

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»



# ***МАТЕРІАЛИ***

***НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ***

***«Ternopil Dental Summit»***

***присвяченої 60-ти річчю ДВНЗ «Тернопільський державний  
медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України»***

***1-2 червня 2017 року***



ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО  
МОЗ УКРАЇНИ»

## ***TERNOPIL DENTAL SUMMIT***

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З  
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
присвяченої 60-ти річчю ДВНЗ «Тернопільський державний медичний  
університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»  
1-2 червня 2017 року

**УДК 616.31(063)**

**ББК 56.6**

**Т 35**

***Редакційна колегія:*** доцент Гасюк П. А. (відповідальний редактор), доцент Щерба В. В. (редактор), доц. Росоловська С. О. (редактор), Воробець А. Б. (технічний редактор), Радчук В. Б. (технічний редактор)

***Оргкомітет:*** головуєчий професор Корда М. М., співголова доцент Гасюк П. А., співголова доцент Щерба В. В.



***Вельмишановна стоматологічна спільното!***

Маю честь вітати Вас на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Тернопіль дентал саміт», присвяченій 60-річчю ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України».

Головною метою даної конференції є унікальна можливість обміну досвідом, спілкування з колегами та друзями з різних куточків нашої держави та інших країн, можливість обговорення найактуальніших питань сучасної стоматології та визначення пріоритетних напрямків її стрімкого розвитку.

Сучасний етап розвитку стоматологічної науки і практики пов'язаний з інтенсивним розвитком високотехнологічної стоматологічної допомоги, впровадженням у повсякденну діяльність інноваційних профільних технологій, застосування яких, призводить до підвищення якості стоматологічної допомоги.

Опубліковані в збірнику конференції тези доповідей відображають сучасний стан теоретичної та практичної стоматології, містять найбільш цікаві випадки зі стоматологічної практики.

**З повагою співголова оргкомітету конференції**  
завідувач кафедри  
ортопедичної стоматології,  
доктор медичних наук, доцент  
**Гасюк П. А.**





## ЗМІСТ

	<b>Передмова</b>	4
	<i>Абрамчук І. І., Батіг В. М., Митченко О. В., Каськова Л. Ф.</i>	
1	<b><u>Показники інтенсивності КПВз і КПВп та поширення карієсу у підлітків, які навчаються в різних закладах освіти</u></b>	10
	<i>Авдєєв О. В., Видойник О. Я., Посоленик Л. Я.</i>	
2	<b><u>Стан деяких показників гомеостазу ротової порожнини у дітей, хворих на бронхіальну астму</u></b>	12
	<i>Алексійчук І. Ю., Шекера О. О., Доан С. І., Матковський І. А.</i>	
3	<b><u>Дослідження структури стоматологічної патології хворих на ВІЛ-інфекцію</u></b>	14
	<i>Ахрамчук В. В., Ахрамчук Т. В., Ляховська Н. В., Ляховський В. І.</i>	
4	<b><u>Безкаркасна кераміка: досвід та помилки</u></b>	16
	<i>Бандрівська О. О., Бандрівський Ю. Л., Дутко Х. О.</i>	
5	<b><u>Динаміка оремих показників ліпідного обміну в сироватці крові у хворих на генералізований пародонтит з різною груповою приналежністю крові</u></b>	18
	<i>Беденюк О. А., Беденюк О. С.</i>	
6	<b><u>Особливості розвитку ксеростомії внаслідок сіаладеномектомії привушних і нижньощелепних слинних залоз</u></b>	21
	<i>Беляєв Е. В., Комнацький Б. Ю., Беляєва Л. Г.</i>	
7	<b><u>Оцінка впливу стоматологічного здоров'я на якість життя стоматологічних пацієнтів з вторинними деформаціями зубних рядів</u></b>	22
	<i>Бєліков О. Б., Левандовський Р. А., Левандовська Д. Р., Шановський Д. А.</i>	
8	<b><u>Роль мікрофлори ротової порожнини у хворих з різними видами ортопедичних конструкцій</u></b>	25
	<i>Біда В. І., Германчук С. М.</i>	
9	<b><u>Патологічні зіни тканин пародонта при модельованому цукровому діабеті</u></b>	28
	<i>Біда О. В.</i>	
10	<b><u>Показники функціонального стану жувальних м'язів у хворих різних вікових груп з частковою втратою зубів, ускладненою зубощелепними деформаціями</u></b>	30
	<i>Біда О. В.</i>	
11	<b><u>Визначення функціональних показників оклюзії при частковій втраті зубів, ускладненій зубощелепними деформаціями</u></b>	33
	<i>Братусь-Гриньків Р. Р.</i>	
12	<b><u>Оцінка клінічних умов та стану штучної оклюзійної поверхні у пацієнтів з поодиноким збереженими зубами на нижній щелепі</u></b>	35
	<i>Бублій Т. Д., Костиренко О. П., Ріжень М. М.</i>	
13	<b><u>Імпрегнація кореневого каналу цитратом амонію в порівняльному аспекті</u></b>	37
	<i>Бунь Ю. М., Бунь О. В.</i>	
14	<b><u>Застосування тунельного препарування каріозних порожнин II класу за Блеком у терапевтичній стоматології як складова малоінвазивних методів лікування пацієнтів</u></b>	39
	<i>Буханченко О. П., Аветіков Д. С., Іваницька О. С., Айперт В. В.</i>	
15	<b><u>Буханченко О. П., Аветіков Д. С., Іваницька О. С., Айперт В. В.</u></b>	43







	<b><u>Особливості психоемоційного статусу пацієнтів із патологічними рубцями голови та шиї</u></b>	
	<i>Васько А. А.</i>	
16	<b><u>Лабораторний аналіз адгезивних властивостей матеріалів для відновлення тимчасових зубів</u></b>	45
	<i>Ватаманюк Н. В.</i>	
17	<b><u>Мікробіологічні та імунологічні критерії діагностики початкового ступеня генералізованого парадонтита на стадії дорентгенологічного обстеження</u></b>	48
	<i>Возний О. В., Бригадир О. С., Возна І. В., Нікуліна Т. П.</i>	
18	<b><u>Підвищення якості роботи лікарів стоматологічної служби</u></b>	50
	<i>Возний О. В., Крамарчук О. І., Возна І. В.</i>	
19	<b><u>Неправильна мовленнєва артикуляція та аномалії прикусу</u></b>	52
	<i>Воробець А. Б., Гасюк П. А., Стаханська О. О., Радчук В. Б.</i>	
20	<b><u>Особливості застосування одонтометричних показників коронок молярів при конструюванні ортопедичних конструкцій</u></b>	54
	<i>Воробець А. Б., Гасюк П. А., Костиренко О. П.</i>	
21	<b><u>Одонтометрична характеристика коронок великих кутніх зубів та її застосування в ортопедичній стоматології</u></b>	56
	<i>Гасюк А. П., Костиренко О. П.</i>	
22	<b><u>Структурно-функціональні бар'єри біомінералізації емалі</u></b>	58
	<i>Гасюк А. П., Костиренко О. П., Насонов П. І.</i>	
23	<b><u>Морфогенез карієсу емалі</u></b>	60
	<i>Гасюк Н. В., Гасюк П. А., Белінська Л. Д.</i>	
24	<b><u>Структурно-функціональна перебудова секреторного відділу привушної слинної залози у віковому аспекті</u></b>	63
	<i>Гасюк Н. В., Гасюк П. А.</i>	
25	<b><u>Характеристика стоматологічного статусу дітей із системною гіпоплазією твердих тканин, які проживають в низинній частині ендемічної зони</u></b>	65
	<i>Гасюк П. А., Воробець А. Б., Росоловська С. О., Белінська Л. Д., Радчук В. Б.</i>	
26	<b><u>Ультраструктурні особливості будови емалевих призм великих кутніх зубів</u></b>	67
	<i>Гасюк П. А., Воробець А. Б., Радчук В. Б., Росоловська С. О., Пудяк В. Є.</i>	
27	<b><u>Використання непрямих методів реставрацій при лікуванні спадкових захворювань твердих тканин зубів</u></b>	68
	<i>Гевкалюк Н. О., Белінська Л. Д.</i>	
28	<b><u>Клініко-епідеміологічне дослідження дітей, хворих на ГРВІ з проявами захворювання в ротовій порожнині</u></b>	73
	<i>Герасименко С. Б., Єрошенко Г. А., Гасюк Н. В., Цуканов Д. В.</i>	
29	<b><u>Цитологічна характеристика клітинного складу слизової оболонки альвеолярного відростка за умов передчасної втрати зубів</u></b>	75
	<i>Гурандо В. Р.</i>	
30	<b><u>Непрямий спосіб реконструкції керамічного покриття суцільнолитих мостоподібних протезів</u></b>	77



- Дікова І. Г., Дімітрова А. Г., Захарова С. М.  
31 [Стимуляція захисних механізмів в комплексному лікуванні деструктивно-запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота](#) 79
- Іванчишин В. В., Стадник У. О.  
32 [Водневий показник \(рН\) ротової рідини у дітей з карієсом фісур перших постійних молярів](#) 81
- Каплун Д. В., Аветіков Д. С., Гаврильєв В. М., Бойко І. В.  
33 [Вдосконалення методики підйому та мобілізації слизових і слизово-окісних клаптів у порожнині рота на етапах аугментації альвеолярного відростку](#) 83
- Кенюк А. Т., Гончарук-Хомин М. Ю.  
34 [Розробка алгоритму мінімізації ефекту утворення променя у структурі підвищення якості результатів суперімпозиції кт-реформатів](#) 86
- Клітинська О. В., Зорівчак Т. І.  
35 [Теорії виникнення бруксизму як однієї з поширених патологій зубо-щелепної системи](#) 88
- Коробейнікова Ю. Л., Коробейніков Л. С.  
36 [Сучасна рентгенодіагностика в практиці лікаря стоматолога- ортопеда](#) 91
- Король М. Д., Ніколов В. В., Єфименко А. С., Онішко Є. Л., Черепинський О. А.  
37 [Методика визначення стану слизової оболонки альвеолярних відростків щелеп](#) 93
- Костиренко О. П., Котелевська Н. В., Нетребовська О. В.  
38 [Морфологія пришийкової ділянки зуба в аспекті гіперестезії](#) 95
- Коцюра О. О.  
39 [Відмінності розподілу краніотипів в практично здорових чоловіків із різних регіонів України](#) 97
- Криничко Ф. Р., Ярковий В. В., Криничко Л. Р., Малюченко М. М., Калашніков Д. В.  
40 [Оптимізація підходів до методів ретракції ясенного краю](#) 99
- Крупей В. Я.  
41 [Стан гігієни порожнини рота у дітей із хронічною патологією шлунково-кишкового тракту](#) 101
- Лаврін О. Я., Щерба В. В.  
42 [Особливості перебігу процесів вільнорадикального окиснення у тканинах парадонту на тлі дії тютюнового диму](#) 103
- Левандовський Р. А., Беліков О. Б., Шевчук А. О.  
43 [Операція закритого синус-ліфту з одномоментною дентальною імплантацією](#) 105
- Лоза Х. О.  
44 [Клінічна оцінка динаміки загоєння післяопераційних рубцевозмінених тканин шкіри обличчя та шиї](#) 108
- Мартиць Ю. М.  
45 [Аналіз зниження рівня бруксизму у дорослих пацієнтів при застосуванні пальцевого самомасажу з використанням приладу Grindcare](#) 110
- 46 Марченко А. В., Петрушанко Т. О. 112





	<u>Комп'ютерна томографія як метод дослідження метричних показників верхньої та нижньої щелеп</u>	
	<i>Мачоган В. Р., Лебідь О. І., Стойкевич Г. В.</i>	
47	<u>Ефективність синбіотика у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит</u>	115
	<i>Мочалов Ю. О., Сабов А. В.</i>	
48	<u>Передумови індивідуалізації заходів профілактики стоматологічних захворювань на території закарпатської області</u>	117
	<i>Мочалов Ю. О., Степа О. В.</i>	
49	<u>Особливості раціональної антибактеріальної терапії у вагітних в стоматологічній практиці</u>	119
	<i>Мочалов Ю. О.</i>	
50	<u>Правові аспекти приватної і «бюджетної» стоматологічної практики</u>	122
	<i>Накашидзе Г. Н.</i>	
51	<u>Тимчасові конструкції над дентальними імплантатами. Помилки та ускладнення</u>	124
	<i>Неспрядько В. П., Прохоров С. Л.</i>	
52	<u>Організація стоматологічної допомоги в підрозділах високомобільних десантних військ України в умовах бойових дій в зоні проведення АТО</u>	127
	<i>Ніколаєнко Т. В.</i>	
53	<u>Оцінка пародонтопротекторної дії гелю, що містить 0,2 % гіалуронову кислоту в експерименті</u>	128
	<i>Орловський В. О.</i>	
54	<u>Відмінності розподілу типів обличчя серед практично здорових чоловіків із різних регіонів України</u>	132
	<i>Павлик А. В.</i>	
55	<u>Виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів шляхом лазерного спікання</u>	134
	<i>Перепелова Т. В., Хребор М. В., Силенко Ю. І.</i>	
56	<u>Ефективність застосування удосконаленої конструкції металокерамічної коронки для лікування і профілактики гальванозу</u>	136
	<i>Пинда М. Я., Сидлярук Н. І., Кучирка Л. І.</i>	
57	<u>Вплив геохімічних факторів тернопільщини на розвиток карієсу зубів у дітей</u>	137
	<i>Рошук О. І.</i>	
58	<u>Стан твердих тканин зубів та показників ротової рідини у хворих на виразкову хворобу шлунка та дпк із наявними зубними протезами</u>	139
	<i>Семенова А. К., Єрошенко Г. А., Гасюк Н. В., Лисаченко О. Д.</i>	
59	<u>Особливості якісних змін клітинного складу спинки язика за умов наявності в порожнині рота пластинокових знімних протезів</u>	142
	<i>Силенко Б. Ю., Дворник В. М., Силенко Ю. І.</i>	
60	<u>Профілактика протезних стоматитів при повній та частковій відсутності зубів з використанням нанопокриття</u>	144
	<i>Силенко Г. М., Силенко Ю. І.</i>	
61	<u>Особливості розвитку захворювань тканин пародонта у осіб з дефіцитом</u>	146







	<u>секреторного імунoglobуліну А</u>	
62	<i>Смаглюк Л. В., Ляховська А. В.,</i> <u>ЕМГ-характеристика жувальних м'язів при дисфункції СНЩС</u>	148
63	<i>Стецик М. О.</i> <u>Клінічне обрунтування профілактики карієсу зубів у дітей різних вікових груп з урахуванням етнічної приналежності</u>	150
64	<i>Токар О. М., Батіг В. М.</i> <u>Стоматологічний статус працівників підприємства первинної деревообробної промисловості</u>	152
65	<i>Тончева К. Д., Король Д. М., Кіндій Д. Д., Кіндій В. Д., Запорожченко І. В.</i> <u>Визначення маркерів жувальної ефективності для оцінки функціонального стану зубо-щелепної системи</u>	154
66	<i>Фастовець О. О., Глазков О. О.</i> <u>Щодо проблеми забезпечення якості знімного протезування</u>	156
67	<i>Фастовець О. О., Глазунов А. О.</i> <u>Комп'ютерний аналіз оклюзії в повному знімному протезуванні</u>	158
68	<i>Фастовець О. О., Малиновський В. Г.</i> <u>Стабілізація оклюзії при протезуванні хворих на генералізований пародонтит</u>	161
69	<i>Федорова О. В.</i> <u>Особливості характеру і розповсюдження вторинних зубо-щелепних деформацій в різних вікових групах</u>	163
70	<i>Циганок О. В., Король Д. М., Новіков В. М.</i> <u>Результати лікування розладів лінгвотормоторики у пацієнтів з комбінованою патологією</u>	165
71	<i>Черняк В. В., Нікіфоров А. Г., Гасюк П. А.</i> <u>Підвищення ефективності та об'єктивності судово-медичних експертиз за одонтологічним статусом</u>	167
72	<i>Щерба В. В., Корда М. М., Лучинський В. М.</i> <u>Стан пародонта у осіб з супутньою патологією щитоподібної залози</u>	168
73	<i>Chumakova Yu., Nikolaienko T.</i> <u>Effect of the 0,2% hyaluronan-containing gel on alveolar bone remodeling in rats with experimental periodontitis</u>	170
74	<i>Demkovich A. Ye., Bondarenko Yu. I.</i> <u>Peroxidation disorders in the dynamics of experimental periodontitis development</u>	171
75	<i>Stross G., Fartushna A.</i> <u>Practical application of the microsensor TheraMon in treatment with removable orthodontic devices</u>	172
76	<i>Radchuk V. B., Hasiuk N. V., Hasiuk P. A.</i> <u>Characteristic of quality parameters of gum epithelial cells under metal-ceramic constructions</u>	173
77	<i>Shadi Al-khatib</i>	174





**Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement**

*Tymoshchuk Alina, Agis Hermann*

- 78 **Evaluation of the release kinetics of secretome of hypoxia-conditioned oral cells from the bone substitute materials** 176
- 79 *Vorobec A. B., Hasiuk P. A., Radchuk V. B., Hasiuk N. V.*  
**Features architectonics of molars crowns in sex aspect** 177
- 80 *Yanishen I. V., Bilobrov R. V.*  
**Quality evaluation of clinical application of all-ceramic inlays used in orthopedic treatment of patients with defects of dental hard tissues** 179
- 81 *Yanishen I. V., Fedotova O. L.*  
**The dependence of the quality of life of patients with posttraumatic defects of the upper jaw from orthopedic treatment** 181
- 82 **Пам'яті Леоніда Максимовича Мунтяна** 183



## ПОКАЗНИКИ ІНТЕНСИВНОСТІ КПВз І КПВп ТА ПОШИРЕННЯ КАРІЄСУ У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ В РІЗНИХ ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

Абрамчук І. І.<sup>1</sup>, Батіг В. М.<sup>1</sup>, Митченко О. В.<sup>1</sup>, Каськова Л. Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці;

<sup>2</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

**Актуальність.** За останнє десятиліття відмічається збільшення рівня захворюваності підліткового населення на основні стоматологічні хвороби, не зважаючи на стрімкий розвиток стоматологічного матеріалознавства та запровадження нових методик в практичну охорону здоров'я. Особливо у підлітків, яким прийшлося змінити середовище проживання.

**Мета дослідження.** Вивчення показників інтенсивності КПВз і КПВп та поширеності карієсу та його ускладнень, клінічного перебігу карієсу зубів, які навчаються в різних закладах освіти.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 60 підлітків 10 – 11 класу та 1 – 2 курсу коледжу.

Визначали індекси, що відображають інтенсивність карієсу КПВз і КПВп, стан гігієни порожнини рота за показниками Silness-loe і Stallard. Важливими стали і дослідження з виявлення дітей з найвищою інтенсивністю карієсу (НІК).

Рівень кореляційного зв'язку між інтенсивністю карієсу і гігієнічним станом порожнини рота визначали коефіцієнтом Пірсона.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Нами було проведене вивчення поширеності і інтенсивності карієсу у підлітків 10-11 класу та 1-2





курсу коледжу. Нами оглянуто 60 підлітків. 30, що навчаються в 10-11 класі, а 30, які навчаються на 1-2 курсі залізнодорожного коледжу.

У підлітків вивчали показники, які відображають інтенсивність карієсу зубів (КПВз і КПВп), стан гігієни порожнини рота за показниками Silness-loe і Stallard.

Результати досліджень показали, що поширеність карієсу серед школярів 10-11 класів становить 50%, а серед студентів 1-2 курсів коледжу становить 73,3%.

Встановлено, що середні показники інтенсивності карієсу у підлітків школи становить  $4,55 \pm 0,36$ , що є відносно низьким показником для даної групи, а у підлітків коледжу інтенсивність карієсу становить  $9,22 \pm 0,24$ , що є високим показником інтенсивності карієсу у підлітків.

Підлітки з найвищою інтенсивністю карієсу (НІК) склали майже 37% і у них середні показники інтенсивності карієсу були дуже високими – понад 10, причому усі діти з найвищою інтенсивністю карієсу були з групи обстежуваних підлітків, що навчаються у коледжі.

Результати досліджень гігієнічних індексів Silness-loe (наявність нальоту в пришийковій частині зуба) і Stallard (наявність нальоту на відкритій поверхні зуба) вказували на достатньо низький рівень гігієни порожнини рота. Найгірші показники виявлені у підлітків, що навчаються у коледжі.

Вивчення кореляційного зв'язку між інтенсивністю карієсу і рівнем гігієнічного стану порожнини рота, використовуючи коефіцієнт Пірсона, дало такі результати: коефіцієнт кореляції за показником Silness-loe склав 0,785, а за показником Stallard – 0,688.

Отже, спостерігається достатньо високий кореляційний зв'язок між інтенсивністю карієсу і рівнем гігієни порожнини рота.



**Висновок.** Навчання дітей в коледжі вражені інтенсивніше каріозним процесом, ніж підлітки, що навчаються за шкільною програмою.

Перспективи майбутніх досліджень. В результаті проведених досліджень зроблені висновки, які послуговуються основою для створення оптимального карієспрофілактичного комплексу для підлітків, що навчаються в коледжі.

## **СТАН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ГОМЕОСТАЗУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

Авдєєв О. В., Видойник О. Я., Посоленик Л. Я.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

**Актуальність.** Проблема карієсу зубів та запальних захворювань тканин пародонта на фоні соматичної захворюваності у дітей залишається актуальною, так як у останні роки визначається тенденція до збільшення розповсюдженості та інтенсивності стоматологічних захворювань у дитячого населення. Відомо, що біохімічні зміни у ротовій рідині можуть бути клінічними та морфологічними проявами патологічного процесу у ротовій порожнині. Зміни біохімічних показників ротової рідини є об'єктивним критерієм, який характеризує стоматологічний статус, ефективність засобів профілактики карієсу зубів та захворювань пародонта у дітей на фоні супутніх соматичних захворювань.

**Метою дослідження** було вивчення деяких біохімічних показників ротової рідини у дітей віком 7-15 років зі стоматологічною захворюваністю на фоні бронхіальної астми.







**Матеріали та методи дослідження.** У дослідженні брали участь 195 дітей, з яких 26 - стоматологічно здорові (контрольна група); 49 дітей із наявною стоматологічною захворюваністю без хронічної соматичної патології та 120 дітей, в яких були діагностовані карієс зубів та запальні захворювання тканин пародонта на фоні бронхіальної астми. Біохімічні показники з'ясовували у надосадковій фракції змішаної слини, яку отримували шляхом центрифугування при 3000 об/хв. протягом 10 хв. Ступінь активації реакцій ліпопероксидації визначали за вмістом малонового диальдегіду (МДА), стан антиоксидантної системи - за активністю каталази (КА) та супероксиддисмутази (СОД).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати дослідження стану перекисного окиснення ліпідів і АОС в ротовій рідині дітей із стоматологічною захворюваністю показали, що в осіб основної та групи порівняння спостерігається достовірно підвищений вміст МДА ((1,82±0,02) мкмоль/мл та (0,80±0,02) мкмоль/мл проти (0,13±0,01) мкмоль/мл у контролі,  $p, p_1 < 0,01$ ) на фоні зниження активності супероксиддисмутази ((0,20±0,01) у.од. та (0,33±0,02) у.од. відповідно проти (0,45±0,04) у.од. у контролі,  $p < 0,01, p_1 < 0,05, p_1 < 0,01$ ) та каталази ((0,18±0,02) мккат/л та (0,28±0,03) мккат/л проти (0,36±0,02) мккат/л – у контролі,  $p < 0,01-0,05$ ). У дітей з карієсом зубів на фоні бронхіальної астми відмічали збільшення вмісту МДА на 120,89 % ( $p < 0,01$ ). Дисбаланс у системі антиоксидантного захисту в дітей основної групи з карієсом зубів характеризувався зменшенням вмісту в ротовій рідині СОД на 36,84 % ( $p < 0,01$ ) та КА – на 23,33 % ( $p < 0,05$ ) відносно даних дітей з карієсом зубів порівняльної групи.

**Висновок.** Проведені дослідження показали, що у дітей із стоматологічними захворюваннями на фоні бронхіальної астми відбувається інтенсифікація ПОЛ при виснаженні антиоксидантної





системи, що призводить до обтяження клінічного перебігу карієсу зубів та захворювань пародонта.

**Перспективи подальших досліджень.** Проаналізовані біохімічні показники ротової рідини планується застосовувати для об'єктивізації ефективності профілактичних заходів, спрямованих на зниження розповсюдженості та інтенсивності основних стоматологічних захворювань на фоні соматичних захворювань.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ**

Алексійчук І. Ю., Шекера О. О., Доан С. І., Матковський І. А.

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»,

м. Київ

**Актуальність.** Все більшої уваги привертає епідемія ВІЛ. Україна займає одне із перших місць за темпами поширеності ВІЛ у Європі. Необхідність поглибленого вивчення структури стоматологічної патології у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та її поширеності пов'язана з тим, що вперше ВІЛ може проявитися саме в порожнині рота, між тим суттєвих і специфічних скарг самі хворі не пред'являють. Особливо слід відзначити, що запальні та запально-дистрофічні захворювання тканин пародонту та зміни слизової оболонки порожнини рота (СОПР) розглядаються з позиції цілісності організму. Тому, розвиток того чи іншого ураження є клінічним симптомом загальної соматичної патології, в тому числі і ВІЛ. Задачею стоматолога є правильна та своєчасна інтерпретація таких симптомів задля ранньої діагностики ВІЛ.





**Мета:** вивчити особливості структури стоматологічної патології та її поширеність у ВІЛ-інфікованих пацієнтів в залежності від стадії ВІЛ-інфекції.

**Матеріали і методи дослідження.** На підставі вивчення історій хвороб пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом та аналізу даних амбулаторних карток стоматологічного хворого форми 043/о визначали поширеність захворювань ротової порожнини у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. За допомогою методу випадкового вибору був проведений ретроспективний аналіз на базі Вінницького обласного Центру профілактики та боротьби зі СНІДом. На підставі систематизації даних про структуру стоматологічної патології відмітили, що найчастіше було діагностовано та мали рецидиви захворювання тканин пародонту запального та запально-деструктивного характеру ураження слизової оболонки порожнини рота, хвороби губ та язика, а також карієс та його ускладнення у вигляді пульпіту та періодонтиту. Також був проведений аналіз щодо стадії ВІЛ, на якій хворий звернувся вперше до стоматолога та яку стадію ВІЛ встановили за даними аналізів (не менше 2 позитивних аналізів згідно чинного законодавства України з питань ВІЛ/СНІД) при постановці хворого на облік до центру СНІДу. Всі отримані дані були статистично оброблені із обчисленням середньої величини та у відсотковому співвідношенні.

**Результати дослідження і висновки.** Рання діагностика опортуністичних уражень порожнини рота відіграє важливу роль у подоланні епідемії ВІЛ/СНІД. На жаль, статистичні дані щодо стадії ВІЛ-інфекції, на якій пацієнт вперше звернувся до стоматолога вказують на те, що превалювання належить IV стадії і становить 37,25%. В той час як при постановці на облік до центру СНІДу на першому місці була I стадія ВІЛ-інфекції (31,3%), на другому – III стадія – 29,4%. Встановлено високу





поширеність опортуністичних уражень порожнини рота, зокрема рецидивуючий орофарингеальний кандидоз, ангулярний хейліт, генералізований пародонтит, катаральний гінгівіт, хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, лабіальний герпес. В загальному співвідношенні хвороби тканин пародонту та ураження СОПР становили близько 48%, показник карієсу та його ускладнень у вигляді пульпіту та періодонтиту – 44%. Враховуючи такі високі показники можемо говорити про низький рівень гігієни порожнини рота. Так як, клінічні прояви ВІЛ корелюють зі ступенем імуносупресії, то при динамічному спостереженні за станом ротової порожнини у ВІЛ-інфікованих пацієнтів можна відслідкувати погіршення стану імунної системи при загостренні та/чи атиповому перебігу опортуністичних уражень порожнини рота, а також передбачити ефективність призначеної схеми антиретровірусної терапії ще до проведення клінічних аналізів та отримання результатів. Тому вважаємо за необхідне участь стоматолога у диспансеризації хворих на ВІЛ кожні 3 місяці. Отже, знання особливостей структури стоматологічної патології при ВІЛ-інфекції дозволяють своєчасно їх діагностувати при первинному обстеженні пацієнтів на стоматологічному прийомі, що і визначає роль лікаря-стоматолога у виявленні ранніх маркерів ВІЛ-інфекції.

### **БЕЗКАРКАСНА КЕРАМІКА: ДОСВІД ТА ПОМИЛКИ**

Ахрамчук В. В., Ахрамчук Т. В., Ляховська Н. В., Ляховський В. І.

«Сучасна Сімейна Стоматологія»,

м. Черкаси

Максимально натуральне та естетичне відновлення зубів – актуальна проблема сьогодення в стоматології. В арсеналі сучасного лікаря є багато





методів, за допомогою яких можна досягнути бажаного результату, одним з них є застосування безметалевої кераміки.

Метою нашого дослідження було визначення переваг та недоліків, ефективності та особливостей використання, співвідношення показника “ціна-якість” безкаркасної кераміки (у всіх роботах використовувалась IPS e.max Ivoclar Vivadent).

Протягом більш ніж 5 років клінічних спостережень нами було проаналізовано використання безкаркасної кераміки в різних клінічних ситуаціях: одиночні, групові, тотальні роботи. За час дослідження, ми з’ясували особливості використання безметалевої кераміки відразу після протезування, через 1 рік та через 3 роки після реабілітації, можливі ускладнення та шляхи їх вирішення. Серед обстежених були пацієнти з реабілітацією безметалевою керамікою після ортодонтичного лікування (37 осіб), при вторинній адентії – протезування на імплантах (17 осіб), при дисгармонії білої та рожевої естетики (5 осіб), дисколориті у фронтальній ділянці (22 особи) та інші.

Усі практичні дослідження були проведені на базі клініки «Сучасна Сімейна Стоматологія» м. Черкаси.

У результаті ми:

- сформулювали доступні та практичні алгоритми використання безметалевої кераміки;
- встановили чітку залежність між термінами реставрації після ортодонтичного лікування та стабільністю результату;
- виявили збільшення кількості пацієнтів, що бажають отримати естетичний результат, незалежно від фінансової сторони питання. Тобто сформулювали і підтвердили: красива усмішка- крок до щасливого життя!

Таким чином, проаналізувавши більш ніж 100 клінічних випадків використання безметалевої кераміки, ми виявили причини нестабільності





результатів, необхідні терміни для подальшої естетичної реабілітації після ортодонтичного лікування, додали пункти до протоколу реабілітації пацієнтів та визначили необхідні умови для досягнення стабільних прогнозованих результатів.

**ДИНАМІКА ОРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ  
В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ  
ПАРОДОНТИТ З РІЗНОЮ ГРУПОВОЮ ПРИНАЛЕЖНІСТЮ КРОВІ**

Бандрівська О. О.<sup>1</sup>, Бандрівський Ю. Л.<sup>1</sup>, Дутко Х. О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України),

м. Тернопіль;

<sup>2</sup>Львівський національний медичний університет

ім. Данила Галицького,

м. Львів.

Транспортною формою холестерину у крові є ліпопротеїди. У складі ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) міститься 60–70 % всього холестерину плазми. У здорових людей печінка та периферійні клітини та тканини видаляють з крові майже 2/3 ЛПНЩ плазми. Завдяки здібності ЛПВЩ „збирати” холестерин, естерифікувати його і перетворювати у форми, які у печінці проходять шлях подальшого розщеплення, їх відносять до ліпопротеїдів, що перешкоджають розвитку гіперхолестеринемії. Головним джерелом ендogenous холестерину є печінка. У даний час доведено, що ліпіди виконують у організмі не тільки енергетичну роль, але і регуляторну, безпосередньо контролюючи





активність багатьох мембранопов'язаних і цитоплазматичних ферментів, а також виступають у ролі вторинних месенджерів і зберігачів інформації, у зв'язку з чим, ліпіди відіграють основну роль у процесах біохімічної адаптації на клітинному рівні. З показників, що характеризують ліпідний обмін, визначали холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди високої та низької щільності, ліпазу.

У результаті проведених досліджень встановлено, що рівень холестерину у крові людей з інтактним пародонтом, у середньому, становив  $3,90 \pm 0,19$  ммоль/л, що було на 34,87 % нижче середніх даних у пацієнтів з генералізованим пародонтитом –  $5,26 \pm 0,18$  ммоль/л,  $p < 0,01$ . Привертало увагу те, що максимальне збільшення вмісту холестерину у крові відзначалось у носіїв В (III) групи крові, хворих на ГП – на 43,35 % стосовно даних у людей порівняльної групи з ідентичною груповою приналежністю крові,  $p < 0,01$ . Найменше зростання рівня холестерину у крові (на 30,63 %) визначали у носіїв О (I) групи крові основної групи,  $p < 0,01$ . У представників А (II) та АВ (IV) груп крові, хворих на ГП, вміст холестерину у крові збільшувався на 33,59 % та на 32,16 %, відповідно, стосовно даних у людей порівняльної групи,  $p < 0,01$ .

Вміст тригліцеридів у крові хворих на генералізований пародонтит був на 20,53 % вище середніх даних у досліджуваних групи порівняння,  $p > 0,05$ . При цьому, максимальне підвищення значень проаналізованого показника визначали у носіїв АВ (IV) групи крові (на 28,45 %) при мінімальному підвищенні вмісту тригліцеридів у представників О (I) групи крові (на 19,14 %) хворих на генералізований пародонтит,  $p > 0,05$ . У носіїв А (II) та В (III) груп крові основної групи рівень тригліцеридів у крові підвищувався у однакових процентних відсотках (на 20,26 %) стосовно відповідних даних у порівнянні,  $p > 0,05$ .



Рівень ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) у крові у хворих на ГП, у середньому, був на 29,86 % нижче стосовно даних у досліджуваних групах порівняння,  $p < 0,01$ . Звертало увагу, що максимальне зниження значень ЛПВЩ було у пацієнтів основної групи з АВ (IV) та В (III) групами крові: на 39,29 % та на 36,43 %, відповідно, стосовно даних у людей порівняльної групи,  $p < 0,01$ . У той же час, визначали достовірне зниження ЛПВЩ у крові у хворих на ГП з О (I) та А (II) групами крові: на 28,66 % та на 15,65 %, відповідно, стосовно даних у досліджуваних з інтактним пародонтом з ідентичною груповою приналежністю крові,  $p < 0,05$ .

Рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у осіб з здоровим пародонтом був, у середньому, на 121,89 % нижче стосовно середніх даних у хворих на ГП,  $p < 0,01$ . При цьому, достовірне підвищення вмісту ЛПНЩ у крові досліджували у хворих на ГП, незалежно від групової приналежності крові: на 140,0 % у носіїв АВ (IV), на 131,55 % – у носіїв В (III), на 108,24 % – у носіїв А (II) та на 106,51 % у представників О (I) груп крові, хворих на генералізований пародонтит стосовно даних у порівнянні,  $p < 0,01$ .

Таким чином, у результаті проведених досліджень встановлено, що у пацієнтів, хворих на генералізований пародонтит, присутній дисбаланс у системі ліпідного метаболізму, незалежно від групової приналежності крові, що підкреслюється достовірним збільшенням рівнів холестерину, ЛПНЩ на тлі зменшення вмісту ЛПВЩ.





## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КСЕРОСТОМІЇ ВНАСЛІДОК СІАЛАДЕНОМЕКТОМІЇ ПРИВУШНИХ І НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ**

Беденюк О. А., Беденюк О. С.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
м. Тернопіль

Хвороби слинних залоз за даними сучасних досліджень складають від 3,0 до 24,0 % від усієї патології щелепно-лицьової ділянки і спектр їх досить широкий: від вад розвитку, закритих та відкритих механічних пошкоджень, запальних процесів, реактивно-дистрофічних змін, слиннокам'яної хвороби, кіст до доброякісних та злоякісних пухлин.

