

*Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України*



МАТЕРІАЛИ

***НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«Ternopil Dental Summit»***

23-24 травня 2019 року



ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МОЗ УКРАЇНИ

TERNOPIL DENTAL SUMMIT

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

23-24 травня 2019р.

Тернопіль 2019

УДК 616.31(063)

ББК 56.6

Т 35

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

Оргкомітет: головуєчий проф. Корда М. М., співголова проф. Гасюк П. А., співголова доц. Щерба В. В.

© Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, 2019



Вельмишановні колеги!

Маємо честь вітати Вас у роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю “Тернопіль дентал саміт” на базі конгрес-центру Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України “Червона Калина”.

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.

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.

Опубліковані в збірнику 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
Тернопільського національного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
доктор медичних наук, професор
Гасюк Петро Анатолійович*





ЗМІСТ

1	DETERMINATION OF THE MOTIVATION LEVEL TO TREATMENT IN PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS ASSOCIATED WITH ANOREXIA NERVOSA	8
	Antonenko M. Yu., Reshetnyk L.L., Moskalenko O.V.	
2	ENDOGENIC INTOXICATION AND ITS CORRECTION BY FLAVONOL IN THE MECHANISMS OF BACTERIAL-IMMUNE PERIODONTITIS DEVELOPMENT	10
	Demkovych A. Ye.	
3	CLINICAL LABORATORY ANALYSIS OF MAXIMUM INTERCUSPATION REGISTRATION RESULTS IN PATIENTS WITH INTACT DENTITIONS	11
	Taras R. Hlushko, Yuriy V. Vovk, Volodymyr Yu. Vovk	
4	LEVEL OF IMMUNOGLOBULINS OF CLASS G IN EXPERIMENTAL ANIMALS WITH AND WITHOUT TREATMENT BY A COMPLEX OF ANTIOXIDANT PREPARATIONS	12
	Kilmukhametova Yu.	
5	MATHEMATICAL SUBSTANTIATION OF THE USE OF DIFFERENT TYPES OF CLASPS	13
	Kozak R. V., Kalashnikov D. V.	
6	MANAGEMENT OF BENIGN MIGRATORY GLOSSITIS	16
	Marcu D., Ababii V., Chele N.	
7	CONNECTION ABUTMENTS OF IMPLANT SUPPORTED-PROSTHESIS WITH CEMENT AND SCREW FIXATION	19
	Melnic Svetlana, Uncuta Diana	
8	ANALYSIS OF CRANIOFACIAL MORPHOLOGY IN CHILDREN WITH MALOCCLUSIONS AND CEREBRAL PALSY BY 3-DIMENSIONAL COMPUTER TOMOGRAPHY	20
	Poștaru Cristina, Uncuta Diana	
9	MONITORING THE STRUCTURE OF ORTHOPEDIC PATHOLOGY AMONG THE POPULATION OF TERNOPIIL CITY	21
	Radchuk V. B.	
10	INVESTIGATION OF THE EFFECT OF NON-REMOVABLE ORTHOPEDIC STRUCTURES ON THE PATIENT'S IMMUNE-METABOLIC PROFILE	23
	Yanishen I., Yarina I., Fedotova O.	
11	ОЦІНКА ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ АСОЦІЙОВАНИЙ СТАНОМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	25
	Абдувакілов Ж.У.	
12	ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ АСОЦІЙОВАНИЙ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	26
	Абдувакілов Ж.У., Різаєв Ж.А., Хаджіметов А.А., Ібрагімова Д.Х.	
13	ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГРУПИ КРОВІ	28
	Бандрівський Ю.Л.	
14	ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ТКАНИН ШЛУНКА ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ	29
	Беденюк О.А.	
15	МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ЕКСПЕРИМЕНТІ	31
	Бойків А.Б., Древницька Р.О., Авдєєв Б.О.	





16	ВПЛИВ РЕЗУЛЬТАТІВ МАЛОІНВАЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ ІМПЛАНТАЦІЇ НА ПРОЦЕС ОСТЕОІНТЕГРАЦІЇ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТІВ	33
	Бунь О.В.	
17	ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	35
	Буханченко О.П., Аветіков Д.С., Іваницька О.С., Бойко І.В.	
18	СТРУКТУРА ТА ЧАСТОТА САГІТАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ НОСОВОГО ДИХАННЯ	38
	Вишемирська Т.А.	
19	АНАЛІЗ ПРИЧИН СПРИЯЮЧИХ РОЗВИТКУ ОДОНТОГЕННИХ ПЕРІОСТИТИВ ЩЕЛЕПНИХ КІСТОК У ДІТЕЙ	40
	Вітковський О.О., Кузняк Л.В.	
20	ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	42
	Возний О.В., Шумна Т.Є, Лепетченко Є.С.	
21	МАТЕМАТИЧНИЙ ПІДХІД ДО МОДЕЛЮВАННЯ РОЗПОДІЛУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ В ОБЛАСТІ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ	44
	Войтович В.І., Гончарук-Хомин М.Ю.	
22	ОСОБЛИВОСТІ МОДЕЛЮВАННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕРХНІ МОЛЯРІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ОДОНТОГЛІФІЧНОГО МАЛЮНКУ	46
	Воробець А.Б., Гасюк П.А.	
23	ОСОБЛИВОСТІ ОДОНТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ В ГЕНДЕРНОМУ ВІДНОШЕННІ	48
	Гасюк А.П., Костиренко О.П.	
24	ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОТОПОГРАФІЇ ОСТРІВЦІВ МАЛЯССЕ	51
	Гасюк А.П., Костиренко О.П., Верченко І.В.	
25	ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОДОНТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ ПРИ КОНСТРУЮВАННІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ	52
	Гасюк П.А., Воробець А.Б., Росоловська С.О.	
26	УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ЕМАЛЕВИХ ПРИЗМ ЗУБІВ	55
	Гасюк П.А., Росоловська С.О., Воробець А.Б.	
27	ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЯЗИКА В ЕКСПЕРИМЕНТІ	56
	Гнатюк М.С., Боднарчук І.В., Татарчук Л.В.	
28	ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КАРІЕСУ ЗУБІВ ЗАЛЕЖНО ВІД МАКРО ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ ДИТИНИ	58
	Годованець О.І., Гринкевич Л.Г.	
29	ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРОБІОТИЧНОЇ ДІЇ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ ІЗ ТИРЕОПАТОЛОГІЄЮ	59
	Годованець О.І., Кіцак Т.С.	
30	ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ТА РІЗНОВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ВІДПОВІДНО ДО ФОРМИ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ	61
	Годованець О.І., Навольський Н.М.	
31	МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ, ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ В ДИТИНИ	63
	Годованець О.І., Романюк Д.Г.	





32	УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА НА 14 ДОБУ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	65
	Град А.О., Бандрівська О.О., Беденюк О.А.	
33	НЕОБХІДНІСТЬ ВИВЧЕННЯ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ОСНОВ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	67
	Дзецюх Т. І.	
34	ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЩЕЛЕП НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА	69
	Дутко Х.О.	
35	МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСЕН ЩУРІВ В НОРМІ ТА ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЕТАНОЛОМ	72
	Єрошенко Г.А., Федонюк Л.Я., Казакова К.С.	
36	ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО СКЛАДУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЯСЕН У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	74
	Єрошенко Г.А., Шешукова О.В., Білаш С.М., Бауман С.С.	
37	ОЦІНКА МОРФОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ ПІД ЧАС ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ ФІСУР У ДІТЕЙ	76
	Іванчишин В.В., Стадник У.О.	
38	БІОМЕХАНІЧНІ МОЖЛИВОСТІ СЛИЗОВО-ОКІСНИХ КЛАПТІВ ПІД ЧАС АУГМЕНТАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА	78
	Каплун Д.В., Аветіков Д.С.	
39	ПРОБЛЕМА НЕПЕРЕНОСИМОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ СПЛАВІВ І ШЛЯХИ ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ	81
	Кіндій В.Д., Король Д.М., Кіндій Д.Д., Соловей Л.В.	
40	ВПЛИВ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я НА ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПУЛЬПИТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ	84
	Клітинська О.В., Зорівчак Т.І.	
41	ВИГОТОВЛЕННЯ ТЕРМОПЛАСТИЧНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ	86
	Коваленко М. О., Герасимчук П. Г.	
42	МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ ОПОРНИХ ЗУБІВ НЕЗНІМНИМИ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ ЗА ДАНИМИ КПКТ	88
	Коробейнікова Ю.Л., Коробейніков Л.С.	
43	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОМПЕТЕНЦІЙ В СТОМАТОЛОГІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОРТОДОНТІЯ» У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЄВРОПИ	91
	Костенко Є.Я., Костенко С.Б., Пензелик І.В.	
44	РЕГРЕСІЙНІ МОДЕЛІ КТ-РОЗМІРІВ ВЕЛИКИХ КУТНИХ ЗУБІВ У ЧОЛОВІКІВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ КЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ	94
	Коцюра О.О.	
45	ВИКОРИСТАННЯ КСЕНОГЕННИХ ТКАНИН В СТОМАТОЛОГІЇ	96
	Краснокутський О.А, Гуда Н.В., Чарківський Т.Ю.	
46	РОЛЬ ПОРУШЕНЬ КЛІНІКО-ТЕХНОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ В ЕФЕКТИВНОСТІ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ	98
	Кривчук О.А.	
47	ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	100



	Лещук С.Є.	
48	КЛІНІЧНА ОЦІНКА МЕТОДИКИ КОРОНЕКТОМІЇ У СКЛАДНИХ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКАХ ПРИ АТИПОВОМУ ВИДАЛЕННІ ЗУБІВ	102
	Лисенко О.С., Мірошніченко А.О.	
49	ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГОСННЯ ГНІЙНИХ ТА ЧИСТИХ ОПЕРАЦІЙНИХ РАН НА РІЗНИХ ЕТАПАХ УТВОРЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ	105
	Локес К.П.	
50	ЗМІНА ПЛАНУ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ЗАМІНИ КОРОНОК І МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ	106
	Маланяк Б.Р., Кордіяк А.Ю., Сидорук І.М.	
51	СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ПОКАЗНИКИ БІОФІЗИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ У РІЗНІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	109
	Одуд М.П., Беляєв Е.В.	
52	ВМІСТ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ В КРОВІ ТВАРИН ЗА УМОВ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ	111
	Олекшій П.В.	
53	АЛГОРИТМ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРОГО ДО ВІДКРИТОГО СИНУС-ЛІФТИНГУ	113
	Пантус А.В.	
54	ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕЙРОПРОТЕКТОРІВ ЗА ДИНАМІКОЮ АКТИВНОСТІ НЕЙРОМАРКЕРІВ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ТЕРАПІЇ ЯТРОГЕННОГО КОМПРЕСІЙНО-ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА ПЛОМБУВАЛЬНИМИ МАТЕРІАЛАМИ («FOREDENT» ТА «АН-PLUS») В ЕКСПИРЕМЕНТІ	115
	Погоріла А.В., Шінкарук-Диковицька М.М.	
55	ОСОБЛИВОСТІ ЛІНІЙНИХ ТА КУТОВИХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В УКРАЇНСЬКИХ ЮНАКІВ З ОРТОГНАТИЧНИМ ПРИКУСОМ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ ОБЛИЧЧЯ ЗА МЕТОДИКОЮ А. М. SCHWARZ	118
	Прокопенко О.С., Беляєв Е.В.	
56	ПОКАЗНИК ТКАНИННОЇ АЛЕРГІЇ ДО КІСТКОВОГО АНТИГЕНУ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	120
	Ревич В.О.	
57	ОСОБЛИВОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ КІСТКОВИХ РЕГЕНЕРАТИВ	122
	Рожко М.М., Ступницький І.Р.	
58	РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ РЕТЕНЦІЇ ІКОЛ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ	124
	Фліс П.С., Ращенко Н.В., Бродецька Л.О.	
59	ЧЕРЕПНО-ЛИЦЬОВІ МОРФОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЮНАКІВ І ДІВЧАТ ЗА ДОПОМОГОЮ ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ЗА Е. Р. HARVOLD, С. J. BURSTONE ТА R. M. RICKETTS	127
	Черниш А.В.	
60	ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КРИТЕРІЇВ ОДОНТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	129
	Черняк В.В., Нікіфоров А.Г., Писаренко О.А, Гасюк П.А.	





61	НОВІТНІ ЗАСТОСУВАННЯ 3D НАНОТЕХНОЛОГІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ЗУБНИХ КОНСТРУКЦІЙ	132
	Шевченко А.Ю., Рамусь М.О.	
62	ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-α НА ФОНІ ГІПЕР- ТА ГІПОТИРЕОЗУ ПРИ ПАРОДОНТИТІ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТУ	133
	Щерба В.В., Мачоган В.Р.	
63	КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ПІДСТАВІ ДАНИХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	136
	Янішен І.В., Андрієнко К.Ю., Бережна О.О., Погоріла А.В., Салія Л.Г.	
64	ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ХІМІЧНОЇ РЕТРАКЦІЇ ЯСЕН ПРИ ОДОНТОПРЕПАРУВАННІ ОПОРНИХ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ	137
	Ярковий В.В., Криничко Ф.Р., Малюченко М.М., Калашніков Д.В., Зубченко С.Г.	



DETERMINATION OF THE MOTIVATION LEVEL TO TREATMENT IN PATIENTS WITH GENERALIZED PARODONTITIS ASSOCIATED WITH ANOREXIA NERVOSA

¹M.Yu. Antonenko, ¹L.L. Reshetnyk.,²O.V. Moskalenko

¹Bogomolets National Medical University, Kiev

²Kiev Clinical Hospital on railway transport №1 «Ukrzaliznytsya»

Anorexia nervosa (AN) is a mental disorder characterized by the patient's rejection of his body image and a pronounced desire to correct it by restricting food intake, as well as creating obstacles to its mastering or stimulating metabolism by increasing the body's energy expenditure. Physical and mental exhaustion of the body resulting from anorexia and a decrease in the protective forces of the immune system leads to the development of various somatic and dental diseases, including generalized periodontal disease (GPD).

Motivation occupies a leading place in the structure of personality and is one of the key concepts used to explain the moving forces of behavior and activity. Among the factors that reduce the motivation to treatment in patients with GPD on the background of anorexia nervosa, the long-term reaction of denying the diagnosis comes first, which disintegrates human mental activity and makes it difficult to treat patients successfully.

At the present time, the structure of motivation for treatment in patients with mental disorders, incl. anorexia nervosa, as well as the relationship of the dynamics of the structure of motivation and compliance are not fully understood.

The purpose of the research was to study the level of motivation for treatment in patients with generalized periodontitis associated with anorexia nervosa.

Materials and methods. The research involved 45 patients 19 - 36 years old with generalized periodontitis (GP) of the initial-I degree, chronic course, 25



of these patients had GP which developed against the background of AN. 20 patients had GP which was not burdened with AN.

All patients were examined using Treatment Motivation Assessment Questionnaires (TMAQ) and Eating Disorder Inventory (EDI), which allows to evaluate the overall intensity of patient motivation to treatment, as well as to identify the features of its structure from the perspective of the continuum and procedural approaches. The results were processed in the program STATISTICA 6.0.

The results of the research and their discussion. Patients of the main group were the least interested in treatment (minimal total activity of motivation), did not fully realize its necessity and, therefore, were not inclined to actively cooperate in therapy, had high EDI results (21 ± 2 out of 26). Only half of these patients perceived body mass deficiency as a condition requiring medical care. Among personality traits, emotional instability, lack of self-control, a tendency to impulsivity and risk were in the foreground. The negative attitude of such patients to the treatment process was aggravated by the lack of adequate social support.

Patients in the comparative group showed average TMAQ, had a general understanding of the disease and expressed interest in treatment. EDI scores were low (5 ± 3 out of 26). In such patients, there were no psychological barriers for inclusion in the therapeutic process.

Conclusions:

1. Consideration of motivational factors will allow optimizing the treatment process for generalized periodontal diseases with anorexia nervosa, creating a model of partnership between a doctor and a patient, and has a positive effect on the continuation of treatment.

2. The problem of motivation to treatment requires further study and the development of diagnostic methods to be able to measure it in order to find ways





to change the behavior strategy of patients with generalized periodontal diseases under conditions of anorexia nervosa.

ENDOGENIC INTOXICATION AND ITS CORRECTION BY FLAVONOL IN THE MECHANISMS OF BACTERIAL-IMMUNE PERIODONTITIS DEVELOPMENT

Demkovych A. Ye.

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil

Pathophysiological mechanism of development of endogenous intoxication is the activation of lipid peroxidation processes, and is one of the key links in the pathogenesis of any inflammatory process. Excessive lipoperoxidation is accompanied by the accumulation of peroxide oxidation products and the depletion of the antioxidant system reserves, which causes hyperfermentemia and accumulation of toxic substances. That is why studying the level of middle mass molecules (MMM) in blood serum in the bacterial-immune periodontitis is a reliable criterion. Experimental animals (white rats) were divided into 3 groups: I – intact animals, control (n = 10), and II – animals with periodontitis on the 14th day of the study (n = 8); III – animals with periodontitis on the 14th day of the study, received the treatment solution of a water soluble drug quercetin (corvitin, manufactured by the PJSC Borshchahivskiy CPP)) by intramuscular injection (100 mg / kg) for 7 days (from 7th to 14th day) (n = 8). Experimental periodontitis in rats was caused by injection into the tissue of the periodontal complex of a mixture of microorganisms diluted with egg protein and a complete Freund adjuvant in the animal's paw. Analyzing the results of the study of indices of endogenous intoxication in blood serum of animals with experimental bacterial-immune periodontitis receiving quercetin, it should be noted a significant decrease



in the hydrophilic components of endogenous intoxication, namely, middle mass molecules determined on a spectrophotometer at a wavelength of 254 nm (MMM_{254}) – by 8.35% ($p < 0.05$); at a wavelength of 280 nm (MMM_{280}) – by 10,44% ($p < 0.05$), compared with the results of animals with our simulated pathology in the 14th day of the experiment without the injection of flavonol. At the same time, when comparing the MMM_{254} level and the of the level of aromatic amino acids MMM_{280} on the 14th day of the development of experimental periodontitis with correction, and the indicators of control animals, it was found that they remained significantly higher (by 15.74% ($p < 0.01$) and by 28.73% ($p < 0.01$), respectively) from the data of the comparison groups. Consequently, the use of flavonol quercetin in conditions of bacterial-immune periodontitis reduces manifestations of the syndrome of endogenous intoxication of the body and contributes to the extinction of the inflammatory process in the periodontal complex.

CLINICAL LABORATORY ANALYSIS OF MAXIMUM INTERCUSPATION REGISTRATION RESULTS IN PATIENTS WITH INTACT DENTITIONS

Taras R. Hlushko, Yuriy V. Vovk, Volodymyr Yu. Vovk

Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

Introduction. In modern dental prosthetic practice, there often occur inconsistencies of occlusion in oral cavity and on cast dental models, leading to search for a solution to the problem of improving the registration accuracy of occlusal relationships of dentitions.

The objective is clinical and laboratory study of bite registration materials selected efficiency.



Materials and methods. Registration materials were placed on occlusal surfaces of each patient. After polymerization of registration materials, determination of biometric deviation of markers (BDM) from complementary position in the regions of dentitions under study was performed.

Results. During clinical examination using Futar D, BDM index in the region of teeth 16-46 reached $0,055\pm 0,05$ mm, 26-36 - $0,065\pm 0,05$ mm, 13-44 - $0,075\pm 0,04$ mm, 23-34 - $0,075\pm 0,06$ mm, 21-31 - $0,015\pm 0,02$ mm. In case of using Aluwax, BDM index in teeth 16-46 was $0,075\pm 0,04$ mm, 26-36 - $0,11\pm 0,07$ mm, 13-44 - $0,08\pm 0,04$ mm, 23-34 - $0,09\pm 0,07$ mm, 21-31 - $0,02\pm 0,03$ mm. Application of Consiflex demonstrated BDM index in teeth 16-46 was $0,075\pm 0,06$ mm, 26-36 - $0,11\pm 0,07$ mm, 13-44 - $0,13\pm 0,06$ mm, 23-34 - $0,14\pm 0,07$ mm, 21-31 - $0,045\pm 0,04$.

Conclusions. Clinical and laboratory research with the use of Futar D in patients with intact dentitions demonstrated lower optimum of differences between BDM indices in comparison with Consiflex and Aluwax.

LEVEL OF IMMUNOGLOBULINS OF CLASS G IN EXPERIMENTAL ANIMALS WITH AND WITHOUT TREATMENT BY A COMPLEX OF ANTIOXIDANT PREPARATIONS

Kilmukhametova Yu.

Higher State Educational Establishment of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"

Immunoglobulins - protein compounds that are produced in response to the ingestion of antigens, foreign substances in the body in order to destroy or neutralize them. Basically, the immunoglobulins are contained in the serum of blood and form groups of closely related glucoproteins



The purpose of the study: to observe the dynamics of the concentration of IgG in the development of experimental ulcerous - necrotic gingivitis with and without the local treatment by a complex of antioxidant preparations.

Materials and methods: the study was conducted on 18 rabbits. The model of ulcerous - necrotic gingivitis was obtained in animals by chemical burns. Experimental preparations were applied to the damaged gum area 2 times a day in 2 hours after feeding the animals at an approximate dose of 200 mg. The nature of the course of experimental ulcerous - necrotic gingivitis was investigated on the 3rd, 5th, 7th and 10th days of the healing process.

Results: At day 3 in control animals, IgG levels increased by 50.0% above the level of intact animals. On the 5th day, the prevalence over the index of physiological norm was already 30.0%. The indicated trend continued, although at the 7th day the data obtained significantly differed from those of intact animals and prevailed by 10.56%. Only at the end of the study (10th day), a result was obtained that statistically insignificantly differed from the indicator of intact animals and made it 104.45%.

Conclusions: Local application of the developed complex of antioxidant preparations allows to adjust the course of the inflammatory reaction in the damaged mucous membrane of the oral cavity. As a result, moderate, less than in the control group, growth of the indexes of the markers studied in the initial phase and their complete normalization have been already seen on the 7th day of observation.

MATHEMATICAL SUBSTANTIATION OF THE USE OF DIFFERENT TYPES OF CLASPS

R.V. Kozak, D.V. Kalashnikov

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava





The main conditions ensuring good functional qualities and durability of prosthetic structures from the point of view of biomechanics undoubtedly include the optimal method of fixing a partial denture, which is the correct choice of a system of clasps ensuring reliable fixation of the prosthesis in a predetermined position and in same time causing minimal damage to the supporting teeth.

The purpose of the biomechanical studies performed is the analysis of stress-deformed state of abutment teeth partial dentures, and the second substitute terminal included defects dentition during fixation prostheses on the abutment teeth by means retaining and supporting-retaining clasps.

Materials and methods: The primary criterion when compared fixing denture clasps for different designs can receive force in the periodontal of supporting teeth.

Studies were performed on the model of the lower jaw with the overall dimensions of the cross section corresponding to some averaged sizes. The consolidation of the three-dimensional model of the lower jaw was carried out in the nodes of the final elements located in the areas of the temporal mandibular joints and places of attachment of masticatory muscles.

The main dimensions used in modeling profiles of supporting canines and premolars are taken according to the recommended sizes for modeling. The width of the periodontal gap of the abutment teeth is within 0.15-0.3 mm, and the thickness of the soft tissues of the gums above the top of the alveolar process is up to 2.5 mm. The physico-mechanical characteristics of the structural components of the ultimate element model of the lower jaw and the partial denture are presented in table 1.

Table 1.

Physico-mechanical characteristics of the structural components of the finite element model of the mandible fragment used in the calculations



Material	The modulus of elasticity E, M p and	Poisson's ratio	Strength σ_{in} , MPa
Cortical bone layer	$2 \cdot 10^4$	0,3	45
Spongy bone	$5 \cdot 10^3$	0,3	15
Periodontium	0,5 – 50	0,45	3,8
Gum	0,75–75	0,25	–
Dentine	$2 \cdot 10^3$	0,3	24
Enamel tooth crown	$4,0 \cdot 10^4$	0,3	34
Plastic prosthetic seat	$2,5 \cdot 10^3$	0,3	50
Alloy metal	$2,2 \cdot 10^5$	0,32	800

The first volumetric finite element model is designed to study the stress-strain state of the periodontal ligaments. The abutment teeth and the supporting gum tissue in the substitution included and double terminal defects dentition (I Class 1 subclass by Kennedy) mandibular denture retaining latching clasps in canines and a first premolar.

The results of the calculation of equivalent stresses in the tissues of the periodontal abutment teeth: bolus for all localization equivalent embodiments is a strain periodontal supporting teeth during fixation of the prosthesis-supporting retaining clasps exceed the corresponding values of x are equivalent strain minutes arising during fixation of the prosthesis retaining clasps. Maximum Feed M values of the equivalent stresses in the periodontal supporting teeth arise when bolus and in the vicinity of the supporting teeth on the lateral incisor and the first premolar respectively equal to 1,736 MPa and 1,822 MPa.

Conclusions:

1. In both these embodiments fixation removable denture clasps loaded with maximum values of equivalent voltages at the periodontal abutment teeth



are localized at the apex of the alveolar ridge, which indicates the transfer of the efforts that are “loosening” the abutment teeth by the clutch prosthesis.

2. The maximum values of equivalent stresses in the periodontal teeth of the supporting teeth when fixing a removable clasp prosthesis with supporting-holding clasps on the canines and first premolars exceed the corresponding values of equivalent stresses for the case of fixation of the denture by clasps by 30-140%!

3. With an increase in the gingival compliance, the values of equivalent stresses in the periodontal of supporting teeth, when fixing a removable clasp prosthesis with retaining clasps do not change significantly within 25%, and an increase in the corresponding equivalent stresses when using support-holding clasps can be 65%.

4. In order to ensure maximum gentle treatment of periodontal tissues of the supporting teeth and, as a result, the possibility of the most long-term use of the prosthesis without loosening of the supporting teeth is more appropriate to give preference to the use of the clasp prostheses with fixation of precisely the retaining clasp.

MANAGEMENT OF BENIGN MIGRATORY GLOSSITIS

Marcu D.¹, Ababii V.², Chele N.³

State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”, Republic of
Moldova

Actuality. Benign migratory glossitis is a chronic disease that affects the lingual mucosa by interrupting the keratinization process of the epithelium, with dystrophic changes of the filiform papillae. Known in the literature as desquamative glossitis, geographic tongue or benign migratory glossitis, it has 2-





3% prevalence in the entire world. Having a such large prevalence, benign migratory glossitis is encountered at all ages, it affects both men and women.

Its evolution is chronic, unpredictable, activation phases alternate with remission phases. Thus we can mention that benign migratory glossitis is as simple as complicated.

Materials and methods. There are two groups of factors responsible for the etiology of benign migratory glossitis. Determinant factors: hereditary, psychosomatic and stress, psoriasis, tongue fissures and favorable factors: systemic diseases, administration of drugs, hypovitaminosis, mechanical, physical irritants.

