



**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. Матвєєнко Л.М.

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

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

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

УДК 616.31

© ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», 2

*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 рефлексі. 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 невиправдано. 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 діб (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 – фібрилярних 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. Матвеев**

## **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