Однією з найбільш гострих проблем порушення функції слинних залоз при їх патологічному ураженні продовжує залишатися зниження секреції, яке призводить до сухості порожнини рота або ксеростомії. Водночас, на сьогодні вже повністю сформувався погляд на те, що сухість у порожнині рота здатна приводити до важких порушень як стоматологічного здоров'я, так і може бути тісно пов'язана з цілою низкою інших системних захворювань та станів. Також зрозуміло, що ксеростомія може розвиватися і після хірургічного видалення великих слинних залоз.

Не зважаючи на те, що вивченню ролі слинних залоз у підтримці нормального функціонування організму людини та забезпеченні системного благополуччя присвячена значна кількість наукових робіт, це питання і надалі продовжує залишатися ще до кінця не вивченим, включаючи характер і динаміку структурно-функціональних змін зі сторони кровоносного русла шлунка та інших його тканин.





## **ОЦІНКА ВПЛИВУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ВТОРИННИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБНИХ РЯДІВ**

Беляев Е. В., Комнацький Б. Ю., Беляева Л. Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця

**Актуальність теми:** благополуччя людини – це гуманна та благородна задача, реалізація якої є кінцевою метою активності всіх інститутів суспільства. Вплив захворювання та лікування на благополуччя пацієнта відображає термін «якість життя». Дослідження якості життя – надійний та ефективний метод оцінки загального благополуччя людини.

В закордонній науковій літературі висвітлено декілька підходів та критеріїв по оцінці якості життя стоматологічних пацієнтів. Одним з найбільш розповсюджених інструментів є опитувальник ОНІР-14 (Oral Health Impact Profile, Slade G.D., 1995), який оцінює три концептуальні сфери (фізичну, психологічну та соціальну), що визначають індивідуальне сприйняття впливу стоматологічного здоров'я на загальний стан здоров'я та благополуччя. Даний опитувальник містить всього 14 запитань, є зручним у користуванні та був перекладений та валідований у більше ніж п'ятнадцяти країнах світу. В Україні його валідація та оцінка якості життя пацієнтів з вторинними деформаціями зубних рядів не проводилась.

**Мета дослідження:** вивчення та покращення якості життя пацієнтів з дефектами та вторинними деформаціями зубних рядів. Для реалізації поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання: 1. Валідація та адаптація україномовної версії опитувальника якості життя в стоматології







– Oral Health Impact Profile; 2. Вивчення за допомогою опитувальника ОНІР-14 впливу вторинних деформацій зубних рядів на якість життя; 3. Порівняння якості життя пацієнтів до та після лікування дефектів і вторинних деформацій зубних рядів; 4. Виявлення факторів, що впливають на якість життя після ортопедичного лікування.

**Наукова новизна:** визначено, що у клінічній картині вторинних деформацій зубних рядів факторами, які визначають якість життя, є локалізація дефекту зубного ряду, вид, клінічна форма і ступінь деформації зубного ряду. Доведено, що ортопедичне лікування значно покращує якість життя пацієнтів.

**Матеріали і методи:** нами було проведено первинний скринінг пацієнтів, з метою відбору у дослідження за певними критеріями: вік 19-35 років; постійне проживання в Україні; наявність дефектів та вторинних деформацій зубних рядів; добровільна згода на участь у дослідженнях. Після первинного скринінгу нами були відібрані особи з різними видами вторинних деформацій зубних рядів. Відібраним пацієнтам проводили оцінку стоматологічного статусу та оцінку якості життя. Розробляли план лікування. У подальшому було проведене лікування вторинних деформацій та відновлена цілісність зубних рядів. Через 6 місяців після лікування під час повторного візиту оцінювали якість життя даних пацієнтів та стоматологічний статус.

За допомогою статистичних методів порівнювали якість життя пацієнтів в залежності від ступеня вторинних деформацій зубних рядів, типу дефекту зубного ряду до та після лікування. Оцінка якості життя пацієнтів проводилась за допомогою стоматологічного опитувальника ОНІР-14, україномовна версія якого апробована нами.

**Результати.** У пацієнтів на етапі первинного скринінгу були виявлені різні види дефектів зубних рядів та вторинні деформації зубних



рядів, що потребували ортопедичного лікування. У пацієнтів з вторинними деформаціями зубних рядів найчастіше виявляли малі та середні дефекти зубних рядів, які виникли в результаті ускладнень карієсу. У деяких пацієнтів виявлені мостоподібні конструкції зубних протезів, що потребували заміни.

Лікування включало в себе відновлення цілісності зубних рядів та виправлення вторинних деформацій за допомогою ортопедичних методів. Аналіз відповідей при оцінюванні якості життя пацієнтів показав, що дефекти зубних рядів значно впливають на якість життя пацієнтів. Найгірші показники якості життя визначались у пацієнтів з великими та множинними дефектами зубних рядів, а також у тих, що мали ортопедичні конструкції, які потребували заміни. Якість життя пацієнтів з вторинними деформаціями зубних рядів до ортопедичного лікування більше залежить від клінічних факторів, ніж від соціальних.

Після лікування якість життя пацієнтів в цілому покращилась, про що свідчить зменшення суми балів, набраних за опитувальником ОНІР-14. Оцінка якості життя після ортопедичного лікування залежить від локалізації дефектів зубних рядів та величини їх деформацій.

**Висновки:** 1. На якість життя пацієнтів, які звертаються до стоматолога-ортопеда у більшій мірі впливають дефекти зубних рядів, локалізовані у фронтальній ділянці, а також наявність ортопедичних конструкцій, що потребують заміни. 2. Після ортопедичного лікування спостерігається значне покращення якості життя пацієнтів. Ступінь зміни якості життя залежить від локалізації дефекту зубного ряду та величини деформації. 3. Якість життя пацієнтів після ортопедичного лікування значно покращилась при локалізації дефектів зубних рядів у фронтальному відділі. 4. Лікування дефектів та деформацій зубних рядів з допомогою незнімних ортопедичних конструкцій приводить до більшого покращення



якості життя пацієнтів, ніж при використанні знімних ортопедичних конструкцій.

## **РОЛЬ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ**

Беліков О. Б.<sup>1</sup>, Левандовський Р. А.<sup>2</sup>, Левандовська Д. Р.<sup>2</sup>,  
Шановський Д. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет»,  
м. Чернівці;

<sup>2</sup>Приватна стоматологічна клініка доктора Р. Левандовського,  
м. Коломия.

Участь мікроорганізмів у розвитку запалення в ротовій порожнині визнана як вітчизняними, так і закордонними вченими. Дж. У. Александер и Р.Р. Гуд, а також И.И. Колкер и соавт. встановили, що мікроорганізми є обов'язковими учасниками процесів життєдіяльності слизової оболонки ротової порожнини. Вони сприяють лізису омертвілих тканин, відіграють важливу роль в очищенні протезного ложа під знімними та незнімними протезами. Але сприяють розвитку запалення. Встановлено, що для розвитку абсцедування в рані необхідно щоб на один грам тканини було присутньою 1 мільйон бактерій, а при наявності чужорідного тіла, їх достатньо впововину менше, хоча це не є обов'язковою умовою розвитку гнійного ранового процесу. Будь-який зубний протез чи імплантат є чужорідним тілом в ротовій порожнині.





Запаленню слизової оболонки під будь-якою ортопедичною апаратурою сприяє поганий гігієнічний стан як зубних протезів, так і самої ротової порожнини. Тому виготовлені протези стають джерелом інфекції, знижують місцевий імунітет, призводячи до проблем з боку тканин протезного ложа, нерідко інфекційного походження.

Тому в умовах високого рівня антибіотико-резистентності «вуличних» і клінічних штамів мікроорганізмів, лікування гнійно-запальних захворювань шкіри, слизових оболонок м'яких тканин, в тому числі і ротової порожнини, являє собою складний і довготривалий процес.

Дослідження проводилось протягом року. Забір матеріалу проводили стандартними стерильними тампонами у ранішні години без попередньої індивідуальної гігієни ротової порожнини. У досліджуваної групи людей проводили забір матеріалу із поверхонь слизової оболонки зони резекції в ділянці верхньої щелепи, резекційних та покривних протезів та балок або мостоподібних протезів фіксованих на імплантатах. Безпосередньо після забору матеріалу тампони занурювали у пробірки зі стерильним рідким середовищем для контролю стерильності СКС об'ємом 5,0 мл., інтенсивно струшували, вимиваючи мікроорганізми у середовище. Після вичавлювання інфікованої мікроорганізмами рідини із тампонів об стінку пробірки, останні поміщали у дезрозчин із подальшим знешкодженням залишкової інфекції автоклавуванням.

Вирощування мікроорганізмів проводили при температурі 22-37°C протягом 24-48 годин за відомими методиками.

Підрахунок кількості мікроорганізмів проводили за показником колоній-утворюючих одиниць на тампон (КУО/тампон). Ідентифікацію мікрофлори проводили на підставі культуральних, морфологічних, тінкторіальних та біохімічних характеристик.





У дорослої людини мікробна флора ротової порожнини доволі різноманітна і складається із представників усіх груп мікроорганізмів: найпростіших, спірохет, вірусів та бактерій, актиноміцетів та грибів. У звичайних умовах видовий склад мікробної флори ротової порожнини постійний, а при його кількісних змінах виникають негативні явища передачі стійкості до антисептиків та антибіотиків. Показниками міри обміненія ротової порожнини були аеробні, факультативно анаеробні та мікро-аеробні мікроорганізми.

Аналізуючи кількісний і якісний склад мікробної флори ротової порожнини умовно-патогенна мікробна флора, представлена піогенними грампозитивними мікроорганізмами, займає провідне місце і становить 72,45% від загальної їх кількості. Загальна кількість мікроорганізмів ротової порожнини досліджуваної групи людей коливалась у межах 550400-5467900 колоній-утворюючих одиниць на забраний тампоном матеріал залежно від місця його забору. Середнє значення кількості виділених мікроорганізмів відповідало 2551900 КУО/тампон.

Найбільш інфікованими виявились поверхня протезного ложа та протезів, в меншій мірі – протезні балки та мостоподібні протези. Із слизових оболонок піднебіння виділялось в середньому 550400 КУО/тампон, однак в порівнянні з контролем (241500 КУО/тампон) інфікованість їх була вищою у 2,28 разів.

Таким чином, отримані дані свідчать, що ортопедичні хворі зі знімною та незнімною апаратурою повинні дотримуватись рекомендацій щодо гігієни ротової порожнини та ретельного догляду за протезами, що дозволить зменшувати кількість бактерій на знімній апаратурі та буде сприяти покращенню мікробного балансу ротової порожнини.





## ПАТОЛОГІЧНІ ЗІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ МОДЕЛЬОВАНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Біда В. І.<sup>1</sup>, Германчук С. М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НМАМО імені П.Л. Шупика,

м. Київ;

<sup>2</sup>ПВНЗ «Київський медичний університет»,

м. Київ

**Актуальність.** Сучасними дослідженнями встановлено, що при різних захворюваннях органів і систем організму відбуваються істотні функціональні та морфологічні зміни в пародонтальному комплексі. Взаємозв'язок між загальносоматичною патологією і станом органів порожнини рота зумовлений порушеннями метаболізму, гемодинаміки, імунологічними, нейрорегуляторними порушеннями і змінами біоценозу.

Щорічне збільшення кількості хворих на цукровий діабет (ЦД) визначає медико-соціальну і клінічну значущість цієї проблеми, в тому числі й у стоматології. ЦД – одна з найтяжчих системних хвороб, яка впливає на стан порожнини рота, при цьому зміни з боку щелепо-лицевої ділянки є множинними і залежать від рівня глікемічного контролю та тривалості ЦД.

**Метою** нашого дослідження є вивчення ступеня морфо-функціональних змін тканин пародонту при модельованому цукровому діабеті для удосконалення діагностики, розробки комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами проведених досліджень встановлено, що в основі діабетичної мікроангіопатії лежать процеси плазморагії. Вони зводяться до первинного





плазматичного пошкодження базальної мембрани мікроциркуляторного русла, а потім викликають склероз і гіаліноз стінок судин. При морфологічному дослідженні слизової оболонки на 30 день дослідження відзначені атрофія і склероз, хронічне продуктивне запалення, розвиток круглоклітинної інфільтрації, збільшення кількості тучних, плазматичних клітин, еозинофілів, макрофагів, розвиток мікроангіопатії. На 60 та 90-й день гіалін нагромаджується в субендотеліальному просторі, руйнуючи базальну мембрану, судинна оболонка потоншується та відбувається звуження просвіту судини. Присутній перичелюлярний, периваскулярний набряк та відкладення власне ліпогіаліну, який містить ліпіди і бета-ліпопротеїди, що під час порушення вуглеводного обміну в організмі виводяться через мікроциркуляторне русло та осідають на судинах, причому ураження малих судин відбувається швидше і частіше, ніж великокаліберних.

При біохімічному дослідженні сироватки крові виявились достовірні зміни в рівні загальної та кісткової лужної фосфатази, кальцію та фосфору, як основних показників кальцій-фосфорного обміну.

Таким чином, отримані результати засвідчують про наявні істотні функціональні та морфологічні зміни в пародонтальному комплексі при модельованому цукровому діабеті, які наростають в динаміці, що потребує удосконалення діагностики, розробки комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів для усунення патологічного впливу цукрового діабету на тканини пародонта.







# ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНОЮ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Біда О. В.

Інститут стоматології Національної медичної академії  
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,  
м. Київ

**Актуальність.** Часткова втрата зубів, ускладнена зубо-щелепними деформаціями, супроводжується стійкими патологічними морфо-функціональними змінами зубощелепної системи, які супроводжуються порушеннями біодинамічної рівноваги жувальних м'язів.

Вивчення показників біоелектричної активності жувальних м'язів дозволяє встановити ступінь функціональних змін при патологічних станах жувального апарату та в подальшому здійснити контроль ступеню функціональної реабілітації пацієнта після протезування, що обумовлює актуальність наших досліджень.

**Мета дослідження.** Визначення ступеня функціональних порушень жувальних м'язів у осіб різних вікових груп із частковою втратою зубів, ускладненою зубо-щелепними деформаціями методом функціональної електроміографії.

**Матеріали і методи дослідження.** Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань нами було обстежено за допомогою клінічних методів та функціональної електроміографії 29 пацієнтів віком від 18 до 59 років, серед яких 19 пацієнтів були з дефектами зубних рядів, ускладнених зубо-щелепними деформаціями (I клінічна група), та 10 осіб з інтактними зубними рядами, які склали II (контрольну) групу. Всім пацієнтам I та II





клінічних груп було проведено визначення функціонального стану жувальних м'язів методом функціональної електроміографії, яка полягала у вивченні характеру біоелектричної активності жувальних м'язів під час проведення двох функціональних проб: «максимальне скорочення жувальних м'язів в положенні центральної оклюзії» та «довільне жування». Електроміограми записували в такому режимі: калібрувальний сигнал – спокій – вольове трисекундне стиснення щелеп – спокій – довільне жування – ковтання. Електроміографічне дослідження проводили за допомогою комп'ютерного нейроелектроміографа M-Test, виробництва об'єднання «Дх-системи» (м. Харків).

**Отримані результати.** Результати електроміографічних досліджень пацієнтів контрольної (II) групи засвідчили, що в стані відносного фізіологічного спокою біоелектрична активність жувальних м'язів реєструвалась у вигляді ізометричної лінії. Максимальне трисекундне вольове стиснення щелеп характеризувалось миттєвим включенням великої кількості моторних одиниць, що виражалось високоамплітудними коливаннями біопотенціалів приблизно однієї величини. Розслаблення м'язів супроводжувалося швидким переходом жувальних м'язів до стану біоелектричного спокою. Довільне жування характеризувалось чітким чергуванням "залпів" біоелектричної активності з періодами біоелектричного спокою. Амплітуда коливань біопотенціалів, зазвичай, підвищувалася до середини "залпу" і поступово знижувалася наприкінці. Однією з головних функціональних особливостей у пацієнтів контрольної групи була зміна сторін жування під час виконання однієї жувальної проби «довільне жування». Це відбувалось рефлекторно і свідчило про високу ступінь координації жувальних м'язів.

Аналізуючи аналогічні досліджувані показники у I групи хворих спостерігали подовження терміну жування та зниження ритму жування. У



часових показниках біоелектричної активності особливо помітні зміни спостерігалися всередині окремих динамічних циклів, які полягали в тому, що співвідношення між збуджувальними та гальмівними процесами різко погіршувалися зі збільшенням періоду біоелектричної активності за рахунок скорочення терміну відносного біоелектричного спокою, а величина амплітуди біопотенціалів знижувалася відносно норми. Серед серйозних порушень координаційної взаємодії жувальних м'язів визначалася відсутність чергування сторін жування впродовж однієї жувальної проби «довільне жування», тобто чітко визначалася звична сторона жування.

**Висновки.** Визначення ступеня патологічних функціональних змін жувальних м'язів у осіб різних вікових груп із частковою втратою зубів, ускладненою зубо-щелепними деформаціями доцільно проводити методом функціональної електроміографії.

Результати електроміографічних досліджень пацієнтів з дефектами зубних рядів, ускладнених зубощелепними деформаціями, порівняно з нормою, засвідчують про виражені функціональні зміни у діяльності жувальних м'язів, які полягали у подовженні терміну жування, різкому погіршенні співвідношень між збуджувальними та гальмівними процесами, зниженні величини амплітуди біопотенціалів динамічних циклів, відсутності чергування сторін жування з чітким визначенням звичної сторони жування, які нарастають в динаміці, що вказує на потребу своєчасного проведення лікувально-реабілітаційних заходів.





## **ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ОКЛЮЗІЇ ПРИ ЧАСТКОВІЙ ВТРАТІ ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНІЙ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ**

Біда О. В.

Інститут стоматології Національної медичної академії

післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,

м. Київ

**Актуальність.** Часткова страта зубів, ускладнена зубощелепними деформаціями, супроводжується суттєвими оклюзійними порушеннями. Найбільш поширеним методом аналізу оклюзійних співвідношень в практиці є оклюзіографія, яка проводиться за допомогою артикуляційного паперу. Однак, цей метод не відповідає сучасним вимогам, оскільки не відображає таких параметрів як сила та своєчасність виникнення зубних контактів, а також не містить інформації щодо характеру та ступеню оклюзійних порушень.

**Метою** нашого дослідження було вивчення функціональних показників оклюзії у стоматологічних хворих з включеними дефектами зубних рядів, ускладненими зубощелепними деформаціями, порівняно з нормою за допомогою T-Scan III.

**Матеріал і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети і вирішення поставлених завдань нами було обстежено за допомогою клінічних та спеціальних методів дослідження 99 пацієнтів віком від 18 до 58 років з дефектами зубних рядів, у тому числі і контрольну групу пацієнтів цього ж вікового періоду, з інтактними зубними рядами. При формуванні рандомізованої вибірки до дослідження було включено пацієнтів з урахуванням наступних критеріїв: включені дефекти зубних рядів у бічних відділах зубного ряду; кількість дефектів зубних рядів від 2-





х до 3-х; кількість відсутніх зубів від 2-х до 4-х; давність утворення дефекту від 1 до 5 років залежно від підгрупи; відсутність клінічних ознак генералізованого пародонтиту. Пацієнтам було проведено комп'ютеризований аналіз показників оклюзії за допомогою T-Scan III.

**Отримані результати.** За результатами проведених досліджень у пацієнтів контрольної групи індекс асиметрії становив  $4,1 \pm 0,92$ , що свідчило про раціональний розподіл оклюзійного тиску між правою і лівою сторонами зубного ряду. Проміжок часу від першого до стабільного множинного оклюзійного контакту становив  $0,19 \pm 0,02$  сек., а час дисклюзії -  $0,29 \pm 0,02$  сек. Передчасних контактів у пацієнтів виявлено не було. Площа оклюзійних контактів становила  $37,6 \pm 0,55$ . В той же час, при визначенні аналогічних показників, у осіб із наявними дефектами зубних рядів, ми діагностували достовірно відмінні результати, які засвідчили виражені порушення оклюзійних співвідношень. Зокрема, індекс асиметрії відносної сили між сторонами зубних рядів у пацієнтів досліджуваних груп значно зростав та призводив до нефізіологічного перерозподілу навантажень порівняно із показниками пацієнтів із інтактними зубними рядами через невідповідність оклюзійних контактів і становив  $16,7 \pm 3,2\%$  проти аналогічних показників контролю –  $4,1 \pm 0,92\%$  ( $p \leq 0,01$ ). Слід зазначити, що дані показники відрізнялися не тільки із показниками контрольної групи, а також і між групами спостереження відповідно до давності утворення дефектів зубних рядів. У більшості пацієнтів спостерігали наявність передчасних оклюзійних контактів та неправильне розташування траєкторії сумарного вектора оклюзійного навантаження. Також відмічалось значне зростання проміжку часу від першого до стабільного множинного оклюзійного контакту у пацієнтів досліджуваних груп порівняно із показниками контролю. У всіх пацієнтів з наявними дефектами зубних рядів виявлено також збільшення часу настання





максимальної кількості зубних контактів.

**Висновки.** Аналіз результатів проведених досліджень засвідчив збільшення індексу асиметрії відносної сили між сторонами при наявних дефектах зубних рядів порівняно з аналогічними показниками контрольної групи, а також наявність передчасних контактів і неправильне розташування траєкторії сумарного вектора оклюзійного навантаження, причому відбувалося значне зростання проміжку оклюзійного часу та збільшення часу настання максимальної кількості зубних контактів, порівняно з показниками контролю.

Негативна динаміка показників зростала, відповідно до давності утворення дефектів зубних рядів та ступеню розвитку зубощелепних деформацій, що вказує на потребу своєчасного усунення зубощелепних деформацій та заміщення дефектів зубних рядів сучасними конструкціями зубних протезів.

## **ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ УМОВ ТА СТАНУ ШТУЧНОЇ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПОВЕРХНІ У ПАЦІЄНТІВ З ПООДИНОКО ЗБЕРЕЖЕНИМИ ЗУБАМИ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ**

Братусь-Гриньків Р. Р.

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького,

м. Львів

**Актуальність.** Забезпечення повноцінної функціональної реабілітації є особливо складним завданням ортопедичного лікування пацієнтів зі значною втратою зубів на нижній щелепі. Розташування зубів





та беззубих ділянок, тип атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи та міжальвеолярна висота, що відображені у класифікаціях W. E. Cummer (1920), E. Kennedy (1923), O. C. Applegate (1954), J. Fiset (1973), K. Eichner (1955), H. I. Elbrecht (1958), A. I. Бетельман (1960), M. D. Gross, J. D. Matthews (1982) є важливими підставами для вибору елементів фіксації та формування штучного зубного ряду. Вказані клінічні ознаки також описані в публікаціях Є. І. Гаврилова (1968); T. Fabian, P. Fejerly (1979); E. Korbera (1987); Є. М. Жульова (1997); Є. С. Костенка (2014), однак дотепер належним чином не представлені в уніфікованих клінічних протоколах, що свідчить про актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження** – з'ясувати, які саме з клінічних умов мають вплив на стан штучної жувальної поверхні у пацієнтів з поодиноким збереженими зубами на нижній щелепі.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізували дані обстеження 58 пацієнтів (30 жінок та 28 чоловіків), віком 50-76 років з поодиноким збереженими зубами у фронтальній ділянці нижньої щелеп, які користувалися частковими пластинковими або дуговими – 37(63,7%) і повними покривними – 21(36,3%) протезами, термін користування 28-42 місяці. Оцінювали стан та розташування опорних зубів, тип атрофії альвеолярного відростка нижньої щелепи, а також елементів фіксації та стан оклюзійної поверхні штучних зубних рядів за допомогою матеріалів та засобів Vausch.

**Результати та їх обговорення.** У 23 (39,7 %) пацієнтів для фіксації протезів були використані поодиноким збережені зуби: розташовані у 8 осіб симетрично, у 9 асиметрично та у 6 – один зуб, а у 35 (60,3%) пацієнтів – поодиноким збережені та відбудовані корені зубів, розташовані у 6 осіб – симетрично, у 16 асиметрично та у 13 осіб – один корінь. Атрофію альвеолярного відростка I типу за H. I. Elbrecht виявили у 12, II-го у 6, III-





го у 9, а IV-го у 31 (53,4%) пацієнта. Такі ознаки ушкодження оклюзійної поверхні штучних зубних рядів, як численні «фасетки стирання» і відсутність компенсаційних кривих, були вираженими у 10 пацієнтів, які користувалися частковими знімними пластинковими протезами (фіксація гнучкими кламерами) та 6 пацієнтів з покривними протезами (кулькові елементи фіксації), усі — з IV типом атрофії альвеолярного відростка, серед яких переважали особи з асиметричним розташуванням або одним збереженим зубом/коренем. Натомість одно- або двобічні площинні та крапкові оклюзійні контакти відзначили у 42 пацієнтів при симетричному або асиметричному розташуванні збережених зубів.

**Висновок.** При різних варіантах розташування поодинокі збережених зубів на нижній щелепі і способах фіксації знімних конструкцій зубних протезів ознаки деформації штучної оклюзійної поверхні переважають у пацієнтів зі значною нерівномірною атрофією альвеолярного відростка у бокових ділянках.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці розширеної схеми обстеження вказаної категорії пацієнтів для обґрунтованого вибору раціональної конструкції зубного протеза.

## **ІМПРЕГНАЦІЯ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ ЦИТРАТОМ АМОНІЮ В ПОРІВНЯЛЬНОМУ АСПЕКТІ**

Бублій Т. Д., Костиренко О. П., Ріжень М. М.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

Відомі способи імпрегнації кореня зуба за Альбрехтом, Пеккером і більш сучасний метод депофорезу гідроксиду міді-кальцію, які дають змогу



якісно провести ендодонтичне лікування. Проте, токсична дія активних розчинів на періодонт у першому випадку, а в другому – потреба додаткового обладнання й дорогих хімічних реагентів, ускладнюють процес лікування та обмежують його широке використання. Це визначило актуальність теми.

Мета дослідження – клінічне визначення ефективності лікування, раніше запатентованого способу імпрегнації кореня зуба цитратом амонію.

Матеріали та методи дослідження. У ході клінічного дослідження виділили 2 групи пацієнтів. У першій контрольній групі, згідно з показаннями, проводили лікування ускладненого карієсу шляхом пломбування кореневих каналів матеріалом “Форедент”. У другій – проводили лікування ускладненого карієсу загальноприйнятими матеріалами шляхом пломбування ними кореневих каналів, але останні попередньо імпрегнували цитратом амонію згідно з запропонованою методикою. Чисельність хворих у кожній групі становила по 10 пацієнтів віком 28-60 років, яким діагностували загострений періодонтит та ускладнене лікування, пов’язане з загнутими, тонкими каналами, норицями та ін. Результати лікування пацієнтів оцінювали клінічно, у лабораторних умовах, рентгенологічно досліджуючи прицільні контактні знімки. Потім рентгенівські знімки на малому збільшенні вивчали під бінокулярною лупою МБС-9 та фотографували цифровою фотокамерою CANON A590.

Лікування пацієнтів контрольної групи дало позитивні результати в усіх випадках, що було підтверджено клінічними та лабораторними обстеженнями.

Проведене дослідження засвідчило, що в усіх пацієнтів дослідної групи, на завершальному етапі імпрегнації, клінічно відмічається відсутність скарг та зникнення нориці в ділянці проекції верхівки кореня.



Рентгенологічно імпрегновані стінки кореневих каналів мали обриси у вигляді мінералізованої білої, майже суцільної смуги. Остання, у напрямку від верхівки кореня до устя, мала різну ширину в порівнянні з діаметром каналу, хоча в більшості випадків конусоподібно повторювала його хід. На завершальному етапі лікування кореневі канали пломбували згідно з загальноприйнятими методиками.

Таким чином, запропонована методика свідчить про позитивний результат двохетапного лікування ускладненого карієсу. Проте, визначення терміну імпрегнації цитратом амонію в різних клінічних випадках ще потребує подальших досліджень. На нашу думку, цей термін може коливатись від 7 до 14 діб і залежати від активності процесу в ділянці верхівки кореня та загального стану пацієнта.

**ЗАСТОСУВАННЯ ТУНЕЛЬНОГО ПРЕПАРУВАННЯ  
КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН II КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ У  
ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ЯК СКЛАДОВА  
МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ**

Бунь Ю. М., Бунь О. В.

Львівський Національний медичний університет  
імені Данила Галицького,  
м. Львів.

**Актуальність.** Швидкий розвиток стоматології на шляху засвоєння і впровадження нових сучасних технологій в діагностику, лікування та профілактику уражень зубів дозволив перейти на новий ступінь якісного обслуговування пацієнтів. Широке застосування отримали малоінвазивні



методи лікування малокаріозних уражень II класу за Блеком з використанням тунельного способу препарування. Під реставрацією (відновленням) в сучасному уявленні розуміють не тільки відновлення втраченої функції зуба як при пломбуванні каріозних порожнин, так і відновлення естетичних характеристик зуба, кольору та прозорості. Це стало можливим при використанні мікрогіридних світлотвердіючих матеріалів таких як композити, компомери. Для успішної реставрації необхідно дотриматися основних принципів:

1. Оцінка тканин пародонта та гігієнічного стану порожнини рота
2. Анастезія та гігієнічне очищення поверхні зуба
3. Підбору кольору та прозорості емалі
4. Оперативної техніки підготовки твердих тканин зуба
5. Забезпечення сухості операційного поля
6. Накладання лікувальних та ізолюючих прокладок
7. Конденціювання твердих тканин зубів (емалі та дентину)
8. Внесення в каріозну порожнину або на поверхню зуба композитного матеріалу світлового твердіння
9. Заключна обробка (моделювання, шліфування та полірування) реставрації
10. Нанесення захисного шару

Всі ці етапи традиційно мають місце при протокольному пломбуванні в тому числі каріозних порожнин II класу за Блеком без ураження маргінального краю коронки молярів чи премолярів. Виконання реставрації зубів має закінчитися клінічною оцінкою якості проведеної роботи, яку проводить лікар-стоматолог після реставрації і через певний проміжок часу (6 міс – 1 рік). Найбільш поширеною є оцінка відновлення зубів за системою клінічних критеріїв **USPHS** (U.S. Public Health Service) яка включає такі критерії як:





1. Анатомічна форма
2. Крайове прилягання
3. Крайове забарвлення
4. Шорсткість поверхні
5. Колірна відповідність
6. Вторинний карієс

Важливу роль клінічна оцінка реставрацій зубів відіграє у наданні гарантійних термінів на пломби із фотополімерних матеріалів у відповідності до Наказу Міністерства охорони здоров'я №507 від 28/12/2002 яким у випадку відновлення каріозних порожнин II клас за Блекум встановлюється гарантійний термін 6 місяців.

Таким чином постає питання, як можна збільшити гарантійний термін слугування реставрацій при пломбуванні каріозних порожнин II класу за Блекум при максимальному збереженні анатомічно-функціональних властивостей коронок зубів.

**Мета дослідження.** Метою роботи являлося обґрунтування доцільності застосування оклюзійно-апроксимального ходу до каріозного ураження II класу за Блекум із збереженням маргінального краю коронки зуба. На сьогодні показами до застосування тунельного препарування є наявність каріозного процесу в області екватора та незначно нижче до терапевтичної шийки коронки зуба.

Керуючись тенденцією малоінвазивності маніпуляційних втручань, а саме в терапевтичній стоматології, тунельний спосіб знайшов доволі вагоме місце. Те що пропозиція на пломбувальні матеріали щорічно зростає, дозволило значно розширити покази до застосування тунельного способу препарування. За даними критеріями оцінки якості і було перевірено пломбувальні матеріали.



До найчастіших помилок і ускладнень, що виникають при роботі з композитними матеріалами світлового твердіння варто віднести:

1. Відрив прокладки від дентину
2. Недостатнє склеювання і порушення адгезії
3. Відрив пломбувального матеріалу
4. Виникнення післяопераційного больового відчуття
5. Пересушування дентину

Всіх цих чи багатьох інших ускладнень, вдалося уникнути при застосуванні малоінвазивної технології тунельного методу препарування каріозних порожнин Ікл. за Блеком.

**Матеріали та методи дослідження.** Розкриття каріозної порожнини при тунельному препаруванні проводили алмазним кулеподібним бором з використанням турбінного наконечника з повітряно-водяним охолодженням, ним трепанувалася емаль біля основи оклюзійного скату маргінального гребеня. Після того як бор провалювався в каріозну порожнину, ним же розширювали трепанаційний отвір, одночасно видаляючи некротизовані тканини. Для якісного формування оклюзійно-апроксимального тунелю нами проводився рентген-контроль зон безпеки коронкової частини зуба з допомогою радіовізіографії. Також формування тунелю базується на знаннях топографічного розташування так званих зон безпеки коронки зуба (силка рентген діагностика в стоматології Бунь Кухта).

**Результати:** Підсумовуючи результати досліджень можна констатувати, що метод оклюзійно-апроксимального доступу (ТМ) вирішує наступні проблеми:

1. Збереження апроксимального краю коронки
2. Малоінвазивність втручання в тверді тканини коронки зуба





3. Добра відповідність проведеного пломбування клінічним критеріям якості за системою USPHS

**Висновки.** Тунельне препарування або оклюзійно-апроксимальний доступ при лікуванні II кл за Блеком можна рекомендувати для амбулаторного прийому хворих з каріозним ураженням тканини коронок молярів, премолярів як частиною програми застосування малоінвазивних технологій в лікуванні каріозної хвороби.

Застосування тунельного методу пломбування II класу за Блеком підпадає під концепцію застосування малоінвазивних методів втручань при проведенні (лікувальних) маніпуляцій. Цей метод дозволяє зберегти край клінічної коронки зуба, що є вкрай важливим для стабілізації оклюзійних контактів після проведеного лікування. Також значно скорочує час проведення маніпуляції, що є позитивним з економічної точки зору. Однак застосування тунельного методу передбачає наявність точної рентген діагностики каріозного процесу (застосування візіографа), та знань анатомії коронки зуба на предмет безпеки.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМИ РУБЦЯМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ**

Буханченко О. П., Аветіков Д. С., Іваницька О. С., Айперт В. В.  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

Патологічні рубці голови та шиї, викликані різними екзогенними факторами, є актуальною проблемою сучасної хірургічної стоматології. Це пояснюється значною частотою саме патологічних рубців, недостатньо





ефективним їх лікуванням, можливими рецидивами. Крім того, формування патологічних рубців у щелепно-лицевій ділянці не тільки супроводжується наявністю таких симптомів, як біль, печіння, парестезії, свербіж, контрактура, але й розташовуючись на відкритих ділянках тіла, рубці можуть стати причиною серйозних психоемоційних розладів та інтеркурентних захворювань психосоматичного характеру.

Враховуючи важливість і різноманітність функцій обличчя, багато з яких беруть участь у реалізації комунікативних потреб людини, не може не турбувати достатньо низька результативність усунення рубцевих тканин щелепно-лищевої ділянки. Саме тому розробка чіткого алгоритму комплексного обстеження цієї категорії пацієнтів набуває особливого значення.

Необхідно відзначити, що більшість робіт, присвячених діагностиці та лікуванню рубців, приділяють увагу впливу безпосередньо на область самого рубця. У той же час, недостатньо вивчається загальний стан пацієнта. Так, відомий факт формування різних морфологічних типів рубців в одному і тому ж місці при проведенні операції в різні періоди життя пацієнта, що обумовлено, на думку дослідників, загальним станом організму. При цьому питання вивчення психоемоційного стану, що відіграє важливу роль у процесах регенерації тканин, у період проведення реконструктивних операцій залишається поза увагою дослідників.

Метою нашого дослідження є удосконалення обстеження пацієнтів із патологічними рубцями голови та шиї завдяки впровадженню у діагностичний алгоритм оцінки їх психоемоційного стану.

Об'єкт та методи обстеження. Під нашим спостереженням знаходилось 37 осіб із патологічними рубцями голови та шиї, зі строками розвитку рубцевої тканини від 5 місяців до 1,5 років. З метою вивчення психоемоційного стану пацієнтів, що здійснювалось нами спільно з



спеціалістом-психологом, використовувався опитувальник «МІНІ-МУЛЬТ», що являє собою скорочений варіант Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ).

