

Проблеми екології та медицини

Том 15 №3-4 (додаток 1) 2011

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 1997

році

Виходить 1 раз на 2 місяці

Зміст

ВСТУП

ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ "УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА
СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ" 90 РОКІВ

Ждан В.М...... 16

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВИЩОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ: ШІСТЬ ПЕРІОДІВ РОЗВИТКУ
УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ

Ждан В.М., Бобирьов В.М., Скрипник І.М. 19

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ РОБОТИ У ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ
НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ УКРАЇНИ «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Ждан В.М., Бобирьов В.М., Шешукова О.В. 28

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Кайдашев І.П...... 32

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В АКАДЕМІЇ – ВІД ВИТОКІВ ДО СЬОГОДЕННЯ

Скрипник І.М., Воробйов Є.О., Марченко А.В., Давиденко Г.М...... 38

ЛІКУВАЛЬНА РОБОТА – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОГО ФАХІВЦЯ

Ждан В.М., Воробйов Є.О., Бобирьов В.М., Скрипник І.М. 42

ПІДГОТОВКА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ УКРАЇНИ
"УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ": ДОСВІД, НАДБАННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ

Скрипніков А.М., Іщайкін К.Є., Старченко І.І., Білоконь С.О., Прилуцький О.К. 46

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ АКАДЕМІЇ

Кундій Ж.П., Біланова Л.П...... 49

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ В ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ
Ставицька Н.П......51

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ ТА
КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ», ПРИСВЯЧЕНОЇ 90-РІЧЧЮ ВДНЗУ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
(ПОЛТАВА, 6-7 ЖОВТНЯ 2011Р.)**

ЗУБО-ЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ У ДІТЕЙ З ПЕРЕДЧАСНОЮ ВТРАТОЮ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ
Ахмад Абудан, В.О.Налівкін*, Д.В.Стеценко*.....54

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ
ДІАГНОСТИЦІ РУБЦЕВИХ ЗМІН ШКИРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ НА ДООПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ.
Аветіков Д.С., Ставицький С.О......54

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ЩО ЛОКАЛІЗОВАНІ В
ДІЛЯНКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ У ХВОРИХ, СХИЛЬНИХ ДО ЇХ УТВОРЕННЯ
Аветіков Д.С., Скрипник В.М......55

ЗАСТОСУВАННЯ МАТЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ РОЗТЯГНЕННЯ ТА РЕЛАКСАЦІЇ ШКІРНО-ЖИРОВИХ
КЛАПТІВ ГОЛОВИ ПРИ ЇХ ПІДЙОМІ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ
Аветіков Д.С......56

СПОСІБ ЕКЗОГЕННОЇ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОЧАТКОВИХ ФОРМ ФЛЮОРОЗУ ПОСТІЙНИХ
ЗУБІВ У ДІТЕЙ
Амосова Л.І., Падалка І.О., Солошенко Ю.І., Абрамова О.Е., Павленко С.А......56

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ХРОНІЧНИЙ
ПАРОТИТ
Андріянова О.Ю., Хміль О.В., Яценко П.І......57

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАУШНОГО ЛОСКУТА ПРИ
ЗАМЕЩЕНИИ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ
Аветиков Д.С., Соколов В.Н., Данильченко С.И......57

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ КАНДИДОЗОМ
Баранник Н.Г., О.Н. Мосейко А.А., Манухина О.Н., Варжапетян С.Д......58

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ НАЗУБНОГО КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО АППАРАТА
ПЕРЕД ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА
Баранник Н.Г., Рябоконт Е.Н., Мищенко О.Н. Мосейко А.А., Манухина Л.Н......58

СТРУКТУРА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З РЕГІОНУ З ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ
Безвушко Е.В., Чухрай Н.Л., Ахмад Хатем Джасер.....59

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-
АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИМ РИЗИКОМ
Безручко М.В......59

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЛАТЕНТНИХ АДЕНОЇДИТІВ У ДІТЕЙ
Безшапочний С.Б., Лобурець В.В., Соннік Н.Б., Вахніна А.П......60

МИЦЕТОМЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
Безшапочный С.Б., Лобурец В.В., Б.Х.Мохамед Али, Лобурец А.В......60

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ Бобирьов В.М. , Островська Г.Ю., Розколупа Н.В., Муляр Л.А., Петрова Т.А., Власова О.В.	61
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С.	62
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ Бойченко О.М.	62
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ “ ПОЛІМІКУ” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ПЕРІОСТИТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ Бойко І.В.	63
ТЕОРІЯ ФАГОЦИТОЗУ І.І.МЕЧНИКОВА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК СУЧАСНОЇ ІМУНОЛОГІЇ Боровик О. Б.	63
ВПЛИВ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ТКАНИНИ ПЕРІОДОНТУ Браїлко Н.М., Лобач Л.М., Ляшенко Л.І.	64
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЦНОСТІ АДГЕЗИВНОГО З’ЄДНАННЯ МІЖ ПЛОМБУВАЛЬНИМИ МАТЕРІАЛАМИ Бублій Т.Д., Дубовая Л.И., Макаренко В.І.	64
СТАН МЕДУЛЯРНОГО ЕРИТРОПОЕЗУ ПІСЛЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВВЕДЕННЯ МЕКСИДОЛУ ПЕРЕД ГОСТРИМ ІММОБІЛІЗАЦІЙНИМ СТРЕСОМ Власенко Н.О.	65
ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ. Волинская Т.Б.	65
СТАН ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМ ОСТЕМІЄЛІТОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ Волошина Л.І.	66
СИНДРОМ ЗАПАЛЕННЯ З АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА Воробйов Є.О., Шапошник О.А., Кулішов С.К.	66
ТЕХНОЛОГІЯ БЕЗМЕТАЛЕВОЇ КЕРАМІКИ ЯК ЕТАП РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ Гасюк П.А., Король Д.М., Малюченко М.М., Калашніков Д.В.	67
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ФАКТОРАМИ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА. Глазунов О.А.	68
ХАРАКТЕРИСТИКА РУХІВ ЯЗИКА У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АНОМАЛІЙНИМ ПРИКРІПЛЕННЯМ ТА ВКОРОЧЕННЯМ ЙОГО ВУЗДЕЧКИ Головко Н.В., Ганнам Іяд Нажиб	68
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА “СЕДАФИТ МАП” ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ. Гордюк Н.М., Семенов К.А., Фесенко В.И., Степанова С.В., Анисимова Л.А.	69
ФІЗІОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ ПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСУ КІРКОВОЇ РЕЧОВИНИ НИРОК НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ Гординська І.Л., Весніна Л.Е., Кайдашеев І.П.	70

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ КАРИПАЗИМ И СОЛКОСЕРИЛ Горобец С.М., Романенко И.Г., Николаева К.Ф.	70
КЛІНІКО-СИНДРОМАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ПАЦІЄНТІВ Гринь К. В.	71
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У РАБОЧИХ ЖЕЛЕЗОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА Груздева А.А.	71
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЯМИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР Давыдов Н.Н., Ткаченко В.Э., Бойко Г.Г.	72
МЕТОД ОСТАНОВКИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА РАННИХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА Давыдов Н.Н., Ткаченко В.Э., Бойко Г.Г.	72
ВИКОРИСТАННЯ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ТЯЖКИХ ФОРМ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ Дворник В.М., Рубаненко В.В., Баля Г.М., Тумакова О.Б.	73
НОВИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ГЕЛЬ «АЛЬГОЗАН» ЯК ОДИН ІЗ ОРИГІНАЛЬНИХ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ВЕНОЗНОЇ ПАТОЛОГІЇ Дев'яткін О.Є., Сахарова Т.С.*	73
ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ Дейнега Т.Ф., Рогуля В.О., Тихонова О.О.	74
НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМІСФЕРАЛЬНИХ ІШЕМІЧНИХ АТЕРОТРОМБОТИЧНИХ ІНСУЛЬТІВ В ОСІБ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Дельва М.Ю., Литвиненко Н.В., Пулипенко Н.С., Дельва І.І.	74
НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В СТОМАТОЛОГИИ Демьяненко С.А.¹, Скиба В.Я.¹, Скидан М.И.², Ступак Е.П.³, Левицкий А.П.¹	75
ПІДГОТОВКА КАДРІВ – ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Дем'янюк Д.Г., Ляховський В.І., Люлька О.М., Дмитренко В.П., Ляховська Т.Ю.	75
ПЛЕНКИ «ДИПЛЕН-ДЕНТА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Денисова Е.Г., Соколова И.И.	76
ГАРМОНИЧНОЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Джерелей А.А., Люперсольский М.Ю.	76
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА Джерелей А.А.	77
САМОРЕГУЛЯЦІЯ СКУПЧЕНОСТІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ВІД ЗМІННОГО ДО ПОСТІЙНОГО ПРИКУСУ Дмитренко М.І.	77
ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АГТП І КОЛОЇДНОГО СРІБЛА Добровольська М.К., Гелей В.М.	78
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОЛІЇ ЧАЙНОГО ДЕРЕВА НА МІКРОФЛОРУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ТА ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИХ УРАЖЕННЯХ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА Дорошенко М.В.	79