In the benign migratory glossitis, the following forms are distinguished: superficial, lichenoid, hyperplastic form. Based on the characteristic appearance of lesions represented on the lingual mucosa, benign migratory glossitis was classified by Seide G. and Curland S. (2015) in: circular shaped elements (closed), spiral shaped elements (open), semicircular shaped elements.

Based on clinical cases, a wider spread of benign migratory glossitis has been noted as superficial form in 70% cases and only 30% cases of lichenoid form.

Superficial form is characterized by the appearance of some well-defined red patches on the dorsal surface and on the edges of the tongue. Histopathologically there is a thinning of the epithelium, sometimes even lacking. The mucosal layer of the tongue reveals inflammatory infiltration, mixed type, also atrophy of fungiform and filiform papillae surrounded by desquamated epithelial segments.

The geographic tongue may be associated with tongue fissures, secondary fungal infection, which complicates clinical symptomatology. In the most of cases, migratory glossitis is asymptomatic, occasionally there are reported irritations or tenderness to some spicy foods and alcoholic beverages. The severity



of symptoms varies over time and is often a sign of the intensity of active lesions. Periodically, the lesions can disappear and recur without any reason.

Differential diagnosis of benign migratory glossitis is done with a series of oral diseases, but a special attention has been given to the following pathologies: candidiasis, leukoplakia, lichen planus and lupus erythematosus.

The treatment of benign migratory glossitis is indicated when the patient shows local complains. Local treatment: oral hygiene with recurrent control 2 times a year; antiseptic mouthwashes 2 times a day (chlorhexidine 0.06%); applications with topical antifungal, keratoplastic remedies, 2,3 times a day.

General treatment: vitamin therapy – folic acid, vitamin B complex (B5, B1, B3), PP; desensitization therapy; specific treatment recommended by the general practitioner for associated diseases.

Conclusions. Based on the performed study, several determinant and favorable factors have been mentioned that can influence the development of benign migratory glossitis. The most important factors responsible for the etiology of this pathology are hereditary factors and associated diseases.

As a result of the recurrent process and the characteristic appearance and behaviour of lesions, patients often show cancerophobia, for which reason it is necessary to perform a differential diagnosis with other diseases of the mucosa of the tongue and to exclude precancerous conditions or other serious pathologies.

As a result of the analysis of the effectiveness of local treatment in benign migratory glossitis, an improvement in clinical manifestations was observed. Depapillated areas and borders of the patches are less pronounced. Tongue deposits are missing. The patient no longer accuses burns, pruritus in the tongue and discomfort during the consumption of hot and spicy foods.



CONNECTION ABUTMENTS OF IMPLANT SUPPORTED-PROSTHESIS WITH CEMENT AND SCREW FIXATION

Melnic Svetlana, Uncuta Diana

Department of Dental Propedeutics «Pavel Godoroja» SUMPh «Nicolae
Testemițanu», Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. The manufacturing phase of dentures has been specially designed and is of great importance in ensuring the long-term performance of implant supported-prosthesis. The strong resorption of the primary bone tissue can be caused not only by the functional overload of the implant, but also by the insufficient precision of the unreliable fixation of the prosthesis to the abutment of the implant of fit. Majority of prostheses on dental implants are not removable, and fixation to the abutments of single or supporting bridges is screw or cement.

Materials and methods. We performed a clinical x-ray analysis of screw and cement fixation of metal-ceramic crowns on implants for 1 years. The study included 54 patients, the total number of crowns was 77. The analysis of the crowns on implants was performed according to 3 criteria.

The evaluation criteria reflected the design and the weakening of screws, the conditions of of occlusal contacts, peri-implant gums and bone tissue.

In this case, the index of gingivitis (GI), the papillary marginal index (PMA) and the X-ray investigations.

Results. Nevertheless, reliable data on the strength of screws and cements as the main elements for fixing non-removable prostheses on implants are separated.

About the preference of using a screw or cement joint of a prosthesis and implant in clinical practice remains relevant. Information on the clinical experience, the frequency of use and the structure of the shortcomings of the cement and screw joints of the crowns with implants are not systematized. At the



present stage of research in the field of materials science and design, highly informative methods are used from the theory of strength parameters, in particular, mathematical modeling of the stress-strain state of structures finite element method.

Conclusion. When comparing the results what were: overload of the of implant supported-prosthesis 1.1%, the disintegration of the crowns was more frequent (1.5%). In screw fixation, 5.5% of the observations were accompanied by loss of a composite restoration of the crown over the transocclusion surface. The weakening of the fixation of the screw, the retaining crown and the abutment screw, as well as the associated micro- mobility of the crown or abutment for screw and cement fixation were observed to the same extent (1.1% and 1.0%, respectively), as well as occlusal linings and supracontacts flicks (3,3 and 3,1%). At the same time, periimplantitis during cement fixation were registered more often in comparison with a screw fixation(2.2% and 1.2%), the gingival recession (1.0% and 0.5%, respectively) and bone resorption (1.3% and 2.3%, respectively).

ANALYSIS OF CRANIOFACIAL MORPHOLOGY IN CHILDREN WITH MALOCCLUSIONS AND CEREBRAL PALSY BY 3- DIMENSIONAL COMPUTER TOMOGRAPHY

Poștaru Cristina, Uncuta Diana

Department of Dental Propedeutics «Pavel Godoroja» SUMPh «Nicolae
Testemițanu», Chișinău, Republic of Moldova

The aim of the study was to assess the changes in craniofacial morphology in children with malocclusion and cerebral palsy with age between 9-15 years.

Materials and methods. The craniofacial studies include cranial and facial parameters, upper and lower jaw parameters, both linear and angular parameters.



A group of 36 children (9-15 year of age) was selected from Hospital of children Health, neurological department. The CT images were made with a high resolution bone algorithm, 120 kV and 48mA. The 3D images was reconstructed with a 2 mm slice thickness.

Results. Craniofacial analysis in children with malocclusion in association to cerebral palsy allows to determine the morphological changes which cause maxillary overjet and anterior open bite. All parameters cranial, facial, upper jaw and lower jaw of the patient with cerebral palsy are lower than the normal in 2,4% -20,3% and 13,3%- 12,41%.

Conclusions. Decreases parameters of lower and upper jaw especially apical base of both jaw in 13,3% and 12,41% leads to increase the retention of permanent teeth. Orthodontic interceptive treatment need is welcome to improve both the general health and malocclusion depending on the severity of the cerebral palsy.

MONITORING THE STRUCTURE OF ORTHOPEDIC PATHOLOGY AMONG THE POPULATION OF TERNOPIL CITY

Radchuk V. B.

I. Horbachevsky Ternopil national medical university, Ukraine

Actuality. The rapid development of modern dentistry is focused on the implementation of the latest technologies, materials and algorithms aimed at optimizing the provision of orthopedic care to the population. Based on the above, it requires in-depth study and retrospective analysis of the question of the relationship of patient age and the structure of orthopedic pathology and causes of tooth loss that will create prerequisites for the predictability of long-term results of the dentition defects restoration with orthopedic structures.



Purpose. Find out the structure of orthopedic pathology, based on the age category of patients.

Task. On the basis of a retrospective analysis of ambulatory cards of a dental patient, determine the structure of orthopedic pathology among the population of Ternopil, taking into account the age aspect.

Materials and methods. To assess the prevalence of orthopedic pathology among dental patients in the Ternopil, medical records of a dental patient No. 043/o were analyzed on the basis of the MDC “Ternopil City Municipal Dental Clinic”. The total number of analyzed cards is 986. The age of patients ranged from 25 to 75 years. For convenience and accuracy of calculations, medical records were divided into three groups according to WHO age periodization. Group I is 25-44 years old, group II is 44-60 years old and group III is 60-75 years old.

Research results. According to the analysis of medical records, persons of the first age group from 378 total numbers of cards 196 people were diagnosed with class III dentition defect by Kennedy, in the gender aspect in accordance with 86 women and 110 men. At the same time, class IV was found in 58 cases of which 16 were female and 42 were male. Kennedy class II was diagnosed in 78 people among whom 43 were female and 35 respectively male. Defects in the dentition class I, found in 46 people, of which 27 male and 19 female.

Of the 397 patients in the 2nd age group, 191 people were diagnosed with II class by Kennedy, including 94 female and 97 male. The III class was diagnosed in 87 people, respectively, 43 men and 44 women. Defects of dentition I class by Kennedy - in 71 people, 43 male and 28 female. Defects in the dentition of class IV were observed in 48 people, among whom males prevailed in the amount of 35, and the number of women was 13 people.

In 211 people of group III, defects of dentition class I according to Kennedy prevailed and amounted to 118 cases. The overwhelming majority, namely 68



cases were males, while females - 50. Class II by Kennedy in individuals of this age group was observed in the amount of 37, among which 20 women and 17 men. Class III defects were observed in 41 persons, of which 19 cases were males, and 22 were females. Class IV defects in this age group consisted of 15 cases, of which 9 were females, and 6 cases were males.

Conclusions. The structure of orthopedic pathology among patients of the first age group was dominated by defects of class III according to Kennedy - 196 cases, among patients of the second age group - defects of class II according to Kennedy - 191 cases, among patients of the third age group - defects of class I according to Kennedy - 118 cases. The data obtained initiate the search for and improvement of the restoration of defects of the dentition, taking into account the age category by applying orthopedic structures in order to maximize the preservation of the viability of the dental tissues and minimize the impact on the periodontium.

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF NON-REMOVABLE ORTHOPEDIC STRUCTURES ON THE PATIENT'S IMMUNE- METABOLIC PROFILE

Yanishen I., Yarina I., Fedotova O.

Kharkiv national medical university, Ukraine

Background. The pathological effect of non-removable orthopedic structures (NROS) on the functional state of the epithelium of the oral cavity mucosa (EOCM) can be established on the basis of immune-metabolic parameters. In the study of metabolic processes occurring in the dental extraction system, biochemical examination of the oral fluid (OF) is of particular importance.



The **purpose** of the study was to study the effect of non-removable orthopedic structures on the periodontal tissue by performing an immunoassay oral liquid analysis at different stages of orthopedic treatment, depending on the method of preparation and the length of defects in dentition.

The object and methods of research. In order to achieve the goal and determine the level of secretory immunoglobulin (sIgA) and indicators of the state of oxidative homeostasis (reversed glutathione (RG), superoxide dismutase (SOD) and catalase (CAT), an orthopedic treatment was performed for 112 patients divided into two groups depending on the chosen method of preparation - I (usual technique, 53 patients) and II (preparation with a symbol of a ledge, 59 patients).

Research results and their discussion. After establishing a permanent orthopedic constitution (stage III), all groups of patients recorded an increase in the level of sIgA, but the most distinct changes occurred in patients who used the designs made according to the traditional method. At the second stage of the prosthesis in the group of patients who used the usual technique, the level of RG was significantly higher than in the group of patients who were trained with a symbol of a ledge (respectively $(28,9 \pm 0,6)$ mmol/L and $(25,8 \pm 0,3)$ mmol/L). The study of superoxide dismutase content (SOD, mmol/L) in the oral liquid of patients during their orthopedic treatment stages, depending on the volumes and the applied method of preparation, revealed that the SOD index varied from $(1359,0 \pm 49,0)$ mmol/L to $(1433,0 \pm 37,0)$ mmol/L and significantly differed according to the NROS manufacturing methodology and total prosthetics. In general, it should be noted that at the stages of clinical monitoring of patients, there was a significant increase ($p < 0,05$) in the content of SOD, which was more distinct among patients in group I. The study of the catalase content (CAT, mmol/L) in the oral liquid of patients during their orthopedic treatment stages, depending on the volume and the applied prosthetic technique, revealed that the KAT index varied from $(4,02 \pm 0,2)$ mmol/L to $(4,18 \pm 0,1)$ mmol/L and significantly differed according to the procedure. The



revealed evidence indicates the maximum increase in the level of CAT in patients of all groups after the establishment of orthopedic constructions, which allows to determine exactly this enzyme as the most informative indicator of the reaction of oxidative homeostasis EOCM.

Conclusions. A generalized analysis of immune metabolic changes in patients of the studied groups at the treatment stages revealed that the most informative is the growth of the relative content of catalase, as an indicator of functional rearrangement and activation of the enzymatic chain. Consequently, the application of the method of preparation with the symbol of the ledge, as evidenced by the data of the study, allows you to get not only a high aesthetic effect, but also qualitative biological integration of the NROS in the tooth-jaw system.

ОЦІНКА ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ АСОЦІЙОВАНИЙ СТАНОМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Абдувакілов Ж.У.

Ташкентський Державний Стоматологічний Інститут

м Ташкент, Узбекистан

Актуальність: Одним з факторів дисфункції ендотелію являється васкулоендоделіальний фактор (ВЕФ). Експресія цього цитокіну зростає при гіпоксії, продукції протизапальних цитокінів. В утворенні васкулоендоделіального фактора беруть участь активовані макрофаги, ендотеліальні клітини і клітини гладеньких м'язів судинної стінки.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 72 пацієнтів у віці від 40-65 років з хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) асоційованим станом інсулінорезистентності середнього ступеня важкості.



У пацієнтів з ХГП поєднаним метаболічним синдромом (МС) поряд з функціональними дослідженнями проведено вивчення стоматологічного статусу і показників пошкодження ендотелію, кількості десквамованих клітин за методом J.Hladovec. Кількість ВЕФ визначали імуноферментним методом з використанням набору фірми «Вектор-Бест».

Результати дослідження: На підставі проведених досліджень у хворих з поєднаною формою захворювання виявлено підвищення рівня десквамованих ендотеліальних клітин в плазмі крові в середньому в 9 разів. Аналіз отриманих результатів досліджень вказує на достовірне зростання рівня ВЕФ в плазмі крові у хворих з ХГП асоційований метаболічним синдромом (МС). Ряд авторів знаходять пояснення цього факту в стимуляції виділення цитокінів під дією лептину. Доведено також, що стимуляція секреції ВЕФ є наслідком зростання Nurxia-induciblefactor1, продукція якого зростає при гіперінсулінемії на тлі інсулінорезистентності.

Таким чином, у хворих на ХГП асоційований МС спостерігається підвищення рівня десквамованих ендотеліальних клітин крові на тлі достовірного зростання васкулоендотеліального фактора, що обумовлено порушенням метаболічних процесів у вуглеводному, ліпідному та гормональному статусі.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ АСОЦІЙОВАНИЙ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Абдувакілов Ж.У., Різаєв Ж.А., Хаджіметов А.А., Ібрагімова Д.Х.

Ташкентський Державний Стоматологічний Інститут

м Ташкент, Узбекистан





Актуальність: Оскільки в наших знаннях про взаємозв'язок між захворюваннями пародонта та інсулінрезистентністю є значні прогалини, необхідні більш фундаментальні і інвазивні дослідження. Метою цього дослідження було оцінити деякі аспекти системи гемостазу у хворих на хронічний генералізований пародонтит асоційований метаболічним синдромом.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 72 пацієнтів у віці від 40-65 років з хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) асоційованим метаболічним синдромом середнього ступеня важкості. У 86,8% хворих була відзначена супутня артеріальна гіпертензія і ожиріння. У пацієнтів з ХГП поєднаним метаболічним синдромом (МС) вивчені стоматологічний статус і показники ендотеліальної дисфункції.

Результати дослідження: В результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих на хронічний генералізований пародонтит відбувається зниження тромборезистентності судинної стінки, що проявляється пригніченням антикоагулянтної і фібринолітичної активності ендотелію, яка проявляється пригніченням викиду антитромбіну III ендотелієм судинної стінки. У хворих з хронічним генералізованим пародонтитом поєднаним МС відбувається збільшення часу Хагеман-залежного фібринолізу і зниження фібринолітичної активності ендотелію судин в середньому на 9-10%. Пригнічення фібринолітичної активності ендотелію судин при поєднаній формі супроводжується збільшенням вмісту в сироватці крові не тільки гомоцистеїну, а й ендотеліну I в 1,6 і 2,5 рази відповідно. Збільшення концентрації ендотеліну I в сироватці крові у хворих з хронічним генералізованим пародонтитом поєднаним з МС, слід розглядати як реакцію на системні прояви запального процесу.



ОСОБЛИВОСТІ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРАДОНТИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГРУПИ КРОВІ

Бандрівський Ю. Л.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Виникнення запального процесу в пародонті його локалізація та перебіг є наслідком захисних реакцій організму (порушення вуглеводного обміну) та реактивністю імунної системи у відповідь на патогенний чинник. Оскільки метаболізм вуглеводів у хворих на генералізований пародонтит (ГП), особливо в залежності від груп крові, досліджувався мало, обраний нами напрямок є перспективним.

Мета: проаналізувати зміни показників вуглеводного обміну в сироватці крові у хворих на ГП в залежності від групи крові.

Матеріали та методи: Обстежено 412 пацієнтів із ГП I–III ступенів тяжкості (основна група) та у 184 практично здорових осіб без соматичних та стоматологічних захворювань із різною груповою приналежністю крові (порівняльна група) Для визначення змін вуглеводного метаболізму в сироватці крові у пацієнтів груп дослідження визначали активність амілази, лактатдегідрогенази та рівень глюкози. Біохімічні дослідження проведені за допомогою автоматичного аналізатора «Hitachi» (Японія).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз змін значень показників вуглеводного метаболізму у сироватці крові пацієнтів груп дослідження показав, що у хворих з генералізованим парадонтитом активність амілази, в середньому, у сироватці крові була на 15,38 % нижче стосовно значень у досліджуваних з інтактним пародонтом. Суттєве зменшення значень проаналізованого показника досліджували у носіїв В



(III) та АВ (IV) груп крові хворих на ГП – на 26,28 % та на 23,25 % стосовно аналогічних даних у порівнянні, $p < 0,05$.

У пацієнтів з ГП активність лактатдегідрогенази (ЛДГ) у сироватці крові збільшувалась та була, у середньому, на 18,60 % вище даних у порівнянні, $p > 0,05$. При цьому, у пацієнтів основної групи з В (III) та АВ (IV) групами крові активність ЛГД була, у середньому, на 35,63 % вище стосовно даних у порівнянні, $p < 0,05$.

Середній рівень глюкози у сироватці крові пацієнтів основної групи знаходився на верхній межі середньостатистичної норми та, зі значенням $4,99 \pm 0,23$ ммоль/л, був на 17,14 % вище даних у порівнянні, $p > 0,05$. Достовірне зростання вмісту значень даного показника у сироватці крові досліджували у носіїв у носіїв В (III) та АВ (IV) груп крові – на 15,0 % та на 19,0 %, відповідно, $p < 0,05$.

Висновки. Таким чином, у результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих на ГП присутні явища дисбалансу вуглеводного метаболізму. При цьому, найбільший дисбаланс значень параметрів вуглеводного метаболізму досліджувався у представників В (III) та АВ (IV) груп крові, хворих на ГП, що може вказувати на гіпоксичну та анемічну природу виникнення генералізованих уражень зубоутримуючих тканин у даного контингенту хворих.

Перспективи подальших досліджень. Визначені зміни вуглеводного метаболізму в сироватці крові у хворих на ГП можуть слугувати альтернативним, а при подальшому корелятивному аналізі більш інформативним методом діагностики при скринінгових дослідженнях у хворих на генералізований пародонтит.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ТКАНИН ШЛУНКА ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ





ЗАЛОЗ

Беденюк О.А.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. За даними сучасних наукових досліджень хвороби слинних залоз становлять від 3,0 % до 24,0 % від усієї патології щелепно-лицевої ділянки. Їх спектр 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 за умов їх патологічного ураження продовжує залишатися зниження секреції, яке призводить до сухості ротової порожнини або ксеростомії. Нині вже повністю сформувався погляд на те, що сухість у ротовій порожнині здатна призводити до тяжких порушень як стоматологічного здоров'я), так і може бути тісно пов'язана з цілою низкою інших системних захворювань та станів. Цілком зрозуміло, що ксеростомія може розвиватися і після хірургічного видалення великих слинних залоз.

Саме тому **метою** нашого **дослідження** стало вивчення особливостей морфофункціональної перебудови тканин шлунка після видалення великих слинних залоз.

Результати. Встановлено, що після одномоментного двобічного видалення привушних і нижньощелепних залоз на тлі гіпосалівації в структурних елементах стінки шлунка відбувається відчутна структурна реорганізація, яка полягає у прогресуючому розвитку дистрофічно-атрофічних процесів у слизовій оболонці шлунка з метапластичною трансформацією її залозистого епітелію та одночасними гіпертрофічно-гіперпластичними змінами у м'язовій оболонці. Виявлені



морфофункціональні зміни у структурних компонентах стінки шлунка відбуваються на тлі реорганізації його кровоносного русла яка є характерною для станів з посиленням кровонаповнення органних судинних русел та одночасним наростанням судинного опору. Дано експериментальне обґрунтування протекторного впливу донорської слини на морфофункціональний стан структурних елементів стінки шлунка після одномоментного двобічного видалення привушних і нижньощелепних залоз. Це підтверджено як зменшенням діапазону виявлених морфологічних і морфометричних змін у післяопераційному періоді, так і більш раннім ремоделюванням тканин і судин кровоносного русла шлунка у напрямку до стану і показників, які були зареєстровані у експерименті.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Бойків А.Б., Древницька Р.О., Авдєєв Б.О.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

У стоматологічних наукових дослідженнях завжди були актуальними методи експериментального відтворення захворювань пародонта та відпрацювання способів їх лікування та профілактики. Відомі різні способи моделювання пошкодження пародонта запально-дистрофічного характеру. Проте відтворення складного процесу морфологічних змін у пародонті в більшості випадків є доволі трудомістким, беручи до уваги, що зміни у тканинах пародонта виникають через значний проміжок часу з включенням імунних механізмів.



Запропоновано моделювання пошкодження пародонта шляхом однократної дії ультразвуку на пародонт експериментальних тварин – щурів. Адекватність моделі підтверджують результати дослідження декальцинованих гістологічних зрізів блоків щелеп із зубами, виготовлених за загальноприйнятими методиками із застосуванням PAS-реакції та фарбуванням карміном, гематоксиліном і еозином. При дослідженні встановлено, що озвучування за нашою методикою сприяє розвитку патологічних змін у тканинах пародонта вже через три доби від початку експерименту. Спостерігаються патологічні зміни тканин пародонта: набряк; поява в периваскулярному просторі вогнищ лімфоцитарної та плазмоцитарної інфільтрації; збільшення кількості фібробластів; поява лейкоцитів; гіперкератоз епітелію ясен (передусім міжзубного сосочка, ясневої борозни); мукоїдний набряк; вакуолізація цитоплазми епітеліоцитів; сплюснення клітин шипуватого шару; поява акантотичних розростань; розростання сполучної тканини; стовщення судинних стінок; десквамація ендотеліоцитів з оголенням базальних мембран; зміна інтенсивності PAS-реакції (накопичення глікогену в епітелії); редукція одонтобластів. Вивчення гістологічних препаратів показало, що маргінальні й альвеолярні ясна покриті багатошаровим плоским зроговілим епітелієм, виявляється помірно виражений гіперкератоз епітелію міжзубного сосочка, ясневої борозни, епітелію прикріплення зі стовщенням рогового шару на тлі стоншення шипуватого та зернистого шарів, згладжування сосочкового шару. На поверхні епітелію знайдені ділянки його стоншення (до 2-3 клітин у товщину) заповнені роговою речовиною. У періодонтальному просторі виявляються лімфоцити, макрофаги і нейтрофільні лейкоцити. Капіляри повнокровні з осередковими паравазальними крововиливами, гіаліновими тромбами. Кортикальна пластинка альвеолярної кістки стоншена, лакуни губчатої кістки різного калібру. Спостерігається заміщення остеоцитів





еозинофільним остеїдом, розростання сполучної тканини. Таким чином, описані морфологічні зміни в тканинах пародонта дозволяють оцінювати їх як прояв запальних та дистрофічно-запальних процесів при порушенні мікроциркуляції, метаболічних розладах.

ВПЛИВ РЕЗУЛЬТАТІВ МАЛОІНВАЗИВНОГО ПРОТОКОЛУ ІМПЛАНТАЦІЇ НА ПРОЦЕС ОСТЕОІНТЕГРАЦІЇ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТІВ

Бунь О.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна

Актуальність теми. Дентальна імплантація сьогодні є однією з найбільш перспективних методів лікування вторинної адентії. Метою дентальної імплантації є остеоінтеграція встановленого ендосального імплантату. Під остеоінтеграцією за Бранемарком розуміють взаємозв'язок організованої кісткової тканини з поверхнею встановленого імплантату.

Визначено два фактори позитивного функціонування імплантата - висока первинна стабільність та відсутність первинного тиску на кісткову тканину.

Остеоінтеграція – це анатомічний та функціональний зв'язок між кістковою тканиною, котра змінюється та поверхнею імплантата, на яку покладено функціональне навантаження. Це означає, що жувальні сили здійснюють безпосередній вплив на кістку через поверхню імпланту. Остеоінтеграція знаходиться в прямій залежності від площі прямого контакту кістки та поверхні імплантата. Це сприяє швидшому утворенню нової кісткової тканини навколо імпланта.



Характер приживлення імплантата в значній мірі залежить від виду хірургічного протоколу. Особливо при створенні окістного клаптя. Навіть при найобережніших маніпуляціях неможливо уникнути пошкодження кістки, що завжди призводить до утворення шару змертвілої кісткової тканини. Зумовлені цим порушення кровопостачання тканин, які контактують з імплантатом можуть стати причиною його інкапсуляції або відсутності осифікації. Крім того, практично неможливо досягнути ідеального прилягання поверхні імплантата до кісткової тканини. Особливо ця проблема очевидна в ділянці кортикальної кістки та шийки імплантата. Деякі протоколи пропонують, з метою вирішення цієї проблеми, постановку імплантату субкристально, тобто нижче рівня кортикальної кістки. На нашу думку, це ще більше сприяє атрофії кісткової тканини.

Мета дослідження полягає у оцінці впливу створеного кісткового аутогрансплантату у ділянці шийки імплантата в піднакістній зоні на процеси заживлення імплантного ложа та остеоінтеграцію.

Завдання дослідження. За допомогою клінічних методів виявити чи завжди малоінвазивний протокол постановки імплантата з створенням аутогрансплантантного бар'єру в зоні під окістям та в контакт з шийкою імплантата є виправданий. Порівняти терміни заживлення та реабілітації при проведенні малоінвазивного та стандартного протоколів лікування.

Матеріали та методи дослідження. При проведенні малоінвазивного протоколу дентальної імплантації за допомогою застосування ротаційного інструмента (бор) для перфорації слизової формується отвір меншого діаметру ніж прогнозований діаметр імпланту.