Результати обстеження. Дані, отримані за його допомогою, дозволили встановити, що у більшості пацієнтів (29 осіб (78,4%) на тлі тривало існуючого косметичного недоліку, виникали явні симптоми психоневротичних порушень. Зокрема, у 12 пацієнтів (32, 4%) було виявлено знижений фон настрою в поєднанні з вираженою емоційною лабільністю, тривогою, дратівливістю, апатією і зниженим компонентом боротьби з хворобою, у 11 хворих (29,8%) спостерігалася підвищена стомлюваність, нетерплячість, невпевненість в успішному завершенні хвороби, у 4 людей (10,8%) зафіксовано часті зміни настрою, бажання залучати до себе підвищену увагу, театральність поведінки, у 2 пацієнтів (5,4%) були присутні нав'язливі страхи, сумніви в правильності лікування, зниження компоненту боротьби з хворобою.

Висновки. Вибираючи оптимальний підхід до обстеження пацієнтів із рубцями щелепно-лищевої області необхідно значну увагу приділяти вивченню психоемоційного статусу пацієнтів. Це дасть змогу повноцінно обрати психокорекційні заходи, які направлені на підвищення ефективності лікування і якості життя пацієнтів.

## **ЛАБОРАТОРНИЙ АНАЛІЗ АДГЕЗИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ МАТЕРІАЛІВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ**

Васько А. А.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

**Актуальність теми:** проблема вибору матеріалу для відновлення гостро стоїть при кожному лікуванні карієсу у дітей. Обмежений доступ до





порожнини, рясне слиновиділення, збудженість дитини під час стоматологічних маніпуляцій та ряд інших чинників обумовлює критерії, яким мають відповідати пломбувальні матеріали для використання у дитячій стоматології. На сьогоднішній день найбільш часто використовуваними матеріалами для відновлення при лікуванні карієсу тимчасових зубів є склоіономерні цементи та компомери.

**Мета дослідження:** Визначити силу адгезії відновлювальних матеріалів з урахуванням періоду прикусу.

**Методи і матеріали:** Нами проведено вивчення характеру адгезії відновлювальних матеріалів до твердих тканин зубів шляхом лабораторних досліджень із застосуванням обраних матеріалів, а саме склоіономерного цементу «Ionofil Molar», (VOCO, Німеччина) та компомеру «Twinky Star» (VOCO, Німеччина). В процесі дослідження було проведено препарування каріозних порожнини 36 видалених зубів, з подальшою медикаментозною обробкою та їх відновленням приведеними матеріалами, згідно інструкції фірми виробника. Зразки розміщували в термостаті на 24 години для створення відповідного середовища, що відповідало середовищу порожнини рота за температурними параметрами. Через 24 години проводили вертикальний розпил кожного зразка зуба за допомогою алмазного диску при малих обертах.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При макроскопічній оцінці повздовжніх розпилів зубів, оклюзійна поверхня яких була відновлена за допомогою склоіономерного цементу «Ionofil Molar», спостерігали поодинокі ділянки нерівномірної полімеризації, які є оптично світлими та переважно розташовані в місцях контакту матеріалу із емалево-дентинною межею. Повітряних включень не спостерігали. Поверхня відновлювального матеріалу містить після покриття подвійного захисним лаком та полірування еластичними дисками містить





дрібнозернисті включення. При зафарбовуванні поліхромним барвником лінія адгезії відновлювального матеріалу із дентином була досить доброю, про що свідчить її направленість та незначна контурація, яка посилюється в ділянках нерівномірної полімеризації. В ділянці прилягання склоіономерного цементу «Ionofil Molar» із емаллю, відмічали різке збільшення площі поглинання барвника, що вказує на меншу інтенсивність адгезії.

При макроскопічній оцінці повздовжніх розпилів зубів, оклюзійна поверхня яких була відновлена за допомогою компомеру «Twinky Star» можемо стверджувати про рівномірність полімеризації матеріалу на різних рівнях. Матеріал добре адаптувався, про що свідчить добре крайове прилягання до дна та стінок відпрепарованої порожнини, саме властивості матеріалу дають можливість залишити ділянку демінералізованого дентину при зафарбовуванні лінія прилягання відновлювального матеріалу як із емаллю так і з дентином контурувалися, проте її площа була незначною та вона рівнозначною як відносно емалі так і дентину.

Отже проведений нами всебічний комплексний клінічний та морфологічний аналіз з поглибленим гістологічним та лабораторним обґрунтування дав можливість запропонувати концепцію вибору відновлювального матеріалу з позиції визначених складових, а саме гістологічної та топографічної які і обумовлюють вимоги до показів до застосування відновлювальних матеріалів у дітей із тимчасовим прикусом.



## МІКРОБІОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПАЧАТКОВОГО СТУПЕНЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРАДОНТИТА НА СТАДІЇ ДОРЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Ватаманюк Н. В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці

**Мета дослідження.** Розробити мікробіологічні та імунологічні критерії переходу генералізованого катарального гінгівіту в хронічний генералізований пародонтит для підвищення якості діагностики початкового періоду деструктивного процесу в кісткових структурах пародонтального комплексу у осіб без виражених рентгенологічних ознак захворювання.

**Матеріали і методи дослідження.** В основу роботи покладені дані клініко-лабораторних досліджень 64 чоловік, які страждають запальними захворюваннями пародонта. Серед них – 37 жінок і 27 чоловіків у віці від 18 до 33 років. Діагностика захворювання ґрунтувалася на клініко-рентгенологічних даних і здійснювалася по вітчизняній класифікації. Всім пацієнтам проводилися загальноприйняті клінічні дослідження. Оцінка стану кісткової тканини в ділянці верхівок міжзубних перегородок проводилася на цифрових ортопантомограмах, з використанням комп'ютерної програми. Дослідження мікробіоценозу пародонтальних тканин проводили розширеним мікробіологічним методом, ідентифікація виділених мікроорганізмів проводилася на підставі морфологічних, культурних і біохімічних ознак відповідно до класифікації специфічних бактерій використовували ПЛР з використанням ДНК-зондів і зворотного ДНК-гібридизації. Стан





місцевого секреторного імунітету визначали за рівнями вмісту в ротовій рідині sIgA, IgA, IgG і IgM. Концентрацію імуноглобулінів встановлювали за допомогою методу простої радіальної дифузії.

**Результати дослідження:** При культуральному дослідженні у пацієнтів, які страждають на генералізований катаральний гінгівіт реєструвався достовірно вищий рівень умовно-патогенних видів бактерій в зубо-ясенній кишені в порівнянні з групою здорових. Таким чином, в етіології генералізованого гінгівіту домінуюче значення мала факультативна анаеробна мікрофлора. Таким чином, видовий склад зубо-ясенної екоїші у хворих початковим ступенем генералізованого пародонтиту характеризується більш глибокими дисбіотичними змінами в порівнянні з такими при генералізованому катаральному гінгівіті.

**Висновки:** 1. При хронічному генералізованому катаральному гінгівіті найбільш частим є умовно-патогенні мікроорганізми *str.heptoliticus*, *peptostreptococcus*, *str sangvinus* і *str.aureus*, *str.epidermidis*, які інфікують загальну зубоясенну екоїшу. Поява в ясенній тканині представників основних пародонтопатогенних бактерій є передвісником розвитку у них початковому ступені генералізованого пародонтиту.

2. Стійке підвищення ІЛ-1 $\beta$  і ФНП- $\alpha$  в нестимульованій ротовій рідині (слині) поряд з обсіменіння ясенних тканин пародонта патогенними мікроорганізмами у хворих на хронічний катаральний гінгівіт дозволяє вважати їх маркерами ранньої (дорентгенологічної) стадії розвитку у них генералізованого пародонтиту.





## **ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ РОБОТИ ЛІКАРІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ**

Возний О. В.<sup>1</sup>, Бригадир О. С.<sup>2</sup>, Возна І. В.<sup>1</sup>, Нікуліна Т. П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,  
м. Запоріжжя;

<sup>2</sup> Комунальна установа «Міська стоматологічна поліклініка № 2»,  
м. Запоріжжя;

<sup>3</sup> Комунальна установа «Мелітопольська міська стоматологічна  
поліклініка» ММР ЗО,  
м. Запоріжжя.

Підвищення якості стоматологічної допомоги населенню є перш за все соціальною та медичною проблемою. З точки зору медичної проблеми – це зниження числа ускладнень стоматологічних захворювань, зниження числа ускладнень лікування стоматологічних захворювань та збереження стоматологічного здоров'я. З точки зору соціальної проблеми – це збереження соціальної активності кожного хворого та збереження чи підвищення якості життя. Проведення навчальних циклів, майстер класів, науково-практичних конференцій, симпозіумів дозволяють пересічному стоматологу опанувати та використовувати в практиці все новітні методики світової стоматологічної науки.

Проте нові технології, методики це і можливість додаткових ускладнень в застосуванні та результатах їх використання. Адміністративно-управлінським механізмом підвищення якості роботи є стандарти роботи стоматолога – протоколи надання допомоги. Ці професійні стандарти мають бути в тому числі і захистом прав лікаря при конфліктах, повинні регулярно оновлюватись на регіональному рівні. Але,







протоколи надання стоматологічної допомоги не обумовлюють ступінь ризику, хоча і враховують можливі ускладнення.

Більш того, бажання лікаря, лікувального закладу бути престижним, успішним веде до публічного укриття, заниження кількості ускладнень в звітах, в річних же звітах терапевтів та ортопедів взагалі не розглядається питання ускладнень. Заявлена дефектура не завжди викликає правильну реакцію з боку як адміністрації, так і окремого лікаря.

Факторами ризику конфліктних ситуацій, за нашими даними, були: недостатня оснащеність діагностичною апаратурою 20%, рівень виконання технологій 25%, організаційні проблеми 15%, деонтологічні проблеми 25%, характер клінічних дій 10% та рівень класичних знань фахівців 5%.

На жаль, основна маса фахівців аналіз ускладнень в роботі проводить самостійно або на вимогу адміністрації, при виникненні конфліктної ситуації. Лише тільки 10% фахівців регулярно проводять аналіз помилок і ускладнень за реєстраційним журналом.

На наш погляд регулярний спрямований аналіз ускладнень певних нозологічних форм захворювань, діагностичних, лікувальних помилок і похибок застосовуваних технологій, методів лікування є цінним багажем клінічного досвіду фахівця.

Враховуючи вище зазначене, доцільно:

1. Розробити перелік і форму реєстрації ускладнень по вузьких спеціалістів.
2. Створити регулюючу групу з обробки даних внутрішніх звітів про ускладнення.
3. Створити робочу групу з перегляду чи розробці доповнень до локальних протоколів про ступінь ризику можливих ускладнень.





Таким чином, регулярне і колективне обговорення проблеми помилок і ускладнень в стоматології є потужним суб'єктивним мотивом підвищення якості своєї професійної діяльності.

Необхідно поповнити чи повністю оновити знання колег з правових питань, організації стоматологічної служби в цілому і організації різної за спеціалізаціями стоматологічної допомоги, організації звітності в стоматології та з питань після дипломної освіти.

## **НЕПРАВИЛЬНА МОВЛЕННЄВА АРТИКУЛЯЦІЯ ТА АНОМАЛІЇ ПРИКУСУ**

Возний О. В.<sup>1</sup>, Крамарчук О. І.<sup>2</sup>, Возна І. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Запорізький державний медичний університет,

м. Запоріжжя;

<sup>2</sup> Логопед ТВО Комунарського району

м. Запоріжжя

**Актуальність.** Органи порожнини рота є важливою частиною артикуляційного апарату. Зубо-щелепні аномалії, вузьке або плоске піднебіння, коротка вуздечка язика можуть бути причиною порушення звуковимови.

**Мета роботи:** виявлення взаємозв'язку між фонетичними порушенням у дітей та певним видом прикусу, вплив зубо-щелепної аномалії на формування звуковимови.

Нами були виявлені діти, які потребували навчання у вчителя-логопеда з метою усунення порушень звуковимови. Всього було взято на логопедичні заняття 20 дітей (11 дівчат та 9 хлопчиків) у віці від 5 до 8 років.





Всі вони знаходились на лікуванні у лікаря стоматолога-ортодонта. Серед них з дистальною оклюзією – 30%, з мезіальною оклюзією – 20%, з вертикальною різцевою дизоклюзією – 10%, з аномалією положення зубів при нейтральній оклюзії – 15%, з дефектами зубного ряду при фізіологічному прикусі – 25% дітей.

Результати обстеження вчителя-логопеда показали, що неправильно вимовляють звуки: [Р] – 20% дітей, звук [Л] – 40%, свистячі звуки та шиплячі звуки – 90% дітей.

При дистальній оклюзії на артикуляцію язика впливає щілина між різцями в сагітальному напрямку. При глибокій оклюзії нижня зубна дуга зменшена в розмірах, різці нахилені в порожнину рота, що ускладнює вихід для струменя повітря, тому в дитини страждає вимова звуків "Р", "Л" та іноді свистячих та шиплячих звуків. Переважна кількість дітей з дистальною та глибокою оклюзією неправильно вимовляють звук "Р".

При вертикальній різцевій дезоклюзії відсутній контакт між зубами. Діти пристосовуються та закривають частину вертикальної щілини язиком, як наслідок, страждає вимова шиплячих та свистячих звуків.

При мезіальній оклюзії, що поєднується з відкритим прикусом, порушується вимова свистячих звуків та звуку "Л". У наших спостереженнях майже у всіх дітей було виявлено порушення вимови цих звуків.

Нами було виявлено вплив зміщення зубів, звуження зубних дуг, зміна форми і глибини піднебіння на вимову звуків "Р" та "Л".

Як показують наші спостереження, укорочена вуздечка язика ускладнює звуковимову незалежно від прикусу. Ми спостерігали обмеження рухливості язика та міжзубне його розташування при вимові свистячих та шиплячих звуків і зміщення кореня язика дистально при вимові звуку "Р".



Таким чином, прямої залежності порушень звуковимови від виду зубо-щелепної аномалії нами не встановлено.

Простежується взаємний вплив і обумовленість тієї чи іншої патології у деяких дітей, що вказує на необхідність спільної роботи лікаря – ортодонта та вчителя-логопеда.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОДОНТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ ПРИ КОНСТРУЮВАННІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ**

Воробець А. Б., Гасюк П. А., Стаханська О. О., Радчук В. Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

Сучасні методи ортопедичного лікування незнімними ортопедичними конструкціями передбачають відновлення природньої конфігурації і розмірів оклюзійної поверхні відсутніх зубів з врахуванням функціонального стану жувального апарату. Взаємозв'язок форми і функції втраченого зуба вказує на перспективність подальшого вивчення одонтологічних параметрів з метою удосконалення ортопедичного лікування. Подібні дані необхідні для більш ефективного відновлення природньої форми оклюзійної поверхні зубів, що особливо важливо при конструюванні мостоподібних протезів.

Одним з ключових моментів ортопедичної стоматології являється відновлення оклюзії та артикуляції. В сучасному розумінні поняття «оклюзія» включає взаємовідношення зубів, стан жувальної мускулатури,





скронево-нижньощелепових суглобів в стані функціонування. Для оптимізації жувальної функції недостатньо досягнути лише щільних оклюзійних контактів у вертикальній площині, необхідно забезпечити плавне ковзання зубів-антагоністів при артикуляції. При проведенні лікувальних заходів, спрямованих на включення відновлених зубів в процеси функціонування зубо-щелепової системи, необхідно враховувати редукційні та індивідуальні особливості будови зубів.

Для характеристики загальної маси коронок верхніх і нижніх молярів проводилось обчислення показників модуля коронки, масивності та індексу коронки, а також обчислення середнього модуля ряду молярів.

Відповідно до модулю коронок, що визначає їх загальні розміри, у жителів Тернопілля спостерігається наступне співвідношення:  $M_1 > M_2 > M_3$ . При цьому у чоловіків модуль коронки першого нижнього моляра більший, ніж у жінок ( $p > 0,05$ ). У жінок спостерігається більший ступінь редукції коронок молярів та зменшення їх розмірів в порівнянні з чоловіками. Аналізуючи показники масивності коронок молярів кожного квадранту верхньої та нижньої щелепи у чоловіків та жінок можна стверджувати про переважання маси першого моляра за рахунок редукції другого і третього молярів. Індекс коронки являється показником її форми, точніше ступеня витягнутості і являє собою співвідношення вестибуло-лінгвального діаметру до мезіо-дистального. Індекс коронки вказує на ступінь асиметрії між вестибуло-лінгвальним та мезіо-дистальним діаметрами коронки. Провівши аналіз отриманих результатів, можна стверджувати, що процеси редукції в жінок переважають за рахунок зменшення мезіо-дистальних розмірів коронок молярів по відношенню до вестибуло-лінгвальних.

При ортопедичному лікуванні дефектів зубних рядів врахування середніх розмірів коронок зубів і їх статевої приналежності допоможе



максимально точно змоделювати оклюзійну поверхню протеза, що сприятиме правильному відновленню оклюзійних контактів, які забезпечують оптимальний напрямок функціональних осей опорних зубів, і ефективного відновлення жувальної функції.

## **ОДОНТОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНОК ВЕЛИКИХ КУТНИХ ЗУБІВ ТА ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

Воробець А. Б.<sup>1</sup>, Гасюк П. А.<sup>1</sup>, Костиренко О. П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

<sup>2</sup>ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

Ортопедичне лікування дефектів коронок зубів та зубних рядів супроводжується необхідністю відновлення втрачених морфологічних елементів зуба або відсутніх зубів в зубному ряді. Тому раціональне ортопедичне лікування з відновленням анатомічної форми і дотриманням естетики являється актуальним завданням ортопедичної стоматології. В даний час в розпорядженні практичних лікарів-стоматологів наявний великий арсенал високоестетичних стоматологічних матеріалів та новітніх методик відновлення зубів. Для досягнення найбільшої естетичності штучних зубів все частіше використовуються принципи індивідуалізації зовнішнього вигляду коронок по розміру, кольору, формі та характеру поверхні відповідно до статі пацієнта.





Основним напрямком еволюції зубної системи являється редукція розмірів зубів, зменшення розмірів ряду аж до повного їх зникнення, спрощення і об'єднання рельєфу поверхонь зубів. Редукція – це зменшення розмірів органів, спрощення їх будови і нерідко втрата властивої їм функції в процесі індивідуального (онтогенезу) чи історичного (філогенезу) розвитку організмів. Встановлено, що процеси редукції в зубо-щелеповому апараті сучасної людини мають позитивну динаміку. Процесам редукції підлягають не тільки одонтологічні (редукування латеральних різців верхньої щелепи, третіх молярів верхньої та нижньої щелеп), але і одонтогліфічні елементи зубощелепової системи, що характеризується зменшенням кількості горбиків та фісур на жувальній поверхні.

Для оцінки проявів процесів редукції коронок молярів верхньої та нижньої щелепи нами проведено обчислення одонтометричних показників даної групи зубів. А саме: модуля коронки, масивності, індексу коронки, та середнього модуля ряду молярів. Відповідно до показників середнього модулю ряду верхніх молярів, О. О. Зубов провів рубрикацію, що характеризує розмір варіації абсолютних розмірів зубів: менше 10,20 мм – мікродонтизм, 10,20-10,49 мм – мезодонтизм, 10,5 мм і більше – макродонтизм. При цьому наявна велика кількість відмінностей антропометричних показників зубів і щелеп в людей різних рас і національностей. Відомо, що у європеоїдів наявний мікродонтизм, для монголоїдів характерні мезодонтизм, для австралоїдної раси – макродонтизм. При проведенні одонтометричного дослідження зубів у жителів Тернопілля встановлено, що для них характерний мікродонтизм.

Загальна маса коронки зуба визначається показниками модулю та масивності коронки. Аналізуючи результати проведеного дослідження можна стверджувати, що у жителів Тернопілля спостерігається наступне





співвідношення модулів коронок:  $M_1 > M_2 > M_3$ . При цьому у чоловіків модуль коронки першого нижнього моляра більший, ніж у жінок ( $p < 0,05$ ). Аналіз показників масивності коронок молярів показує, що наявне переважання маси першого моляра за рахунок редукції другого і третього молярів як у чоловіків, так і у жінок. Індекс коронки вказує на ступінь асиметрії між вестибуло-лінгвальним та мезіо-дистальним діаметрами коронки. Провівши аналіз отриманих результатів, можна стверджувати, що процеси редукції в жінок переважають за рахунок зменшення мезіо-дистальних розмірів коронок молярів по відношенню до вестибуло-лінгвальних. Отже, можна стверджувати, що у жінок спостерігається більший ступінь редукції коронок молярів та зменшення їх розмірів в порівнянні з чоловіками.

Виявлені статеві відмінності одонтометричних параметрів молярів потребують їх врахування при плануванні і проведенні реставраційних заходів в стоматології, оскільки невірне відтворення анатомічної форми зуба може призвести до неправильного функціонування зубного ряду і зубо-щелепової системи в цілому.

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ БАР'ЄРИ**

### **БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ЕМАЛІ**

Гасюк А. П., Костиренко О. П.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

На сьогоднішній день визнано більше сотні теорій виникнення карієсу, проте в доступній нам літературі не висвітлено фізіологічні та





патофізіологічні процеси, які б дали чітке пояснення прекаріозного процесу на його ранніх стадіях.

Мета роботи – вивчення фізіології процесу мінералізації емалі та дослідження патоморфологічних змін її кортикального шару в поєднанні з фільтрацією й обміном речовин, які просочуються через кутикулу та інші органічні шари зі слинної рідини.

Дослідженню підлягали коронки зубів різних груп, які були підготовлені згідно із загальноприйнятими методиками для проведення світлової й електронної мікроскопії емалі та дентину в різних ділянках.

Емаль – це найтвердіша тканина завдяки біомінералізації призм. Під час формування коронки та прорізування зубів існують певні структурно-функціональні бар'єри біомінералізації емалі, які зумовлені проникненням в її товщу кальцію та фосфору зі збагаченою мінеральними речовинами слинної рідини. Поглиблені ділянки коронки зубів в ході ембріогенезу формуються кутикулярним епітелієм емалевого органу. Завдяки цьому виникають ямки, борозни та борзенки, які покриті шарами плоских епітеліальних клітин, що містять кератогіалін і міжклітинні десмосомальні зв'язки. Зокрема, останні фільтрують слинну рідину від білкового депозиту. У подальшому через ламели емалі фільтрат, який містить переважно солі кальцію, проникає в її товщу й рухається до емалево-дентинної межі. Такий процес повноцінно сприяє біомінералізації емалевих призм.

Виступаючи над поверхнею коронки, горбики, гребені та стилі під час ембріогенезу утворюються диференційованими амелобластами. Вони спочатку секретують білок амелогенін, а потім тіксотропічно заміщують його солями кальцію, утворюючи поперечну смугастість емалі. Після завершення процесу амелогенезу, амелобласти атрофуються й





розміщуються горизонтально, паралельно площині поверхні субкортикального блискучого шару.

Електронно-мікроскопічно встановлено, що наявність просторів між окремими амелобластами, через які може фільтруватися слинна рідина, збагачена солями кальцію. У цьому випадку біомінералізуються більшою мірою хвості, а потім головки емалевих призм. На нашу думку, завдяки цьому процесу, лінії Ретціуса світлооптичним ефектом вказують на зони біомінералізації емалі. Після прорізування зубів пришийкова ділянка емалі покрита плоским незроговілим епітелієм, який поєднаний десмосомами з епітелієм ясен, утворюючи ясеневі кишень. В останніх утворюється пародонтальна рідина, яка через численні ламели просочується між пучками емалевих призм, утворюючи пара- та дізони біомінералізації.

Отже, наявність трьох бар'єрів біомінералізації при їхньому пошкодженні, зумовленому певними факторами, призводить до розвитку фісурно-ямкового, апроксимального та пришийкового карієсу відповідно.

## **МОРФОГЕНЕЗ КАРІЄСУ ЕМАЛІ**

Гасюк А. П., Костиренко О. П., Насонов П. І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

На сьогоднішній день визнано більше сотні теорій виникнення карієсу зубів, проте в доступній нам літературі не висвітлено фізіологічні та патофізіологічні процеси, які б дали чітке пояснення прекаріозного процесу на його ранніх стадіях.



Мета роботи – вивчення фізіології процесу мінералізації емалі та дослідження патоморфологічних змін її кортикального шару в поєднанні з фільтрацією й обміном речовин, які просочуються через кутикулу та інші органічні шари зі слинної рідини.

Дослідженню підлягали коронки зубів різних груп, які були підготовлені згідно з загальноприйнятими методиками для проведення світлової й електронної мікроскопії емалі та дентину в різних ділянках.

Формування коронки зуба відбувається на стадії ембріогенезу фолікула. При цьому заглиблені ділянки коронки утворюються вrostанням кутикулярного епітелію пульпи емалевого органу. Спочатку утворюються ямки та борозни, а потім мікроборозенки й перикіматі. Виступаючі ділянки коронки формуються завдяки утворенню амелобластами емалевих призм. Вони в горбиках утворюють спіралеподібні пучки, на бічних стилях – мостоподібні конструкції, а в шийці – S-подібні вигини, розділені ламелами. Після завершення утворення емалевих призм, згідно з В. Л. Биковим, амелобласти атрофуються і формують кортикальний блискучий шар емалі. Прорізування коронки зубів сприяє утворенню шийки зуба в ділянці ясеневої кишені, висланої плоским епітелієм ясен, що контактує з слинною рідиною.

Отже, різні частини коронки зуба мають три структурно-функціональні бар'єри біомінералізації емалі. Перший здійснюється кутикулярним епітелієм поглиблених ділянок коронки, завдяки якому фільтрується слинна рідина від білкового депозиту у вигляді пелікули. Другий – виражений на бічних та горбкових поверхнях коронки, в яких стерта або недостатньо виражена кутикула. При цьому фільтрація здійснюється через перпендикулярно розміщені атрофовані амелобласти кортикального шару емалі. Третій бар'єр розміщується в шийковій ділянці



коронки гомогенно вистеленим плоским епітелієм ясеневої кишені, де є пародонтальний ліквор.

Отже, вищезазначені структурно-функціональні бар'єри коронки зуба зумовлюють розвиток трьох різних клінічно-морфологічних видів карієсу:

### **1. Фісурно-ямковий**

#### 1.1 Прекарієс:

1.1.1 Фізіологічна пелікула;

1.1.2 Зубний наліт на кутикулі колонії мікробів;

1.1.3 Зубна бляшка проникає до насмітових оболонок, руйнуючи її.

#### 1.2 Карієс емалі:

1.2.1 вапняна пляма;

1.2.2 пігментована пляма.

### **2. Апроксимальний**

#### 2.1 Прекарієс:

2.1.1 помутніння емалі;

2.1.2 пергаментна емаль.

#### 2.2 Карієс емалі:

2.2.1 вапняна пляма;

2.2.2 пігментована пляма.

### **3. Пришийковий**

#### 3.1 Прекарієс:

3.1.1 вапняковий і сироватковий мінералізований зубний наліт;

3.1.2 зубний камінь.

#### 3.2 Карієс емалі:

3.2.1 циркулярний карієс.





## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ПЕРЕБУДОВА СЕКРЕТОРНОГО ВІДДІЛУ ПРИВУШНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

Гасюк Н. В.<sup>1</sup>, Гасюк П. А.<sup>1</sup>, Белінська Л. Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
м. Тернопіль

<sup>2</sup>Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка,  
м. Тернопіль

За останні десятиріччя науковцями доведено, що ряд важливих нейроендокринних факторів, що продукуються великими слинними залозами, такі як: калікреїн (зумовлює розширення судин, зниження артеріального тиску, скорочення гладких м'язів внутрішніх органів - матки, кишок та ін., підвищує проникність капілярів), ренін (звужує судини з підвищенням артеріального тиску, підсилює секрецію альдостерону), паротин (знижує рівень кальцію в крові, посилює зневапнення кісткової тканини і дентину, активізує гемопоез, лейкоцитоз, стимулює макрофагальну систему) мають тенденцію до змін у своєму складі в різні вікові періоди.

Слід відмітити порушення цих процесів із віком, що є актуальною проблемою для науковців та лікарів.

Проведені нами дослідження показують, що у віковому аспекті залежно від ступеня проліферації клітин, які входять до складу вставної протоки, спостерігаються три варіанти її будови: з відсутністю просвіту, з незначним або значно розширеним просвітом і гомогенним вмістом.





Так, у осіб молодого віку кінцеві відділи проток часто починаються із зачатків секреторних ацинусів, які на напівтонких зрізах, забарвлених поліхромним барвником, відокремлені капсулою, яка представлена сполучною тканиною, до складу якої входять колагенові волокна. На чітко контурованій базальній мембрані розташовуються циліндричної або кубічної форми камбіальні клітини зі світло-блакитною цитоплазмою. Міоепітеліальні клітини мають видовжену, або зірчасту форму і темно-фіолетове забарвлення. Своїми відростками вони або контактують із базальною мембраною, або розміщуються дифузно серед дрібних плоских клітин, які містять пікнотичні ядра, мають нечіткі контури плазмолемми, що свідчить про їх тенденцію до апоптозу.

В осіб середнього віку великі слинні залози мають короткий, вузький вставний відділ з невеликим просвітом, який безпосередньо дрениє секреторні ацинуси. При комбінованому гістохімічному забарвленні ШІК-альціановим синім вставна протока має вузький просвіт, заповнений альціанопозитивною речовиною. Епітеліальні клітини, що вистеляють протоки, мають кубічну форму з центрально розміщеним ядром. Між цими клітинами та базальною мембраною розташовуються ШІК-позитивні відростки міоепітеліальних клітин.

Отже, в процесі структурно-функціональної перебудови ацинарного відділу привушної слинної залози відбувається переміщення міоепітеліальних клітин з апікальної поверхні поміж циліндричними базофільними клітинами, а при атрофії ацинусів - за межами базальної мембрани та зміна клітинних аввгардів в межах диферону.







## **ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ІЗ СИСТЕМНОЮ ГІПОПЛАЗІЄЮ ТВЕРДИХ ТКАНИН, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В НИЗИННІЙ ЧАСТИНІ ЕНДЕМІЧНОЇ ЗОНИ**

Гасюк Н. В., Гасюк П. А.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

**Актуальність.** Бурхливий розвиток темпів життя, урбанізація, зниження якості харчування, підвищення стресових навантажень, погіршення екології позначаються на захворюваності населення, особливо на здоров'ї дитячої популяції, яка проживає в низинній частині ендемічної зони. Висока стоматологічна захворюваність дитячого та дорослого населення України вже багато років залишається однією з актуальних медичних проблем, у різних вікових групах стабільно збільшується частота некаріозних уражень, які виникають в період фолікулярного розвитку зубів, зокрема, гіпоплазії емалі. На сьогодні кількість публікацій з цього питання є обмеженою та досить варіабельною, що спонукало нас до вивчення даного питання.

**Мета дослідження** – визначення взаємозв'язку між показником інтенсивності карієсу, гігієни порожнини рота та гіпоплазією твердих тканин зубів.

**Об'єкти і методи дослідження.** Проведено загальноклінічне стоматологічне обстеження 68 студентів, які проживали в низинній частині ендемічної зони. На момент обстеження пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 24 студенти, що мали некаріозні ураження (системну гіпоплазію), до другої групи увійшли 44 студенти без ознак некаріозних уражень. При вивченні стану порожнини рота нами





використовувалась спеціально розроблена карта огляду. Локалізацію різних форм гіпоплазії емалі фіксували в окремій зубній формулі з використанням індексу дефектів розвитку емалі – DDE-Index в модифікації J. Clarkson, D. O'Mullane (1989).

**Результати та їх обговорення.** У результаті проведеного дослідження некаріозні ураження діагностовано у 24 осіб (35,3%), карієс та пломбовані зуби були наявні у 44 студента (64,7%), що узгоджується з даними деяких авторів (О.В. Клітинська, 2015). Індекс КПВ у першій групі склав 62,5% (15 осіб). У другій групі – 81,8% (36 осіб), переважно за рахунок пломбованих зубів. Отримані нами показники вказують на високий рівень інтенсивності каріозного процесу згідно даних ВООЗ та свідчать про відсутність залежності каріозного процесу від наявності некаріозних уражень ( $r=-0,16$ ).

**Висновки:** У структурі стоматологічної захворюваності серед студентів некаріозні ураження займають 35,3%, що характеризує їх високу поширеність та необхідність застосування лікувально-профілактичних засобів. Серед різноманітності клінічних форм обстеженого контингенту пацієнтів, найчастіше зустрічаються гіпоплазія емалі та поєднання дефектів. Поширеність карієсу постійних зубів в обох групах є високою, що вказує на необхідність проведення лікувально-профілактичних заходів.

Причинами виникнення некаріозних уражень є поєднаний вплив екзогенних факторів на організм матері під час вагітності та перенесення різноманітних хвороб дитини до 1 року життя.



## **УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ЕМАЛЕВИХ ПРИЗМ ВЕЛИКИХ КУТНИХ ЗУБІВ**

Гасюк П. А.<sup>1</sup>, Воробець А. Б.<sup>1</sup>, Росоловська С. О.<sup>1</sup>, Белінська Л. Д.<sup>2</sup>, Радчук В. Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

<sup>2</sup>Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка,

м. Тернопіль

Ультраструктура кожної емалевої призми на її поперечному розрізі складається із головки овальної форми та хвоста, який проникає у міжпризмові простори підлеглих чотирьох головок. Щодо наявності на головках призм поверхневих оболонок, то більшість авторів вважають, що вони зумовлені більш щільним упакуванням в цій ділянці кристалітів гідроксиапатиту.

Мета даної роботи полягає у вивченні електронно-мікроскопічної будови емалі молярів. Об'єктом дослідження слугували 4 моляра, в яких вивчалась частина емалі. Нами проведено вивчення даних ділянок за допомогою скануючої та трансмісійної електронної мікроскопії. Звертає на себе увагу те, що між окремими емалевими призмами відмічається певна невпорядкованість. При цьому зберігається їх бокове упакування з майже однаковою відстанню міжпризмової світлої речовини. Завдяки різній товщині гідрофільної оболонки головок призм вони розташовуються на різних відстанях, утворюючи між собою подібну нематичному типу структуру. Для неї характерне збереження переважно вертикального орієнтування головок і хвостів емалевих призм. Встановлено, що головки емалевих призм мають параболічну форму з добре вираженою, світлого кольору оболонкою. Сама головка, темного кольору, має вигляд випуклих,





овоїдних структур, завдяки наявності кристалітів, які іноді між собою з'єднуються за допомогою відростків призм. Очевидно дана особливість і обумовлює утворення пошарових структур у вигляді паралельних ліній Ретціуса, між головками та відростками емалевих призм і світлою міжпризмовою речовиною. Очевидно, що саме завдяки цьому можна висловити припущення, що наявність ліній Ретціуса пов'язана із симетричним типом утворення рідких кристалів. Для даних кристалів характерне як вертикальне так і горизонтальне орієнтування головок емалевих призм, але при цьому контури їх хвостів слабо виражені.

Отже, підводячи підсумок проведених електронно-мікроскопічних досліджень ділянок емалі коронки молярів, можна дійти до наступних висновків: 1. Ультраструктурно емалеві призми мають нематичний тип розташування, при цьому містять головки, оточені гідрофільною оболонкою та хвости, котрі проникають між ними. 2. Безпосередньо, в лініях біомінералізації Ретціуса, головки емалевих призм щільно прилягають між собою, у вигляді симетричних структур, в той час як хвости призм слабо виражені.

## **ВИКОРИСТАННЯ НЕПРЯМИХ МЕТОДІВ РЕСТАВРАЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ СПАДКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ**

Гасюк П. А., Воробець А. Б., Радчук В. Б., Росоловська С. О.,  
Пудяк В. Є.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Досить велика група захворювань зубів пов'язана з ураженням емалі. Етіологічним фактором спадкових захворювань емалі є патологічні



мутантні гени. Недосконалий амелогенез, дисплазія емалі, група спадкових дефектів, що характеризуються порушенням обміну речовин на одному із етапів розвитку емалі веде до гіпоплазії емалі, а порушення дозрівання – до її гіпокальцифікації. Зміни емалі можуть бути обумовлені двома причинами: генною мутацією і факторами навколишнього середовища або їх поєднанням. Порушення процесів формування матриксу емалі веде до повної, часткової або локальної зміни її товщини, що виражається в ряді клінічних форм спадкової гіпоплазії емалі.