ПРОФІЛАКТИКА ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА І ПОЛЯ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ	
Дорошенко О.М.	79
СТАН СНЩС У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ МАЛОЇ ПРОТЯЖНОСТІ ТА ВТОРИННИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ З УРАХУВАННЯМ ПЕРЕВАЖНОЇ СТОРОНИ ЖУВАННЯ	
Дрогомирецька М.С., Мірза Р.О.	80
АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА ГРИП ЗАЛЕЖНО ВІД ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА В УМОВАХ ЕПІДЕМІЧНОГО СЕЗОНУ 2009-2010 РР.	
Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Прийменко Н.О., Кривенко Л.Л.	80
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Дубровина Е. В., Коломиец С. В., Сенчакович Ю.В., Витко Ю.Н., Дубина В.О.	81
ТОРПИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ	
Дудченко М.А., Шейко А.П.	81
HELICOBACTER PYLORI В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	
Дудченко М.А., Петренко В.А., Шовкопляс А.Ф.	82
ИЗУЧЕНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ СМЫВОВ ИЗ ПОЛОСТИ РТА У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	
Жадько С.И., Лавровская О.М., Придатко И.С., Лавровская Я.А.	83
ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ АВСТРАЛІЇ	
Ждан В.М., Зазикіна Д.С., Флегантова Б.Л., Ткаченко М.В., Лебідь В.Г.	83
ПІДГОТОВКА КАДРІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АКАДЕМІЇ	
Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Бабаніна М.Ю., Волченко Г.В., Кітура Є.М., Штомпель В.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В., Лебідь В.Г.	84
МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНІ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ	
Жирова В.Г., Райда А. І., Бурдейная І.А., Жиров А.І.	85
ЗАСТОСУВАННЯ ART-МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ У ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП	
Зайцев А.В.	85
ВКЛАД ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ УМСА В ИЗУЧЕНИЕ АСИММЕТРИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	
Ищейкин К.Е., Ткаченко Е.В., Прилуцкий А.К., Фазели Ниаки М., Белоконь С.А., Махмуди А.	86
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕСЕНСІТАЙЗЕРІВ У ЛІКУВАННІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	
Іваницький І.О.	86
«ОСОБЛИВОСТІ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРИ ПОЧАТКОВИХ ФОРМАХ КАРІЄСУ».	
Іванчишин В.В.	87
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПРИ ПРИЙОМІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ	
Іленко Н.В.	87
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ	
Іленко Н.М., Марченко А.В., Ніколішина Е.В.	88
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ БІОФІЗИЧНОГО ВПЛИВУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІХС З СУПУТНІМ ХОЗЛ	
Казаков Ю.М., Боряк В.П., Н.І.Чекаліна, С.В.Шуть, Є.Є.Петров, Н.В.Берчун	88

РІВЕНЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У 12-ТИ РІЧНИХ ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ, ПРОЖИВАЮЧИХ В РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ	
Казакова Р.В., Мельник В.С., Дячук Е.Й.	89
МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ВІКОМ 6-12 РОКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ	
Карасюнок А.Є., Трофименко М.В., Ельбураві Абдулджаліл Салах	90
СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКУ	
Каськова Л.Ф., Акжитова Г.О.	90
БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ	
Каськова Л.Ф., Марченко К.В.	91
ПРОФІЛАКТИКА ФІСУРНОГО КАРІЄСУ У ДІТЕЙ	
Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.І., Амосова Л.І., Абрамова О.Е.	91
КЛІТИННИЙ ІМУНІТЕТ ПРИ ГЕРПЕСВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПІДЛІТКІВ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Каськова Л.Ф., Карпенко О.О., Хміль О.В.	92
СИНДРОМ ВЗАЄМНОГО ОБТЯЖУВАННЯ ПРИ ХВОРОБАХ ПАРОДОНТА, ШЛЯХИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	
Кіндій Д.Д., Кіндій В.Д.	92
ПРИКЛАД ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЧНЕ СТИРАННЯ ЗУБІВ.	
Клепач М.М.	93
УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕСНЫ ПАЦИЕНТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ «СЕВЕРОГАЗПРОМА», ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ	
Ковалев Е.В., Амосова В.С., Назаренко З.Ю.	94
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ FTORCALCID-D И FTORCALCID-E НА ЭТАПАХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ	
Коваленко В.В.	94
ЕСТЕТИЧНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ.	
Козак Р.В. Митченко О.В.	95
ОПТИМІЗАЦІЯ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТ В ДИТЯЧИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ	
Козакевич В.К., Козакевич О.Б., Фастовец М.М.	95
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ, СТРАДАЮЩИМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.	
Колесник К.А., Нассонов А.Ю.	96
ОПТИМІЗАЦІЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДИФФУЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ.	
Колесник К.А., Колесник Д.К.	96
ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РАМКАХ КЛАССИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Копытов А.А., Гонджаев Р.К.	97
ОПИСАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ЗУБА	
*)Копытов А.А., **)Колодяжный В.М.	97
АНАЛІЗ МЕТОДІВ ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА	
Коробейнікова Ю. Л.	98

ФИЗИЧЕСКАЯ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО МЫШЕЧНО-СУСТАВНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Король М.Д., Рыбалов О.В., Яценко О.И.	99
МЕСТО МИНИИМПЛАНТАТОВ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.	
Король Д.М.	99
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМНИХ АНТИГІПОКСИЧНИХ ТА СТРЕС-ПРОТЕКТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ, ЗА УМОВ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ	
Костенко В.О., Діхтенко Т.Г., Скотнікова Л.В.	100
УЧАСТЬ NO-СИНТАЗ ТА ПЕРОКСИНИТРИТУ У ПАТОГЕНЕЗІ МЕХАНІЧНИХ І ТОКСИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ СЛИННИХ ЗАЛОЗ І ПАРОДОНТА ЗА УМОВ НАДЛИШКОВОГО УТВОРЕННЯ ОКСИДУ АЗОТУ	
Костенко В.О., Коваленко О.В., Фартушна А.М., Стасюк О.А., Богданов О.В.	100
РОЛЬ ЗАХИЩЕНИХ ПЕНІЦИЛІНІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ	
Костіна В.М., Василенко В.А., Василенко М. М.	101
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ, УСКЛАДНЕНУ НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ	
Костіна В.М., Бугасова І.Ф.	101
ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН	
Кравців М.І., Лігоненко О.В., Ляховський В.І., Дігтяр І.І.	102
ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ РАЗВИТИЯ ГИНГИВИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРЕКЕТ-ТЕХНИКОЙ.	
Крылова Т.Л., Морозов А.Л., Иншекова Л.М.	102
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ	
Крючко Т.О., Несіна І.М., Шпехт Т.В.	103
ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Кудря І.П.	104
ЕФЕКТИВНІСТЬ СПОСОБУ ХІМІОГОРМОНОТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ	
Куліш М.В., Ярешко А.Г.	104
РОЛЬ ППАР-Г-АКТИВАЦІЇ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ АПОПТОЗУ CD64 ⁺ МОНОНУКЛЕАРІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ IN VITRO	
Куценко Н.Л., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.	105
ДИСБИОТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Левицкий А.П.¹, Николишин А.К.², Ступак Е.П.², Скидан К.В.³	105
ПОСТОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА	
Лесовая И.Г., Ткач Т.В., Яровой Е.В.	106
ВМІСТ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	
Лобань Г.А., Ганчо О.В., Мошель Т.М., Казакова К.С., Череда В.В.	106
ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТОГЕННОЇ ДІЇ НООТРОПІВ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	
Лугова Л.О., Важнича О.М., Дев'яткіна Т.О.	107

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ Мешкають в ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РЕГІОНАХ.