За нашими спостереженнями, при формуванні кісткового ложа імплантата, кісткова стружка видаляється по ходу свердла. Виходячи до надкістниці формує компактний агломерат, який щільно прилягає до краю шийки імплантата та гінгівоформера. Таким чином створюються додаткові



сприятливі умови для процесів остеоінтеграції дентального імпланта та запобігання вторинного інфікування імплантного ложа. Застосовуючи дану методику, ми досягаємо утворення аутотрансплантатної ділянки, яка імітує зубо-ясенне з'єднання майбутнього дентального імпланта.

Перевагами даного методу можна вважати наступні:

1. малоінвазивність;
2. створення зубо-ясенного (імпланто-ясенного) з'єднання;
3. повне, якісне використання аутотрансплантата видаленого кісткового матеріалу;
4. запобігання інфікування місця імплантації;
5. значне скорочення часу реабілітації пацієнта при проведенні дентальної імплантації;
6. в подальшому нівелювання проміжного, травматичного встановлення гінгівоформерів для проведення етапу ортопедичного лікування.

Висновок. За даними наших досліджень збереження цілісності періосту та локального кровопостачання забезпечує добре функціонування остеобластів, що позитивно сприяє остеоінтеграції імплантата. З метою профілактики атрофічних процесів у місці постановки імплантата та покращення остеоінтеграції зі зменшення її терміну тривалості, пропонуємо протокол малоінвазивної постановки дентального імплантату через перфорацію слизово-окістної тканини з утворенням кісткового бар'єру з аутотрансплантата. Дана метода дозволяє уникнути зайвої травматизації сектору імплантації.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ РУБЦІВ ГОЛОВИ ТА ШИЇ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ





Буханченко О.П., Аветіков Д.С., Іваницька О.С., Бойко І.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність розробки питання підвищення якості діагностики у хворих із рубцями обличчя не викликає сумнівів. Це пояснюється підвищенням естетичних вимогам суспільства до зовнішнього вигляду людини, значною частотою 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.

Наразі не існує загальноприйнятих алгоритмів вибору методів лікування пацієнтів з рубцями. Їх розробка утруднена у зв'язку з невизначеністю критеріїв диференційної діагностики різних видів рубців. Незважаючи на істотні патогенетичні та морфологічні відмінності рубців, нерідко деякі їх різновиди клінічно мають подібні риси, що може призводити до діагностичних помилок. У свою чергу, проведення лікування без урахування клініко-морфологічної структури рубців призводить, як правило, до відсутності терапевтичного ефекту, а також до рецидивів і посиленого росту рубцевої тканини.

Біопсійна діагностика дозволяє верифікувати діагноз, однак отримання біоптатів до початку лікування утруднена, так як може стати причиною надмірного росту рубця. Відомий також спосіб оцінювання стану рубцевозмінених тканин за допомогою спіральної комп'ютерної томографії. Проте даний метод є недостатньо ефективним в клінічній практиці через наявність суттєвих недоліків, таких як значне рентгенологічне навантаження на організм пацієнта та високу вартість апарату для її



проведення. В сучасних умовах зростає науковий інтерес до прижиттєвого вивчення анатомічних структур за допомогою неінвазійних методів, одним з яких є ультразвукове дослідження.

Мета дослідження – вдосконалення обстеження пацієнтів із рубцями голови та шиї завдяки встановленню структурно-функціональних особливостей рубцево-змінених тканин на основі ультразвукових досліджень.

Об'єкти та методи обстеження. Під нашим спостереженням знаходилось 74 пацієнти з рубцями голови та шиї, у яких терміни розвитку рубцевої тканини становили від 5 місяців до 1,5 років. Клінічне вивчення загальних характеристик рубця доповнювалось додатковим аналізом структурних особливостей рубцевозмінених тканин за допомогою ультразвукового дослідження апаратом Simens ACUSON CV 70 (фірми Сіменс, Німеччина) з частотою датчика 20-40 МГц. При цьому оцінювали товщину рубців, ступінь диференціювання, ехогенність, особливість архітектоніки шарів шкіри, їх однорідність на пошкодженій ділянці. За норму брали симетричну інтактну ділянку шкіри.

Результати обстеження. Пацієнти, які перебувають під нашим наглядом, в якості основної скарги вказували на косметичний дефект внаслідок наявності рубця в області обличчя і шиї. Крім того, 32 пацієнта скаржилися також на біль різної інтенсивності, печіння, свербіж, оніміння і відчуття «бігання мурашок» в області рубцевозмінених тканин.

В ході ультразвукового дослідження у всіх пацієнтів було виявлено потовщення рубцевої тканини у порівнянні з нормальною шкірою. При цьому було встановлено, що при нормотрофічному рубці власне рубцева зона ехографічно практично не відрізняється від здорової дерми.

Рубцева тканина при гіпертрофічному рубці значно більше потовщена, ніж це спостерігається у випадку утворення нормотрофічного



рубця. Структура рубцевої зони гетерогенна, сполучнотканинні волокна розподілені нерівномірно. Крім того, визначаються зони зниженої ехогенності з відносно чіткими рівними контурами. Звертає на себе увагу той факт, що межі між рубцевозміненою і нормальною шкірою чіткі.

У осіб з келоїдними рубцями власне зона рубця характеризується значно більш вираженим потовщенням дерми, ніж у гіпертрофічних рубцях, а також нерівномірністю її товщини і ехогенності з переважанням ділянок зниженої ехощільності без чіткого структурного диференціювання. Келоїдний рубець також характеризується відсутністю чітких меж між рубцевою і нормальною тканинами.

Висновки. Ультразвукове дослідження рубців щелепно-лицевої ділянки є ефективним методом неінвазивної диференціальної діагностики нормотрофічних, гіпертрофічних і келоїдних рубців, що дозволяє оцінювати в динаміці зміни у рубцевозмінених тканинах. Позитивним ефектом запропонованої методики є швидкість, доступність, простота використання та велика достовірність отриманих результатів. Подібний підхід до обстеження пацієнтів із рубцями щелепно-лицевої області забезпечує оптимальний вибір методу терапії та досягнення максимального лікувального ефекту.

СТРУКТУРА ТА ЧАСТОТА САГІТАЛЬНИХ АНОМАЛІЙ ПРИКУСУ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ НОСОВОГО ДИХАННЯ

Вишемирська Т.А.

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



Актуальність. Зубощелепний апарат є частиною лицьового черепу. Розповсюдженість зубощелепних аномалій сягає від 35% до 75%. На їх формування впливають як екзо-, так і ендогенні фактори. На особливу увагу заслуговує патологія ЛОР-органів, яка сприяє виникненню аномалій розвитку зубощелепного апарату з частотою від 60 до 90% і фактично виступає чинником порушення формування лицьового черепу. Переважну частку аномалій форми зубних дуг, що спричинені патологією ЛОР-органів, складають звуження у трансверзальній площині на верхній та нижній щелепах, які в постійному прикусі у 95 – 98% спостерігаються в поєднанні з дистальним або мезіальним прикусом, глибоким різцевим перекриттям, вертикальною різцевою дезоклюзією та іншими зубощелепними аномаліями.

Метою даного дослідження було визначення частоти виникнення сагітальних аномалій прикусу та їх структури у дітей віком 6-12 років з порушенням носового дихання.

Матеріал і методи. На кафедрі ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології НМУ ім.О.О.Богомольця було обстежено 47 дітей з порушенням носового дихання, які були розподілені по вікових групах з урахуванням періоду прикусу. Першу групу склали 26 осіб діти віком від 6 до 9 років (ранній період змінного прикусу); другу групу, 15 осіб, віком від 10 до 12 років (пізній період змінного прикусу). Для інтерпретації даних проводилось клінічне обстеження, при якому діагностували аномалію прикусу в сагітальному, вертикальному та трансверзальному напрямках.

Результати. За данимим клінічних обстежень з 47 пацієнтів у 32 (68,1%) діагностовано сагітальні аномалії прикусу: у 29 (61,7%) дітей - дистальний прикус, у 3 (6,4%) – мезіальний; у 13 (27,7%) дітей діагностували відкритий прикус, 2 (4,2%) пацієнти були без видимих патологій прикусу. Аналіз структури клінічних форм сагітальних аномалій



прикусу виявив, що з 32 дітей, у яких був діагностований патологічний вид прикусу в сагітальній площині, в 1-й групі (6-9 років) переважав дистальний прикус (16 дітей, 94,1%), а мезіальний склав 5,9% (1 дитина). У другій групі (10-12 років) частота дистального прикусу склала 86,7% (13 дітей), а мезіального – 13,3% (2 особи).

Висновки. У дітей 6-12 років з порушенням носового дихання сагітальні аномалії прикусу складають 68,1%.

Частота дистального прикусу серед дітей з сагітальними аномаліями на фоні порушень носового дихання становить (86,7-94,1%), а мезіального – (5,9-13,3%) без статистично достовірної розбіжності у вікових групах ($p > 0,05$).

Висока частота виникнення сагітальних аномалій прикусу у дітей з порушенням носового дихання в змінному періоді прикусу підтверджує необхідність поглибленого вивчення даної проблеми з подальшим удосконаленням існуючих алгоритмів діагностики та схеми лікування сумісно з отоларингологами.

АНАЛІЗ ПРИЧИН СПРИЯЮЧИХ РОЗВИТКУ ОДОНТОГЕННИХ ПЕРІОСТИТІВ ЩЕЛЕПНИХ КІСТОК У ДІТЕЙ

Вітковський О.О., Кузняк Л.В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці, Україна

Актуальність. Проблеми підвищення кількості дітей з одонтогенними гострими запальними захворюваннями щелепно-лицьової області не втрачає своєї актуальності. У багатьох випадках є зміна типової клінічної картини та проявів цієї патології у дітей, недостатня ефективність





лікування незважаючи на вдосконалення методів діагностики. Дослідження показують, що від 20 до 50% пацієнтів надходять до лікарні з неправильним діагнозом; близько половини з них не видалені тимчасові або постійні зуби, які є джерелом інфекції; госпіталізація затримується. Більшість запальних процесів, з якими діти звертаються до стоматологічної клініки є одонтогенного походження.

Метою роботи було проаналізувати причини, клінічні прояви гострого одонтогенного періоститу щелепних кісток у дітей, які перебували на амбулаторному лікуванні.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено та проліковано 36 пацієнтів віком від 4 до 16 років, з гострим одонтогенним періоститом щелеп. Всі вони звертались в клініку по екстреним показам; після клінічного та рентгенологічного обстеження і діагностики вони отримали адекватне лікування. Клінічна ефективність лікування визначалась по динаміці суб'єктивних та об'єктивних симптомів хвороби.

Результати дослідження. Серед дітей, які звернулись з проявами гострого одонтогенного періоститу щелепних кісток хлопчиків було більше - 63.9% (23 чол.), дівчат складало 36.1% (13 осіб). Дослідження дало можливість встановити, що діти віком від 4-6 і 7-10 років найбільш часто звертались з періоститами (31 і 32,7% випадків, відповідно). Рідше періостит розвивався у дітей у віці від 1-3 років (3,5%), 11-14 років (13,8%) та 15-17 років (19.0%). У дітей раннього та дошкільного віку лише тимчасові зуби були причиною розвитку запалення (моляри - 84%, різці - 16% випадків). У школярів віком від 7-10 років тимчасові моляри були причиною в 89,5% випадків, постійні перші моляри в 10,5% випадків. У школярів віком від 11 – 14 тимчасові зуби були причиною періоститів в 25% випадків, постійні - у 75% випадків. У віці 15-17 років причиною періоститів були тільки постійні зуби (в основному моляри, рідше премоляри і різці). Зуби



нижньої щелепи стали причиною періоститів 2,2 рази частіше, ніж зуби верхньої щелепи (69 і 31% випадків). Ця тенденція прослідковувалась для тимчасових зубів (66.6 і 33,3%) і постійних зубів (73.7 і 26,3%, відповідно). Більшість (72,4%) зубів, що зумовили розвиток періоститу раніше не лікувалися. Більше половини батьків відзначили, що вони не проводили планової санації своїх дітей, а звертались по допомогу тільки у випадках проявів гострого зубного болю. Батьки цих дітей, відзначали: загальну алергізацію тіла, часті запальні процеси, захворювання верхніх дихальних шляхів (більш ніж 4 рази на рік) та супутні захворювання.

Висновок. Дослідження показали, що діти дошкільного та молодшого шкільного віку є найбільш уразливими. Критерії вибору місця лікування є вік дитини, загальний стан, соціальні умови, можливість спостереження і кваліфікація лікаря. Особливу увагу слід приділяти профілактики карієсу та його ускладнень в тимчасових зубах оскільки вони вражаються набагато частіше, ніж постійні, і вони часто стають причиною розвитку ускладнень.

ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Возний О.В., Шумна Т.С, Лепетченко Є.С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Незважаючи на активний розвиток стоматології, розповсюдженість стоматологічних захворювань серед дитячого населення досягає високого рівня. Важливим чинником ризику їх розвитку є соматична патологія. Поширеність бронхіальної астми у її структурі досягає 18%. Лікування бронхіальної астми, окрім терапевтичного ефекту, викликає зміну низки фізико-хімічних та імунологічних параметрів ротової рідини



(зниження швидкості слиновиділення, рН, вмісту кальцію, фосфору, лізоциму та підвищення в'язкості). Це безумовно сприяє карієсогенній ситуації в ротовій порожнині, прискорює формування м'якого і твердого зубного нальоту та знижує місцевий імунітет (S. Mazonelly, 2008). Тому В. Wierchola (2006) стверджує, що діти з бронхіальною астмою є групою з високим ризиком виникнення стоматологічних захворювань.

Мета дослідження. Вивчення стану стоматологічного здоров'я дітей віком від 3 до 17 років, що хворіють на бронхіальну астму на базі КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР Хортицького району м. Запоріжжя.

Матеріали та методи. В процесі дослідження оглянуто 143 дитини віком від 3 до 17 років, хворих на бронхіальну астму. Серед них 97 хлопців (68 %) та 46 дівчаток (32 %).

Результати та обговорення. Серед 143 дітей, хворих на бронхіальну астму, лише 8 були здорові відносно карієсу: 3 дівчинки і 5 хлопців. Розповсюдженість карієсу склала 94,4 %. Аномалії прикусу спостерігалися у 37 % пацієнтів (54 особи). Включаючи 34 дитини (23,8%), що мали аномалії у сагітальній площині, 9 дітей (6,3 %) з аномаліями у трансверзальній площині і 10 дітей (7 %) – з аномаліями у вертикальній площині. Аномалії окремих зубів не визначалися. Запалення ясен (гінгівіт) виявлено у 25 дітей віком від 11 до 17 років (17,5 %). Серед них 21 хлопець і 4 дівчини.

Висновки. 1. Отримані в результаті дослідження дані свідчать про високий рівень розповсюдженості каріозного процесу (за даними ВООЗ) серед дітей 3-17 років, що хворіють на бронхіальну астму. 2. До того ж більше ніж третина оглянутих мала аномалії прикусу. 3. Серед дітей, віком від 11 до 17 років гінгівіти спостерігалися у 32 %. Ці діти мали незадовільну гігієну порожнини рота. 4. Подальше комплексне вивчення



стоматологічного здоров'я дітей, хворих на бронхіальну астму, є актуальним завданням сучасної дитячої стоматології.

МАТЕМАТИЧНИЙ ПІДХІД ДО МОДЕЛЮВАННЯ РОЗПОДІЛУ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ В ОБЛАСТІ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ

Войтович В.І., Гончарук-Хомин М.Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність. Індивідуалізація протоколів лікування стоматологічних пацієнтів у різних клінічних ситуаціях обґрунтовує необхідність розробки таких методів аналізу умов втручання, які б могли бути реалізовані клінічно, та використовуватися з конкретною практичною метою. Сучасні можливості аналізу розподілу функціональних напруг у структурі зубів відреставрованих за допомогою композитних реставрацій передбачають побудову складних графічних моделей, що піддаються послідовному процесингу за принципом скінчених елементів з подальшою квантифікацією та візуалізацією отриманих результатів (Asmussen E. та Peutzfeldt A., 2008; de Sande, 2016).

Мета. Розробити модифікований підхід до математичного моделювання розподілу функціональних навантажень в області композитних реставрацій.

Матеріали та методи. Запропонована спрощена модель аналізу розподілу навантаження при реставрації дефектів твердих тканин зубів І класу за Блеком при використанні основних принципів фізики твердого тіла передбачає апроксимацію форми реставрації до паралелепіпеда композитного матеріалу різної площі та об'єму в структурі дентину та емалі.



Враховуючи, що композитний матеріал не є абсолютно твердим тілом і характеризується відповідним рівнем еластичності (E) однаковим для усіх шарів реставрації, то перерозподіл навантаження за законом Паскаля буде відбуватися у всіх напрямках однаково. При цьому розподіл навантаження проектувався з нівелюванням маси самої реставрації та рівнозначним перерозподілом по оточуючим стінкам порожнини, а дно відпрепарованої порожнини прирівнювалось до жорсткої основи. Обрахунок змін досліджуваних параметрів проводився у програмному забезпеченні MDSolids за допомогою функції типових завдань механічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході проведеного математичного моделювання було встановлено, що дія функціональних навантажень на бокові стінки зуба буде спричинена однаковим для всіх напрямків тиском, який розвивається внаслідок діючої сили, проте сила, що діє на стінки буде прямо пропорційною площі, на яку діє цей тиск за формулою $F_{1,2} = P \cdot S$, де P – тиск, що породжує еластичність матеріалу пломби. Враховуючи, що по вертикалі структура зуба відрізняється (густина емалі > густини дентину), реакція на зовнішній тиск (P), що породжений еластичністю пломби (E) буде різною. Дана реакція також буде залежати від жорсткості (міцності) зуба у конкретній області аналізу, що прямопропорційно густині в цій локації (ρ_2 , ρ_3). Таким чином для розрахунку розподілу навантаження необхідно враховувати наступні параметри: густина матеріалу полімеризованої реставрації (ρ_2), об'єм і форма реставрації, еластичність матеріалу та густина оточуючих структур в зоні інтересу (ρ_2 , ρ_3)

Висновки. В ході проведеного математичного моделювання у відповідності до запропонованого підходу вдалось встановити зв'язок між геометричними параметрами сформованої порожнини і фізичними властивостями матеріалу та функціональним прогнозом реставрацій у



відповідних діапазонах обмеження, як і наявність асоціації між рівнем деформації оточуючих тканин та параметрами прикладеної сили і показниками пружності реставраційного матеріалу.

Перспектива подальших досліджень. Перспектива подальших досліджень буде спрямована на вивчення показника доказовості та валідності запропонованого методу аналізу залежності розподілу діючих навантажень на реставрацію та перерозподілу даного навантаження в оточуючих тканин із урахуванням впливу геометричних похідних самої порожнини та диференційованих рівнів деформації у структурах емалі та дентин.

ОСОБЛИВОСТІ МОДЕЛЮВАННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ПОВЕРХНІ МОЛЯРІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ОДОНТОГЛІФІЧНОГО МАЛЮНКУ

Воробець А. Б., Гасюк П. А.

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. 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.

Мета дослідження: вивчити одонтогліфічні та одонтометричні параметри коронок перших молярів верхньої та нижньої щелепи у осіб чоловічої та жіночої статі.



Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети нами використано одонтогліфічний, одонтометричний та статистичний методи дослідження. Нами проведено клінічне стоматологічне обстеження 250 осіб обох статей, в межах якого проводили оцінку одонтологічного статусу за одонтогліфічним малюнком оклюзійної поверхні молярів окремо у чоловіків та у жінок. Проведення одонтометричного аналізу здійснювалось на інтактних молярах з добре вираженою анатомічною формою коронки згідно методики О. О. Зубова та Н. І. Халдєєвої.

Результати. Згідно проведеного одонтометричного аналізу встановлено середні значення основних показників коронки, а саме: висота коронки коливається в межах 6,67 – 6,81 мм у осіб чоловічої статі та 5,89 – 5,94 мм у осіб жіночої статі, вестибуло-лінгвальний розмір становить 11,4 мм (чоловіки) та 10,7 мм (жінки), значення мезіо-дистального розміру коронки становить 10,4 мм та 10,24 мм відповідно у чоловіків та жінок.

В результаті одонтогліфічного дослідження нами встановлено, що для всіх молярів верхньої щелепи та першого моляра нижньої щелепи характерна присутність неперервного дистального гребеня тригона, що утворює Y-тип одонтогліфічного візерунку і вважається архаїчною ознакою. Часто спостерігали випадки пониження дистального гребеня в ділянці центру коронки. Найбільш висока його частина – це ребро, яке з'єднує епі- та діаконус. Під час проведеного нами дослідження встановлено два варіанти утворення дистального гребеня тригона: в першому варіанті він утворювався за рахунок злиття дистальних гребенів епіконусу і діаконусу. В другому варіанті він утворювався за рахунок з'єднання дистального гребеня епіконусу з центральним гребенем діаконусу.

На межі лінгвальної і медіальної поверхні коронки верхніх молярів на боковій поверхні еоконуса розташовується додатковий горбик Карабеллі.



Під час проведеного дослідження встановлено, що дане утворення може значно варіювати по ступеню свого розвитку. При цьому коронка може змінювати свою форму за рахунок збільшення присінково-піднебінного розміру коронки. В найменш розвиненій формі він представлений незначним здуттям емалі, відділеним однією чи двома борозенками. При більш вираженій формі дане утворення має чітку вершину, яку відділяє від поверхні еоконуса дугоподібна борозенка. Сильно виражений горбик Карабеллі майже досягає висоти рівня жувальної поверхні і по розміру відповідає основним горбикам жувальної поверхні. Варто відмітити, що наявність горбика Карабеллі ми спостерігали у верхніх молярах осіб чоловічої статі. При чому в деяких випадках нами відмічена його присутність на перших та других молярах верхньої щелепи.

У верхніх молярах осіб жіночої статі нами відмічено, що горбик Карабеллі майже не зустрічається. Даний факт пояснюється переважанням процесів редукції у жіночих зубах. При цьому спрощення будови коронки відбувається за рахунок зменшення мезіально-дистального діаметру коронок даної групи зубів по відношенню до присінково-піднебінного, за рахунок редукції піднебінно-дистального горбика.

Висновок. Вважаємо за доцільне враховувати вищенаведені характеристики жувальної поверхні молярів верхньої та нижньої щелеп осіб чоловічої та жіночої статі для створення якісних ортопедичних конструкцій, які б в повній мірі відновлювали жувальну функцію.

ОСОБЛИВОСТІ ОДОНТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ В ГЕНДЕРНОМУ ВІДНОШЕННІ

Гасюк А.П., Костиренко О.П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна



Актуальність. Удосконалення сучасних морфологічних підходів і методик дає можливість розширити експериментальне вивчення будови твердих тканин зубів, незважаючи на труднощі у дослідженні їх морфологічної і кристало-хімічної структури в зв'язку з малими розмірами об'єктів, високим ступенем мінералізації і складності будови.

Мета роботи: визначити одонтогліфічні та одонтометричні параметри великих кутніх зубів залежно від статі індивідуума.

Методи дослідження: одонтологічний (вивчення одонтологічних ознак великих кутніх зубів), одонтометричний (визначення абсолютних та відносних характеристик розмірів зубів та встановлення ступеня редукції коронки) та статистичний (за допомогою програм для статистичного аналізу даних медико-біологічних досліджень «Statistica 6.0» (Stafsoft, США).

Результати. В результаті проведеного нами одонтогліфічного дослідження чоловічих та жіночих великих кутніх зубів встановлено, що для осіб обох статей характерною є постійна присутність ігрек малюнку даної групи зубів на верхній щелепі. В залежності від кількості горбів зустрічалися форми ігрек-чотири та ігрек-три типів одонтогліфічного малюнку. Необхідно зазначити, що для чоловічих та жіночих перших великих кутніх зубів нижньої щелепи характерною є постійна присутність ігрек- п'ять малюнку. Статеві відмінності нами були відмічені у нижніх других великих кутніх зубах. У жінок спостерігалась наявність ігрек-чотири та плюс-чотири типи одонтогліфічного візерунку жувальної поверхні коронки, в той час для чоловічих зубів характерна наявність ігрек- п'ять та ігрек-чотири типи.

Нами проведене одонтометричне дослідження чоловічих та жіночих великих кутніх зубів обох щелеп шляхом вимірювання висоти коронок, вести було-лінгвального та мезіо-дистального розмірів коронок, а також



обчислення показників середнього модулю ряду, масивності, індексу та модулю коронок даних груп зубів. Дані параметри необхідно враховувати при складному моделюванні бокової групи зубів, оскільки дані величини характеризують площу, об'єм та конфігурацію коронок. Підводячи підсумки проведеного одонтометричного дослідження, встановлено, що:

1. середній модуль ряду великих кутніх зубів нижньої щелепи у чоловіків більший, ніж у жінок;
2. показники модуля та масивності коронки у чоловіків більші у першому великому кутньому зубі нижньої щелепи;
3. різниці у показниках висоти коронок великих кутніх зубів нижньої щелепи між чоловіками та жінками немає, проте вона наявна у великих кутніх зубах верхньої щелепи. А саме у чоловіків даний показник значно вищий, ніж у жінок.

Результатами проведеного дослідження встановлено, що показники масивності коронки молярів кожного квадранту верхньої та нижньої щелепи у чоловіків та жінок змінюються від першого моляра до третього в такому порядку: $M1 > M2 > M3$. Дана закономірність характерна для осіб чоловічої та жіночої статі і підтверджує переважання маси першого моляра, яка обумовлена редукцією другого і третього молярів.

Незважаючи на всю різницю одонтометричних показників великих кутніх зубів верхньої та нижньої щелеп, що характеризують їх жувальну ефективність, наші дані показують, що їх висота не залежить від одонтогліфічного малюнку і має різну величину, яка у чоловіків більша, ніж у жінок на верхній щелепі в порівнянні з нижньою щелепою.

Висновки. На основі проведених одонтометричних досліджень великих кутніх зубів верхньої та нижньої щелепи у осіб чоловічої та жіночої статі можна прийти до висновку, що у чоловіків в порівнянні з жінками модуль коронки перших великих кутніх зубів нижньої щелепи більший за



рахунок наявності Y-5 одонтогліфічного малюнка жувальної поверхні. А також збільшується масивність коронки великих кутніх зубів верхньої щелепи при наявності додаткового горбика Карабеллі.

ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОТОПОГРАФІЇ ОСТРІВЦІВ МАЛЯССЕ

Гасюк А.П., Костиренко О.П., Верченко І.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність. Останнім часом актуальним стало вивчення острівців Маляссе, які згідно з різними літературними джерелами, представляють рудиментарні епітеліальні утворення. Завдяки своїм морфогенетичним властивостям вони призводять до розвитку різних патологічних процесів: запалення, дистрофії, утворення зубних кіст, одонтогенних пухлин, резорбції поверхні альвеолярної кістки і т. ін. Попри всі ці недоліки відмічаються позитивні властивості острівців. Так, вони сприяють процесу підтримання гомеостазу тканин пародонту, виконують важливу роль у відновленні волокнистих структур періодонтального простору і т. ін.