Порушення дозрівання емалі, яке пов'язане зі зміною звапніння матриці, викликає цілий ряд клінічних і морфологічних дефектів: дезорганізацію емалевих призм, вкрай низький ступінь кристалізації, поодинокі нерівномірно розташовані кристали гідрооксиапатиту, зміна пластичності, забарвлення і товщини емалі. З усіх спадкових захворювань емалі найбільш поширена гіпоплазія, пов'язана з недостатнім звапнінням емалевих призм. При цьому органічне зміст емалі зростає до 8,7 - 14,2%.

*Amelogenesis imperfecta* – це спадковий розлад, при якому необхідне проведення ортопедичного лікування відсутніх тканин зуба. У даній роботі наведена послідовність лікування пацієнта з недосконалим амелогенезом із застосуванням керамічних реставрацій з адгезивною фіксацією.

Недосконалий амелогенез – це стоматологічне захворювання, яке вперше було описано в 1890р. Finn (1938 р.) припустив, що дана нозологічна форма розвивається в результаті порушення утворення дентину одонтобластами. Вищезазначеному захворюванню присвячено невелику кількість досліджень, в яких наводяться епідеміологічні дані.

Успадковані дефекти, які можна виявити тільки в емалі, є результатом мутації генів, які визначають її стан. Оскільки в даний час важко провести повну діагностику та розробити класифікацію недосконалого амелогенезу, ґрунтуючись на молекулярних критеріях,



такий діагноз зазвичай ставлять на підставі клінічної симптоматики і даних сімейного анамнезу.

Так, при гіпокальцифікованому типі, причиною генних мутацій визначений недолік кальцифікації органічної матриці, тоді як при гіпопластичному типі дефект матриці емалевої призми виникає в результаті неповноцінного формування емалі. Отже, при гіпопластичному типі емаль при клінічному огляді тверда і блискуча, проте морфологічно та анатомічно несформована.

Гіпоматурація характеризується станом емалі, зовні схожим на вкриту снігом поверхню, під якою розташований шар повністю незрілої емалі, але при цьому тонкий шар зрілої емалі може бути розташований і над нею.

У 1998 р. Seow і Amaratunge відзначили, що схожа клінічна симптоматика гіпокальцифікованого і гіпоматураційного типів значною мірою ускладнює диференціальну діагностику цих двох типів.

Тому автори запропонували нову класифікацію недосконалого амелогенезу, яка є більш адаптованою до практичної медицини.

Класифікація включає три основні типи недосконалого амелогенезу, що найчастіше зустрічаються в клінічній практиці:

1. гіпопластичний, який характеризується недостатньою кількістю емалі;
2. гіпомінералізований, або гіпоматураційний, що характеризується порушенням мінералізації і дозрівання емалі;
3. амелогенез пов'язаний з Х-хромосомою, при такому типі данного захворювання у жінок спостерігаються класичні вертикальні смужки на емалі, а у чоловіків спостерігається навіть втрата емалі.

Окрім дефектів емалі, недосконалий амелогенез може клінічно супроводжуватися аномаліями прорізування зубів, вродженою адентією,





відкритим прикусом, кальцифікацією пульпи, дисплазією дентину, резорбцією кореня і коронки зуба, гіперцементозом, патологією розвитку кореня і тауродонтизмом.

Лікування недосконалого амелогенезу може бути складовою частиною комплексної реставраційної терапії, що враховує ступінь вираженості захворювання в кожному конкретному випадку. Міждисциплінарний підхід до терапії недосконалого амелогенезу звичайно включає ортодонтичне лікування, ортогнатичну хірургію, пародонтологічне та ортопедичне лікування. На завершальному етапі включає протезування відсутніх та заміщення патологічно змінених структур зуба. Для відновлення естетики і функції зуба у пацієнтів з недосконалим амелогенезом постійних зубів використовували металокерамічні коронки. З появою нових адгезивних методик і матеріалів сила адгезії стоматологічної кераміки з дентином стала приблизно така ж, як і сила адгезії кераміки з емаллю.

Таким чином, на сьогоднішній день для відновлення функції та естетики зуба можливе застосування адгезивної фіксації керамічних реставрацій, навіть при великому оголенні дентину.

Основний підхід до реставраційного лікування зубів зі зміненою в кольорі і незрілою емаллю полягає у використанні металокерамічних коронок або, у випадках вродженої адентії, мостоподібних протезів. Поява методик і матеріалів для виготовлення керамічних реставрацій та вдосконалення композитних бондингових агентів дозволили використовувати композитні цемента для прямої фіксації керамічних коронок, вінірів, вкладок при ощадливому препаруванні зубів. Пряма фіксація керамічних вінірів і вкладок усуває необхідність застосування традиційних способів ретенції і дозволяє реставрувати втрачені структури зуба з мінімальним препаруванням. Незважаючи на те, що новітні





бондингові системи забезпечують силу зчеплення кераміки з дентином, порівняну з силою адгезії з емаллю, клінічна ефективність адгезивів на межі між дентином і керамікою ще мало вивчена.

У нашому клінічному випадку ми оцінювали ефективність бондингової фіксації керамічних вкладок при ортопедичній реабілітації пацієнтів з недосконалим амелогенезом. З керамічних коронок, зафіксованих на п'яти фронтальних і трьох жувальних зубах верхньої щелепи, відбулося розцементування тільки двох коронок, що вимагало їх повторної фіксації через 3,5 року бондингом останнього покоління.

У цьому клінічному випадку при проведенні керамічних реставрацій ми вважали за краще використовувати багатоетапні дентинні адгезиви. Незважаючи на менш міцну фіксацію одноетапних адгезивів, термін функціонування реставрацій, зафіксованих з їх допомогою, скорочений не був. Проте при ортопедичній реабілітації пацієнтів з недосконалим амелогенезом ми віддавали перевагу багатоетапному адгезиву. Однак через 1 рік після фіксації не виникло ніякої рухливості жодної з 28 суцільнокерамічних реставрацій, зафіксованих композитом.

Наприкінці можна констатувати, що використання багатоетапних дентинних адгезивів в комбінації з композитним цементом дозволяє отримати задовільні короткострокові результати при реставрації зубів пацієнтів з недосконалим амелогенезом.





## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ З ПРОЯВАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ

Гевкалюк Н. О.<sup>1</sup>, Белінська Л. Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я.Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

<sup>2</sup>Тернопільська міська комунальна стоматологічна поліклініка,

м. Тернопіль

**Актуальність.** Гострі респіраторні вірусні інфекції займають ведучі позиції в структурі інфекційної патології населення більшості країн Європи. В епідемічний процес щорічно буває втягнутий практично кожен шостий житель України, причому діти хворіють на грип в 4 рази частіше, ніж дорослі. Імунна система дітей і підлітків України сьогодні формується під впливом несприятливої інфекційної ситуації, що зумовлено надзвичайно високим ризиком анте- і неонатального інфікування. Наведені дані служать переконливим підтвердженням актуальності та практичної доцільності вдосконалення системи епідеміологічного нагляду за цими інфекціями, оптимізації системи імунного захисту організму людини до ГРВІ.

**Мета:** Вивчити фактори ризику, що визначають та впливають на важкість перебігу захворювання на ГРВІ, частоту виникнення ускладнень в порожнині рота.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клініко-епідеміологічне дослідження 1137 хворих на ГРВІ дітей, які перебували на лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні. Для індикації респіраторних вірусів використовували метод ПЛР. Отримували відомості про біологічний





анамнез дитини, антенатальні та медико-соціальні фактори. При огляді дитини відмічали вираженість симптомів загальної інтоксикації. При огляді порожнини рота звертали увагу на стан слизової оболонки порожнини рота, визначали відповідність зубної формули віку дитини.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що в структурі основних інфекційних вірусних захворювань 71,43 % приходить на гострі респіраторні вірусні інфекції, найбільшу питому вагу яких в епідемічний період за результатами ПЛР складає грип (28,93 %). Аналіз медико-соціальних факторів показав, що 51,26 % обстежених дітей мають фонову соматичну патологію. Біологічний анамнез дитини показав, що в 26,10 % випадків вагітність даною дитиною перебігала з гестозом I половини, у 10,38 % - з гестозом II половини вагітності. На грудному вигодовуванні до 6-місячного віку знаходилось лише 28,62 % обстежених дітей. При аналізі соціально-гігієнічних факторів виявлено, що у 12,58 % випадків санітарно-гігієнічний режим житла дотримувався незадовільно, у 19,18 % - діти не мали власних предметів особистої гігієни, у 59,43 % - наявні шкідливі звички. У 82,81 % відмічали клінічну симптоматику запалення органів і тканини порожнини рота, що проявлялась у вигляді катарального стоматиту, гінгівіту, посиленого судинного рисунка, геморагій, появою міхурців із геморагічно-серозним ексудатом, зернистої енантеми, ознаками гострого вірусного сіаладеніту, спричиненого вірусом грипу. У 37,3 % випадків із числа часто хворіючих дітей виявлено затримку прорізування тимчасових зубів.

**Висновок.** Результати клініко-епідеміологічного дослідження показали, що частота захворюваності на ГРВІ, виникнення ускладнень із проявами в порожнині рота залежать від соціального середовища, яке визначається станом здоров'я батьків, перенесеними та супутніми



захворюваннями дитини, рядом біологічних факторів, що змінюють рівень сприйнятливості до респіраторних вірусів.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення біологічних факторів, що змінюють рівень сприйнятливості організму дітей до респіраторних вірусів та визначають клінічні прояви захворювання в ротовій порожнині.

## **ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ЗА УМОВ ПЕРЕДЧАСНОЇ ВТРАТИ ЗУБІВ**

Герасименко С. Б.<sup>1</sup>, Єрошенко Г. А.<sup>1</sup>, Гасюк Н. В.<sup>2</sup>, Цуканов Д. В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава;

<sup>2</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

**Актуальність.** За умов передчасної втрати зубів, зубо-щелепна система людини зазнає цілий ряд змін. Так за умов відсутності зубів фронтальної групи виникає косметичний дефект, ускладнюється відкушування їжі, в цілому порушується цілісність зубного ряду. Жувальна ефективність втраченого зуба перерозподіляється на сусідні зуби та протилежну сторону, що ініціює одностороннє пережовування і навантаження протилежної сторони. Перенавантаження при цьому зазнає і скронево-нижньощелепний суглоб, та як наслідок виникають передчасні контакти між зубами, які з'являються при пережовуванні їжі як на робочій,





так і на балансуючій стороні. Разом із приведеними змінами на анатомічному та функціональному рівні специфічних змін зазнає і епітелій альвеолярного відростка в ділянці дефектів зубних рядів.

**Метою** даного дослідження стало визначення змін клітинного складу слизової оболонки альвеолярного відростка за умов передчасної втрати зубів.

**Об'єкти та методи дослідження.** Проведений комплексний цитологічний аналіз матеріалу забраного із поверхні слизової оболонки альвеолярного відростка у осіб чоловічої статі за умов втрати зубів терміном від 1 до 3-х років. Епітелій забирали шпателем та переносили на предметне скло, висушували при відкритому доступі повітря протягом 3-5 хвилин. Забарвлювали матеріал за Гімзою-Романовським, з подальшим мікроскопічним та морфологічним аналізом з урахуванням відсоткового співвідношення різних форм епітеліоцитів в нормі.

**Результати та їх обговорення.** Клітинний склад слизової оболонки альвеолярного відростка при забарвленні за Романовським-Гімза представлений парабазальними ( $4,50 \pm 0,15$ ), проміжними ( $91,10 \pm 2,39$ ) і поверхневими клітинами ( $4,20 \pm 0,22$ ), а також роговими лусочками ( $2,20 \pm 0,11$ ). Принципово важливою, з клінічної та морфологічної точки зору особливістю в клітинному складі даної анатомічної ділянки, є наявність парабазальних епітеліоцитів. Вони мають овальну форму, порівняно невеликі розміри. Ядро досить великих розмірів, із дрібно розсіяним хроматином. Цитоплазма різко базофільна в перинуклеарній зоні клітин та помірно по полюсах і утворює видовжені ділянки. Проміжні епітеліоцити в клітинному складі представлені двома типами клітин, а саме базофільні (азур-позитивні) та еозинофільні.

Еозинофільні проміжні епітеліоцити ясен характеризуються порівняно великими розмірами. Ядро зменшується, відносно площі



цитоплазми. Клітини даної групи розташовуються скупченнями. Слід відмітити низький рівень контамінації мікроорганізмами, переважно поодинокими коками, проміжних епітеліоцитів. Дане положення обумовлене мінімалізацією кількості ретенційних пунктів для фіксації мікроорганізмів та умовами для більш якісної гігієни зубних рядів. Рогові лусочки нечисленні.

**Висновки.** Отже, за умов передчасної втрати зубів, епітелій слизової оболонки альвеолярного відростка зазнає цитоспецифічної перебудови, у вигляді появи парабазальних епітеліоцитів. Останнє дає можливість стверджувати про порушення процесу диференціації епітелію на тлі передчасної втрати зубів.

## **НЕПРЯМИЙ СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ КЕРАМІЧНОГО ПОКРИТТЯ СУЦІЛЬНОЛИТИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ**

Гурандо В. Р.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

м. Ужгород

**Актуальність.** У більшості випадків повноцінна та тривала реставрація сколів на зафіксованому в порожнині рота мостоподібному металокерамічному протезі за допомогою адгезивної техніки та фотополімерів практично малоефективна. Вирішення проблеми потребує зняття та переробки заново усієї трудомісткої та дорогої конструкції.

**Мета дослідження.** Розробка способу відновлення керамічного покриття суцільнолитих мостоподібних протезів без їх видалення з порожнини рота, який би був простим та доступним з можливістю підбору



відповідно до форми і кольору наявного протезу, мав механічну міцність та зберігав естетико-функціональні якості.

**Матеріали та методи.** Заміщення пошкодженого керамічного шару за допомогою оригінального засобу – металокерамічної форми лабораторного виготовлення.

Перед виготовленням робочого відбитка керамічний шар з даної одиниці протезування повністю зачищується до металу.

Запропонований виріб – це металічний литий каркас з керамічним покриттям, який охоплює орально та вестибулярно зачищений від залишків кераміки металічний ковпачок, що залишається зафіксованим в порожнині рота. Виріб виконується тільки на товщину пошкодженого шару керамічного облицювання. З апроксимальних сторін виконуються вирізи навколо поєднувальних елементів мостоподібного протезу.

**Результати.** Спосіб реконструкції було застосовано у 12 пацієнтів. Жінок віком від 35 до 67 років – 9, чоловіків віком від 42 до 60 років. Спостерігались сколи керамічного покриття з металокерамічних мостоподібних протезів протяжністю від 4 до 10 одиниць в ділянці фронтальних зубів (від 14 до 25 зуба). Сколи були розташовані вестибулярно в пришийковій ділянці – 5, захоплювали ріжучий край – 4 та комбіновані – 3. Строк користування – від 1 до 9 років.

**Висновки і перспективи.** Спосіб – простий та доступний для виконання, не потребує додаткового обладнання та матеріалів, дозволяє здійснювати відновлення пошкодженої ділянки протеза з високою точністю, механічною міцністю і наданням можливості продовження користування протезом. Особливо актуальним даний спосіб є при пошкодженнях в естетично важливій фронтальній ділянці зубного ряду.







## СТИМУЛЯЦІЯ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Дікова І. Г., Дімітрова А. Г., Захарова С. М.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,  
м. Київ.

**Актуальність.** Слизова оболонка порожнини рота (СОПР) виступає ареною гуморальних та клітинних конфліктних ситуацій – «шоковим» органом, тобто місцем реакції антиген –антитіло, що спричиняє її первинні ушкодження. Визначається цілий спектр захворювань, які розвиваються на тлі зміненої імунологічної відповіді, або ж самі її ініціюють. В терапевтичній стоматології до захворювань, що пов'язані з імунодефіцитними станами, відносяться, в першу чергу, ерозивно-виразкові ураження СОПР – хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (ХРАС), червоний плоский лишай (ЧПЛ) та інші. Тому нормалізація імунного статусу при їх лікуванні є актуально задачею.

Ще на початку 2000-х років наша увага була прикута до «вакцин», особливо до можливості їх місцевого застосування: медикаментів «Solvay Pharma» ИРС-19 та Імудон. Останній містить комплекс 14-ти очищених лізатів бактерій та грибів, які в значній мірі співпадають з мікробними асоціаціями, що викликають патологічні стани в порожнині рота. Препарат викликає стимуляцію як гуморальних, так і клітинних ланок імунної відповіді. Ми підходили до вибору імуномодулятора з позицій принципів терапії захворювань СОПР, які полягали в стимуляції захисних механізмів порожнини рота, антибактеріальній дії та регенераторному ефекті. Для рішення цих завдань Імудон представлявся препаратом вибору.





**Мета досліджень:** оцінити клінічну ефективність Імудона для стимуляції захисних факторів СОПР на основі клініко-лабораторних досліджень.

**Матеріали та методи:** Пацієнти із захворюваннями СОПР були поділені на основну (25) та контрольну (20) групи. Лікування ХРАС та ЧПЛ (ерозивної, виразкової та пемфігоїдної форм) здійснювали за стандартними схемами-протоколами, розробленими та апробованими на кафедрі терапевтичної стоматології НМУ. Пацієнтам основної групи додатково призначали 8 таблеток Імудона протягом 10 днів з повторним курсом через 3 місяці та по 4-6 таблеток 10 днів, і для профілактики рецидивів – кожні 3 місяця по 2-4 таблетки курсами 10-12 днів.

**Результати** лікування захворювань СОПР в перші дні свідчать про однакову динаміку процесу, пізніше – про незначне скорочення строків лікування пацієнтів основної групи, в середньому на 1-2 дні. Важливим фактором була відсутність ускладнень (приєднання вторинної інфекції) та стимуляція локальних факторів захисту порожнини рота. Останнє підтверджено підвищенням рівня секреторного Ig A в ротовій рідині в 1,3 рази у порівнянні з контрольною групою. Досягнення сприятливих клінічних результатів корелювалось з позитивними тенденціями в цитологічному дослідженні. В обох групах зафіксовано статистично достовірне збільшення кількості незмінених нейтрофільних гранулоцитів, зменшення вмісту їх зруйнованих форм, збільшення кількості фагоцитів. А в останній фазі патологічного процесу (епітелізації ерозивно-виразкових уражень) відбувалось збільшення кількості епітеліальних клітин і зменшення кількості нейтрофілів, що свідчило про припинення альтерації та посилення процесів проліферації.

**Висновки.** Застосування Імудону в комплексній терапії пацієнтів з запально-деструктивними захворюваннями СОПР сприяло не тільки



швидкому усуненню симптомів за рахунок підвищення активності факторів специфічного та неспецифічного захисту організму, але і спонукало до стабілізації патологічних процесів, подовженню ремісії, що в підсумку забезпечувало виражений протирецидивний ефект.

## **ВОДНЕВИЙ ПОКАЗНИК (рН) РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З КАРІЄСОМ ФІСУР ПЕРШИХ ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ**

Іванчишин В. В., Стадник У. О.

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького,

м. Львів

Вивчення водневого показника завжди привертало пильну увагу, оскільки це є основним механізмом підтримки гомеостазу мінеральних компонентів ротової рідини (Ковач І.В. и соавт., 2005; Стадник У.О. та співавт., 2016). Видима демінералізація емалі спостерігається при рН ротової рідини <6,0 (Тирса О.В., 2000; Леонтьев В.К. и соавт., 2007; Воевода Е.А., 2014). рН ротової рідини у карієсрезистентних осіб, в середньому, становить 7,25 (Кулигіна В.М., Курдиш Л.Ф., 2010; Скрипкина Г.И., 2011).

З метою вивчення концентрації іонів водню (рН) ми здійснили дослідження ротової рідини у 162 дітей віком 6-8 років у залежності від стану фісур перших постійних молярів: 64 дитини були з інтактними фісурами, а 98 дітей – з карієсом фісур.





Результати дослідження свідчать, що показник рН ротової рідини, в середньому, є нижчим у дітей з карієсом фісур ( $6,35 \pm 0,13$ ) у порівнянні з дітьми з інтактними першими постійними молярами ( $6,77 \pm 0,11$ ,  $p < 0,02$ ).

При аналізі отриманих результатів у віковому аспекті встановлено, що у дітей 6-річного віку з інтактними фісурами рН ротової рідини є наближеним до нейтрального. При розвитку карієсу фісур спостерігається зниження цього показника ( $p < 0,02$ ). У дітей 7-річного віку з карієсом фісур перших постійних молярів значення водневого показника становить  $6,36 \pm 0,15$ , це значно нижче у порівнянні з дітьми з інтактними фісурами ( $p < 0,02$ ). Подібна тенденція спостерігається й серед дітей віком 8 років: значення рН ротової рідини становить  $6,21 \pm 0,12$  у дітей з карієсом фісур проти  $6,76 \pm 0,13$  у дітей з інтактними фісурами ( $p < 0,01$ ).

Окремо ми провели дослідження водневого показника у дітей з карієсом фісур перших постійних молярів у залежності від інтенсивності карієсу тимчасових зубів та з урахуванням віку. Для цього дітей було поділено на дві групи: I-у групу склали 42 дитини з інтенсивністю карієсу  $kp < 5$  зубів, у II групу ввійшли 56 дітей з  $kp \geq 5$  зубів.

Встановлено, що у дітей з інтенсивністю карієсу тимчасових зубів  $kp < 5$  водневий показник є наближеним до нейтрального і становить, в середньому,  $6,48 \pm 0,14$ , натомість у групі дітей з ураженими фісурами перших постійних молярів та  $kp \geq 5$  зубів його значення знижується і становить вже  $6,22 \pm 0,12$ , ( $p > 0,01$ ).

Аналіз рН ротової рідини в залежності від віку показав, що у дітей з карієсом фісур та  $kp < 5$  зубів віком 6 років рН становить, в середньому,  $6,72 \pm 0,13$ , натомість у дітей з ураженими фісурами перших постійних молярів та  $kp \geq 5$  зубів він знижується і складає  $6,26 \pm 0,11$  ( $p < 0,001$ ).

При порівнянні значень водневого показника ротової рідини у дітей віком 7 років виявлено його зниження в обох обстежуваних групах





( $p > 0,01$ ). У дітей 8-річного віку спостерігаються подібні результати: у дітей з інтенсивності карієсу  $< 5$  тимчасових зубів його значення становить  $6,25 \pm 0,12$ , що є вищим у порівнянні з дітьми, інтенсивність карієсу у яких складає  $\geq 5$  тимчасових зубів ( $p > 0,001$ ).

Таким чином, отримані результати показали, що у дітей з карієсом фісур перших постійних молярів рН ротової рідини є значно нижчим у порівнянні з дітьми, фісури яких не уражені карієсом. З віком значення водневого показника змінюється у бік кислого середовища, що також сприяє розвитку демінералізації твердих тканин зубів. У дітей з низькою інтенсивністю тимчасових зубів значення рН ротової рідини є наближеним до нейтрального, а у дітей з  $kp \geq 5$  зубів цей показник знижується в бік кислого середовища. Такі результати свідчать про те, що кисле середовище ротової рідини є вагомим чинником розвитку карієсу зубів у дітей.

## **ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ПІДЙОМУ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ СЛИЗОВИХ І СЛИЗОВО-ОКІСНИХ КЛАПТІВ У ПОРОЖНИНІ РОТА НА ЕТАПАХ АУГМЕНТАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ**

Каплун Д. В., Аветіков Д. С., Гаврильєв В. М., Бойко І. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

Враховуючи розвиток сучасної хірургічної стоматології проблема оптимізації закриття ран слизової оболонки в порожнині рота залишається актуальною. Це, перш за все, зумовлено вибором шовного матеріалу та методикою відшарування і мобілізації слизових та слизово-окісних клаптів



для закриття ранового дефекту в порожнині рота. Якщо по першому питанню існує безліч наукових досліджень, то по другому відомі лише поодинокі роботи як у вітчизняній так і зарубіжній літературі.

На нашу думку, важливим є вивчення біомеханічних властивостей слизових клаптів порожнини рота, їх меж відшаровування та оптимальних величин натягнення. Також важливою рисою оптимального загоєння рани є характеристика гемодинаміки мікросудинного русла слизової оболонки порожнини рота в ділянці накладення швів та формування майбутнього рубця.

Саме при операціях хірургічного лікування хворих на первинні та вторинні адентії на етапах аугментації альвеолярного відростка, закриття операційної рани проводиться емпірично та залежить від досвіду хірурга-стоматолога. А практичних рекомендацій щодо довжини та напрямку розрізів слизової оболонки, меж та напрямку відшарування слизових і слизово-окісних клаптів у порожнині рота у літературі нами не знайдено.

Нами з'ясовано, що щільність мікросудин у слизово-окістних клаптях в проекції різних відділів верхньої та нижньої щелепи не однакова. Найбільший обсяг спостерігається в дистальних відділах верхньої щелепи, потім нижньої щелепи, а найменший – в проекції премолярів, в ділянці фронтальних зубів щільність мікросудин має середнє значення. Саме цей факт свідчить, про необхідність створення алгоритму підйому та мобілізації слизово-окістних клаптів, враховуючи стан мікросудин та щільність судин в кожній анатомічній зоні.

Нами доведено, що показники відносної пластичної деформації клаптів найбільш значуще спостерігаються в ділянці молярів верхньої щелепи, дещо нижчі – в ділянці молярів нижньої щелепи, найнижчі значення зафіксовано в ділянках ікла та першого премоляра нижньої щелепи та другого премоляра верхньої щелепи. Слід відмітити дещо



проміжний характер відносної пластичної деформації в проекції фронтальної групи зубів, що пов'язано з їх гістоструктурою та особливістю процесів колагеносинтезу та колагенолізу.

Проведені нами функціональні та біомеханічні дослідження створюють доказову базу, яка і обґрунтовує доцільність проведення клінічних досліджень.

Нами було проліковано 30 пацієнтів із вторинною адентією альвеолярних відростків (15 пацієнтів на верхній щелепі та 15 осіб на нижній щелепі.) У всіх пацієнтів спостерігалися вертикальні дефекти кісткової тканини із зменшенням процентного співвідношення компактного та спонгіозного шару кістки. Майже всі пацієнти потребували кісткової аугментації з чим і були труднощі при натягненні і ушиванні слизово-окістних клаптів.

Враховуючи отримані дані нами встановлені оптимальні межі відшарування, величини та кути натягнення окістно-слизових клаптів в проекції різних груп зубів на верхній та нижній щелепах. Ми розробили авторську методику, що суттєво покращила як функціональний, так і естетичний результат проведених оперативних втручань.

В основі нашої методики лежить залежність довжини розрізу від глибини відшарування слизово-окістного клаптя, та кута нахилу під яким буде проводитись натягнення. Ми хочемо знайти та довести чітку математичну залежність тканинної напруги в слизових та слизово-окістних клаптях в залежності від меж відшарування, а наукове обґрунтування та доказовість цієї методики дасть можливість практикуючим хірургам-імплантологам більш об'єктивно планувати операції дентальної імплантації, особливо пов'язаних з аугментацією альвеолярного паростка і як наслідок отримувати менше постхірургічних ускладнень у вигляді грубих рубців.





**РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ МІНІМІЗАЦІЇ ЕФЕКТУ  
УТВЕРДНЕННЯ ПРОМЕНЯ У СТРУКТУРІ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ  
РЕЗУЛЬТАТІВ СУПЕРІМПОЗИЦІЇ КТ-РЕФОРМАТІВ**

Кенюк А. Т., Гончарук-Хомин М. Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

м. Ужгород

**Актуальність теми.** Збільшення жорсткості випромінювання рентгенівського променя виникає в процесі проведення томографічного дослідження, що призводить до завищення показників щільності зовнішнього краю об'єкта в одиницях градієнта сірості, при цьому окремі маргінальні ділянки щелеп чи ортопедичних конструкцій можуть здаватись щільнішими, ніж вони є насправді. Динамічна природа променя провокує виникнення шуму на ділянці об'єкт випромінювання-досліджуваній об'єкт-детектор випромінювання, при цьому рівень шуму залежить як від відстані до об'єкта, так і від його позиції та параметрів розміру вокселя. Крім того, при різкому переході з одного інтерфейсу кісткової структури на іншу або ж унаслідок різкої різниці показників щільності між ятрогенними та анатомічними об'єктами в результаті транзиції відбувається розмивання межі чіткої контрастної диференціації, ступінь якої залежить від роздільних характеристик комп'ютерного томографа.

**Мета дослідження.** Розробити оригінальний алгоритм редукції впливу наявності металевих артефактів на якість КТ-реформатів в ході проведення суперімпозиції результатів комп'ютерно-томографічної діагностики стоматологічних пацієнтів.

**Матеріали та методи дослідження.** В ході проведення дослідження було використано 44 пари томограм (*Planmeca ProMax* ® 3D





Classic) стоматологічних пацієнтів, які реєстрували стан стоматологічного статусу безпосередньо після процедури дентальної імплантації та у віддалений період. Алгоритм детермінації поверхонь зубо-щелепового апарату на томограмах реалізовувався залежно від встановленого порогового рівня щільності, а релятивна позиція координат поверхонь, у свою чергу визначалася в залежності від розміру вокселя. В якості аналогу був апробований базовий алгоритм ітеративної корекції феномену утверднення променя з огляду на обраховані показники аттенуації, на основі якого проводили подальші вдосконалення методу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході конверсія файлів DICOM у файли STL із використанням адаптованих програмних модулів було визначено, що ключовими елементами експортування залишаються параметри перетворення, які повинні містити максимальну кількість даних, без редукації наявних шумів, а також порогові показники у межах 300–500 одиниць Хаунсвільда на піксель зображення. Подібна трансформація файлів є необхідною для забезпечення адекватних графічних можливостей при реєстрації метрологічних характеристик та чисельних змін кісткової тканини в періімплантатній ділянці.

Модифікований алгоритм редукації ефекту утверднення променя передбачав реалізацію низки етапів. На першому етапі цього алгоритму проводилося визначення порогових значень щільності імплантату (середнє значення досліджуваної вибірки з певної кількості томограм) для того, щоб обмежити вплив маргінально високих показників щільності ще на етапі препроцесингу. Після виконання дослідження із заданими граничними параметрами проводилося мануальне виділення періімплантатної ділянки у формі зрізаного конуса з основою в 1 мм – показника середньої дисторсії якості зображення кісткової тканини навколо імплантатів, встановленого у раніше проведених дослідженнях. Після формування зони обстеження вона



піддавалась обробці двома кластерними алгоритмами реконструкції SLC (Single Like Clustering) та CLC (Complete-Linkage Clustering). При цьому пороговий рівень відновлення якості зображення в досліджуваній ділянці визначався за параметрами відстані між двома кластерами.

Результати оцінки відновлення якості зображення запропонованим алгоритмом були співставленні з результатами корекції зображення на субвоксельному рівні, описаними в спеціалізованій літературі, які на сьогоднішній день є найбільш релевантними. Було встановлено, що ефективність таких у групі дослідження сягає 87,6% у порівнянні із якістю проведення суперімпозиції без відповідної корекції артефактів.

**Висновки.** Можливість покращення вихідної якості зображення є аргументовано доцільною у формі постпроцесингу отриманих файлових даних як графічного елемента відтворення анатомічних структур. Використання запропонованого оригінального методу дозволяє підвищити ефективність процесу суперімпозиції зображень з метою верифікації перімплантатних змін кісткової тканини, що в свою чергу об'єктивізує чисельні показники змін стоматологічного статусу під час комплексних судово-стоматологічних експертиз.

## **ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ БРУКСИЗМУ ЯК ОДНІЄЇ З ПОШИРЕНИХ ПАТОЛОГІЙ ЗУБО-ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ**

Клітинська О. В., Зорівчак Т. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

м. Ужгород

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день бруксизм часто зустрічається у повсякденній роботі лікаря-стоматолога. Але єдиної достовірної причини виникнення не встановлено, що ускладнює





своєчасність проведення профілактичних заходів та можливість підбору ефективного методу лікування.

**Мета дослідження.** Розглянути та проаналізувати літературні джерела стосовно сучасних теорій етіології та патогенезу бруксизму.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали наукові розробки вітчизняних та закордонних дослідників. В ході дослідження використано бібліо-семантичний метод та структурно-логічний аналіз. Методичною основою дослідження став системний підхід.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Бруксизм – це стоматологічна патологія, головний симптом якої – скрегіт зубами, що виникає при стисненні щелеп внаслідок мимовільного скорочення жувальних м'язів. Проаналізувавши численні літературні джерела вітчизняних та закордонних дослідників, стає відомим, що кожен з них по-своєму трактує причини виникнення даної патології. У зв'язку з цим, існує декілька провідних теорій стосовно його виникнення: психологічна, нейрогенна, остеопатична, стоматологічна.

З точки зору психології бруксизм виникає внаслідок емоційної нестабільності, стресових ситуацій, частих афектних станів. Згідно з нейрогенною теорією ця патологія з'являється в результаті порушення функцій центральної та периферичної нервової систем, наявності епілепсії, тремору, порушень сну.

Прихильники остеопатичної теорії схиляються до думки, що бруксизм – це спроба нейром'язевої системи усунути блокування черепних швів і відновити порушення краніосакрального ритму.

З точки зору стоматологічної теорії виникненню бруксизму сприяють різноманітні відхилення в будові та функціях зубо-щелепної системи. Сюди відносяться патології прикусу, аномалії зубних рядів (адентія, надкомплектні зуби), захворювання СНЩС (артрит, артроз,





синдром Костена), неадекватно підібрані ортопедичні та ортодонтичні конструкції, посттравматичні стани щелеп.

Американські дослідники вважають, що на виникнення бруксизму впливає патологія верхніх дихальних шляхів. Вони відзначають, що із збільшенням частоти бруксизму зростає частота апное сну. Бруксизм та дихальні шляхи по всій ймовірності пов'язані із спробою пацієнта розробити дихальні шляхи під час десатурації. Для покращення вентиляції легень включаються компенсаторні можливості організму, що характеризуються активацією щелеп шляхом відкривання та закривання порожнини рота, що, цим самим, призводять до розширення верхніх дихальних шляхів.

Отже, американські дослідники Оксенберг та Аронс своїми дослідженнями підтвердили, що під час безперервного позитивного тиску в дихальних шляхах спостерігається повне зникнення проявів бруксизму.

**Висновок.** На сьогодні єдиної достовірної причини виникнення бруксизму не встановлено, відомі лише провідні чинники його формування. Ними можуть бути стоматологічна патологія, зокрема, патологічний прикус, аномалія зубних рядів, захворювання СНЩС, посттравматичні стани щелеп, неадекватно проведене ортопедичне або ортодонтичне лікування, а також соматичні порушення, пов'язані із розладами функцій центральної та периферичної нервової систем, порушеннями сну, патологією верхніх дихальних шляхів.





## СУЧАСНА РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

Коробейнікова Ю. Л., Коробейніков Л. С.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

У сучасній стоматології роль рентгенологічного методу дослідження неухильно зростає. Цьому сприяли значні досягнення стоматологічної науки, а головне – прогрес у розвитку комп'ютерної техніки.

Вибір оптимального методу лікування стоматологічних захворювань залежить від правильної постановки діагнозу і своєчасного лікування. У зв'язку з цим, рання диференціальна діагностика захворювань і пошкоджень зубо-щелепної системи, об'єктивна оцінка результатів лікування в найближчих та віддалених періодах є актуальною проблемою в сучасній ортопедичній стоматології.

Єдиною методикою на сьогоднішній день, яка дає можливість отримати тривимірне зображення досліджуваної області з мінімальним опроміненням є конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ).

Метою нашої роботи стало обґрунтування можливості використання КПКТ в сучасній ортопедичній стоматології на підставі аналізу виконених досліджень.

Методом дослідження стала конусно-променева комп'ютерна томографія зроблена на томографі фірми PICASSO, (Vatech Южна Корея).

Було досліджено 150 пацієнтів, які звернулися зі скаргами в клініку ортопедичної стоматології.