Любарець С.Ф.	107
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТИРЕОТОКСИКОЗУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	
Лялька О.М., Ляховський В.І., Ковальов О.П., Коровіна Л.М.	108
ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	
Ляховський В.І., Краснов О.Г.	108
ПОЛУЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ, СОДЕРЖАЩИХ РАСТИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА	
Макаренко О.А., Деньга О.В., Почтарь В.Н., Селиванская И.А., Давиденко И.А., Фурдычко А.И., Ходаков И.В., Лепский В.В.	109
КУЛЬКОВІ ТА БАЛКОВІ СИСТЕМИ КРІПЛЕННЯ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ В ПРОТЕТИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ	
Макєєв В.Ф., Ключковська Н. Р.	109
АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	
Малик Н.Є.	110
ВПЛИВ МАГНІТОЛАЗЕРОУЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН РЕГІОНАРНОГО КРОВООБІГУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	
Мандріка Л.Ю.	110
ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТА У ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ	
Мардани Катаки Ф., Ищейкин К.Е., Ткаченко Е.В., Фазели Ниаки М., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Шафгат П., Махмуди А., Шадфар А., Сартипи Х., Ардалан Х., Фахер А., Хассанзадэ Н.	111
ЗАЛЕЖНІСТЬ МЕТОДИКИ ОТРИМАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВІДБИТКУ ВІД СТУПЕНЯ ПОДАТЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ.	
Мартиненко І.М.	111
ОСТЕОПОРТИЧНІ ЗМІНИ СКЕЛЕТУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З СУПУТНЬОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	
Мельник Н.С., Дмитрів І.М.	112
ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК У СИБСІВ ПРИ НАРОДЖЕННІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАРИТЕТУ ВАГІТНОСТІ	
Мизгіна Т.І.	113
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПОЗАСУГЛОБОВИХ КОНТРАКТУР НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	
Мірза О.І., Міхєєва І.В.	113
ТРИМІРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ УЩІЛЬНЕННЯ ВІБРАЦІЄЮ ВІДЛИВОК СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОТЕЗІВ	
Мірза О. І., Непомнящий Д.М. , Самарай В.П.	114
ГЕОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗА МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ МЕЖЧЕЛЮСТНЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ	
Мирза А.И., Штефан А.В.	114
РОЛЬ НЕРВОВОЇ ТРОФІКИ В ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗМІНАХ ТКАНИН ПАРОДОНТА	
Мірза О.І., Міхєєва І.В.	115
РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕННЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.	
Мирза А.И., Мозолюк Е.Ю.	115

ПРИМЕНЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.	
Мирза А.И., Мозолюк Е.Ю., Штефан А.В.	116
ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З ДЦП	
Мірчук Б.М., Бруніч Т.Д.	116
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗОБЩАЮЩЕГО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО АППАРАТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТ – ТЕХНИКОЙ.	
Морозов А.Л., Крылова Т.Л.	117
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ МАЗКІВ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ	
Мошель Т.М., Гасюк Н.В., Єрошенко Г.А.	117
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІМУНОРИКС В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ	
Муляр Л.А., Шептій Н.А.	118
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПОЗИЦІЇ “ДІОЦИНКОХІМ” ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ	
Назаренко З.Ю.	118
СТОМАТОЛОГІЧНА МАСКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ	
Назарян Р.С., Карнаух О.В., Шутова К.С.	119
МУЛЬТИПРОБИОТИКОТЕРАПІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	
Непорада К.С., Манько А.М., Сухомлин А.А.	119
КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ	
Несіна І.М., Шпехт Т.В.	120
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ	
Нетюхайло Л.Г., Сухомлин Т.А.	120
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ “ПОВІДОН –ЙОД” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО – ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ М’ЯКИХ ТКАНИН	
Нємченко І.І., Ляховський В.І., Дудченко М.О., Ковальов О.П., Люлька О.М., Нємченко Л.Б.	121
ХІМІЧНІ КОМПОНЕНТИ СУЧАСНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ.	
Нідзельський М.Я., Стариков Д.Б., Писаренко О.А.	121
СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1	
Ніколішин А.К., Левицький А.П., Ступак О.П.	122
МЕДИКАМЕНТОЗНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
Ніколішин А.К., Ступак О.П., Котелевська Н.В.	122
КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ’ЯЗКИ МІЖ М’ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС ТА ОКЛЮЗІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПРИКУСІВ.	
Новіков В.М., Лунькова Ю.С.	123
ДИСБАЛАНС ВАЗОРЕГУЛЯТОРІВ ПРИ СТРЕСОРНИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА	
Омельченко О.Є.	123
ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.	
Осіпов О.С., Малик С.В.	124

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ТКАНИНАХ ЯСЕН ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ

Остапко О.І.	124
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	
Павленко Е.М.	125
АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ШАБЛОНІВ В ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТОЛОГІЇ	
Павліш І.В.	125
МЕХАНІЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЛЛИКУЛЫ НА ЭМАЛИ ЗУБА	
Падалка И.А., Падалка А.И.	126
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕПЛАНТАЦІЇ ЗУБА	
Панькевич А.І., Богашова Л.Я, Колісник І.А., Гоголь А.М.	126
ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДОВГИХ КІСТОК	
Пелипенко О.В., Левус В.С., Пелипенко В.П., Гончаров А.В., Жигайлов С.С.	127
ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНА	
Пелипенко О.В., Пелипенко В.П., Баженов А.А., Соколка В.В., Петрик С.В.	127
АРТРОСКОПІЯ, ЯК МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБУ	
Пелипенко О.В., Пелипенко В.П., Левус В.С., Ковальов О.С.	128
ИЗМЕНЕНИЕ БИОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Петрушанко Т.А., Емельянова Н.Ю.	128
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЖІНОК У ПЕРІОД ЛАКТАЦІЇ	
Петрушанко Т.О., Островська Л.Й.	129
ВИКОРИСТАННЯ СКЛОПЛАСТИКОВИХ ШТИФТІВ ПРИ ПРЯМІЙ РЕСТАВРАЦІЇ БОКОВИХ ЗУБІВ З НИЗЬКОЮ КЛІНІЧНОЮ КОРОНКОЮ	
Петрушанко Т.О., Попович І.Ю.	129
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ, СПРИЧИНЕНОЇ НАДКОМПЛЕКТНИМИ ЗУБАМИ	
Пилипів Н.В.	130
ВИВЧЕННЯ СТІЙКОСТІ СТИРАННЮ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ	
Пилипченко В.І., Макаренко В.І.	130
ВПЛИВ СПИРТОВОГО РОЗЧИНУ ПРОПОЛІСУ НА МІКРОФЛОРУ ПОРОЖНИНИ РОТА	
Полянська В. П., Вородюхіна А. К., Вородюхіна О. М., Коваленко Н. П.	131
ОБҐРУНТУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ЗНАЧИМОСТІ ФІТОЧАЇВ «ДЕНТЕСВІТА» ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
Потапчук А.М., Політун А.М., Фабрі З.Й., Шніцер Р.І., Чобо Геґедуш, Балог Й.С.	131
ОШИБКИ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА	
Потапов В.Ю., Герман С.А., Протасенко Я.Д.	132
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ СИСТЕМ МІНІІМПЛАНТАТІВ В ОРТОДОНТІЇ	
Потапчук А.М., Рівіс О.Ю.	133
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В УМОВАХ ПРИЄДНАННЯ ДО БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ.	
Попова О.І.	134

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОТЕЗУВАННЯ ДУГОВИМИ ПРОТЕЗАМИ <i>Приборецький А.М.</i>	135
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА УМОВ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ <i>Проніна О.М., Данильченко С.І., Білич А.М., Половик О.Ю., Коптев М.М.</i>	135
КОРОНКА ОБЛИЦЬОВАНА ПЛАСТМАСОЮ, І ЩИПЦІ ДЛЯ ЇЇ ВИГОТОВЛЕННЯ <i>Рабовіл М.І., Єрмаков О.А.</i>	136
МОДИФИКАЦІЯ СПОСОБА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ <i>Рабовил М.И., Самойлов И.Л.</i>	137
ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НЕЗНІМНОЇ ОРТОДОТИЧНОЇ АПАРАТУРИ <i>Райда А.І., Жирова В.Г., Сунь Лунін, Золотарьова В.І., Сюань Шаобінь,</i>	137
ПРОФІЛАКТИКА КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В КРИМУ. <i>Райда А.І., Лисьєв І.Н., Лисьєва Л.Н., Жирова В.Г., Муханова, ЛюУзяоянь, Золотарьова. В.І.</i>	138
ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ <i>Різник Б.М., Різник О.Б.</i>	138
АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ЯКОСТЕЙ ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУ ПРИ НЕСТЕРПНОСТІ ДО АКРИЛОВОЇ ПЛАСТМАСИ <i>Розуменко В. О.</i>	139
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКІЮ <i>Романенко І.Г., Дудар Д.В.</i>	139
ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ВІДСУТНОСТІ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЗУБІВ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ. <i>Рубаненко В.В., Кузь Г.М., Кузь В.С.</i>	140
МІКРОКЛІМАТ ЯК НЕСПРИЯТЛИВИЙ ЧИННИК В УМОВАХ ПРАЦІ ПРОВІДНИКІВ ПАСАЖИРСЬКОГО СПОЛУЧЕННЯ УКРЗАЛІЗНИЦІ. <i>Руденко Л.А.</i>	140
ШУМ ЯК НЕСПРИЯТЛИВИЙ ЧИННИК В УМОВАХ ПРАЦІ ПРОВІДНИКІВ ПАСАЖИРСЬКОГО СПОЛУЧЕННЯ УКРЗАЛІЗНИЦІ. <i>Руденко Л.А.</i>	141
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИСЕКРЕТОРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ <i>Румянцева М.О., Несіна І.М.</i>	141
ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ. <i>Савченко Н.В.</i>	142
УСУНЕННЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З РОТОВИМ ТИПОМ ДИХАННЯ <i>Самойленко А. В., Дрок В. О.,</i>	142
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТАРІЮЧИХ ЧОЛОВІКІВ <i>Саричев Л.П., Пустовойт А.Л., Саричев Я.В.</i>	143
НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ. <i>Саричев Л.П., Сонник Є.Г, Саричев Я.В.</i>	143
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ СТРУКТУР СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВОРОТАРНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ЛЮДИНИ <i>Свінцицька Н.Л., Шерстюк О.О., Цветкова Я.А., Солдатов О.К.</i>	144

