



**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

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»