Для проведення дослідження здійснювали конусно-променеве сканування верхньої та нижньої щелеп з товщиною зрізу 0.01 мм. Далі виділяли зони інтересу, для яких робили ретроспективну реконструкцію



зображення з метою побудови більш точної і детальної об'ємної моделі. На кожній з досліджуваних томограм було виділено по 4-6 зон обстеження. У програмі тривимірної побудови відтворювалося об'ємне зображення альвеолярного відростка, СНЩС, щелеп в оклюзії. Це дозволило виявити зміни СНЩС, візуалізувати вогнища резорбції та остеопорозу за формою, розмірами і місцем розташування щодо зубного ряду в тривимірному зображенні, виявити стан ортопедичних конструкцій та опорних зубів.

Результати проведеного дослідження свідчать, що єдиною об'єктивною рентгенологічною методикою діагностики ортопедичного лікування є КПКТ, яка дає можливість вивчати:

1) СНЩС у трьох проекціях сагітальній, коронарній та фронтальній. Проводити оцінку положення головки нижньої щелепи у суглобовій ямці, точно візуалізувати форму головки нижньої щелепи, крім того на тонких зрізах можна виявити наступне: ерозії, остеофіти, геоди, склероз, анкілоз, звуження суглобової щілини, остеолітичні утворення та зміни, пов'язані з травмою суглоба.

2) Стан протезного ложа: структуру кісткової тканини, тип кісткової тканини, розміри та ширину альвеолярного відростка.

3) Стан опорних зубів, які плануються або вже приймають участь в утриманні ортопедичної конструкції. Вивчаючи опорні зуби важливим фактором є огляд кореня, стан періодонтальної щілини, наявність та розміри кіст, гранульом. Крім того, можна визначити стан зубів у трьох проекціях та в режимі 3D, що дозволить об'єктивно оцінити перспективу їх використання в якості опори ортопедичної конструкції.

4) Стан кореня до та після протезування штифтовою конструкцією або культьовою вкладкою, відповідність наявних ортопедичних конструкцій клініко-технологічним вимогам.







## **МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ АЛЬВЕОЛЯРНИХ ВІДРОСТКІВ ЩЕЛЕП**

Король М. Д.<sup>1</sup>, Ніколов В. В.<sup>2</sup>, Єфименко А. С.<sup>2</sup>, Оніпко Є. Л.<sup>3</sup>,  
Черепинський О. А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава;

<sup>2</sup> «Вітадент»,

м. Запоріжжя;

<sup>3</sup> «Арт Стоматологія»,

м. Запоріжжя;

<sup>4</sup>ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації  
народної медицини»,

м. Київ.

Якість ортопедичного лікування залежить від швидкості адаптації слизової оболонки протезного ложа і пародонту до ортопедичних конструкцій. Наявність запальних захворювань слизової оболонки порожнини рота істотно ускладнює ортопедичне лікування, знижує його ефективність. У зв'язку з цим потрібна найбільш рання і досконала діагностика запальних станів слизової оболонки.

Нами розроблений спосіб виявлення запалення слизової оболонки порожнини рота на етапах ортопедичного лікування і запропоновано додатково виконувати дослідження слизової оболонки за допомогою цифрового мікроскопа Supereyes B003 з конічною насадкою.

Комп'ютерну візуалізацію і обробку отриманого зображення проводили в програмі Adobe ® Photoshop ® CS6 extended, графічним





аналізом за допомогою інструменту фрагментації (Magnetic Lasso Tool) і інструменту "аналіз кольору" (Color Sampler Tool).

Запальні зміни виявляють по інтенсивності медіани червоного спектру зображення на кольоровій гістограмі і по числових значеннях середнього показника гістограми.

Методика проведення дослідження полягає в наступному. Після збору анамнезу і візуального обстеження порожнини рота пацієнта безпосередньо в стоматологічному кріслі, виконують дослідження слизової оболонки порожнини рота за допомогою цифрового мікроскопа Supereyes B003 з конічною насадкою. Цифровий мікроскоп Supereyes B003 налаштовують на максимальне збільшення зображення і максимальне підсвічування поля дослідження. В якості насадки використовують конічну насадку для дослідження зовнішнього вушного проходу, яку перед дослідженням автоклавують.

Ділянку дослідження просушують. Мікроскоп притискають до слизової оболонки в заданій ділянці слизової оболонки порожнини рота. За допомогою спеціальної кнопки отримане зображення фіксується і зберігається у форматі, що дозволяє його обробку в програмі Adobe ® Photoshop ® CS6 extended.

Наступним етапом є підготовка зображення до графічного аналізу. За допомогою інструменту фрагментації (Magnetic Lasso Tool) виділяють фрагмент зображення, а використовуючи інструмент "аналіз кольору" (Color Sampler Tool), отримують кольорову гістограму виділеного фрагмента і по інтенсивності червоного спектру зображення на кольоровій гістограмі визначають запалення слизової оболонки порожнини рота.

Діагностично важливими показниками гістограми є середнє значення і медіана червоного спектру зображення, оскільки домінування червоного кольору (гіперемія) свідчить про запалення.





Зменшення числових значень середнього показника і медіани червоного компонента і зміщення гістограми вліво відповідає більшій насиченості червоного кольору.

Запропонований спосіб дозволяє досягти чіткого виявлення стану слизової оболонки порожнини рота за мінімальну кількість часу і забезпечує високу міру об'єктивізації і інформативності процесу.

За допомогою запропонованого способу визначення запалення слизової оболонки порожнини рота необхідно провести дослідження наявності знімних і незнімних конструкцій зубних протезів на різних етапах їх виготовлення.

## **МОРФОЛОГІЯ ПРИШІЙКОВОЇ ДІЛЯНКИ ЗУБА В АСПЕКТІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ**

Костиренко О. П., Котелевська Н. В., Нетребовська О. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава

Гіперестезія твердих тканин зубів до дії термічних, механічних або хімічних подразників досить часто трапляється в клінічній практиці. Провідними чинниками є загальні (ендогенні) і місцеві (екзогенні) фактори, які переважають у певній клінічній ситуації. Під час гіперестезії спостерігається демінералізація твердих тканин зуба, що призводить до зниження їхньої стійкості (резистентності) до дії різних місцевих несприятливих чинників. У доступній нам літературі не вдалося знайти обґрунтування процесу гіперестезії за участю структурних елементів твердих тканин зуба.





Мета роботи. Способом гістологічного визначення елементів твердих тканин зуба дослідити шляхи виникнення гіперестезії пришийкової ділянки зуба.

Матеріалом для дослідження слугували тонкі шліфи виготовлені з поперечних зрізів пришийкової ділянки зубів різних класів. Останні гістологічно забарвлювали за методикою Крапівіна та вивчали під світловим мікроскопом. Отримані результати фіксували цифровою фотокамерою.

Результати дослідження показали наявність структурних елементів твердих тканин зубів, які розташовані в пришийковій ділянці зуба. Так, на тонких шліфах поперечних зрізів зубів цієї ділянки ми спостерігали характерні розташування та напрямок дентинних каналців. Останні проходять майже паралельно до поверхні зрізу в зоні плащового дентину й закінчуються в зоні цементу кореня. Особливу увагу звертає на себе пучок аргірофільних нервових волокон, які спіралеподібно переплітаються між собою, поширюючись по всьому периметру плащового дентину. Ці волокна проходять неподалік від цементу кореня, а в окремих ділянках занурюються в нього. На нашу думку, такі волокна структурно нагадують перехвати Ранв'є і відіграють провідну роль в інервації пришийкової ділянки зуба та забезпечують виконання рефлекторної функції пародонту. Також слід зазначити, що під час рецесії ясен на фоні дистрофічно-запальних та дистрофічних процесів пародонту відбувається руйнування цементу й оголення термінальних ділянок пучків нервових волокон пришийкової ділянки зуба.

Таким чином, зазначені вище процеси сприяють виникненню гіперестезії пришийкової ділянки зуба при патології пародонту. Детальне вивчення механізму виникнення підвищеної чутливості дентину в цій зоні





дасть змогу в клінічних умовах раціонально провести місцеве медикаментозне лікування.

## **ВІДМІННОСТІ РОЗПОДІЛУ КРАНІОТИПІВ В ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ**

Коцюра О. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
м. Вінниця

**Актуальність:** У світовій антропологічній літературі можна зустріти спроби тотального аналізу кефалометричних даних у всіх сучасних людських рас. Це дозволяє, з одного боку, забезпечити інформаційну базу для порівняльних анатомо-антропологічних досліджень різних етнічних груп і виявлення їх подібних і різних морфологічних рис і, з іншого, створити основу для багатовимірного біометричного аналізу залежностей між різними анатомічними структурами лицьового і мозкового відділу черепа. Ймовірно, успіхи таких досліджень були б ще більш плідними, якби етнічні відмінності розмірів мозкового та лицьового черепа підкріплювалися даними стосовно розподілу краніотипів у певній популяції та субпопуляції. Крім того, для кожної етнічної групи повинна бути визначена своя кефалометрична норма, отримати яку можливо лише при дослідженні практично здорових представників населення.

**Мета:** Встановлення особливостей розподілу краніотипів у соматично здорових чоловіків в залежності від регіональної приналежності.





**Методи і матеріали:** У результаті скринінг-опитування більш ніж 3500 чоловіків віком від 19 до 35 років із різних регіонів України було відібрано 200 практично здорових чоловіків, у третьому поколінні мешканців різних етно-територіальних регіонів зі сприйнятливими, помірно сприйнятливими і задовільними за екологічних умов проживання населення місцевостей України, яким проведено кефалометричне дослідження. Кефалометричні дослідження проводили із врахуванням загальноприйнятих рекомендацій та анатомічних точок. Форма голови визначалась за формулою: найбільша ширина голови (потиличний діаметр) \* 100 / найбільшу довжину голови (відстань від глабелли до опістокраніон). При значенні до 75,9 чоловіків відносили до доліхоцефалів; 76,0-80,9 – до мезоцефалів; 81,0-85,4 – до брахіцефалів; 85,5 і більше – до гіпербрахіцефалів. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою ліцензійного статистичного програмного пакету “Statistica 6.1”.

**Результати дослідження:** В результаті проведених нами досліджень встановлено, що в усіх регіонах України відмічається явище брахікефалізації. Встановлено, що у чоловіків північного регіону України (n=32) відсоткова частка доліхоцефалів (6.3%) достовірно ( $p < 0,01$ ) менша порівняно з відсотковою часткою мезо- (34.4%) і брахіцефалів (37.5%). У чоловіків південного регіону України (n=33) відсоткова частка доліхоцефалів (6.1%) достовірно ( $p < 0,05-0,001$ ) менша порівняно з відсотковою часткою мезо- (30.3%) і брахіцефалів (45.5%), а відсоткова частка гіпербрахіцефалів (18.2%) достовірно ( $p < 0,05$ ) менша порівняно з відсотковою часткою брахіцефалів. У чоловіків центрального регіону України (n=64) відсоткова частка брахіцефалів (39.1%) достовірно ( $p < 0,05-0,01$ ) більша порівняно з відсотковою часткою доліхо- (17.2%) і гіпербрахіцефалів (18.8%). У чоловіків західного регіону України (n=36)





відсоткова частка брахіцефалів (50.0%) і гіпербрахіцефалів (30.56%) достовірно ( $p < 0,05 - 0,001$ ) більша порівняно з відсотковою часткою доліхо- (8.3%) і мезоцефалів (11.1%). У чоловіків східного регіону України ( $n=35$ ) відсоткова частка гіпербрахіцефалів (14.3%) достовірно ( $p < 0,05$ ) менша порівняно з відсотковою часткою брахіцефалів (40.0%).

**Висновки:** У практично здорових чоловіків із різних регіонів України встановлено достовірно більші відсоткові значення брахіцефалів, що свідчить за наявність в досліджуваній популяції редуційних мікроеволюційних процесів.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО МЕТОДІВ РЕТРАКЦІЇ ЯСЕННОГО КРАЮ

Криничко Ф. Р.<sup>1</sup>, Ярковий В. В.<sup>2</sup>, Криничко Л. Р.<sup>1</sup>,  
Малюченко М. М.<sup>2</sup>, Калашніков Д. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Приватна стоматологічна клініка «Стоматологія Кринички»,  
м. Київ;

<sup>2</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

**Актуальність.** Невід'ємною частиною виготовлення ортопедичних реставрацій служить ретракція ясенного краю. Для того, щоб вийшла оптимальна щільність прилягання коронки до краю уступу, сформованого нижче рівня ясенного краю, необхідно гарне відображення простору за уступом. Цього можна домогтися різними способами.





**Мета дослідження:** визначити найбільш оптимальний метод розкриття зубодесневої борозенки для зняття відбитків під незнімні ортопедичні конструкції.

Ретракція ясен – це комплекс заходів, спрямованих на тимчасове розширення зубоясенної борозни в вертикальному і горизонтальному напрямку за рахунок відтискання і зменшення обсягу тканин ясен, зупинку або попередження кровотечі та зменшення виділення ясенної рідини.

На сьогоднішній день відомі наступні методи ретракції ясен: механічний, хірургічний, механохімічний, комбінований, тобто застосування вищезазначених методів в поєднанні. Кожен з вищезазначених методів має низку недоліків. Застосування ретракційних ниток і паст через вміст в них адреналіну протипоказане пацієнтам із захворюваннями серцево-судинної системи, людям похилого віку та вагітним жінкам.

Хірургічний метод є досить травматичним, а також не виключає подальшу рецесію ясен. Обминути існуючі недоліки вищеописаних методів дозволяє використання діодного лазера.

Діодний лазер для м'яких тканин широко використовується в стоматології. Він має низку переваг.

По-перше, його вплив набагато м'якший, ніж вплив електрохірургії або скальпеля.

По-друге, він практично не виділяє тепло, що не викликає перегріву м'яких тканин.

По-третє, за допомогою лазера тканина відділяється м'яко та легко і гемостаз досягається набагато швидше, що призводить до мінімальної рецесії ясенного краю.

По-четверте, у відтисках, отриманих після ретракції лазером, добре відображається простір за уступом, що полегшує роботу техника і





покращує якість ортопедичних конструкцій. Крім цього дана процедура є безболісною та не вимагає проведення анестезії.

Таким чином, ретракція ясенного краю діодним лазером, є оптимальним методом ретракції ясенного краю при знятті відтисків для виготовлення незнімних ортопедичних конструкцій, безболісним і менш інвазивним в порівнянні з іншими методами.

## СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Крупей В.Я.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
м. Тернопіль

**Актуальність.** Захворювання органів травлення належать до найбільш поширених патологічних станів дитячого віку і в структурі загальної захворюваності складають 25% – 31 %. Запальні захворювання травного тракту часто супроводжуються ураженнями зубощелепної системи. Вивченню гігієнічного стану ротової порожнини у дорослого контингенту із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, що є групою ризику виникнення уражень твердих тканин зубів, тканин пародонту, присвячено ряд робіт. Проте є лише поодинокі роботи, присвячені даному питанню в дитячого населення.

**Мета:** вивчити стан гігієни порожнини рота у дітей з хронічною патологією шлунково-кишкового тракту.



**Матеріали та методи дослідження.** Нами проведено обстеження 242 дітей віком 7-9 років із каріозними ураженнями твердих тканин зубів та тканин пародонту на фоні хронічних захворювань ШКТ. Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували індекс Грін-Вермільона. На всіх поверхнях визначали зубний наліт і зубний камінь (індекс ОНІ-S). Для визначення товщини зубного нальоту використовували індекс Silness-Loe. Оцінку результатів проводили згідно градації по ВООЗ: "добра", "задовільна", "незадовільна", "погана" гігієна порожнини рота.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведене нами анкетування дітей із карієсом зубів та запаленням тканин пародонту на фоні хронічних захворювань ШКТ показало недостатню інформованість дітей відносно навичок догляду за порожниною рота і низький рівень гігієнічного виховання. Так, лише 14,05 % опитаних мали адекватні навички гігієни порожнини рота і чистили зуби двічі в день. За результатами опитування 62,26 % дітей чистили зуби 1 раз в день, 18,73 % осіб чистили їх нерегулярно, у 4,96 % були відсутні елементарні знання і навички по догляду за порожниною рота. При аналізі гігієнічного стану порожнини рота звертали увагу на характер нальоту на зубах: м'які назубні відкладення та зубний камінь і щільний пігментований зубний наліт. Розташовувався він на шийках зубів із вестибулярної і оральної поверхонь. Щільний наліт суцільно покривав зубні поверхні та був немонохромним, відзначалася різниця в кольорі від жовтого та коричневого до сіро-чорного. Зубний камінь відзначався як у дітей з хронічним гастритом та дуоденітом, так і з виразковою хворобою 12-палої кишки. Цифрові значення гігієнічних індексів ОНІ-S та Silness-Loe залежали від важкості основного захворювання. Так, найнижчі значення індексів встановлені у дітей, які мають хронічний гастрит, а найбільші - на фоні виразкової хвороби 12-палої кишки. "Добрий" стан гігієни порожнини рота





визначався лише у 4,2 %, "задовільний" - у 69,8 % дітей, а "незадовільний" - у 26 % дітей. При цьому гігієнічний індекс ОНІ-S у дітей з хронічним гастритом складав від  $1,2 \pm 0,06$  до  $2,3 \pm 0,12$  бал., а індекс Silness-Loe  $1,54 \pm 0,08$  -  $2,35 \pm 0,12$  балів. У дітей, хворих на хронічний дуоденіт, дані індексу ОНІ-S та Silness-Loe становили  $2,3 \pm 0,12$  та  $2,36 \pm 0,12$  бал.

**Висновок.** Отримані дані свідчать про незадовільний гігієнічний стан порожнини рота та низький рівень гігієнічного виховання дітей віком 7-9 років, які мають тяжку хронічну патологію ШКТ, і є групою ризику виникнення уражень як в твердих тканинах зубів, так і в тканинах пародонту, що вимагає проведення активних форм роботи з метою вироблення стійких навичок систематичного догляду за порожниною рота.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПРОЦЕСІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСНЕННЯ У ТКАНИНАХ ПАРАДОНТУ НА ТЛІ ДІЇ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ**

Лаврін О. Я., Щерба В. В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

**Актуальність теми.** Провідне місце в структурі стоматологічних хвороб за розповсюдженістю займають запальні та дистрофічно-запальні захворювання тканин пародонту. Незважаючи на те, що більшість авторів провідну роль у виникненні запальних захворювань пародонту приділяє бактеріальній колонізації, у ряді робіт останніх років відмічено, що мікробна інвазія може бути лише пусковим механізмом у процесі



руйнування тканин, які входять до складу пародонту. Отже, вивчення впливу різних екзогенних та ендогенних факторів, в тому числі і тютюнового диму, на механізм локальної тканинної реакції є на сьогодні актуальною проблемою парадонтології. За сучасними даними, одним з найбільш специфічних маркерів, що дозволяють з достатнім ступенем точності, достовірності та відтворюваності результатів дослідження оцінити рівень продукції вільних радикалів в організмі, є 8-ізопростан (8-ІІ). Це продукт метаболізму в реакціях пероксидного окиснення арахідонової кислоти, ізомерний простагландину F<sub>2α</sub>.

**Мета дослідження:** вивчити вплив тютюнового диму на вміст 8-ізопростану в тканинах парадонту.

**Результати дослідження:** Концентрація 8-ізопростану в супернатанті гомогенату тканин парадонту контрольної групи становила (3,94±0,18) пг/мл. У осіб дослідної групи даний показник зріс у 2,9 рази і становив (11,50±0,39) пг/мл. Це свідчить про те, що на тлі дії тютюнового диму в тканинах парадонту розвивається оксидативний стрес, що характеризується збільшенням інтенсивності продукування активних форм кисню. З молекулярної точки зору найбільш неблагоприємними наслідками надлишку активних форм кисню є їх взаємодія з амінокислотними залишками в молекулах протеїнів, денатурація функціонально циркулюючих і структурованих в тканинах білків, а також денатурація ДНК.

Отже, на тлі дії тютюнового диму, в тканинах парадонту достовірно зростає генерація активних форм кисню, що вказує на виражений дисбаланс вільнорадикального гомеостазу.



## **ОПЕРАЦІЯ ЗАКРИТОГО СИНУС-ЛІФТУ З ОДНОМОМЕНТНОЮ ДЕНТАЛЬНОЮ ІМПЛАНТАЦІЄЮ**

Левандовський Р. А.<sup>1</sup>, Бєліков О. Б.<sup>2</sup>, Шевчук А. О.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Приватна стоматологічна клініка доктора Р. Левандовського,  
м. Коломия;

<sup>2</sup>ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет»,  
м. Чернівці.

Дентальна імплантація, метою якої є створення опорних елементів для подальшого встановлення зубо-протезної конструкції, може проводитись за одно- чи двохетапною методикою, залежно від конкретних клінічних умов. Однією з передумов застосування двохетапної методики на верхній щелепі є недостатній об'єм та якість кістки в місці проведення імплантації, для забезпечення надійної стабілізації імплантата, що є наслідком інволютивних процесів в альвеолярному відростку після видалення зубів та пневматизації з боку верхньощелепного синусу. Додаткове оперативне втручання – підняття дна верхньощелепної пазухи (т. з. операція синус-ліфту) може значно покращити умови встановлення і стабілізації імплантатів, проте суттєво відтерміновує момент протезування (мінімально на 9-12 місяців). Тому великий інтерес фахівців викликають методики, які дозволяють об'єднати у часі ці два оперативні втручання із досягненням успішного результату.

Нами, у віддалені терміни спостережень, проведено аналіз застосування методу дентальної імплантації з одночасним підняттям дна верхньощелепного синусу у 26 пацієнтів (семи чоловіків і 19 жінок) із дистально необмеженими дефектами зубних рядів верхньої щелепи, що





закінчувались на рівні премолярів та ікол. Спостереження проводилось протягом восьми років. В усіх випадках операція синус-ліфту здійснювалась методом доступу через імплантаційне ложе (закритий синус-ліфт). Оперативне втручання, за відсутності ускладнень, підняття дна і внесення аугментаційного матеріалу, проводилось за стандартною схемою: після розширення імплантаційного ложа до потрібного розміру слизову оболонку дна та стінок верхньощелепного синусу обережно відшаровували зігнутою під прямим кутом кюретою, а отриманий простір заповнювали кістково-пластичними матеріалами. Після чого вводили імплантат, який при встановленні мав певний тиск на матеріал і формував купол над своєю верхівкою. При встановленні 2-3 імплантатів в ділянці дефекту, такого втручання потребували 1-2 імплантати, для решти об'єму кістки було достатньо без проведення синус-ліфту. Факт підняття дна синусу було підтверджено контрольними ортопантомограмами, зробленими негайно після оперативного втручання.

У двох випадках, через не діагностований хронічний синусит, не виявлений при попередньому обстеженні, в процесі відшарування мембрани відбувся її розрив, з подальшим потраплянням запального ексудату в імплантаційне ложе. Нами було зроблено ревізію синусу через кісткове вікно створене на вестибулярній поверхні пазухи, проведено ретельне її промивання, перфорація ушита із застосуванням штучної мембрани та продовжено дентальну імплантацію за наміченим планом, після чого кісткове вікно також ушите за допомогою мембрани. Фармакологічна підтримка у післяопераційному періоді включала стандартний набір протизапальних середників. Додатково пацієнти, протягом 10-14 днів, знаходились під спостереженням ЛОР-спеціалістів. Згодом усім пацієнтам, за двохетаповим протоколом, було виготовлено і встановлено незнімні зубні протези з цементною фіксацією.





Віддалені спостереження та контрольне рентгенологічне обстеження проводилися на момент здійснення другого хірургічного етапу (встановлення абатментів) через 4-5 місяців та після 6, 12 і 24 місяців функціонування ортопедичної конструкції. В усіх 26 випадках було відзначено успішну остеоінтеграцію встановлених імплантатів та позитивну динаміку перебігу синуситу. В зазначений період спостереження, в жодному клінічному випадку, не було виявлено втрати аугментаційного матеріалу та надмірної втрати кісткової тканини навколо шийок імплантатів.

Висновки: зазначена методика проведення дентальної імплантації з одночасним підняттям дна верхньощелепної пазухи є альтернативним методом лікування, що дозволяє значно скоротити його терміни, проте вимагає високої кваліфікації хірурга-стоматолога. Основними факторами ризику при проведенні такого втручання є анатомічні особливості будови пазухи в місці проведення імплантації та аугментації (тонка, запально змінена слизова оболонка пазухи, наявність перегородок у синусі), а також недостатня інформативність звичайних методів обстеження, які здебільшого використовуються перед операцією. Для забезпечення успішності подібного втручання необхідно застосовувати метод комп'ютерної томографії та ендоскопічне обстеження верхньощелепного синусу із залученням ЛОР-спеціаліста.





## КЛІНІЧНА ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЗАГОЄННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РУБЦЕВОЗМІНЕНИХ ТКАНИН ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ТА ШИЇ

Лоза Х. О.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
м. Тернопіль

**Актуальність.** Згідно останніх статистичних даних, що публікуються в сучасних наукових виданнях патологічні рубці зустрічаються в 10% від загальної популяції населення всієї планети. Тому створення оптимального естетичного рубця було і залишається основною проблемою в пластичній та щелепно-лицевій хірургії. До середини ХХ ст. проблема хірургічних ниток не викликала особливого інтересу хірургів. Тільки з 50-х рр. ХХ ст. з'ясувалося, що від якості, хімічного складу і структури матеріалу ниток залежить реакція тканин на їх імплантацію, а в кінцевому рахунку, нерідко й підсумок операції. Доведено, що характер і вид рубця залежить від процесів, які відбуваються в рані на ранньому післяопераційному періоді, на які, в свою чергу, значною мірою, впливає вид використаного шовного матеріалу.

**Мета роботи:** порівняння клінічних ознак післяопераційних рубців у залежності від використаного шовного матеріалу.

**Матеріали та методи дослідження.** Клінічні дослідження проводили на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї. У дослідження включено 60 пацієнтів, яким проведено оперативне втручання з приводу видалення новоутворень чи інші місцево-пластичні операції. Розподіл клінічних груп проведено у залежності від способу закриття





операційної рани. До I групи ввійшло 30 пацієнтів, яким накладено вузлові шви, до II групи – 30 пацієнтів, яким на раневу поверхню нанесено шкірний клей «Дермабонд». Клінічна оцінка якості формування післяопераційних рубців проводилась на 1-й, 7-й, 14-й день та через 1, 6 та 12 місяців після оперативного втручання за зведеною стандартизованою таблицею в нашій модифікації, яка характеризувала утворення рубців за 7 ознаками.

**Результати та їх обговорення.** За шкалою оцінювання післяопераційних рубців спостерігали зміни її параметрів впродовж всього терміну клінічного дослідження. На 1-й день після проведеного оперативного втручання у пацієнтів I групи загальна сума балів становила 331, у пацієнтів II групи – 199. На 7-й день загальна кількість балів у пацієнтів I групи зменшилась до 312, у пацієнтів II групи – до 171. На 14-й день після проведеного оперативного втручання сума балів за шкалою оцінювання післяопераційних рубців становила 237 у пацієнтів, яким накладено шви та 102 – у пацієнтів, яким нанесено шкірний клей. На 28-й день, після проведення хірургічного втручання, за шкалою оцінювання післяопераційних рубців у пацієнтів I групи сума балів становила 140, у пацієнтів II групи – 72. На 180-й день сумарна кількість балів у пацієнтів, яким накладено вузлові шви, становила 86, у пацієнтів, яким нанесено шкірний клей – 29. На 360-й день після оперативного втручання сумарна кількість балів складала 69 у пацієнтів I клінічної групи, у II групі даний показник становив 24 бали. Незважаючи на зміни якісних показників за шкалою оцінювання післяопераційних рубців спостерігали достовірне зниження середнього значення кількості балів впродовж всього терміну клінічного дослідження.

**Висновок:** проводячи порівняльну характеристику динаміки клінічних змін у післяопераційних рубцево-змінених тканинах шкіри, слід



зауважити, що застосування шкірного клею «Дермабонд» скорочує термін епітелізації, сприяє оптимальному загоєнню ран та призводить до формування більш естетичних рубців, що створює оптимальний як функціональний, так і косметичний результат.

## **АНАЛІЗ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ БРУКСИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПАЛЬЦЕВОГО САМОМАСАЖУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРИЛАДУ GRINDCARE**

Мартиць Ю. М.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

**Актуальність.** Бруксизм являє собою як природну, фізіологічну компенсаційну реакцію організму, так і патологічну, в основі якої переважають процеси, пов'язані з виникненням гіперактивності жувальних м'язів, і проявляється у вигляді мимовільного тертя, стискання, постукування зубами як під час сну, так і під час неспання. Ускладнення бруксизму можуть бути як інтраоральні (патологічна стертість зубів, тріщини емалі, переломи коронок зубів, сколи кераміки, пошкодження ортопедичних конструкцій та ін.), так і позаротові (дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу, головні болі, відчуття втомленості та ін.). Оскільки бруксизм є поліетіологічним захворюванням, його етіотропне лікування є ускладненим, тому що для виявлення істинної причини цього явища дуже часто необхідно провести чисельні обстеження та дослідження, що не завжди є можливим через відсутність мотивації



пацієнта, недостатню кваліфікацію стоматолога або відсутність відповідної діагностичної бази. Тому лікування бруксизму в основному зводиться до профілактики або лікування його ускладнень, що виникають через підвищений тонус м'язів, що піднімають нижню щелепу.

**Метою** даного дослідження було знайти ефективний та доступний спосіб зниження рівня бруксизму.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось за участі 52 дорослих пацієнтів, яким було діагностовано бруксизм. Перед початком дослідження всім пацієнтам проводилось визначення початкового рівня бруксизма із застосуванням індивідуального портативного електроміографа Grindcare (Medotech, Данія) в режимі діагностики. Визначались такі показники, як кількість, тривалість бруксизмальних епізодів протягом однієї ночі та величина електроміографічного потенціалу скроневого м'язу, на якому, власне, і фіксувався електрод приладу. Після цього проводилось навчання пацієнтів прийомам пальцевого самомасажу. Пропонувалось проводити двосторонній пальцевий масаж скроневого, жувального м'язів, м'язів дна порожнини рота, атланта-окципітальної ділянки, задньої поверхні шиї, трапецієподібного м'яза. Ми рекомендували здійснювати колові рухи, прогладжування, постукування та легкі притискання вказаних ділянок протягом 10 хвилин двічі на добу, вранці одразу після пробудження та ввечері перед сном протягом 14 днів. Одночасно пропонували пацієнтам утриматись від прийому фармакологічних препаратів, які можуть впливати на тонус м'язів або збуджуваність ЦНС (седативні, снодійні препарати), прийому алкоголю, надмірного вживання кави, міцного чаю, тонізуючих напоїв. Після 14 днів проведення вказаних процедур повторно застосовувався прилад Grindcare з визначенням тих самих показників.



**Результати дослідження та їх обговорення.** Отримані нами результати були наступними. Під час визначення початкового рівня бруксизма середня кількість скорочень скроневого м'язу була на рівні  $12,8 \pm 5,6$  епізодів за годину, середня тривалість одного епізоду –  $4,7 \pm 1,8$  сек., середня величина біоелектричного потенціалу скроневого м'язу складала  $14,2 \pm 1,3$  mV. Після проведення пальцевого самомасажу протягом 14 днів було виявлено зменшення кількості скорочень скроневого м'язу до  $8,7 \pm 4,3$  епізодів за годину, середньої тривалості одного епізоду – до  $3,1 \pm 0,7$  сек., середня величина біоелектричного потенціалу скроневого м'язу знизилась до  $9,8 \pm 0,4$  mV.

**Висновки.** З наведених результатів видно, що застосування пальцевого самомасажу скроневого, жувального м'язів, м'язів дна порожнини рота, атланта-окципітальної ділянки, задньої поверхні шії, трапецієподібного м'язу пацієнтами з бруксизмом дозволяє зменшити його інтенсивність та може рекомендуватись як ефективний та доступний спосіб профілактики ускладнень цього патологічного стану.

## **КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ ЯК МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕП**

Марченко А. В., Петрушанко Т. О.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

Сьогодні 3-D технології є досить прогресивними і стають більш доступними, що зумовлює їх популяризацію та широке використання для дослідження людського тіла (James K. et al., 2010; Lu P. et al., 2000; Ferrario



V.F. et al., 2002; Nervina J.M., 2012). Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) дає вагомі переваги для роботи із зображеннями в стоматології, вона дозволяє описати черепно-лицевої анатомії точно і дати вичерпну інформацію про анатомічні відносини та індивідуальні характеристики пацієнта для поліпшення діагностики, планування лікування і прогнозування (Kapila S. et al., 2011).

Сучасні світові наукові тенденції розвитку ортодонтичної діагностики направлені на вивчення етнічної та гендерної нормативної морфологічної бази. Це обумовлено тим, що багато досліджень, проведених в різних країнах, свідчать про невідповідність існуючих загальноприйятих цефалометричних нормативів місцевим показникам осіб із нормальною оклюзією. Для трактування цефалометричних даних при визначенні діагнозу, навчальні посібники пропонують використовувати норми [П. С. Фліс, 2007; Н.В. Головка, 2003; Л.С. Персин, 2004], які були розроблені для етнічних популяцій різних країн. І на сьогоднішній день немає чітких рекомендацій щодо застосування того чи іншого цефалометричного методу та яку нормативну базу, якої країни (етнічної групи) слід використовувати для мешканців України.

Мета роботи: встановити морфопогеометричні характеристики зубних дуг верхньої та нижньої щелеп у юнаків і дівчат із ортогнатичним прикусом слов'янської етнічної групи в залежності від краніотипу.

Використані комп'ютерно-томографічні, кефалометричні та статистичні методи дослідження. Після попереднього огляду відібрані юнаки та дівчата слов'янської етнічної групи з ортогнатичним прикусом. Отримані та проаналізовані 90 дентальних тривимірних репродукцій, отриманих методом конусно-променевої комп'ютерної томографії та 90 кефалометричних карт.







Базуючись на отриманих даних розробляються нормативні індивідуальні комп'ютерно-томографічні параметри зубощелепного комплексу для осіб із різними типами голови та лица, математичне обґрунтування відтворення індивідуального положення зубів та параметрів зубної дуги у юнаків та дівчат з ортогнатичним прикусом в залежності від одонтометричних та кефалометричних показників.

Оскільки в попередніх дослідженнях при порівнянні комп'ютерно-томографічних метричних характеристик однойменних зубів правої і лівої сторін, достовірних або тенденцій відмінностей виявлено не було, нами в подальших дослідженнях використовуються середні значення відповідних зубів (медіальних та латеральних різців, ікол, першого і другого малих кутніх зубів, а також першого великого кутнього зуба на верхній або нижній щелепах), що спрощує застосування отриманих результатів при побудові моделей коректної форми зубної дуги, а також в практичній діяльності лікарів-стоматологів при реконструктивно-відновлювальному лікуванні зубо-щелепної системи.

Отримані результати надають можливість визначити, що комп'ютерно-томографічні мезіодистальні розміри практично всіх зубів у юнаків (за виключенням нижнього правого ікла) володіють незначними індивідуально-типологічними відмінностями у представників різних краніотипів (мезоцефалів та брахіцефалів). Перспективним є дослідження відмінностей досліджуваних розмірів у дівчат різних краніотипів та між досліджуваними обох статей.



## **ЕФЕКТИВНІСТЬ СИНБІОТИКА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Мачоган В. Р., Лебідь О. І., Стойкевич Г. В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,  
м. Тернопіль

Генералізований парадонтит – найпоширеніша патологія пародонта, яка призводить до втрати зубів і незворотніх змін в зубо-щелепній системі. Тому на даний час залишається актуальним питання щодо вдосконалення наявних та пошуку нових комплексних методів лікування цієї патології. В комплексній терапії лікування парадонтиту широко застосовуються синбіотики, які позитивно впливають на склад мікрофлори ротової порожнини, зокрема синбіотик «Бактулін», який поєднав в собі властивості пробіотиків та пребіотиків.

Для об'єктивної оцінки ефективності синбіотика «Бактулін» в комплексному лікуванні генералізованого парадонтиту був проведений рівномірний випадковий розподіл хворих на групи спостережень з урахуванням ступеня розвитку генералізованого парадонтиту. У хворих основної групи і в групі порівняння парадонтит I та II ступеня зустрічався у 80,33 % і 80,95 % випадків відповідно. Решту випадків (1/5 хворих) в кожній групі склав III ступінь парадонтиту. Відміни між відсотковими показниками були недостовірними, тобто за ступенем розвитку парадонтиту групи були сформовані однорідними.

