пацієнта. Звикання (адаптація) до повного знімного пластинкового протеза відбувається поступово, впродовж різних проміжків часу (від 10 до 33 днів). Первинне значення в адаптації має психологічний настрій пацієнта, а також його знання і розуміння процесів, що відбуваються з ним під час звикання до протезів.

На підставі літературних даних і власних спостережень за пацієнтами з повними знімними протезами розроблені наступні рекомендації:

1. Лікар зобов'язаний навчити пацієнта накладати і знімати протези самостійно, оскільки надалі користувачеві це доведеться робити неодноразово. Пацієнтові необхідно показати в дзеркало шлях введення і виведення протезів, а також запропонувати йому виконати ці маніпуляції кілька разів самостійно під контролем лікаря.

2. Необхідно дати пацієнтові рекомендації по відновленню фонетики. Порушення звукообрання можуть бути викликані об'ємом протеза, зменшенням вільного місця для мови, зміною проміжку між верхньою і нижньою щелепами за рахунок штучних зубів. Для швидкої фонетичної адаптації необхідно як можна довше і більше говорити вголос. Корисно рекомендувати пацієнтові читання газет, журналів, декламацію віршів, скоромовок. Особливу увагу лікар пропонує звернути на вимову деяких звуко- і буквопоєдань. Наприклад, "с", "з", "ш", "щ", "бп", "ф", "тр" .

3. Повний знімний протез вимагає особливого догляду та уваги. Гігієнічний догляд за протезом потрібний після кожної їди, і - в обов'язковому порядку - перед сном. Щодня протези треба чистити спеціальними щітками із застосуванням м'якоабразивної зубної пасти і обов'язковому використанні спеціальних засобів для чищення протезів (пігулки Corega Tabs, Polident та ін.)

У разі користування пацієнтом протезами, виготовленими з термопластических матеріалів (нейлон, поліпропілен, поліоксиметилен) тактика догляд відрізняється. Забороняється чистити такі знімні протези будь-якими видами щіток, а рекомендується тільки ретельне промивання водою, температура якої не повинна перевищувати 40°C. Очищення зубного протеза буде ефективніше при використанні спеціальної ультразвукової ванночки в комплексі із спеціальними чистячими засобами, які дозволяють швидко і ефективно видалити забруднення. Протез необхідно опустити в кип'ячену або очищену воду кімнатної температури одночасно з пігулкою для очищення протезів, щоб атомарний кисень, що виділяється, проникаючи в мікропори базисного матеріалу, видаляв залишки їжі, мікроорганізми, нікотинові смоли.

Впродовж першого тижня користування протезами краще на ніч їх не знімати, оскільки уві сні полегшується і згладжується процес адаптації до протезів. Після закінчення цього терміну, протези на час сну необхідно знімати для відновлення трофічних процесів в тканинах протезного ложа і нормалізації властивостей базисного матеріалу.

4. Споживати в період адаптації до повних знімних пластинковим протезам можна усі харчові продукти, за винятком особливо твердих (горіхи, льодяникові цукерки, сухарі) і високов'язких (м'якиш свіжого білого хліба, цукерки типу "Ірис" і тому подібне). Починати краще з нев'язких і не дуже твердих продуктів. Ідеальним варіантом є порізані часточками яблука або груші. З одного боку вони мають достатню жорсткість, щоб розвивати навичку жування протезами, а з іншої - цілком податливі, щоб не викликати травму слизової оболонки базисом протеза.

5. У разі виникнення будь-яких незвичних і незрозумілих відчуттів, пацієнт зобов'язаний відразу ж звернутися до лікаря, що виготовив протези. Базис повного знімного пластинкового протеза може служити причиною травматичного, токсичного або алергічного стоматиту. За наявності хворобливих відчуттів, характерних для травми слизової оболонки, пацієнт може зняти протез, але за 3 години до візиту до лікаря повинен надіти його знову, щоб травмована ділянка протезного ложа була видна. Тільки лікар може оцінити де і наскільки протез травмує слизову оболонку, тільки лікар має право вносити зміни в протез (коригувати, пришліфувати, змінювати межі). Рекомендації пацієнтів з вказівкою на базисі протеза травмуючих ділянок краще не брати до уваги, а відмітити локалізацію травматичною афти в порожнині рота і традиційними методами перенести її на пластмасу. Особливу увагу необхідно приділити пацієнтам, що мають в анамнезі раніше перенесений інфаркт або інсульт. Такі пацієнти страждають від зниження чутливості і не звертаються за допомогою у разі травматизації протезного ложа базисом. Їм

необхідно призначити додаткове відвідування в обов'язковому порядку, навіть якщо у них немає скарг під час адаптаційного періоду.

6. Однозначно скорочує терміни адаптації використання засобів для поліпшення фіксації повних знімних протезів. Вони істотно підвищують фіксацію повних знімних пластинкових протезів за несприятливих анатомо-фізіологічних умов жувального апарату. Ці засоби прості в застосуванні, оскільки в основі їх дії лежить універсальне фізичне явище змочуваності. Випускаються ці засоби у вигляді порошків, кремів, гелів, бальзамів, паст, фіксувальних прокладок.

Зберігати повні знімні пластинкові протези, а також піддавати їх очищенню за допомогою гігієнічних засобів, краще в спеціально розробленому для цієї мети поліпропіленовому контейнері. Він включає сітчастий сепаратор з утримувачем, що дозволяє акуратно витягнути протез з ємності з дезінфікуючою рідиною. Перевага зберігання знімних пластинкових протезів в цих контейнерах полягає в тому, що протез не піддається зовнішній дії (відсутні значні коливання температури, вологості, а також дотримується гігієнічні умови зберігання протезів).

Лікар зобов'язаний інформувати пацієнта про сучасні засоби догляду за знімними пластинковими протезами і неприпустимості використання при обробці і дезінфекції технічні рідини.

**Матвєєнко Р. Ю.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, проф. О. О. Фастовець)*

Ефективність лікування генералізованого пародонтиту полягає, по-перше, в систематизованій інтерпретації даних обстеження для розробки повного плану лікування, та по-друге, в комплексному підході, який передбачає застосування терапевтичних, хірургічних та ортопедичних методів. При цьому головна мета ортопедичного лікування тканин пародонта – усунення вторинної травматичної оклюзії, нормалізація оклюзійних співвідношень та іммобілізація рухомих зубів. Поруч з тим, не завжди лікувально-діагностичні заходи при генералізованому пародонтиті проводяться в повному обсязі.

Мета представленою дослідження – оцінити відповідність проведеного ортопедичного лікування генералізованого пародонтиту необхідному обсягу.

В рамках роботи нами проаналізовано історії хвороб та проведена оцінка різних показників стану пародонта, як суб'єктивних, так і об'єктивних (клінічна картина, індексна оцінка, дані рентгенографічних досліджень) у 182 хворих на генералізований пародонтит різного ступеня тяжкості, що звернулися на кафедру за спеціалізованою допомогою.

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.**



*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ» кафедра стоматологии ФПО.*

**Актуальность темы:** Метаболический синдром (МС) в последние десятилетия стал одной из самых актуальных проблем медицины, поскольку составляет патогенетическую основу таких массовых заболеваний как атеросклероз, гипертоническая болезнь, ожирение и сахарный диабет 2 типа.

В основе развития МС лежит, прежде всего, алиментарный фактор (переедание, энергетический дисбаланс) и во-вторых, наличие дисбиоза, характеризующегося системной эндотоксинемией. Последнее обстоятельство является причиной развития инсулинорезистентности, гиперлипидемии, стеатоза печени, атеросклероза.

Ранее нами было показано, что при экспериментальном метаболическом синдроме патологические процессы (воспаление, рецессия тканей) происходят и в пародонте, снизить уровень которых можно с помощью препарата Квертулин (кверцетин + инулин + цитрат кальция).

#### **Цель работы:**

Определение лечебно-профилактического действия на пародонт комплекса Квертулин + гиалуроновая кислота (мукозо-адгезивный гель «Квертгиал»).

Гиалуроновая кислота является межклеточным «цементом» и в значительной степени определяет устойчивость тканей к воспалению за счет снижения проницаемости для микробов и их токсинов. В научной литературе есть ряд публикаций о лечебном действии препаратов гиалуроновой кислоты при пародонтите и стоматите.

Нам представлялось целесообразным сочетать Квертулин с гиалуроновой кислотой, поскольку кверцетин обладает способностью ингибировать гиалуронидазу, разрушающую гиалуроновую кислоту.

#### **Материал и методы исследования:**

Экспериментальный МС воспроизводили у крыс линии Вистар (самцы, 4 месяца, живая масса  $250 \pm 10$  г). Для этого крысы получали в течение 20 дней кормовую смесь из комбикорма + 20 % пальмового масла. С 1-го по 5-й день крысы получали с питьевой водой линкомицин в дозе 60 мг/кг. Всех животных распределили в 3 равных группы по 7 голов: 1-ая – контроль (норма), 2-ая и 3-я – МС, 3-я группа на фоне МС получала аппликации геля Квертгиал в дозе 0,5 мл на крысу ежедневно в течение 20 дней.

Эвтаназию животных осуществляли на 21-й день опыта под тиопенталовым наркозом (20 мг/кг) путем тотального кровопускания из сердца. В крови определяли содержание лейкоцитов и лейкоцитарную формулу, в сыворотке крови – содержание глюкозы, триглицеридов, холестерина, билирубина и активность аланинтрансаминазы (АЛТ). В гомогенате десны определяли уровень маркеров воспаления: активность эластазы и содержание малонового диальдегида (МДА), содержание гиалуроновой кислоты, а также активность уреазы, лизоцима и каталазы. По соотношению активности

каталазы и содержанию МДА рассчитывали антиоксидантно-прооксидантный индекс АПИ, а по соотношению относительных активностей уреазы и лизоцима – степень дисбиоза по Левицкому. На изолированной нижней челюсти определяли степень атрофии альвеолярного отростка. Результаты подвергали традиционной статобработке.

#### **Результаты и выводы:**

Определения в крови содержания лейкоцитов, из которых видно, что при МС в 3 раза снижается содержание лимфоцитов, а содержание нейтрофилов, напротив, возрастает в 3 раза. Применение Квертгиала снижает уровень нейтрофилов и несколько увеличивает уровень лимфоцитов.

Биохимические показатели в сыворотке крови. Из этих данных видно, что при МС достоверно возрастает содержание глюкозы, триглицеридов, холестерина, билирубина и активность АЛТ, что свидетельствует о развитии метаболического синдрома с проявлениями гипергликемии, гиперлипидемии и стеатогепатита.

Определение в десне уровня маркеров воспаления (эластаза и МДА). Из этих данных следует, что при МС достоверно возрастает уровень маркеров воспаления, что свидетельствует о развитии воспаления (гингивит). Препарат Квертгиал снижал уровень обоих маркеров, причем уровень МДА достоверно.

Активность уреазы (маркер микробного обсеменения) и лизоцима (показатель неспецифического иммунитета). При МС возрастает активность уреазы и снижается (в 3 раза) активность лизоцима. Аппликации геля «Квертгиал» нормализуют активность уреазы и в 2 раза повышают активность лизоцима.

При метаболическом синдроме в 4,6 раза возрастает степень дисбиоза в десне крыс, которая снижается практически до нормы после аппликаций геля «Квертгиал».

При метаболическом синдроме достоверно снижается в десне содержание гиалуроновой кислоты, которая несколько возрастает после аппликаций геля.

Определили в десне активности каталазы и индекса АПИ. Видно, что при МС достоверно снижается и активность каталазы, и индекс АПИ. Аппликации геля повышают и активность каталазы, и индекс АПИ.

Изменение степени атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти крыс. При МС степень атрофии возрастает, а после аппликаций геля «Квертгиал» снижается до нормы. Эти данные свидетельствуют о развитии у крыс с МС воспалительно-дистрофических процессов в пародонте («метаболический пародонтит»).

Таким образом, проведенные нами исследования показали высокую лечебно-профилактическую эффективность сочетанного применения квертулина и гиалуроновой кислоты в виде оральных аппликаций геля «Квертгиал». В этом случае пародонтопротекторный эффект достигается при значительно меньшем расходе фармпрепаратов.

**МельничукЮ. М.**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ МІСЦЕВОЇ ТЕМПЕРАТУРИ РУБЦІВ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЇХ УТВОРЕННЯ**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії*

**Актуальність.** Існує стійка тенденція зростання частоти оперативних втручань на щелепно-лицевій ділянці, а кожне зовнішньоротове втручання призводить до утворення рубців.

Найбільш негативний вплив на соціальний та психо-емоційний статус пацієнтів здійснює формування гіпертрофічних та келоїдних рубців обличчя.

Профілактика формування патологічних післяопераційних рубців шкіри обличчя залишається актуальною та до кінця не вирішеною проблемою щелепно-лицевої хірургії [6, 8].

**Мета роботи.** Оцінка динаміки локальної температури рубців шкіри щелепно-лицевої ділянки після проведення профілактики їх утворення.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні на 26 пацієнтах (18 чоловіків, 8 жінок), яким проводилися оперативні втручання у щелепно-лицевій ділянці із застосуванням зовнішньоротових доступів.

Усі пацієнти були розподілені на три групи: контрольна - у післяопераційному періоді не застосовували жодних профілактичних заходів для попередження формування патологічних рубців шкіри. Перша – пацієнтам проводили монотерапію у вигляді трьох сеансів екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) з інтервалом у 4-5 днів. Друга – пацієнтам проводилося три сеанси ЕУХТ з інтервалом у 4-5 днів в поєднанні з застосуванням силіконового гелю Стратадерм. Кожна з досліджуваних груп хворих поділялася на дві підгрупи: 1–хворі з післяопераційними ранами, які загоювалися первинним натягом та 2 підгрупа – хворі, післяопераційні рани в яких загоювалися вторинним натягом.

Пацієнтам першої підгрупи проведення профілактики розпочинали з моменту зняття швів, а тим пацієнтам, що відносилися до другої підгрупи - після повного очищення післяопераційної рани, заповнення її грануляційними тканинами та початку епітелізації.

Сеанси екстракорпоральної ударно-хвильової терапії проводилася швейцарським апаратом StorzMedicalMasterPlusMP100. Параметри ударно-хвильової терапії обиралися в залежності від типу загоєння післяопераційної рани (Таб. 1). Місцеве знеболювання не застосовували [3, 5].

Силіконовий гель Стратадерм (виробник: STRATPHARMA AG (Switzerland), HiMedica Ltd (UK), Switzerland, UK) наносився тонким шаром безпосередньо на рубець і після повного висихання утворював на ньому тонку плівку.

Для дослідження та вивчення процесів неоангіогенезу та гемодинаміки післяопераційної рубцевої тканини проведено термометрію післяопераційного

рубця [1, 2, 4, 7]. Термометрія проводилася електронним термометром DigitalProbe – Thermometr фірми «ТФА» (Німеччина)(похибка показників вимірювання 0,1 градус за Цельсієм).

Таблиця 1. Параметри ударно-хвильової терапії, які застосовувалися.

| Параметри ЕУХТ      | Первинний натяг         | Вторинний натяг         |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| частота             | 3 Гц                    | 4 Гц                    |
| кількість імпульсів | 100 на см <sup>2</sup>  | 100 на см <sup>2</sup>  |
| потужність          | 1,6 Бар                 | 1,7 Бар                 |
| щільність потоку    | 0,2 мДж/мм <sup>2</sup> | 0,2 мДж/мм <sup>2</sup> |

**Результати досліджень та їх обговорення.** Оцінюючи результати термометричного дослідження за норму вважали показники локальної температури симетричних ділянок шкіри обличчя, який складав  $32,6 \pm 0,26^{\circ}\text{C}$  ( $p > 0,05$ ).

У контрольній групі температура збільшувалася незначно, що свідчить про повільні темпи репаративних процесів у рубцевих тканинах, що формуються.

У першій групі хворих температурний показник протягом усього курсу профілактики був суттєво більшим, ніж у контрольній групі. Після першої процедури ЕУХТ середній показник локальної температури був більший у другій підгрупі та становив  $36,4 \pm 0,13^{\circ}\text{C}$ , середня температура рубця у першій підгрупі становила  $35,9 \pm 0,12^{\circ}\text{C}$ , що пояснюється запальним процесом, що мав місце в ранах, що гоїлися вторинним натягом. Однак, вже після другого (1 підгрупа  $36,2 \pm 0,07^{\circ}\text{C}$ ; 2 підгрупа  $35,9 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$ ) та третього (1 підгрупа  $36,3 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$ ; 2 підгрупа  $36,4 \pm 0,06^{\circ}\text{C}$ ;) сенсів ударно-хвильової терапії, температурний показник поступово збільшувався у першій підгрупі, і був вищим ніж у другій підгрупі. При цьому міжгрупові відмінності зберігали достовірність ( $p > 0,05$ ). Це свідчить про кращі репаративні процеси у рубцях, які формуються первинним натягом, ніж у рубцях, які формуються після ран, загоєння яких відбувалося вторинним натягом.

Результати термометричного дослідження показали, що найвищі показники температури були в II групі. Середній показник температури рубців до початку профілактики становив  $34,9 \pm 0,16^{\circ}\text{C}$ , після першої процедури  $36,3 \pm 0,15^{\circ}\text{C}$ , другої  $36,4 \pm 0,03^{\circ}\text{C}$ , третьої  $36,9 \pm 0,04^{\circ}\text{C}$ . Незначно вищі температурні показники відмічалися у пацієнтів післяопераційні рани, яких гоїлися первинним натягом ( $36,8 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$ ), в порівнянні з пацієнтами, в яких загоєння ран відбувалося вторинним натягом ( $36,7 \pm 0,14^{\circ}\text{C}$ ) Достовірність показників зберігалася ( $p > 0,05$ ).

### **Висновки.**

1. Після проведення оцінки отриманих результатів дослідження можна зробити висновки, що найвищі показники локальної температури спостерігалися у тих пацієнтів, яким застосовувалася комплексна терапія, що включала три сеанси

екстракорпоральної ударно-хвильової терапії та аплікації гелю Стратадерм безпосередньо на рубець. Після проведення останнього сеансу екстракорпоральної ударно-хвильової терапії температурний показник у двох досліджуваних підгрупах майже не відрізнявся та становив  $36,9 \pm 0,04^\circ\text{C}$  ( $p > 0,05$ ).

**Міончинський Д.О.**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ ОСІБ, ЯКІ КОРИСТУЮТЬСЯ НЕЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ З РІЗНИХ МЕТАЛЕВИХ СПЛАВІВ**

*ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ», кафедра ортопедичної стоматології. Україна*

**Актуальність.** В даний час значно зросла кількість осіб з підвищеною чутливістю до різних екзогенних речовин, яке проявляється серйозними станами і частота їх виявлення постійно зростає. Збочені реакції найчастіше виявляються у вигляді алергічних проявів (реакціях уповільненого типу в результаті вивільнення гістаміну з базофілів і тучних клітин під впливом Ig E і клітинних реакцій). Актуально попереднє дослідження стоматологічних матеріалів, що застосовуються в протезуванні порожнини рота, на їх здатність вивільняти гістамін з базофілів крові. Знання біосумісності цінне і необхідне при проведенні лікувально-профілактичних заходів, т.к. реалізація кліточнопосередованих реакцій вимагає мінімум 24 години і безпосередній контакт матеріалу, що використовується для виготовлення протеза, не викликає спочатку ніяких реакцій, а негативні ефекти проявляються через кілька діб, не завжди пов'язують з протезуванням.

**Мета** даного дослідження - вивчення можливостей прогнозування негативних реакцій на основі вивчення стану імунної системи хворого і особливостей його взаємодії з матеріалами майбутнього протеза.

**Матеріал і методи дослідження.** Залежно від хімічного складу сплаву, вживаного для протезування, хворих розділили на 6 груп по 25 чоловік. Субпопуляції Т- і В лімфоцитів виявляли за допомогою еритроцитарних діагностиків. Реакція постановки РТМЛ проводилася з матеріалами, використовуваними для виготовлення зубних протезів. В реакції використовувалася гепаринизированная кров хворого і випробувані алергени. Обробка результатів проводилася за допомогою ліцензійної програми STATISTIKA 7.0. За отриманими даними (табл.): Все групи порівнянні за рівнем параметрів клітинного імунітету; не спостерігалось реакцій гіперчутливості на матеріал протезів; достовірної різниці у швидкості вивільнення гістаміну та утриманні циркуляції імунних комплексів не

виявлено; позитивних шкірних реакцій на матеріал протеза при спостереженні протягом 48 годин не спостерігалось.