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЗНІМНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ НАЯВНОСТІ СЕРЕДНІХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО РЯДУ Семененко І.П., Семененко Ю.І.	144
ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ Скикевич М.Г.	145
ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ МИНЕРАЛ ТРИОКСИД АГРЕГАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ. Скрипников П.Н., Скрипникова Т.П., Отрощенко О.В., Билоус С.В.	145
ОСОБЛИВОСТІ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ В ОСІБ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА Скрипніков А.М., Боднар Л.А.	146
МЕЗІО-ДИСТАЛЬНІ РОЗМІРИ ЗУБІВ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ФАКТОР У ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНТИЄЮ БОКОВИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ Смаглюк В.І.	147
КУТ АНГУЛЯЦІЇ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПРИКУСУ ІІ КЛАСУ ЗА ANGLE ПРИ НАЯВНОСТІ ТА ВІДСУТНОСТІ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ Смаглюк Л.В., Воронкова А.В., Хадж Ідріс Мохамеднур	147
СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ ЗУБНИХ РЯДІВ ВІКОМ СТАРШЕ 18 РОКІВ ДО АКТИВНОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ БРЕКЕТ-ТЕХНІКОЮ Смаглюк Л.В.	148
МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ В ПЕРІОД РЕТЕНЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОДОНТИЧНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ ЗУБІВ Смаглюк Л.В., Собакар К.О.	148
СТАН БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ М'ЯЗІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ 6-9 РОКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ І СПАДКОВИМ АНАМНЕЗОМ Смаглюк Л.В., Фетісова Г.Л., Ремалі Анас	149
ЗАСТОСУВАННЯ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНОЇ АНКЕТИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ НАРКОЗУ У ДІТЕЙ В АМБУЛАТОРНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ Солонько Г.М, Пайкуш В.А.	149
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ. Сонник Є.Г, Саричев Я.В., Устенко Р.Л.	150
МЕТАБОЛІЧНІ, ОСТЕОМЕТРИЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩУРІВ ЗА УМОВ НАДЛИШКОВОГО УТВОРЕННЯ ОКСИДУ АЗОТУ ІЗ ЕКЗОГЕННОГО ПОПЕРЕДНИКА Сорокін Б.В., Костенко В.О.	150
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СІМЕЙНОЇ ФОРМИ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ Сорокіна С.І., Шевченко Т.І.	151
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ФТОРУ В ШТУЧНО ДЕМІНЕРАЛІЗОВАНІЙ ЕМАЛІ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ ПІД ВПЛИВОМ ЗУБНИХ ПАСТ, ЯКІ МІСТЯТЬ РІЗНІ СПОЛУКИ ФТОРУ Сороченко Г. В.	152
ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ставицкий С.А., Гурикова Т.А.	152
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЕФІЗОЛ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ Степанова С.В., Фесенко В.І., Семенов К.А., Анісімова Л.А., Фесенко Д.В., Рибак М.О.	153

ОСОБЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ГРИБКОВОЮ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ

Супруненко С.М., Ляховський В.І., Матьоха О.П., Ляховська Н.В, Ахрамчук Т.В. 153

ОСОБЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З РЕЗИСТЕНТНИМИ ФОРМАМИ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

Супруненко С.М., Ляховський В.І., Матьоха О.П..... 154

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 7-18 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Суслова О.В., Мирчук Б.Н..... 154

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ОЖИРІННЯ

Тарасенко К. В..... 155

ПАТОГЕНЕЗ СТРЕСОРНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА

Тарасенко Л.М. 155

ЗМІНА СТРУКТУРИ НЕКОЛАГЕНОВИХ БІЛКІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ, НЕДОСТАТНОСТІ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ТА ЇХ СПОЛУЧЕНОГО ВПЛИВУ

Тарасенко Л.М., Білець М.В..... 156

ДЕРМАТОГЕННІ ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Ткаченко П.І., Ищейкин К.Є., Білоконь С.О. 156

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ВЕДУЩЕЙ КОНЕЧНОСТЬЮ, ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТА И СТИЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИРАНКИХ СТУДЕНТОВ УМСА

Ткаченко Е.В., Ищейкин К.Е., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Фазели Ниаки М., Махммуди А., Шадфар А., Ардалан Х., Сартипи Х., Мардани Катаки Ф., Шафгат Парванэ 157

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

Траверсе Г.М., Похилько В.І., Цвіренко С.М..... 157

ОПТИМІЗАЦІЯ ПОКАЗНИКІВ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ РЕСТАВРАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ ДО ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Удод О.А., Землянов С.О. 158

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КИСЛОТООУСТОЙЧИВОСТИ И ГЛУБИНЫ КИСЛОТНОГО МИКРОДЕФЕКТА ЭМАЛИ

Удод А.А., Сироткина Е.В., Яковлева Н.Н..... 158

ВЛИЯНИЕ ВЕДУЩЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ГЕНДЕРА НА ПРИКУС ИРАНКИХ СТУДЕНТОВ УМСА

Фазели Ниаки М., Ищейкин К.Е., Ткаченко Е.В., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Махммуди А., Плиштиев М., Шадфар А., Сартипи Х., Фахер А., Хассанзаде Н..... 159

ТИП ОККЛЮЗИИ ИРАНКИХ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА

Фазели Ниаки М., Ищейкин К.Е., Фахер А., Хассанзаде Н., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Сартипи Х., Ткаченко Е.В., Махммуди А., Плиштиев М., Шадфар А. 160

ЗАСТОСУВАННЯ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ ДЛЯ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГЕРПЕТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Хміль О.В., Колот Е.Г., Андріянова О.Ю. 160

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРПЕС-ВІРУСНИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ.

Хоменко Л.О., Мозгова О.М. 161

ВИВЧЕННЯ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Хоружа Р.Ю..... 161

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЛОССОДИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРИЕМА)	
Хоружая Р.Е., Татаренко Л.Л.	162
ЗАСТОСУВАННЯ МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ МАЮТЬ НЕПЕРЕНОСИМІСТЬ МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕУСКЛАДНЕНОГО КАРІЄСУ.	
Центіло Т.Д., Афанасенко К.Ю.	162
РЕАКЦІЯ КЛІТИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ПАРОДОНТУ ПІСЛЯ ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ	
Цветкова Н.В., Давиденко Г.М.	163
МІКРОБІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ РИЗИКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА	
Черета В.В., Петрушанко Т.О., Лобань Г.А.	163
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ (ТЕРМОПЛАСТОВ)	
Черняевский С.А.	164
ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЯК ГІГІЄНІЧНА І СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА	
Четверикова О.П.*, Саргош О.Д.**,*Безпала З.В.***	164
ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТУ	
Чечотіна С.Ю.	165
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ДВУХМЕРНЫХ И ТРЕХМЕРНЫХ МЕТОДОВ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ	
Чижевский И.В., Губанова О.И., Губанова Д.В.	165
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ИММУНИТЕТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ 11-12 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЕ	
Чижевский И.В., Колесникова А.Г., Якубенко Е.В.	166
РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТУ ГАЛЬМУВАННЯ МІГРАЦІЇ ЛЕЙКОЦИТІВ У ХВОРИХ, ЯКИМ ВИГОТОВЛЯЛИ МЕТАЛЕВІ КУКСОВІ ВКЛАДКИ	
Чулак-Колотіліна Ю. Л.	167
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ	
Чухрай Н.Л.	167
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕВРИТА НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА	
Шаблій Д.Н., Морозова М.Н., Джерелей А.А.	168
СТЕНОКАРДІЯ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ОБМІН, ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА	
Шапошник О.А., Новак О.В., Кітура О.Є., Приходько Н.П.	168
ПРО НЕДОСКОНАЛІСТЬ РОЗПОДІЛУ НАВАНТАЖЕННЯ МІЖ ОКЛЮЗІЙНОЮ І РЕТЕНЦІЙНОЮ ЧАСТИНАМИ ЗУБА ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КЛАМЕРІВ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА.	
Шарпило Г.А., Єрис Л.Б.	169
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ»	
Шевченко В. В.	169
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У ДЕТЕЙ	
Шевчук В.А., Назарян Р.С.,* Одушкина Н.В.	170
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЛИЦ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ	
Шеметов О.С.	170

РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТКАНИН
ПАРОДОНТУ.