У зв'язку з цим, **мета** нашої **роботи** полягала в дослідженні особливостей локалізації острівців Маляссе в тканинах пародонту.

Методи та результати дослідження. У ході дослідження використовували видалені нижні щелепи безпорідних собак, які фіксували в 10% розчині формаліну. У подальшому на спеціальному апараті з пониженими обертами алмазної фрези та водяним охолодженням із нижньої щелепи вирізали окремі блоки, які містили в собі передні та задні класи зубів. Напрямки зрізів у блоках мали поздовжню, поперечну та косу орієнтацію. Відпрепаровані блоки різних класів зубів гістологічно забарвлювали ШИК-тіоніновим синім, їхню поверхню вивчали



епімікроскопічно при відбитому освітленні на різних збільшеннях. Для детального вивчення окремих ділянок зуба, пародонту та пародонту одержували тонкі зрізи, що виготовляли із парафінових блоків. Останні досліджували гістологічно та гістохімічно та відповідно забарвлювали: гематоксилін-еозином, по Ван-Гізону.

Під час дослідження визначили локалізацію острівців Маляссе в тканинах пародонту на різному рівні: у маргінальній ділянці пародонту (фіброзна кістка), у середній його частині (пластинчаста зона кістки) та в апікальній ділянці кореня. Встановили певну залежність виявлених острівців від вказаних рівнів. Так, у маргінальній ділянці пародонту відмічаються острівці з ознаками ороговіння, у пластинчастій зоні кістки – без ороговіння, а в апікальній ділянці кореня острівці Маляссе мали вигляд кутикулярного епітелію.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про певну морфофункціональну властивість острівців Маляссе на різних рівнях пародонту. У доступних нам зарубіжних літературних джерелах трапляються поодинокі висловлювання, які подібні результатам наших досліджень і потребують подальшого вивчення.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОДОНТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ ПРИ КОНСТРУЮВАННІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ

Гасюк П.А., Воробець А.Б., Росоловська С.О.

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

МОЗ України, м. Тернопіль, Україна



Актуальність. 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 редуційні та індивідуальні особливості будови зубів.

Мета дослідження: провести оцінку одонтометричних параметрів коронок молярів з метою їх застосування в клініці ортопедичної стоматології.

Матеріали і методи дослідження. Для проведення одонтометричного аналізу було відібрано 50 обстежуваних без дефектів зубних рядів, з них 25 чоловіків і 25 жінок із неретинованими, інтактними молярами, які мали добре виражену анатомічну форму. Проведення одонтометричного дослідження здійснювалось згідно методики, описаної О. О. Зубовим і Н. І. Халдєєвою. Вона полягала у вимірюванні розмірів зубів



на попередньо виготовлених діагностичних моделях щелеп. Для характеристики загальної маси коронки проводилось обчислення модуля коронки, масивності та індексу коронки, а також обчислення середнього модуля ряду великих кутніх зубів.

Результати. Відповідно до модулю коронок, що визначає їх загальні розміри, у обстежених 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.

Висновок. При ортопедичному лікуванні дефектів зубних рядів врахування середніх розмірів коронок зубів і їх статевої приналежності допоможе максимально точно змодельовати оклюзійну поверхню протеза, що сприятиме правильному відновленню оклюзійних контактів, які забезпечують оптимальний напрямок функціональних осей опорних зубів, і ефективного відновлення жувальної функції.



УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ЕМАЛЕВИХ ПРИЗМ ЗУБІВ

Гасюк П.А., Росоловська С.О., Воробець А.Б.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. 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 премолярів.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом дослідження слугували 4 премоляра, в яких вивчалась частина емалі. Нами проведено вивчення даних ділянок за допомогою скануючої та трансмісійної електронної мікроскопії.

Результати. 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, світлого кольору оболонки головок призм, вони розташовуються на різних між собою відстанях, утворюючи між собою подібну нематичному типу структуру, для яких характерна 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, між головками та відростками емалевих призм і світлою міжпризмовою речовиною, утворення пошарових структур у вигляді паралельних ліній Ретціуса. Очевидно, що саме завдяки цьому можна висловити припущення, що наявність ліній Ретціуса, пов'язано із смектичним 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.

Висновок. Отже, підводячи підсумок проведених електронно-мікроскопічних досліджень ділянок емалі коронки премолярів, можна дійти до наступних висновків.

1. Ультраструктурно емалеві призми мають нематичний тип розташування, при цьому містять головки, оточені гідрофільною оболонкою та хвости, котрі між ними проникають.

2. Безпосередньо, в лініях біомінералізації Ретціуса, головки емалевих призм щільно прилягають між собою, у вигляді смектичних структур, в той час як хвости призм слабо виражені.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЯЗИКА В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Гнатюк М. С., Боднарчук І. В., Татарчук Л. В.

Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна



Актуальність. Структурно-функціональні особливості язика до сьогоденішнього дня привертають увагу дослідників, які часто цікавляться особливостями структурної організації його судинного русла, що відіграє важливу роль у кровопостачанні та морфогенезі органа при різних пошкодженнях.

Метою дослідження було вивчити вікові особливості ремоделювання гемомікроциркуляторного русла язика в експерименті.

Матеріали і методи. Матеріалом дослідження було гемомікроциркуляторне русло язика 30 лабораторних білих щурів-самців, що знаходилися у звичайних умовах віварію. Дослідні тварини були розділені на 2-і групи. 1-а група нараховувала 15 інтактних, практично здорових тварин віком 8 міс., 2-а – 15 інтактних щурів віком 24 міс. Евтаназія дослідних тварин здійснювалася кровопусканням в умовах тіопентал-натрієвого наркозу. Гемомікроциркуляторне русло язика заповнювали туш-желатиною сумішшю через загальну сонну артерію. На просвітлених мікропрепаратах язика вимірювали діаметри мікросудин та їх кількість на 1 мм² тканин язика. Кількісні показники обробляли статистично.

Результати дослідження. Встановлено, що з віком виникає структурна перебудова судин гемомікроциркуляторного русла язика. При цьому просвіти артеріол виявилися звуженими на 4,1 %, передкапілярних артеріол – на 3,9 %, гемокапілярів – на 3,5 %, посткапілярні венули розширилися на 4,7 %, а венули – 4,5 %, щільність мікросудин не змінювалася. Стабільність вікової щільності мікросудин язика свідчила про повноцінне функціонування гемомікроциркуляторного русла у досліджуваному органі.



ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ ЗУБІВ ЗАЛЕЖНО ВІД МАКРО ТА МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ ДИТИНИ

Годованець О.І., Гринкевич Л.Г.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Актуальність. Обстеження дітей, які проживають в певних біогеохімічних регіонах, показало наявність у дитячому організмі ряду метаболічних порушень, що впливають на перебіг основних стоматологічних захворювань та потребують відповідної корекції. Особливо гостро питання звучить у період формування тимчасового прикусу, оскільки в цей час закладається фундамент майбутнього стоматологічного здоров'я людини.

Мета дослідження. Встановлення ефективності розроблених лікувально-профілактичних заходів щодо карієсу зубів у дітей раннього віку, які проживають на території Буковини.

Матеріали та методи дослідження. Сформовано основну групу та групу порівняння (по 30 осіб у кожній) серед дітей віком до 3 років, які проживають на Буковині. У дітей основної групи місцево виконувалися санаційні та профілактичні заходи. Загальне лікування включало комплексний вітамінно-мінеральний препарат, до складу якого входять кальцій та основні есенціальні мікроелементи.

Результати та їх обговорення. На загал приріст карієсу зубів у дітей основних груп за два роки був меншим у 2,3 рази. Подібні зміни спостерігалися нами стосовно появи ускладнень каріозного процесу. Найбільша кількість постійних зубів, ускладнених пульпітом чи періодонтитом, була зафіксована під час оглядів через 1,5 та 2 роки у дітей



групи порівняння. Цей факт говорить про низьку ефективність загальноприйнятих методів лікування карієсу зубів, що призводить не лише до прогресування захворювання, але й формування ускладнень патологічного процесу. Морфо-функціональна стійкість емалі у дітей, яким проводили удосконалений метод лікування, зростала з кожним наступним оглядом.

Висновки. Застосування препаратів макро- та мікроелементів дозволяє стабілізувати показники інтенсивності карієсу зубів, підвищити рівень стоматологічного здоров'я та запобігти розвитку можливих ускладнень з боку зубощелепної системи й організму дитини в цілому.

Встановлена більша ефективність запропонованих нами лікувально-профілактичних заходів у дітей молодшого віку вказує на позитивний вплив метаболічної корекції, у першу чергу, на процеси дозрівання емалі та формування карієсрезистентних твердих тканин зуба.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи одержані результати, актуальними є подальша розробка та впровадження профілактичних заходів щодо карієсу зубів у дітей з урахуванням біогеохімічних особливостей регіону. За результатами клінічних та параклінічних обстежень буде розроблено поетапну схему постнатальної профілактики карієсу зубів у дітей та оцінено її ефективність у клінічних умовах.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРОБІОТИЧНОЇ ДІЇ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ ІЗ ТИРЕОПАТОЛОГІЄЮ

Годованець О.І., Кіцак Т.С.

Вищий державний навчальний заклад України





«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Актуальність. Хронічне порушення тиреоїдного статусу, безумовно, знаходить своє відображення у перебігу основних стоматологічних захворювань, що неможливо не враховувати на етапах діагностики та лікування. Тому проблема розробки нових адекватних методів патогенетичної корекції захворювань тканин пародонта в дітей із супутньою патологією щитоподібної залози є актуальною, особливо в йоддефіцитних регіонах, де відсоток ураження та ступінь тяжкості пародонтопатій значно вищий.

Метою нашого дослідження було обґрунтувати доцільність застосування препаратів пробіотичної дії в комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту в дітей із тиреопатологією.

Матеріали і методи дослідження. Для цього нами було проведено лікування та динамічне спостереження за дітьми із хронічним катаральним гінгівітом легкого та середнього ступеня тяжкості та супутнім діагнозом дифузний нетоксичний зоб. У дітей групи порівняння лікування проводили загальноприйнятим методом, а в основній групі додатково використано лікування, що включає в себе комплексний вітамінно-мінеральний препарат та пробіотик для нормалізації мікробіоценозу ротової порожнини дітей.

Результати дослідження. Клініко-параклінічне спостереження за дітьми під час лікування та впродовж 1 року виявило достатньо високу ефективність запропонованого методу. Так, встановлено скорочення термінів лікування до $(4,46 \pm 0,27)$ днів у дітей із легким ступенем тяжкості ХКГ та $(6,62 \pm 0,18)$ днів - у групі з середнім ступенем проти $(8,00 \pm 0,36)$ та $(9,62 \pm 0,40)$ днів у дітей підгруп порівняння ($p < 0,05$); зменшення кількості рецидивів захворювання у 2-3 рази та збільшення термінів ремісії до півроку.



Висновок. Одержані результати дають підстави рекомендувати застосування даних препаратів з метою корекції метаболізму та захисних механізмів ротової порожнини при запальних захворюваннях тканин пародонта в дітей, зокрема при дифузному нетоксичному зобі. Враховуючи терміни рецидивів у групах спостереження, рекомендується проводити повторні лікувально-профілактичні курси з частотою 1 раз на півроку.

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ ТА РІЗНОВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ВІДПОВІДНО ДО ФОРМИ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ

Годованець О.І., Навольський Н.М.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Актуальність. На території нашої країни спостерігається висока варіабельність зубощелепних аномалій (ЗЩА), яка коливається в межах від 14,4% до 71,7%. Зазвичай до лікаря-ортодонта батьки звертаються, коли дитина досягає старшого віку та вже має сформований прикус. Саме підлітки звертають увагу на свій естетичний недолік, який пов'язаний із неправильним розміщенням зубів, а лікування в старшому віці триваліше, дороговартісне та вимагає використання незнімної ортодонтичної техніки.

Метою нашої роботи стало вивчення поширеності та різновидів ЗЩА відповідно до форми обличчя у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено обстеження 65 дітей, віком 12-15 років із сформованим постійним прикусом, яким раніше не проводили ортодонтичного лікування. За допомогою фотометрії визначено тип обличчя. На наступному етапі одержали відбитки з обох щелеп, відлили моделі, а на діагностичних моделях щелеп проводили



антропометричне вимірювання зубних дуг. Заключним етапом було порівняння фотометричних даних із результатами оцінки діагностичних моделей.

Результати дослідження. На основі результатів дослідження, згідно з класифікацією Енгля встановлено, що основну частину діагнозів – у 41,53 % (II клас за Енглем) посів дистальний прикус, у 31,01 % обстежених дітей був діагностований I клас за Енглем, а в 4,73 % - мезіальний прикус (III клас за Енглем). Окремо виділений глибокий прикус, який діагностували у 27,69 % дітей як самостійну нозологію та в поєднанні з патологічними прикусами в сагітальній площині. Також у 47,68 % школярів виявлено звуження зубних рядів. Такі аномалії, як зворотне різцеве перекриття, відкритий прикус та розширення зубних дуг мали незначну динаміку виявлення.

За наявності глибокого чи відкритого прикусу визначення типу обличчя за Ізаром та Гарсоном не буде точним, адже внаслідок зміни висоти прикусу буде змінюватися пропорційність обличчя, при цьому дані його взаємовідношення висоти та ширини будуть давати хибний тип обличчя. На основі аналізу морфологічного індексу верхньої частини обличчя встановлено, що в більшості дітей з 64,62 % патологічних прикусів був у 60,0 % випадків виявлений середній тип обличчя, у 33,84 % обстежених - широкий та в 6,15 % - вузький. Також одним із важливих діагностичних критеріїв є визначення профілю пацієнта. При обстеженні нами визначено: у 67,69 % випуклий профіль обличчя, у 24,61 % - прямий і тільки в 7,69 % - увігнутий.

На основі аналізу індексу Тонна, нами у 27,69 % дітей виявлено макродентію, а при оцінці індексу Пона в 47,68 % дітей спостерігали звуження щелеп. Крім того, у 12,3 % школярів нами виявлено тріми та діастему, що свідчить про можливі зміни в подальшому розвитку.



Отримані дані свідчать про існування стійких механізмів формування даної патології. При проведенні профілактичних оглядів школярів більш важливими є визначення профілю, адже у $\frac{2}{3}$ пацієнтів спостерігався випуклий профіль, з поєднанням дистального прикусу, ніж у загальноприйнятій діагностиці певного типу обличчя. Важливо підкреслити, що наявність подібних аномалій для різних областей або регіонів відіграє важливу роль у створенні бази даних поширеності зубощелепних аномалій.

Висновок. Подальший аналіз порівняння типів обличчя з видом патологічного прикусу в окремо взятому регіоні дає можливість для розробки організаційних принципів діагностики ЗЩА.

МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗМУ ВАГІТНОЇ ЖІНКИ, ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ В ДИТИНИ

Годованець О.І., Романюк Д.Г.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Актуальність. Закладка, формування і первинна мінералізація тимчасових зубів відбуваються в антенатальний період розвитку дитини. Саме в цей період теоретично обґрунтованим є початок профілактики карієсу зубів у дітей. Опосередковано, через стан організму матері, створюються оптимальні умови для розвитку зубних зачатків, що в свою чергу призводить до формування карієсрезистентних твердих тканин зубів.

Одним з основних факторів нормальної мінералізації твердих тканин є достатнє надходження макро- та мікроелементів під час вагітності. Як



відомо, Fe, Zn, Cu належать до незамінних нутрієнтів, без яких неможливий нормальний ріст та розвиток організму, у тому числі формування твердих тканин організму дитини. Тому, **метою** нашого дослідження стало вивчення макро- і мікроелементного забезпечення організму вагітної жінки шляхом саплементації дефіцитних карієспротекторних елементів.

Матеріали та методи. У дослідженні були задіяні вагітні жінки, що проживають на території Буковини. Для оцінки елементного забезпечення організму атомно-абсорбційним методом визначався рівень таких біоелементів як Fe, Cu, Zn та Cd у волоссі. Слід зауважити, що аналіз вмісту мікроелементів у волоссі проводився з урахуванням наявності чи відсутності каріозних уражень у жінок та ступеня їх інтенсивності.

Результати дослідження. Кількісний вміст Zn в досліджуваних екземплярах показав різноспрямовану динаміку змін. Зокрема, при високій інтенсивності карієсу зубів концентрація Zn зростала на 14 %, а при середній – на 4 %.

Найбільші кількісні зміни спостерігалися в концентрації Fe і характеризувалися зниженням вмісту останнього. Зокрема, у вагітних із високою інтенсивністю карієсу зубів констатувалося на 29 % менше елемента, порівняно з групою стоматологічно здорових жінок.

Зміни концентрації Cu при різних ступенях тяжкості каріозного процесу, на відміну від Zn, були плавними та характеризувалися поступовим зниженням умісту мікроелемента зі зростанням тяжкості патології.

Висновки. Зниження рівня та дисбаланс основних есенціальних мікроелементів суттєво збільшує ризик отруєння організму людини важкими металами. У вагітних в умовах дефіциту есенціальних елементів спостерігається накопичення токсичних елементів. Наші дослідження засвідчили, що вміст Cd у волоссі всіх жінок був достатньо високим.



Прослідковувалася тенденція до зростання вмісту ксенобіотика зі збільшення ступеня тяжкості каріозного процесу.

Перспективи подальших досліджень. За результатами клінічних та параклінічних обстежень буде розроблено поетапну схему антенатальної профілактики карієсу зубів у дітей та оцінено її ефективність у клінічних умовах. Також встановлені особливості макро- і мікроелементного забезпечення організму вагітної жінки в динаміці антенатального періоду, що мають значний вплив на процеси формування та мінералізації тимчасових зубів у дітей.

УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА НА 14 ДОБУ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Град А.О., Бандрівська О.О., Беденюк О.А.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Зараз ЦД є однією з найбільш актуальних проблем клінічної медицини, що зумовлено широкою поширеністю, клінічним поліморфізмом, тяжкістю ускладнень, серед яких на першому місці йдуть діабетичні макро- та мікроангіопатії. Останні нерідко визначають прогноз захворювання, а також працездатність та тривалість життя хворих.

Мета дослідження - встановити гісто-ультраструктурні зміни в гемомікроциркуляторному руслі жувального м'яза на 14 добу розвитку стрептозотоцинового цукрового діабету.

Матеріалом для дослідження послужив жувальний м'яз 6 щурів-самців лінії Вістар масою 160-220 гр., які були поділені на 2 групи:



контрольну (3) і експериментальну (3). Цукровий діабет моделювали одноразовим внутрішньоочеревинним введенням стрептозотоцину (розчиненого в 0,1 М цитратному буферному розчині з рН 4,5) в дозі 6 мг на 100 г маси, контрольній групі тварин у еквівалентній дозі внутрішньоочеревинно вводили 0,1 М цитратний буфер з рН 4,5. Матеріал для дослідження забирали на 14 добу експерименту. Рівень глюкози визначали з краплі крові хвостової вени за допомогою тест-смужок на глюкометрі фірми “Ассу-С’ес” (Німеччина). Використали гістологічний (забарвлення за Хартом та гематоксилін-еозином) та електронно-мікроскопічний методи дослідження.

Результати проведеного дослідження. На 14 добу розвитку експериментального ЦД рівень глюкози в крові достовірно зростає до $13,56 \pm 0,42$ ммоль/л (контроль – $4,29 \pm 0,72$ ммоль/л, $p < 0,001$). У гемомікроциркуляторному руслі найбільш виражені зміни спостерігаються в клітинних компонентах стінки капілярів. В їх просвіті виявляються адгезія і агрегація тромбоцитів та еритроцитарні складжі, що призводить до порушення гемомікроциркуляції. В цитоплазмі ендотеліоцитів виявляється велика кількість мікропіноцитозних пухирців і середнього розміру вакуолей, підвищується рухливість люменальної поверхні плазмолем з розвитком ознак мікроклазматозу. Базальна мембрана значно потовщується.

Висновки. Таким чином, на 14 добу розвитку експериментального цукрового діабету в капілярах м'язових волокон жувального м'яза спостерігаються дистрофічно-деструктивні зміни за типом гідропічної дистрофії.



НЕОБХІДНІСТЬ ВИВЧЕННЯ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ОСНОВ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дзецюх Т. І.

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Важливим елементом освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-стоматолога є вміння надавати екстрену медичну допомогу при типових невідкладних станах, які можливі в його медичній практиці. В Освітньо-кваліфікаційній характеристиці спеціаліста за спеціальністю 7.110106 «Стоматологія» напряму підготовки 1101 «Медицина», виходячи з виробничих функцій, типових задач діяльності та умінь, якими повинен володіти випускник вищого медичного закладу за зазначеним фахом, вказано: діагностування невідкладних станів, визначення тактики надання екстреної медичної допомоги, надання екстреної медичної допомоги.

Новітня методика симуляційного навчання в стоматології передбачає формування вмінь і навичок практичного застосування набутих теоретичних знань шляхом індивідуального виконання студентом завдань визначення загальної тактики, діагностики та лікування симульованих пацієнтів у змодельованій ситуації невідкладного стану. Змодельована ситуація невідкладного стану – це сценарій, при якому на конкретній особі (симулянт), чи манекені за допомогою додаткових технічних засобів імітується певний невідкладний стан.

У сучасній стоматологічній практиці виникнення невідкладних станів досить поширене і прогнозоване явище. Пов'язано це з різними специфічними факторами амбулаторного стоматологічного прийому.



Необхідно звернути увагу на те, що це масовий вид амбулаторної медичної допомоги, знаходиться за зверненнями на другому місці після загальнотерапевтичного, і, зазвичай, часу для всебічного обстеження хворого не завжди вистачає. Спостерігається високий відсоток пацієнтів з наявністю супутньої соматичної патології.

Стоматологічне втручання у багатьох хворих проводиться при значному психо-емоційному напруженні, пов'язаному з довгостроково триваючим больовим синдромом, який обумовлює зниження порогу сприйняття подразнень і підвищує стрес-реакції організму до патологічного рівня. Значна частина сьогоденних пацієнтів має негативні емоційні спогади про відвідування стоматологічного кабінету в минулому. Крім усього іншого, не слід забувати і про можливість токсичної дії анестезуючих препаратів, здатних викликати тяжкі ускладнення, небезпечні для життя пацієнта

Мета роботи: проаналізувати існуючий стан підготовки студентів-стоматологів з питань невідкладних станів у практиці лікаря-стоматолога і намітити основні напрямки його вдосконалення.

Результати. В Освітньо-кваліфікаційній характеристиці спеціаліста за спеціальністю 7.110106 «Стоматологія» напряму підготовки 1101 «Медицина», виходячи з виробничих функцій, типових задач діяльності та умінь, якими повинен володіти випускник вищого медичного закладу за зазначеним фахом, вказано:

– діагностування невідкладних станів: за будь-яких обставин (вдома, на вулиці, у лікувальній установі та ін.), в умовах нестачі інформації та обмеженого часу, використовуючи стандартні методики огляду та дані можливого анамнезу, знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення та оцінки стану людини поставити діагноз;



– визначення тактики надання екстреної медичної допомоги: за будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі діагнозу невідкладного стану в умовах обмеженого часу за допомогою стандартних схем визначити тактику надання екстреної медичної допомоги;

– надання екстреної медичної допомоги: за будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі діагнозу невідкладного стану в умовах обмеженого часу згідно з визначеною тактикою, використовуючи стандартні схеми, надавати екстрену медичну допомогу.

Висновок. Важливим елементом освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-стоматолога є вміння надавати екстрену медичну допомогу при типових невідкладних станах, які можливі в його медичній практиці. Підготовку доцільно організувати у спеціальному кабінеті симуляційного навчання із використанням адекватних засобів (манекенів і тренажерів). Питання вивчення невідкладних станів студентами стоматологічного факультету необхідно вдосконалити та запровадити новітні методики симуляційного навчання в стоматології.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЩЕЛЕП НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Дутко Х.О.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів, Україна





Актуальність. Репаративний остеогенез є складним, генетично запрограмованим процесом, на перебіг якого впливають різноманітні зовнішні та внутрішні чинники. Важливе місце серед них посідає група факторів, що детермінують остеоіндуктивний потенціал організму та активність процесів резорбції або біосинтезу кісткової тканини на момент травми, а саме вік, стать, наявність метаболічних розладів, імунологічний статус.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку метаболізму кісткової тканини у пацієнтів з переломи щелеп на тлі запальних захворювань тканин пародонта.

Матеріали й методи дослідження. При поступленні у стаціонар у пацієнтів з переломами щелеп на тлі ЗТП (основна група, 45 пацієнтів) та хворі з переломами щелеп без супутньої пародонтологічної патології (порівняльна група, 41 пацієнт) були проаналізовані зміни значень маркерів кісткоутворення, які порівнювали з даними здорових осіб (контрольна група, 32 людини).

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка вмісту маркерів біосинтезу кісткової тканини показала, що у практично здорових осіб вміст остеокальцину (ОК) у крові складав $20,86 \pm 1,34$ нг/мл, що було на 36,67 % вище, ніж у пацієнтів основної групи, $p < 0,01$. У досліджуваних порівняльної групи вміст ОК у крові був на 10,16 % нижче стосовно даних у контролі, $p > 0,05$, але перевищував значення ОК стосовно даних у пацієнтів основної групи на 29,51 %, $p_1 < 0,01$. Аналогічні закономірності виявлялись і при аналізі СІСР у крові досліджуваних: у пацієнтів з переломами щелеп на тлі ЗТП вміст СІСР був на 20,44 %, $p < 0,01$ та у хворих з переломами щелеп без супутніх захворювань тканин пародонта – на 11,12 %, $p < 0,05$, нижче стосовно даних у контролі. У той же час, у пацієнтів порівняльної групи вміст СІСР у



крові був на 10,48 % вище стосовно даних у хворих основної групи, $p_1 < 0,05$. Оцінка маркера регулятора біосинтетичних процесів кісткової тканини ТФР- $\beta 1$ показала, що його середній вміст у сироватці крові практично здорових людей дорівнював $17,85 \pm 0,51$ нг/мл, що було на 20,50 %, $p < 0,01$, та на 8,96 %, $p < 0,05$ вище стосовно даних у основній та порівняльних групах, відповідно. При цьому, у пацієнтів порівняльної групи вміст ТФР- $\beta 1$ перевищував дані у хворих основної групи на 12,68 %, $p_1 < 0,05$.