**Аналіз** отриманих результатів показав, що найменшим негативним впливом на показники клітинного імунітету володіють золотовмісні сплави і матеріал REMANIUM; при застосуванні сплаву WIROCER спостерігається пригнічення показників клітинного імунітету, що не досягла, проте, рівня достовірності; при використанні НХС і сплаву WIROBOND негативна динаміка Т-ланки імунітету більш виражена; прояв дисбалансу у функціонуванні імунної системи, виражена негативна динаміка показників клітинного імунітету були виявлені при застосуванні КХС. **Висновки.** Виявлення матеріалів, що володіють здатністю викликати побічні реакції у конкретного пацієнта, дозволяє замінити даний матеріал або не використовувати його у даного пацієнта.

**Міончинський Д.О., Василенко Р.Є.**

### **ПРОТЕЗУВАННЯ КУКСИ ЗУБА ПРИ ЗМІНІ ЙОГО ОСІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПАРОДОНТА**

*ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ», кафедра ортопедичної стоматології. Україна*

**Актуальність.** Руйнування коронкової частини зуба при захворюваннях пародонта, що супроводжується зміною осі коренів зубів часто спостерігається – особливо у фронтальній ділянці. У бічних відділах найчастіше відбувається конвергенція зубів та коренів у сторону дефекту. Тому розробка та практичне впровадження науково-обґрунтованого підходу до відновлення кукси зуба при зміні його осі при захворюваннях пародонта, при якому враховується кут нахилу між кореневою і коронковою частинами зуба та зубною дугою є актуальною.

**Мета дослідження** – підвищення ефективності лікування пацієнтів зі значними дефектами твердих тканин зубів і захворюваннями пародонта, при яких спостерігається зміна осі зуба шляхом відновлення кукси зуба із застосуванням сучасних адгезивних скловолоконних систем.

**Матеріали та методи досліджень.** Проведено клінічне обстеження 120 пацієнтів з наявними зубам та коренями зубів і захворюваннями пародонту. Стан тканин пародонту навколо збережених коренів і зубощелепної системи вивчали за показниками РМА, глибиною пародонтальних кішень, рівня резорбції кісткової тканини; також визначали кут нахилу осі зуба та його відстань від оклюзійної площини зубного ряду з метою підбору відповідного штифта. Доповнюючі дослідження - прицільна рентгенографія, ортопантомографія та комп'ютерна томографія. Параметри розташування зубів проводили за розробленою методикою та за допомогою пристрою, який визначає кут нахилу осі кореня та його відстані від оклюзійної площини зубного ряду. Отримані дані заносилися в карту обстеження хворого.

**Результати.** При детальному клінічному обстеженні хворих та аналізі карт обстеження встановлено, що частота руйнувань коронкової частини зубів

(більше як 80%) становить 47% з числа осіб, що звернулися за ортопедичною допомогою. Відсутність коронкової частини зубів, що поєднується із захворюваннями пародонту, яке зумовлюється відхиленням осі кореня зуба по відношенню зубної дуги спостерігалось у 45,7%. Із застосуванням запропонованої методики вивчено варіанти нахилу вісі коренів зубів при різних ступенях тяжкості генералізованого пародонтиту.

**Висновки.** У результаті проведеного клінічного дослідження, шляхом вимірювання відхилень осі коронкової частини зубів, відносно зубної дуги було встановлено, що відхилення від осі у вестибуло-оральному напрямку переважали в межах 3°-7° при 1 ступені тяжкості генералізованого пародонтиту і - 8°-11° при 2 ступені тяжкості генералізованого пародонтиту; також можна стверджувати за результатами проведених вимірювань та рентгенологічних досліджень, що корені з нахилом 3°-15°, які попередньо ендодонтично підготовлені, придатні до відновлення адгезивними коренево-коронковими системами як опорні для ортопедичних конструкцій, що застосовуються з метою шинування зубів при захворюваннях пародонту.

**Міончинський Д.О., Василенко Р.Є.**

### **ЧИННИКИ РИЗИКУ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НАВЧАННЯ У СТУДЕНТІВ З КУРСУ**

*ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ», кафедра ортопедичної стоматології. Україна*

**Актуальність.** Провідними напрямками професійної підготовки студентської молоді є комп'ютерне навчання, впровадження дистанційних форм освіти та широке використання світової інформаційної системи. Модифікація освітнього середовища і бурхливий розвиток ІКТ зумовлюють низку гігієнічних проблем глобального характеру.

**Мета роботи** – визначити чинники ризику для студентів при використанні сучасних інформаційно-комп'ютерних технологій навчання.

**Матеріал і методи дослідження.** Системний аналіз чинників ризику проведено на підставі офіційних матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за період 2001-2010 рр. Розумова працездатність та функціональний стан організму в процесі занять досліджувались за допомогою зорово-моторної реакції та коректурної проби. Оцінка здійснювалась за співвідношенням основних процесів. Обстежено 100 осіб. Обробка результатів проводилася за допомогою ліцензійної програми STATISTIKA 7.0.

**Результати.** Провідними рисами навчання стають інтенсифікація інформаційного потоку знань та формування специфічного комплексу факторів ризику, що зумовлюють розмаїття патологічних станів організму, різноманітних за характером проявів та ступенем виразності. Навчальне навантаження для кожного четвертого студента перевищує функціональні можливості його організму, а інформаційно-комп'ютерні технології потребують психогігієнічної корекції.

Ідентифікація чинників ризику інформаційно-комп'ютерних технологій є важливими профілактичним компонентом охорони здоров'я студентської молоді. Профілактичні технології на підставі ідентифікації надають можливість науково обґрунтувати заходи щодо попередження несприятливого впливу факторів ризику на організм.

**Висновки.** Інформаційно-комп'ютерні технології диференціюються за формами навчання, доступністю до різних типів інформації, технічними засобами, модифікацією освітнього середовища. Комп'ютерні заняття зумовлюють різноспрямовані зміни розумової працездатності підвищення рівня, зростання втоми у студентів. Найчастішими чинниками ризику при роботі з ПК є інтенсифікація та формалізація інтелектуальної діяльності, несприятливі ергономічні параметри, нераціональний режим праці та відпочинку, перевищення ГДК і ГДР хімічних та фізичних показників. Основними профілактичними напрямками при ІТ-технологіях є створення оптимальних візуальних параметрів праці, раціоналізація ергономічних параметрів, мінімізація несприятливого впливу хімічних та фізичних умов, раціоналізація режиму праці й відпочинку.

**\*Мірчук Б.М. д.мед.н., професор, \*\*Максимов Я.В.**

**\*Одеський національний медичний університет**

**\*\* Запорізький державний медичний університет**

## **ЧАСТОТА ЧАСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ СЕРЕД ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ**

*м.Запоріжжя.*

### **Актуальність.**

З літературних джерел відомо, що від часткової втрати зубів страждає майже 70% дорослого населення України. Часткова втрата зубів одна найпоширеніших форм ураження зубощелепної системи у дорослому віці, причому уже 30–40 % дітей та підлітків мають дефекти зубних рядів внаслідок ранньої втрати як тимчасових, так і постійних зубів. У 14,2 % дітей та підлітків виявлені вторинні зубощелепні деформації, зумовлені несвоєчасним заміщенням дефектів зубів та зубних рядів. У дорослому віці, вторинні зубощелепні деформації діагностуються уже у 50-60% ортопедичних пацієнтів. Саме тому, вивчення частоти дефектів зубних рядів дозволить розробити алгоритми комплексного відновлення зубних рядів зубними протезами з опорою на імплантати у пацієнтів з вторинними деформаціями зубних рядів.

**Мета дослідження** - вивчити частоту дефектів зубних рядів серед дорослих пацієнтів м. Запоріжжя, які звернулись за протетичним лікуванням.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 526 осіб віком від 20 років до 60 років та старше, які звернулись за протетичним лікуванням. Діагноз встановлювався за класифікацією Кеннеді.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз результатів дослідження показав, що серед 526 осіб, які звернулись за протетичним лікуванням 74,4% мали часткові дефекти зубних рядів. У віці 20-30 років 27,0%



пацієнтів мали часткові дефекти зубних рядів. У віці 31-40 років кількість осіб з частковими дефектами зубних рядів збільшилась до 64,85%. У пацієнтів 41-50 річного віку дефекти зубних рядів діагностовано у 91,75% обстежених, а у 60 річних і старше 94,6% пацієнтів мали дефекти зубних рядів.

Двосторонні кінцеві дефекти зубних рядів ( I клас за Кеннеді) на верхній щелепі мали 5,23% пацієнтів і 6,8% - на нижній щелепі. Односторонні кінцеві дефекти зубних рядів ( II клас за Кеннеді) виявлено у 11,5% пацієнтів на верхній щелепі і у 14,2% - на нижній щелепі. Найбільше було пацієнтів з одностороннім включеним дефектом у бічному відділі зубного ряду (III клас за Кеннеді): 46,83% осіб з дефектом на верхній щелепі і 40,9% осіб з дефектом на нижній щелепі. Кількість пацієнтів з включеними дефектами зубних рядів переднього відділу (IV клас за Кеннеді) як на верхній так і на нижній щелепі було приблизно однакова, відповідно 0,9% осіб і 0,8% осіб.

Таким чином, з віком збільшується кількість пацієнтів які потребують заміщення дефектів зубних рядів, особливо з одностороннім включеним дефектом зубного ряду у бічній ділянці, що часто є причиною вторинних деформацій зубних рядів і вимагає тривалої реабілітації таких пацієнтів.

**Міщенко О.М., Рябокони Є.М.**

## **КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ЗАДЕНТІЄЮ В УМОВАХ ДЕФІЦИТУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В БІЧНИХ ВІДДІЛАХ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**

*Запорізький Державний Медичний Університет*

*Харківський Національний Медичний Університет*

**Актуальність:** Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є протезування хворих зі значною або нерівномірною атрофією кісткової тканини альвеолярного гребеня після часткової або повної втрати зубів. З впровадженням клінічної практики методу спрямованої регенерації кісткової тканини

шляхом імплантації біокомпозиційних матеріалів в ділянку атрофії кісткової тканини, вдається отримати найбільш високі результати реабілітації таких хворих.

**Мета роботи:** Вивчення клінічного досвіду аугментації синтетичного матеріалу на основі гідроксилапатиту татрикальційфосфату в ділянці верхньої щелепного синуса.

**Матеріали і методи дослідження:** З метою створення умов для прискорення процесів остеогенезу було запропоновано багато остеопластичних матеріалів органічного та неорганічного походження. Однак на практиці використання аутоканин пов'язане з певними труднощами, пов'язаними з ризиком інфікування їх під час забору, недостатнім обсягом матеріалу для подальшого заповнення дефекту, нанесенням хворому додаткової травми. В даний час в якості альтернативи використанню аутокістки застосовуються синтетичні біокомпозиційні матеріали імпорного та вітчизняного

виробництва, що володіють остеокондуктивними і остеоіндуктивними властивостями.

Проведено аналіз клінічних результатів синусліфтингу із застосуванням наноструктурованої кераміки на основі гідроксилапатиту татрикальційфосфату.

Оцінювалиякісні характеристики кістки за результатами комп'ютерної томографії та вимірювання показників торки при препаруванні кістки.

**Результати:** Нами накопичено досить багатий досвід проведення операції синусліфтинг із застосуванням наноструктурованої пористої кераміки на основі ГАП і ТКФ з розвиненою градієнтною структурою поверхні. При швидкому розчиненні фази ТКФ, зберігається каркас з ГАП, при цьому збільшується його пористість, що призводить до збільшення площі контакту з кістковими клітинами. Цей процес поліпшує протікання регенерації кісткової тканини. Характерним для даного матеріалу є відсутність реакцій з боку слизової гайморової пазухи і слизистої надкістничного клаптя, а так само висока щільність новоствореної кісткової тканини в порівнянні з кісткою реципієнтної зони.

У той же час при проведенні імплантації в терміни від 6 до 8 місяців з моменту проведення синусліфтингу частіше доводиться стикатися з недостатньо організованим регенератом безпосередньо в центрі аугментата. Ймовірно, це обумовлено великим обсягом введеного в пазуху матеріалу (2-3 см. куб.).

При наявності інтенсивної кровоточащої фіксованої регенерації в центрі його щільнісні характеристики не завжди задовільняли вимогам первинної фіксації імплантату, а торки при препаруванні були вище 32 Н/см.

Як вирішення цієї проблеми ми використовували імплантат Zircon Prior Ferox з двох західних макрорізбюв основний і чотирьох західних мікрорізбюв при шийковій частині при збереженому кроку різьби. Конденсаційний ефект такої конструкції імплантату дозволяв проводити його інсталяцію на силлі 35-40 Н., що забезпечувало необхідний клінічний результат.

#### **Висновки:**

Застосування для аугментації в ділянці верхньої щелепного синуса матеріалів на основі гідроксилапатиту татрикальційфосфату забезпечує отримання щільного організованого регенерату із збереженням заданого обсягу за відсутності реакцій з боку слизової гайморової пазухи.

При наявності 3-4 типу кістки в реципієнтній зоні доцільно застосування імплантата запропонованої конструкції типу Zircon Prior Ferox.

**Міщенко О.М., Чертов С.О., Возний О.В.**

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПУ ВЗ'ЄДНАННЯ ІМПЛАНТАТУ ЗА БАТМЕНТОМ.**

*Запорізький Державний Медичний Університет*

**Актуальність:** За останні десятиліття запропоновано велику кількість систем дентальних імплантатів. В основному імплантати представлені двоетапними системами, що має на увазі під собою кілька елементів в конструкції, а саме: імплантат, абатмент, фіксуючий гвинт (всі три елементи в сукупності складають так званий вузол сполучення) і власне коронку. Те, що гвинти мають властивість послаблюватися і ламатися – знає кожен інженер. Завжди існує небезпека утворення технологічного зазору, через який кріплення з часом розхитується, ламається і потребує заміни. У той же час при такій складній конструкції створюються передумови для мікробної контамінації внутрішніх структур імплантату під час клінічного використання, що, в свою чергу, може призводити до інфекційно-запальних процесів в області імплантатів. Тому одним з основних вимог до вузла сполучення є його герметичність, тому що умови, які створюються в процесі експлуатації та обслуговування імплантату, відрізняються мікробної агресивністю. Тому, навіть якщо мікроорганізм потрапляє всередину імплантату, розвиток вторинного інфікування повинно бути виключено. Це, в свою чергу, знижує ризик розвитку запальних захворювань, пов'язаних з присутністю ортопедичної конструкції з опорою на імплантатив порожнині рота. Важливим критерієм, на який обов'язково варто звернути увагу, є тип з'єднання імплантату і абатменту.

**Мета роботи:** У нашому дослідженні ми спробували об'єктивно оцінити якість різних типів з'єднання імплантат-абатмент шляхом розрахунку біомеханіки даних вузлів у взятих зразках.

**Матеріали і методи дослідження:** Для дослідження були взяті два типи з'єднання імплантат-абатмент. Найпоширенішими є такі види з'єднання: за допомогою зовнішнього або внутрішнього шестигранника, і за допомогою конуса.

У першому випадку (кріплення з зовнішнім шестигранником) відбувається нерівномірний розподіл навантаження (в сенсі навантаження припадає на гвинт). Але головною проблемою даної системи залишається неможливість домогтися герметичності з'єднання. Завжди буде залишатися зазор, в який можуть проникати мікроорганізми. Ті ж недоліки притаманні імплантатам з площинним з'єднанням внутрішнім шестигранником.

Інакше відбувається фіксація конструкцій внутрішнім конусом. Конус з'єднання не вимагає залучення додаткових елементів: імплантат і абатмент з'єднуються безпосередньо один з одним. Ризик неправильного з'єднання не існує, оскільки установка можлива тільки у разі заняття абатментом правильного положення. Отже, контролю рентгеном не потрібно, і розхитування окремих елементів конструкції виключено.

**Результати:** При навантаженні імплантату з циліндричним хвостовиком (внутрішній шестигранник), реакції прикладені до малої кругової майданчику контакту, практично стягувалися до точки, тому в даній точці локальні контактні напруги досить великі. При навантаженні імплантату з конічним

хвостовиком (конусне з'єднання), реакція склянки розподілена по малій прямокутному майданчику контакту, яка, в той же час, істотно більше кругової, тому максимальні контактні напруги істотно менше, ніж у імплантату з циліндричним хвостовиком.

**Висновки:** Конічне кріплення імплантату з абатментом, дозволяє збільшити стабільність і оптимізувати напругу фіксації. Така конструкція згладжує піки навантажень, володіє самонаправляючої властивістю і дозволяє уникнути високих навантажень на навколишні тканини. Переваги конусного з'єднання: рівномірне розподіл навантаження на імплантат і навколишні тканини профілактика розсмоктування кістки;  
 - мінімальна ймовірність ослаблення або розкручування гвинта;  
 - не потрібно рентгенографічний контроль (тому що конструкція з'єднання - дозволяє встановити абатмент в єдино правильному положенні);  
 - імплантат і абатмент з'єднуються герметично (величина зазору складає менше 1 мкн).

#### **Література:**

1. Мосейко О.О. Розробка та застосування стоматологічних титанових імплантатів гвинтового типу з адаптивним модулюванням кісткового та імплантаційного ложа: Автореф. 14.01.22 дис. канд. наук.- Одеса, 2005 – 20 с.
2. Робустова Т.Е. Импантация зубов. – М.: Медицина, 2003. – 560 с.
3. Потапчук А.М. Періімплантатна патологія // Вісник стоматології. – 2000. - №2. С. 70-73.
4. Параскевич В.Л. Биотехнические стандарты внутрикостных дентальных имплантатов // Дентальная имплантология. Минск - 2002.- С. 110-132.
5. Дудко А.С. Клинико-экспериментальное обоснование применения конструкции зубного имплантата: Автореф. 14.01.22 дис. канд. наук. – Минск, 1993.- 22 с.
6. Стиг Хансон. Биомеханический оптимизованный дентальный имплантат. // Новое в стоматологии. – 2000. - №8. – С. 96-99.
7. J.V.Park, Biomaterials science and engineering, N. Y, 1984.
8. Kitamura E et al. Biomechanical aspects of marginal bone resorption around osseointegrated implants: considerations based on a three-dimensional finite element analysis. Clin. Oral Impl. Res. 15, 2004; 401–412.

## **ПРАКТИКА НАБЛИЖЕНОГО ДО РЕАЛЬНОСТІ НАВЧАННЯ: КЕЙС МЕТОД ПРИ ВИВЧЕННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА МАЙБУТНІМИ СТОМАТОЛОГАМИ**

**Орищенко В.Ю., Стрельченя Т.М.**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Велика різноманітність захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР), їх взаємозв'язок із системною патологією вимагає застосування таких методів навчання, які б дозволили ефективно передавати доволі великий обсяг знань за мінімальну кількість відведених програмою навчальних годин, забезпечили б високий рівень оволодіння матеріалом, який вивчається.

Нашу увагу привернув кейс-метод, який передбачав організацію навчальної діяльності студентів на основі реальної клінічної ситуації. В ході взаємодії студенти навчаються критично мислити, вирішувати складні проблеми на основі аналізу обставин і відповідної інформації, враховувати альтернативні думки, приймати рішення, брати участь у дискусіях, спілкуватися з іншими людьми, що також підвищує їх комунікативну компетентність. В зв'язку з цим принципово змінюється позиція викладача. Він перестає бути разом зі студентом носієм «об'єктивного знання», яке він намагається передати студентові. Викладач організовує взаємодію, в якій кожен студент оволодів би низкою здатностей до якісних професійних дій та особистісною готовністю до майбутньої самостійної діяльності. Не менш важливе й те, що кейс-технологія одночасно відображає не тільки практичну проблему, а й актуалізує певний комплекс знань, який необхідно засвоїти при вирішенні цієї проблеми, а також вдало суміщає навчальну, аналітичну і виховну діяльність, що безумовно є дієвим і ефективним в реалізації сучасних завдань освіти.

Для досягнення необхідного результату навчання першорядне значення має якість розробленого кейсу. Зміст кейсу повинен відповідати наступним умовам:

- Наявність клінічної ситуації з патологією СОПР з єдиної комп'ютерної бази даних лікувально-консультативної роботи кафедри, яка була представлена серією екстра- та інтраоральних знімків цифровою дзеркальною камерою Canon з кільцевим спалахом (MacroRing lite MR-14EX) за допомогою дзеркал dent-o-care фірми Filtrop
- Наявність певних етапів дослідження та лікування з описанням захворювання в хронологічній послідовності, які були представлені в електронній розширеній історії хвороби консультативного хворого з повним комплектом фотофайлів результатів досліджень та висновків суміжних спеціалістів
- Конкретні дані стосовно методів та результатів лікування, назви, лікарські форми та інструкції медикаментозних засобів, які використовувалися хворими та були актуальними на певний проміжок лікування

Палітра кейсів є різноманітною. Типологія кейсів складалася за ознаками цільової аудиторії (студенти або інтерни), часу, відведеного навчальною програмою на вивчення окремої нозології, обсягу матеріалу тощо. Однак, в основу такого різноманіття покладено, перш за все, кінцеві навчальні цілі заняття та перелік практичних навичок, які повинні були опанувати студенти.