Шинкаренко О.В., Силенко Ю.І. 171

РЕТРАКЦІЯ ЯСЕНЕВОГО КРАЮ

Шиян Є.Г., Шиян Ю.Є. 171

ТЕЛЕСКОПІЧНА СИСТЕМА ФІКСАЦІЇ

Шиян Є.Г., Шиян Ю.Є. 172

МОРФОЛОГІЧНІ ЕКВІВАЛЕНТИ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК ОРГАННИХ УРАЖЕНЬ У
НОВОНАРОДЖЕНИХ, ПОМЕРЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ

Шкурупій Д.А. 172

СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Шуклін В.А., Винник М.І., Ковалишин А.Ю. 173

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СУЧАСНИХ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ БАЗИСІВ ТА
КАРКАСІВ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Шульженко О.Ю., Силенко Ю.І. Хребор М.В. 173

«ТАК» ЧИ «НІ» ДЖЕНЕРИКАМ

Шундрік М.А., Марченко І.Я. 174

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕЗІВ ІЗ ПОЛІПРОПІЛЕНУ ПРИ ТОКСИКО-АЛЕРГІЧНОМУ
СТОМАТИТІ

Штурмінський В. Г. 174

НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ АДЕНТІЄЮ ВЕРХНІХ
ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ КІСТКОВОГО ВІКУ

Якимець А.В. 175

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-
СТОМАТОЛОГА

Яценко И.В., Бондаренко В.В. 175

РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ ПРИ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ОДНОГО ИЗ НИХ

Яценко О. И., Хатами Хорасани Амин 176

ВСТУП

ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ "УКРАЇНЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ" 90 РОКІВ

Ждан В.М.

Відзначаючи славетний ювілей академії, чітко усвідомлюєш з поглядом у минуле як багато зроблено, напрацьовано і одночасно розумієш наскільки наполегливо потрібно трудитися задля конкурентоспроможності, визнання закладу на загальнодержавному та світовому рівні.

90 років тому відбулась знаменна дата в житті країни, яка стала переламним моментом в історії вищої медичної освіти і визначила її майбутнє – був закладений фундамент вищої стоматологічної освіти в Україні, а стоматологія визнана невід'ємною галуззю клінічної медицини.

Здійснилась мрія видатних вітчизняних хірургів М.І. Пирогова, М.В. Скліфосовського, М.Б. Фабриканта, а також ентузіастів зуболікарської справи Ю.М. Гофунга, П.Г. Дауге, О.О. Лімберга та інших про визнання одонтології рівноправним розділом вищої медичної освіти.

Українська медична стоматологічна академія за 90 років пройшла шлях від одонтологічного факультету у складі Харківської медичної академії до сучасного багатопрофільного навчального закладу, який має чотири факультети, медичний коледж, науково-дослідний інститут, спеціалізовану Вчену раду по захисту докторських дисертацій, академічну стоматологічну поліклініку.

Сьогодні академія є провідним спеціалізованим закладом з підготовки лікарів-стоматологів з досвіченим і потужним кадровим потенціалом: на 50 кафедрах працюють 86 професорів, 83 доктори медичних наук; 342 кандидати медичних наук, 169 доцентів. Серед них – 2 лауреати Державної премії України, 5 заслужених діячів науки і техніки України та 7 заслужених лікарів України.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" акредитований за IV рівнем акредитації, який має право на надання освітніх послуг, пов'язаних з одержанням вищої освіти на рівні кваліфікаційних вимог до молодшого спеціаліста, бакалавра, спеціаліста, магістра (в т.ч. для іноземних громадян) з ліцензованим обсягом прийому 6165 осіб.

За час існування академія підготувала близько 30 тисяч лікарів-стоматологів, 12 тисяч лікарів медич-

ного профілю різних спеціальностей і в свій ювілейний рік здійснила перший випуск лікарів, які навчались згідно Болонської системи і тим самим зробила значний крок до входження в Європейський освітній простір та дала можливість випускникам бути конкурентоздатними і визнаними спеціалістами у будь-якій державі світу.

З 1960 р. академія готує лікарів із числа іноземних громадян. З 2003 року за спеціальностями "Стоматологія" і "Лікувальна справа" розпочалась підготовка студентів-іноземців англійською мовою. Академія має відповідні навчальні плани, програми і навчальну літературу. Для вдосконалення та поглибленого вивчення фахової англійської мови викладачами академії на базі закладу організовані і постійно діють відповідні курси.

Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія” є провідним навчальним закладом із підготовки навчально-методичних матеріалів та забезпечення ними профільних вузів. Згідно наказів МОЗ України 9 кафедр академії є опорними з питань підготовки медичних кадрів: 6 кафедр із додипломної підготовки та 3 кафедри з післядипломної освіти.

Тільки за останні п'ять років професорсько-викладацьким колективом академії створено 25 навчальних планів і програм для стоматологічного факультету, 8 для медичного, 22 навчальних плани і програми з післядипломного навчання на циклах стажування, спеціалізації та передатестаційних циклах. Всі вони отримали гриф ЦМК з вищої медичної освіти МОЗ України та розповсюжені у профільні вузи.

Співробітники 9 кафедр академії є співавторами 9 національних підручників для студентів та для лікарів-інтернів. Тільки за останні 5 років в академії створено та видано 608 видань навчально-методичної літератури, з них 23 підручники, 316 навчальних посібників, 19 монографій, 6 атласів.

Академія бере активну участь у міжнародних виставках, рейтингах, конкурсах, освітніх виставках-презентаціях. За досягнення в організації навчально-виховного процесу – науково-методичні інновації, сучасні інформаційно-телекомунікаційні та мультиме-

дійні системи навчання – академія була нагороджена дипломом “За підготовку висококваліфікованих фахівців” та неодноразово нагороджувалася дипломами “За вагомий внесок у розвиток науки і освіти України”.

У 2005 році у номінації “Створення системи підготовки випускників вищих навчальних закладів до конкурентних умов праці” академія нагороджена Срібною медаллю та Дипломом виставки за високі досягнення у педагогічній і науковій діяльності та вагомий внесок в модернізацію національної системи освіти. За багаторічну інноваційну педагогічну діяльність з модернізації освіти академії присвоєне почесне звання „Лідер сучасної освіти”.

Українська медична стоматологічна академія – учасник рейтингу вищих медичних навчальних закладів. У 2005р. академія – лауреат рейтингу вищих навчальних закладів “Софія Київська – 2005”. Також у 2005р. педагогічний колектив академії нагороджений дипломом Міжнародного Академічного Рейтингу популярності “Золота фортуна” з присвоєнням титулу “Лауреат Рейтингу”.

Академія взяла участь у Міжнародній виставці “Освіта і кар’єра-2006” та третій Міжнародній виставці-презентації “Інноваційні технології навчання” і стала лауреатом конкурсу “Інновації у навчальному процесі”.

В 2007 році Українська медична стоматологічна академія брала участь у десятій Ювілейній міжнародній виставці навчальних закладів “Сучасна освіта в Україні – 2007”, яка проходила з 15 по 17 лютого 2007р. у м. Києві. У номінації “Національна мережа шкіл сприяння здоров’ю – стратегічний напрям розвитку освітнього середовища” академія нагороджена бронзовою медаллю, а також Дипломом за високі творчі досягнення в удосконаленні змісту навчально-виховного процесу. За багаторічну науково-педагогічну діяльність з інноваційного розвитку освіти України академії присвоєне почесне звання “Лідер сучасної освіти”.

У 2010 році колектив академії отримав срібну медаль на Міжнародній виставці «Сучасні навчальні заклади – 2010», золоту медаль у 2009 та 2011 роках у Міжнародній виставці «Освіта та кар’єра» у номінації „Інноваційний розвиток освіти та сучасні педагогічні технології”.

За високі показники у рейтинговому виставковому конкурсі „Наукова діяльність і підготовка науково-педагогічних кадрів” академія нагороджена Дипломом Міністерства освіти і науки України.

Трудовий колектив академії за вагомий внесок у розвиток медичної освіти і науки нагороджений Почесною Грамотою Кабінету Міністрів України (м. Київ, №12997, 26 червня 2007р.).

Академія, як учасник загальноукраїнського проекту “Найкращі заклади медичної освіти України – медичний олімп”, нагороджена Дипломом Міністерства охорони здоров’я України та Міністерства освіти і науки України за значний внесок у розвиток медичної освіти України.