При аналізі показників резорбції кісткової тканини встановлено, що рівень вільного оксипроліну у пацієнтів основної групи був на 84,88 % та у хворих порівняльної групи – на 18,28 %, $p < 0,01$, вище стосовно даних у досліджуваних контрольної групи. У той же час, у пацієнтів з переломами щелеп на тлі ЗТП, вміст вільного оксипроліну перевищував значення у хворих порівняльної групи на 36,02 %, $p_1 < 0,01$. Вміст піридиноліну у досліджуваних контрольної дорівнював $4,50 \pm 0,15$ нг/мл, що було на 147,11 % та на 26,67 %, $p < 0,01$ нижче стосовно значень у пацієнтів основної та порівняльних груп, відповідно. При цьому, вміст піридинолінових зшивок у пацієнтів основної групи був на 48,74 % вище стосовно даних у групі порівняння, $p_1 < 0,01$. Звертало увагу, що у пацієнтів групи порівняння вміст хрящового олігомерного матричного протеїну (СОМР) статистично не відрізнявся від даних у групі контролю ($595,43 \pm 19,25$ проти $531,0 \pm 26,50$ нг/мл, $p > 0,05$). При цьому, у хворих основної групи вміст СОМР був на 31,83 % та на 11,76 %, $p_1 < 0,01$, вище стосовно даних у контрольній групі та групі порівняння, відповідно. У пацієнтів з переломами щелеп досліджували зниження вмісту маркерів біосинтезу кістки (остеокальцину – на 29,51 %, $p_1 < 0,01$, С-кінцевого телопептиду колагену – на 10,48 %, трансформуючого фактору росту – на 12,68 %, $p_1 < 0,05$) при збільшенні вмісту маркерів резорбції кістки (оксипроліну – на 36,02 %, піридиноліну – на 48,74 %, хрящового олігомерного матричного протеїну – на 11,76 %, $p_1 < 0,01$),



порівняно з даними у осіб з переломами щелеп без захворювань тканин пародонта.

Висновки. Таким чином, проведені дослідження показали, що розлади у людей з переломами щелеп на тлі захворювань тканин пародонта супроводжуються низкою метаболічних змін, які характеризуються ознаками пригнічення біосинтетичних та посиленням остеодеструктивних процесів у кістковій тканині, які за виразністю та спрямованістю помітно відрізняються при переломах щелеп без супутніх пародонтологічних захворювань.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯСЕН ЩУРІВ В НОРМІ ТА ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ЕТАНОЛОМ

Єрошенко Г. А.¹, Федонюк Л. Я.², Казакова К. С.¹

¹Українська медична стоматологічна академія

²Тернопільський національний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Багато досліджень присвячено вивченню впливу хронічної інтоксикації етанолу (Ет) на морфофункціональний стан печінки, підшлункової залози, нервової системи, серця, але питання змін структури слизової оболонки порожнини рота вивчено недостатньо. Тому метою дослідження було визначити структурну організацію слизової оболонки прикріпленої частини ясен (СоПчя) щурів у нормі та установити особливості її перебудови при хронічній інтоксикації етанолом.

Дослідження проведено на 59 безпородних щурах-самцях, з яких контрольна група склала – 15 тварин, експериментальна – 44. Тваринам дошлунково 4 рази за добу вводили по 12 мг/кг 400 Ет. Тварин виводили з



експерименту на 5, 9, 12 і 30 доби шляхом передозування тіопенталового наркозу (25 мг/кг) згідно з етапами формування алкогольної залежності.

В результаті проведених гістологічного, лектинохімічного дослідження, морфометричного та кількісного аналізу встановлено, що СоПчя щурів за загальними принципами будови відповідає такій у людини і складається з епітеліальної (Епл) та власної пластинок (Впл). У контрольній групі середня товщина Епл становила $67,79 \pm 6,17$ мкм, Впл – $117,78 \pm 10,14$ мкм. Гемомікроциркуляторне русло (ГмР) представлене артеріолами, капілярами і венулами, середні значення просвітів яких становили $12,91 \pm 0,96$ мкм, $7,32 \pm 0,14$ мкм і $16,01 \pm 1,29$ мкм відповідно.

Під дією Ет в епітелії СоПчя порушуються процеси диференціації, що на ранніх термінах експерименту проявляється гіперкератозом, на пізніх – явищами акантозу. У Впл на 5 добу встановлені морфологічні ознаки гіпергідратації периваскулярної сполучної тканини, які зберігалися до 30-ї доби. Загальна товщина Впл збільшується на 26,7 % на 5 добу за рахунок підвищення вмісту аморфної речовини і до 30 доби не відновлюється. Уведення Ет викликає розлади мікроциркуляції, які проявляються нерівномірним кровонаповненням ємнісної ланки ГмР, запусінням просвітів капілярів на 12 і 30 доби. Зміни ГмР проявлялися достовірним зменшенням на 5 добу діаметрів просвітів артеріол і капілярів на 35,7 % і 35,5 % відповідно. Значення середнього діаметра просвіту ємнісної ланки достовірно збільшилися на 20,6 %. Відновлення показників визначено лише з боку діаметра просвіту артеріол на 9 добу. Обмінна ланка не відновила показники до 30 доби, вони залишалися меншими за значення в контрольній групі тварин на 19,2 %. Середні значення діаметра венул на 30 добу експерименту були більшими за показники в контрольній групі щурів на 11,6 %, що свідчило про порушення перфузії крові під дією хронічної інтоксикації Ет.



У тварин контрольної групи за допомогою лектинохімічного дослідження встановлено, що специфічними до рогових лусочок є лектин конканаваліну А і сіалоспецифічні лектини; до кератиноцитів і базальної мембрани – сіалоспецифічні. До резидентних структурних компонентів власної пластинки Впл – лектини арахісу, конканаваліну А, бузини чорної та пшениці; до клітин-мігрантів – лектини арахісу, кори золотого дощу звичайного, зародків пшениці і лектин бузини чорної. При дії Ет на 5 добу встановлено зниження інтенсивності маркірування на кератиноцитах, що морфологічно проявлялось явищами гіперкератозу, до 12-ї доби визначено неповне відновлення експресії до лектину зародків пшениці та бузини чорної. Експресія рецепторів на фібробластах і колагенових волокнах зменшилася на всіх термінах спостереження. Мастоцити і макрофаги характеризувалися зниженням ступеня кон'югації з рецепторами до лектинів арахісу, кори золотого дощу звичайного, зародків пшениці та бузини чорної.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО СКЛАДУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ЯСЕН У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Єрошенко Г.А., Шешукова О.В., Білаш С.М., Бауман С.С.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність. Запально-дистрофічні захворювання тканин пародонта і до тепер є домінуючими в загальній структурі патологічних процесів порожнини рота у дітей. Для виявлення патології на ранніх етапах одним із точних методів є цитологічне дослідження завдяки своїй малоінвазивності. На теперішній час не проводилося визначення особливості клітинного складу слизової оболонки ясен цитологічним методом у дітей молодшого віку.



Метою роботи було встановлення особливостей клітинного складу слизової оболонки ясен дітей шкільного віку в нормі.

Матеріал та методи дослідження. Цитологічне дослідження проведено у 150 дітей м. Полтави віком 6, 12 та 15 років під час профілактичних оглядів. У всіх обстежених не було клінічних ознак будь-яких захворювань порожнини рота. Мазки отримували шляхом зіскрібка. Після висушування мазків проводили забарвлення барвником – фіксатором Май-Грюнвальда. Аналіз цитогам проводили за допомогою мікроскопа Biogex–3 BM–500T з цифровою мікрофотонасадкою DCM–900 з адаптованими для даних досліджень програмами, використовуючи збільшення 1000. Кількісні показники визначали шляхом підрахунку клітинних елементів у 5 полях зору, при цьому фіксували кількість в абсолютних цифрах та визначали середні показники за допомогою програми Excel. Останні використовували для визначення відсоткового співвідношення різних класів епітеліальних клітин для встановлення нормативних показників.

В епітелії слизової оболонки ясен людини визначались 4 класи клітин – базальні, парабазальні, проміжні і поверхневі. В цитограмах зі слизової оболонки ясен дітей в нормі відсутні базальні і парабазальні епітеліоцити.

За результатами проведених цитологічних досліджень клітинного складу цитогам ясен у дітей шкільного віку встановлено, що в цитограмах переважають поверхневі клітини, найбільша кількість їх визначається у дітей 6-річного віку (табл.).

Таблиця

Середні значення відсоткового співвідношення різних класів багат шарового плоского епітелію ясен дітей в нормі

	Клітинний склад цитогам		
	проміжні	поверхневі	рогові





			лусочки
6 років	5,54±0,71	93,85±0,77	0,61±0,18
12 років	10,42±1,06*	87,17±1,39*	2,41±0,46*
15 років	11,6±0,76	86,51±0,85	1,89±0,31

Примітка: * - відмінності достовірні при $p < 0,05$.

У дітей 12 і 15 років кількість поверхневих епітеліоцитів була достовірно меншою за 6-річних, але між собою вірогідно не відрізнялась. Серед трьох вікових груп середня кількість проміжних клітин у дітей 6 років була вдвічі меншою за інші, а рогових лусочок – втричі (табл.).

Таким чином, процес фізіологічного зроговіння епітеліальної пластинки слизової оболонки ясен у дітей шкільного віку є різноплановим і кератинізація відбувається як за рахунок явища фізіологічного некрозу, тобто апоптозу поверхневих клітин, так і за рахунок ортокератозу – у вигляді появи у цитоплазмі епітеліоцитів еозинофільних гранул, з подальшим формуванням рогових лусочок. Даний тип зроговіння є основним, поряд із руйнуванням мітохондрій і зменшенням кількості ензимів в рогових лусочках. З 6 років середня кількість поверхневих клітин в цитограмах зменшується, а проміжних і рогових лусочок – збільшується до 12 років і залишається сталою у дітей 15 років.

ОЦІНКА МОРФОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ ПІД ЧАС ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ФІСУР У ДІТЕЙ

Іванчишин В.В., Стадник У.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна





Актуальність. Значна поширеність карієсу фісур у дітей в перші роки після прорізування постійних зубів (Смоляр Н.І., Солонько Г.М., 2013; Дудік О.П. та співавт., 2016; Спірідонова К.Ю., 2016) вимагає розв'язання багатьох питань, пов'язаних із оцінкою чинників виникнення цієї патології та запобіганням її розвитку. З огляду на це актуальним є підвищення ефективності методів профілактики карієсу фісур постійних зубів у дітей на основі аналізу функціональних, біохімічних, морфологічних досліджень.

Мета. Оцінити динаміку морфологічних змін ротової рідини у процесі профілактики карієсу фісур у дітей.

Матеріали та методи дослідження. Обстеження проведено у 62 дітей віком 6 років з карієсом фісур перших постійних молярів. Контрольну групу склали 31 дитина без ознак каріозного ураження. Комплекс розпрацьованих профілактичних заходів передбачав гігієнічне навчання дітей, професійну гігієну порожнини рота, використання зубних паст з фтором, герметизацію фісур відразу після прорізування зуба, місцеву ремінералізувальну терапію (Белагель Са/Р, Фтороплен, Vifluorid-12). У контрольній групі проводили гігієнічне навчання, професійну гігієну порожнини рота та призначали фтормісні зубні пасти.

Дослідження кристалоутворення ротової рідини проводили за методикою Леуса П.А. (1977). Мінералізувальний потенціал ротової рідини (МПРР) виражали середнім балом залежно від виявлених типів кристалів.

Результати дослідження. Морфологічний аналіз ротової рідини обстежених дітей показав, що на початку спостереження у більшості дітей основної та контрольної групи у ротовій рідині переважали кристали II типу ($43,46 \pm 3,23\%$ та $44,47 \pm 5,47\%$ випадків, $p > 0,05$) при МПРР $2,57 \pm 0,12$ та $2,64 \pm 0,11$ бали відповідно. Через 24 місяці після початку проведення профілактичних заходів у дітей основної групи найбільш часто в ротовій



рідині виявляли кристали I типу ($48,41 \pm 4,23\%$ випадків), МПРР при цьому підвищувався до $2,96 \pm 0,11$ бали у той час, як у контрольній групі зростала кількість дітей, у яких виявлено кристали III типу, а МПРР при цьому практично не змінювався ($2,65 \pm 0,07$ бала).

Висновки. Таким чином, результати морфологічних досліджень ротової рідини показали покращення її мінералізувальних властивостей у дітей, які отримували розпрацьований профілактичний комплекс, у порівнянні з дітьми, у яких не проводили спеціальних профілактичних заходів, про що свідчать зміни у мікрокристалізації та мінералізувального потенціалу ротової рідини.

Проведені дослідження можуть бути використані при впровадженні ефективних методів профілактики карієсу зубів у дітей з карієсом фісур постійних зубів.

БІОМЕХАНІЧНІ МОЖЛИВОСТІ СЛИЗОВО-ОКІСНИХ КЛАПТІВ ПІД ЧАС АУГМЕНТАЦІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА

Каплун Д.В., Аветіков Д.С.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Враховуючи розвиток сучасної хірургічної стоматології проблема оптимізації закриття ран слизової оболонки в порожнині рота залишається актуальною.

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 та тканинна напруга в ділянці накладення швів.



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, сили натягу клаптів у порожнині рота у літературі нами не знайдено.

Відомо, що сила натягу слизових та слизово-окістних клаптів під час ушивання операційних ран напряму впливає на тканинну напругу, яка в подальшому є вирішальним фактором при їх заживленні.

Нами з'ясовано, що тканинна напруга ясен в нормі є приблизно однаковою для слизової оболонки ясен в обраних шістнадцяти ділянках (різці, ікла, перші премоляри, верхні і нижні щелепи). З огляду на викладене, нами розраховано середнє значення тканинної напруги для ясен. За нашими даними в нормі показник тканинної напруги слизової оболонки ясен дорівнює $350,4 \pm 19,69$ [6,96] Па.

Очевидно, що представлені дані про напружений стан ясен корелюють з результатами морфологічних досліджень. Зокрема, фіброархітектоніка сполучної тканини ясен зберігає єдиний план будови протягом усього зубного ряду, що узгоджується з ідентичними показниками значень тканинної напруги в області різних зубних органів, виявлені незначні коливання тканинної напруги, що не виходять за межі довірчого інтервалу, що і дозволяє вивести показник середнього значення тканинної напруги ясен.

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

Нами було проліковано пацієнтів із вторинною адентією альвеолярних відростків. У всіх пацієнтів спостерігалися вертикальні



дефекти кісткової тканини із зменшенням процентного співвідношення компактного шару кістки та спонгіозного. Майже всі пацієнти потребували кісткової аугментації з чим і були труднощі при натягненні і ушиванні слизово-окістних клаптів.

Після проведеного нами хірургічного лікування вертикальних дефектів альвеолярних відростків щелеп за розробленою нами методикою, також виконані морфологічні та біомеханічні дослідження ясен на 7,30, і 90 добу після операції.

При цьому встановлено, що тканинна напруга на 7 добу різко зростає до $498,41 \pm 18,78$ Па, що перевищує даний показник в нормі. Мабуть, на даному етапі тканинна напруга підтримується за рахунок протеогліканів, які як відомо мають поліаніонні властивості і утримують значну кількість води.

В подальшому на 30 і 90 добу визначається чітка тенденція нормалізації тканинної напруги. Так, на 90 добу цей показник досягає $396,83 \pm 26,27$ Па. Однак описана у віддалені терміни спостереження корекція тканинної напруги пов'язана з регенерацією і ремоделюванням анатомічних структур ясен. Зокрема незалежно від стадії процесу нами спостерігалось відновлення базальної мембрани, активна індукція ангиогенезу, зниження і повне зникнення інфільтрації стромы. Клітинні популяції сполучної тканини ясен були представлені в основному макрофагальним і фібробластичним дифферонами. Характерно також утворення комплексів зрілих макрофагів з фібробластами.

Зазначені клітинні механізми в сукупності призводять до активної перебудови волокнистої основи ясен, що в свою чергу забезпечує нормалізацію тканинної напруги.

У ланцюзі описаних репаративних процесів важко визначити початкову ланку. Імовірно можна говорити про наступну динаміку процесів: проведення оперативного втручання -> підвищення тканинної



напруги -> активація макрофагальної і фібробластичного диферонів -> експресія цитокінів -> ремоделювання волокнистого матриксу -> корекція тканинного напруги.

Тканинна напруга, мабуть, є одним з факторів, що визначають позитивну динаміку всіх описаних клітинних, екстрацелюлярних і біомеханічних явищ.

Таким чином вищевикладене дає підстави вважати:

- моделювання тканинного тиску можна не тільки домогтися необхідних перетворень структури, а й, навпаки, запобігти розвиток небажаних змін в пошкоджених і оперованих органах;

- тканинній напруга може служити маркером певного процесу, що відбувається в тому чи іншому органі, і може бути причиною цих процесів;

- за допомогою моделювання необхідних величин тканинної напруги можна попередити склероз, атрофію і некроз ділянок і цілого органу, стимулювати процеси регенерації органів, оптимізувати процеси загоєння післяопераційних ран.

ПРОБЛЕМА НЕПЕРЕНОСИМОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНИХ СПЛАВІВ І ШЛЯХИ ЇЇ УДОСКОНАЛЕННЯ

Кіндій В.Д., Король Д.М., Кіндій Д.Д., Соловей Л.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність. Непереносимість зубних протезів є серйозною клінічною проблемою у зв'язку зі складністю біологічних процесів, які складають її суть. Частота непереносимості зубних протезів, за різними джерелами, становить 1,7-12,3% від загальної кількості пацієнтів, які звернулися в клініку ортопедичної стоматології. Робота є розділом



ініціативної теми кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології УМСА «Нові підходи до діагностики та лікування вторинної адентії, уражень тканин пародонту та СНЩС у дорослих» (№ державної реєстрації 0117U000302).

Метою дослідження було вивчення непереносимості матеріалів суцільнолитих конструкцій та пошук шляхів вирішення цієї проблеми.

Матеріали та методи дослідження. З метою вирішення вище зазначених проблем нами планується проведення систематичного комплексного дослідження властивостей і структури кобальто-хромового стоматологічного сплаву «Remanium GM 700» при багаторазових послідовних переплавах. Для переплавки сплаву «Remanium GM 700» використовували метод плавлення струмами високої частоти із використанням центробіжної сили для заповнення форм для лиття.

Результати дослідження та їх обговорення. У ході проведеного дослідження можна стверджувати, непереносимість зубних протезів - багатофакторний процес, розвиток якого визначається станом і взаємодією різних систем організму, проте, перш за все пов'язаний з дезінтеграцією загальних і місцевих імунних механізмів.

У даний час для відновлення форми і функції відсутніх зубів в клініці ортопедичної стоматології застосовують різні ортопедичні конструкції. При виготовленні незнімних зубних протезів широке застосування знаходять сплави металів для виготовлення суцільнолитих конструкцій і конструкцій, облицьованих різними матеріалами (пластмаси, композити та керамічні маси).

Нами відзначено певний зв'язок між суцільнолитими конструкціями і різними патологічними станами слизової оболонки. При всій суперечливості думок щодо етіології непереносимості зубних протезів,



виготовлених зі сплавів металів, ми виділяємо три основних етіологічних фактора:

1. Електрогальванічний - утворення електричних струмів (мікрострумів) в результаті різниці потенціалів сплавів у порожнині рота.
2. Хіміко-токсичний - реакції, обумовлені процесами електрохімічного розчинення сплавів металів з утворенням активних іонів.
3. Алергічний - продукти корозії сплавів, що утворюються, здатні сенсibiliзувати організм, викликаючи різні алергічні реакції.

Незважаючи на те, що установки височастотного лиття складні в експлуатації, більшість науковців віддають перевагу цьому методу лиття, вважаючи, що в такому разі сплав менше містить вуглецю.

На нашу думку якість лиття залежить від форми, від недоліків обробки поверхні сплаву, перерваного розливу сплаву. Крім того, на якість лиття впливають і тип сплаву, температура розігріву опоки, температура лиття і тип ливарного обладнання, розташування воскової репродукції відносно литника. Разом з тим, процес відливання неминуче пов'язаний з появою великої кількості невикористаного переплавленого матеріалу (досить протяжні литникові ходи, деякий запас матеріалу в тиглі і т.і.).

Зазначені обставини призвели до проблеми рециркуляції (повторного використання) ливарних стоматологічних сплавів, рішення якої дозволило знизити вартість виготовлених конструкцій. У зв'язку з цим з метою вирішення вищезазначених проблем нами планується проведення систематичного комплексного дослідження властивостей і структури кобальто-хромового стоматологічного сплаву «Remanium GM 700» при багаторазових послідовних переплавах.

Висновки. Результатом проведеного дослідження є наступні висновки:



1. Проблема непереносимості зубних протезів є поліетіологічною.

2. Проведена розробка і впроваджений в практику ортопедичної стоматології новий технологічний напрям при виготовленні суцільнолитих конструкцій і модифікації технології лиття з метою використання сплавів після багаторазового переплавки.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому планується ретельне вивчення фізико-механічних властивостей стоматологічного сплаву «Remanium GM 700» після багаторазової переплавки та дослідження його впливу на тканини протезного ложа.

ВПЛИВ ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ЗДОРОВ'Я НА ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Клітинська О.В., Зорівчак Т.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Актуальність теми. На сьогоднішній день недостатньо розроблені питання поетапного лікування гострих пульпітів у дітей, які б, в першу чергу, враховували стадію розвитку ураженого зуба, стан стоматологічного здоров'я та загальносоматичний стан макроорганізму дитини, який є критерієм імунологічної реактивності організму, тому дане питання має актуальний характер.

Мета дослідження. Розробити покази до вибору оптимального методу лікування гострих пульпітів тимчасових зубів з урахуванням стадії розвитку кореня ураженого зуба, стоматологічного статусу та загальносоматичного стану здоров'я дитини.



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

Результати дослідження та їх обговорення. Враховуючи поділ пацієнтів за групами здоров'я (5 груп), та станом стоматологічного статусу ротової порожнини, при виборі методу лікування ураженого зуба на стадії сформованого кореня, доречним буде такий підхід до вибору методу лікування: пацієнтам, які відносяться до III та IV груп здоров'я з субкомпенсованою або декомпенсованою формами карієсу (III та IV групи стоматологічного здоров'я) ефективним та правильним буде проведення екстирпації пульпи. Це пояснюється тим, що організм дитини не в змозі компенсувати запальні явища в організмі, а в даному випадку – відновлення функціональної активності пульпи та утворення вторинного дентину.

Пацієнтам, які належать до I та II груп здоров'я з компенсованою формою карієсу (I та II групи стоматологічного здоров'я) і не хворіють більше чотирьох разів на рік, можна здійснювати лікування пульпіту ампутаційним методом.

В період функціональної активності пульпи застосовують виключно ампутаційні методи лікування: вітальні та девітальні, а в разі наявності явищ періодонтиту – тільки вітальні. Для девіталізації пульпи використовують параформальдегідні препарати, наприклад, Devipulp, Depulpin, Parapasta, при цьому залишаючи їх на 6 – 14 днів.

Якщо уражений зуб перебуває на стадії резорбції кореня і при цьому діагностується пульпіт, то в такому випадку доцільним буде використання рентгендіагностики, яка допоможе зрозуміти: видаляти цей зуб, чи проводити ендодонтичне лікування. Оскільки наявність дектсрукції кортикальної пластинки навколо фолікула постійного зуба та вогнища



просвітлення кісткової тканини біля верхівок коренів та в ділянці їх біфуркації, є показанням до його видалення, для попередження виникнення його пошкоджень.

На стадії згасання життєздатності пульпи необхідно використовувати ампутаційний метод лікування з урахуванням того, що корінь ураженого зуба знаходиться на стадії резорбції і в разі використання екстирпаційного методу є можливість виникнення пошкоджень периапікальних тканин.

Застосування консервативного методу лікування є доречним при випадковому розкритті порожнини зуба під час препарування каріозної порожнини, при переломі коронки зуба з оголенням або без оголення пульпи в період до шести годин після травми. Крім того, даний пацієнт має належати до першої або другої групи стоматологічного статусу та мати першу групу здоров'я.

Висновок. До лікування гострих пульпітів тимчасових зубів необхідно підходити комплексно, з урахуванням віку пацієнта, стадії кореня, на якій знаходиться уражений зуб, стоматологічного статусу ротової порожнини та загальносоматичного стану організму дитини.

Перспективи подальших досліджень. Описати критерії вибору пломбувального матеріалу для заповнення корневих каналів в залежності від стадії розвитку ураженого зуба з урахуванням стоматологічного статусу ротової порожнини та групи здоров'я, до якої відноситься пацієнт.

ВИГОТОВЛЕННЯ ТЕРМОПЛАСТИЧНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Коваленко М. О., Герасимчук П. Г.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро,
Україна





Актуальність. В останній час ми достатньо часто виготовляли знімні зубні протези з термопластичних матеріалів.

Метою дослідження є конкретизація показань і протипоказань до виготовлення протезів з термопластичних матеріалів пацієнтам з серцево-судинною патологією, алергією на традиційні базисні пластмаси та з інших причин.

Методика дослідження. Нами були виготовлені 37 протезів з термопластичних матеріалів 13 пацієнтам з серцево-судинною патологією, 9 хворим з алергією на акрилові пластмаси та 8 пацієнтам, що не бажали препарувати опорні зуби під штучні незнімні конструкції або мати металеві коронки. У двох випадках ми виготовляли знімні мостоподібні протези дітям в періоді змінного прикусу, які згодом періодично заміняли на нову конструкцію по мірі росту щелеп.

У трьох клінічних випадках нами були виготовлені часткові знімні шини-протези при захворюваннях тканин пародонту в поєднанні з незнімними шинами, двом пацієнтам часткові знімні протези з базисами з термопластичних матеріалів та дентальними кламерами на раніше встановлені металокерамічні коронки виконали в якості тимчасових протезів після встановлення двоетапних імплантатів.

Результати. В усіх випадках ми отримали позитивні результати лікування. Пацієнти з кардіологічними патологіями позитивно оцінюють можливість уникнути анестезії та препарування твердих тканин зубів. Дитячі стоматологи надають велике значення повноцінності зубних рядів в період тимчасового та змінного прикусів при вимушеному видаленні молочних зубів задовго до початку прорізування постійних, так як використання термопластичних знімних протезів з дентальними кламерами дозволяє знизити ризик розвитку зубощелепних деформацій. При виготовленні знімних протезів пацієнтам із захворюваннями тканин



пародонту ми відмічали необхідність більшого числа корекцій базису (від 5 до 10 відвідувань) та зміну положенні опорних зубів при 2 степені рухливості. Після додатково проведеної фіксації зубів незнімними екстрадентальними адгезивними шинами, клініко-рентгенологічний процес стабілізувався.