Спільними зусиллями студенти повинні були проаналізувати клінічний випадок, запропонувати методи дослідження та лікування тематичного

хворого, або оцінити доцільність вже призначених медичних заходів. Для вивчення сучасних методів дослідження та лікування ми найчастіше ускладнювали завдання кейс-методу та орієнтували студентів на самостійний пошук шляхів вирішення наявної клінічної проблеми.

Таким чином, кейс-метод при вивченні захворювань СОПР виступає достатньо дієвим навчальним інструментом, під час якого активізується пізнавальний процес студента та набувається необхідне клінічне мислення майбутніх фахівців, про що неодноразово свідчать результати підсумкового заняття циклу.

## **ЧАСТОТА ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ТА ПОТРЕБА В ЇХ ЛІКУВАННІ**

**Пасько О.О., Гриновець В.С., Пришляк В.Є., Сулим Ю.В.**

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

За даними авторів, 40 % всіх відвідувань за стоматологічною допомогою пов'язані із хворобами пульпи та периапікальних тканин. При несвоєчасному та неякісному лікуванні карієсу виникають ці ускладнення, які можуть в кінцевому результаті привести до втрати зубів [1; 2].

Найбільш несприятливий прогноз відмічається при видаленні зубів у людей молодого віку, в зв'язку із початком атрофічних процесів в кістковій тканині [3]. І тому, враховуючи високу поширеність хвороб пульпи та периапікальних тканин, актуальним є вивчення факторів, які сприяють їх виникненню, а також потребі у лікуванні цієї патології.

Нами було проведено клінічне та соціологічне обстеження 350 студентів нашого вузу та учнів старших класів школи-інтернату віком від 16-25 років (дівчат – 54 %, юнаків – 46 %).

Під час проведення стоматологічного обстеження оцінювали стан твердих тканин зубів і пародонту. Під час збору анамнезу, враховуючи наявність скарг на довготривалі ниючі болі, реакцію на механічні і температурні подразники. Клінічно в цих випадках визначалась глибока каріозна порожнина, зміна кольору зубів, болоче зондування, позитивна термометрія та перкусія.

За результатами проведеного обстеження у 45 % оглянутих пацієнтів ми поставили попередній діагноз пульпіту та періодонтиту. При наявності характерних скарг та клінічної картини, для уточнення діагнозу застосовували додаткові методи обстеження (електродонтометрію, рентгенографію). Після цього діагноз був підтверджений у 36 % юнаків та дівчат.

Тому, поширеність пульпіту серед обстежуваних студентів склала 31,6 %. В 70 % випадках виявлені хронічні форми пульпіту, в 20 % діагностований

пульпіт в стадії загострення. У 10 % були виявлені гострі форми пульпіту. Періодонтит був виявлений у процесі лікування в 26,5 % випадків. В 16 % випадків з них були виявлені периапікальні зміни.

Після підтвердження попереднього діагнозу пацієнтам проводилось ендодонтичне лікування із відновленням коронкової частини зуба шляхом прямої та непрямої реставрації. У 9 % випадків консервативне лікування було неможливе із-за значних периапікальних змін, резорбції кісткової тканини, неможливості проведення ендодонтичного лікування корневих каналів. Таким пацієнтам проводилась резекція верхівки кореня, ампутація, гемі секція.

Існує низка факторів, які приводять до виникнення ускладнень при лікуванні пульпітів та періодонтитів: це і каріозні порожнини, і помилки в діагностиці та лікуванні карієсу, порушення технологій при виконанні стоматологічних маніпуляцій.

Проведені нами дослідження показали, що лише 25 % студентів звертаються за медичною допомогою своєчасно, коли каріозний процес незначний і немає запалення в тканинах пульпи. В цих випадках лікування обмежується пломбою, пульпа залишається життєздатною. Лише 52 % юнаків та дівчат звертаються до стоматолога при наявності вираженого гострого або ниючого зубного болю, 23 % - при наявності порожнини в зубі, 15 % - у випадку реакції зуба на температурні подразники. Дана симптоматика свідчить про запалення пульпи та периапікальних тканин.

Дані проведених досліджень свідчать, що звернення до стоматолога не є плановим і систематичним.

Згідно даних анкетування приблизно третина їх відвідує стоматолога 1-2 рази в рік, 19 % - 3-4 рази в рік, 21 % - раз в 2-3 роки, 29 % - раз в 4-5 років. З профілактичною метою до стоматолога звертається лише четверта частина, серед яких 50 % знають, що профілактичні огляди проводяться один-два рази в рік, але цього не дотримуються.

Студенти пояснюють несвоєчасне та нерегулярне відвідування стоматолога недостатністю часу (70 %), недостатністю матеріальних засобів (17 %), територіальним віддаленням стоматологічної поліклініки (13 %). Але основною є відсутність мотивації до збереження стоматологічного здоров'я молоді. Можливо, це пов'язано з недостатністю знань про роль здорових зубів в загальному стані здоров'я, про методи індивідуальної гігієни, про медичну та економічну ефективність профілактики в порівнянні з лікуванням.

**Петришин О.А.**

## **ЗАСТОСУВАННЯ NBFGingivalGel У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНИХ ГІНГІВІТІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ АТО**

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

Виразково-некротичний гінгівіт, вперше описаний Plaut (1894) та Vincent (1896), на даний час набуває актуальності, адже у його патогенезі основне

значення мають змінена реактивність організму та зниження резистентності тканин маргінального пародонта до аутоінфекції порожнини рота, особливо до грамнегативних бактерій. Сучасні теорії виникнення цієї хвороби практично не відрізняються від запропонованої Vincent – ендогенна опортуністична фузоспірилярна інфекція. Низка причин виникнення так званого «шанцевого» гінгівостоматиту у осіб молодого віку: переохолодження, перенесені вірусні та бактеріальні інфекції (грип, ангіна тощо), недостатнє харчування, незадовільна гігієна порожнини рота, отруєння солями важких металів, дефіцит вітамінів, а також тютюнопаління. Велике значення в розвитку хвороби має і стрес, оскільки викликає блокаду системи моноклеарних макрофагів та стимулює продукцію глюкокортикоїдів. Саме ці чинники є характерними для обстежених нами пацієнтів.

До нашої клініки терапевтичної стоматології з приводу санації ротової порожнини звернулося 12 пацієнтів, котрі проходили стаціонарне лікування у військовому шпиталі після отриманих поранень в зоні АТО (антитерористичної операції). В усіх пацієнтів мали місце пародонтальні проблеми: у 7 з них діагностовано катаральний гінгівіт (у 3 осіб – гострий, та у 4 – хронічний перебіг), а у 5 – хронічний виразково-некротичний гінгівіт. Всі хворі скаржились на кровоточивість ясен, дискомфорт або незначну болісність, неприємний запах. В анамнезі 5 осіб вказували на перенесений гострий процес в порожнині рота із погіршенням загального стану: підвищенням температури, болем голови, лихоманкою та у 2-х осіб з утрудненим прорізуванням третіх молярів: неповне відкривання рота, наявність ділянок некрозу в ретромоллярній ділянці, нестерпний біль та значний неприємний запах. Саме дані анамнезу засвідчили, що у даних пацієнтів хронічний виразковий гінгівіт, що розвинувся як наслідок гострого процесу та на даний час характеризується в'ялим перебігом. Клінічно у цих хворих спостерігали: застійно гіперемовані, набряклі ясна, їх валікоподібний край та верхівки міжзубних сосочків укриті брудно-сірим нальотом та подекуди виразками. Підщелепові та підборідкові лімфатичні вузли дещо збільшені, слабоболісні при пальпації, однак загальний стан не страждав. Для підтвердження діагнозу було проведено мікроскопічне дослідження нальоту та виявлено велику кількість змішаної флори, серед якої – веретеноподібні палички та спірохети Венсана, дріжджоподібні гриби, актиноміцети та ін.

Всім пацієнтам було проведено професійну гігієну та санацію ротової порожнини (особливо видалення коренів зубів та третіх молярів), часті полоскання 3% розчином перекису водню та 1:10 000 розчином перманганату калію, враховуючи незначні болісні відчуття – розчином цитралю та прополісу (20-50 крапель спиртового розчину на склянку води), після усунення місцевих подразнюючих факторів – обережна некроектомія з попередньою обробкою протеолітичними ферментами та повторна обробка антисептиками (фурацилін, етакридину лактат), протизапальна терапія (мефенаміну натрієва сіль, саліцилати), гель Метрогіл Дента – аплікації на 30 хвилин. Для стимуляції репаративних процесів в наступні відвідування нами був застосований NBF



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.

Таким чином, ці дані свідчать про необхідність розробки своєчасних заходів профілактики та лікування хвороб пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет. Такі хворі повинні постійно перебувати під наглядом спеціалістів різних профілів: ендокринолога, педіатра, стоматолога, яким потрібно тісно співпрацювати та якомога раніше виявити ту чи іншу патологію.

**Рейзвих О. Э., Шнайдер С. А.**

## **ПОТРЕБНОСТЬ, ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И НУЖДАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

*ГУ «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины», Одесса, Украина*

Профилактика кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей является на протяжении многих лет наиболее актуальной задачей современной детской стоматологии, что обусловлено высокой распространенностью и интенсивностью этих заболеваний [1, 2, 3, 4].

Особого внимания требуют дети в период активного роста (6, 12-15 лет) в связи со значительной психологической, физической и умственной нагрузкой на организм ребенка. Эти периоды совпадают с началом прорезывания постоянных зубов и формирования постоянного прикуса [5, 6].

Важную роль в патогенезе кариозных поражений зубов играют общесоматические заболевания. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о неудовлетворительном состоянии здоровья детей с тенденцией к дальнейшему росту заболеваемости. Заболеваемость детей школьного возраста в Украине за период 2010-2012 гг. возросла на 27 % [7].

Неблагоприятные демографические и социально-экономические тенденции в стране играют первостепенную роль в ухудшении здоровья детского населения и стоматологического в том числе, поставив эту проблему в число национальных приоритетов.

Основные положения эпидемиологии стоматологической заболеваемости указывают на необходимость постоянного внимания к вопросам обеспеченности и нуждаемости детского населения в стоматологической помощи.

В связи с этим, **целью** настоящего исследования явилось изучение состояния стоматологической помощи детскому населению Украины в 2013 году.

**Материалы и методы.** Проанализированы формы государственной статистической отчетности № 17, № 20, № 47; формы первичной учетной документации; данные конъюнктурного обзора ГУ «ИС НАМН Украины» за 2013 год; нормативные документы, регламентирующие все виды деятельности стоматологических учреждений. Все полученные количественные результаты обработаны по общепринятым методам медицинской статистики.

По данным Центра медицинской статистики МОЗ Украины численность детского населения страны в возрасте 0-17 лет включительно за период 2002-2012 гг. снизилась с 10306976 до 7971638 человек (на 22,7 %). Численность учеников общеобразовательных учебных заведений в Украине с 1997 года по 2012 год сократилась на 40%. Об этом свидетельствуют данные Государственного комитета статистики [8, 9].

В 2013 году количество посещений к врачам стоматологам детей в возрасте до 17 лет включительно составило 12899561 (1,6 – на одного жителя). Удельный вес первичных посещений составил 50,8 %. В порядке плановой санации было осмотрено 5467458 детей, что составляет 42,4 % от всех детей, обратившихся за стоматологической помощью. Из числа планово осмотренных 48,5 % нуждались в санации. 80,9 % из них были санированы. Однако, только 25,3 % детей санировано в порядке плановой санации и по обращаемости.

Удельный вес вылеченных зубов по поводу кариеса ко всем стоматологическим посещениям составил 52,8 %. 19,3 % приходится на долю осложненного кариеса от всех вылеченных зубов по поводу кариеса. В 175,7 случаев на 10 000 детского населения диагностированы заболевания слизистой оболочки полости рта.

В 2013 году 30,5 % (2430509) детей не были планово осмотрены врачом-стоматологом. 505 628 детей не были санированы (от нуждающихся). Таким образом, группа риска среди детского населения составляет 36,8 % (2 936 137). Это означает, что 1/3 детского населения Украины ежегодно не осматривается и не санруется.

Результаты настоящего исследований свидетельствуют о значительной величине потребности детского населения в стоматологической помощи. Это указывает на необходимость принятия ряда медицинских и государственных мер по коренному улучшению оказания стоматологической помощи детям Украины. Так, например, требует пересмотра Постановление Кабинета Министров Украины от 08.12.2009 года № 13/18 «Про затвердження порядку здійснення медичного обслуговування учнів в загальноосвітніх навчальних закладах». Необходимо восстановить должности детских стоматологов, где они были сокращены, а также восстановить должности врачей-стоматологов в структурах первичного звена медико-санитарной помощи и др.

**Рыбалов О.В., Яценко П.И., Яценко О.И., Иваницкая Е.С.**

**БОЛЕВОЙ СИМПТОМ ПРИ КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» г.Полтава, Украина*

В большом числе вариантов классификаций заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) среди ряда видов дисфункций, как отдельная нозологическая форма, выделен симптом болевой дисфункции. Чаще всего больные жалуются на боль в области сустава, некоординированные

смещения нижней челюсти при открывании рта, неадекватное открывание рта, клацанье, хруст в суставе, головную боль, ослабление слуха. Нередко эти симптомы могут объединяться и наблюдаются, по данным разных авторов, у 40% - 70% этой категории больных. Попытки определить патогенез возникновения болевых симптомов в ВНЧС до сегодняшних дней остаются открытыми, что не дает возможности осуществлять их рациональное эффективное лечение.

Целью нашего исследования явилось уточнение механизма возникновения болевого симптома на основании изучения рентгенологических характеристик височно-нижнечелюстного сустава у соответствующей категории больных.

Объекты и методы исследования.

Наблюдалось 45 больных (42 женщины, 3 мужчин) в возрасте от 24 до 48 лет. Общеклиническое обследование дополнялось прицельной зонографией обоих ВНЧС всем больным на аппарате OPTNORHOSX65 при закрытом и открытом рте. Анализ рентгенограмм включал оценку размеров и форм суставных головок, их рентгеноанатомическую плотность, высоту суставных бугорков, характер смещения суставных головок по отношению к суставному бугорку при открытом рте. Проводилось сопоставление ширины суставной щели обоих суставов при закрытом рте в трех участках: переднем, верхнем, заднем.

Результаты исследования. На рентгенограммах ВНЧС при закрытом рте у большинства пациентов обращало на себя внимание достоверное сужение суставной щели в передне-верхних и задних отделах на стороне болевых явлений и расширение в задних и верхних отделах на противоположной. При этом суставная головка при открытом рте на стороне болевых явлений "утопала" в суставной впадине, а на противоположной выходила за пределы вершины суставного бугорка кпереди.

Так как все пациенты связывали появление болевых ощущений в ВНЧС после длительных стоматологических манипуляций, откусывания большого фрагмента пищи, при зевании, то можно сделать заключение, что в результате неадекватно-чрезмерного открывания рта за счет рефлекторного кратковременного защитного асимметричного повышения функции собственно жевательной, медиальной и латеральной крыловидной и, возможно, височной мышц возникает напряженно-деформированное состояние в одном из ВНЧС, что приводит к появлению в нем симптомов компрессионной боли. Подобную ситуацию можно обозначить как компрессионно-дислокационную дисфункцию ВНЧС. При этом смещение суставной головки противоположного сустава за пределы вершины суставного бугорка кпереди можно квалифицировать как ее неполный вывих или анатомо-функциональную нестабильность в работе ВНЧС с достаточно выраженной симптоматикой. Объективный анализ взаимоотношений всех анатомических компонентов обоих ВНЧС, выявляемых на прицельных рентгенограммах, с детальной оценкой жалоб и анамнеза заболевания позволяет доказательно установить причину возникновения

компрессионного болевого мышечно-суставного симптома и обеспечить адекватное эффективное лечение.

**Романенко Е.Г., Матвеева А.Д.**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИОДЕНТИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПУЛЬПИТА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗУ», кафедра детской стоматологии, Украина*

Лечение патологии пульпы постоянных зубов с незаконченным формированием корня является одним из ответственных мероприятий в детской стоматологической практике. Важность этого вопроса диктуется необходимостью применения методов и материалов, позволяющих сохранить жизнеспособность пульпы и функциональную ценность зуба, а также обеспечивающих возможность роста и формирования корней[1,2].

Одним из новых современных пульпопокрывающих материалов является «Биодентин» («Biodentine™», Septodont). Порошок содержит трикальций и дикальций силикаты и карбонат кальция. Жидкость содержит водный раствор хлорида кальция с добавлением поликарбоксилата. В процессе застывания материала образуется гидроксид кальция.

«Biodentine™» является биоактивным заменителем дентина за счет схожих с ним механических свойств, поэтому может служить его заменой как в коронарной, так и в корневой части зуба. Данный препарат создает условия для поддержания витальности пульпы путем плотного «запечатывания» поверхности дентина[4], что обеспечивает отсутствие послеоперационной чувствительности и долговечность реставрации витальных зубов. «Biodentine™» показан для непрямого и прямого покрытия пульпы, пульпотомии, закрытия перфораций дна полости зуба и корневых каналов, апексификсации. Препарат имеет улучшенные механические свойства, меньшую растворимость и надежные герметизирующие свойства по сравнению с препаратами на основе гидроксида кальция [3]. «Biodentine™» прост в использовании, обладает хорошей стабильностью, поэтому может использоваться как для защиты пульпы, так и в качестве временной пломбы.

Учитывая вышесказанное, целью работы явилось изучение результатов лечения препаратом «Биодентин» хронических форм пульпита зубов с незаконченным формированием корня.

*Материал и методы исследования.*: под наблюдением находилось 15 детей в возрасте 8-10 лет, из них 8 мальчиков и 7 девочек. У пяти пациентов был

установлен диагноз хронический гангренозный пульпит, у шести - хронический фиброзный пульпит, у четырёх - хронический гипертрофический пульпит. Для постановки диагноза использованы клинические методы исследования: субъективные данные (сбор жалоб, опрос), объективные данные (осмотр, перкуссия); данные рентгенографического исследования (рентгеновский снимок).

Эффективность применяемых методов лечения оценивали по результатам клинического и рентгенологического методов исследования.

Рентгенологическое исследование проводили в целях диагностики и в диспансерный период наблюдения через 3-6-9 месяцев до полного завершения формирования корней.

*Результаты собственных исследований.* Лечение хронического гангренозного пульпита проводили в несколько посещений.

В первое посещение под анестезией проводили удаление пульпы и её распада не доходя 2 мм до ростковой зоны, обильно промывали корневые каналы 1% раствором перекиси водорода и 1% раствором гипохлорита натрия поочерёдно. В результате происходила бурная реакция с выделением атомарного кислорода. Каналы промывали многократно и затем высушивали бумажными штифтами. Для разжижения экссудата и усиления лизиса некротических масс, а также нейтрализации бактериальных токсинов в каналы вводили иммобилизованные протеолитические ферменты в виде суспензии Профезима или раствора Иммозимазына турунде в канале на 24 ч под временную пломбу.

Во второе посещение выяснилось, что у трёх пациентов были жалобы на незначительную боль при накусывании. Два пациента жалоб не предъявляли. Явления болезненности при накусывании сразу после проведения ампутиационного лечения пульпита у исследуемых следует расценивать как ответную реакцию тканей пульпо-периодонтального комплекса на травму и незначительное раздражение препаратом.

Следует учитывать, что в зубах с незавершенным формированием корня при хронических формах пульпитов инфицирована и костная ткань альвеолы, чему способствуют обширные костно-мозговые пространства, заполненные красным костным мозгом, участвующем в гистогенезах костной и кроветворной ткани. Промывающие растворы и антисептические повязки приводят к значительному уменьшению бактериального загрязнения корневых каналов, но только поверхностных слоев корневого дентина, и, к сожалению, в большинстве случаев не всегда обеспечивают его стерильность. Очевидно, что при лечении гангрены пульпы внутриканально следует вводить антибиотики, воздействующие на анаэробную флору. Предварительно каналы промывают антисептиками, такими как 0,5% раствор этония, 0,02% раствор фурациллина, 0,01% раствор мирамистина.

Всем пациентам провели медикаментозную обработку каналов 0,02% раствором фурациллина. В корневых каналах оставили турунды со смесью ципрофлоксацина, метронидазола и моноциклина на 48 ч под повязку. Эти



смеси при введении в корневой канал проникают за пределы дентина и цемента и создают в окружающей среде концентрацию, достаточную для эффективного подавления роста патогенных микроорганизмов.