Пацієнтам контрольної групи проводили традиційне лікування за показаннями, а пацієнтам основної групи додатково місцево застосовували суспензію препарату «Бактулін» у вигляді аплікацій на ясна. За наявності пародонтальних кишень суспензія «Бактуліну» вводилася безпосередньо у





кишені. Для збільшення тривалості контакту тканин пародонта з суспензією «Бактулін» нами використана методика нанесення цього препарату в екстемпорально виготовлену зубну капу з силіконового відбиткового матеріалу. Процедура проводилася пацієнтам з II та III ступенем тяжкості пародонтита 3-4 кратно після проведення професійного чищення зубів та усунення етіологічних факторів. Окрім того, перорально призначався «Бактулін» по 2 таблетки 3 рази в день з рекомендацією тримати таблетки в роті до повного розсмоктування.

Клінічне обстеження стану тканин пародонта хворих кожної групи спостереження проводили до лікування, після завершення курсу лікування та через 6 місяців після лікування. В осіб основної групи на 2-3 добу визначалося зниження ознак запалення ясен у 50 пролікованих (81,97 %). В контрольній групі хворих зменшення ознак запалення відбулося на 4-6 добу в 49 хворих (77,78 %). Тобто включення синбіотика в схему лікування зменшувало дисбіотичні явища, які присутні при пародонтиті, що значно швидше сприяло зменшенню запальних явищ. Параклінічні показники достовірно підтверджують позитивний вплив «Бактуліну» на перебіг пародонтиту в хворих основної групи. Так, відбувалось покращення ГІ в хворих на локалізований пародонтит I ступеню на 50,4 % , через 6 місяців цей показник був меншим від показника ГІ до лікування на 35 %. У групі порівняння ГІ покращився після лікування на 41,4 %, через 6 місяців ГІ зберігався кращим на 30,1 % ніж до лікування. У хворих на локалізований пародонтит II ступеню ГІ покращився на 54,8 % та 45,2 % після лікування, на 45,2 % і 28,3 % – через 6 місяців у основній і порівняльній групах відповідно. В хворих на генералізований пародонтит III ступеню ГІ покращився на 55,8 % та 32,5 % після лікування, на 38,5 % і 15,4 % – через 6 місяців у основній і порівняльній групах відповідно.





Отже, запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів із використанням синбіотика «Бактулін» при лікуванні хворих на генералізований пародонтит зменшувало кількість рецидивів захворювання у 3 рази, покращився гігієнічний стан порожнини рота – ГІ у 2 рази на відміну від групи порівняння.

## **ПЕРЕДУМОВИ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ТЕРИТОРІЇ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Мочалов Ю. О., Сабов А. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

м. Ужгород

Проблема профілактики карієсу зубів та інших стоматологічних захворювань є актуальною для Закарпатської області. Це підтверджують високі показники захворюваності на карієс та його ускладнення офіційних статистичних документів, а також результати проведених епідеміологічних досліджень стоматологічного статусу, проведених на території Закарпаття. Рівень поширеності карієсу молочних зубів в Закарпатті складає 98,3%, інтенсивність карієсу становить 14,9. Рівень поширеності карієсу постійних зубів досягає 91,4%, при інтенсивності — 11,3. Незадовільний рівень гігієни порожнини рота був визначений у 89,4% осіб, поширеність ортодонтичної патології складає 75,4%. Таку ситуацію можна вважати критичною.

Якщо врахувати світовий досвід, то профілактичний напрям в стоматології в наш час виглядає найбільш перспективним і таким, який



може вирішити основні завдання з подолання стоматологічної захворюваності населення. Основні стоматологічні програми профілактики, які впроваджувалися раніше в практичну стоматологію, в переважно мали педіатричну спрямованість, і виконувалися в організованих дитячих колективах та стоматологічних медичних закладах.

Профілактика карієсу та захворювань пародонта у дорослих протягом тривалого часу велася неактивно, що не може не характеризувати загальний низький рівень гігієни порожнини рота у населення на теренах колишнього СРСР. Така ситуація створює тенденцію до індивідуалізації стоматологічної медичної допомоги.

Характеризуючи програми індивідуальної профілактики стоматологічних захворювань, можна встановити, що вони подібні до програм колективної профілактики стоматологічних захворювань. Основною метою заходів індивідуальної профілактики також є оздоровлення населення країни, через вдосконалення системи профілактики на загальнонаціональному та регіональному рівнях. За відправну точку індивідуальних профілактичних програм можна поставити усвідомлення ролі та значення гігієнічних процедур для кожного учасника такої програми. Тому, досконале знання засобів гігієни порожнини рота та способів їх правильного використання медичним персоналом дозволяє перетворити індивідуальну гігієнічну стоматологічну процедуру на ефективну профілактично-лікувальну процедуру. Стосовно Закарпаття, то така індивідуалізація має враховувати, окрім екологічних факторів, і ступінь розвитку транспортної і соціальної інфраструктури, рівень доступності стоматологічної медичної допомоги загалом.

Отже, на сьогодні, за наявності високих показників захворюваності на карієс зубів та пародонта у населення Закарпатської області, нерівномірний розподіл вираженості екологічних факторів, соціальних та



розвитку інфраструктури, формують тенденцію до персоналізації медичної допомоги, і в профілактиці стоматологічних захворювань зокрема.

## **ОСОБЛИВОСТІ РАЦІОНАЛЬНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ВАГІТНИХ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Мочалов Ю. О., Степа О. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
м. Ужгород

На сьогодні, антибактеріальна терапія є широко застосовуваною у практиці хірургічної стоматології та щелепно-лицевій хірургії. Антибактеріальна терапія, з лікувальною або профілактичною метою, призначається майже кожному другому пацієнту. Вагітні пацієнтки, котрі також потрапляють на прийом, відповідно до стандартів і протоколів лікування, мають також отримувати антибактеріальну терапію.

Антибактеріальна терапія у вагітних. При плануванні антибактеріальної терапії для вагітних жінок необхідно пам'ятати про можливий потенційний тератогенний ефект антибактеріальних препаратів та негативні побічні їх ефекти, які можуть спричиняти ризикові стани та навіть непрямим способом порушувати перебіг вагітності. Лікаря необхідно враховувати термін вагітності, можливість проникнення препарату через плацентарний бар'єр та його потенційний негативний вплив на ембріон чи плід.

На ступінь дифузії антибактеріального препарату через гемато-плацентарний бар'єр впливає термін вагітності, адже зі збільшенням терміну вагітності збільшується число знову утворених ворсин хоріона,





збільшується поверхня плацентарної мембрани, відбувається посилення кровообігу по її обидві сторони та зміни її товщини. Також відомо, що під час вагітності кровообіг в матці значно зростає, що сприяє кращому трансплацентарному переходу лікувальних препаратів. На перехід препарату впливає ступінь його зв'язування з білками крові, так як дифундує лише вільна частина препарату.

Стосовно окремих груп антибактеріальних препаратів, то встановлено, що вони по-різному здатні проходити через природні бар'єри та накопичуватися в різних відносних концентраціях. Пеніциліни добре переходять через гемато-плацентарний бар'єр, їх ступінь дифузії визначається рівнем зв'язування з білками крові. Бензилпеніцилін, ампіцилін, метицилін мало зв'язуються з білками крові, тому їх концентрація в тканинах плода більша ніж у матері, на відміну від оксикліну і диклоксацину, - останні мають високу ступінь зв'язування із білками плазми крові і меншу концентрацію. Ці препарати позбавлені тератогенних і ембріотоксичних властивостей і можуть бути використані під час вагітності.

При призначанні карбопенемів (іміпенем, меропенем) необхідно враховувати, що вони здатні добре накопичуватися в амніотичній рідині і їх концентрація в ній буде вищою, ніж в сироватці крові матері. Захищені пеніциліни (амоксиклав і його аналоги) здатні знижувати рівень естріолу в плазмі крові, що може призвести до розвитку дистрес-синдрому, тому їх застосування в першому триместрі небажано.

Добре проникають через гемато-плацентарний бар'єр цефалоспорины, їх ступінь переходу збільшується разом з терміном вагітності. Ця закономірність відноситься до цефалоспоринів різних поколінь. Експериментальні та клінічні дані свідчать про відсутність







тератогенної та ембріотоксичної дії у цефалоспоринів першого, другого та в окремих представників третього покоління

Нечисленні дослідження впливів аміноглікозидів свідчать про їх високу проникність через плацентарний бар'єр, на ступінь чого також впливає термін вагітності. Гентаміцин переходить в середніх концентрація, але до кінця вагітності його перехід зменшується. Застосовувати гентаміцин, нетилміцин, стрептоміцин та дигідрострептоміцин під час вагітності не рекомендовано, адже вони володіють ототоксичною дією, яка призводить до порушення розвитку органу слуху у плода.

Тетрацикліни вільно проникають через гемато-плацентарний бар'єр, утворюючи комплекси з кальцієм та відкладаючись в зачатках кісток та зубів, порушуючи в них синтез білків. Дія тетрациклінів на ріст скелета починає проявлятися у другому триместрі вагітності, коли утворюються центри осифікації скелету. Також тетрациклін може викликати гостру жовту дистрофію печінки, тому його застосування не рекомендується під час вагітності.

Антибіотики групи макролідів також проникають через гемато-плацентарний бар'єр, але рівень їх в фетальній крові та амніотичній рідині невисокий, тому ці препарати дозволено застосовувати при вагітності. Негативний вплив фторхінолонів та лінкозамідів не доведено, тому їх застосування у вагітних ризиковане і не рекомендується.

Конкретні протипоказання до застосування під час вагітності має хлорамфенікол, через розвиток «грей-синдрому» і порушення в системі гемопоезу; сульфаніламід, які можуть призвести до ризику розвитку жовтяниці у новонародженого, та хлоридин, який порушує обмін фолієвої кислоти, що призводить до порушень у диференціації тканин центральної нервової системи, ока, скелету.





Метронідазол та леворин не рекомендують застосовувати у першому триместрі вагітності. Протигрибковий препарат гризеофульвін володіє вираженою тератогенною дією. Препарати хініну викликають затримку психічного розвитку, порушення слуху, вроджену глаукому та аномалії сечо-статевої системи.

Отже, на сьогодні визначено потенційний негативний вплив окремих антибактеріальних препаратів на закладку органів та систем, ріст тіла плода. Із застосовуваного арсеналу антибактеріальних препаратів, найменше ускладнень спостерігалось при терапії пеніцилінами та макролідами. З огляду на зручність у використанні та широту спектру дії на мікроорганізмів, остання група препаратів перебуває поза конкуренцією.

## **ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРИВАТНОЇ І «БЮДЖЕТНОЇ» СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ**

Мочалов Ю. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
м. Ужгород

Питання розвитку медичного забезпечення населення України і трансформація системи охорони здоров'я в ефективну і самодостатню господарську модель є надзвичайно актуальним для сучасної України. Оскільки кризові явища в охороні здоров'я не просто її руйнують, а на сьогодні вже призвели до неможливості нею виконувати свою соціальну функцію.

Хочеться констатувати факт, що стоматологічна галузь на фоні загальної картини системи охорони здоров'я виглядає як в більш здоровому





становищі, і насамперед внаслідок явища комерціалізації такого виду діяльності. Але стоматологію неможливу віділити від системи охорони здоров'я, тому загальні системні проблеми та кризові явища поширюються і на неї. Окремим і майже відокремленим аспектом кризи є проблеми правового регулювання такою виду діяльності.

Основними проблемними моментами правового регулювання приватної і «державної» медичної практики можна вважати наступне:

1. Невизначеність основних дефініцій в основному виді діяльності. Не зрозуміло, що ж надається – «медична допомога» чи «медична послуга». Чинне законодавство України не має визначення категорії «медична послуга» і «стоматологічна послуга» і поготів. Продукти творчості науковців та виконавців науково-дослідних робіт, які пропонують визначення, на сьогодні ще не знайшли відповідної імплементації в законодавстві України, і є предметом професійної і наукової дискусії.

2. Незахищений професійний статус лікаря. Переважна більшість нормативно-правових актів на практиці та у реалізації ставить на перше місце перевагу прав пацієнта, а не медичного працівника.

3. Висока зарегульованість медичного бізнесу загалом. Його активність регулюється багатьма законними та підзаконними нормативно-правовими актами. Висока формалізація процесу надання медичної і стоматологічної допомоги в тому числі призводить до нераціонального витрачання робочого часу працівників стоматологічних медичних закладів та підприємців загалом. Для прикладу, можна навести процедуру акредитації медичного закладу, для проходження котрої необхідно приготувати як мінімум 40 різноманітних документів, і цей перелік часто не є вичерпним.





4. Негармонізоване національне законодавство, яке регулює процес надання стоматологічної медичної допомоги. Значна кількість норм була успадкована або запозичена із права часів УРСР. Вони змінювалися, зазнавали адаптації до вимог сучасності. Значна кількість нормативно-правових актів була створена уже в незалежній Україні. Ряд правових актів Європейського Союзу адаптуються та вводяться в законодавство України. Тому досить часто можна спостерігати колізії окремих норм законодавства. Відсутність гармонізації актів ускладнює їх виконання. Поряд із тим, у такій ситуації можна помітити тенденцію до «ручного» регулювання галузі, що є хибним та ризикованим в плані корупційних дій напрямком.

Отже, проблема вдосконалення законодавства, яке регулює приватну і «бюджетну» стоматологічну практику залишається актуальним. Для галузі конче необхідно провести модернізацію та гармонізацію наявної законодавчої бази та гармонізувати «права-обов`язки» медичного працівника.

## **ТИМЧАСОВІ КОНСТРУКЦІЇ НАД ДЕНТАЛЬНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ. ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ**

Накашидзе Г. Н.

лікар-стоматолог-ортопед,

м. Батумі, Грузія.

На сучасному етапі розвитку ортопедичної стоматології лікування із застосуванням методу дентальної імплантації набуває все більшого поширення у вітчизняній стоматологічній практиці. Доцільність цього



методу доведена численними науковими дослідженнями, він стає все більш популярним серед пацієнтів, проте вимагає ґрунтовної підготовки фахівців відповідної кваліфікації: хірургів-стоматологів, ортопедів та зубних техніків. На відміну від початкового періоду розвитку даного методу, сьогоднішнім пацієнтам потрібні не просто хороші у функціональному відношенні зубні протези, які мають стабільну фіксацію в ротовій порожнині, але й високо естетичні конструкції, здатні в короткі терміни після втручання задовольнити їх потреби. Бажання задовольнити потреби пацієнта будь-якою ціною може призвести до виникнення ускладнень, внаслідок припущення певних помилок при виготовленні цих конструкцій.

Для ілюстрації наводимо клінічний приклад: пацієнтка Д., 34 років, звернулась з метою протезування. При обстеженні клінічно та на ортопантограмі виявлено дистальні необмежені дефекти зубних рядів. Відсутні всі моляри та премоляри. На нижній щелепі зубний ряд з відсутністю перших молярів. Таку клінічну ситуацію пацієнтка пояснила патологічною боязню перед препаруванням зубів, і як результат періодичним видаленням зубів. Дефекти зубного ряду на верхній щелепі вирішили замінити незнімним протезуванням з встановленням дентальних імплантатів.

Встановили по три дентальних імплантати на місці 25, 24, 27, 14, 15, 17 зубів. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Шви знято на дев'ятий день. Після цього на категоричну вимогу пацієнтки було виготовлено частковий знімний протез на верхню щелепу з косметичною метою та з метою покращення жування в дистальних відділах порожнини рота. Корекція проводилась один раз, після чого пацієнтка не спостерігалась на протязі шести місяців. Після вказаного терміну появились скарги на болі в ділянці імплантованих замість 17, 25 зубів



імплантатів. При огляді виявлено припухлість над імплантатами у вказаних ділянках. При натискуванні спостерігалась гноетеча. На панорамній рентгенографії значна резорбція кісткової тканини біля імплантатів на місці 17та 25 зубів. Решта імплантатів клінічно та рентгенологічно остеоінтегровані. Вказані імплантати були видалені. Через два місяці проведена повторна імплантація у вказаних ділянках. Заживлення пройшло без ускладнень. Категорично рекомендовано не користуватись знімним частковим протезом протягом всього періоду приживлення імплантатів. Отримано усну згоду. Через чотири місяці встановили формувачі, абатменти та мостоподібні протези з опорою на дентальні імплантати та фіксували їх на цемент. Контроль рентгенологічний через один рік показав задовільний показник щодо резорбції кісткової тканини навколо імплантатів. Клінічно вказано на огріхи гігієни порожнини рота в ділянці мостоподібного протезу на правій верхній щелепі.

Описаний клінічний випадок вказує на проблему яка виникає в випадку не належного контролю за процесом остеоінтеграції в разі встановлення знімної пластинкової апаратури поверх дентальних імплантатів. На нашу думку таку апаратуру краще взагалі не виготовляти і не пропонувати в подібних клінічних випадках, так як вона може бути причиною дезінтеграції імплантатів.

За останні 16 років дана методика була застосована у 8 пацієнтів. Всі вони користувались знімним частковим протезом після дентальної імплантації на верхній щелепі. У трьох були ускладнення описані вище. Двоє пацієнтів втратили по одному імплантату в дистальних відділах верхньої щелепи, одна пацієнтка два. Тому на наше переконання після операції імплантації в дистальних відділах щелеп не слід виготовляти





тимчасові часткові знімні протези через можливу дезінтеграцію імплантатів.

**ОРГАНІЗАЦІЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В  
ПІДРОЗДІЛАХ ВИСОКОМОБІЛЬНИХ ДЕСАНТНИХ ВІЙСЬК  
УКРАЇНИ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АТО**

Неспрядько В. П. , Прохоров С. Л.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м. Київ

**Актуальність.** На теперішній час в зоні проведення АТО постійно знаходиться понад 60 тис. військовослужбовців. Високомобільні десантні війська України відносяться до підрозділів спецпризначення і тому до стану здоров'я бійців цих підрозділів більш жорсткі вимоги ніж до усіх інших. На основі наших даних можливо спрогнозувати стан стоматологічного здоров'я всіх військовослужбовців, які приймають участь в АТО.

**Мета.** Вивчити потребу в стоматологічній допомозі серед військовослужбовців, які приймають участь в АТО. Вивчити розподіл захворювань порожнини рота по нозологічним одиницям.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування 1283 пацієнтів з них: жінок 64, чоловіків 1219, віком від 24 до 59 років, які проходили військову службу в зоні проведення АТО протягом 2015-2016 років. Вони отримували стоматологічну допомогу на базі ПСК-1 та ПСК-2 (пересувний стоматологічний кабінет) розташований на шасі автомобіля підвищеної прохідності ГАЗ-66.







**Результати.** У цілому в ПСК-1 та ПСК-2 за 2015-2016 роки проліковано 1262 військовослужбовця, з них сановано 324. За час роботи тільки одного ПСК-1 терміном з 20.04.15 по 15.08.15 було прийнято 854 військовослужбовця, яким було встановлено фотополімерних пломб – 1478, пломб хімічного затвердження – 36, виліковано пульпітів вітальним методом – 62, періодонтитів – 144, періодонтитів після накладання Ars. past. в мобільних госпіталях та цивільних медичних закладах – 32, періодонтитів ускладнених періоститом – 104, типових видалень – 391, атипових видалень – 5. Видалення, які ускладнились альвеолітом – 28, остеомієліти – 7 (6 верхня щелепа, 1 нижня щелепа), незакінчені видалення після мобільних госпіталів та цивільних медичних закладів – 28.

**Висновки.** За даними наших досліджень встановлено, що 90% мобілізованих потребують лікування зубів, 60% мобілізованих потребують протезування зубів різними видами зубних протезів, з них 20% учасників АТО потребують відновлення зубних рядів за допомогою дентальних імплантантів, так як мають дефекти зубних рядів 1 та 2 класу за класифікацією Кенеді, та включенні дефекти великої протяжності, які неможливо відновити за допомогою мостоподібних протезів. ПСК єдиний ефективний засіб лікування військовослужбовців під час бойових дій.

## **ОЦІНКА ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ ГЕЛЮ, ЩО МІСТИТЬ 0,2 % ГІАЛУРОНОВУ КИСЛОТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Ніколаєнко Т. В.

Стоматологічна клініка «MY DENTIST»,

м. Батумі, Грузія

Дистрофічно-деструктивні процеси в пародонті прогресують з віком. Поширеність захворювань пародонту досягає у осіб молодого віку (до 30



років) 50-60%, у осіб старших 40 років – 100% (Вишняк Г.Н., 1999). Більшість дослідників пов'язують цей факт з доведеним вікозалежним зменшенням мінеральної насиченості і щільності кісткової тканини скелета, що призводить до виникнення остеопенічного синдрому, а при втраті 30-40% мінеральних речовин в кістковій тканині – розвитку остеопорозу (Поворознюк В.В. із співавт., 1995-2000).

Останніми роками в клінічній пародонтології особлива увага приділяється пошуку засобів і методів для посилення процесу регенерації тканин пародонту, для відновлення структурної біології усього ураженого пародонтального комплексу, у тому числі і з'єднувально-тканинних структур. В цьому відношенні представляють інтерес препарати на основі гіалуронової кислоти (ГК). Гіалуронова кислота, стабілізуючи міжклітинну речовину, оберігає тканини пародонту від проникнення мікроорганізмів, вірусів, токсинів. Захисний ефект її проявляється в тому, що вона тимчасово вбудовується в матрикс, що оточує клітини пародонту з глікозаміногліканів і білків і, тим самим, утрудняє проникнення до клітин токсичних речовин (Строителев В.В., 2004; Burger F.D, 1993).

Встановлена роль ГК у формуванні кристалів гідроксиапатиту і виявлені інші остеогенні ефекти. Представлені властивості гіалуронової кислоти дозволяють використати її в тканинній біоінженерії, у тому числі і в пародонтології і імплантології (Bartold P.M. et al., 2006; Srisuvan T. et al., 2006; Dahiya P., Kamal R., 2013). Актуальними є експериментальні дослідження на тваринах для подальшого уточнення механізму дії ГК на тканини пародонту.

**Мета** даного дослідження – оцінка пародонтопротекторної дії препарату «Генгігель» в умовах моделювання пародонтиту.

**Матеріал і методи дослідження.** В експерименті були використані 42 статевозрілих самок та самців білих пацюків лінії Вістар, масою тіла



220 – 240 г, на базі віварію НДР ГУ "Інститут стоматології НАМН України".

В експерименті моделювали пародонтит з використанням «перекисної моделі». Всі тварини були поділені на 3 групи:

- Перша група (15 пацюків) – «контрольна». Тваринам щодня на протязі 45 днів вводили в раціон харчування звичайну рафіновану олію із розрахунку 5% від маси корму.

- Друга група (15 пацюків) – «перекисна модель» пародонтиту. Тваринам щодня на протязі 45 днів вводили в раціон перекислену соняшникову олію (із перекисним числом 34 од.) із розрахунку 5% від маси корму.

- Третя група (12 пацюків) – «перекисна модель» пародонтиту + гель «Генгігель». Тваринам, яким моделювали пародонтит на протязі 45 днів (аналогічно з групою 2), потім на протязі 10 днів проводили аплікації гелю «Генгігель».

Тривалість експерименту становила 55 днів (45 днів – моделювання пародонтиту, 10 днів – лікування). Після завершення експерименту пацюків піддавали евтаназії під тіопенталовим наркозом шляхом тотального кровопускання, робили забір крові, виділяли тканини ясен і блоки щелеп с зубами для біохімічних і морфометричних досліджень.

Про пародонтопротекторний ефект гелю «Генгігель», згідно рекомендаціям О. Н. Воскресенського та співавт. (2002), судили по зниженню ступеня атрофії альвеолярного відростку щелеп (Ніколаєва А.В., 1965) та за даними біохімічних досліджень.

**Результати дослідження.** За даними морфометричних досліджень встановлені високі показники резорбції кісткової тканини альвеолярного відростку у інтактних щурів внаслідок вікової спонтанної атрофії кісткової тканини (вся група –  $34,2 \pm 1,1\%$ , самці –  $37,0 \pm 1,4\%$ , самки –



31,4±0,9%) і у щурів з «перекисним» пародонтитом (вся група 36,3±1,3%, самці – 38,7±1,3%, самки – 33,9±1,7 %). Застосування препарату «Генгігель» призвело до значного зниження ступеню атрофії альвеолярного відростку щелеп (вся група – 29,2±1,2%, самці – 32,1±0,9%, самки – 26,2±1,3%) як у порівнянні з інтактними щурами ( $p < 0,005$ ,  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ , відповідно), так і з щурами другої групи ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,005$  та  $p < 0,01$ , відповідно), що вказує на виражений антирезорбтивний та остеотропний ефекти гіалуронової кислоти.

За даними біохімічних досліджень гомогенатів кісток нижньої щелепи щурів виявлено значне зниження вмісту лужної фосфатази у щурів з «перекисним» пародонтитом (вся група 42,56±1,2%, самці 37,24±1,3%, самки 46,82±1,1%) в порівнянні з інтактними щурами (вся група 64,41±1,2%, самці 65,81±1,3%, самки 73,01±1,1%).

Застосування аплікацій з препаратом «Генгігель» призвело до значного підвищення вмісту лужної фосфатази (вся група 79,94±1,2%, самці 80,76±1,3%, самки 79,12±1,1%), що свідчить про збільшення активності остеобластів на тлі застосування препарату на основі гіалуронової кислоти і, як наслідок, підтверджує остеотропні ефекти гіалуронової кислоти.

**Висновки.** Встановлено пародонтопротекторну дію препарату «Генгігель» у вигляді аплікацій на ясна у щурів, що свідчить про перспективу його використання в якості профілактичного засобу при віковій атрофії тканин пародонту та в якості ефективного лікувального засобу в комплексній терапії генералізованого пародонтиту.



## ВІДМІННОСТІ РОЗПОДІЛУ ТИПІВ ОБЛИЧЧЯ СЕРЕД ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Орловський В. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,  
м. Вінниця

**Актуальність.** У світовій антропологічній літературі зустрічаються спроби тотального аналізу кефалометричних даних всіх сучасних людських рас. Вивчено низку черепних серій, встановлено і уточнено значення цілого ряду діагностичних ознак, розпочато роботу на живих індивідуумах, причому досліджено мозковий і лицьовий відділ у представників різних етносів. Це дозволяє створити основу для багатовимірного біометричного аналізу залежностей між різними анатомічними структурами лицьового і мозкового відділу черепів для кожної етнічної групи. Проте для всіх груп повинні бути визначені свої кефалометричні норми, отримати які можливо лише при дослідженні практично здорових представників населення.

**Мета.** Виявити особливості розподілу типів обличчя у соматично здорових чоловіків України в залежності від регіональної приналежності.

**Матеріали та методи.** У результаті попереднього скринінгового опитування більш ніж 3500 чоловіків віком від 19 до 35 років відібрано 200 практично здорових чоловіків із різних регіонів України. Відібраним чоловікам проведено кефалометричне дослідження, що включало визначення параметрів лицьового відділу голови за допомогою великого ковзного циркуля із шкалою у натуральну величину системи Мартіна та м'якої сантиметрової стрічки із врахуванням загальноприйнятих рекомендацій та анатомічних точок. Статистичну обробку отриманих





результатів проводили за допомогою ліцензійного статистичного програмного пакету “Statistica 6.1”.

**Результати.** У нашому дослідженні відмічається полюс зменшення відносної ширини обличчя: відсоткова частка доліхоцефалів у чоловіків східного регіону (22.9%) має тенденції ( $p=0,055$  і  $p=0,067$ ) до більших значень порівняно з відсотковою часткою представників даного краніотипу північного (6.3%) і південного регіонів (6.1%); відсоткова частка чоловіків із вузьким типом обличчя західного регіону (16.7%) має тенденцію ( $p=0,061$ ) до менших значень порівняно з відсотковою часткою представників аналогічного типу обличчя південного регіону (36.4%); відсоткова частка чоловіків із дуже вузьким типом обличчя південного регіону (30.3%) достовірно ( $p<0,05$ ) менша порівняно з відсотковою часткою представників аналогічного типу обличчя північного регіону (56.3%).

**Висновки.** 1. У практично здорових чоловіків із різних регіонів України встановлено достовірно більші відсоткові значення досліджуваних із вузьким і дуже вузьким обличчям, що свідчить про наявність в досліджуваній популяції редуційних мікроеволюційних процесів.

2. У досліджуваній вибірці в різних регіонах України встановлено незначну кількість відмінностей відсоткового співвідношення представників певного типу обличчя, що свідчить про однорідність в антропологічному складі населення.

Унікальність даного дослідження полягає в тому, що в Україні, площа якої складає 603 628 км<sup>2</sup>, розташованої в чотирьох клімато-географічних екологічних зонах, проживає понад 100 національностей. У зв'язку з цим визначення розподілу типів обличчя в різних регіонах дає можливість визначити антропологічний склад населення території і зміну анатомічної будови під впливом різних чинників.



## **ВИГОТОВЛЕННЯ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ШЛЯХОМ ЛАЗЕРНОГО СПІКАННЯ**

Павлик А. В.

ПВНЗ «Київський медичний університет»,

м. Київ

**Актуальність.** Сучасні досягнення ортопедичної стоматології значною мірою базуються на використанні новітніх технологій і матеріалів. Підвищення ефективності ортопедичного лікування проводиться в таких напрямках: удосконалюються методики виготовлення незнімних протезів, розробляються нові матеріали, змінюються принципи виготовлення протезів. Тривалий час основними конструкційними матеріалами для незнімних зубних протезів являлись кобальто-хромові та нікель-хромові сплави, котрі облицьовували керамічними матеріалами. В даний час широке застосування в стоматології знаходять системи комп'ютерного моделювання та виготовлення протезів (CAD / CAM). Цьому сприяють можливість скорочення етапів протезування, використання нових матеріалів, високий рівень їх обробки. Лазерне спікання металів – одна з новітніх технологій виробництва металевих конструкцій, що набуває поширення в стоматології, зокрема ортопедичній, для виготовлення каркасів незнімних конструкцій зубних протезів.

**Метою** нашого дослідження є обґрунтування переваг незнімних ортопедичних конструкцій, виготовлених шляхом селективного спікання, які використовуються для заміщення дефектів коронкової частини зуба та дефектів зубних рядів перед ортопедичними конструкціями, виготовленими на суцільнолитій основі.







**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети нами проведена клініко-лабораторна оцінка десяти штучних коронок, виготовлених за традиційною методикою, та десяти штучних коронок, виготовлених методом лазерного спікання.

**Результати досліджень.** При виготовленні конструкцій шляхом лазерного спікання застосовуються лазерний промінь і платформа, що опускається з певним кроком. Порошок для спікання подається із живильника та за допомогою спеціального ролику тонким шаром розподіляється по поверхні платформи. Промінь лазера спочатку обводить контур шару майбутнього виробу, а потім сканує усю поверхню усередині всередині цього контуру. В результаті внаслідок теплової дії лазерного випромінювання частки порошку оплаваються і потім тверднуть, утворюючи тверду масу певної товщини, форма та розміри якої відповідає шару 3D-моделі виробу-прототипу. Генерація усього виробу відбувається від низу до верху, шар за шаром.

Клініко-лабораторна оцінка штучних коронок, виготовлених методом лазерного спікання засвідчила відповідність конструкцій клінічним вимогам стосовно адаптації краю коронки лінії препарування, відповідності апроксимальних контактів та оклюзійних співвідношень.

**Висновки.** Лазерне спікання каркасів незнімних конструкцій зубних протезів є перспективним методом виготовлення, що може стати альтернативою методам литва та фрезування каркасів ортопедичних конструкцій. Застосування в стоматології методів селективного лазерного спікання є перспективними як за рахунок фізико-механічних властивостей матеріалу, так і більшої точності та якості конструкції.





## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ КОНСТРУКЦІЇ МЕТАЛОКЕРАМІЧНОЇ КОРОНКИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ГАЛЬВАНОЗУ**

Перепелова Т. В., Хребор М. В., Силенко Ю. І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

**Мета.** Вдосконалення ортопедичних методів лікування і профілактики гальванозу шляхом використання металокерамічної коронки запропонованої конструкції.

**Матеріали і методи.** Запропонована конструкція металокерамічної коронки складається із суцільнолитого металевого каркасу з нанесеним на нього облицювальним шаром. Край металевого каркасу розміщують віддалено від краю уступу на 1-1,5мм. Облицювальний керамічний шар виконують на ширину уступу, повністю заміщуючи метал в ділянці уступу. Таким чином металевий каркас ізольований від контакту із ротовою рідиною, що попереджає виникнення гальванічних струмів.

Проведено обстеження 48 пацієнтів у віці від 45 до 65 років, яким після зняття металевих конструкцій були виготовлені металокерамічні конструкції від 4 до 6 одиниць. Пацієнтам 1 групи (24 особи) за стандартною технологією, пацієнтам 2 групи (24 особи) – по запропонованому способу. При обстеженні враховували суб'єктивну симптоматику, проводили вимірювання біопотенціалів порожнини рота за допомогою біопотенціометра БПМ-03, рН-метрів проводили з використанням рН-метра.

**Результати та обговорення.** Після проведеного ортопедичного лікування в 1 групі ми спостерігали наявність клінічної симптоматики





гальванозу у 7 пацієнтів (29,2 %). У 2 групі суб'єктивна симптоматика виявлена у 1 пацієнта.

В 1 групі ми спостерігали достовірно вищий рівень різниці потенціалів у 8 пацієнтів в 1,95 разів. Рівень різниці потенціалів у пацієнтів 2 групи був достовірно нижче цього показника у пацієнтів 1 групи. У всіх обстежених пацієнтів з гальванозом показник рН був в межах від 5,0 до 6,3, при цьому слід відмітити, що чим нижчий ми реєстрували показник рН тим була більшою різниця потенціалів.

**Висновки.** Використання запропонованого способу лікування і профілактики гальванозу з використанням вдосконаленої металокерамічної коронки супроводжується практично повною редукцією симптомів гальванозу, нормалізацією показників біопотенціалів і рН порожнини рота і може бути запропонована та широко впроваджена для використання даного способу в клінічній практиці.

## ВПЛИВ ГЕОХІМІЧНИХ ФАКТОРІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ НА РОЗВИТОК КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Пинда М. Я., Сидлярчук Н. І., Кучирка Л. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

**Актуальність.** На даний час відомо, що несприятлива екологічна ситуація впливає на здоров'я людини загалом, обумовлюючи розвиток ряду патологічних станів. Важливу роль відіграє вода і повітря. Чітко встановлено, що недостатній вміст фтору в питній воді сприяє розвитку карієсу зубів. Результати численних досліджень свідчать про негативний вплив на організм дитини ряду токсичних факторів, які спричиняють





розвиток каріозного процесу за рахунок зниження природніх захисних механізмів організму, в тому числі і ротової порожнини.

**Мета дослідження.** Вивчення впливу питної води і навколишньої атмосфери на розвиток карієсу зубів у 6-річних дітей.

**Матеріали і методи дослідження.** Був вивчений склад питної води з двох водозабірних свердловин м. Тернополя. Мікро- і макроелементний склад волосся дітей, які проживають в місті, вивчали за стандартними методиками з використанням рентгено-флюоресцентного методу. Інтенсивність карієсу визначали за показниками кп+КПВ зубів і порожнин. З дітей 6-річного віку була відібрана репрезентативна група в кількості 30 дітей (14 хлопчиків і 16 дівчаток) для вивчення у них основних показників інтенсивності карієсу зубів.

**Результати досліджень.** Досліджували показники води протягом 3-х років – основного періоду вживання її дітьми, у яких вивчали інтенсивність карієсу. Результати дослідження питної води показали, що по мікробіологічних показниках питна вода протягом всього періоду спостереження відповідала нормі. Каламутність води при нормі 0,5 – 1,5 перевищувала її на 2-й і 3-й рік дослідження. Загальна мінералізація води у всі періоди дослідження також була нижче норми в 2–3 рази. Вміст сульфатів, хлоридів, міді і цинку був нижчим за нормативні значення. Залізо, при нормі 0,3 мг/дм<sup>3</sup>, перевищувало її в 7,5 рази на другий рік, і більше, ніж в 22 рази, на 3-й рік дослідження. З токсичних елементів перевищували межі норми нітриту. Вміст аміаку незначно перевищував норму в 1-й рік дослідження. Що стосується вмісту фтору, то його кількість в питній воді не перевищувала 0,2 мг/дм<sup>3</sup>.