Висновки. Необхідно дуже уважно відноситися до вибору пацієнтів при виготовленні знімних протезів то шин-протезів при захворюваннях тканин пародонту. Це пояснюється технологічними особливостями виготовлення протезів з термопластичних матеріалів, які, на наш погляд, не підлягають перебазуванню. До переваг протезів з еластичним базисом треба віднести відсутність необхідності видалення екзостозів, ускладнюючих використання традиційних пластинчатих протезів, та можливість досягти з їх поміччю кращої фіксації протезу. Використання даної методики дозволяє пацієнтам з серцево-судинною патологією уникнути анестезії, препарування опорних зубів та покращити естетичний ефект протезування внаслідок відсутності металевих елементів фіксації. Абсолютним показанням до використання термопластичних матеріалів в протезуванні можна вважати алергію на традиційні акрилові пластмаси та дефекти зубних рядів у дітей в період росту щелеп. Деякі технологічні етапи виготовлення протезів з термопластичних матеріалів та особливості гігієнічного догляду за ними потребують подальшого вивчення та спостереження за пацієнтами, яким були виготовлені часткові та повні знімні протези з еластичними базисами.

**МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ
ОПОРНИХ ЗУБІВ НЕЗНІМНИМИ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ
ЗА ДАНИМИ КПКТ**





Коробейнікова Ю.Л., Коробейніков Л.С.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність. Рентгенологічне дослідження є провідним методом діагностики у стоматологічній практиці. Без його застосування важко уявити розпізнавання і лікування різних захворювань органів щелепно-лицьової ділянки.

Мета дослідження: підвищення ефективності ранньої діагностики, лікування та профілактики морфо-функціональних порушень опорних зубів при користуванні незнімними металокерамічними мостоподібними конструкціями зубних протезів.

Для досягнення поставленої мети обрані такі **завдання дослідження:**

1. вивчити характер та ступінь патологічних змін у тканинах пародонту навколо опорних зубів за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії;
2. визначити взаємозв'язок між оклюзійними співвідношеннями металокерамічних мостоподібних протезів із зубами антагоністами за даними цифрової оклюзіографії
3. дослідити гігієнічний стан незнімних металокерамічних мостоподібних протезів за даними мікроскопічної морфометрії.

Методи дослідження :

1. Конусно-променева комп'ютерна томографія.
2. Цифрова оклюзіограмма.

Предмет дослідження: морфо-функціональні зміни тканин пародонту опорних зубів під незнімними мостоподібними протезами.

Результати проведеного дослідження. 1. За даними цифрової оклюзіографії, найсуттєвіші зміни відбулися в групі II, де показник площі оклюзійного тиску знизився від контрольного рівня 288,53 мм² до рівня



66,54 мм². Характерними ознаками змін оклюзійних співвідношень у групі II були збільшення середньої сили тиску з 2,56 mPa до 3,65 mPa та зменшення показника сили тиску на одиницю площі від 700,08 N у контрольній групі до 199,94 N у групі II; зменшення кількості оклюзійних контактів із 38,1 у контрольній групі до 17,48 у групі II, а значення середньої площі оклюзійних контактів у групі I зменшилося до 11,36 пікселя та в групі II до 12 пікселів на відміну від цього ж показника в групі контролю (17,89 пікселя). Спостерігалось збільшення асиметричності оклюзійного навантаження від 0,05% у контрольній групі до 11,06% у II дослідній групі.

2. За результатами КПКТ виявили однаковий ступінь резорбції кісткової тканини відповідно з медіального і дистального, вестибулярного й орального боків опорного зуба, незалежно від початкової товщини кортикальної пластинки комірця. Зазначена закономірність спостерігалася у двох групах, але загальний рівень резорбції в групі II був значно вищим і становив 2,86 мм із орального та 2,87 мм із вестибулярного боку, з медіального боку – 1,83 мм та з дистального - 1,84 мм. Визначення рівня щільності кісткової тканини в ділянці апекса опорних зубів показало її зменшення в групі I до 560,81НУ та збільшення в групі II до 748,30 НУ. Показник ширини періодонтальної щілини в ділянці апекса в групі II становив 1,28 мм і був більшим за аналогічний показник у групі I на 0,73 мм та за аналогічний показник у контрольній групі на 1,07 мм.

Висновок. У роботі представлено теоретичне узагальнення і нове розв'язання наукового завдання - оптимізації діагностики структурно-функціональних змін стану порожнини рота в пацієнтів при користуванні металокерамічними мостоподібними конструкціями. Запропоновані методи дозволять своєчасно виявити морфо-функціональні зміни стану опорних зубів під незнімними мостоподібними протезами, що допоможе більш чітко



сформулювати показання до профілактичних заходів (вибіркове пришліфовування та гігієнічний догляд за протезами).

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОМПЕТЕНЦІЙ В СТОМАТОЛОГІЇ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ОРТОДОНТІЯ» У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЄВРОПИ

Костенко Є.Я., Костенко С.Б., Пензелик І.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна

Актуальність теми. У сучасних умовах освіта розглядається як соціокультурна та соціоекономічна система, яка сприяє підвищенню конкурентоздатності спеціалістів різних галузей, в тому числі і лікарів-стоматологів. Якісна освіта забезпечує можливість нострифікації диплома лікаря в країнах ЄС. Про якість освіти можна стверджувати тільки після ретельного аналізу компетенцій і компетентності, розвитку інтегративного характеру взаємодії всіх його складових на основі узгодження цілей всіх суб'єктів освітнього процесу в контексті міжнародних стандартів.

Мета дослідження – проведення порівняльного аналізу компетенцій в стоматології за спеціальністю «Ортодонтія» у вищих навчальних закладах Європи.

Матеріали та методи. Було проведено професіографічний та освітній моніторинг, а також аналіз навчальних програм з дисципліни «Ортодонтія» у вищих навчальних закладах Європи. До переліку досліджуваних університетів входили: Medical University of Lodz, Medical University of Lublin, Poznan University of Medical Sciences (Польща), Medical University of Vienna (Австрія), Masaryk University (Брно, Чехія).



Для дослідження було використано робочі програми навчальної дисципліни «Ортодонія» по семестрам за 2017-2018 н.р. та 2018-2019 н.р. вищеперерахованих університетів. Вся використана інформація була розміщена на офіційних сайтах вищих навчальних закладів. Для порівняльного аналізу були використані такі критерії навчальних робочих програм: кількість кредитів, загальна кількість годин, кількість лекційних та практичних (клінічних та аудиторних) годин, вид підсумкового оцінювання та наявність виробничої практики.

Результати дослідження та їх обговорення. У ході дослідження було розглянуто робочі програми з навчальної дисципліни «Ортодонтія» вищих навчальних закладів Європи, проведено їх порівняння та проаналізовано відповідність робочої програми даної дисципліни ДВНЗ «УжНУ» європейським стандартам освіти.

Організація навчального процесу Ужгородського національного університету ґрунтується на принципах Болонського процесу, що повністю відповідає Європейській кредитно-трансферній системі оцінювання – ECTS. Результати порівняльного аналізу свідчать про те, що у вищих навчальних закладах Європи загальна кількість годин, що відводиться на вивчення даної дисципліни є меншою (Медичний університет Любліна та Пожан – 200 год., Медичний університет м. Лодз -226 год., Медичний університет Відня – 196 год., Університет Масарика – 150 год.) у порівнянні з ДВНЗ «УжНУ» (270 год.), що зумовлено відсутністю у закордонних програмах годин, передбачених на самостійну роботу студента. У кількості лекційних годин та їх розподілі по семестрам значних розбіжностей в робочих програмах усіх університетів немає (в загальному 40 год. \pm 10 год., в семестрі – по 5-10 год.), окрім Медичного університету Відня, де на проведення лекцій виділено 51 годину протягом VIII семестру навчання. Години, відведені для проведення практичних занять дещо відрізняються.



Так, в ДВНЗ «УжНУ» на практичні заняття з дисципліни «Ортодонтія» виділяється на 10-20 годин менше, ніж у вищих навчальних закладах Польщі, та на 10-15 годин більше, ніж в університетах Австрії та Чехії. Відмінною рисою закордонних навчальних програм є поділ практичних занять на аудиторні та клінічні, зі значним переважанням по кількості годин останніх. Також робочою програмою Медичного університету Відня передбачено проходження студентами виробничої практики з досліджуваної дисципліни протягом трьох семестрів, що в загальному складає 45 годин. Підсумкове оцінювання є однаковим і полягає в проведенні диференціальних заліків після перших двох-трьох семестрів навчання та екзамену в кінці останнього семестру вивчення даної дисципліни.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Професіографічний та освітній моніторинг, а також порівняльний аналіз компетенцій в стоматології за спеціальністю «Ортодонтія» виявив невідповідність навчальних програм українських медичних вузів програмам європейських університетів, що пов'язано з розбіжностями в розподілі кредитів та годин даної дисципліни. Для уніфікації навчальних програм та підвищення якості освіти студентів стоматологічного факультету Ужгородського національного університету рекомендовано відкоригувати розподіл годин навчальних робочих програм з дисципліни «Ортодонтія». Для оптимізації начального процесу необхідно зменшити кількість годин, відведених на самостійну роботу студента, та збільшити відсоток проведення практичних занять у клінічних класах. Виділення годин для проходження виробничої практики за спеціальністю «Ортодонтія» дало б можливість закріпити теоретичні знання та підвищити рівень мануальних навичок студентів.



РЕГРЕСІЙНІ МОДЕЛІ КТ-РОЗМІРІВ ВЕЛИКИХ КУТНІХ ЗУБІВ У ЧОЛОВІКІВ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ КЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

Коцюра О. О.

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

Актуальність. Результати кефалометричних та одонтометричних методів дослідження широко використовуються в різних галузях науки: в першу чергу використовується в антропології для прослідковування ходу еволюції людини, також активно використовуються в дослідженнях направлених на пошук і визначення групової (зокрема регіональної та етнічної) мінливості (Feldens C. A. et al., 2014; Lombardo L., Coppola P., Siciliani G., 2015; Kalyani K. R. et al., 2016; Ismail K. et al., 2017).

Мета роботи – побудувати регресійні моделі КТ-розмірів великих кутніх зубів (ВКЗ) в залежності від особливостей кефалометричних показників практично здорових чоловіків центрального регіону України.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено комп'ютерно-томографічне дослідження ВКЗ 64 мешканців центрального адміністративно-територіального регіону України (представники Вінницької, Черкаської, Кіровоградської, Полтавської та Дніпропетровської областей) із проведенням одонтометрії та кефалометрії. Побудову регресійних моделей індивідуальних лінійних розмірів ВКЗ залежно від кефалометричних показників, проводили за допомогою ліцензійного статистичного програмного пакета "Statistica 6.1".



Результати дослідження. В результаті досліджень із 40 можливих побудовані лише 2 достовірні моделі КТ-розмірів ВКЗ із коефіцієнтом детермінації більшим 0,5:

присінково-язиковий розмір коронки нижнього лівого першого ВКЗ =
 $13,75 - 0,203 \times TR_GN - 0,636 \times N_SN + 0,649 \times N_PRN + 0,193 \times N_STO$
($R^2=0,613$; $F_{(4,59)}=23,37$; $p<0,001$ Std.Error of estimate: 0,683),

мезіо-дистальний розмір коронки нижнього правого першого ВКЗ =
 $17,01 + 0,424 \times EU_EU - 0,299 \times DUG_GOP - 2,066 \times MF_MF + 1,193 \times CHI_CHI$
 $+ 0,218 \times DUG_AUAU - 0,298 \times N_STO + 0,289 \times N_GN - 0,508 \times EK_EK$
($R^2=0,648$; $F_{(8,55)}=12,63$; $p<0,001$ Std.Error of estimate: 0,765),

де, R^2 – коефіцієнт детермінації; $F_{(!,!!)}=!,!!$ – критичне $(!,!!)$ та розрахункове $(!,!!)$ значення критерію Вішера; St. Error of estimate – стандартна помилка оцінки; TR_GN – фізіологічна довжина обличчя, це відстань від тріхіона (лінія росту волосся) до гнатіон (см); N_SN – висота носа, це відстань між верхньоносовою і підносовою точками (см); N_PRN – довжина носа, це відстань між назіон та проназіон (см); N_STO – висота верхньої частини обличчя, це відстань від носової до ротової точок (см); EU_EU – найбільша ширина голови (потиличний діаметр) (см); DUG_GOP – найбільший обхват голови через надперенісся (глабелла) та ініон (см); MF_MF – міжочноямкова ширина (передня міжорбітальна ширина), це прямолінійна відстань між внутрішніми кутами очних ямок (см); CHI_CHI – ширина ротової щілини (см); DUG_AUAU – поперечна дуга, що вимірюється стрічкою від правої козелкової точки до лівої (см); N_GN – морфологічна довжина обличчя, це пряма відстань від назіон до гнатіон (см); EK_EK – зовнішньоочна ширина (біорбітальна ширина), це прямий розмір між зовнішніми кутами очних щілин (см).

Необхідно відмітити, що у практично здорових чоловіків центрального регіону України регресійні моделі КТ-розмірів малих кутніх зубів в



залежності від особливостей кефалометричних показників із коефіцієнтом детермінації більшим 0,5 взагалі не були побудовані (Орловський В. О., Шінкарук-Диковицька М. М., Гунас І. В., 2018). Для практичного використання результатів моделювання нами планується розробити комп'ютерну програму, яка дозволить лікарю-ортодону швидко і якісно вираховувати індивідуальні нормативні КТ-розміри ВКЗ в залежності від особливостей кефалометричних показників.

ВИКОРИСТАННЯ КСЕНОГЕННИХ ТКАНИН В СТОМАТОЛОГІЇ

Краснокутський О.А, Гуда Н.В., Чарківський Т.Ю.

Тернопільський національний медичний університет

ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Загальновідомо, що золотим стандартом в лікуванні ран являються тканинні біологічні замітники. Це алотрансплантати, ксеноімпланти, оболонки плаценти, тощо.

На сьогодні при лікуванні ран різного генезу широко використовують ксеногенні тканини, особливо ксенодермоімпланти із тканин свині, Застосування вказаного біологічного покриття дозволило суттєво зменшити частоту ускладнень у процесі лікування ран, скоротити тривалість лікування та смертність важких опікових хворих.

Технологічний процес виготовлення кріоліофілізованих ксеноімплантів полягає у заготовленні ксеноклаптів тканин свині (дерми, перикарда, очеревини) після її забою, кріоконсервуванні в рідкому азоті, ліофілізації у сублімаційній камері. Після ліофілізації ксеноклапті пакують, стерилізують радіаційним методом і зберігають у сухому приміщенні при



температурі до 25°C. Термін придатності ліофілізованих ксенодермоімплантатів становить до 3 років.

В останні роки проведені дослідження можливостей використання ксеногенних тканин в стоматологічній практиці. Досліджено ксеноімплантати дерми, перикарда, очеревини що призначені як пластичний матеріал для тимчасового закриття ранових дефектів (шкіри, слизових оболонок, тощо), ізолюючих мембран, що імплантуються людині, заміщення дефектів тканин і їх укріплення.

Проведені доклінічні та клінічні дослідження. Експериментально на свинях вивчено терміни розсмоктування ксеногенних тканин: дермального шару шкіри, очеревини, перикарда при підшкірному, підфасціальному і підм'язевому введенні ксеноімплантата в залежності від його товщини. Досліджено амінокислотний, мікроелементний склад, наявність біологічно активних речовин (факторів росту) у кріоліофілізованих ксенотканинах.

Визначення якісно-кількісного мікроелементного і амінокислотного складу ксеносубстратів показало наявність таких амінокислот, як аргінін, валін, гістидин, ізолейцин, лейцин, лізин, треонін, фенілаланін та інші, що надає можливість зробити певне уявлення про біологічну активність даних субстратів як органопрепаратів з поліпотентними можливостями.

Високому окисно-відновному потенціалу ксеносубстрату, пов'язаному із вмістом амінокислот, окиснювальних ферментів (пероксидаза, цитохромоксидаза), інших біологічно активних речовин, зокрема кислих мукополісахаридів (гіалуронова і хондроїтинсірчана кислоти та гепарин) сприяє наявність значної кількості в субстраті мікроелементів. Саме широкий за спектром вміст мікроелементів, наприклад, таких як мідь, цинк, срібло, кальцій, залізо та ін., забезпечують багатовекторну біологічну активність ксеносубстратів.



Отже, наведені дані щодо вмісту мікроелементів, амінокислот та факторів росту у кріоліофілізованому ксеноімплантаті створюють умови високого пластичного, метаболічного і окисно-відновного потенціалу та можуть бути використані для корекції тканинної регенерації в стоматології.

РОЛЬ ПОРУШЕНЬ КЛІНІКО-ТЕХНОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ В ЕФЕКТИВНОСТІ ПОВНОГО ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

Кривчук О. А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія

Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

Актуальність теми пов'язана зі значною потребою населення України в повному знімному протезуванні, яка серед осіб віком 40 років і більше складає близько 15%, а після 60 років зростає до 25% (Неспрядько В. П. та співавт., 2013). Одночасно ефективність даного виду стоматологічної допомоги залишається недостатньою, в зв'язку з чим проблемні питання забезпечення якості повних знімних протезів набувають свого подальшого розвитку.

Мета представленою дослідження – вивчити роль порушень клініко-технологічного процесу, що призводять до негативних наслідків повного знімного протезування.

Матеріали та методи дослідження. В рамках роботи обстежено 114 хворих з повною відсутністю зубів, середнього та похилого віку (60-82 роки), які звернулись на кафедру зі скаргами на неможливість користування виготовленими повними знімними протезами з жорсткими базисами у найближчий термін спостереження (через 1-6 місяців після їх здачі). Обстеження пацієнтів включало збір скарг і анамнезу та клінічне



дослідження за традиційною схемою. Оцінку відповідності базисів повних знімних протезів тканинам протезного ложа здійснювали за допомогою «силіконового тесту».

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було встановлено, що у 100% випадків скарги хворих про неможливість користування протезами мали об'єктивне підґрунтя. Стійкість виготовлених повних знімних протезів лише у 18,4 % відповідала першому рівню, тоді як у 30,7 % – другому, решта 50,9 % – третьому (незадовільному).

У більшості випадків (96 хворих, які склали 84,2 % від загальної кількості) причинами недостатньої фіксації протезів стали не стільки анатомо-топографічні передумови, скільки недоліки клініко-технологічного процесу їх виготовлення. Найбільш поширеною причиною, що призвела до неможливості користування протезами, слід назвати нещільне прилягання їхніх базисів до протезного ложа (застосування «силіконової проби» дозволило виявити його у 61,4% спостережень). У таких хворих спостерігалось балансування протезів, а також неможливість їх фіксації навіть у стані спокою. Причини виникнення даного недоліку могли бути пов'язані як з неякісним отриманням відбитків, так і порушеннями технології пластмаси на етапі формування.

У 9,6% випадків нами спостерігалось необґрунтоване скорочення меж протезів та, відповідно, неможливість фіксації протеза за рахунок функціонального присмокування.

У 9,6% хворих при огляді протезів в порожнині рота встановлено порушення правил постановки штучних зубів, а також відсутність множинних контактів в динамічній оклюзії.

Також у 3,5% випадків нами зареєстровані випадки порушення технології пластмас, що полягали у недбалій кінцевій обробці протезів, наявності шорсткості та пористості пластмаси.



Комбінацію декількох можливих причин незадовільних результатів протезування спостерігали у 27,2 % хворих.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Неможливість користування повними знімними протезами в більшості випадків пов'язана з недоліками клініко-технологічного процесу, зокрема їхнім нещільним приляганням до тканин протезного ложа, що вказує на необхідність подальшого пошуку шляхів вдосконалення технологічного процесу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Лещук С.Є.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. Відомо, що ротова рідина є важливим біологічним середовищем, її хімічні та фізичні властивості впливають на стан зубів та слизової оболонки ротової порожнини. Серед чинників ризику виникнення карієсу зубів вагоме місце належить зміні складу і властивостей ротової рідини.

Серед соматичної патології, що суттєво впливає на виникнення карієсу зубів є бронхіальна астма, яка супроводжується зміною ряду імунологічних та патофізіологічних параметрів організму і є найбільш поширеним алергічним захворюванням дитячого віку. Лікування бронхіальної астми передбачає пероральне застосування β_2 -адреноблокаторів та інгаляційних глюкокортикостероїдів, що впливає на фізичні властивості ротової рідини, а саме на швидкість слиновиділення, в'язкість слини, рН та ін.



Таким чином, подальші дослідження фізичних властивостей ротової рідини у дітей на тлі бронхіальної астми є актуальним.

Мета дослідження: концентрацію іонів водню (рН), буферну ємність та в'язкість ротової рідини у дітей з бронхіальною астмою .

Матеріали та методи дослідження. З метою вивчення ураженості карієсом постійних зубів у дітей з бронхіальною астмою клінічно обстежено 70 дітей віком 7, 12 та 15 років. Для вивчення концентрації іонів водню (рН) буферної ємності та в'язкості ми здійснили дослідження ротової рідини за допомогою наборів тест-системи Saliva Check (GC). Для порівняння результатів дослідили ротову рідину 72 дітей того ж віку без ознак загальносоматичної патології. Результати оброблені статистично з використанням критерію Фішера.

Результати досліджень та їх обговорення. Виявлено, що рН ротової рідини, в середньому, є нижчим у дітей з бронхіальною астмою у порівнянні з практично здоровими дітьми ($6,49 \pm 0,10$ та $7,09 \pm 0,10$ відповідно, $p < 0,05$).

У результаті вивчення рівня буферної ємності ротової рідини у дітей на тлі бронхіальної астми виявлено зміни, відповідні до змін водневого показника. Отже, у дітей основної групи буферна ємність ротової рідини, становить, в середньому, $5,89 \pm 0,19$ проти $6,98 \pm 0,12$ у дітей контрольної групи ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що підвищення в'язкості ротової рідини спостерігається у ($50,00 \pm 3,98\%$) дітей з бронхіальною астмою у той час, як серед дітей контрольної групи кількість дітей з підвищеною в'язкістю ротової рідини є значно меншою і становить усього $18,29 \pm 2,66\%$ ($p < 0,05$). Слід відмітити також більшу кількість дітей основної групи, у яких спостерігали значно підвищену в'язкість ротової рідини ($24,29 \pm 2,13\%$) у порівнянні з дітьми контрольної групи ($9,49 \pm 1,39\%$ дітей відповідно, $p < 0,05$). Натомість, кількість дітей основної групи з нормальною в'язкістю



ротової рідини є більш, ніж удвічі меншою, ніж серед дітей без ознак загальносоматичної патології ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отримані результати дослідження свідчать про наявність карієсогенної ситуації в ротовій порожнині у дітей з бронхіальною астмою внаслідок зниження рН та буферної ємності а також підвищення в'язкості ротової рідини. Це дозволить нам своєчасно враховувати несприятливі зміни фізичних параметрів ротової рідини при розпрацюванні індивідуальних програм профілактики карієсу зубів у даної групи пацієнтів.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА МЕТОДИКИ КОРОНЕКТОМІЇ У СКЛАДНИХ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКАХ ПРИ АТИПОВОМУ ВИДАЛЕННІ ЗУБІВ

Лисенко О.С., Мірошніченко А.О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,

Інститут післядипломної освіти, м. Київ, Україна

Актуальність. Останнім часом підходи до видалення ретинованих нижніх третіх молярів зазнали численних модифікацій і технічних змін. Застосування п'єзохірургічного устаткування і різноманітних спеціалізованих фрез швидкого обертання з охолодженням уже дозволяють значно знизити частоту післяопераційних ускладнень, до яких, поряд із сенсорними ускладненнями, слід віднести некроз кісткової тканини, через значний термічний вплив, післяопераційний набряк, післяопераційні кровотечі і переломи нижньощелепної кістки тощо. Проте, згідно з попередніми дослідженнями встановлено, що при видаленні ретинованих третіх молярів, особливо у складних клінічних випадках ретенції, навіть, за цих високотехнологічних підходів спостерігаються до 17-28% різноманітні



ятрогенні ураження від невропраксії до невротмезису нижньоальвеолярного нерву та його гілок. Одним із методів профілактики у таких випадках є описаний у літературі метод коронектомії зі збереженням коренів зубів, що щільно прилягають до анатомічно важливих ділянок, при атиповому видаленні третіх молярів нижньої щелепи. Методом вибору коронектомія може слугувати при різноманітних аномаліях будови коренів ретинованих зубів (ділацерація, флексія, конкреценція, фузія, гіперцементоз), наявності додаткових коренів – трьох, чотирьох, іноді багатокореневі зуби, інтимному приляганні коренів до структур нижньощелепного каналу. Важливим фактором є відсутність запальних змін парадентальної кісткової тканини (парадентальних абсцесів, різних перикоронаритів, ретромолярних кіст) при застосуванні такої техніки.

Мета дослідження: оцінити частоту розвитку ятрогенних сенсорних ускладнень видалення ретинованих нижніх третіх молярів та клінічну ефективність методу коронектомії при атиповому видаленні у складних клінічних випадках.

Матеріали і методи. Ретроспективна оцінка частоти виникнення ускладнень атипового видалення ретинованих третіх молярів нижньої щелепи у складних клінічних випадках проводилась на архівному матеріалі 120 амбулаторних карт Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця. Клінічне спостереження виконано на 15 пацієнтах (8 жінок і 7 чоловіків, віком 25-35 років), яким за ортодотичними показаннями проведено видалення ретинованих нижніх третіх молярів з подальшим спостереженням протягом 4 місяців. Оцінку топографії ретинованих зубів здійснювали за допомогою попереднього КТ-дослідження. Критерієм залучення пацієнтів у дослідження було наявність ретинованих зубів 2-3 класу В-С рівнів (за класифікацією G.J. Pell, G.T. Gregory, 1933) з приляганням коренів до нижньощелепного каналу. Оперативне втручання



атипового видалення зубів проведено під місцевим провідниковим знеболенням із застосуванням методики коронектомії при мінімальній остеотомії за допомогою хірургічних фрез типу Ліндеманн, адекватним охолодженням з подальшою антисептичною обробкою рани та накладанням первинних швів монофіламентом. Усім пацієнтам призначено курс протизапальної та симптоматичної терапії за загальноприйнятими протоколами. Шви вилучали на 7-10 добу. У ранньому післяопераційному періоді оцінювали критерії сенсорного ураження нижньощелепного нерву (анестезія, гіпестезія, парастезія), больовий синдром, вираженість післяопераційного набряку. Через 4 місяці проводили рентгенологічний контроль відновлення кісткової тканини та стану периапікальних тканин коренів зубів на повторних КТ знімках.

Результати дослідження. Проведене ретроспективне дослідження підтвердило наявність частоти ускладнень атипового видалення ретинованих третіх нижніх молярів у межах 14 % серед усіх клінічних випадків протягом 2015-2018 років. Серед них переважали ускладнення інфекційного характеру – 74,2 %, сенсорні розлади – 16,2 %, інші ускладнення – 9,6 %. Серед аномалій коренів таких зубів: додаткові корені спостерігались у 30 % клінічних випадків, гіперцементоз апексів зубів – 17 %, конкреценція коренів – 37 %, інші аномалії – 11 %. Визначено що, частота зазначених ускладнень прямо корелюється з глибиною залягання в кістковій тканині ретинованих зубів, дефіцитом місця у ретромоларній ділянці (за класифікацією Pell-Gregory) й приляганням до нижньощелепного каналу.