В третье посещение у всех больных с хроническим гангренозным пульпитом жалобы отсутствовали, перкуссия зубов была безболезненной. При ревизии в корневых каналах следов экссудата не обнаружено. Корневые каналы заполнили материалом «Биодентин».

Результаты: при клиническом осмотре, проведенного через 3 месяца после лечения препаратом Биодентин» методом витальной пульпотомии, пациенты жалоб не предъявляли. В последующие диспансерные наблюдения через 6 и 9 месяцев по результатам рентгенологического исследования наблюдалось формирование верхушек корней (апексификация). В четырех случаях закрытие верхушки корня было нормальной формы, в одном случае закрытие верхушки корня куполообразной формы, в то время как канал остался в форме раструба.

Лечение зубов с хроническим фиброзным и гипертрофическим пульпитом проводили в одно посещение. В первое посещение под анестезией проводили витальную ампутацию пульпы после тщательной некротомии кариозной полости с помощью острого экскаватора.

Антисептическую обработку проводили 0,06% р-ром хлоргексидина биглюконата. После удаления устьевой части пульпы острым стерильным твердосплавным бором гемостаз, как правило, не требовался. При необходимости использовали гемостатическую губку.

В дальнейшем на устья корневых каналов был наложен материал «Биодентин» и поставлена временная пломба из стеклоиономерного цемента. Результаты: при клиническом осмотре, проведенного через 3 месяца после лечения препаратом «Биодентин» методом витальной пульпотомии, пациенты жалоб не предъявляли. В последующие диспансерные наблюдения через 6 и 9 месяцев по результатам рентгенологического исследования наблюдалось физиологическое формирование корней (возрастная норма).

*Выводы.* Таким образом, полученные нами результаты позволяют рекомендовать материал «Биодентин» для широкого применения при лечении хронических пульпитов постоянных зубов с несформированными корнями ввиду его высокой эффективности.

## **ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАНТОМОВ В ПРЕПОДАВАНИИ РАЗДЕЛА «ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

**Романенко Е.Г., Срибник П.Л., Синьковская О.А, Влад М.И., Остапенко Д.И.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»*

В работе анализируется опыт использования стоматологических фантомов для освоения практических навыков и умений при прохождении раздела «Профилактика стоматологических заболеваний». Расширение использования фантомов на ранних курсах позволяет более эффективно и рационально осваивать дорогостоящую аппаратуру. В свою очередь, приобретение значительной степени компетентности в области мануальных навыков до начала клинической практики повышает уровень уверенности студентов и мотивирует их к овладению будущей специальностью.

Целью настоящего исследования явилась разработка, апробация и внедрение методики симуляции стоматологической патологии на фантомах при преподавании курса «Профилактика стоматологических заболеваний».

Материалы и методы исследования.

На кафедре детской стоматологии, в трех учебных комнатах созданы фантомные классы, оснащенные реалистическими манекенами с встроенными моделями челюстей и зубов, полностью имитирующие различные положения головы и челюстей пациента.

Выполнение навыка по определению индексов гигиены потребовало подготовки фантомов для их выполнения. Экспериментальным путем было установлено, что зубной налет достаточно качественно имитируется 5% крахмальным клейстером, который в последующем хорошо окрашивается раствором Шиллера-Писарева, предназначенного для выполнения гигиенических индексов по Федорову-Володкиной, Грин-Вермильону. Определение индекса Силнесс-Лоу проводится без последующего окрашивания. Зубной камень был имитирован с помощью композиционного материала светового отверждения. Материал выдавливался из шприца и смешивался с порошком активированного угля, имитирующего пигмент. Материал наносился на пришеечную область зубов и полимеризовался светом фотополимерной лампы. Таким же образом материал использовался для имитации пигментированных фиссур в молярах. На подготовленных таким образом фантомах челюстей студенты подсчитывали гигиенические индексы, выполняли герметизацию фиссур и отрабатывали методики снятия твердых и мягких зубных отложений с помощью наборов пародонтальных крючков и ультразвукового скейлера.

Выводы.

Использование стоматологических фантомов с элементами клинической симуляции при преподавании дисциплины «Профилактика стоматологических заболеваний» является важным как с экономической так и с психолого-педагогической стороны. Расширение использования фантомов на ранних курсах позволяет более эффективно и рационально осваивать дорогостоящую аппаратуру. В свою очередь, приобретение значительной степени компетентности в области мануальных навыков до начала клинической практики повышает уровень уверенности студентов и мотивирует их к овладению будущей специальностью.

## **УНАОЧНЕННЯ НАВЧАННЯ ПРИ ВІДПРАЦЮВАННІ СТУДЕНТАМИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ВИКОРИСТАННЯМ ФАНТОМУ ПУЛЬПИ ЗУБА**

**Салюк О.Д., Степанський О.Д., Міщенко Д.О.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія»*

Актуальність: Висока значимість оволодіння практичними навичками студентами ставить питання про пошуки унаочнення симуляційних засобів, які при цьому використовуються. Сьогодні фантомний курс кафедри терапевтичної стоматології Дніпропетровської медичної академії оновлений сучасними фантомами, які дають унікальну можливість з їх допомогою відпрацювати основні навички.

Метою нашої роботи стало вдосконалення імітатора пульпи зуба для виконання практичних навичок ампутації та екстирпації пульпи.

Матеріали та методи. Проведено порівняльну оцінку відпрацювання практичних навичок ампутації та екстирпації пульпи з використанням ендодонтичного фантому та фантому коронкової і кореневої пульпи (автори рацпропозиції Миронова В.В., Салюк О.Д.).

Результати та їх обговорення. Було встановлено, що названий фантом пульпи в порівнянні з ендодонтичним фантомом більш реалістично відтворює відчуття при видаленні пульпи, оскільки пульпа є сполучною тканиною і являє собою досить щільний тяж. А внутрішня порожнина ендодонтичного фантому, хоча і заповнена речовиною червоного кольору (імітуючи рясне кровопостачання), за своєю консистенцією зовсім не нагадує пульпу.

Висновки. Фантом коронкової та кореневої пульпи дозволяє проводити навчання та перевірку правильності виконання навичок з її видалення, готуючи студента до роботи в клінічних умовах. Його можна використовувати як на видаленому справжньому зубі, так і на ендодонтичному фантомі.

## **ПРОФІЛАКТИКА ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**О.Д.Салюк**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»*

Частка людей похилого віку зростає високими темпами як в розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються. Зараз Україна входить до тридцятки демографічно найбільш старих країн світу (Чайковська В.В., 2003). Згідно з національним демографічним прогнозом, до 2025 року частка осіб віком понад 60 років досягне чверті від загальної кількості населення, а людей віком 65 років і старше – 18,4%. Збільшення частки людей похилого віку в загальній структурі населення країни визначає необхідність розвитку та вдосконалення геріатричного напрямку у роботі медичних закладів (Хаджинова Н.А., 2008). Гостро постає питання про необхідність забезпечення осіб похилого віку адекватною стоматологічною допомогою.

В свою чергу, стоматологічний аспект геріатричної допомоги набуває особливого значення, оскільки захворювання щелепно-лицевої ділянки серйозно знижують якість життя пенсіонерів. Однак, частота відвідувань саме лікаря-стоматолога літніми людьми знижується. Стоматологічна допомога більше не є пріоритетною в тій мірі, як хронічні захворювання.

Перед плануванням стоматологічної допомоги людям похилого віку слід звернути увагу на низку особливостей: чисельність та високий рівень складності патології зубо-щелепної системи, наявність супутньої патології, зниження адаптаційних резервів організму, особливості психіки, обмеження фінансових можливостей. Особливої актуальності набувають медико-соціальні проблеми, пов'язані з профілактикою і корекцією захворювань похилого віку.

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) у 2018 році визначила 4 напрямки профілактики. Первинна профілактика передбачає просвітницьку роботу, а також виявлення і роботу з факторами ризику та вакцинацію. Вторинна профілактика (скринінг) – це система заходів, спрямованих на раннє виявлення в популяції найчастіших прихованих захворювань з метою своєчасного лікування. Третинна профілактика передбачає ведення хронічної патології з метою запобігання розвитку ускладнень. Окремо виділено новий вид профілактики – четвертинну, яка включає захист пацієнта від гіпердіагностики та гіперлікування.

Як це не звучить парадоксально, у літніх людей з віком скорочується потреба в лікуванні та видаленні зубів, оскільки у багатьох з них вони вже відсутні. І на перший план виступає вже третинна профілактика – відновлення функції жування шляхом протезування. Ситуація, що склалася, вказує на необхідність повернення до первинної профілактики. Вона повинна бути спрямована на своєчасне виявлення та усунення чинників ризику захворювання, проведення діагностики та адекватного лікування на ранніх стадіях розвитку захворювання. А це можливе при налагодженій системі диспансеризації населення, що передбачає постійне активне спостереження.

## **НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА В СТОМАТОЛОГИИ**

**Самойленко А.В., Шарыпов В.И., Романюта И.А., Бескровная О.Г.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»*

В стоматологической практике болевой синдром является следствием воспалительных процессов в пульповой камере, периодонте, пародонте, костной ткани, зубодесневом сосочке или травмы тканей, ввиду не только хирургических, но и терапевтических, ортодонтических и ортопедических вмешательств. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВП) относятся к числу наиболее часто используемых лекарственных препаратов, многие входят в число препаратов безрецептурного отпуска.

Показания к применению НПВС в стоматологии: 1. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и слизистой оболочки полости рта; 2. Купирование острой и хронической боли; 3. Премедикация перед стоматологическим вмешательством.

Противопоказания: 1. Гиперчувствительность к препаратам этой группы; 2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкопении, нарушения свертывания крови, тяжелые нарушениях функции почек и печени; 3. При беременности, грудном вскармливании, в детском возрасте. Исключение составляет ибупрофен, который можно использовать с 6 мес. 4. С осторожностью назначают пациентам с бронхиальной астмой, артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью, у которых в анамнезе желудочные кровотечения, а также ослабленным и пожилым пациентам.

На кафедре терапевтической стоматологии были проведены исследования по частоте назначения НПВС при различных стоматологических заболеваниях. Были изучены амбулаторные карты пациентов, которым назначались НПВС. При остром и обострении хронического пульпита НПВС назначались в 100% случаев, при хроническом генерализированном катаральном гингивите – в 60%, при хроническом генерализированном пародонтите – в 52%.

В результате проведенной работы было выяснено, что из всех назначенных НПВС, кетопрофен, кеторолак, нимесулид — являются наиболее эффективными и широко применяемыми в терапевтической стоматологии. Из перечисленных препаратов наиболее безопасный - нимесулид, но при послеоперационных болях он показывает недостаточно высокую эффективность, как кеторолак.

Вывод: на сегодняшний день кетопрофен, кеторолак, нимесулид являются наиболее эффективными препаратами в терапевтической стоматологии, т. к. обладают рядом преимуществ:

1. Быстрая усвояемость и короткий латентный период;
2. Достаточная продолжительность действия;
3. Минимальная токсичность;
4. Разрешены среди разных возрастных групп
5. Не кумулируют при длительном применении;
6. Относительно недорогие в ценовом плане.

Врач должен знать особенности препаратов, и на основании сравнения достоинств и недостатков делать рациональный выбор НПВС при их использовании в конкретной клинической ситуации у конкретного пациента.

## **СТОМАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОРАЛЬНОГО ПІРСИНГУ**

**Самойленко А.В., Орищенко В.Ю., Стрельченя Т.М.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

Оральний пірсинг набуває сьогодні все більшої популярності серед молоді. Внаслідок відносно нової практики в Україні орального пірсингу ми не

знайшли у вітчизняній літературі систематизованих даних стосовно впливу орального пірсингу на здоров'я людини. Навпаки, на Заході ця проблема є достатньо актуальною. Після смерті підлітка в 2002 році у Великобританії внаслідок сепсису, що розвинувся незабаром після пірсингу язика, безпосередні та віддалені ускладнення орального пірсингу широко обговорюються.

**Метою** нашого дослідження було вивчення структури та поширеності локальних ускладнень орального пірсингу.

#### **Матеріал та методи дослідження.**

Було обстежено 36 жінок з оральним пірсингом у віці від 18 до 32 років (середній вік -  $22,29 \pm 1,5$  років), які звернулися за лікувально-консультативною допомогою на кафедру терапевтичної стоматології ДМА.

Для візуалізації клінічних випадків ми використовували внутрішньоротову зйомку дзеркальною камерою Canon з кільцевим спалахом (MacroRing lite MR-14EX) та дзеркалами dent-o-care фірми Filtrop.

#### **Результати дослідження.**

Середня тривалість 37 випадків орального пірсингу -  $24,11 \pm 0,7$  місяців. Язик був обраний для пірсингу в 3,1 рази частіше, ніж губи. Випадків пірсингу щік не було.

Поліпшення естетики (58,3%), слідування моді (44,4%) та привертання уваги (38,9%) були основною трійкою мотивацій орального пірсингу. 55,6% жінок процедуру пірсингу здійснювали в салоні краси, де в жодному разі не була надана інформація про подальші ризики. Лише в одному випадку проколювання здійснював лікар-косметолог. Всі пацієнтки відмічали безпосередні ускладнення пірсингу – біль, набряк, кровотечу.

При об'єктивному обстеженні у 30 з 37 випадків нами спостерігались віддалені локальні ускладнення, в структурі яких визначальну роль грала локалізація пірсингу. Саме при безпосередньому контакті з ясеневим краєм прикраса сприяла його рецесії та подальшій гіперестезії зубів (у 29,7% випадків). Атрофію тканин навколо пірсингу ми відмічали у 8 з 37 випадків, причому ділянка атрофії повністю повторювала форму прикраси, що доводить її патогенетичний вплив. Розростання оточуючих м'яких тканин частіше спостерігалось при пірсингу язика (у 16,2% випадків).

Відкол кутів нижніх центральних різців та оральних бугрів молярів ми відмічали у 35,1% випадків, причому, виключно при пірсингу язика з тривалим носінням металеві прикраси (понад 4 роки). Хронічна механічна травма була наслідком шкідливих звичок, так званої «гри» з пірсингом, яку полюбили дві третини жінок (72,2%), кусаючи, чіпляючи, протягуючи поміж зубами прикрасу. Три пацієнтки взагалі проковтнули прикраси внаслідок нещільної фіксації складових пірсингу.

У 4 жінок з пірсингом губ ми відмічали мацерацію шкіри та ознаки її запалення.

На металевих прикрасах у 43,2% випадків скупчувалися зубні відкладення. Жодна пацієнтка не проводила спеціальний гігієнічний догляд за прикрасою та не мала уяви, як це робити.

### **Висновки.**

Місцеві ускладнення орального пірсингу спостерігалися нами у 81,1% випадків. Оральний пірсинг був в значній мірі пов'язаний з ризиком травматичного ураження твердих тканин зубів, рецесії ясен, атрофією м'яких тканин. Скупчення на прикрасі мікробного нальоту несло додаткові ризики інфікування.

Пацієнти з оральним пірсингом повинні підлягати диспансеризації, алгоритм якої потрібно розробити.

**Семенов К.А., Дрогомирецкая М.С.**

### **СПОСОБ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО–НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», кафедра стоматологии ФПО.*

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. Шупика.*

Терапия артритов ВНЧС — междисциплинарная задача, в решении которой должны принимать участие не только стоматологи, но и психологи, невропатологи, терапевты и врачи других специальностей.

Эмоциональное, физическое напряжение и окклюзионная дисгармония — это главные причины, от которых зависит нарушение функционального баланса жевательной системы и адаптационной способности организма.

В результате появляются такие клинические симптомы, как боль, напряженность и усталость мышц, ограничение подвижности в области височно-нижнечелюстных суставов, болевые симптомы в области ушей, истирание, разрушение зубов и выраженная нагрузка на периодонт.

Травматические повреждения, микротравмы, несоответствие между механической нагрузкой проявляются во всех подсистемах суставного аппарата — связках, капсуле, суставном хряще и могут стать причиной микротравматизации с последующим развитием артрозных нарушений.

Хроническая травма суставов всегда в той или иной степени приводит к повреждению суставного хряща. Дистрофические измененные или смятые участки суставной поверхности кости постепенно теряют блеск, истончаются, покрываются трещинами звездчатой формы. Это патологическое состояние хрящевой ткани получило название травматической хондромалиции.

**Цель работы:** Разработать схему медикаментозного лечения хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава.

**Медикаментозное лечение включает:** устранение болевых ощущений, улучшение состояния хрящевой ткани, снятие гипертонуса мышечного и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава.

*Схема медикаментозного лечения хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава:*

1. **Синарта или (Дона)** по 1 амп.+ прилагаемый растворитель, в/м (внутримышечно), 3 раза в неделю на протяжении 4 недель, утром после еды.
2. **Инцена** по 10 капель 3 раза в день, через 1 час после еды, 30 дней.
3. **Хондроксид (гель)** Смазывать кожные покровы в обл. суставов 2 раза в день, 30 дней.
4. **Персен** по 1 таб. 2 раза в день, 30 дней.

### **Выводы**

1. Универсального метода лечения или идеальной схемы, применяемой при заболеваниях височно-челюстного сустава, пока нет. Комплексный подход к проблеме патологии височно-нижнечелюстного сустава с учетом всех факторов, способствующих нарушению функциональной работы сустава, позволяет стабилизировать развитие данной патологии и облегчить состояние пациента в периоды обострения.
2. Постановка точного диагноза с учетом этиологических факторов при патологии височно-нижнечелюстного сустава, позволяет выбрать наиболее рациональный метод лечения и способствует длительной ремиссии заболевания.

**Сенникова А. М., Шнайдер С. А.**

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ.**

*Одесский национальный медицинский университет*

Основной задачей данной работы было изучение и возможно уточнения диагноза у лиц с различными формами хронического периодонтита.

Рентгенологическую оценку изменения периапикальных тканей зубов проводили по данным изучения прицельных дентальных снимков, данным ортопантограмм, и результатам проведения конусно-лучевой компьютерной томографии. Под нашим наблюдением находилось 63 пациента с различными формами хронического периодонтита. Из них, по данным прицельных дентальных снимков, хронический фиброзный периодонтит диагностировался у 37 человек, хронический гранулёматозный периодонтит у 17 человек, а хронический гранулирующий у 9 человек.

При изучении данных ортопантограмм, выявленные ранее формы хронического фиброзного периодонтита совпадали с данными изучения прицельных снимков и определялись у тех же 37 человек, а различия в рентгенологической картине между гранулёматозной и гранулирующей формой практически не выявлялось, при этом рентгенологический диагноз у всех 26 пациентов был - «хронический гранулёматозный периодонтит».



Оценка результатов изучения данных конусно-лучевой компьютерной томографии позволила выявить следующее: из 37 человек с ранее установленным диагнозом хронический фиброзный периодонтит, диагноз уточнен, и у 23 пациентов был выявлен хронический гранулематозный периодонтит. Особенностью выявления являлось то, что очаг разращения костной ткани, характерный для рентгенологической картины хронического гранулематозного периодонтита локализовались за, либо между корней зубов и на дентальных снимках и ортопантограммах не определялись. Изучение данных конусно-лучевой компьютерной томографии у пациентов с ранее диагностированной хронической формой гранулирующего периодонтита, позволило выявить следующее: нарушение непрерывности костной ткани в проекцию преддверия полости рта, нёба либо язычную сторону выявлялась лишь у 3 человек из 9, т.е. у 6 был хронический гранулематозный периодонтит.

Примечательно, что такие уточнения в рентгенологическом диагнозе, касались зубов, как с различным качеством пломбировки корневых каналов, так и без таковой. Таким образом, приведённые данные свидетельствуют о том, что в настоящее время конусно-лучевая компьютерная томография является самым объективным методом лучевого исследования, позволяющим, не только выявить наличие хронического периодонтита, но и дифференцировать его формы.

**Синиця В.В., Довганик В.В.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ МАЗІ "МІРАМІСТИН-ДАРНИЦЯ" ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ**

*Львівський національний медичний університет*

*імені Данила Галицького, кафедра терапевтичної стоматології, Україна*

**Актуальність.** Сучасна ендодонтична техніка дозволяє успішно проводити лікування хворих на верхівковий періодонтит з доволі високим відсотком успішного лікування. Проте наявність загострення хронічного верхівкового періодонтиту або його гостра стадія часто створює певні перешкоди для подальшого лікування і вимагає певного часу для усунення гострого стану. Серед способів лікування часто обирається пасивний, коли кореневий канал залишається відкритим, з метою дренажу ексудату із періапикальних тканин. Хворому також призначають системну антибіотикотерапію. Проте даний спосіб має суттєві недоліки, головним з яких є масивне інфікування кореневого каналу мікрофлорою з ротової порожнини та виникнення стану суперінфекції у порожнині зуба.