Науково-дослідна робота в академії проводиться науково-педагогічними працівниками 49 кафедр, науковими співробітниками НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики, проблемних лабораторій. В академії відкрита

аспірантура за 35 спеціальностями, де навчається 65 аспірантів (в тому числі іноземні громадяни), докторантура із спеціальності «Стоматологія». Тільки за останні 5 років захистили дисертації на здобуття вченого ступеня доктора медичних наук – 23 співробітників, кандидата медичних наук – 130 співробітників.

Академія отримала позитивну відповідь на заявку про вступ до Міжнародної Асоціації Університетів (International Association of Universities (Франція).

Академію включено до Всесвітньої електронної бази даних медичних закладів ВООЗ “AVICENNA Directories” (Університет Копенгагена, Данія).

В академії видаються фахові журнали, які включені до переліку ВАК України: “Проблеми екології та медицини”, „Вісник проблем біології і медицини”, “Український стоматологічний альманах”, “Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії”, „Світ медицини та біології”.

Спеціалізована учена рада Д 44.601.01 по захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 «Стоматологія», медичні науки діє в академії з 1991 року. Протягом 20 років існування спеціалізованою вченою радою розглянуто 241 дисертація, з них 26 – на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, 215 – кандидата медичних наук.

Вчені академії приділяють значну увагу новим стоматологічним технологіям: розроблені унікальні технології виготовлення стоматологічних конструкцій, які суттєво переважають закордонні аналоги; розроблені нові технології фотополімерних покриттів; розроблене і налагоджене виробництво лікувальних препаратів та профілактичних засобів для стоматологічної практики. Стоматологічний центр академії “Комподент” активно співпрацює з фірмами “Дентсплай” (Великобританія, Німеччина), “Євромед” (Словаччина), “Хагерт унд Веркен” (Німеччина), “Детек” (Швеція).

Створений унікальний навчально-науково-лікувальний підрозділ у складі академії – Академічна стоматологічна поліклініка, яка надає висококваліфіковану спеціалізовану амбулаторну стоматологічну допомогу населенню Полтавської області та регіонів України за зверненням. У роботу стоматологічної поліклініки впроваджено сучасні методи ендодонції, реставрації зубів, застосовуються сучасні конструкції зубних протезів, виконується хірургічна підготовка ротової порожнини до протезування, пластика альвеолярних відростків, пародонтопластика.

Для успішного втілення наукових досягнень у практику охорони здоров’я академією укладені угоди з Інститутом кріобіології та кріомедицини НАН України (м. Харків); Інститутом фармакології та токсикології АМН України; Науково-дослідним інститутом стоматології (м. Одеса); Інститутом ливарництва НАН України; Науково-дослідним інститутом хімії поверхні АН України та із закордонними організаціями: з Німецьким центром досліджень раку (м. Гейдельберг); з міжнародним науковим центром медико-радіаційних, екстремальних та реабілітаційних проблем (м. Санкт-Петербург). При академії створені: центр для вивчення та випробування хірургічних шовних матеріалів та імплантатів; навчально-

консультативний діабетологічний центр; медико-діагностичний науковий реабілітаційний центр; навчально-консультативний пульмонологічний центр; гастроентерологічний науково-консультативний центр.

Відзначаючи 90-ту річницю від дня заснування вишу, слід зазначити, що професорсько-викладацький склад Української медичної стоматологічної академії здатний розробляти і впроваджувати передові сучасні технології в навчальну і наукову роботу, практичну діяльність на додипломному та післядипломному етапах підготовки фахівців.

Відаючи данину поваги і вдячності нашим попередникам, ми зазначаємо їх безцінний внесок у розвиток нашої академії, оскільки саме завдяки їм ми маємо певні досягнення і перспективу подальшого розвитку академії.

Ювілей академії – це поштовх до невпинного руху вперед, він надихає на нові творчі здобутки і звершення. Колектив академії має багато планів і задумів, у нього великий інтелектуальний потенціал, інноваційні навчальні та наукові технології задля забезпечення охорони здоров'я нашого народу.

ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ВИЩОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОСВІТИ: ШІСТЬ ПЕРІОДІВ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ АКАДЕМІЇ

Ждан В.М., Бобирьов В.М., Скрипник І.М.

Особливої актуальності проблема підготовки зубних лікарів постала у Росії в XIX ст. Незважаючи на значну поширеність серед населення (до 80%) захворювань зубів і тканин пародонта, зуболікарська допомога хворим не надавалася через відсутність кадрів, оскільки їх підготовка не проводилась ні в Росії (до 1881 р.), ні в Україні (до 1900 р.).

Проаналізувавши і узагальнивши результати власних спостережень і своїх колег, М.В. Скліфосовський у виступі на VI з'їзді природознавців і лікарів обґрунтував пропозицію про необхідність підготовки зубних лікарів з вищою медичною освітою на медичних факультетах університетів. Це стало підґрунтям для введення приват-доцентури на кафедрах хірургічних хвороб медичних факультетів Петербурзького і Московського університетів та Військово-медичної академії.

Після першої світової війни у зв'язку зі значним збільшенням кількості поранених і хворих із ураженнями органів порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки, питання про підготовку кваліфікованих лікарських кадрів стоматологів почало набувати особливої актуальності.

У харківських і київських медичних і зуболікарських колах тих років вважали, що кваліфіковану і спеціалізовану стоматологічну допомогу населенню України зможуть надати тільки лікарі, які обрали професію стоматолога з самого початку, з перших кроків навчання на стоматологічних факультетах медичних інститутів або у медичних стоматологічних інститутах з 4-річним терміном навчання. Після розробки навчального плану, програм і їх обґрунтування з медичної та економічної точки зору, обговорення і схвалення на засіданні медичної і зуболікарської громадськості м. Харкова ці матеріали були представлені на розгляд в Укрголовпрофос.

30 вересня 1921 р. колегія Укрголовпрофосу прийняла рекомендації про створення одонтологічного факультету у складі Харківської медичної академії та проведення відповідних організаційних заходів.

8 листопада 1921 р. на засіданні малої колегії Укрголовпрофосу було прийняте рішення про перетворення Харківської медичної академії у медичний інститут із двома факультетами: медичним і одонтологічним. Цим історичним рішенням був закладений фундамент вищої стоматологічної освіти в Україні, а стоматологія визнана невід'ємною галуззю клінічної медицини.

Здійснилась мрія видатних вітчизняних хірургів М.І. Пирогова, М.В. Скліфосовського, М.Б. Фабриканта, а також ентузіастів зуболікарської справи Ю.М. Гофунга, П.Г. Дауге, О.О. Лімберга, О.І. Євдокімова та інших про визнання одонтології рівноправним розділом вищої медичної освіти та галуззю клінічної медицини.

Права одонтологічного факультету успадкував із 1931 р. Харківський стоматологічний інститут, з 1967 р. – Полтавський медичний стоматологічний

інститут, а з 1994-го — Українська медична стоматологічна академія.

У своєму становленні та розвитку Українська медична стоматологічна академія пройшла тернистий шлях, який умовно можна поділити на шість періодів: перший – з моменту організації одонтологічного факультету при Харківській медичній академії (1921-1931); другий – з моменту перетворення факультету в самостійний Харківський стоматологічний інститут (1931–1941); третій – період евакуації у м. Фрунзе (Киргизька РСР) і його функціонування як факультету Киргизького медінституту (1941-1944); четвертий – реевакуація у м. Харків після його звільнення від німецько-фашистських загарбників, відновлення баз підготовки кадрів і подальший розвиток наукових досліджень (1944-1967); п'ятий – переведення у м. Полтаву і перетворення його у Полтавський медичний стоматологічний інститут (1968-1993); шостий – з 1994 р., від перетворення інституту в Українську медичну стоматологічну академію.

Перший період (1921-1931)

У вересні 1921 р. на першому курсі одонтологічного факультету Харківської медичної академії розпочали навчання 250 осіб із середньою освітою, які склали вступні іспити. На другий курс були зараховані 169 слухачів, котрі перейшли на 2 курс зуболікарської школи і у період літніх канікул прорудіювали скорочений курс медико-біологічних дисциплін.

Відкриття одонтологічного факультету – підсумок багаторічної боротьби за створення самостійної системи підготовки лікарів-стоматологів, у якій провідна роль належить українській медичній і зуболікарській громадськості. Створення одонтологічного факультету знайшло підтримку серед багатьох спеціалістів як в Україні, так і за її межами.