Видаленні зуби не мали каріозного ураження або їх наслідків. Клінічне спостереження у ранньому та пізньому післяопераційному періоді продемонструвало відсутність сенсорних розладів нижньоальвеолярного нерву у всіх клінічних випадках. Післяопераційний набряк був не



вираженим і повністю зникав на 4 добу у 75 % клінічних випадків. Больовий синдром визначено лише у 2 випадках (13,3 %), що купувався симптоматичною терапією. Загоєння післяопераційної рани у більшості випадків було вторинним (78,5 %). Випадків інфекційних ускладнень протягом усього періоду спостереження не виявлено. На контрольних КТ-знімках через 4 місяці після хірургічного лікування загоєння кісткової тканини у всіх випадках було задовільне та адекватне термінам спостереження, жодних периапікальних змін залишених коренів не визначалось.

Висновок. Застосування коронектомії при атиповому видаленні нижніх третіх молярів у складних клінічних випадках (глибоке залягання над рівнем кісткової тканини, дефіцит місця, близьке розташування нижньощелепного каналу) є методом вибору при хірургічному лікуванні пацієнтів. Методика особливо показана за випадків ортодонтичної курації хворих й відсутності місцевих запальних явищ парадентальних тканин. Згідно, ретроспективного аналізу, допомагає полегшити перебіг післяопераційного періоду, елімінувати вірогідні сенсорні розлади, знизити травматичність оперативного втручання та інші ускладнення. Рентгенологічне спостереження не продемонструвало жодних ризиків у загоєнні кісткової рани при збереженні коренів таких зубів.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ ТА ЧИСТИХ ОПЕРАЦІЙНИХ РАН НА РІЗНИХ ЕТАПАХ УТВОРЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ

Локес К.П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна



Формування рубцевозміненої тканини є складним патофізіологічний процесом репаративної регенерації на місці запалення, що виникає внаслідок ушкодження шкірних покривів.

Процес загоєння рани та рубцеутворення є суто індивідуальним та підлягає впливу різноманітних ендо- та екзогенних факторів. Особливості регенерації шкіри людини та механізм її розтягнення є недостатньо вивченими і не повністю зрозумілими. Одним із вагомих чинників, який впливає на процес формування рубцевозміненої тканини є механізм загоєння рани первинним або вторинним натягом. Також вагому роль в даному процесі має локалізація пошкодження цілісності м'яких тканин.

За даними щелепно-лицевого відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського клінічна оцінка стану рубцевої тканини після проведення чистих оперативних втручань мала вірогідно більш позитивну динаміку на 1, 3 та 6 місяць після операції, на відміну від пацієнтів, яким було проведено накладання вторинних швів при лікуванні флегмон щелепно-лицевої локалізації. Для клінічної оцінки була використана стандартизована схема оцінки якості рубцевозмінених тканин, яка включала наступні параметри: П1 – тип рубця; П2 – консистенція рубця; П3 – колір рубця; П4 – чутливість рубця; П5 – площа рубця.

Згідно аналізу даних клінічних проявів формування рубцевозміненої тканини у пацієнтів 1 групи (після чистих оперативних втручань) зменшена наявність скарг, прискорені строки епітелізації рани та покращення їх зовнішнього вигляду на відміну від пацієнтів 2 групи (після лікування гнійних ран щелепно-лицевої ділянки).

ЗМІНА ПЛАНУ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ЗАМІНИ КОРОНОК І МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ





Маланяк Б.Р.¹, Кордіяк А.Ю.², Сидорук І.М.²

¹Львівський медичний інститут

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Актуальність. Порівняльний аналіз причин та проявів ускладнень при застосуванні незнімних зубних протезів є предметом досліджень у продовж багатьох років (S. Palmqvist, B.Swartz, 1993; C.J. Goodacre et al., 2003). Окрему увагу приділяють якості ендодонтичного лікування опорних зубів та стану приверхівкових тканин (Н.М. Дидик 2015; В. Gumru et al., 2015). Окремі дослідники зазначають, що ендо-парадонтальний статус є одним з визначальних чинників сукупного успіху ортопедичного лікування (E. Lindquist, S. Karlsson 1998; J. Chai et al., 2005). У той же час, описані певні ускладнення, які можуть трапитися безпосередньо під час зняття зубних протезів (Р.М. Хопта, З.Р. Ожоган 2010) та у віддаленні терміни користування (Я. В. Заблоцький, 2002; А. Н. Ряховский 2005; В.Е. Pjetursson et al., 2007). Окрім того, важливе практичне значення має правильний вибір плану подальшого лікування при необхідності зміни типу ортопедичної конструкції, що й зумовило актуальність даного дослідження.

Мета роботи – з'ясувати причини появи і роль дистально необмежених беззубих ділянок у виборі плану лікування при заміні неякісних коронок та мостоподібних протезів.

Матеріали і методи дослідження. Після амбулаторного обстеження 76 пацієнтів – 42 (55,3%) жінок віком 35-69 років і 34 чоловіків (44,7%) віком 40-81 рік – при застосуванні цифрової прицільної рентгенографії (Heliodent Plus – Sirona, Німеччина) і ортопантомографії (Rotograph-D – VSM, Італія), визначили покази до заміни неякісних незнімних зубних протезів. У картах обстеження відобразили дентальний і ендо-



пародонтальний статус для вибору плану подальшого раціонального протезування зубів.

Результати дослідження та їх обговорення. Провели оцінку якості незнімних конструкцій – 771 (67,1%) коронок і 378 (32,9%) зубів фасеткових, разом – 1149 зубопротезних одиниць. Серед коронок 355 (46,0%) були литими, а 416 (54,0%) штампованими.

Заміна зубних протезів супроводжувалася втратою опорних зубів у 69 осіб. Так, зі 184 (23,9%) нелікованих зубів, покритих коронками, 131 були збереженими, 53 – зруйнованими, а серед 587 (76,1%) девіталізованих зубів, відповідно – 440 і 147. Причинами незадовільної якості реставрацій, окрім руйнування опорних зубів, були дефекти конструкцій і порушення фіксації.

У 29 пацієнтів (13 жінок і 16 чоловіків) після зняття коронок та/або мостоподібних протезів з'явилися 43 беззубі ділянки без дистальної опори (22 на верхній і 21 на нижній щелепі) серед них 23 (79,3%) однобічних і 6 (20,7%) двобічних. Поінформовану згоду на відновлення зубних рядів незнімними протезами з опорою на остеоінтегровані імплантати дали 12 пацієнтів, а 17-м запланували виготовлення дугових протезів з різними елементами фіксації.

Висновок. Необхідність зміни конструкцій, спричинена втратою опорних зубів, свідчить про недоліки при підготовці до протезування, адже лише спільні зусилля стоматологів різної спеціалізації можуть забезпечити задовільний рівень реставрації зубних рядів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з опрацюванням та впровадженням методики контролювання змін зубо-щелепної системи у пацієнтів з різними видами реставрацій.



СТАН ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ПОКАЗНИКИ БІОФІЗИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ У РІЗНІ ТЕРМІНИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Одуд М.П., Беляєв Е.В.

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

Актуальність. Відомо, що ступінь впливу знімних конструкцій зубних протезів на гігієнічну ситуацію є однією із складових їх клінічної ефективності.

Мета роботи- дослідити показники рН ротової рідини та стан гігієни порожнини рота при використанні часткових знімних пластинкових протезів виготовлених з акрилових і термопластичних пластмас при різних термінах користування.

Матеріали і методи дослідження. Нами було обстежено 92 пацієнтів віком 36-60 років, що мають часткові дефекти зубного ряду верхньої або нижньої щелеп та користуються частковими знімними пластинковими протезами з базисами з термопластичних і акрилових пластмас. Оцінку гігієнічного стану ротової порожнини проводили за допомогою спрощеного індексу Green-Vermilion – ОНІ-S (1964). Визначення рН ротової рідини здійснювали за допомогою рН-метра мілівольтметра рН-150 М у цифровій формі застосовуючи вимірювальний перетворювач та набір скляних комбінованих електродів ЭСК-1, ЭСК-10301, ЭСК-10302.

Результати дослідження. Слід відмітити, що рівень гігієни порожнини рота обстежуваних пацієнтів з частковою втратою зубів без корекції, до лікування і в процесі користування акриловими та



термопластичними ЧЗПП оцінений як задовільний та показники статистично не відрізнялися між собою ($p > 0,05$). Проте порівняння сумарного індексу ONI-S у пацієнтів, що користуються ЧЗПП з акриловими та термопластичними базисами протягом 6 місяців, виявлено достовірне погіршення показників відносно початкового рівня (відповідно: на 27,9% та 13,9 %, $p < 0,05$).

Застосування ЧЗПП з термопластичними базисами протягом року при дотриманні правил нагляду за протезами та корекції індивідуальної гігієни порожнини рота сприяло вірогідному її покращенню і досягненню середньо- статистичних значень до лікування ($p > 0,05$). Разом з тим, незважаючи на аналогічні умови спостереження у пацієнтів з акриловими ЧЗПП, показники індексу Green—Vermillion не досягли вихідного рівня і розбіжність їх значень була статистично достовірною ($p < 0,05$). А при порівнянні індексу ONI-S між двома групами через один рік користування протезами встановлена значима різниця показника ($p < 0,05$).

Аналіз основного показника гомеостазу порожнини рота – рН виявив, що концентрація іонів водню при початковому обстеженні основних груп хворих знаходились у межах норми та достовірно не відрізнялись від групи пацієнтів, які не отримували ортопедичне лікування ($p > 0,05$). Через пів року і рік спостереження реакція ротової рідини у пацієнтів що користуються ЧЗПП з термопластичними базисами залишається нейтральною. Примітно, що середньостатистичні значення вказаного показника у даної групи хворих суттєво покращились, особливо через рік користування протезами та істотно відрізнялись від вихідного рівня ($p < 0,05$) та групи пацієнтів з акриловими ЧЗПП ($p < 0,05$). На противагу пацієнтів зазначеної групи аналогічні показники у хворих, що користуються ЧЗПП з акриловими базисами, вказували на зсув кислотно-лужного балансу порожнини рота в сторону ацидозу.



Висновок. Отриманні дані свідчать про більш виражений негативний вплив акрилових базисів ЧЗПП на гігієнічний стан порожнини рота та рН ротової рідини, ніж термопластичних. Можна припустити, що такі зміни можуть призвести до ускладнень при довготривалому лікуванні даними протезами.

ВМІСТ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ В КРОВІ ТВАРИН ЗА УМОВ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ

Олекшій П.В.

ТзОВ «Львівський медичний інститут», м. Львів, Україна

Актуальність. Серед стоматологічних патологій пародонтит займає велику питому вагу. Згідно з численними епідеміологічними дослідженнями, поширеність пародонтиту в залежності від регіону та віку обстежених сягає від 40 до 100% і має тенденцію до росту. Встановлено, що важливе значення для розвитку пародонтиту мають порушення мікроциркуляції, дисбаланс імунної системи, зміни процесів перекисного окиснення ліпідів тощо. Відомо, що за умов формування будь-якого запального процесу виникає ендогенна інтоксикація, яка посилює його перебіг та сприяє розвитку різних ускладнень. Тому вивчення окремих ланок патогенезу розвитку пародонтиту має важливе значення для обґрунтованого подальшого патогенетичного лікування і є звичайно актуальним дослідженням.

Метою нашого дослідження було з'ясувати особливості змін концентрації молекул середньої маси (МСМ) в крові у динаміці розвитку експериментального пародонтиту (ЕП).



Матеріали і методи дослідження. Були проведені дослідження на 37 морських свинках (самцях) масою тіла 0,23-0,25 кг, які розподіляли на 4 групи. Перша – 10 інтактних тварин (контроль). Друга, третя і четверта групи (по 9 у кожній) – морські свинки з ЕП відповідно на 3-ю, 5-у і 15-у доби експерименту. Даний експеримент був проведений згідно з принципами біоетики відповідно до положення Європейської конвенції щодо захисту хребетних тварин, яких використовують в експериментальних та інших наукових цілях (Страсбург, 1986), Директиви Ради Європи 86/609/ЕЕС (1986), Закону України № 3447-IV « Про захист тварин від жорстокого поводження». Тварин виводили з експерименту на 3-ю, 5-у і 15-у доби розвитку ЕП під впливом наркозу за допомогою внутрішньочеревинного введення тіопенталу натрію з розрахунку 40 мг/кг маси тіла і забирали кров для визначення МСМ. Зазначені вище терміни дослідження відповідали стадіям типового запального процесу (розвиток, розпал і стадія реконвалесценції). ЕП відтворювали за методом Ожоган З.Р (1996). МСМ₂₅₄ і МСМ₂₈₀ визначили в крові тварин за методом Волчегорського І.А., Дятлової Д.А., Львовської Е.І. (1996). Усі числові результати піддавали статистичному опрацюванню з використанням методу Стьюдента.

Результати дослідження. Результати біохімічних досліджень показали, що на 3-ю і 5-у доби розвитку НП відбувалося поступове зростання вмісту МСМ₂₅₄ в крові відповідно на 17,0% ($p < 0,05$) і 21,5% ($p < 0,05$), а в найпізніший термін нашого спостереження (15-а доба) було виявлено максимальне підвищення зазначеного показника на 24,8% ($p < 0,05$) в порівнянні з контролем. Також нами встановлено аналогічний напрям змін МСМ₂₈₀ в крові при ЕП. Так на 3-ю, 5-у і 15-у доби розвитку ЕП спостерігалось зростання цього маркера відповідно на 20,4% ($p < 0,05$), 23,2% ($p < 0,05$) і 28,2% ($p < 0,05$) проти інтактної групи тварин.



Висновок. Отже, на основі проведених нами досліджень можна зробити висновок про те, що експериментальний пародонтит супроводжується послідовним наростанням процесів ендогенної інтоксикації, які були найбільше виражені на 15-у добу експерименту.

Планується і надалі проводити експериментальні дослідження, які будуть стосуватися не тільки змін метаболічних і імунних порушень при ЕП але в поєднанні з іммобілізаційним стресом до та після застосування обґрунтованої патогенетичної терапії.

АЛГОРИТМ ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРОГО ДО ВІДКРИТОГО СИНУС-ЛІФТИНГУ

Пантус А.В.

Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

Основним методом усунення атрофії кісткової тканини в бічних відділах верхньої щелепи (ВЩ), що ускладнює проведення дентальної імплантації, як і раніше залишається синус-ліфтинг. Сучасні методи реконструктивної хірургії як спосіб збільшення об'єму кісткової тканини альвеолярних відростків (АВ) ВЩ все частіше застосовуються в клінічній практиці, але поки не витісняють число проведених операцій субантральної аугментації. У зв'язку з цим, профілактика післяопераційних ускладнень синус-ліфтингу є актуальною проблемою в стоматології.

Нами був розроблений алгоритм оптимізації підготовки хворого до відкритого синус-ліфтингу, який полягав в наступному. На першому етапі перед синус-ліфтингом в комплекс доопераційного обстеження пацієнтів з атрофією АВ ВЩ і дефектами зубних рядів необхідно включити



комп'ютерну томографію ВЩ з включенням остіомеатального комплексу з покрововими зрізами 2 мм в коронарній і сагітальній проекціях придаткових пазух носа, а також ендоскопічну риноскопію. Після попередньої консультації з ЛОР-ом і діагностики патології порожнини носа і навколососових пазух хворих слід розділити на кілька категорій.

Перша категорія: при відсутності патології порожнини носа і придаткових пазух, а також при хронічному катаральному верхньощелепному синуситі і гідроцеле, які заповнюють до 1/3 обсягу пазухи, хронічному пристінково-гіперпластичному верхньощелепному синуситі, потовщенні мембрани Шнайдера до 5 мм відкритий синус-ліфтинг можна здійснювати невідкладно. *2-а категорія* пацієнтів: при консервативному лікуванні ЛОР-ом набряку слизової оболонки в області внаслідок інфекційного і алергічного риніту, хронічного катарального верхньощелепного синуситі відкритий синус-ліфтинг слід проводити через 2-4 тижні після закінчення амбулаторного лікування. *3-я категорія:* пацієнтам із атрофією АВ ВЩ і дефектами зубних рядів і патологією порожнини носа і принососових пазух відкритий синус-ліфтинг слід проводити через 1,5-2 місяці після функціональної ендоскопічної риносинусохірургії. *4-а категорія:* пацієнти з абсолютним протипоказанням до виконання відкритого синус-ліфтингу, а саме відкрита гайморотомія в анамнезі, гострий гнійний синусит.

Алгоритм проведення КТ-дослідження перед синус-ліфтингом також має етапність:

1. Оцінка наявності або відсутності патологічних змін в носовій порожнині.
2. Тип будови верхньощелепної пазухи - пневматичний, склеротичний, її розмір - гіпертрофія, гіпоплазія.



3. Патологічні зміни в ВЩП - перегородки, остеофіти, фіброз, гіперостоз, кісти, поліпи, потовщення слизової оболонки, псевдокісти, об'єм і характер ексудату, чужорідні тіла.

4. Патологічні зміни в області клиновидних пазух і решітчастих лабіринтів.

Розроблений алгоритм оптимізації підготовки хворого до відкритого синус-ліфтингу з метою профілактики операційних і післяопераційних ризиків був апробований у 38 хворих.

В результаті було доведено, що клінічна ефективність проведення відкритого синус-ліфтингу при оптимізації обстеження і підготовки хворого зростає: були відсутні перфорація слизової дна ВЩ синуса і післяопераційний гнійний синусит, зменшилася тривалість набрякового синдрому, відзначалося достовірне зниження сумарної бальної оцінки ендоскопічної картини в області остіомеатального отвора за рахунок менш вираженої інтенсивності виділень з синуса і набрякового синдрому.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕЙРОПРОТЕКТОРІВ
ЗА ДИНАМІКОЮ АКТИВНОСТІ НЕЙРОМАРКЕРІВ У РІЗНІ
ПЕРІОДИ ТЕРАПІЇ ЯТРОГЕННОГО КОМПРЕСІЙНО-
ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО
НЕРВА ПЛОМБУВАЛЬНИМИ МАТЕРІАЛАМИ («FOREDENT» ТА
«АН-PLUS») В ЕКСПИРЕМЕНТІ**

Погоріла А. В., Шінкарук-Диковицька М. М.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м.

Вінниця, Україна





Актуальність. Виведення матеріалу за верхівку кореня зуба констатується у 12,6 % випадків, а у 37,0 % пацієнтів дане ускладнення має місце при пломбуванні каналів багатокореневих зубів [Весова Е. П., 2014; Борисенко А. В., 2015; Арутюнов А.В., Єлізаров А.В., Копилова І.А., Аванесян Р.А. 2018; Походенько-Чудакова І.О. 2013; Весова Е. П., 2014; Кононова О.В. 2014]. Останніми роками, поява на вітчизняному фармацевтичному ринку великої кількості нових метаболітотропних лікарських засобів, могла б сприяти покращенню результатів терапії ятрогенного компресійно-токсичного ураження нижнього альвеолярного нерва (ЯКТУ НАН). Однак, досі не розроблено єдиних настанов затверджених МОЗ України, щодо ведення пацієнтів із ЯКТУ НАН із залученням препаратів нейропротекторної спрямованості.

Мета. Провести скринінг нейропротекторної активності церебролізину, тіоктової кислоти, амантадину гідрохлорид та цитидин-5-монофосфат динатрієвої солі при модельному ЯКТУ НАН у кролів за зміною активності нейрон-специфічної енолази (NSE), як критерію деструкції клітин периферичної нервової тканини та титру білка S 100, як маркера пошкодження мієлінової оболонки нерва та активації нейроглії.

Матеріали та методи. Попередньо наркотизованим кролям, відтворювали власне розроблену модель ЯКТУ НАН, шляхом екстрадентального введення досліджуваних пломбувальних матеріалів через трепанаційний отвір в проекції нижнього альвеолярного нерва (патент України № 30029), [Шувалов С.М., Погоріла А.В., 2006]. Досліджувані матеріали - на основі резорцин-формаліну та епоксидних смол («Foredent» та «АН-Plus»). Через годину після моделювання патології здійснювали перше введення досліджуваних препаратів з інтервалом 12 год упродовж 30 днів експерименту: церебролізину («Церебролізин», EVER Neuro Pharma, Австрія) дозою 2 мл/кг в/в, тіоктової кислоти («Берлітрон», Menarini Group



Berlin-Chemie AG, Німеччина) відповідно 30 ОД/кг (1,2 мл/кг) в/в, амантадину гідрохлорид («Неомідантан», Олайнфарма, Латвія), дозою 10 мг/кг в/ш та цитидин-5-динатрієвої солі («Сомазіна» нуклео Ц.М.Ф. форте Ferrer International, S.A., Іспанія) – 1 мл/кг (31,5 мг/кг в/в). Для оцінки величини та ступеня деструкції мієлінової оболонки нервових волокон та нейронів ми використали зміни активності та рівнів нейромаркерів - нейрон-специфічної енолази (NSE) та білка S 100 в сироватці крові, яку забирали з крайової вени вуха. Оцінку процесів нейродеструкції та активації нейроглії проводили в динаміці через 12 годин, 7, 14, 30 діб експерименту. Нейромаркери верифікували методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням наборів NSE ELISA KIT (DAI, США) та S 100 ELISAKIT (Fujirebio Diagnostics Inc., Швеція) на приладі фірми «Hipson» (Чехія). Кількісні дані обробляли за допомогою програми статистичної обробки StatPlus 2009. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Проведене дослідження показало, що всі досліджувані препарати сприяли вірогідному зменшенню активності NSE та титрів білка S 100. Це вказує на наявність у них нейропротекторної активності в умовах даної патології. Досліджувані препарати можна розташувати у наступній послідовності: початковий стан < тіоктова кислота < церебралізін < цитидин-5-монофосфат ЦМФ динатрієвої солі < амантадин гідрохлорид.

Висновок. Таким чином, найбільшу захисну дію продемонстрував амантадин гідрохлорид. Терапевтичне використання в запропонованих дозах сприяє збереженню цілісності нервових волокон та мієлінових оболонок нижнього альвеолярного нерву при даній патології. Отримані дані є підґрунтям для впровадження цього лікарського засобу в практичну стоматологічну практику в якості нейропротектора.



ОСОБЛИВОСТІ ЛІНІЙНИХ ТА КУТОВИХ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ В УКРАЇНСЬКИХ ЮНАКІВ З ОРТОГНАТИЧНИМ ПРИКУСОМ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ ОБЛИЧЧЯ ЗА МЕТОДИКОЮ А. М. SCHWARZ

Прокопенко О. С., Беляєв Е. В.

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

Актуальність. Для проведення корекції зубощелепних деформацій та профілю м'яких тканин обличчя лікарю ортодонту, хірургу необхідно мати чіткі орієнтири нормативних телерентгенографічних показників, притаманних особам різних вікових груп з фізіологічним прикусом. Однією з найбільш розповсюджених та визнаних методик визначення таких показників є аналіз бокових телерентгенограм за методикою А. М. Schwarz. Однак, як вказують дослідження науковців та практиків різних країн, необхідна адаптація результатів, отриманих авторами оригінальних методик до мешканців інших країн, різних етнічних груп, які мають свої особливості будови краніофасіальної зони (Celebi A. A. et al., 2013; Tikku, T. et al., 2014; Антомонов М. Ю., 2018). Актуальність даної проблеми в повній мірі стосується мешканців України різних вікових груп.

Дослідження нормативних показників здоров'я населення України є одним з основних завдань медицини відповідно до Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. №1164-р) та Державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2016-2020 роки, яка затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 148 від



18.02.2016 року.

Мета дослідження: встановити та проаналізувати лінійні та кутові телерентгенографічні показники в українських юнаків з ортогнатичним прикусом та різними типами профілю обличчя за методикою А. М. Schwarz.

Матеріали та методи дослідження. Бокові телерентгенограми були отримані з використанням дентального конусно-променевого томографа Veraviewerocs 3D Morita (Японія). Проаналізовані телерентгенограми 52 юнаків віком від 17 до 21 років з ортогнатичним прикусом за класичною методикою Schwarz А. М. (1960) з різними типами профілю обличчя за А. М. Schwarz. Статистична обробка отриманих результатів проведена в ліцензійному статистичному пакеті "Statistica 6,0" з використанням непараметричних методів оцінки.

Результати дослідження. Встановлені лінійні та кутові показники бокових телерентгенограм в українських юнаків з ортогнатичним прикусом за методикою А. М. Schwarz. Виявлені достовірні відмінності за даними показниками, переважно лінійними, між групами юнаками з різними типами профілю обличчя за А. М. Schwarz. Встановлені особливості даних показників, порівняно з дослідженнями в такому ж напрямку стосовно українських юнаків з ортогнатичним прикусом загалом без розподілу на різні типи профілю обличчя, які проведені іншими авторами (М. О. Дмитрієв з співавт., 2017).

Висновки та перспективи подальших досліджень. За результатами проведених досліджень зроблено висновки про наявність відмінностей за лінійними та кутовими телерентгенографічними показниками в українських юнаків з ортогнатичним прикусом та різними типами обличчя, визначеними за методикою А. М. Schwarz, що обумовлює доцільність урахування типів обличчя для визначення таких нормативних параметрів для мешканців України. Перспективою подальших досліджень в даному напрямку є



визначення таких показників в українських дівчат з ортогнатичним прикусом.

ПОКАЗНИК ТКАНИННОЇ АЛЕРГІЇ ДО КІСТКОВОГО АНТИГЕНУ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Ревич В.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Низька ефективність результатів лікування генералізованого пародонтиту (ГП) значною мірою пояснюється відсутністю чітких уявлень про причинно-наслідкові зв'язки в його патогенезі. Більшість дослідників вважають, що якісна і кількісна зміна орального мікробіому є важливою причиною антигенної мікробної атаки на тканини пародонта, що активізує остеокластичні процеси, порушуючи баланс ремоделювання в бік превалювання остеорезорбції над остеосинтезом. Для ефективного лікування ГП важлива його рання діагностика і визначення тканинної сенсibilізації до кісткового антигену.

Метою даного дослідження було визначення тканинної сенсibilізації до кісткового антигену як індикативного фактору змін в альвеолярному відростку при ГП початкового ступеня.

Матеріал і методи. Дослідження базується на спостереженні 132 хворих (67 жінок і 65 чоловіків) віком 19-35 років з початковим ступенем ГП (основна група), з яких у 72 осіб діагностовано хронічний перебіг, у 60 осіб – загострений перебіг. Порівняльну групу склали 71 хворий у віці 19-35 років, з генералізованим хронічним катаральним гінгівітом (ГХКГ): в



стадії ремісії (29 осіб) і загострення (42 осіб). Контрольну групу склали 30 осіб аналогічного віку без клінічних ознак ураження пародонта.

Інтерпретація клінічних показників оцінювалася за суб'єктивними і об'єктивними ознаками з використанням стандартного пакету пародонтальних індексів запалення та гігієни. Оцінку тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену визначали в реакції гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ).