**Матеріали та методи.** Для ефективного лікування стану загострення запального процесу у верхівковому періодонті було обрано спосіб лікування гнійних ран із використанням мазі "Мірамістин-Дарниця". До складу вказаного препарату входить катіонний антисептик мірамістин, а також мазева основа яка має виражену дегідратуючу дію. Завдяки своїм компонентам мазь за короткий

час забезпечує ліквідацію перифокального набряку і очищення рани від гнійно-некротичного вмісту. Оскільки інструкція по застосуванню препарату дозволяє його введення у гнійні порожнини, ми вирішили використати мазь "Мірамістин-Дарниця" для усунення стану загострення при лікуванні хворих на верхівковий періодонтит. Для цього після розкриття порожнини зуба, верхівкового отвору та медикаментного і механічного опрацювання кореневого каналу, препарат вводили каналонаповнювачем у кореневий канал і періапікальний простір (по можливості) і залишали у кореновому каналі на турунді під напівгерметичною пов'язкою для дренажу вмісту каналу на 1-2 доби. Після зникнення або суттєвого зменшення ознак загострення запального процесу проводили подальше лікування верхівкового періодонтиту згідно обраної схеми.

**Результати досліджень.** Вищенаведений метод лікування було застосовано під час лікування 20 хворих на хронічний верхівковий періодонтит у стадії загострення. У 15 хворих (75 %) через 1-2 доби відзначилось повне зникнення симптомів загострення, 5 пацієнтів (25 %) відзначили суттєве зменшення болю, набряку та відновлення функції зуба. Важливим є те, що вміст кореневого каналу після застосування мазі "Мірамістин-Дарниця" був вільним від гнійно-некротичних виділень, а подальше герметичне закриття порожнини зуба не супроводжувалось наступним загостренням.

Таким чином, використання мазі "Мірамістин-Дарниця" дозволяє успішно лікувати хворих на верхівковий періодонтит у стадії загострення. Запропонований метод дозволяє швидко усунути стан загострення, запобігаючи при цьому вторинному інфікуванню кореневого каналу, а також не вимагає застосування системної антибіотикотерапії. Метод є простий у застосуванні, не потребує особливого обладнання, а препарат "Мірамістин-Дарниця" є доступним у аптечній мережі.

**Висновки.** Для усунення стану загострення при лікуванні хворих на верхівковий періодонтит зазвичай застосовують способи пасивного дренажу вмісту кореневого каналу та періапікальних тканин, залишаючи при цьому сам канал відкритим. У даній роботі запропоновано застосувати мазь "Мірамістин-Дарниця" з метою активного дренажу вмісту кореневого каналу та одночасного антибактеріального впливу на мікрофлору кореневого каналу у хворих на верхівковий періодонтит. Запропонований метод дозволяє швидко та ефективно усунути стан загострення у таких хворих і продовжити подальше лікування.

## **ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ КОЛОВОГО М'ЯЗА РОТА ПРИ СТАТИЧНІЙ ПРОБІ В ДІТЕЙ ІЗ ДЕПРИВАЦІЄЮ СЛУХУ В ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ**

**Сокологорська-Никіна Ю.К., Курєдова В.Д.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів,*

*Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Української медичної стоматологічної академії.*

Дослідження м'язів щелепно-лищевої ділянки як в нормі, так і при патології прикусу представляє великий інтерес, оскільки функція м'язів є індикатором складних функціональних відносин зубощелепно-лицевої системи. Доведено, що низький рівень функціонування м'язового апарату щелепно-лищевої ділянки, порушення її функцій є фактором ризику виникнення і прогресування патології ЗЩА.

Метою дослідження було вивчення функціонального стану м'язів, а саме, кругового м'язу рота пацієнтів із депривацією слуху.

Для дослідження біоелектричної активності колового м'язу рота використовували комплекс для електроміографії «Нейрософт». Ми вивчили біоелектричну активність кругового м'язу рота на електроміограмах у 15 пацієнтів із змінним прикусом, середній вік –  $10,5 \pm 0,59$  років. Всі пацієнти мали патологію прикусу 100% та відсутність слуху. Контролем послужили дані дослідження ЕМГ показників дітей із змінним ортогнатичним прикусом, встановлені Головка Н.В.

Аналіз результатів електроміографії при пробі на максимальне вольове стиснення губ показав, що параметри біоелектричних потенціалів (БП) кругового м'язу рота у пацієнтів з депривацією слуху та ортодонтичної патологією ( $249 \pm 47,57$  мкВ) в 1,8 рази вище, ніж у контрольній групі ( $138,3 \pm 3,13$ ), що підтверджено статистично ( $p < 0,05$ ).

При порівнянні даних активності роботі кругового м'язу рота дітей із депривацією слуху з даними пацієнтів без патології слуху та фізіологічним прикусом активність БП кругового м'язу рота верхньої губи ДВС ( $190,5 \pm 17,48$  мкВ) в 1,38 вища, ніж в групі контролю ( $138,41 \pm 2,99$ ), що підтверджено статистично ( $p < 0,01$ ). Активність БП кругового м'язу рота нижньої губи у ДВС ( $307,5 \pm 77,66$ ) в 2,21 разів вища, ніж у пацієнтів з нормальним слухом ( $139,19 \pm 3,27$ ), що також підтверджено статистично ( $p < 0,01$ ).

Таким чином у дітей із порушенням слуху в період змінного прикусу знайдено суттєві відмінності в роботі колового м'язу рота, що перебуває в постійному напруженні. Амплітуда БП в стані статичної проби «максимальне стиснення губ» майже в два рази вища за норму.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у можливості подальшого вивчення активності м'язів щелепно-лищевої ділянки у дітей із депривацією слуху різного віку.

**Скикевич М.Г., Волошина Л.И.**

## **ОСОБЕННОСТИ КТ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи.*

**Ключевые слова:** КТ диагностика, одонтогенные гнойные заболевания челюстно-лицевой области, медиастинит

### **Актуальность**

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области не потеряли своей научно-практической значимости и остаются одной из ведущих проблем челюстно-лицевой хирургии, несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении данной патологии. Это обусловлено возрастанием числа больных с одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГЗ ЧЛО), количество которых в челюстно-лицевых стационарах достигает более 50 % [4].

Наблюдается изменение клинического течения патологического процесса и увеличение тяжелых форм и распространенности на смежные клетчаточные пространства, а также угрожающих жизни осложнений. Контактный медиастинит приводит в тяжелых случаях к летальным исходам.

Возрастание числа случаев ОГЗ ЧЛО можно объяснить значительным снижением качества жизни населения и отсутствием плановой санации. Справедливости ради надо подчеркнуть, что причиной «проблем с зубами» в большинстве случаев является лень и низкая культура наших граждан. Население всё ещё не осознаёт в достаточной степени значение гигиены ротовой полости. Это способствуют нарастанию уровня стоматологической заболеваемости, хронизации одонтогенной инфекции, что в результате приводит к понижению резистентности организма.

Одонтогенный медиастинит возникает вторично на фоне развития основного гнойно-воспалительного процесса в области лица и шеи. Частота возникновения одонтогенного медиастинита по данным различных авторов составляет от 0,3 до 1,4 % по отношению ко всем больным с острыми гнойными воспалительными процессами челюстно-лицевой области. В 20 % наблюдений гнойный медиастинит является осложнением острой одонтогенной и тонзиллогенной инфекции [2]. Наметилась тенденция к увеличению числа больных с одонтогенным медиастинитом. Несмотря на применение современных методов лечения больных, летальность при одонтогенном медиастините достигает 60,7 % [5].

При несвоевременной диагностике медиастинита и непринятии экстренных мер происходит молниеносное распространение гнойно-некротического процесса на все отделы средостения с развитием полиорганных и гемодинамических нарушений, что является типичным для клиники токсического шока [6].

Затруднения в диагностике одонтогенного медиастинита возникают из-за относительной редкости этого заболевания и недостаточности знаний врачами его клиники. Одонтогенный медиастинит характеризуется тяжестью течения и большим разнообразием клинических симптомов в связи с анатомо-физиологическими особенностями средостения. Это «затушевывает» клинику медиастинита [3].

Характерными местными клиническими признаками распространения воспалительного процесса в средостение является наличие отека и инфильтрации мягких тканей передне-боковой поверхности шеи с распространением в над- и подключичные области, верхние и передне-боковые отделы грудной клетки.

Для острого медиастенита характерно бурное протекание с быстрым ухудшением состояния за счёт формирования и прогрессирования синдрома интоксикации. Симптомокомплекс местных проявлений зависит от локализации и характера процесса, степени вовлечения в процесс пищевода, трахеи, нервов диафрагмального, возвратного и т.д. Поэтому могут быть: дисфагия, удушье, упорный кашель, осиплость голоса, аритмии, икота, т.е. полиморфные изменения [1].

Значительные изменения топографо-анатомических отношений в результате развития воспалительного процесса в области шеи вызывают у хирургов дополнительные трудности при проведении оперативных вмешательств в этой зоне, что может быть причиной серьезных ошибок.

Прижизненная диагностика медиастенита составляет 20,5 - 52% и продолжает оставаться одной из сложно решаемых проблем.

Инструментальное обследование при медиастените начинают с обзорной рентгенографии грудной клетки минимум в 2 проекциях. Высокий диагностический эффект дает КТ [7].

#### **Цель исследования**

Изучить временные характеристики КТ информативности в клинике флегмон челюстно-лицевой области и шеи с необходимостью проведения дифференциальной диагностики медиастенита.

#### **Результаты исследования**

Проведен анализ результатов обследования 21 больного, которые находились на лечении в Полтавской областной клинической больнице в челюстно-лицевом отделении.

Все больные с диагнозами дна полости рта и шеи были обследованы общеклинически, проведен осмотр челюстно-лицевого хирурга и сразу же в приёмном отделении большинству больных (15 наблюдений из 21) сделано КТ дна полости рта, шеи и грудной клетки.

Все больные сразу же были прооперированы после установления диагноза флегмоны дна рта, шеи и медиастенита. Оперативное лечение состояло из раскрытия и дренирования выявленных гнойников в области дна полости рта, шеи и ревизии прилежащих анатомических областей.

По разным причинам от момента заболевания и до КТ исследования больных время (количество дней различное от 2-3 дней и до 1 недели) было различным.

С момента госпитализации и КТ исследования до проведения оперативного лечения термин времени был так же различен.

Это можно объяснить сложностью данного контингента больных, необходимостью консультаций ряда узких специалистов и проведением

предоперационной подготовки больных, обязательным наличием ряда результатов лабораторных исследований.

Средний промежуток времени от начала клинического обследования больного и до оперативного вмешательства раскрытия флегмон составлял 3 часа у 7 больных. У этой группы больных выявлено совпадение клинического и КТ (рентгенологическое) совпадение диагнозов.

У 6 больных через 3,5 и более часов от проведенного КТ исследования погрешность в постановке диагноза возросла до 50% (за счёт распространения острого гнойного воспалительного процесса по клетчаточным пространствам).

У 2 больных КТ исследование проведено как при поступлении в стационар, так и перед проведением следующего оперативного вмешательства в связи с дальнейшим распространением воспалительного процесса в средостение при наличии выраженной интоксикации. КТ диагнозы не совпадали, было подтверждено распространение воспалительного процесса в средостение. Анализируя информативность КТ обследования нами были установлены диагнозы переднего и заднего медиастенитов.

Учитывая то, что 6 больных не были КТ обследованы при поступлении, то им был проведен рентгенологический контроль ОГК в динамике лечения ОГЗ ЧЛЮ. Одному больному было ургентно проведено дообследование, а именно, КТ исследование органов грудной полости. Диагноз медиастенита подтвержден и проведено соответствующее оперативное лечение.

Установлено, что диагнозы клинический (а также операционный) и рентгенологический (КТ) практически совпадают в термин до 3 часов. Следовательно, оперативное лечение ОГЗ ЧЛЮ должно быть проведено именно в это время.

При невозможности хирургического вмешательства в этот временной промежуток возрастает вероятность несовпадения данных КТ с клинической картиной флегмонозного процесса. Поэтому можно избежать дополнительных сложностей в диагностике, определившись с временными приоритетами проведения оперативных вмешательств в челюстно-лицевой хирургии.

### **Выводы**

Таким образом, в общей структуре флегмон шеи доминируют прогрессирующие обширные гнойно-воспалительные процессы. Своевременная постановка диагноза и раннее начало лечения позволяют улучшить отдалённые результаты. Основным видом лечения является оперативное вмешательство, проводимое в первые часы после госпитализации. Объём оперативного вмешательства должен соответствовать объёму и характеру гнойно-воспалительного процесса.

Диагностика и лечение одонтогенными гнойными заболеваниями челюстно-лицевой области, медиастенита часто выходит за рамки компетенции только челюстно-лицевого хирурга и приобретает значимость для ряда специалистов: общих и торакальных хирургов, оториноларингологов, реаниматологов.

Смаглюк<sup>1</sup>Л.В. , Сидоренко<sup>2</sup> А.Ю, Ляховська<sup>1</sup>А.В.

## ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ІНДЕКСУ ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ З УРАХУВАННЯМ СОМАТИЧНОГО СТАНУ

1. Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія».

2. Запорізький державний медичний університет.

За частотою серед основних стоматологічних захворювань зубо-щелепні аномалії займають друге місце після карієсу. При вивченні поширеності зубо-щелепних аномалій, як правило, реєструється лише факт їхньої наявності, що не дає повної картини даної проблеми, не відображає ступеня тяжкості аномалії та потреби у лікуванні. Індeksi потреби ортодонтичного лікування, створені в 1970-х роках, були часткою індєксів оклюзії, показували наскільки положення зубів відхилено від норми і застосовувалися для введення епідеміологічної статистики. Індeksi потреби в ортодонтичному лікуванні повинні використовуватися для зменшення суб'єктивізму у постановці діагнозу, визначенні ступеню тяжкості зубо-щелепних аномалій та для об'єктивної оцінки результатів лікування.

Метою роботи була розробка ефективного індєксу визначення потреби в ортодонтичному лікуванні з урахуванням несприятливого впливу загально-соматичних захворювань на ортодонтичне лікування.

Ефективний індєкс повинен бути достовірним і обґрунтованим. Обґрунтованість індєксу означає, що індєкс повинен чітко визначати людей, які не потребують ортодонтичного втручання (специфічність) і які потребують лікування (чутливість). Індєкс повинен бути швидким і простим у використанні, адаптованим до наявних категорій зубо-щелепних аномалій, прийнятним до культурних норм та в повному обсязі відображати стан щелепно-лицьової ділянки та ступінь важкості патологічних станів, враховуючи морфологічні, естетичні та функціональні параметри, а також загальний соматичний стан людини.

Запропонований індєкс визначення потреби в ортодонтичному лікуванні містить бальну оцінку морфологічного стану зубо-щелепної системи (аномалії зубів, аномалії положення зубів, аномалії зубних рядів, аномалії прикусу); функціонального стану: функції мовлення, жування, ковтання, змикання губ, рухів нижньої щелепи та естетичного стану на макро-, міні-, та макрорівні. В даному індєксі враховуються захворювання дихальної, серцево-судинної, ендокринної, травної, статевої систем, опорно-рухового апарату та конституційний тип обстежених. Загальну оцінку індєксу потреби в ортодонтичному лікуванні визначають за запропонованою схемою, в якій сумуються бали визначених аномалій та визначається загальний індєкс потреби в ортодонтичному лікуванні.

Отже, індекс визначення потреби в ортодонтичному лікуванні є комплексний, що дає можливість у повному обсязі оцінити стан зубо-щелепної ділянки до, протягом та після ортодонтичного лікування.

## **СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ**

**Сапальов С. О.**

*Запорізький державний медичний університет*

Найбільш прогресивним вирішенням проблеми протезування хворих з повною відсутністю зубів, особливо на нижній щелепі, є застосування імплантатів. Разом з тим, основною перешкодою до повсякчасного застосування внутрішньокісткових імплантатів є вельми поширена серед осіб похилого віку виражена атрофія альвеолярного відростка та знижена мінеральна щільність кісткової тканини, спричинена інволютивними процесами в організмі.

Мета представленою дослідження – провести порівняльну оцінку якості протезування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, що користувались повними знімними протезами та знімними протезами з опорою на імплантати, за даними їх суб'єктивної оцінки.

Матеріали та методи дослідження. В рамках представленої роботи проведено обстеження 103 хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, з яких 71 (68,9%) були виготовлені «класичні» повні знімні протези, тоді як решті 32 (31,1%) – знімні протези з опорою на два внутрішньокісткові імплантати, розташовані в проекції іклів, з встановленням бол-абатментів. Спостереження проводили у віддалений термін протезування, який склав в середньому 2-3 роки. Серед обстежених дещо переважали жінки (54,4%). Вік хворих коливався від 55 до 73 років.

Для оцінки ефективності проведених протетичних заходів оцінювали суб'єктивну складову – задоволеність хворого результатами протезування, шляхом визначення рівня якості життя із застосуванням україномовної версії опитувальника ОНІР-14.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами проведеного опитування серед вищеописаного контингенту дослідних скарги на певні труднощі при користуванні протезами надавали 30 осіб з повними знімними протезами (42,2%) та лише 4 – з протезами з опорою на імплантати (12,5%). Традиційно скарги були пов'язані з недостатньою фіксацією протезів, рухомістю під час жування, а також із травмуванням слизової. Поруч з тим, зазначені недоліки ортопедичного лікування не перешкоджали користуванню протезами, хоча створювали певні незручності, а також сприяли зниженню показників рівня якості життя.



Як свідчать отримані результати анкетування, рівень життя у хворих, що користувались повними знімними протезами, відповідав незадовільному у 18,3% випадків проти 3,1% хворих, яким були виготовлені знімні протези з порою на імплантати. При цьому середній показник рівня якості життя у перших був достовірно більшим, ніж у інших ( $40,5 \pm 4,0$  балів проти  $30,2 \pm 3,4$  балів,  $p < 0,05$ ). Отриманий результат вказує на більший ступінь задоволення хворих результатами лікування при використанні знімних протезів з опорою на імплантати.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Застосування додаткової фіксації знімних протезів на імплантати забезпечує більшу функціональну ефективність та більший рівень задоволення пацієнтами результатами протезування. Проте при виборі методу лікування хворих з повною відсутністю зубів слід брати до уваги стан тканин протезного ложа. Звідси, виникає необхідність проведення подальших досліджень щодо вивчення впливу зубних протезів з опорою на імплантати на тканини протезного ложа, зокрема шляхом оцінки напружено-деформованих станів із застосуванням методу кінцевих елементів. На наш погляд, отримані результати дозволять розробити алгоритм визначення показань до різного виду протезування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРИДБАННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ГІГІЄНИЧНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА ПО ІНТЕРНЕТУ**

**Смірнова І. В.**

*Запорізький державний медичний університет*

Актуальність: без сумніву, правильно підібраний комплекс гігієни порожнини рота, є важливою складовою при лікуванні та профілактики основних стоматологічних захворювань, як твердих тканин зубів, так і тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота.

Зараз постійно збільшується асортимент засобів по догляду за порожниною рота, зростає також інтерес до них у пацієнтів, які висувають все більші вимоги до якості та ефективності пропонованої продукції.

Сучасний ритм життя змінює пацієнта, який змушений економити час і все частіше здійснює покупки в інтернеті. Обсяг інтернет - продажів засобів для гігієнічного догляду за порожниною рота зростає з кожним роком і стає все більш затребуваною послугою.

Мета дослідження: з'ясувати, який асортимент засобів по догляду за порожниною рота пропонує популярний інтернет - магазин і що привернуло увагу покупців, вплинувши на вибір продукції.

Методи: аналіз відгуків, коментарів і побажань, які залишили покупці на сайті при купівлі зубних паст та інших засобів для гігієнічного догляду за порожниною рота.

Було виявлено 945 найменувань зубних паст, 1284 найменувань зубних щіток, 23 - зубних порошків і 79 – зубних флосів.

Споживач часто вибирав товар виходячи зі складу продукції, вважаючи за краще використання натуральної сировини і екологічно чистих компонентів при відсутності потенційно небезпечних домішок. Було відзначено, що у деяких товарів в описі не вказано склад або було вказано частково.

Споживач звертав увагу не тільки на співвідношення ціни та якості продукції (не готовий переплачувати зайве), але і пред'являв високі вимоги до органолептичних властивостей продукції, демонструючи підвищений інтерес до відбілюючих паст.

Найчастіше здійснювались покупки, враховуючи відгуки про продукцію інших споживачів.

Деякі покупці стверджували, що придбали на сайті фальсифіковані товари. Представники інтернет - магазину заперечують це і наполягають на тому, що вся продукція сертифікована. На прохання покупця рекомендувати той чи інший засіб, сайт радить звертатись до фахівців і не займається рекламою продукції.