Дослідження волосся дітей показало недостатній вміст мікроелементів – хлору, калію, хрому, заліза, міді, селену, йоду та надлишок кальцію, стронцію, свинцю.





Аналізуючи отримані результати, ми можемо констатувати, що на протязі свого життя дитина відчувала антропогенне навантаження і вживала недостатньо мінералізовану воду.

Результати досліджень інтенсивності карієсу у дітей показали, що середні показники  $k_{п+}$  КПВ<sub>п</sub> –  $6,57 \pm 0,36$  ум.од – є високі для даної вікової групи. При цьому у хлопчиків інтенсивність карієсу була вища, ніж у дівчаток. Практично у всіх дітей були каріозні порожнини в перших постійних молярах. Діти з найвищою інтенсивністю карієсу (НІК) склали майже 37% і у них середні показники інтенсивності карієсу були дуже високі – більше 10.

**Висновок.** Характеризуючи питну воду з вододжерел м.Тернополя, необхідно відмітити ряд показників, а саме, недостатня мінералізація води, понижений в ній вміст фтору і підвищений вміст нітритів, які сприяють демінералізації емалі. Результати досліджень показали, що у 6-річних дітей, які мешкають в зоні гіпофторозу і відчувають антропогенне навантаження, спостерігається висока інтенсивність карієсу.

## СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДПК ІЗ НАЯВНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Рошук О. І.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці

**Актуальність.** Кислий гастроезофагеальний рефлюкс – один із симптомів ВХ, який досягає ротової порожнини, виникає зниження рН слини – нижче 6,2-6,0, призводить до вогнищевої демінералізації емалі



зубів та розвитку карієсу з подальшою втратою зубів. Однак залишається недослідженим вплив незнімних зубних протезів на показники стоматологічного статусу у даної групи пацієнтів.

**Мета дослідження:** вивчити стан твердих тканин зубів та ротової рідини у хворих на виразкову хворобу (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) залежно від наявності та виду незнімних зубних протезів.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 177 хворих на ВХ шлунка та ДПК у фазі загострення, віком від 36 до 45 років, які були поділені на 4 групи залежно від конструкційного матеріалу зубних протезів: 1-а – 43 особи без зубних протезів, 2-а – 65 осіб з металевими зубними протезами (МЗП), 3-я – 42 особи з металокерамічними протезами (МКЗП), 4-а – 27 осіб з керамічними протезами (КЗП). Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. Вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності карієсу (КПВ), ІРОПЗ, індекс ОНІ-S, показники кислотності, в'язкості та швидкості секреції слини, проводили статистичну обробку отриманих результатів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено найбільше значення показника поширеності карієсу – 97,9% – у 1-й групі, що перевищило показник у ПЗО на 25% ( $p < 0,05$ ), також високою є поширеність карієсу у 2-й групі – 95,5%. При аналізі індексу КПВ встановлено, що максимальне значення показника було у пацієнтів 2-ї групи, що перевищувало значення у ПЗО у 1,7 рази ( $p < 0,05$ ). Серед некаріозних уражень твердих тканин зубів у 53,2% (95) обстежених пацієнтів з ВХ шлунка та ДПК, переважно із супровідною GERX, виявлено ерозії зубів.

Середня кількість зубів з ІРОПЗ 0,6 – 0,8 у всіх обстежених пацієнтів склала  $0,88 \pm 0,17$ , її перевищило значення показника лише у 1-й та 2-й групах. Найбільша кількість зубів з ІРОПЗ  $> 0,8$  встановлена у 2-й групі





порівняння, що перевищило таку у групі контролю у 3,7 рази ( $p < 0,05$ ). Найбільша потреба у протезуванні встановлена у 1-й та 2-й групах, що перевищує таку в групі ПЗО у 1,39 та 1,41 рази ( $p < 0,05$ ).

Достовірних відмінностей за показниками рН ротової рідини в 2 – 4 групах не виявлено ( $p > 0,05$ ), однак середній показник рН ( $pH = 6,36$ ) був на 10,9 % нижче від норми, порівняно з ПЗО ( $p < 0,05$ ). Середня швидкість слиновиділення була нижчою відносно групи ПЗО у 1,21 рази у пацієнтів 1-ї групи ( $p < 0,05$ ), у 1,53 рази – у 2-й групі ( $p < 0,05$ ), у 1,44 рази – у 3-й групі ( $p < 0,05$ ) та у 1,37 рази – у 4-й групі обстежених ( $p < 0,05$ ).

Максимальне значення показника в'язкості ротової рідини було у пацієнтів 2-ї групи, що перевищувало значення у ПЗО на 28,3% ( $p < 0,05$ ).

**Висновок.** Стоматологічний статус у хворих на ВХ шлунка та ДПК, запротезованих МЗП, характеризується найбільшим розвитком карієсогенної ситуації та виникненням кислотних ерозій зубів, що можна пояснити максимальним зниженням рН ротової рідини, швидкості слиновиділення та підвищенням в'язкості ротової рідини, і, відтак, високою потребою у протезуванні дефектів твердих тканин зубів – у 49,3% пацієнтів 2-ї групи проти 37,0% пацієнтів з КЗП.

**Перспективи подальших досліджень:** контроль показників стоматологічного статусу в динаміці лікування супровідної ВХ та заміни металовмісних конструкцій на більш раціональні безметалеві.







## ОСОБЛИВОСТІ ЯКІСНИХ ЗМІН КЛІТИННОГО СКЛАДУ СПИНКИ ЯЗИКА ЗА УМОВ НАЯВНОСТІ В ПОРОЖНИНІ РОТА ПЛАСТИНКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Семенова А. К.<sup>1</sup>, Єрошенко Г. А.<sup>1</sup>, Гасюк Н. В.<sup>2</sup>, Лисаченко О. Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава;

<sup>2</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,  
м. Тернопіль.

**Актуальність.** Питання реактивних змін клітинного складу різних анатомічних ділянок слизової оболонки порожнини рота за умов користування ортопедичними конструкціями, є актуальним для лікарів та науковців. Забезпечення ефективного використання ортопедичних конструкцій дає можливість попередження виникнення патологічних процесів, як на місцевому рівні, так і на рівні всього організму. Таким чином, вивчення змін якісних характеристик клітинного складу спинки язика людини за умов наявності в порожнині рота пластинкових знімних протезів є актуальним та перспективним науковим напрямком.

**Метою** нашого дослідження стало визначення особливостей будови клітинного будови складу спинки язика за умов наявності в порожнині рота пластинкових знімних протезів.

**Матеріал та методи дослідження.** Матеріалом для дослідження слугували епітелії, забрані в ділянці спинки язика шпателем шляхом зішкрябу, у осіб, які впродовж 3-5 років користувалися пластинковими знімними конструкціями. В подальшому забраний матеріал наносили на стерильне предметне скло та висушували методом сухої фіксації при кімнатній температурі, за умов відкритого доступу повітря, з подальшим їх





забарвленням за методикою Романовського-Гімза, з метою отримання цілісної картини диференціації складових епітеліальних клітин.

**Результати дослідження.** Клітинний склад спинки язика, обстеженого контингенту осіб, при забарвленні за Романовського-Гімза, представлений проміжними і поверхневими клітинами, а також роговими лусочками. Частина проміжних епітеліоцитів, характеризувалася ідентичною цитологічною організацією і відповідає цитоспецифічності даному класу клітин в нормі. Вони мали порівняно великі розміри, слабо базофільну, іноді еозинофільну цитоплазму. Ядро розміщене центрично, округле чи овальне із численними везикулами та добре вираженими грудочками хроматину. Слід зазначити, що проміжні клітини складали абсолютну більшість клітинних елементів у цитологічних препаратах осіб обстеженого контингенту та характеризуються різним ступенем зрілості. Зрілі проміжні клітини – препікнотичні – відрізнялися від поверхневих більшим розміром і структурою ядер, які є оптично щільними. Звертає на себе увагу інтенсивна мікробна контамінація зрілих проміжних епітеліоцитів спинки язика коковою та паличковою мікрофлорою. Поверхневі клітини в цитограмах осіб обстеженого контингенту характеризуються відносно невеликими розмірами та видовженою формою із спіралеподібними фрагментами згортання цитоплазми. Ядра гіперхромні, пікнотичні, зазвичай округлої, іноді овальної форми, розміщені центрично, структура хроматину рівномірно сітчаста. Слід зазначити, що даний клас клітин утворює клітинні скупчення. Особливою відмінністю та цитоспецифічністю цього шару епітеліоцитів є наявність клітин із загорнутими краями цитоплазми та численними інвагінаціями плазмолемми за умови збереження чіткості контурів. Клітини розміщені скупченнями.



Кількість рогових лусочок різко збільшується, збільшується, проте їх цитологічна організація залишається стереотипною для кінцевого етапу диференціації епітеліальних клітин. Специфічною топографічною особливістю є утворення лусочкових конгломератів

**Висновок.** Аналіз якісних характеристик клітинного складу спинки язика відповідає цито-морфологічній картині, яка відображає стійку тенденцію до розвитку гіперкератозу – підвищеного зроговіння епітелію. Перебудова епітеліоцитів спинки язика обстеженого контингенту осіб, проявляється у вигляді зміни тинкторіальних властивостей складових цитоплазми проміжних та поверхневих епітеліоцитів, які при ідентифікації за Гімзою-Романовським характеризуються зміною забарвлення цитоплазми у різні відтінки фіолетового та наявністю численних вакуольних включень та узурацією контурів плазмолемми.

## **ПРОФІЛАКТИКА ПРОТЕЗНИХ СТОМАТИТІВ ПРИ ПОВНІЙ ТА ЧАСТКОВІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ З ВИКОРИСТАННЯМ НАНОПОКРИТТЯ**

Силенко Б. Ю., Дворник В. М., Силенко Ю. І.

Кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією,  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

Значна кількість осіб, які користуються акриловими знімними протезами, страждають на стоматит, який вчені називають протезним. Причиною цього захворювання є той факт, що знімний протез – механічний та хімічний подразник, який має комбінований вплив на



середовище порожнини рота, слизову оболонку та організм в цілому. Основною причиною в виникненні протезних стоматитів належить хіміко-токсичній дії залишкового мономеру базису протеза, який є протоплазматичною отрутою, і поступово, під впливом біологічних середовищ, а також жувальних навантажень, шляхом дифузії, виділяється і потрапляє в порожнину рота. У результаті його впливу відмічаються функціональні і морфологічні зміни в слизовій оболонці порожнини рота. Змінюється і секреторний апарат порожнини рота, склад, рН і активність ферментів слини, порушується терморегуляція тканин протезного ложа. Це перешкоджає нормальному звиканню і користуванню протезом виготовленим з акрилової пластмаси.

Тому нашою метою стало удосконалення протезу виготовленого з акрилової пластмаси шляхом покриття готового протезу, виготовленого стандартною методикою пакування пластмасового тіста в кювету, матеріалом нанорозмірної величини: молекулами фулерену  $C_{60}$ , створюючи на поверхні протезу плівку товщиною в декілька мікрон, що перешкоджатиме виходу залишкового мономеру і попереджуватиме ускладнення, які він викликає. Це дасть пацієнтам змогу нормально користуватися протезом і відновлювати повною мірою функції, які погіршилися в результаті втрати зубів.

Основними дослідженнями стали перевірка двох зразків пластмаси на фізико-механічні властивості та водопоглинання. Проводили клінічну оцінку стану тканин протезного ложа, а також визначали жувальну ефективність в групах в різні терміни після протезування.

Після проведення досліджень нами було визначено збільшення показників мікротвердості на 22,5%, межі пружності при деформуванні на стиск на 19%, межі пружності при деформуванні на розтягнення на 25%, межі пружності при деформуванні на згин на 20%, а також зменшення



показників водопоглинання в два рази. Спостерігали підвищення жувальної ефективності на 30-35% і покращення клінічного стану тканин протезного ложа.

Використання запропонованого способу дозволяє досягти ефективної профілактики протезних стоматитів завдяки ізоляції акрилової пластмаси від тканин протезного ложа, створюються умови для ліквідації токсичної і алергічної дії протеза. Завдяки застосуванню високоефективного фулерену  $C_{60}$ , покращується загальний стан організму, шлунково-кишкового тракту. Нанопокриття за рахунок мінімальної товщини чітко відтворює анатомічну структуру слизової оболонки, не впливає на фіксацію та стабілізацію протезу, не збільшує вагу протеза, зручне у використанні та економічно доцільне.

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ОСІБ З ДЕФЦИТОМ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А**

Силенко Г. М., Силенко Ю. І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів, ВДНЗ України  
«Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

Хвороби пародонта займають друге місце за поширеністю серед стоматологічних захворювань. Генералізований пародонтит – найпоширеніший вид патології пародонта, особливо у другій половині життя людини. Однією з найважливіших етіологічних причин розвитку захворювання є мікробний чинник.





Захисні механізми порожнини рота діляться на дві групи: неспецифічна резистентність до дії всіх мікроорганізмів і специфічна. Імуноглобуліни – захисні білки сироватки крові або секретів, що володіють функцією антитіл. В порожнині рота найширше представлені IgA, IgG, IgM, sIgA.

sIgA — найбільш важливий імуноглобулін зовнішніх секретів. Функції sIgA: нейтралізація вірусів, бактеріальних токсинів, ферментів, зміна метаболізму бактерій, аглютинація бактерій, затримка колонізації мікроорганізмів, зниження вірулентності збудників інфекції й збільшення опсонізації мікроорганізмів. sIgA проявляє активність у біологічних рідинах з високим вмістом протеолітичних ферментів, резистентність до яких забезпечує секреторний компонент. Дефіцит sIgA зустрічається у 17% населення. Прояви ІД в порожнині рота можуть бути такими: виразкування слизової оболонки, гінгівіти (катаральний найчастіше), пародонтити (швидко прогресуючі з вираженою деструкцією), стоматити (герпетичний, виразково-некротичний); рецидивуючий кандидоз порожнини рота, а також прояви аутоімунних порушень на СОПР. Нерідко ІД супроводжуються лікарськими і іншими алергіями I типу. Пухлини і лімфопроліферативні захворювання при ІД зустрічаються в 1000 разів частіше, ніж без ІД.

Нами було обстежено 80 пацієнтів віком 20-60 років, яких розподілили на дві групи. Основну групу склали 70 пацієнтів з захворюваннями тканин пародонта. Групу контролю склали 10 пацієнтів з здоровим пародонтом. Визначення концентрації sIgA в ротовій рідині основної групи показало зниження його кількості прямо пропорційно ступеню важкості захворювання. Після проведення комплексного лікування захворювань тканин пародонта й використання запропонованої нами схеми імуномодельючої терапії ( імудон по 1 табл. 8 р/д 7 днів, потім



1 табл. 4 р/д 10 днів, штучний лізоцим для полоскання порожнини рота 4 р/д 10 днів) в основній групі спостерігається достовірне збільшення sIgA в ротовій рідині, що майже відповідає цифрам групи контролю.

Отже, використання запропонованої нами схеми, що доповнює основне лікування, дало змогу скоротити терміни лікування, пришвидшити затихання запальних явищ і швидшому настанню періоду ремісії.

## **ЕМГ-ХАРАКТЕРИСТИКА ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ПРИ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС**

Смаглюк Л. В., Ляховська А. В.,

Абдалфаттах Мохамед Мустафа Мохамед

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,

м. Полтава.

**Актуальність.** Симетрична робота жувальних м'язів і правильне співвідношення елементів СНЩС є важливими факторами, які великою мірою забезпечують оптимальне функціонування і гармонію зубо-щелепної системи (Л.В. Смаглюк і співавт., 2016, М.С. Дрогомирецька і співавт., 2016). За даними літератури, розповсюдженість розладів функціонування СНЩС складає від 26% до 72% (Р.С. Ибрагимова и соавт., 2013, В.В. Бекреев и соавт., 2013). Питання особливостей роботи жувальних м'язів при дисфункції СНЩС, залишається недостатньо вивченим.

**Метою дослідження** було характеризувати ЕМГ-активність жувальних м'язів у пацієнтів із дисфункцією СНЩС.







**Об'єкти та методи досліджень.** Проведено клінічне обстеження 18 пацієнтів з клінічними проявами дисфункції СНЩС. Серед них жінок було 12 (66,7%), чоловіків – 6 (33,3%). Середній вік обстежених склав  $32,3 \pm 4,31$  років. Клінічний аналіз виконували за алгоритмом обстеження ортодонтичного пацієнта. Особливу увагу приділяли функціональному обстеженню ЗЩД. Діагноз патології стану СНЩС встановлювали на основі діагностичних критеріїв RDC/TMD (2014). Біоелектрична активність жувального та переднього скроневого м'язів реєструвалася за допомогою поверхневої електроміографії у пробах одностороннього стиснення зубів: з лівого боку, правого боку, максимального стиснення зубів і оцінювалася за показниками максимальної і середньої амплітуди.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно з даними клінічного обстеження (болісна пальпація жувальних м'язів, зменшення амплітуди максимального відкривання роту, хрускіт, клацання у одному із суглобів), діагностована дисфункція СНЩС групи Ia (м'язові розлади) у 13 (72,2%) осіб, групи IIa (м'язові розлади зі зміщенням і поверненням у вихідне положення суглобового диску) – у 5 (27,8%) пацієнтів.

При проведенні ЕМГ-дослідження у всіх обстежених спостерігалася збільшення максимальної амплітуди у середньому у 2,2 рази, середньої амплітуди скорочень жувальних м'язів – у 1,9 разів, у порівнянні із аналогічними показниками пацієнтів без клінічних симптомів дисфункції СНЩС.

У пробах одностороннього стиснення зубів встановлено підвищену ЕМГ-активність жувального і скроневого м'язів на балансуєчій стороні, що достовірно не відрізнялася від показників на робочій. При максимальному стисненні зубів спостерігалася нерівномірна біоелектрична активність жувальних і скроневих м'язів з лівої та правої сторін





**Висновки.** Встановлено підвищену біоелектричну активність і дисгармонію у роботі скроневих і жувальних м'язів у пацієнтів із дисфункцією СНЩС. Реєстрація роботи жувальних м'язів за допомогою електроміографії забезпечує об'єктивну оцінку функціонального стану ЗЩД і є необхідною при обстеженні пацієнтів із симптомами дисфункції СНЩС.

## **КЛІНІЧНЕ ОБРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП З УРАХУВАННЯМ ЕТНІЧНОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ**

Стецик М. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

м. Ужгород

**Актуальність.** Серед дітей постійно зростає група ризику розвитку каріозного процесу та питома вага ускладненого карієсу зубів, тому актуальність профілактики, з урахуванням рівня мінералізації зубів в різні вікові періоди, є беззаперечною.

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності первинної профілактики карієсу постійних зубів у дітей різних вікових груп та етнічної приналежності, шляхом розробки диференційованих схем профілактики, що спрямовані на підвищення карієсрезистентності емалі постійних зубів із різним рівнем мінералізації, на підставі вивчення морфологічних особливостей будови зубів, хімічних та фізичних властивостей ротової рідини, та їх корекція сучасними засобами профілактики.





**Матеріали і методи.** Клінічні методи застосовуються для обстеження дітей з використанням індексної оцінки стану твердих тканин зубів та гігієни порожнини рота; функціональні – для визначення резистентності емалі; біохімічні – для оцінки мінерального гомеостазу ротової рідини; одонтогліфічні – для вивчення малюнку жувальної поверхні молярів та топографії карієсу.

**Результати та обговорення.** Карієсрезистентність твердих тканин зубів має віковий характер. Інтенсивність каріозного процесу людини визначається умовами формування зубо-щелепної системи в антенатальному періоді розвитку і в дитячому віці.

Контролювати якість формування структури твердих тканин зубів на етапі гістогенезу дуже важко, тому необхідно створювати сприятливі умови для повноцінного періоду вторинної мінералізації зубів.

За сучасними уявленнями, емаль є композиційною мінерально-органічною нано-асоційованою системою.

Основні фізіологічні властивості емалі (ступінь мінералізації, резистентність до кислотної атаки, мікрорельєф поверхні) мають важливе значення в патогенезі карієсу зубів та являються провідними параметрами для прогнозування розвитку карієсу.

Однією з умов стійкості зубів до карієсу є формування повноцінної структури емалі, що починається з утворення білкової матриці й завершується мінералізацією. Структурні особливості та склад емалі зубів у різні вікові періоди суттєво впливають на карієсрезистентність, особливо одразу після прорізування.

Процес дозрівання емалі є динамічним та залежить від анатомічної приналежності зуба, місця його розташування, топографії ділянки зуба та інших факторів.



Порушення процесу мінералізації твердих тканин зубів при ранньому прорізуванні може негативно впливати на формування резистентності зубів до карієсу.

Щоб запобігти виникненню карієсогенної ситуації розроблено комплекс заходів (ремінералізуюча терапія), спрямованих на створення умов для повноцінного формування і мінералізації твердих тканин зубів.

Принцип ремінералізуючої консервативної терапії карієсу полягає в заміщенні мінеральних елементів, втрачених емаллю в період попередньої часткової каріозної демінералізації. Хоча повне відновлення демінералізованої емалі зуба неможливе, в практичному відношенні ефект часткової ремінералізації дозволяє зупинити каріозний процес і зберегти функцію зуба.

## **СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПРАЦІВНИКІВ ПІДПРИЄМСТВА ПЕРВИННОЇ ДЕРЕВООБРОБНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ**

Токар О. М., Батіг В. М.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,  
м. Чернівці

Висока поширеність захворювань пародонта та твердих тканин зубів у працівників, які у процесі професійної діяльності контактують з несприятливими чинниками виробничого середовища, становить актуальну і невирішену проблему стоматології. Останніми роками спостерігається тенденція до зростання кількості підприємств первинної деревообробної промисловості, зокрема в західній частині України.





До шкідливих виробничих факторів, які притаманні підприємствам деревообробної промисловості відносяться шум та вібрація, забруднення повітря виробничого середовища пилом деревини. Сьогодні на державному рівні на всіх підприємствах з несприятливими факторами виробництва проводиться герметизація джерел шкідливостей, впроваджуються механізовані та автоматичні лінії, що має вирішальне значення для покращення умов праці в деревообробній промисловості.

Враховуючи значну кількість підприємств лісозаготівельної промисловості в Україні, а також високу частку зайнятості населення в даній галузі, велику кількість професійних шкідливих факторів на виробництві, що мають значний негативний вплив на здоров'я, актуальним є вивчення стоматологічного статусу у працівників даної галузі.

Було проведено обстеження 50 працівників підприємства первинної деревообробної промисловості ДП „Сторожинецький лісгосп”. Були використані клінічні методи обстеження, а саме індекс КПВ, індекси гігієни ОНІ-S (за Green-Vermillion) та API (за Lange), пародонтальні індекси КПІ (за П.А. Леусом), РМА (за Schour, Massler в модифікації Parma), СРІТН.

Встановлено, що середнє значення індексу КПВ у групі обстежених працівників лісозаготівельної промисловості становить 12,29, що відповідає середньому рівню інтенсивності карієсу. Стан гігієни ротової порожнини за Green-Vermillion (індекс ОНІ-S) в середньому по групі становить 2,5. Індекс API (за Lange) в середньому по групі становить 80,7%. Стан тканин пародонта за індексом КПІ відповідає середньому ступеню захворювання (2,38), за індексом РМА – також середньому ступеню (49,6%). Індекс потреби в лікуванні захворювань пародонта в середньому по групі становить 1,66.





Отже, рівень гігієни у працівників підприємств первинної деревообробної промисловості незадовільний і потребує покращення. Стан тканин пародонта відповідає середньому рівню захворювань, тому більшість працівників підприємства первинної деревообробної промисловості потребує лікування, зокрема зняття зубних відкладень та професійну гігієну. В перспективі подальшого дослідження планується на підставі отриманих даних стоматологічного огляду працівників підприємства первинної деревообробної промисловості розробити індивідуальні схеми лікувально-профілактичних заходів для покращення рівня гігієни ротової порожнини, стану твердих тканин зубів та пародонта.

## **ВИЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ДЛЯ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗУБО-ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ**

Тончева К. Д., Король Д. М., Кіндій Д. Д., Кіндій В. Д.,  
Запорожченко І. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

Ефективність жування – один із показників здоров'я людини в цілому, а оцінювання виконання функції подрібнення та підготовки харчової грудки до подальшого перетравлення можна вважати фактично чи не єдиним об'єктивним критерієм для визначення ступеня цієї ефективності.

Спроби вдосконалення жувальних проб у сучасних умовах призвели до комбінації використання сучасних нехарчових матеріалів у якості



тестового матеріалу з можливістю комп'ютерного аналізу результатів жування. Останній компонент дозволяє не тільки отримати точний числовий результат, що легко інтерпретується, а й архівувати одержані дані для подальшого клінічного та статистичного зіставлення та аналізу.

Мета дослідження – за допомогою запропонованого вдосконаленого способу проведення жувальної проби визначити найбільш показові маркери для оцінки якості жувальної ефективності.

У дослідженні взяли участь 60 осіб віком від 17 до 25 років, середній вік становив 18,25р., яких розподілили на дві групи:

- 1 група – чоловіки – 28 осіб (46,7%);
- 2 група – жінки – 32 особи (53,3%).

Був використаний власний алгоритм підготовки тестового матеріалу та проведення процедури у здорових осіб молодого віку без дефектів твердих тканин зубів та зубних рядів. Зразками для жувальної проби виступала колоїдна маса агар-агару у вигляді циліндрів з висотою 10 та діаметром 20 міліметрів. Для подрібнення зразків пропонувалося зробити 10 звичних жувальних рухів, після чого усі фрагменти тестового матеріалу ретельно збиралися, промивалися, просушувалися та проводили цифровий аналіз.

У результаті цифрового аналізу отримали наступні дані: загальна кількість фрагментів тестового зразка у групі чоловіків коливалася в діапазоні 175-808, середнє значення становило 362, а середня площа фрагментів коливалась у діапазоні 65,06-204, її середнє значення – 124. У групі жінок загальна кількість фрагментів – 90-508, середнє значення – 309, діапазон середньої площі фрагментів становив 68,46 – 323, середнє значення – 143.

Враховуючи отримані дані дослідження, дійшли висновку, що збільшення кількості фрагментів та зменшення їх площі свідчить про





високу жувальну ефективність, а отже більш якісне пережовування їжі, що і спостерігалось у групі чоловіків. У групі жінок ми побачили меншу кількість фрагментів та більшу середню площу, що свідчить про меншу жувальну ефективність та, відповідно, гіршу обробку їжі.

У результаті статистичного аналізу була виявлена залежність між жувальною ефективністю та статтю. Загальна ефективність жування чоловіків виявилася більшою на 15%.

Отже, отримані числові результати доводять, що показники загальної кількості фрагментів у жувальній пробі та середньої площі фрагментів є найбільш важливими маркерами жувальної ефективності.

## **ЩОДО ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ**

Фастовець О. О., Глазков О. О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

м. Дніпро

**Актуальність.** Однією з невирішених проблем повного знімного протезування залишається складність звикання пацієнтів до виготовлених конструкцій. При цьому об'єктивною причиною неможливості користування повними знімними протезами слід назвати їх недостатню рівновагу, тобто стійкість при жувальних рухах, яка в свою чергу, залежить від правильності відтворення оклюзійних контактів.

В зв'язку з вищезазначеним, нами вивчено зв'язок між суб'єктивною оцінкою повних знімних протезів пацієнтами, що безумовно визначає





перебіг адаптації, та якістю їх виготовлення за найбільш об'єктивними даними комп'ютерного аналізу оклюзії.

**Мета дослідження** – порівняти результати оцінки якості повного знімного протезування за даними анкетування (із застосуванням опитувальника ОНІР-14) та оклюзійної діагностики (за допомогою апарату апарат «Т-Scan III»).

**Матеріали та методи дослідження.** До дослідження включено 90 хворих віком від 60 до 80 років з повною відсутністю зубів, яким були виготовлені повні знімні протези з жорсткими базисами. Анкетування хворих із застосуванням опитувальника ОНІР-14, проводили в період 3-6 місяців після здачі протеза.

Оцінку якості оклюзійних контактів протезів здійснювали за допомогою апарату «Т-Scan III» фірми «Tekscan» (США). Ознаками збалансованої оклюзії вважали відсутність контактів, зафарбованих в червоний та рожевий кольори; присутність множинних контактів, переважно синього кольору, рівномірно розподілених по всьому зубному ряду; відсутність значної різниці по силі між множинними контактами синього та контактами інших кольорів (за виключенням червоних і рожевих); рівномірність навантаження між зубами-антагоністами праворуч та ліворуч; відносну прямолінійність вектору сумарного навантаження.

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу MS Excel 2003.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами анкетування серед хворих, що користуються повними знімними протезами, рівень життя за опитувальником ОНІР-14 верифікувався як добрий у  $62,2 \pm 5,1\%$  випадків, задовільний –  $30,0 \pm 4,8\%$ , незадовільний –  $7,8 \pm 2,8\%$ . Відповідно, середній бал рівня якості життя, отриманий для дослідних хворих, склав  $29,5 \pm 1,0$  балів.





Одночасно за даними «Т-Scan» гармонійна оклюзія на повних знімних протезах була зафіксована у  $70,0 \pm 4,8\%$  спостережень. Проведений нами кореляційно-регресійний аналіз дозволив виявити прямий зв'язок, що наближується до сильного, між оклюзійним балансом на протезах та суб'єктивним сприйняттям хворими якості протезування за даними анкетування ( $r=0,65$ ,  $p>0,05$ ). При цьому, найбільш сильний кореляційний зв'язок встановлений для бальної оцінки функціональних особливостей користування протезами ( $r=0,74$ ,  $p>0,05$ ).

**Висновки.** Згідно отриманих даних можна стверджувати про високий рівень відповідності оцінки якості повного знімного протезування за даними анкетування із застосуванням опитувальника ОНІР-14 та оклюзійної діагностики за допомогою апарату апарат «Т-Scan III».

Неякісно виготовлені протези, зокрема з порушеними оклюзійними співвідношеннями, призводять до виникнення у хворих з повною адентією як функціональних обмежень, пов'язаних з характером харчування, так і психологічних та соціальних дискомфортів, що безумовно відіграє на рівні якості життя.

## КОМП'ЮТЕРНИЙ АНАЛІЗ ОКЛЮЗІЇ В ПОВНОМУ ЗНІМНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ

Фастовець О. О., Глазунов А. О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

м. Дніпро

**Актуальність.** Одним з шляхів забезпечення функціональності повних знімних протезів є раціональне формування зубних рядів та оклюзійних співвідношень. Сучасні методи комп'ютерної функціональної діагностики дозволяють оклюзійний моніторинг, що передбачає



реалізацію індивідуального підходу в протезуванні хворих з повною відсутністю зубів. Сенсор, що застосовується для комп'ютерного аналізу оклюзії, фіксує послідовність виникнення міжзубних контактів, розподіл навантажень між правою та лівою сторонами, а також частку жувального навантаження, що приходить на кожний окремий зуб. Отримані дані дозволяють забезпечити максимальну точність корекції оклюзійних поверхонь зубних рядів в повних знімних протезах.

**Мета дослідження** – оцінити ефективність застосування комп'ютерної аналізу для оклюзійної корекції повних знімних протезів.

**Матеріали та методи дослідження.** В рамках дослідження нами виготовлено 60 знімних протезів на верхню та нижню щелепи 30 хворим з повною відсутністю зубів. Середній вік пацієнтів, включених до дослідження, склав  $63,0 \pm 5,0$  років, при цьому дещо переважали чоловіки (60,0%). Протезування здійснювали за загальноприйнятою методикою.

Під час здачі протезів оцінку співвідношень зубних рядів проводили за допомогою апарату «Т-Scan III» фірми «Tekscan» (США).

Ознаками збалансованої оклюзії вважали відсутність контактів, зафарбованих в червоний та рожевий кольори; присутність множинних контактів, переважно синього кольору, рівномірно розподілених по всьому зубному ряду; відсутність значної різниці по силі між множинними контактами синього та контактами інших кольорів (за виключенням червоних і рожевих); рівномірність відсоткового навантаження між зубами-антагоністами праворуч та ліворуч відносно центральної лінії; відносну прямолінійність вектору сумарного навантаження, що повинен починатися у фронтальній ділянці і закінчуватися в центрі середньої третини твердого піднебіння.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно отриманих результатів встановлена потреба оклюзійної корекції у 80,0 %. Оклюзійний



дисбаланс в більшості таких випадків знаходився в межах 40 – 60%, а в 6,7% спостережень досягав 30 – 70%. В середньому оклюзійна рівновага при здачі протезів на правій та лівій сторонах дорівнювала  $38,4 \pm 4,4\%$  та  $61,6 \pm 4,4\%$  ( $p > 0,05$ ). Також нами було зареєстровано зміщення сумарного вектору оклюзійного навантаження в бік зон підвищеної напруги. На оклюзіограмі діагностувались супраконтакти, які розглядались як пряме показання до оклюзійного пришліфовування.

Гармонізація оклюзійних співвідношень полягала в усуненні супраконтактів, створенні балансу правої та лівої сторін (50 – 50%). При цьому орієнтиром слугували наявність контактів лише синього кольору в положенні множинного змикання зубних рядів, а також переважно вертикальний компонент траєкторії сумарного вектору усіх оклюзійних сил зі спрямуванням від фронтальної групи до дистальної. В середньому серед дослідних хворих вдалось досягти оклюзійної рівноваги на правій та лівій стороні, що складала  $52,0 \pm 4,6\%$  та  $48,0 \pm 4,6\%$  ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Проведення комп'ютеризованої корекції міжзубних взаємовідносин за допомогою T-Scan дозволяє нормалізувати сумарний вектор оклюзійного навантаження та створити оклюзійний баланс на повних знімних протезах. Отримані результати дозволяють рекомендувати комп'ютерний аналіз оклюзії під час здачі повних знімних протезів.

## **СТАБІЛІЗАЦІЯ ОКЛЮЗІЇ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ**

Фастовець О. О., Малиновський В. Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

м. Дніпро





**Актуальність.** Відомо, що вторинна травматична оклюзія у хворих на генералізований пародонтит спричинює функціональне перевантаження пародонта окремих зубів, що призводить до прогресування явищ остеопорозу в кістковій тканині. Тому однією з задач ортопедичного лікування зазначеного контингенту хворих являється нормалізація оклюзійних співвідношень. Не дивлячись на значну роль в патогенезі пародонтиту, доволі часто оклюзійні порушення перебігають без вираженої клінічної симптоматики, а отже, потребують використання спеціальних методів діагностики.

**Мета дослідження** – порівняти ефективність застосування комп'ютерної аналізу оклюзії та діагностики оклюзійних порушень на моделях в артикуляторі, для стабілізації оклюзії при протезуванні хворих на генералізований пародонтит.

**Матеріали та методи дослідження.** До дослідження включено 32 хворих на генералізований пародонтит I-II ступеня тяжкості, хронічного перебігу, віком 35-45 років, нарівно чоловіків та жінок. Усі відібрані хворі потребували протезування дефектів зубних рядів незнімними конструкціями. Дослідні групи – основна та зіставлення – сформовані рівноцінними за статевовіковим складом та клінічною картиною.

В основній групі для оклюзійної діагностики використовували апарат «T-Scan III» фірми «Tekscan» (США). Пацієнт закривав рота до максимального міжзубного контакту, прикушуючи сенсор, що був приєднаний до комп'ютера. Програмне забезпечення здійснювало аналіз послідовності, часу та локалізації міжзубних контактів, сили стискання зубних рядів, зміни оклюзійних співвідношень.

В групі зіставлення особливості оклюзійних динамічних контактів вивчали на моделях, загіпсованих в артикуляторі, налаштованому за



допомогою лицевої дуги. Використовували артикуляційний папір різного кольору та товщини. Характер оклюзійних контактів реєстрували в наступній послідовності: задня контактна позиція, ковзання до центру; центральна та передня оклюзії, протрузійний рух; обидві бічні оклюзії та рух з центральної оклюзії в бічні.