Відкриття одонтологічного факультету саме в Харкові пов'язане з необхідністю надання спеціалізованої допомоги учасникам громадянської війни, які дістали поранення щелепно-лицевої ділянки і перебували на лікуванні у шпиталях України, що підтверджується і тим, що на факультеті з початку його створення і до 1929 р. курс хірургічної стоматології викладали на двох кафедрах: на кафедрі хірургії голови і обличчя (завідувач – професор М.Б. Фабрикант) і на кафедрі оперативної одонтології (завідувач – професор І.Г. Гайзенберг). Крім того, харківські одонтологи відрізнялись великою наполегливістю в реалізації резолюцій і побажань, які протягом 25 років вносилися на всіх зуболікарських з'їздах і нарадах: увести зуболікарську освіту у стіни вищої школи як галузь клінічної медицини. З початку створення факультету розгорнулася велика робота зі складання раціонального навчального плану з профілізації викладання теоретичних і загальноклінічних дисциплін.

Ще до затвердження положення про одонтологічний факультет була призначена комісія у складі

професорів Д. П. Гриньова, Я. Я. Постоєва, Г.А. Маслова, Ю.М.Гофунга і А.Є. Раковського для складання навчального плану і програм. Перший план, складений цією комісією, був затверджений Укрголовпрофосом. Проте, після аналізу якості підготовки перших двох випусків, були внесені корективи щодо 4-річного терміну навчання. Цей план був схвалений ректорською нарадою медінституту і 11 червня 1926 р. затверджений головною науково-навчальною комісією МОЗ України. Деканом факультету був призначений Ю.М. Гофунг.

При факультеті були створені 4 кафедри: консервативного зуболікування з пропедевтичною одонтологією (завідувач – професор Ю.М. Гофунг), протезного зуболікування з ортодонтією (завідувач – І.А. Баранов), оперативного зуболікування з щелепною ортопедією і окремої хірургії порожнини рота і суміжних ділянок (завідувач – професор М.Б. Фабрикант).

Теоретичні та загальноклінічні дисципліни вивчалися на відповідних кафедрах інституту. Профільною базою факультету стала Харківська державна зуболікарська школа.

Організація стоматологічного факультету вимагала від його керівників і організаторів, усього викладацького складу значних зусиль. Це було нове явище, яке утвердило своє право на існування у гострій, принциповій боротьбі проти старої системи підготовки кадрів стоматологів. У подолання труднощів і створення сприятливих умов для роботи факультету значний внесок зробили всі викладачі, громадські організації. Вони були активною силою у вирішенні всіх завдань щодо створення стоматологічної служби, підтримуючи все нове, передове у процесі навчання і виховання студентів. У результаті великої праці і зусиль усього колективу факультету в 1924 р. відбувся перший випуск лікарів-одонтологів у кількості 72 осіб. Усього за період з 1924 по 1931 р. факультет підготував 397 спеціалістів-стоматологів.

За час існування на факультеті склався дієздатний, висококваліфікований колектив, який поряд із вирішенням навчальних завдань зробив вагомий внесок у розвиток медичної науки. Співробітники факультету створили 13 навчальних посібників зі стоматології і велику кількість методичних посібників для студентів.

Серед викладачів, які працювали в ті роки на факультеті і стояли біля витоків вищої стоматологічної освіти – відомий анатом академік В.П. Воробйов, автор видатних праць з новітніх методів бальзамування. Саме йому було доручено у 1924 р. здійснити заходи, які забезпечили збереження тіла В.І. Леніна. Академік В.П. Воробйов першим серед медиків був удостоєний високої нагороди держави – ордена Леніна. Йому була присуджена премія ім. В.І.Леніна – вища наукова нагорода того часу і присвоєне звання заслуженого професора СРСР.

На факультеті працювали академіки Г.В. Фольборт і В.І. Данилевський – видатні радянські фізіологи; професор С.М. Компанієць – видатний оториноларинголог; професор Р.Д. Синельников – автор 3-томного «Атласу анатомії людини» та ін. Великий внесок у розробку навчально-методичних проблем зробив професор Ю.М. Гофунг, автор методичного

посібника «Основи одонтології». Значну роль в організації навчально-методичної і наукової роботи на факультеті, а потім в інституті займав почесний член Всесвітньої асоціації стоматологів професор М.Б. Фабрикант, автор низки посібників з хірургічної стоматології.

Таким чином, за перше десятиліття існування факультету він разом з одонтологічним факультетом Київського медичного інституту стали першими спеціалізованими вищими навчальними закладами для підготовки стоматологів, методичними центрами стоматологічної освіти в Україні.

Другий період (1931-1941)

Процес становлення і подальшого розвитку стоматологічного факультету, а потім інституту, відбувався у дуже складних умовах, які склалися у країні на початку 30-х років.

Економічні труднощі, котрі переживала країна, пошуки шляхів виходу з них вимагали вдосконалення заходів з охорони здоров'я людей, розширення мережі лікарень, санаторіїв, будинків відпочинку, диспансерів, стоматологічних поліклінік і т. ін. Вирішити ці та інші завдання можна було тільки за умови більш якісної підготовки стоматологічних кадрів.

Саме в цей період, у серпні 1931 р. (наказ по НКОЗ УРСР № 78 від 19 серпня 1931 р.), стоматологічний факультет Харківського медичного інституту був реорганізований у самостійний Харківський стоматологічний інститут із 4-річним терміном навчання. Були створені 3 спеціальні кафедри: хірургічної стоматології, терапевтичної стоматології, ортопедичної стоматології. Кожна кафедра мала необхідну навчальну базу. Інститут був укомплектований висококваліфікованими професорсько-викладацькими кадрами. Директором інституту призначений М.В. Нежданов, заступником із науково-навчальної роботи – професор Ю.М. Гофунг.

Організаційна структура Харківського стоматологічного інституту, очевидно, була покладена в основу створення аналогічного інституту в Києві. Тривалий час Харківський і Київський стоматологічні інститути були єдиними стоматологічними вищими навчальними закладами в СРСР.

9 червня 1935 р. після проведення Всеросійської наради із зуболікарської освіти був виданий наказ Наркомосвіти РРФСР №486 «Про заходи по підготовці до відкриття стоматологічних інститутів», у якому накреслювалися шляхи для подальшої підготовки і навчання стоматологічних кадрів. Стоматологічні інститути були відкриті у Москві, Ленінграді, Пермі, потім у Казані, Іркутську, Смоленську, Воронежі, Горькому, Тбілісі.

На долю Харківського стоматологічного інституту випала почесна і відповідальна роль науково-методичного центру навчальної і наукової діяльності у галузі стоматології.

Створення інституту вимагало великого напруження творчих і організаційних сил усього професорсько-викладацького складу. Потрібно було докорінно змінити підхід до лікувального і навчального процесу. Досвід цієї роботи був накопичений у стінах одонтологічного факультету. Вже тут був здійснений перехід від традицій зуболікарської школи до об'єднання

кадрів викладачів, здатних готувати лікарів-стоматологів.

Спеціальні стоматологічні кафедри виростили і зміцнили, як правило, їх очолювали доктори медичних наук професори: Ю.М. Гофунг, І.А. Баранов, Б.Б. Брандсбург, М.Б. Фабрикант та ін.

Уже у 1935 р. штати стоматологічних кафедр значною мірою були укомплектовані лікарями-стоматологами, які закінчили Харківський стоматологічний інститут, а потім при ньому клінічну ординатуру або аспірантуру і захистили кандидатські дисертації.

Учені інституту зробили великий внесок у розвиток стоматології. Тільки за два передвоєнні роки ними написано понад 180 наукових робіт. Успішно велася робота з підвищення кваліфікації педагогічних кадрів. На цей час у вузі працювали 11 докторів і 26 кандидатів медичних наук.

Постійно зміцнювалася навчальна і клінічна база. До війни кафедра хірургічної стоматології мала стаціонар на 70 ліжок і амбулаторію на 150 відвідувань за день. Кафедра терапевтичної стоматології мала клініку на 27 робочих місць, оснащених необхідним обладнанням і фізіотерапевтичною апаратурою, і рентген-кабінет, тут приймали до 120 хворих за день; при кафедрі були створені навчальний музей і патологоанатомічна лабораторія. Кафедра ортопедичної стоматології мала можливість амбулаторно приймати 125 хворих за день; прийом проводився у клініці на 25 крісел. При кафедрі працювала добре обладнана зуботехнічна лабораторія. Перед війною кафедра створила невеликий, але цікавий навчальний музей.

Інститут постійно відчував турботу про вдосконалення його бази. Так, у 1937-1938 рр. була відбудована 2-а міська лікарня, і ХМІ отримав прекрасну клінічну базу, зокрема з хірургічних хвороб. Сюди ж, у 2-у лікарню, перейшла кафедра патологічної анатомії, яка отримала секційну, навчальну кімнату для практичних занять і лабораторію з музеєм.

Поряд із великою організаційною, навчально-методичною і лікувально-консультативною діяльністю співробітники інституту активно розробляли в експерименті і клініці актуальні проблеми стоматології – одонтопатології, щелепно-лицевої хірургії та ортопедії.