Висновки:

1. Асортимент гігієнічних засобів по догляду за порожниною рота настільки великий і різноманітний, що пацієнт не завжди здатний зробити правильний вибір самостійно і робить помилки. Лікар - стоматолог повинен прийти на допомогу і спільно з пацієнтом вирішити це завдання та підібрати засоби для гігієнічного догляду за порожниною рота індивідуально. У разі необхідності стоматолог або його асистент повинні навчити пацієнта правильно їх застосовувати.
2. Для того, щоб бути компетентним у цьому питанні, стоматолог повинен володіти інформацією про нову продукцію, що надходить у продаж.
3. Лікар - стоматолог зобов'язаний прищеплювати пацієнту культуру догляду за порожниною рота і відповідальне ставлення до власного здоров'я.
4. Пацієнт повинен здійснювати вибір засобів по гігієнічному догляду за порожниною рота, користуючись професійними порадами та рекомендаціями стоматолога, а не випадкових джерел інформації.

**Стрельченя Т.М.**

**ВАРІАНТ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ З РОЗДІЛУ  
«ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА»**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра терапевтичної стоматології, м. Дніпро, Україна  
Зав.кафедрой – д.м.н., проф. А.В. Самойленко*

Розділ патології слизової оболонки порожнини рота (СОПР) внаслідок певних складнощів в багатьох країнах вивчається на етапі післядипломної освіти, тоді як в Україні цей розділ опановують студенти V курсу. Обстеження хворого з патологією СОПР традиційно включає суб'єктивну частину та

об'єктивне обстеження, причому останнє займає лише одну третину часу, тоді як його дві третини відводяться на ретельну роботу з пацієнтом по збіру скарг та їх динаміки, анамнезу захворювання, аналізу даних лікарів-інтерністів, наслідків попереднього лікування, тощо. В цих умовах перед іноземними студентами постає завдання в максимально короткий час не тільки встановити психологічний контакт з хворим, а й притерпіваючи мовний бар'єр провести найбільш повне суб'єктивне обстеження. Труднощів додає і недостатнє забезпечення тематичними хворими з патологією СОПР.

Для рішення цієї проблеми нами запропонований наступний алгоритм. Кожний студент нашої кафедри під час проходження циклу «Захворювання слизової оболонки порожнини рота» має можливість приймати участь в проведенні консультацій професора та доцентів кафедри. Безпосередньо перед оглядом професора студенти під керівництвом викладача обстежують консультативного хворого, формують попередній діагноз на підставі суб'єктивного та об'єктивного обстеження, пропонують додаткові методи обстеження та необхідні лікувальні заходи. В подальшому студенти мають можливість порівняти свої висновки із висновками консультантів кафедри.

В подальшому при написанні академічної історії хвороби студенти обирають тематичного хворого, якого вони мали можливість самостійно обстежити, виключно з розділу патології слизової оболонки порожнини рота.

Всі ці зусилля не проходять марно. Показчики результатів ліцензійного іспиту «Крок 2. Стоматологія» з розділу патології СОПР, в тому числі і у іноземних студентів, традиційно вище показників з інших розділів терапевтичної стоматології.

**Стрельченя Т.М.**

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра терапевтичної стоматології, м. Дніпро, Україна  
Зав.кафедрою – д.м.н., проф. А.В. Самойленко*

Певне погіршення економічного стану медичних навчальних закладів України сприяє пошуку оптимального ведення навчального процесу. Це стосується і кафедри терапевтичної стоматології ДМА, де використовуються як сучасні технології, так і передові педагогічні прийоми, направлені на покращення теоретичних знань і практичних навичок студентів. Щоденні клінічні розгляди тематичних хворих, залучення хворих, які звертаються за консультативною допомогою на кафедру, для формування клінічного мислення студентів, постійне накопичення обсягу практичних навичок та їх реєстрація студентами в листах обов'язкових для оволодіння практичних навичок, обговорення результатів проведеної лікувальної роботи наприкінці кожного заняття сприяють активізації пізнавальної активності студентів. На кафедрі створені ситуаційні завдання з кожного розділу терапевтичної стоматології.

Широко використовуються для навчання студентів й результати додаткових обстежень хворих, які отримуються під час консультативного прийому хворих зі всієї Дніпропетровської області. Вони мають різноманітні дані сучасних технологій обстеження та тренують майбутніх лікарів з читання, розпізнавання важливої інформації в світлі їх подальшого практичного застосування. Робота з фантомами має мету відпрацювання необхідних практичних навичок студентами-стоматологами, яка вкрай необхідна під час браку хворих для студентського прийому.

Завдяки продуманій системі поетапного освоєння терапевтичної стоматології кафедра не отримала реклаमाцій на випускників факультету, які працюють в системі державних та приватних лікарських закладів.

### **Стрельченя Т.М. ЛІТЕРАТУРНИЙ ПОШУК ПРИ НАПИСАННІ СТУДЕНТОМ АКАДЕМІЧНОЇ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ З ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра терапевтичної стоматології, м. Дніпро, Україна  
Зав.кафедрой – д.м.н., проф. А.В. Самойленко*

Стоматологія динамічно розвивається, тому поряд із викладанням фундаментальних знань актуальною є проблема ознайомлення студентів з новітніми досягненнями вчених.

Матеріал з кафедральними науковими розробками, які широко апробовані в закладах системи практичної охорони здоров'я та підтвердили високу ефективність, ми вводимо як в лекційний курс, так і розглядаємо на практичних заняттях.

У студентів V курсу стоматологічного факультету тематичний план, розроблений згідно робочої програми, передбачає написання академічної історії хвороби в IX семестрі. На кафедрі розроблені методичні вказівки по написанню історії хвороби, які передбачають ознайомлення, опрацювання та використання кафедральних публікацій співробітників. Студент під час написання літературного огляду обов'язково включає в свій аналіз наукові праці співробітників кафедри з проблеми, яка висвітлюється їм в академічній історії хвороби. Для більш зручного оволодіння необхідними джерелами на кафедрі сформований список наукових праць співробітників в кафедральній бібліотеці за окремими розділами, наприклад, одонтопатологія, захворювання пародонта тощо. Кожний студент може скористатися необхідними публікаціями співробітників кафедри, які не завжди можна знайти у вільному доступі загальноприйнятих пошукових контентів. Також до уваги студентів пропонуються дані результатів експериментальних досліджень, клінічних

спостережень у вигляді фотодокументуванні, графіков, діаграм, що доводять правильність гіпотези дослідника.

Під час захисту академічної історії хвороби на заключному занятті серед студентів поширюються новітні методи діагностики, профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань, які потрапили в поле зору кафедральних дослідників.

Використання студентами під час навчання нових ефективних розробок кафедри терапевтичної стоматології ДМА додають їм авторитету як у пацієнтів, так і серед практикуючих лікарів в їх подальшій практичній діяльності.

**Сулим Ю.В.**

### **ВИКОРИСТАННЯ ПЕРФОРОВАНИХ АДГЕЗИВНИХ ПЛІВОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА**

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

Для лікування запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота клініцисти усе частіше використовують лікарські засоби у вигляді адгезивних плівок, які мають низку безсумнівних переваг над традиційними формами ліків. Застосування плівки забезпечує стійкість лікарської форми, пролонгацію дії біологічно активної речовини, стабільність препарату у плівці, зменшення токсичної дії лікарської речовини на тканини порожнини рота, зменшення витрат медикаментів. Плівки дозволяють точно дозувати разову кількість лікарського препарату, а утворений розчин полімеру з активною речовиною рівномірно розподіляється у вогнищі ураження.

Нами протягом останніх років розроблено та впроваджено в клінічну практику низку стоматологічних плівок з різними біологічно активними речовинами та доведена їхня терапевтична ефективність. Однак, прикріплення плівки на деяких ділянках рота є утрудненим внаслідок значної рухомості слизової та недостатньої еластичності плівки.

Для вирішення цієї проблеми ми почали використовувати перфоровані плівки. Для цього у попередньо вирізаному для даного клінічного випадку фрагментові плівки за допомогою спеціально виготовленого перфоратора створювали множинні отвори, діаметр кожного становив 1 мм, відстань між отворами – 2 мм. Така маніпуляція дозволила значно збільшити еластичність плівки без втрати її інших характеристик.

Під нашим спостереженням було 27 осіб у яких застосували вказані перфоровані плівки. Кожного пацієнта просили фіксувати час перебування плівки на вогнищі ураження до моменту її руйнування чи злітання. Порівняння часу повноцінної адгезії плівки до ранової поверхні засвідчило, що у випадку застосування перфорованих плівок тривалість утримування плівки на слизовій зростала приблизно на 50 – 60 %.

Таким чином, вважаємо, що запропонована нами модифікація методики лікування патології слизової оболонки рота плівковими формами ліків є ефективною, скорочує час лікування пацієнтів, зменшує кількість візитів до лікаря.

**Сулим Ю.В.**

## **ВИКОРИСТАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПЛІВОК З АМІЗОНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА**

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

Найбільш поширеними і високоефективними при лікуванні локальних інфекційно-запальних захворювань залишаються засоби місцевої терапії, застосування яких у стоматології має свої особливості, зумовлені складним рельєфом слизової оболонки та постійною зволоженістю ротової порожнини. Актуальною проблемою в умовах порожнини рота залишається також забезпечення достатньої тривалої концентрації активної речовини, необхідної для проведення повноцінного терапевтичного курсу. З огляду на це, надзвичайно перспективним видається впровадження у широку клінічну практику відносно нової лікарської форми – адгезивних полімерних стоматологічних плівок. Включений до складу плівки амізон виявляє виражену бактерицидну дію до стафілококів, стрептококів, грибів, деяких вірусів і найпростіших. Амізон (N-метил-4-бензилкарбамідопірідиній йодид) — похідне ізонікотинової кислоти, відноситься до групи ненаркотичних анальгетиків. Засіб має анальгезуючі, протизапальні, жарознижуючі, інтерфероногенні властивості.

Плівки з амізоном застосували для лікування 32 хворих з ерозіями та виразками слизової оболонки рота різної етіології. У контрольній групі (11 пацієнтів) використовували традиційні засоби для полоскань і зрошень.

Результати дослідження свідчать про високу ефективність апробованого засобу скорочувались терміни лікування, пацієнти не відчували болю в ураженій ділянці. Аплікована на слизову оболонку плівка не викликала почуття дискомфорту, утримувалась на місці протягом 2 – 3 год. Нами не зафіксовано алергічних чи будь-яких інших побічних ефектів під час клінічного застосування плівок з амізоном.

**Фастовець О. О.**

## **ПРО ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПО ЗАСВОЄННЮ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра ортопедичної стоматології, Дніпропетровськ, Україна*

*(Зав. кафедрою – д-р мед. наук, доцент О. О. Фастовець)*

Формування практичних навичок залишається актуальною проблемою організації навчального процесу на кафедрах стоматологічного профілю, тому що спрямоване на забезпечення гідного професійного рівня майбутнього фахівця. Слід зазначити, що введення з 2009/2010 навчального року кредитно-модульної системи навчання теж однією зі своїх задач має вдосконалення процесу оволодіння практичними навичками. Перелік практичних навичок, необхідний для засвоєння студентам, має за свою основу галузеві стандарти – освітньо-професійну програму підготовки спеціаліста (ОПП) та освітньо-кваліфікаційну характеристику спеціаліста (ОКХ). Цей перелік визначений, як в типових програмах з дисципліни, так і робочих програмах кафедри.

Відразу зазначимо, що прагнення навчити студента стикається з певними труднощами, пов'язаними зі специфікою спеціальності, яка полягає у тому, що зубне протезування завжди було платними послугами. І зрозуміло, що пацієнт, який віддав «кругленьку» на теперішній час суму, бажає отримати послуги від висококваліфікованого спеціаліста, а ніяк не від студента. До того ж слід враховувати соціальний фактор, що зумовлює в цілому зниження кількості пацієнтів в ортопедичних клініках.

Як альтернативу безпосереднього прийому хворих, ми пропонуємо студентам, роботу з моделями, муляжами, наочним матеріалом; тренінг на фантомах; відпрацювання практичних навичок одне на одному; роботу в зуботехнічній лабораторії; участь у клінічних розборах хворих; асистенцію під час прийому пацієнтів, а також створюємо навчально-методичні та навчально-наочні посібники, що унаочнюють необхідні прикладні знання.

Розглянемо методи навчання практичним навичкам на кафедрі за рівнями їх оволодіння. Якщо перший рівень потребує лише знання маніпуляції, то другий – передбачає бачення її виконання на практиці, що в значній мірі забезпечується консультативним прийомом співробітників кафедри.

Третій рівень включає виконання навички на муляжі, фантомі чи в лабораторних умовах. Демонстраційний клас, створений на кафедрі, дозволяє не тільки відпрацювати практичні навички, але й продемонструвати студенту різні конструкції зубних протезів, а також ілюструвати ситуаційні задачі, тим самим сприяє розвитку клінічного мислення. Задля цього навчальні моделі з різних розділів зубного протезування та щелепно-лицевої ортопедії, що використовуються на кафедрі є імітацією клінічної ситуації, відтворюють дефекти зубів та зубних рядів, а також зубні протези, що їх відновлюють. Співробітниками кафедри створюються фантоми та моделі власноруч (це, наприклад, цілі лінійки моделей з повного знімного протезування, починаючи з діагностики, потім отримання відбитків, визначення та фіксації центрального співвідношення беззубих щелеп, перевірка воскової композиції, здача протеза). При цьому використання оклюдаторів допомагає імітувати прийом хворого. Аналогічні лінійки моделей створені з часткового знімного (бюгельного) протезування, а також відновлення дефектів коронкової частини зуба.

В навчальному процесі ми використовуємо моделі щелеп для багаторазового застосування (вони виготовлені з пластмаси), які роблять можливим неоднократно отримання відбитків, препарування зубів, тощо. На клінічних базах створені куточки, в яких студенти теж спроможні відпрацювати техніку стоматологічних маніпуляцій на моделях у вільний від клінічного прийому час. Разом з тим, безперечним є те, що лише стоматологічний фантом дозволяє максимально наблизити клінічні умови, навіть імітувати салівацію. В минулому році на нашій кафедрі створений такий фантомний клас.

Безперечно, що четвертий та п'ятий рівні вимагають проведення студентом маніпуляції (діагностичної чи лікувальної процедури) вже на хворому, під наглядом викладача та самостійно.

Як форма оцінювання здобутих знань та вмінь, підсумкові модульні контролі на 2-5 курсах, наряду з написанням тестів формату «Крок 2» включають демонстрацію оволодіння практичними навичками (згідно переліку). Безсумнівно сприяє мотивації щодо їх засвоєння і форма проведення державної атестації – практично-орієнтований іспит, який введений на нашому факультеті, на одному з перших в країні, в 2003 році.

Велике значення для опанування практичними навичками нами приділяється виробничій практиці на 4 курсі, під час якої студент повинен прийняти щонайменше 20 хворих. Але головне, на наш погляд, є можливість потрапляння студента під час практики у специфічне середовище співпраці ортопедичного відділення з зуботехнічної лабораторією.

Практичні навички з нашої спеціальності, якими студент повинен оволодіти протягом навчання у вищі, увійшли до індивідуального плану, що значно упорядковує навчальний процес на стоматологічному факультеті та виконує роль своєрідного «портфолію» студента, демонструючи рівень оволодіння тією чи іншою стоматологічною маніпуляцією.

Зрозуміло, що як будь-який навчальний процес організація оволодіння практичними навичками потребує методичного підґрунтя. За останні два роки на кафедрі видано та перевидано 2 навчально-методичні посібники з грифами ЦМК МОЗ України, а також 2 електронних навчально-наочних посібника, один з яких – англійською мовою.

Наприкінці, хочеться зазначити, що не дивлячись на провідне значення навчання практичним навичкам, ми ніколи не забуваємо про традиції вітчизняної медичної освіти, зокрема, про необхідність, насамперед, формування у студентів, клінічного мислення. Взагалі, сам процес навчання у вищі, на думку Т. Г. Робустової, видатного вченого-стоматолога, методиста, (і з цим важко не погодитися) є лише пропедевтикою (введенням) до спеціальності. При цьому навчання практичним навичкам це – по суті, лише навчання правопису, а що напише майбутній випускник – шедевр або ляпсус – в більшій мірі залежить від нього самого.

**Фесенко В.І., Фесенко Д.В., Калінаєва Л.В.\***



## ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*КЗ «Дніпропетровська міська стоматологічна клінічна поліклініка №2» \**

На теперішній час лікування хвороб пародонту залишається однією з слабких ланок пародонтологічної практики. Відомо, що терапія запальних захворювань тканин пародонту повинна бути комплексною з використанням місцевого та загального лікування. Однак нерідко вірно проведене місцеве лікування стає вирішальним в комплексній терапії даного захворювання.

**Мета дослідження:** вивчення клінічної ефективності препарату «Квертулін» в індивідуалізованій комплексній терапії хронічного катарального гінгівіту у хворих хронічним вірусним гепатитом В.

**Матеріал та методи дослідження.** Проведено обстеження і лікування 47 осіб із хронічним вірусним гепатитом В (обох статей у віці від 18 до 25 років), у яких було встановлено катаральний гінгівіт хронічний перебіг. Середній ступінь тяжкості гінгівіту діагностовано у 25 осіб, тяжкий ступінь у 22 хворих.

Стоматологічний статус оцінювали на підставі клінічних та параклінічних ознак запалення в тканинах ясен (папілярно-маргінально-алвеолярного індексу (РМА, Parma, 1960), гігієнічного індексу (ГІ) Федорова – Володкіної (1971), індексу кровотечі за методикою Н.Р. Muhlemann, (1977); проби Кулаженко В.І. (1960). Для встановлення діагнозу використовували класифікацію хвороб пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

Хворим на катаральний гінгівіт лікування призначали за протоколом надання стоматологічної допомоги. Після професіональної гігієни порожнини рота проводилась антимікробна терапія 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату – зрошення, полоскання порожнини рота, додатково на ясна призначали аплікації препарату «Квертулін» під індивідуальну еластичну капу на 30-40 хвилин 1 раз на день впродовж 14 днів. Додатково рекомендували щоденний аутомасаж ясен протягом 3-5 хвилин.

До складу препарату «Квертулін» входить кверцетин, інулін та цитрат кальцію. Як відомо кверцетин завдяки капіляростабілізуючих властивостей, пов'язаних з антиоксидантною, мембраностабілізуючою дією знижує проникливість капілярів та володіє протизапальним ефектом. Інулін складається з кореню цикорію і є одним із сильних пребіотиків. Цитрат кальцію – форма кальцію яка найбільш легко засвоюється, володіє пребіотичним, мукозопротекторними та протизапальними властивостями.

У ході дослідження було встановлено, що під впливом лікувального комплексу клінічне покращення у вигляді зникнення кровотечі, набряку м'яких тканин, свербіння, болю в тканинах пародонту у хворих з середнім ступенем тяжкості наступали в середньому на  $4,7 \pm 0,4$  день, а ліквідація патологічного процесу на  $7,1 \pm 0,3$  день, при важкій формі захворювання  $5,8 \pm 0,4$  день та  $9,1 \pm 0,5$  день відповідно.

Динаміка клінічних індексів до та після лікування вказує на достовірне зниження індексу РМА ( $<0,001$ ); гігієнічний індекс становив  $1,6 \pm 0,03$  бала (до лікування  $2,3 \pm 0,1$  бала), функціональна стійкість капілярів -  $46,7 \pm 1,6$  сек. (до лікування  $21,7 \pm 2,4$  сек.); індекс кровотечі  $0,7 \pm 0,2$  бали (до лікування  $2,6 \pm 0,2$  бали).

**Висновок:** вітчизняний препарат «Квертулін» є важливим доповненням до комплексного лікування хворих хронічним катаральним гінгівітом на тлі хронічного ураження печінки вірусної етіології, як засіб що дозволяє досягти більшого відсотка ліквідації запального процесу в тканинах пародонта, сприяє клінічному одужанню у більш короткі терміни.

## Діагностика та лікування ретенуваних зубів

Халецька В.М., к.мед.н., Савченко А.Я., Кравченко К.Д.,

3 курс, група 502-б, бдес

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра дитячої стоматології*

**Актуальність.** За даними вітчизняної та зарубіжної літератури, від 4 до 17,4% пацієнтів, що звертаються за ортодонтичною допомогою, мають деформацію зубних рядів, зумовлену ретенцією від одного до кількох зубів. Ретенвані зуби можуть стати чинниками запалень верхньощелепних пазух, фолікулярної кісти, розвитку карієсу, пульпіту, періодонтиту, перікоронариту, періоститу, виразкового стоматиту, остеомієліту, абсцесу, флегмони. Тому такі зуби потребують пильної уваги з практичних позицій.