Згідно отриманих даних здійснювали планування заходів оклюзійної корекції в комплексному ортопедичному лікуванні генералізованого пародонтиту. Ефективність стабілізації оклюзії оцінювали у віддалений термін (через 1 рік) після проведеного лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Безпосередньо відразу після проведеного лікування у хворих обох дослідних груп діагностований рівномірний розподіл оклюзійного тиску, що, насамперед, характеризувався відсутністю супраконтактів та наявністю множинних міжзубних контактів в різних оклюзіях.

У віддалений термін спостереження у 100% хворих реєструвалась клініко-рентгенологічна стабілізація патологічного процесу. Жодний пацієнт не надав скарг, пов'язаних з порушенням оклюзійних співвідношень. Всі хворі відзначали «зручне» змикання зубів. Перевірка оклюзії свідчила про відсутність як супраконтактів в момент максимального міжгорткового стискання, так і передчасних контактів, які перешкоджали виникненню симетричної двобічної інтеркуспідації.

**Висновки.** Аналіз отриманих даних свідчить про високу результативність застосування обох методів оклюзійної діагностики щодо стабілізації оклюзії у хворих на генералізований пародонтит, а також доводить її необхідність в комплексному лікуванні захворювання.







## ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРУ І РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВТОРИННИХ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ

Федорова О. В.

ПВНЗ «Київський медичний університет»,

м. Київ

**Актуальність.** Незважаючи на значний розвиток сучасної стоматології, в ортопедичній практиці залишається досить актуальною проблема лікування і реабілітації пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів, що ускладнені вторинними зубо-щелепними деформаціями (ВЗЩД). Велика кількість клінічних досліджень показує, що при порушенні цілісності зубних рядів або значних каріозних ураженнях оклюзійної поверхні зубів спостерігаються вторинні деформації, які спочатку призводять до негативних функціональних змін, а в подальшому викликають порушення всіх елементів зубо-щелепного апарату. Встановлено, що втрата зубів антагоністів викликає різні зміни морфологічного та обмінного характеру в зубо-щелепному апараті пацієнтів будь якого віку. Значні зміни оклюзії можуть перевищувати адаптаційні та ремодельючі можливості зубо-щелепного апарату, особливо з віком пацієнта.

**Матеріали і методи.** Об'єктом дослідження були вторинні зубо-щелепні деформації у дорослих пацієнтів в різних вікових групах від 18 до 65 років. Матеріалами досліджень слугували дані стоматологічних оглядів пацієнтів, що зверталися за допомогою на кафедру ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ КМУ та студентів 3-5 курсів стоматологічного факультету. Дані стоматологічного обстеження заносились в спеціально розроблену нами карту первинного обстеження





стоматологічного хворого. Всього обстежено 365 осіб різного віку і статі з інтактними зубними рядами, з дефектами коронкових частин переважно жувальної групи зубів (1-го, 2-го класу за Блеком), і часткової втрати зубів I-III класів за Кенеді (переважно внаслідок карієсу та його ускладнень).

**Результати дослідження.** В 1-й групі обстежено 123 студенти 3-5 курсів стоматологічного факультету ПВНЗ «Київський Медичний Університет» віком від 18 до 24 років. В другій групі обстежено 130 осіб віком від 25 до 44 років. В третій групі обстежено 112 осіб віком від 45 до 65 років. В усіх вікових групах виявлені ВЗЩД різних форм та ступеня важкості як при наявності часткових дефектів так і при збереженій цілісності зубних рядів при порушенні анатомічної форми коронкових частин зубів.

**Висновки.** Дослідження показали: 1) ВЗЩД можуть спостерігатися і при збереженості цілісності зубних рядів при множинних каріозних ураженнях, при неадекватному відновленні анатомічної форми оклюзійної поверхні жувальних зубів, так і при частковій втраті зубів в різних вікових групах. 2) В віці 18-24 років при малих дефектах III класу превалюють ВЗЩД по сагіталі, а зуби, що обмежують дефект, інтактні. Для профілактики та лікування ВЗЩД краще застосовувати штучні коронки з опорою на імплантат. 3) В віці 25-44 років і 45-65 років ВЗЩД характеризуються різноманітною клінічною картиною, значною зміною оклюзійної поверхні, зниженням висоти оклюзії і потребують більш ретельної діагностики та застосування різноманітних ортопедичних конструкцій.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ЛІНГВОМОТОРИКИ У ПАЦІЄНТІВ З КОМБІНОВАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ



Циганок О. В., Король Д. М., Новіков В. М.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

**Актуальність.** Останнім часом значно збільшилась кількість пацієнтів, що звертаються до лікаря-стоматолога зі скаргами на порушення рухової або чутливої функції язика. За даними літератури, порушення моторики язика можуть мати нейрогенний, інфекційний, ендокринний генез і потребують міждисциплінарного підходу до діагностики та терапії.

Спираючись на вищевикладене, автором було сформульовано **мету**: підвищення ефективності лікування пацієнтів з порушеннями моторики язика з позиції уточнення нових ланок патогенезу, методом корекції оклюзії та шляхом вдосконалення міжгалузевої співпраці лікарів.

**Матеріали і методи.** У відповідності до поставленої мети, що спрямована на оптимізацію процесу діагностики стану лінгвомоторики пацієнтів з оклюзійними порушеннями на фоні патології нервової системи, автором було проведено комплексне обстеження 350 пацієнтів неврологічних відділень з них було відібрано 50 учасників дослідження. Учасникам дослідження було проведено повне клінічне обстеження. Для виявлення порушення оклюзії у вигляді дефектів зубних рядів і, як наслідок, причини звернення до лікаря-стоматолога нами була використана класифікація дефектів зубних рядів Кеннеді.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Частими скаргами досліджуваних були порушення мови, а саме важкість у вимові складно артикульованих слів, відчуття «каші в роті», порушення вимови шиплячих звуків – шепелявість, дискомфорт під час жування, часте захлинання їжею або питвом. Найчастішим випадком при аналізі об'єктивної симптоматики було виявлення дизартрії та її сполучення з іншими симптомами – такими,





як дисфонія та дисфагія. Дефекти зубних рядів верхньої щелепи зустрічаються у 33 пацієнтів (66%). З них першого класу 4 пацієнти (8%), другого класу – 0, третього класу – 26 (52%) та 4 класу – 3 (6%). У 17 пацієнтів (34%) дефекти зубного ряду верхньої щелепи відсутні. Дефекти зубних рядів нижньої щелепи зустрічаються у 33 пацієнтів (66%). З них першого класу 2 пацієнти (4%), другого класу – 2 (4%), третього класу – 29 (58%) та 4 класу – 0. У 17 пацієнтів (34%) дефекти зубного ряду нижньої щелепи відсутні.

**Висновок.** Аналіз отриманих даних показує важливість виявлення симптомів порушення лінгвотрики в діагностиці неврологічних та оклюзійних відхилень на ранніх етапах обстеження. Достеменно підтверджено залежність частоти зустрічальності симптомів розладів лінгвотрики від наявності оклюзійних порушень у вигляді дефектів зубних рядів. Достовірно підтверджено ефективність лікування порушень лінгвотрики у пацієнтів з неврологічною та/або оклюзійною патологією. Отримані віддалені результати дослідження пацієнтів з неврологічною патологією підтверджують ефективність ортопедичного лікування в комплексі міждисциплінарної допомоги та її позитивний вплив на якість життя даних хворих.

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ОБ'ЄКТИВНОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ЗА ОДОНТОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ

Черняк В. В.<sup>1</sup>, Нікіфоров А. Г.<sup>2</sup>, Гасюк П. А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава;



<sup>2</sup>Обласне бюро судово-медичних експертиз ДОЗ Полтавської ОДА;

<sup>3</sup>ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського»,

м. Тернопіль.

Незважаючи на широке застосування сучасних комп'ютерних технологій, в тому числі використання чисельних нових програм, які впроваджені в ідентифікаційні заходи, які значно скорочують та полегшують проведення експертизи невідомих осіб, залишаються актуальними як стандартні, класичні методи судово-медичного дослідження, так і нові.

Нами використовувалися дані одонтологічного, одонтогліфічного та дентального статусу при проведенні експертизи невідомої особи у відділі експертизи трупів невідомих осіб та відділенні судово-медичної криміналістики.

З аналізу експертиз невідомих осіб відомо, що найчастіше на більшу частину питань, які поставлені перед експертами, в повному об'ємі можливо відповісти саме використовуючи найбільше додаткових та ідентифікуючих ознак одонтологічного чи дентального статусу.

Так, враховуючи впровадження запатентованих методик та аналізуючи акти впровадження протягом 2015–2017рр., доцільно максимально детально враховувати одонтологічні та одонтогліфічні характеристики груп зубів, що допомагає в свою чергу доповнювати критерії статевої приналежності чи віковий діапазон.

За даними проведених експертиз протягом останніх двох років ефективність встановлення статі і віку та вирішення інших питань у відділі експертизи трупів невідомих осіб та відділенні судово-медичної криміналістики за одонтологічним статусом складає від 70 до 80%.





Залишається відкритим питання можливостей використання в повному об'ємі дентального статуту для ідентифікації особи.

## **СТАН ПАРОДОНТА У ОСІБ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

Щерба В. В., Корда М. М., Лучинський В. М.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»,

м. Тернопіль

**Актуальність.** В Україні за останні 5 років кількість хворих з дисфункцією щитоподібної залози збільшилася у 5 разів. На диспансерному обліку перебувають 3,5 млн осіб, 70% населення страждають дефіцитом йоду. Зміни діяльності щитоподібної залози неминуче позначаються на різних системах організму, у тому числі і на функції і морфології органів і тканин порожнини рота. Щитоподібна залоза вносить важливий внесок у регуляцію всіх видів метаболізму, особливо енергетичних процесів, що відбивається на тканинах пародонту

**Мета дослідження** – оцінити ступінь запального процесу в пародонті осіб із супутньою патологією щитоподібної залози.

**Матеріали і методи дослідження.** Дана робота базується на результатах спостереження за 64 пацієнтами з патологією щитоподібної залози в анамнезі, віком від 18 до 60 років, в яких були відсутні захворювання інших органів та систем, що могли вплинути на результати обстеження. Для оцінки ступеня запального процесу в пародонті використовували папілярно-маргінально-альвеолярний індекс, пародонтальний індекс, індекс Гріна-Вермільйона.





**Результати й обговорення.** Стоматологічне обстеження осіб із супутньою патологією щитоподібної залози, виявило захворювання пародонта у 52 осіб (81,2%), інтактний пародонт – у 12 осіб (18,7%). У той же час обстеження 30 осіб контрольної групи виявило захворювання пародонта у 12 осіб (40,0%), клінічно здорові тканини пародонта – у 18 осіб (60,0%). У осіб із супутньою патологією щитоподібної залози середні значення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу трактувались, як гінгівіт важкого ступеня та достовірно перевищували аналогічні дані групи контролю у 2,2 раза. Середні цифрові значення пародонтального індексу у осіб із супутньою патологією щитоподібної залози відповідали пародонтиту середнього ступеня та достовірно перевищували аналогічні дані групи контролю у 3,1 раза. Стан гігієни ротової порожнини у 57% у осіб із супутньою патологією щитоподібної залози відповідав поганому гігієнічному стану, у 5% - дуже поганому, 33% - задовільному, 5% - доброму. Середні значення індексу Гріна-Вермільйона у осіб із супутньою патологією щитоподібної залози достовірно перевищували аналогічні дані групи контролю у 2,0 рази.

**Висновки.** Отже, супутня патологія щитоподібної залози сприяє збільшенню дифузних запальних захворювань пародонта та поглибленню патологічного процесу.

**EFFECT OF THE 0,2% HYALURONAN-CONTAINING GEL ON  
ALVEOLAR BONE REMODELING IN RATS WITH EXPERIMENTAL  
PERIODONTITIS**

Chumakova Yu. (Ukraine, Odessa),

Nikolaienko T. ( Georgia, Batumi, Family Dental Center «My Dentist»)







**Objectives.** Hyaluronic acid (HA) is a naturally occurring linear polysaccharide of the extracellular matrix of connective tissue and other tissues. It has several physiological and structural functions, accelerating bone regeneration by means of chemotaxis, proliferation and successive differentiation of mesenchymal cells. The purpose of this study was to evaluate of a 0,2% hyaluronan-containing gel on bone remodeling in the mandible of rats.

**Methods.** Thirty-two white Wistar rats ( weighing 350-450 g and aged 4 months) were divided into three groups: group 1 comprised intact rats (control); group 2 comprised rats with a «peroxide» model of periodontitis, reproduced by a 60-day diet of over-oxidised sunflower oil (model); and G3 comprised rats with peroxide-induced periodontitis that were given topical HA-gel on the gingiva daily for 14 days (treatment). Alveolar bone remodeling was evaluated by biochemical and histologic analysis and activity of alkaline phosphatase (ALP; an indicator of osteoblastic activity) and tartrate-resistant acid phosphatase (TRAP; a biomarker of osteoclasts) were measured in the alveolar bone.

**Results.** The enzyme activity in alveolar bone was significantly higher in the treatment group than the model group, with levels of  $42,56 \pm 3,96$  mckat/kg and  $79,94 \pm 3,17$  mckat/kg ( $p \leq 0,001$ ) of ALP, and  $3,38 \pm 0,26$  mckat/kg and  $4,57 \pm 0,30$  mckat/kg ( $p \leq 0,01$ ) for tartrate-resistant acid phosphatase (TRAP). This indicates activation of bone remodeling under the influence of the HA-gel. Sites of new alveolar bone formation and many «active» osteoblasts was observed in tissues sections in the treatment group.

**Conclusion.** The results suggest that topical application of the 0,2% HA-containing gel applied of the gingiva in rats has an osteoinductive effect.



## **PEROXIDATION DISORDERS IN THE DYNAMICS OF EXPERIMENTAL PERIODONTITIS DEVELOPMENT**

Demkovych A. Ye., Bondarenko Yu. I.

HSEI «I. Horbachevsky Ternopil State Medical University»

The experiments were performed with use of white clinical healthy rats 150-200 g weight in conditions of vivarium, contained in a standard diet balanced for the basic elements. The investigations was conducted in conformity with the general rules and regulations of the European Convention for the Protection of vertebrate animals that use for experimental and other scientific purposes (Strasbourg, 1986), the General ethical animal experimentation (Kyiv, 2001). The animals were divided into 3 groups: I – intact animal, controls (n=10); II – animals with experimental periodontitis on the 7<sup>th</sup> day study (n=8); III – animals with experimental periodontitis on the 14<sup>th</sup> day study (n=8). Experimental periodontitis was caused in experimental animals with introduction of complex mixtures of microorganisms diluted egg protein in periodontal tissues. For this significant quantitative changes were found in prooxidant-antioxidant system. On 7<sup>th</sup> day of the experiment, there was an excessive accumulation in serum of lipid peroxidation products, as evidenced by increased concentration diene conjugates (DC) (by 2.20 times;  $p<0.01$ ) and triene conjugates (TC) (by 1.93 times;  $p<0.01$ ), respectively, compared with the control group of experimental animals. The later, on the 14<sup>th</sup> day of experimental periodontitis model, there was a gradual decline in DC (by 1.53 times;  $p<0.01$ ) and TC (by 1.52 times;  $p<0.01$ ) in serum compared a group of animals studied at the 7<sup>th</sup> day of the experiment, but these indexis were elevated relatively intact animal group (by 1.44 times:  $p<0.01$  and by 1.26 times,  $p<0.01$ , respectively). The data shown increased generation of reactive oxygen species, activation of free radical oxidation of lipids throughout the periods of the inflammatory





response formation, but the most expressive in the peak of inflammation, which corresponded to a more severe clinical picture was in the animals of this group. In the later period of periodontitis development, despite some easing of intensity of lipid peroxidation, while full attenuation process in inflamed periodontal tissues not happened.

### **PRACTICAL APPLICATION OF THE MICROSENSOR THERAMON IN TREATMENT WITH REMOVABLE ORTHODONTIC DEVICES**

Stross G., orthodontist, dental office Wels, Austria,

Fartushna A., orthodontist, dental office Vienna, Austria

The main problem with the use of removable orthodontic appliances is the inability to control the wear of the apparatus by doctor. Using the microsensor of TheraMon allows the orthodontist to get reliable data about the time and frequency of wearing a removable appliance. Microsensors are sensitive to temperature in a mouth while using the device, they record the temperature every 15 minutes. During each patient's visit the device is removed from the mouth and connected to a special reading device, which transmits data to a computer program with built-in transmitter. In my practice, we are faced with an interesting fact that some patients the first few months after installing the microsensor were trying to mislead the orthodontist, not using the appliance in a month and actively wearing it a few days before the next appointment. By the use of microsensor TheraMon we have achieved the planned results of treatment in 97.2% of patients. This system allows the orthodontist to get complete and objective data about the time and frequency of wearing the appliance.





## **CHARACTERISTIC OF QUALITY PARAMETERS OF GUM EPITHELIAL CELLS UNDER METAL-CERAMIC CONSTRUCTIONS**

Radchuk V. B., Hasiuk N. V., Hasiuk P. A.

HSEI «I. Horbachevsky Ternopil State Medical University»

**Actuality.** Being a part of the system of mucous membranes, gum epithelium takes a proactive stance in reactive changes initiated by irritant factors of external and internal environment. This fact enables us to consider the changes of gum epithelial cells as markers of physiological counterpoise and reactivity of mucous membranes as well as an indicator of local and general homeostasis deviations which evolve as a consequence of lasting impact of traumatic and bacterial agents. The above mentioned data emphasize the actual necessity to characterize quality changes of gum epithelium under metal-ceramic constructions.

**The purpose** of this study is to define reactive changes of quality parameters of gum epithelial cells under metal-ceramic constructions.

**The material for this research** was provided by gum epithelium, which was picked from the patients subjected to the replacement of defected hard tissues of the teeth by means of metal-ceramic constructions. Epithelium was picked by spatula, transferred onto a glass slide and desiccated within 3-5 minutes with the open air access. Coloring of the material was conducted by the method of Gimsa-Romanovskyj with the following microscopic and morphological analysis.

**Results of the study and their discussion.** As indicators of pathological bias in characteristic of cellular structure of gum epithelium served the cells with signs of irritation, dystrophy and necrobiotic changes. Herewith, the cytomorphological characteristic of cell structure accounts for chronic catarrhal





inflammation due to a large number of segmented leukocytes of various functional status.

**Conclusions.** The available change of tinctorial properties of epithelial cells reveals possible subsequent directions of pathomorphologic changes of mucous membranes of gum under metal-ceramic constructions.

## **EFFICACY OF CLEAR ALIGNERS IN CONTROLLING ORTHODONTIC TOOTH MOVEMENT**

Shadi Al-khatib Ph. D, Orthodontist,

Member of Ukrainian Society of Orthodontist, Member of Jordanian

Society of Orthodontist

Amman, Jordan

In recent years, increasing numbers of adult patients have sought orthodontic treatment and expressed a desire for esthetic and comfortable alternatives to conventional fixed appliances. The possibility of using clear overlay orthodontic appliances was introduced in 1946, when Kesling devised the concept of using a series of thermoplastic tooth positioners to progressively move misaligned teeth to improved positions. In 1997, Align Technology-G (Santa Clara, Calif) adapted and incorporated modern technologies to introduce the clear aligner treatment (CAT) as we know it, rendering Kesling's concept a feasible orthodontic treatment option. Although CAT has been cited as a safe, esthetic, and comfortable orthodontic procedure for adult patients, only a few investigations have focused on the predictability of orthodontic tooth movement (OTM). In 2005 Lagrave`re and Flores-Mir published a review in which only two studies met their inclusion criteria related





to Invisalign therapy efficacy. The authors stated that no strong conclusions could be made regarding the treatment effects of this kind of orthodontic treatment. Thus, clinicians who plan to use CAT on their patients have to rely on their clinical experience, the opinions of experts, and limited published evidence.

The present systematic review was undertaken to update the knowledge of the available evidence about CAT and to answer the following clinical research question: «Is CAT effective in controlling the orthodontic movement in non-growing subjects?»

**Objective.** To assess the scientific evidence related to the efficacy of clear aligner treatment (CAT) in controlling orthodontic tooth movement.

**Materials and Methods.** PubMed, PMC, NLM, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Clinical Trials, Web of Knowledge, Scopus, Google Scholar, and LILACs were searched from January 2000 to June 2014 to identify all peer-reviewed articles potentially relevant to the review. Methodological shortcomings were highlighted and the quality of the studies was ranked using the Cochrane Tool for Risk of Bias Assessment.

**Results.** Eleven relevant articles were selected (two Randomized Clinical Trials (RCT), five prospective non-randomized, four retrospective non-randomized), and the risk of bias was moderate for six studies and unclear for the others. The amount of mean intrusion reported was 0.72 mm. Extrusion was the most difficult movement to control (30% of accuracy), followed by rotation. Upper molar distalization revealed the highest predictability (88%) when a bodily movement of at least 1.5 mm was prescribed. A decrease of the Little's Index (mandibular arch: 5 mm; maxillary arch: 4 mm) was observed in aligning arches.

**Conclusions.** CAT aligns and levels the arches; it is effective in controlling anterior intrusion but not anterior extrusion; it is effective in



controlling posterior buccolingual inclination but not anterior buccolingual inclination; it is effective in controlling upper molar bodily movements of about 1.5 mm; and it is not effective in controlling rotation of rounded teeth in particular. However, the results of this review should be interpreted with caution because of the number, quality, and heterogeneity of the studies.

**EVALUATION OF THE RELEASE KINETICS OF SECRETOME  
OF HYPOXIA-CONDITIONED ORAL CELLS FROM THE BONE  
SUBSTITUTE MATERIALS**

Tymoshchuk Alina, Agis Hermann, Cvikl Barbara

Vienna, Austria

The increasing number of patients with compromised healing that requires surgical interventions, makes new regenerative strategy necessary. An innovative approach in regenerative medicine is the use of cell secretome, which contains proangiogenic growth factors such as vascular endothelial growth factor (VEGF). An application technique of secretom for Oral Surgery and Periodontology is not yet found. Bone substitute materials are potential carriers for the secretome. It is unclear, however, whether the growth factors are released from the bone substitute materials. The aim of this work is the evaluation of the release kinetics of secretome, which was derived from hypoxia-conditioned oral cells, from the bone substitute materials BioOss®, hydroxyapatite and  $\beta$ -tricalcium phosphate.

We used the secretome of oral cells (fibroblasts of periodontal ligament, the gingiva and pulp), which were cultured under hypoxia and normoxia. The bone graft materials Bio-Oss®, hydroxyapatite and  $\beta$ -tricalcium phosphate are lyophilized with secretome of the cells. The release kinetic of the substances is





determined by the supernatants at 1, 3, 6, 24, 48 and 72 hours. VEGF and interleukin-8 (IL-8) concentration in the supernatants of bone graft materials was measured by immunoassays to determine the release of signaling factors.

Our data show that the concentration levels of VEGF in the supernatants from all used bone substitute materials is low and the IL-8 concentration is below the detection limit from the immunoassay. These data suggest that the growth factors are not released from the bone substitutes.

Bone substitute materials loaded with the secretome from oral fibroblasts do not release VEGF and IL-8 in relevant concentrations. Thus, it is possible that the growth factors remain bound to the bone substitute material. If the bone substitute materials have absorbed the biological activity and stimulate bone regeneration remains to be assessed in further studies.

## **FEATURES ARCHITECTONICS OF MOLARS CROWNS IN SEX ASPECT**

Vorobec A. B., Hasiuk P. A., Radchuk V. B., Hasiuk N. V.

SHEI «Ternopil State Medical University Ministry of Health of Ukraine»

According to the literature, two types of molars odontoglyphics drawing are defined on the masticatory surface of molars: igrek (Y) and plus (+). Type of the pattern reflects mutual disposition of the major bumps in the center of the crown. Y-pattern stated in the case where the eocone and diacone are contacted. +-pattern means dotted contact between all four main bumps in the center of the crown. The pattern of crown's masticatory surface in combination with the number of bumps is considered the main morphological characteristics of molars. According to the theory of Dalberg the quantity of bumps on the masticatory surface of the molars is determined with the help of morphogenetic field of molarization. The concept of the morphogenetic field includes complex



relationships of cellular enamel elements, dentin and pulp, which are defined as the general morphological characteristics of the teeth as well the individual features of one class (class specific). In the middle of the class there are areas, where the morphogenetic field has the most powerful action and morphological sign is the most distinct. According to A. Dalberg, the first molars of upper and lower jaws have the most powerful field of molarization and they are the «key» teeth. In the second and third molars the field of molarization is less significant, that is manifested in a decrease of the number of cusps and their height.

The result of the researches showed that the molars of citizens in Ternopil region are characterized by the presence of Y-five, Y-four, Y-three, +-five and +-four types of odontoglyphics drawing. Moreover it is found, that upper jaw molars are characterized by the permanent presence of Y pattern: the first and the second molars Y-4 type, third molar Y-3 type regardless of sex.

In 45% examined people we found the presence of tubercle Carabelli with the different level of expression of the first upper molar. Moreover this feature is typical for both men and women.

The first molars of the lower jaw are characterized with the presence of Y-five type of odontoglyphical drawing, and this is observed in both women's and men's teeth. In the second molars were observed the presence of plus-four and plus-five pattern of masticatory surface. Here we can see the sex differences. The men are characterized the presence of plus-five, and for women plus-four pattern of the second molars masticatory surface. This fact shows that the process of reduction is expressed strongly at women's molars due to disappearance of a fifth tubercle and decrease of the size of the crown.

To differentiate molars depending on sex, the indexes of the reduction of the second upper jaw molar represents valuable information. Reduced types of crowns of the second upper jaw molars, where hypocone is very small, or not available at all, is mostly found in women. We can make conclusion about the





degree of the reduction, depending on the sex by analyzing percentage ratio of the first and second molar's crowns modules. So, after analyzing the results, it can be argued that the indicators module crowns of the men molars increase over women.

Conclusion. To sum everything up, we can make the following conclusions:

- 1) According to the odontometrical indexes of the size of the molar crowns, processes of reduction are more reflected in women's molars.
- 2) Sex differences of the crown sizes are especially defined on the second upper jaw and second lower jaw molars.
- 3) The citizens of Ternopil and Ternopil region relate to the South Europeoid ethnic group.

## **QUALITY EVALUATION OF CLINICAL APPLICATION OF ALL-CERAMIC INLAYS USED IN ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH DEFECTS OF DENTAL HARD TISSUES**

Yanishen I. V., Bilobrov R. V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

**Introduction.** Inlays, which are used for indirect restorations in orthopedic treatment of patients with congenital and acquired defects of dental hard tissues, contribute to the maximum preservation of healthy tooth tissues, restore reliable contact points and simulate their natural structure, have high strength and color fastness. The main evaluation criteria of clinical and technological quality of indirect restoration. They are: restoration of the anatomical shape of the tooth, the quality of the surface condition and the





quality of edge adhesion of the inlay. Experimentally determined the clinical benefit of different polishing systems in carrying out the final polishing of cement in the border "inlay – dental hard tissues" had been done. Discovered a clinical advantage of the system polishing burs of "SHOFU" against "Enhance®".

**Scientific novelty:** experimental determination of the clinical benefits of different polishing systems during finish polishing cement.

**Purpose of the study:** to improve the quality of orthopedic treatment of patients with defects of dental hard tissues by clinical evaluation as ceramic inlays, applied during orthopedic treatment of patients with defects of dental hard tissues, using different polishing systems.

**Object and methods.** To study the state of the hard tissue of teeth was conducted a comprehensive survey of 33 patients adults (16 men and 17 women) belonging to the group of "working age" (from 19 to 54 years) with defects filling cavities, as well as defects of hard tissues teeth. Distribution of patients was conducted in two groups: the first group carried 16 patients treated for finishing polishing fixing cement at the border " inlay – dental hard tissues " used the system «Enhance®» (DENTSPLY, USA). The second group consisted of 17 patients treated for finish polishing fixing cement used polishing burs (SHOFU INC, TF Hybrid <sup>TM</sup> Points Kit) and polishing brush with paste Profylaxpasta CCS (CCS, Tunavagen Borlange, Sweden), RD = 40.

Preparation of cavities carried out according to clinical requirements. In laboratory stages of ceramic used a lot of inlays «IPS e.max Press» (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein). The full anatomical working and auxiliary impression taking procedure from upper and lower jaw denture foundation area by dental impression material of condensation type «Speedex» (Switzerland) had been done. For the permanent cementation of ceramic inlays the light- and dual-curing luting composite Variolink II (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) was used.



The polymerization of the composite cement was performed with the wireless 5W LED photo-polymerisation lamp Translux Power Blue (Heraeus Kulzer GmbH, Germany) followed by polishing one of the proposed polishing systems.

**Results and discussion.** Assessment of quality of indirect restorations, the state surrounding hard tissue of tooth was performed at 6, 12 and 24 months according the following criteria.

## **THE DEPENDENCE OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC DEFECTS OF THE UPPER JAW FROM ORTHOPEDIC TREATMENT**

Yanishen I. V., Fedotova O. L.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Before dentists increases the urgency of the problem physical, emotional, psychological, social rehabilitation of patients with congenital, posttraumatic, postoperative defects and deformation of areas of the dentition, complicated by violation of the functions of respiration, speech, chewing, swallowing. The need of the population of Ukraine in prosthetics removable and non-removable structures are quite high and accounts for about 80%, and the level of satisfaction in various regions of Ukraine (22,0÷38,0)%, which is a prerequisite for the prevention of complications and improve the reliability, quality and increase in terms of clinical operation of structures materials for dentures. The frequency of gunshot wounds of the face in time of war is 5,19-10,7%, including the share of the ball accounts for 25%. In 68.3% of cases, they are accompanied by multisplintered fractures, 25.6% of the victims remain the disadvantages of bone structures and soft tissues (28,37%).



The treatment and rehabilitation of patients with acquired maxillo-facial defects (AMFD) are the most actual medical-social problems of modern dentistry. In the system of specialized dental care important adequate and comprehensive rehabilitation measures, as AMFD most often accompanied by severe functional and esthetic disorders leading to restriction of life, to social exclusion and deep sociopsychological problems of the existence of the patient.

Before dentists increases the urgency of the problem physical, emotional, psychological, social rehabilitation of patients with congenital, posttraumatic, postoperative defects and deformation of areas of the dentition, complicated by violation of the functions of respiration, speech, chewing, swallowing.

Unfortunately, data about the frequency of occurrence AMFD among the population of the country has no official statistics. The lack of the system of state statistical recording of such patients will inevitably impact on the organization, planning and providing optimal orthopaedic care tailored to the real needs of it. Only a separate and limited amount of information in the literature give an idea of the frequency of occurrence of certain types of maxillofacial defects in different population groups and on the annual increase in the number of patients needing prosthetics.

In this regard, the main goal and objectives become the quest in the complex of rehabilitation measures, as strictly individual, differentiated methodological approach to the diagnosis, therapeutic, gastroenterological and orthopedic treatment of patients with oncological diseases after resection of the upper jaw, with the aim of improving the quality of life of patients.

One of the basic objectives of the European strategy is to improve the quality of life of patients, in particular due to new therapeutic and preventive technologies and clinical monitoring of the effectiveness of specialized medical care.







## ПАМ'ЯТІ ЛЕОНІДА МАКСИМОВИЧА МУНТЯНА



Українська медична наука понесла тяжку втрату. На 63 році пішов з життя завідувач кафедри ортопедичної стоматології Вінницького національного медичного університету доцент Мунтян Леонід Максимович.





Л. М. Мунтян народився 6 липня 1954 року в с. Писарівка Ямпільського району Вінницької області в сім'ї колгоспників. Після закінчення середньої школи з вересня 1971 року по червень 1973 року навчався на зуботехнічному відділенні Одеського медичного училища № 1, яке закінчив з відзнакою. В грудні 1973 року був призваний до армії. Після демобілізації з армії в грудні 1975 року був зарахований слухачем підготовчого відділення Одеського медичного інституту. У 1976 році був зарахований на перший курс стоматологічного факультету Одеського медичного інституту. В 1979 році за сімейними обставинами був переведений на 4 курс стоматологічного факультету Львівського медичного інституту.

У 1981 році з відзнакою закінчив Львівський державний медичний інститут (нині Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького). З 1981 року навчався в клінічній ординатурі на кафедрі ортопедичної стоматології, а з вересня 1983 року обраний за конкурсом асистентом цієї кафедри.

Дисертацію на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук на тему: «Експериментальна та клінічна оцінка удосконаленої технології виготовлення зубних суцільнолитих мостоподібних протезів» захистив у 1986 році. Рішенням вченої ради Львівського медичного інституту у 1993 році присвоєно вчене звання доцента кафедри ортопедичної стоматології. З 1991 по 1996 рік завідував навчальною частиною кафедри.

У вересні 1996 року призначений, а в листопаді 1997 року обраний за конкурсом на посаду завідувача кафедри ортопедичної стоматології Вінницького державного медичного інституту імені М. І. Пирогова (нині Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова) на новоствореному стоматологічному факультеті.



Основні напрямки лікувальної та наукової діяльності Л. М. Мунтяна були присвячені розробці технологічних процесів та методів ортопедичного лікування хворих з порушеннями оклюзійних співвідношень; апробації та впровадженню біоматеріалів, що застосовуються при виготовленні імплантатів та ортопедичних супраконструкцій; науковому обґрунтуванню та раціональному лікуванню хворих ортопедичними конструкціями на суцільнолитих та без металевих каркасах.

Леонід Максимович є автором 168 наукових та навчально-методичних публікацій у т. ч. 2 підручників, 4 монографій та посібника з організації ортопедичної стоматології, 4 авторських свідоцтв та 10 патентів України.

Підготував 2 кандидатів медичних наук, 18 клінічних ординаторів (з них 14 іноземних громадян), 6 магістрів медицини за спеціальністю ортопедична стоматологія.

Виконував дисертацію на здобуття наукового ступеню доктора медичних наук за темою: «Теоретичне обґрунтування та визначення клінічної ефективності лікування пацієнтів зубними протезами з комбінованою системою фіксації». Керував підготовкою 4 здобувачів наукового ступеню кандидата медичних наук.

Проходив стажування в Швейцарії та Польщі. Був активним організатором проведення та учасником наукових та науково-практичних конференцій в Україні та за кордоном (Кіпр – 1996р., Швейцарія – 2001р., Польща – 2003р., 2014р., Словаччина – 2009р.).

З 2000 року був експертом Центру тестування при міністерстві охорони здоров'я України з проведення ліцензійного іспиту «Крок -2. Стоматологія.».





В 2011 році був обраний головою Вінницького обласного осередку профільної асоціації Стоматологів-ортопедів та зубних техніків, входив до складу атестаційної комісії відділу охорони здоров'я обласної державної адміністрації. З 2003 року згідно наказів МОН України 10 разів призначався головою та входив до складу експертних комісій з ліцензування, проведення первинних та чергових акредитаційних експертиз у вищих навчальних закладах України I-IV рівнів та перевірки якості підготовки спеціалістів, магістрів з напрямку 1101 Медицина за спеціальністю «Стоматологія ортопедична» 5.110.109. Неодноразово виконував обов'язки Голови екзаменаційної комісії зуботехнічного відділення Вінницького медичного коледжу ім. академіка Заболотного.

Мунтян Леонід Максимович – лікар вищої категорії, досвідчений педагог, відомий серед професорсько-викладацького складу медичних ВУЗів України. Неодноразово входив до складу робочих комісій з розробки та впровадження освітніх Програм за спеціальністю «Стоматологія».

За багаторічну сумлінну працю, значний особистий внесок у розвиток системи охорони здоров'я, високий професіоналізм та активну громадську позицію Л. М. Мунтян неодноразово нагороджувався грамотами Міністерства охорони здоров'я України, обласних державних адміністрацій Львівського та Вінницького національних медичних університетів.

Леонід Максимович залишив після себе велику плеяду послідовників, учнів та однодумців.

Світла пам'ять про доцента Мунтяна Леоніда Максимовича – талановитого вченого, чудового лікаря та педагога назавжди збережеться у серцях його друзів, колег та учнів.





**Колектив кафедри  
ортопедичної стоматології  
Вінницького національного медичного  
університету імені М. І. Пирогова.**