Результати. Виражений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену при ГП з хронічним перебігом спостерігався у $61,0 \pm 5,72\%$ хворих ($p < 0,01$) і тільки у $31,9 \pm 4,8\%$ обстежених був відмічений помірний ступінь сенсibiliзації до кісткового антигену.

При загостреному перебігу ГП виражена тканинна сенсibiliзація до кісткового антигену відзначена у $80,0 \pm 5,13\%$ ($p < 0,01$) обстежених, що було вірогідно вище, ніж за хронічного перебігу. У 20% хворих на ГП загостреного перебігу відзначений помірний ступінь сенсibiliзації до кісткового антигену.

У хворих порівняльної групи, як в періоді ремісії, так і при загостреному перебігу катарального гінгівіту, а також в контрольній групі, тканинна сенсibiliзація до кісткового антигену не встановлена.

Висновки. Таким чином, виявлений виражений ступінь тканинної сенсibiliзації до кісткового антигену у переважної більшості хворих в періоді початкового ступеню ГП знаходиться в прямій залежності від характеру перебігу і може розглядатися як індикативний патогномонічний фактор у диференціальній діагностиці ГП і генералізованого хронічного катарального гінгівіту.

Виявлена тканинна сенсibiliзація до кісткового антигену у хворих на ГП вже при початковому ступені в перспективі вимагає обов'язкового включення в загальну схему лікування остеотропних препаратів.



ОСОБЛИВОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ КІСТКОВИХ РЕГЕНЕРАТИВ

Рожко М. М., Ступницький І. Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Включені дефекти зубних рядів є найбільш розповсюдженою формою часткової відсутності зубів у хворих, поширеність яких за даними різних авторів сягає від 53% до 84%. У зв'язку з цим проблема відновлення цілісності зубних рядів у пацієнтів з включеними дефектами є актуальною.

Після втрати зубів відбуваються атрофічні процеси у кістковій тканині щелеп, наслідком цього є поява різноманітних клінічних форм і зменшення розмірів коміркової частини щелепи (висота, ширина, структура) у ділянках відсутніх зубів, що ускладнює ортопедичне лікування.

Відновлення кісткових дефектів є однією з пріоритетних та важливих проблем стоматології. Тому, важливим є виповнення кісткового дефекту відповідним пластичним матеріалом різної природи для забезпечення формування якісної кісткової основи.

В сучасній клінічній практиці застосовуються різні кістковопластичні матеріали. Найкращими біологічними та механічними властивостями володіє аутокістка, однак існує обмежена можливість її використання. Найбільш поширеним є використання замінників кісткового матеріалу. Одним із основних показників інтеграції трансплантата є відновлення кровопостачання в ділянці трансплантації.



Таким чином, ангиогенез та кровопостачання порожнинних дефектів щелепних кісток є одним з важливих показників інтеграції кісткового трансплантата та відновлення аутентичної структури кісткової тканини у місці дефекту.

Однак, дотепер не повністю з'ясовані терміни відновлення кровопостачання в залежності від виду трансплантата і саме тому вивчення процесу ангиогенезу в обмежених дефектах після їх заміщення різними типами трансплантатів залишається актуальним.

Мета: вивчення особливостей реваскуляризації кісткових регенератів залежно від виду використаного остеопластичного матеріалу.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено експериментальні дослідження на 20 щурах - самцях лінії Вістар, масою 270-380 г. Експериментальні тварини були поділені на 2 піддослідних груп. У групах 1 та 2 використовувалися ксеногенні кістковопластичні матеріали:

- група 1 – Bio-Oss® (Швейцарія), кістковий мінерал природнього походження, отриманий з бичої кістки (10 тварин);
- група 2 – Osteoplast-K (Росія), високоочищений недемінералізований кістковий колаген, виділений із губчастої кістки, який містить сульфатовані глікозаміноглікани (10 тварин).

Після кісткової пластики матеріалом Bio-Oss® на гістологічних препаратах на 14-ту добу відмічали переважання судин калібру 25-30 мкм (25,88%), судини розміром 20-25 мкм² складали 17,06%, а площею 15-20 мкм² складали 10,0%. У зразках, де проводилась кісткова пластика матеріалом Osteoplast-K, на 14-ту добу спостерігалось переважання судин площею 15-20 мкм² (39,35±2,94%) і 20-25 мкм² (24,91±2,6%), судини площею 10-15 мкм² та 25-30 мкм² складали по 15,16±2,15%.

Висновки. При використанні матеріалу Bio-Oss® реваскуляризація відбувалась інтенсивніше, швидше та в більшій кількості утворювались нові



кровоносні судини, навколо яких формувались осередки кісткоутворення, ніж при використанні матеріалу Остеопласт-К. Тобто при використанні обидвох зазначених матеріалів пришвидшується формування нової кісткової тканини в ділянці втручання в порівнянні з контрольною групою, де ці кісткові замітники не використовувались.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ РЕТЕНЦІЇ ІКОЛ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Фліс П.С., Ращенко Н.В., Бродецька Л.О.

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

Актуальність. Ретенція зубів розглядається, як порушення процесу прорізування і на сьогоднішній день залишається дуже актуальною проблемою (Фліс П.С. 2005р, Боєнко Д.С. 2005). За даними літератури звернення з даної патологією до лікарів стоматологів, особливо до ортодонтів, складає від 4-18 % (Дорошенко С.І. 2010р, Фетісова А.Л. 2007). Іноземні та вітчизняні джерела вказують на високий відсоток ретенції 3-їх молярів (18-22 %), ікол (0,9-4%), центральних (2,1%), та бокових різців (1%) (Dersot JM 2017, Hassan Al-Zoubi 2017р). Враховуючи, що більшість науковців наводять лише статистичні дані ретенційних зубів і ікол, зокрема, робіт присвячених поширенню ретенції серед різних вікових груп населення є незначна кількість, тому **метою** наших досліджень є вивчення розповсюдженості ретенції, зокрема ікол, в різних вікових групах населення за даними кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології НМУ імені О.О. Богомольця.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 416 пацієнтів, у 110 осіб (26,44%) виявлена ретенція зубів. З них 65(59,09%) осіб із ретенцією ікол ,

серед яких із одиночною ретенцією – 41(37,27%) особа, з подвійною – 24(21,81%). Всі хворі були розподілені за віком, статтю, за кількістю ретенованих зубів (від 1 – 2) та локалізацією ретенованого ікла (верхня або нижня щелепа). Усім хворим проводили стандартні загальноклінічні обстеження (стоматологічний огляд, збір анамнезу, заповнення амбулаторної історії хвороби) та рентгенографію щелеп (ортопантомограма).

Результати дослідження. За віком 65 пацієнтів було розподілено нами на вікові групи (таб.1).

Таблиця № 1. Розподіл хворих за віком, статтю, локалізацією та кількістю ретенованих ікол.

вік	стать	щелепа	1 ікло		2 ікла	
9-10р.	ж	в\щ				
		н\щ				
	ч	в\щ	1	2,48%	1	4,16%
		н\щ				
10-11р.	ж	в\щ	2	4,96%	4	16,66%
		н\щ				
	ч	в\щ	1	2,48%		
		н\щ				
11-12р.	ж	в\щ	2	4,96%	1	4.16%
		н\щ				
	ч	в\щ	1	2.48%	2	8,33%
		н\щ				
12-13р.	ж	в\щ	2	4,96%	1	4.16%
		н\щ				
	ч	в\щ	1	2,48%	1	4,16%
		н\щ				
13-14р.	ж	в\щ	3	7,46%	6	25%
		н\щ				

	ч	в\щ	1	2,48%	1	4,16%
		н\щ				
14-15р.	ж	в\щ	2	4,96%	3	12,5%
		н\щ				
	ч	в\щ			1	4,16%
		н\щ				
15-16р.	ж	в\щ	3	7,46%		
		н\щ				
	ч	в\щ	4	9,95%	1	4,16%
		н\щ				
16-17р.	ж	в\щ	1	2,48%	1	4,16%
		н\щ				
	ч	в\щ	2	4,96%		
		н\щ				
17-18р.	ж	в\щ	3	7,46%		
		н\щ				
	ч	в\щ				
		н\щ				
18-19р.	ж	в\щ				
		н\щ				
	н	в\щ	1	2,48%		
		н\щ				
19-37р.	ж	в\щ	7	17,41%	1	4,16%
		н\щ	3	7,46%		
	ч	в\щ	1	2,48%	1	4,16%
		н\щ	1	2,48%		
всього	ж	в\щ	25	62,19%	17	70,83%
		н\щ	3	7,46%	0	
	ч	в\щ	12	29,85%	7	29,16%
		н\щ	1	2,48%	0	
загалом			41	100%	24	100%



Як показали дані нашого дослідження найбільша група з одиночною ретенцією ікол спостерігалась на верхній щелепі у жінок вікової групи 19-37р. – 7 (17,41%) осіб. У чоловіків одиночна ретенція ікол частіше зустрічалась на верхній щелепі у віковій групі 15-16р. у 4 (9,95%) осіб.

Подвійна ретенція ікол спостерігалась на верхній щелепі і найбільшу групу також становили жінки у віковій групі 13-14р. - 6 (25%) осіб. У чоловіків подвійна ретенція ікол частіше зустрічається на верхній щелепі у віковій групі 10-11р. у 4 (16,66%) осіб.

Висновки:

1. Проведені обстеження хворих з ретенованими іклами виявили, що більшість становили пацієнти жіночої статті у віковій групі (19-37р.) з локалізацією процесу на верхній щелепі: 7 (17,41%) з одиночною ретенцією та подвійною у віковій групі 13-14р. –6 (25%) осіб .

2. У жінок 42 (64,61%) осіб ретенція зустрічалася частіше, ніж у чоловіків – 23(35,38%) .

3. За нашими даними ретенція ікол спостерігалась на верхній щелепі у 61 (93,84%) особи.

ЧЕРЕПНО-ЛИЦЬОВІ МОРФОМЕТРИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЮНАКІВ І ДІВЧАТ ЗА ДОПОМОГОЮ ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ЗА Е. Р. HARVOLD, С. J. BURSTONE ТА R. M. RICKETTS

Черниш А. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна





Обличчя людини відіграє ключову роль в комунікаційній функції людини. Це найбільш відкрита та доступна для огляду ділянка тіла. В наш час, як ніколи, гарне обличчя є одним із шляхів успіху особи в суспільстві. Зокрема, ключову роль в цьому відіграє красива, гармонійна посмішка.

Саме це породжує все більший попит звернення за лікуванням до ортодонтів та суміжних спеціальностей. Проте, лікарі не завжди або не в повній мірі можуть оцінити ситуацію, адже побудова правильної посмішки вимагає глибоких знань та розуміння естетики не з власного погляду а відштовхуючись від етнічних та регіональних особливостей. Посмішка пацієнта має бути збалансованою з іншими частинами обличчя, утвореними кістками лицевого черепа та покриваючими їх м'якими тканинами. Правильне оцінювання необхідних для цього параметрів неможливе без використання цефалометричного методу дослідження.

Вирішенням даного питання, може стати використання цефалометричного аналізу за методом С. J. Burstone, що набув широкого розповсюдження в більшості країн світу і активно впроваджується лікарями ортодонтами в практику, в основі якого лежить використання прямолінійних вимірювань між анатомічними точками черепа.

Відмінності цефалометричних параметрів, що отримані С. J. Burstone від показників, що отримані в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом встановлені: незалежно від статі для відстаней Ar-Pt, N-B, N-Pog та кутів MP-HP, Max1-SpP/Max1-NF, Mand1-MeGo/Mand1-Mp; лише в юнаків – для відстаней Pt-N, N-A, N-ANS, ANS-Gn, ANS-PNS, Ar-Go, Go-Pog та кута arGoMe/ArGoGn; лише у дівчат – для відстаней PNS-N, 1u-NF, 11-MP, 6u-NF, 6l-MP та B-Pog.

Головною особливістю методики Е. Р. Harvold стало створення стандартів довжин верхньої та нижньої щелеп. Особлива увага звертається



на співвідношення розмірів верхньої та нижньої щелеп. В той же час – розташування зубів для даної методики не має великого значення.

При порівнянні цефалометричних параметрів, що отримані Е. Р. Harvold від показників, що отримані в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом встановлені достовірно менші значення довжини верхньої (ANS-Cond) і нижньої щелепи (Pog-Cond) та нижньої висоти обличчя (ANS-Gn) в українських юнаків і дівчат. Також у дівчат Поділля встановлені достовірно більші значення кута $Ap1uAp1l-DOP$ та тенденція до менших значень міжщелепної різниці (Max-Mand), а в юнаків – тенденція до більших значень міжрізцевого кута (кут II).

Цефалометричний аналіз за R. M. Ricketts найбільш широко застосовується в ортодонтії і косметології. Він дозволяє оцінити значення кефалометричних параметрів для різного віку. Застосування цефалометрії дозволяє акцентувати увагу на параметрах, що характеризують розміри органів, їх взаємозв'язок в сагітальній та вертикальній площинах, зміни в положенні зубів у бічних та фронтальних відділах зубних рядів.

При порівнянні цефалометричних параметрів в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом з величиною даних параметрів отриманих R. M. Ricketts, більшість показників як в юнаків, так і у дівчат мають виражені відмінності.

Таким чином, отримані нами результати дозволяють лікарю-ортодонту спрогнозувати як ростові, так і отримані в ході лікування зміни параметрів лицевого відділу голови.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КРИТЕРІЇВ ОДОНТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВО- МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ



Черняк В.В., Нікіфоров А.Г., Писаренко О.А, Гасюк П.А.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна,
Обласне бюро судово-медичної експертизи ДОЗ Полтавської ОДА,
м. Полтава, Україна,
Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна.

Актуальність. В умовах сьогодення в Україні, як і в світі в цілому, внаслідок стихійних явищ, масових катастроф, військових конфліктів невпинно зростає число загиблих, які потребують не лише проведення судово-медичних експертних досліджень, але й вирішення цілого ряду специфічних питань, починаючи від встановлення особи до вирішення питань, поставлених органами дізнання та слідства.

Вирішення поставлених питань при проведенні ідентифікаційних досліджень потребують тісної співпраці лікаря судово-медичного експерта та лікаря-стоматолога. Коло питань, які необхідно вирішити лікарю судово-медичному експерту та лікарю судово-медичному експерту криміналісту чітко окреслені завданнями судової стоматології, як одному із розділів судової медицини та судово-медичної експертизи.

Метою проведення даних досліджень було проаналізувати дані одонтологічних ознак, а також доцільність використання комплексних анатомо-морфологічних, морфометричних, одонтологічних, одонтогліфічних критеріїв для встановлення індивідуального одонтологічного статусу при проведенні ідентифікаційних досліджень.

Матеріалами та методами досліджень слугували, як медична документація, так і об'єкти судово-медичного дослідження, з використанням комплексних класичних макроскопічних та візуальних описових методів дослідження, а також використання стандартизованих



комп'ютерних програм передбачених для проведення ідентифікаційних досліджень за кістковими залишками з урахуванням стоматологічного чи одонтологічного статусу та заповненням одонтограм.

Результати досліджень. В результаті проведених досліджень та аналізу їх, синтезувавши всі отримані дані, можна зробити висновок, що для встановлення індивідуального одонтологічного статусу доцільно використовувати в повному об'ємі запропоновані алгоритми та описові методики, які дають можливість розширювати запропоновані існуючі критерії для заповнення медичної документації (одонтограми, «Упізнавальної карти»). Використання даних характеристик та відстеження експертних методик та алгоритмів є складовими комплексних ідентифікаційних досліджень і розширюють можливості наукового обґрунтування судово-медичних висновків та вирішення важливих практичних завдань в судовій медицині, та в судовій стоматології зокрема.

Висновки. Тому, враховуючи вищевказане, можна зробити висновки про необхідність і доцільність використання всіх визначених критеріїв оцінки індивідуального одонтологічного статусу при проведенні судово-медичних експертних досліджень, використання науково обґрунтованих даних, як одного із розділів судової стоматології та впровадження їх в практичну діяльність відділень судово-медичної криміналістики для вирішення експертних питань, поставлених органами дізнання та слідства.

Перспективи подальших досліджень необхідно пов'язувати із використанням отриманих даних та систематизувати критерії одонтологічного статусу для створення більш детальних, об'єктивних комп'ютерних програм, а також надають можливості використання їх для створення банку даних для проведення ідентифікаційних досліджень.



НОВІТНІ ЗАСТОСУВАННЯ 3D НАНОТЕХНОЛОГІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ЗУБНИХ КОНСТРУКЦІЙ

Шевченко А.Ю., Рамусь М.О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність. У наш час надзвичайно актуальною є система 3D моделювання. Вона широко використовується у стоматології для виготовлення зубних протезів. Упродовж багатьох років ця технологія використовується у виробництві для відтворення будь-яких деталей у великій кількості. Особливістю даної системи у стоматології є те, що протез виготовляється у єдиному й неповторному екземплярі, оскільки зуб кожної людини має свою індивідуальну форму протезного ложа.

Мета роботи. Розповісти про ефективність 3D нанотехнологій у порівнянні з роботою лікаря стоматолога та зубного техника.

Матеріали та методи дослідження. Для отримання тривимірної моделі зуба запропоновано використовувати комп'ютерну томографію конусоподібним променем, яка вже застосовується в стоматології. Цей спосіб безпечний для пацієнта, а якість зображення залишається дуже високою. Після цього 3D-принтер виготовляє протез зуба або цілої щелепи з комп'ютерного відбитка з порошкового або рідкого полімеру. Отримані за допомогою даної методики конструкції вимагали тільки незначною шліфування й полірування. Методика друку на 3D принтері займає до 1 години і не вимагає додаткових витрат часу лікаря, оскільки друк здійснюється під час препарування зубів стоматологом.

Результати дослідження. В цілому, використання 3D-технологій в стоматології має такі переваги, як:



- максимальна автоматизація виробництва з мінімальним втручанням з боку оператора;
- висока точність і функціональність моделювання та виготовлення готових протезів з урахуванням анатомічних особливостей пацієнта;
- висока продуктивність стоматологічних лабораторій без необхідності залучення додаткового персоналу;
- скорочення витрат та швидка самоокупність;
- уникнення блювотного рефлексу у пацієнтів;
- максимальна якість виконання і підвищений комфорт пацієнта;
- значна економія часу;
- уникнення потрапляння відбиткових матеріалів в дихальні шляхи.

Висновки. Таким чином, проаналізувавши отримані результати, можна сказати, що провізорні конструкції, виготовлені за допомогою 3D принтера, повністю відповідають вимогам, а також найбільш оптимальні в співвідношенні «якість-час». Технологія 3D друку дозволяє виробляти зубні імплантати, враховуючи індивідуальні особливості анатомії пацієнта. Таким чином, цей метод дозволяє вирішувати багато клінічних завдань, пов'язаних з протезуванням, максимально індивідуалізувати протези, зробити їх більш зручними та комфортними. Ось так технологія простого 3D принтера вписалася в непросту, але дуже якісну і результативну, технологію 3D стоматології.

ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН- α НА ФОНІ ГІПЕР- ТА ГІПОТИРЕОЗУ ПРИ ПАРОДОНТИТІ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТУ

Щерба В.В., Мачоган В.Р.



Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. В останні десятиріччя спостерігається значне зниження якості здоров'я населення, в тому числі і стоматологічного, за рахунок вираженої поліморбідності. Питання гормональної регуляції запальних реакцій в пародонті і особливості їх розвитку на тлі дисфункції щитоподібної залози залишаються недостатньо вивченими.

Метою роботи було дослідити концентрацію фактора некрозу пухлин- α (TNF- α) у сироватці крові щурів з пародонтитом без супутньої патології і на фоні гіпер- та гіпотиреозу.

Матеріали та методи дослідження. Досліди проведено на 48 безпородних статевозрілих білих щурах-самцях масою 180-200 г, яких утримували на стандартному раціоні віварію.

Піддослідних тварин було поділено на такі групи: I – контрольні тварини, яким вводили внутрішньошлунково 1 % розчин крохмалю (n=12); II – тварини з моделлю пародонтиту. Щурам цієї групи протягом 2-х тижнів через день вводили в тканини ясен по 40 мікролітрів (1мг/мл) ліпополісахариду (ЛПС) E. Coli («Sigma-Aldrich», США) (n=12); III – щури з пародонтитом на фоні гіпертиреозу. Для моделювання експериментальної гіперфункції щитоподібної залози тваринам щоденно внутрішньошлунково вводили L-тироксин на 1 % розчині крохмалю із розрахунку 10 мкг/добу на 100 г маси протягом 21 доби (n=12). Починаючи з восьмої доби експерименту щурам вводили в тканини ясен ЛПС протягом 2-х тижнів; IV – щури з пародонтитом на фоні гіпотиреозу. З метою моделювання експериментальної гіпофункції щитоподібної залози тваринам щоденно внутрішньошлунково вводили мерказоліл на 1 % розчині крохмалю із розрахунку 1 мг/добу на 100 г маси протягом 21 доби (n=12). Починаючи з



восьмої доби експерименту щурам вводили в тканини ясен ЛПС протягом 2-х тижнів. Евтаназію щурів здійснювали шляхом кровопускання за умов тіопентал-натрієвого наркозу на 22-у добу від початку досліджу. Концентрацію TNF- α вивчали методом твердофазового імуноферментного аналізу з використанням наборів реагентів “RayBio” виробництва “RayBiotech” (США) відповідно до протоколу виробника на аналізаторі «Multiscan FC» (Фінляндія).

Результати наших досліджень показали, що концентрація TNF- α у сироватці крові щурів із змодельованим пародонтитом збільшилася в 1,9 раза ($p < 0,001$) відносно контрольної групи. У щурів із змодельованим пародонтитом на тлі гіпертиреозу даний показник зріс в 2,6 раза ($p < 0,001$) відносно контрольної групи. Варто вказати, що концентрація TNF- α у сироватці крові гіпертиреоїдних щурів на 41,1 % вірогідно перевищувала величину даного показника за умови пародонтиту без супутньої патології та на 18,6 % ($p < 0,02$) – за умови пародонтиту на тлі гіпотиреозу. При цьому у тварин із змодельованим пародонтитом на тлі гіпотиреозу концентрація TNF- α у сироватці крові також вірогідно зросла у 2,2 раза відносно контрольної групи, перевищуючи при цьому величину даного показника на 18,9 % ($p < 0,05$) відносно групи з пародонтитом без супутньої патології.

Висновок. Таким чином, експериментальний пародонтит супроводжується вираженим підвищенням концентрації TNF- α у сироватці крові, що свідчить про розвиток не лише локальних запальних реакцій, але й системних. Дисбаланс тиреоїдних гормонів впливає на перебіг запалення при експериментальному пародонтиті, особливо виражено при гіпертиреозі.



КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ ЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ НА ПІДСТАВІ ДАНИХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Янішен І.В., Андрієнко К.Ю., Бережна О.О., Погоріла А.В., Салія Л.Г.
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Для визначення ефективності заходів, спрямованих на поліпшення та збереження здоров'я населення, в даний час стали використовувати такий кількісний показник, як якість життя.

У сучасній ортопедичній стоматології питання якості життя, пов'язане напряму зі здоров'ям пацієнта, займає одне з актуальних позицій у якісному лікуванні. Дослідження якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє вивчити вплив захворювання і лікування на показники якості життя хворої людини, оцінюючи всі складові здоров'я - фізичне, психологічне і соціальне функціонування.

На думку Новик А.А. та Іонової Т.І. особливо велике значення має дослідження якості життя в медицині. Ця концепція дозволила повернутися до принципу клінічної практики «лікувати не хворобу, а хворого».

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності ортопедичного лікування пацієнтів з частковою та повною відсутністю зубів на підставі даних якості життя, виявлених у результаті комплексу клінічних досліджень за допомогою аналізу ортопедичних конструкцій зубних протезів та розробки необхідних рекомендацій.

Матеріали та методи. Протягом 2016-2018 років було проведено клінічне обстеження та суб'єктивний аналіз 160 пацієнтів, які звернулися з метою протезування знімними ортопедичними конструкціями.

Для визначення соціальної характеристики пацієнтів і рівня їх якості життя та формування індивідуальної анкети-опитувальника були



застосовані спеціальні методи дослідження. Стандартизація процедури збору даних забезпечувалася з використанням анкет-опитувальників.

Отримані дані піддавалися процесу шкалювання, перетворюючись в бали. Відповіді на питання оцінювалися по 5-ти бальною системою.

Результати дослідження. Якість життя пацієнтів за всіма шкалами спеціального опитувальника істотно змінювалась в сторону поліпшення через місяць та пів року після лікування і зберігалася в часі, що пояснює стабільність лікувального ефекту, що визначається правильністю обраної ортопедичної конструкції та якісно проведеним лікуванням.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Виходячи з вищенаведених даних, якість життя пацієнтів являє собою далеко не останню позицію у якісному ортопедичному лікуванні та її необхідно враховувати в практичній діяльності лікарів-стоматологів-ортопедів.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ХІМІЧНОЇ РЕТРАКЦІЇ ЯСЕН ПРИ ОДОНТОПРЕПАРУВАННІ ОПОРНИХ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОНСТРУКЦІЇ

Ярковий В.В., Криничко Ф.Р., Малюченко М.М., Калашніков Д.В.,
Зубченко С.Г.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Приватна клініка «Стоматологія Кринички», м. Київ, Україна

Існує ряд методів для досягнення тимчасової ретракції ясен: вживання ретракційних ниток з просоченням і без неї; електро і радіохірургічний метод; опосередковане відтиснення ясен за допомогою тимчасових коронок.

Часто, після якісного препарування неможливо отримати гідний відтиск. Прагнучи добитися доброго і негайного результату, знову



проводиться анестезія. Вводяться ретракційні нитки, зупиняється ясенна кровотеча, коагулюються м'які тканини. Процес загоєння пошкоджених епітеліальних тканин викликає тривалу ретракцію ясен і сприяє оголенню маргінального краю коронок при установці ортопедичних конструкцій. До недоліків використання ретракційних ниток для ізоляції пришийкових дефектів відносяться: можлива травматизація зубоясенної борозни при пакуванні нитки; недостатній захист маргінальних ясен під час препарування; можливе включення волокон нитки в реставрацію.

Поява «Експасіл» – препарату для розширення зубоясенної борозни і зупинки кровотечі, в значній мірі змінило звички стоматологів, пов'язані з підготовкою до зняття відтисків.

«Експасіл» можна рахувати не просто препаратом, а хіміко-механічною технікою розширення зубоясенної борозни у поєднанні із зупинкою кровотечі.

Методики із застосуванням ретракційної нитки також часто болісні, досить складні і витратні за часом, ушкоджують епітеліальне прикріплення.

На наш погляд, ретракція ясен на будь-якому етапі створення може привести до пошкодження тканин пародонту незалежно від методики відведення ясен.