**Мета** дослідження - провести порівняльний аналіз ефективності рентгенологічних методів діагностики у пацієнтів з ретенуваними зубами.

**Методи дослідження.** Дентальна рентгенограма, ортопантомограма, комп'ютерна томограма (КТ).

**Об'єкт дослідження.:** Проведено клінічне обстеження та аналіз рентгенограм 10-ти пацієнтів у віці від 11 до 18 років з ретенуваними зубами.

**Результати.** Нами було обстежено 10-ть пацієнтів. Вісім з них мали ретенцію окремих зубів и лише тільки у двох визначалась ретенція більшої кількості зубів ( 2 і 3).

Основним методом у діагностиці ретенованих зубів залишається прицільна або панорамна рентгенографія. Однак, вони не завжди дають змогу адекватно оцінювати розташування в кістковому просторі таких зубів. Тому виникають труднощі при складанні плану комплексного лікування та визначенні хірургічного доступу к коронки ретенованого зуба. Оскільки в процесі проведення рентгенологічного обстеження з використанням 2D площинного методу зйомки неминуче виникає проекційне спотворення об'єкта за величиною чи конфігурацією, накладання зображення ретенованого зуба сусідні з ним зуби.

Застосування сучасного 3D-відтворення комп'ютерної томографії (Рис.1.) в діагностиці у наших пацієнтів з ретенованими зубами дозволило визначити просторове розташування зуба, його справжні розміри та форму, визначити кут нахилу відносно коренів сусідніх зубів, локалізацію резорбованих поверхонь коренів, ступінь ротації зуба за поздовжньою віссю, вираженість деформацій. Цей метод також дозволив вивчити зубощелепний комплекс у 3-вимірній системі координат і побачити наявні відхилення у розмірах та анатомічній будові зубів, його положення відносно інших зубів, виявити величину місця у зубній дузі, визначити напрям внутрішньо кісткового переміщення ретенованого зуба та можливість переміщення таких зубів із складним топографо-морфологічним положенням у товщі альвеолярного гребня.

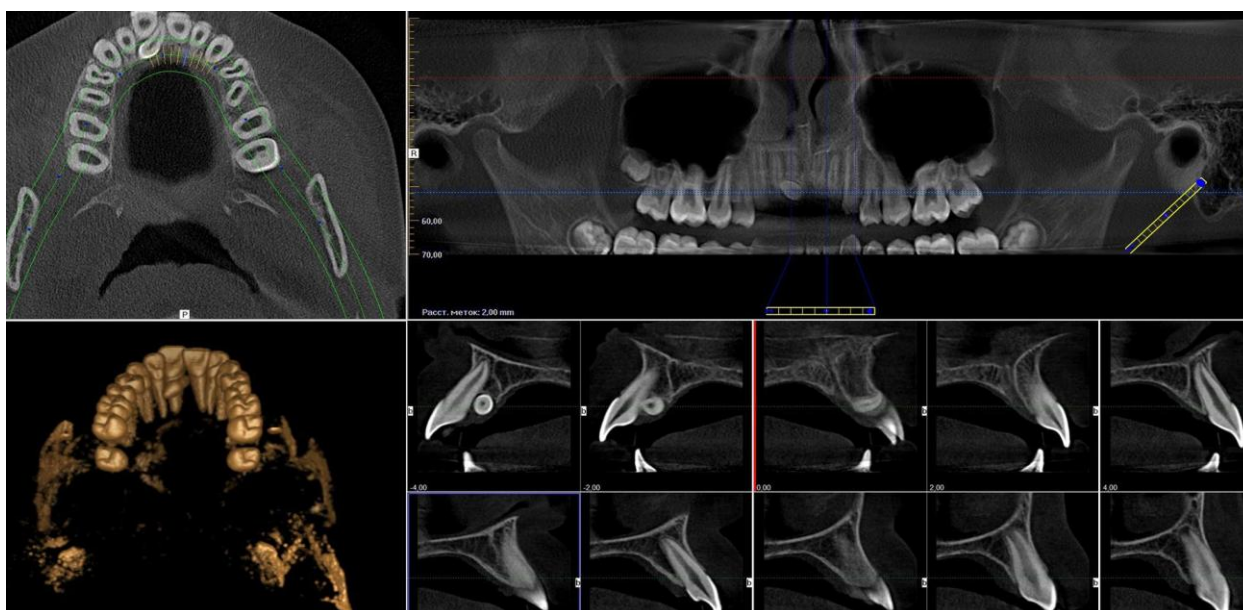


Рис. 1.

Проведене за показами 3D дослідження дало нам підстави впевнено проводити відповідні хірургічні та ортодонтичне заходи в комплексному лікуванні пацієнтів з ретенцією зубів та досягати позитивних результатів.

Лікування пацієнтів полягало у визначенні топологічної позиції ретенованого зуба, створенні хірургічними або ортодонтичними методами місця у зубній дузі для його розміщення, оголенні коронки зуба та фіксації на ній ортодонтичної кнопки і переміщення ретенованого зуба у зубний ряд.

### **Висновки.**

1. Знання різних методів аналізу рентгенівських досліджень, які використовуються для діагностики ретенованих зубів, має величезне значення для вибору часу і найбільш ефективного методу лікування в кожному індивідуальному випадку.
2. Застосування комп'ютерної томографії (3D відтворення) дозволяє найбільш достовірно визначити особливості розташування ретенованих зубів в просторі щелепних кісток, а також стан їх коронок і коренів і сусідніх з ними зубів.
3. Рентгенологічне дослідження за допомогою КТ дає можливість лікарям визначити адекватні і раціональні методи лікування (хірургічні та ортодонтичні), а також уточнити показання для їх проведення.

### **Діагностика та лікування ретенованих зубів**

**Халецька В.М., к.мед.н., Пермяков В.А. Лищенко Г.О.,**

**3 курс, група 502-б, бдес**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра дитячої стоматології*

**Актуальність.** Знання рентгенодіагностичних можливостей і застосування принципів мінімізації променевого навантаження відносяться в теперішній час до основ кваліфікованої щелепно-лицьової рентгенології. Сучасні установки для комп'ютерної томографії оснащені різними комп'ютерними програмами, які в залежності від потреб лікаря можуть бути обрані для аналогової або цифрової обробки зображення. На жаль, не всі лікарі-ортодonti розуміють цінність і вміють аналізувати 3D-знімки.

**Мета** дослідження – оптимізація діагностики зубощелепних аномалій шляхом комплексного вивчення анатомічних структур і параметрів черепа за допомогою КТ.

**Методи дослідження.** Клінічні та рентгенологічні.

**Об'єкт дослідження.** Проведено клінічне обстеження та аналіз ортопантомограм і ТРГ в 18-ти пацієнтів, КТ – 11-ти у віці від 11 до 18 років з зубощелепними аномаліями.

**Результати.** У 18 пацієнтів для діагностики зубощелепних аномалій було проведено рентгенологічне дослідження у вигляді ортопантомограми і ТРГ. Порушення дихання визначалось у 6-ти пацієнтів, у 5-ти - ретенвані зуби, у 2-х - порушення СНЩС, а у 7-ми пацієнтів діагностували складні щелепно-лицьові скелетні аномалії. Точно оцінити причини патології прикусу і зрозуміти чим вона викликана - зменшенням розміру щелепи або її зміщенням, можна тільки за допомогою КТ- діагностики.

В ході діагностики і плануванні індивідуальної тактики лікування потрібні були консультації суміжних фахівців, а також додаткові методи дослідження у вигляді КТ окремих сегментів, верхньої або нижньої щелепи і СНЩС. Для вирішення цих завдань лікаря необхідно використовувати кілька видів рентгенологічного дослідження, що значно буде перевищувати дозу випромінювання і вартість проведеної діагностики. Тому у 11 пацієнтів були виконані і вивчені результати КТ черепа (Рис.1.). За допомогою цього методу діагностики нам вдалося: визначити біотипи аномалій розвитку і положення

зубів і щелеп; наявність сверхкомплектних зубів, положення ретенуваних зубів; випадки резорбції верхівок коренів; оцінити морфологічні частини лицьового скелета; наявність вестибулярної кортикальної пластинки, оцінити товщину і якість кісткової тканини в області коренів зубів; визначити ступень окостеніння і структуру піднебінного шва; оцінити прохідність дихальних шляхів; діагностувати патології СНЩС (морфологічні та функціональні порушення); провести цефалометричний розрахунок TRG в бічній і прямій проекції; вибрати місця для установки мініімплантів; спланувати ортогнатичні операції.

Додатково по КТ оцінювали стан кожного зуба в кістковій тканині, терапевтичний стан зубів та кореневих каналів депульпованих зубів. Також КТ дослідження дозволило діагностувати приховані каріозні порожнини, перфорації коренів, періодонтити навіть в початковій формі, камені в протоках слинних залоз.

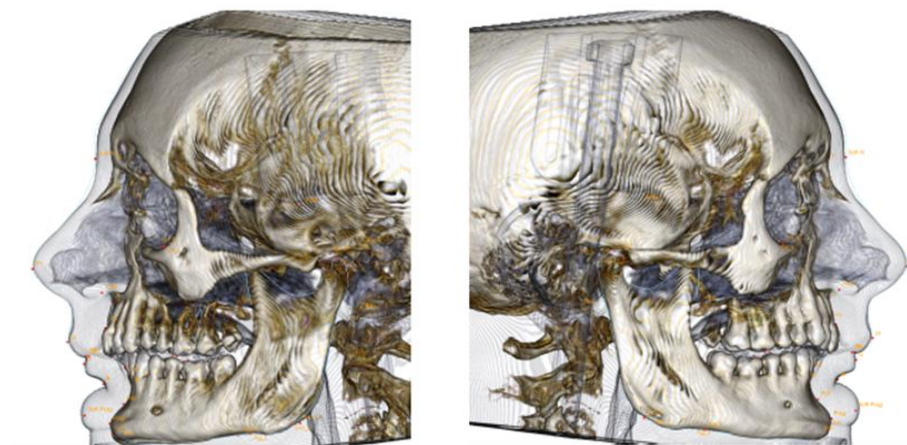


Рис.1.

На етапі планування індивідуального комплексного лікування пацієнтів з зубощелепними аномаліями дотримувались принципу спадкоємності фахівців. Завдяки цьому ортодонт й будь-які інші задіяні в лікуванні лікарі змогли комплексно підійти до єдиного вивіреного плану лікування за допомогою всього одного дослідження КТ.

**Висновки.** У кожному клінічному випадку застосування дослідження КТ черепа внесло значно більше діагностичної інформації, яка мала вирішальний і остаточний вплив на план лікування. Без комп'ютерної томографії сьогодні неможлива повноцінна діагностика - один цей знімок замінює і об'єднує все. Діагностичні можливості комп'ютерної томографії черепа повністю задовольняють запити лікарів - стоматологів усіх спеціальностей.

**Чаунанс А. В.**

**ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ПРОФИЛАКТИКУ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СРЕДИ СТУДЕНТОВ – СТОМАТОЛОГОВ.**

*Запорожский государственный медицинский университет*

*Кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии*

Одной из основных целей, преследуемых при проведении лечения стоматологических пациентов, является осуществление профилактики заболеваний. Этиология этих заболеваний становится все более объяснимой, тем самым открывая возможности к их надежной профилактике. При условии, что человек определенным образом изменит свое поведение и сформирует у себя такое мышление, которое приведет к улучшению самочувствия и уменьшению возможности возникновения заболевания.

Задача врача – стоматолога состоит в том, чтобы провести основные профилактические мероприятия и предоставить пациенту информацию, которая заставит его содержать полость рта и зубы в здоровом состоянии. Нужно использовать такие формулировки, которые будут ясны и понятны пациенту: чистить зубы два раза в день после приема пищи; ограничить потребление пищи и напитков с высоким содержанием простых сахаров; посещать врача – стоматолога два раза в год.

Необходимо отметить, что такие мероприятия, как инструктаж по гигиене полости рта, фторирование, герметизация фиссур обеспечивают построение взаимоотношений между врачом и пациентом, основанных на доверии и сотрудничестве, а это положительным образом сказывается на качестве оказываемой помощи.

За последнее десятилетие в развивающихся странах наметился сдвиг в пользу подхода, ориентированного на профилактику стоматологических заболеваний. Такую тенденцию прежде всего связывают с совершенствованием стоматологических материалов и методов лечения, все большим пониманием

природы заболеваний твердых тканей зуба, а самое важное – изменение менталитета самих пациентов.

Таким образом, учитывая основные тенденции, сформировавшиеся в стоматологической практике вопрос профилактики является весьма актуальным в процессе обучения студентов – стоматологов, и должен рассматриваться на должном уровне с учетом всех современных профилактических мер, как на индивидуальном уровне так и среди всего населения.

**Чеботарь О.А, Глазунов О.А**

### **РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА КРИВБАССА.**

*ГУ «Днепропетровская Медицинская академия МЗ Украины», кафедра стоматологии ФПО*

Слюнные железы чутко реагируют на различные изменения в организме и отражают патологические процессы в нем.

Клинически это проявляется в виде развития реактивно-дистрофических процессов слюнных желез на фоне соматической патологии, они имеют тесную филогенетическую и онтогенетическую связь с другими железами эндокринной системы, поэтому изменения в системе эндокринных желез органического или функционального характера отражаются на функциональном состоянии слюнных желез.

Для лиц, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, характерны некоторые особенности состояния всех желез внутренней секреции, в частности значительную роль играет при этом загрязнение атмосферного воздуха, который содержит целый комплекс вредных веществ, влияющих на здоровье населения. Поэтому, проблема дисфункции щитовидной железы и связанные с этим различные заболевания слюнных желез имеют как общий так и региональный характер.

В последние годы в Украине отмечается рост патологии щитовидной железы. Как показывают исследования состояние щитовидной железы может служить индикатором загрязнения окружающей среды, в связи с тем, что щитовидная железа способна усваивать ксенобиотики, в частности соли тяжелых металлов и депонировать их.

**Цель исследования:** на основании клинических данных, лабораторных показателей, морфологических и физических методов исследования установить изменение состояния функции слюнных желез при патологии щитовидной железы у больных, находящихся на стационарном лечении и проживающих в экологически неблагоприятном регионе Кривбасса.

#### **Результаты исследований.**

Под нашим наблюдением находилось 50 больных с различной патологией щитовидной железы, которые находились на стационарном лечении у врача эндокринолога базовой больницы, обследованы в плановом порядке для



проведения хирургического вмешательства на щитовидной железе. Из данного количества исследуемых у 17 был установлен диагноз узловой токсический зоб 2-3 степени, у 29 – узловой нетоксический зоб 2 степени, у 4 больных злокачественное поражение щитовидной железы.

Все больные были осмотрены хирургом стоматологом. При осмотре и пальпации слюнных желез выявлено увеличение околоушных слюнных желез, безболезненная их пальпация, сухость в полости рта, язык сухой, обложен налетом, слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна у 12 больных; у остальных вышеперечисленные симптомы встречались отдельно. Возраст больных: до 30 лет -4 больных, от 30 до 40 лет – 8, от 40 до 50 – 7, от 50 до 60 - 10 больных и после 60 – 21 больной. Все они проживали в промышленном регионе Кривбасса. Кроме этого, исследования проводили у группы больных не страдающих заболеваниями щитовидной железы и слюнных желез (контрольная группа).

У всех пациентов проводился забор смешанной слюны натошак, определялось её количество, вязкость, цитологическое исследование и Ph-метрию слюны, использовали пробу Писарева – Шиллера для определения состояния слизистой оболочки десны.

Таким образом, у больных с заболеваниями щитовидной железы состояние слизистой оболочки у большинства (72%) характеризовалось согласно пробе Писарева – Шиллера как слабopоложительная и положительная, что свидетельствует о наличии хронического воспалительного процесса разной степени выраженности, под влиянием которого в десне и возрастает количество гликогена. У большинства больных с заболеваниями щитовидной железы (74%) количество слюны составляло  $1,94 \pm 0,41$  мл у контрольной группы –  $3,3 \pm 0,38$  мл, что говорит о значительном снижении слюновыделительной функции желез.

Результаты сиалометрии, независимо от типа поражения щитовидной железы, позволили выявить достоверное снижение секреции слюны по сравнению с контрольной группой. Цитологическое исследование слюны проводили после подсушивания препаратов и окрашивания их по Поппенгейму. И у контрольной группы и у больных с патологией щитовидной железы в каждом препарате, без исключения, были обнаружены клетки многослойного плоского эпителия, обнаружено значительное количество лейкоцитов, до 100 покрывающих все поле зрения, в том числе полуразрушенных, в большом количестве нейтрофилы, единичные лимфоциты, моноциты, клетки слущенного эпителия, что характерно для воспалительного процесса. Во всех препаратах была обнаружена обильная бактериальная флора. PH слюны определяли при помощи универсальной индикаторной бумаги (производитель Лах–Нер). Результаты исследований показали, что в среднем, PH слюны у больных на фоне заболеваний щитовидной железы практически не изменилось и составило 6,5 при 6,45 у лиц контрольной группы.

Всем больным с заболеваниями щитовидной железы проводилась ультразвуковая диагностика. Было отмечено снижение эхогенности, выявлена

неоднородная структура за счет гипозоогенных включений, слюнные протоки расширены, увеличены регионарные лимфатические узлы, в разной степени отмечается увеличение размеров околоушных слюнных желез. У остальных больных эхографическая картина изменена не была. Таким образом, эхографическая картина слюнных желез на фоне заболеваний щитовидной железы соответствует наличию хронических воспалительно-дистрофических изменений слюнных желез.

**Выводы.** В результате комплексного обследования состояния слюнных желез у больных с заболеваниями щитовидной железы, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, было выявлено достоверное снижение функциональной активности слюнных желез (жалобы на сухость в полости рта, периодическое или постоянное увеличение желез, снижение количества слюны, увеличение вязкости секрета), изменения цитологического состава слюны, эхографическая картина характеризуют степень выраженности хронического воспалительно-дистрофического процесса в тканях железы.

Хронический сиалоаденит и сиалоаденоз, который развивается на фоне патологии щитовидной железы, приводит к изменениям химического состава смешанной слюны и способствует развитию заболеваний слизистой оболочки полости рта и зубов.

Больные с заболеваниями щитовидной железы должны находиться на диспансерном учете и в стоматологической поликлинике, периодически проходить осмотр врача хирурга и терапевта стоматолога. При этом необходимо внимательно обращать внимание на жалобы больных, проводить объективное обследование желез, выявлять нарушения выделения количества слюны из протоков, ее качество, обследовать состояние регионарных лимфатических узлов, состояние слизистой полости рта и зубов и при выявлении изменений назначать соответствующее лечение.

**Чертов С.А., Ганчев К.С.**

## **ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА С ПОВЕРХНОСТИ ФТОРОПЛАСТОВОГО ЗАЩИТНОГО КОЛПАЧКА НА ОДНОКОМПОНЕНТНЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ**

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургической и протезной стоматологии*

**Актуальность.** Стоматологический имплантат, установленный в альвеолярный отросток челюсти, имеет отличительную от других имплантатов особенность – полупогружное состояние, когда внутрикостная часть находится в кости, а надкостная часть дентального имплантата функционирует в наиболее загрязненной зоне организма человека – полости рта. В связи с этим, имплантат в полости рта является предметом повышенной обсемененности и местом размножения патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Особенно остро вопрос профилактики периимплантита стоит в начальном периоде

приживления – этапе заживления костной раны и мягких тканей слизистой оболочки полости рта.

**Цель исследования:** провести анализ микробиологических исследований спектра микрофлоры на поверхности фторопластовых защитных колпачков при использовании неразборных однокомпонентных конструкций внутрикостных дентальных имплантатов.

**Материалы и методы.** Для данной работы использовались результаты лечения 42-х пациентов с различными дефектами зубных рядов, которым было установлено 117 неразборных однокомпонентных имплантата SOLO системы ImpLife®. С целью корректного формирования десневой манжетки вокруг шейки и защиты имплантата от внешних раздражителей использовались разработанные нами защитные колпачки из фторопласта.

В контрольной группе из 30 пациентов, которым было установлено 89 аналогичных имплантатов защитные колпачки не использовались. В послеоперационном периоде оценивались клиническая и рентгенологическая картина на месте соединения «защитный колпачок - десневая борозда – кость» в день установки имплантата, через две и четыре недели. Исследование микрофлоры проводили на материале, взятом путем соскоба с поверхности колпачка в исследуемой группе и с поверхности головки имплантата в контрольной группе.

Проводили посев налета на следующие среды: на 5% кровяной агар (среда для роста всех аэробов), среды Эндо (дифференцированная среда на энтеробактерии + синегнойную палочку), среды Сабуро (дифференцированная среда на дрожжеподобные грибы рода *Candida*) и желточно-солевой агар (среда на стафилококк). Содержимое налета, полученное в результате соскоба с поверхности формирователей сеяли на чашки Петри и инкубировали в термостат на 24-48 часов. Анализ результатов проводили, подсчитывая количество колоний на чашках.

**Результаты и обсуждение.** У пациентов контрольной группы, которым изоляция головки однокомпонентного имплантата колпачком не проводилась, на вторые-третьи сутки во время осмотра определялся мягкий налет, удаляемый механическим путем. Подобная контаминация микрофлоры приводит к активизации остеокластов и краевой резорбции кости вокруг шейки имплантата. Особенно это опасно при заживлении свежей костной раны при одноэтапной имплантации.

В подавляющем большинстве случаев высевались по три вида микроорганизмов. Из общего количества высеянных микроорганизмов гемолитический эпидермальный стафилококк составил 55%, негемолитический стрептококк – 20%, негемолитический стафилококк – 8%, кишечная палочка – 2%, протей – 5%, энтерококки – 4%, дрожжевые грибы рода *Candida* – 6%. Видовой состав микрофлоры на поверхности неизолированных титановых головок имплантатов и на поверхности фторопластовых защитных колпачков был практически одинаковым.

Однако на материале, взятом с поверхности неизолированных имплантатов,

у всех пациентов выросло в 6 раз больше дрожжевых грибов рода *Candida*, чем на материале, взятом с поверхности фторопластового защитного колпачка.

**Выводы.** 1. Использование защитных колпачков из фторопласта в случаях применения неразборных однокомпонентных имплантатов обеспечивает надежную защиту костной раны от агрессивного содержимого полости рта.

2. Сокращение сроков заживления мягких тканей в послеоперационном периоде при использовании фторопластовых защитных колпачков позволяет значительно сократить сроки реабилитации пациентов по сравнению с применением имплантатов с неизолированными головками.

3. Полученные результаты применения фторопластовых защитных колпачков является перспективным мероприятием для профилактики воспалительных осложнений дентальной имплантации.

**Чертов С.А., Гладкий Д.П.**

## **ВРЕМЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургической и протезно-стоматологической стоматологии*

**Актуальность.** Возросшие эстетические запросы пациентов требуют от имплантолога искать возможности для изготовления временной протезной конструкции на имплантатах с первых дней после операции. При проведении непосредственной имплантации, выполненной по одноэтапной методике с одновременным покрытием провизорными коронками, ухудшаются условия для корректного формирования «десневой манжетки» вокруг имплантатов и возрастают риски ранних осложнений при заживлении костной раны. В этой связи, использование дополнительных элементов на абатменте, способствующих заживлению слизистой при проведении непосредственной имплантации, является особенно актуальным.

**Цель.** Определить клиническую эффективность применения временных абатментов с заживляющим элементом из фторопласта при проведении непосредственной имплантации по одноэтапной схеме с одновременным покрытием провизорными коронками.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленной цели было обследовано 28 пациента, для реабилитации которых использовалась методика непосредственной имплантации – одномоментная замена поврежденного, разрушенного или подвижного зуба внутрикостным имплантатом. Всего по такой схеме было установлено 58 двухкомпонентных имплантата CLASSIC системы ImpLife® с одновременной фиксацией временного абатмента, который сочетал в своей конструкции полый титановый цилиндр для фиксации временной конструкции и фторопластовый элемент для заживления слизистой оболочки. Для получения сравнительных результатов на 16-ти имплантатах под временные конструкции устанавливались стандартные титановые абатменты.

В послеоперационном периоде оценивались субъективные ощущения пациентов, наличие или отсутствие жалоб на боль; во время осмотра и пальпации проверяли характер воспаления вокруг абатментов, оценивали степень отложения мягкого налета на фторопластовом элементе временного абатмента и титановой поверхности стандартного абатмента.

**Результаты.** При использовании временного абатмента ImpLife® одновременно выполняется две задачи: осуществляется фиксация временной конструкции непосредственно после установки имплантата и происходит корректное заживление слизистой оболочки вокруг фторопластового элемента, выполняющего роль формирователя десны.

Большинства пациентов, у которых использовались временные абатменты ImpLife®, отмечали комфортное состояние мягких тканей полости рта после имплантации. Воспаление слизистой оболочки вокруг временного абатмента было в значительной степени меньше выражен по сравнению со стандартными титановыми абатментами, а отложение мягкого налета на фторопластовом элементе отсутствовало.

В отличие от титановой поверхности стандартного абатмента, на фторопластовом элементе временного абатмента практически не происходит отложения мягкого и твердого налета по причине особых адгезивных свойств этого материала. Это играет решающую роль в процессе качественного формирования «десневой манжетки» и защите костной раны от бактериальной контаминации на ранних этапах заживления. Кроме того, фторопластовое кольцо на временном абатменте служит своего рода платформой для провизорной коронки и препятствует попаданию цемента при фиксации временной конструкции.

**Выводы.** Использование временных абатментов ImpLife® с фторопластовым элементом для заживления слизистой оболочки является эффективным решением проблемы воспалительных осложнений при непосредственной имплантации и расширяет возможности врача для использования провизорных коронок сразу после операции.

**Чертов С.А., Сапалев С.А.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ОКСИДА ЦИРКОНИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ В «ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ЗОНАХ»**

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургической и протезной стоматологии*

**Актуальность.** Возросшие эстетические запросы пациентов требуют от врача-стоматолога поиска новых подходов в обеспечении высокой эстетики десны в области ортопедических реставрации на дентальных имплантатах. Решение

данной проблемы лежит в аспекте использования имплантатов из оксида циркония.

**Цель.** Клиническое обоснование применения однокомпонентных имплантатов из оксида циркония для достижения высокого качества эстетики десны в области ортопедической реставрации на дентальных имплантатах.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленной цели было обследовано 23 пациента с частичными включенными дефектами зубного ряда протяженностью от одного до трех зубов. Данной группе пациентов для восстановления утраченных зубов было установлено 43 однокомпонентных цельнокерамических имплантатов «Амфора» системы дентальных имплантатов ImpLife®. Для получения сравнительных результатов использовалась группа из 20 пациентов с 53 однокомпонентными имплантатами из титана. Объективно оценивали качество и цвет слизистой оболочки в зоне прилегания к шейке имплантата, а также проводили рентгенологическое исследование костной ткани в области имплантатов сразу после окончания протезирования, через 3 месяца и через один год.

**Результаты.** У исследуемой группы выявилось высокое качество «розовой эстетики» в области ортопедических реставраций на имплантатах из оксида циркония. Цвет десны, прилегающей к шейке цельнокерамического имплантата, не отличался от цвета прикрепленной десны данной сегмента альвеолярного отростка. Состояние кости в области имплантатов по данным рентгенологического исследования были в пределах нормы. Анализ анкетирования пациентов данной группы выявил удовлетворенность от проведенного лечения с оценками «хорошо» и «очень хорошо».

У пациентов контрольной группы в 65% случаях отмечался неестественный цвет десны с металлическим оттенком в зоне шейки титанового имплантата.

Анализ анкет после окончания протезирования дал следующие результаты:

13 пациентов оценили результат лечения на «удовлетворительно», 4 пациента на «хорошо» и еще 6 пациента остались неудовлетворенными от проведенного лечения. Все жалобы пациентов контрольной группы касались цвета десны около искусственной коронки на имплантате.

**Вывод.** Выбор материала, из которого изготовлен дентальный имплантат, играет важную роль в достижении высокого эстетического результата ортопедического лечения с использованием имплантатов. В эстетически значимых зонах при использовании однокомпонентных имплантатов следует отдавать предпочтение имплантатам из оксида циркония, так как они обеспечивают высокую «розовую эстетику» в зоне ортопедической реставрации и общую удовлетворенность пациентов от результатов проведенного лечения.

**Чертов С.А., Ясногор О.А.**

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ НАНОСТРУКТУРНОГО ТИТАНА**

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургического и протезно-стоматологического лечения*

**Актуальность.** В настоящий момент при производстве стоматологических имплантатов высокие прочностные характеристики титана обеспечиваются путем легированием его различными элементами. Однако легирующие элементы - алюминий и ванадий оказывают вредное влияние на костные ткани. Экспериментально доказано, что один из наиболее коррозионно-стойких титановых сплавов Ti-6Al-4V оказывает умеренно токсическое воздействие на остеобласты в связи с наличием алюминия и ванадия в биологической среде при функционировании имплантатов. Поэтому особенно актуальным является использование сплавов, не содержащих указанных элементов, но обладающих необходимой прочностью и коррозионной стойкостью.

**Цель.** Клиническое обоснование применения стоматологических имплантатов из наноструктурного титана при ортопедической реабилитации беззубых пациентов.

**Материалы и методы.** Для выполнения поставленной цели было проведено стоматологическое лечение 26 пациента, нуждающихся в восстановлении зубов при помощи имплантатов. Для реабилитации данных пациентов использовались стоматологические имплантаты ImpLife® (Украина), произведенные на производственном объединении ООО «Конмет» (Москва) из полуфабрикатов наноструктурного титана медицинского назначения, разработанного предприятием ООО «НаноМет» при Научно-исследовательском институте физики перспективных материалов и Уфимском государственном авиационном техническом университете.

Было установлено 64 стоматологических однокомпонентных имплантатов SOLO системы ImpLife® диаметром 3,0мм, 3,5мм, 4,0мм и длиной 10мм, 12мм, 14мм по одноэтапной методике с непосредственной нагрузкой. Для получения сравнительных результатов использовалась группа из 30 пациентов с 83 однокомпонентными имплантатами системы «Витаплант» (Украина) из титана марки Ti-6Al-4V.

**Результаты.** Для контроля эффективности проводимого лечения использовали традиционные методы обследования (рентгенография, осмотр) и дополнительные - степень устойчивости имплантатов оценивали с помощью диагностического прибора «Periotest» фирмы «Siemens» в различные сроки после их установки. Оценивали степень воспалительной реакции и сроки заживления костной ткани вокруг имплантата. Критериями успешно выполненной имплантации являлись: устойчивость имплантата, отсутствие резорбции костной ткани в области имплантата, отсутствие боли и воспаления вокруг имплантата, высокая функциональная эффективность использования зубных протезов, опирающихся на имплантат.

Трехлетние наблюдения за имплантатами из нанотитана показали определенные преимущества использования наноструктурного нелегированного титана в качестве материала для стоматологических имплантатов. 63 имплантата из нанотитана имели остеоинтеграцию с челюстной

костью – 98,4% успешных результатов (в контрольной группе процент выживаемости имплантатов в течении 3-лет составил 94,5%). Рентгенологически прилегание костной ткани к поверхности имплантатов из нанотитана было на качественно лучшем уровне, чем у имплантатов контрольной группы, у 15% которых наблюдалась различная степень краевой резорбции кости вокруг шейки имплантата. Это, по нашему мнению, свидетельствует о том, что наноструктурирование титана изменяет морфологию и состав оксидной пленки, значительно увеличивая протеиновое взаимодействие и последующую адгезию клеток, что, в свою очередь, повышает параметры остеоинтеграции наноструктурного титана в живом организме.

Тест на устойчивость имплантатов также имел более высокие показатели в группе пациентов, которым были установлены имплантаты из нанотитана.

#### **Выводы.**

1. Отсутствие токсичного ванадия и алюминия в наноструктурном титане значительно снижает риск осложнений по сравнению с другими титановыми сплавами, в которых данные элементы содержатся даже в незначительном количестве.

2. Формирование наноструктуры повышает коррозионную стойкость по сравнению с обычным титаном, что в значительной степени улучшает способность стоматологического имплантата функционировать в условиях жидкой среды полости рта.

3. Прочность наноструктурного титана не уступает соответствующей для сплавов с алюминием и ванадием при одновременном значительно более высоком уровне пластичности при изгибе и кручении винтов, что крайне важно при использовании двухкомпонентных (разборных) имплантатов.

Вышеуказанные преимущества нанотитана открывают перспективные возможности по изготовлению стоматологических имплантатов нового поколения.

## STUDY OF SALIVA PROTEINS FRACTIONS IN CHILDREN WITH MULTIPLE CARIES

Каюкова В.Д.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

It is known that in persons with multiple caries, the composition and properties of saliva are shifted towards the deterioration of its protective qualities. In the literature there is also information that in this case there is a change in the response of the salivary glands to stimulation. The aim of our study was to study in depth the effect of salivation stimulation on the protein composition of the saliva of children suffering from multiple caries. The control was the saliva of their peers with intact teeth. Saliva samples collected prior to stimulation of salivation and at the third, thirtieth, forty-



fifth, and sixtieth minutes after stimulation of salivation by the method proposed by the author (Patent No. 2019169) were examined using the D-forsez method. The analysis showed that in both groups of children the number of fractions of saliva proteins ranged from 9 to 10. However, after stimulation of salivation, there was a significant change in the concentrations of protein fractions, different in groups. The author's attention was attracted by fractions designated 4-5, which tended to increase during the entire period of stimulation of salivation in the group of children with intact teeth, whereas in the parallel group the proteins of saliva sharply decreased by the 30th minute and reached the initial level only at the 60th minute. It is assumed that fraction No. 5 is formed by proline-containing proteins involved in the protection and mineralization of tooth enamel.

**Котелевський Р.А.**

**MODERN COMPUTER AND NETWORK TECHNOLOGIES IN THE STUDY OF PROSTHETIC DENTISTRY FOREIGN STUDENTS.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра ортопедичної стоматології*

Modern life is unimaginable without computers and the Internet. Advances in information technology (IT) have changed our life-style. Using a computer and the Internet is a part of the daily activities of the student. One of the great advantages of online teaching is allowing students to focus more on managing their own learning and to work at their own time and pace; it also allows the use of sound, videos, and animation to communicate information.

We conducted some research whose aim was to: find out how modern students possess the abilities of computer technology and the Internet. Based on the data to develop guidelines for improving the effectiveness of teaching prosthetic dentistry for English-speaking students. All this is of particular importance in the transition to the Bologna system of education, in which great attention is paid to self-study.

Before starting the study assessed the validity of each question a pilot study on five students selected from each group. The study was conducted between February and June 2014 and students who were absent during the survey were excluded from the study. The population study consisted of 86 students who were present during the study. Prior to administration of the questionnaire was addressed to the class about the purpose and process of data collection. Then pre-tested close ended questions were distributed to students during class to fill out the questionnaire. Questionnaire consisting of multiple choice questions has been prepared on how students choose to access dental items, the reasons for the use of the Internet, where they have access to the Internet, the frequency of Internet use and how often they can find dental subjects in English-speaking sites. Five questions relate to the use of the computer and 10 questions related to the use of the Internet. The collected data were tabulated and its percentage was obtained.

This study reflects the knowledge and attitude of undergraduate dental students about internet and computer based learning. Computer knowledge was good among dental students but its dental application was limited compared with general purpose. Hence computer application for dental education should be encouraged. The results of this study indicate that dental students at the Dnepropetrovsk Medical Academy had access to substantial IT resources and demonstrated attitudes toward the computer and the Internet and reported levels of use that were similar to other students in other nations. This comes as no surprise in the age of globalization where knowledge knows no boundaries. However, the educational use of IT among dental students remains low. This finding suggests that this dental school is similar to other schools that have not made substantial effort to capitalize on IT resources and capabilities to enrich the curriculum. It is our opinion that dental schools should make greater effort to utilize the advantages of this technology so that the quality of oral health education can be improved. Efforts should be made to invest in problem-solving and evidence-based dentistry and to incorporate methods of information retrieval and management into the curriculum.

**Maslova I.**

**GLYCOCONJUGATES DISTRIBUTION IN THE RAT'S MAJOR SALIVARY GLANDS STRUCTURES AFTER INTRAUTERINE ANTIGENIC ACTION AS A BASIS OF PATHOLOGICAL CONDITIONS**

*Department of Propaedeutical and Surgical Dentistry*

*Zaporizhzhya State Medical University*

*Zaporizhzhya, Ukraine*

Purpose – to determine glycoconjugates distribution features in the rat's major salivary glands structures after antenatal antigen action.

The object of the research was 224 salivary glands of white laboratory rats. The rats divided into three groups. The 1<sup>st</sup> group is intact rats. The 2<sup>d</sup> group is rats, which were introduced 0,05 ml solution of antigen in the amniotic fluid on the 18<sup>th</sup> day of pregnancy by the method of N. Voloshyn (2011), the 3<sup>d</sup> group is control, the animals were introduced intrauterine 0,05 ml of 0,9% sodium chloride solution on the 18<sup>th</sup> day of pregnancy. The animals' killing and taking of the material was done at the 1<sup>st</sup>, 5<sup>th</sup>, 7<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup>, 14<sup>th</sup>, 30<sup>th</sup>, 45<sup>th</sup> day of postnatal life. The carbohydrate residues determination of Gal used the standard lectin panel PNA, GalNAc – SBA, GlcNAc – WGA, L-Fuc – PFA.

Glycoconjugates structure that expressed on the acinar cell's surface dynamically changed during whole observation period. Was detected the most affinity to researched lectins show the major salivary glands' parenchymal structures. In animals group after intrauterine antigen action determined premature emergence of receptors significant quantity to PNA, SBA, LCA, WGA on the parenchymal cell's surface. The receptors increasing density to corresponding lectins showed from newborn period to 7<sup>th</sup> day of postnatal life. The carbohydrate – containing synthetic

and accumulation changes influence to ability of acinar cells provide the secretory and excretory activity.

Summary: In animals group after intrauterine antigen action determined premature emergence of receptors significant quantity to PNA, SBA, LCA and WGA on the parenchymal cell's surface. The receptors increasing density to corresponding lectins showed from newborn period to 7<sup>th</sup> day of postnatal life. The carbohydrate – containing synthetic and accumulation changes influence to ability of acinar cells provide the secretory and excretory activity.

## **les Compétence communicative chez les étudiants**

**Liubov Matvieienko**

*Département d'thérapeutique dento-faciale de l'académie de l'Etat de Dnepropetrovsk, ministère de la Santé de l'Ukraine.*

L'efficacité des cours dépendent de la capacité de l'enseignant à créer un climat moral et psychologique positif chez les étudiants. L'un des moyens d'atteindre cet objectif est la communication pédagogique.

Pour créer un climat psychologique favorable et développer la personnalité de l'étudiant, l'enseignant doit non seulement être l'organisateur de l'interaction, mais aussi ce participé directement, maintenir une demande modérée, l'atmosphère de travail, conditions favorables du communication et abandonner l'autoritarisme

La tâche de l'enseignant est de développer une forte motivation chez les étudiants à s'engager en thérapeutique dentaire, Montrer de la compréhension et de la patience, se réagit clairement à l'état émotionnel des étudiants, éliminer le sentiment de peur et l'incertitude dans la pertinence de leurs actions. aider l'étudiant à se rendre capable de la créativité, la future croissance professionnelle.

La communication active des étudiants dans le processus d'apprentissage est toujours intéressante et utile, car non seulement elle lève l'interdiction de communication, mais elle la stimule également. Ainsi, en évitant les activités individuelles de routine, transforme le processus d'apprentissage en une activité cognitive excitante totale a formation d'un spécialiste hautement qualifié et compétent dans les conditions actuelles de l'enseignement médical en Ukraine est impossible sans formes novatrices d'organisation de cours. Ainsi, le département de la thérapie dentaire applique une méthode de travail avec les étudiants en mini-groupes, utilisation du l'analyse des problèmes, et les sondages d'opinion.

Au cours de la formation, la situation est simulée, ce qui est proche des conditions réelles de l'activité communicative et du comportement des partenaires. Le contenu et le thème, la situation imaginaire et la position de jeu de l'étudiant sont marqués, ce qui consiste à s'identifier et à identifier le partenaire avec les personnages de la situation imaginaire.

La méthode la plus importante pour former la compétence communicative est la discussion éducative, qui est utilisée pendant la résolution générale du problème par un groupe d'étudiants sur des sources d'enquête étendues, que le matériel du manuel. Largement utilisé est la méthode d'étude de cas, c'est-à-dire la description d'une situation spécifique et la solution de ce problème. L'objectif principal de l'étude de cas est d'acquérir les compétences nécessaires pour travailler dans une situation spécifique, en s'appuyant sur la théorie et la pratique pour trouver une solution unique.

Une forme efficace de formation consiste à organiser des présentations en équipe, ce qui est le moment clé de la communication lors de l'organisation d'actions conjointes. Ainsi, l'utilisation de formes traditionnelles et innovantes affecte positivement l'efficacité du processus d'apprentissage, forme la compétence de communication des étudiants, leur indépendance, augmente la motivation pour les classes et forme la responsabilité personnelle pour les résultats d'apprentissage.