Особливо значну роль у вивченні важливих питань стоматології у довоєнні роки (1921-1941) відіграли співробітники кафедри терапевтичної стоматології, коли колектив очолював заслужений діяч науки, професор Ю.М. Гофунг. Провідною науковою темою кафедри була одонтопатологія. За цей період співробітники кафедри виконали 56 наукових робіт з патології і терапії карієсу, пульпіту, періодонтиту. Оригінальними роботами є монографія «Одонтопатологія» (Г. А. Маслов, 1926), докторська дисертація «Матеріали до клінічного діагнозу пульпіту» і монографія на цю ж тему (Ю. М. Гофунг, 1928); кандидатські дисертації: «Матеріали до вивчення гангрену пульпи» (Я. Л. Фрідман, 1936), «Дія лужної миш'яковистої пасти на тканину пульпи» (М. М. Кисельова, 1937), «Морфологічні зміни зубних тканин кролів під впливом механічної травми емалі і дентину та реакція РЕС пульпи на травму» (Т. Г. Гольдова, 1937), «Вплив одонтопародонтолізаторів на розви-

ток зубів і щелеп у цуценят» (С. І. Вайс, 1936). У наступні роки С. І. Вайс очолював кафедру терапевтичної стоматології на стоматологічному факультеті Іркутського медінституту. Поряд із одонтологією на кафедрі приділялася увага дослідженню хвороб слизової оболонки порожнини рота. Основи цього напрямку закладені у працях Г.А. Маслова (1923), Ю. М. Гофунга (1924), Я. Л. Фрідмана (1940).

Значна науково-дослідна робота проводилася на кафедрах оперативної одонтології (завідувач – професор І. Г. Гайзенберг), хірургії голови і обличчя (завідувач – професор М. Б. Фабрикант). На цих кафедрах читався курс хірургічної стоматології. У 1929 р. внаслідок злиття названих двох кафедр була організована кафедра хірургічної стоматології, яку очолював заслужений діяч науки, професор М. Б. Фабрикант. У довоєнні роки він був широко відомий у країні і за її межами як видатний учений і педагог. Багато учнів професора успішно захистили дисертації, деякі самостійно завідували кафедрами, відділеннями щелепно-лицевої хірургії і плідно займалися науковою роботою. Серед них: професор Л. М. Лінденбаум, доценти М. М. Слуцька, С. З. Гуткін, В. І. Коробков, П. К. Гузенко, А. І. Шнейдер, Н. І. Заславський, А. Я. Тарловський та ін.

Плідно працював у довоєнний час і колектив кафедри ортопедичної стоматології. Тут вивчалися різні аспекти однієї з основних проблем ортопедичної стоматології – протезування беззубих щелеп (Б. Б. Брандсбург, Г. Г. Вальтер, С. Я. Кац, Д. Л. Горкін, А. К. Недьоргін, А. Е. Рофе). Разом з цим на кафедрі розроблялися також питання ортодонції (Е. Г. Шепшелевич, М. М. Хотинська, Д. С. Айзенберг, І. Л. Злотник, О. І. Позднякова).

Кафедра оперативної хірургії і топографічної анатомії продовжувала роботу, розпочату видатним хірургом-клініцистом, топографоанатомом професором О.В. Мельниковим. Тут велася активна наукова і педагогічна діяльність, досліджувалися проблеми вікової анатомії і хірургії. Кафедра підготувала збірник праць із топографічної анатомії дитячого віку і керівництво до практичних занять із топографічної анатомії.

Значні і цінні профільні роботи протягом багатьох років проводила кафедра мікробіології, яку очолювали професор Д. П. Гриньов, а згодом – професор С.Л. Утевська. Їх результати знайшли свій вияв у підготовці та виданні монографії «Мікробіологія ротової дуплини» (1932) і «Практикуму з мікробіології» (1940).

Наукова продукція вчених інституту сприяла підготовці і вихованню кількох поколінь кваліфікованих лікарів-стоматологів і наукових працівників.

З вересня 1931 р. по вересень 1941 р. інститут підготував 650 лікарів, а всього з 1921 р. – 913 лікарів-стоматологів. Крім того, заочне відділення, екстернат і курси перекваліфікації закінчили більш як 2500 зубних лікарів, які отримали кваліфікацію лікарів-стоматологів.

До початку Великої Вітчизняної війни випускники Харківського стоматологічного інституту працювали в усіх кутках країни, а також у Червоній Армії. Багато з них стали досвідченими організаторами охорони здоров'я, військовими стоматологами, більше десяти – керівниками кафедр медичних вузів (С. І.

Вайс, Е. Д. Бромберг, А. К. Недьорґін, А. Е. Рофе, Л. М. Лінденбаум, М. М. Транквілітаті, С. С. Блінкін, М. М. Слуцька та ін.).

Третій період (1941-1944)

Великий вклад у титанічний труд працівників охорони здоров'я у період Великої Вітчизняної війни внесли професорсько-викладацький склад, співробітники і студенти Харківського державного стоматологічного інституту.

22 червня 1941 р. у корпусі по вул. Пушкінській, 7 проходила наукова конференція. Об 11 годині 45 хвилин було зроблено перерву, під час якої стало відомо про віроломний напад фашистської Німеччини на Радянський Союз.

23 червня в інституті відбувся випуск спеціалістів-стоматологів. Згідно з наказом №58 від 23 червня дипломи лікаря-стоматолога було вручено 180 студентам. Дипломи з відзнакою одержали М. Ф. Баликирів, М. І. Микитас, Т. С. Нехороших, М. Ф. Шарґрад. 62 студенти були переведені на другий курс, 132 – на третій, 130 – на четвертий.

Цього ж 23 червня директор інституту Г.А. Личман видав наказ № 56, де вказувалось, що Президія Верховної Ради СРСР оголосила мобілізацію військово-возобов'язаних 1905-1918 рр. народження, введення воєнного стану на території України, Білорусії і ряду областей Російської Федерації. Наказ вимагав звільнити від навчання чи роботи всіх, хто підлягав призову у Робітничо-Селянську Червону Армію, знайти їм заміну, повністю виплатити все зароблене, прийняти від них усі справи та майно. Далі наказ вимагав реорганізувати групи по всіх курсах, скласти розклад, організувати навчання за скороченим планом Наркомату охорони здоров'я СРСР відповідно до спеціальної інструкції.

Чітка робота всіх структур радянської держави забезпечила призов у Червону Армію уже на 1 липня (за перші вісім днів війни) 5,3 мільйона чоловік. Харківський стоматологічний інститут у перший період направив в армію 45 осіб: 27 викладачів, 16 співробітників і 2 студенти.

У перші дні війни з ініціативи інституту в м. Харкові були сформовані 5 військових евакогоспіталів. Військовий госпіталь № 1350 був повністю укомплектований працівниками інституту. В ньому, а також у госпіталях № 1085, 1352 та інших стали за операційні столи професор М. Б. Фабрикант, доценти С. З. Гуткін, Е. Б. Шварцґер; асистенти Д. Л. Горкін, Н. І. Заславський, С. І. Авраїмова, Н. І. Полушкіна, Ф. І. Прасол, Н. А. Добитко; аспіранти В. Смолін, А. К. Куют, І. І. Итиґін; лікарі Л. В. Акс, І. Гальґарт, П. Ружинський, Е. Кавалерчик, І. Білецький, І. Я. Руднєв, Г. Грицай, В. Р. Волошина, Е. М. Баранова, А. П. Чечіль та інші, всього 45 чоловік.

Госпіталь № 1350 дислокувався спочатку в Харкові, потім у Житомирі та інших містах. Він приймав в основному поранених в обличчя, які надходили з різних фронтів. Начальником цього госпіталю був призначений завідуючий кафедрою ортопедичної стоматології доцент А. Е. Рофе — випускник інституту 1931 р., госпіталь обслуговував різні fronti.

На початку війни сили і можливості німецько-фашистських військ значно переважали, і Червона Армія змушена була відступати велич країни. У серп-

ні вона вела оборонні бої на східних берегах Дніпра. Постало питання будівництва оборонних споруд навкруг Харкова, який мав виключно важливе економічне, політичне і воєнно-стратегічне значення. Більше 200 тисяч жителів міста вийшли на це будівництво. Згідно з наказом директора інституту від 20 серпня 1941 р. за № 102 сюди під керівництвом Г. А. Личмана були мобілізовані всі співробітники — чоловіки від 18 до 55 років і жінки від 18 до 50 років.

Загроза вторгнення фашистських військ на Харківщину викликала необхідність евакуації промислового обладнання і значної частини кваліфікованих кадрів. З Харкова на схід було відправлено 320 ешелонів із заводським обладнанням і 225 ешелонів з людьми. У зв'язку з цим за наказом директора стоматологічного інституту від 2 жовтня 1941 р. за № 128 було звільнено близько 150 викладачів і співробітників, а 4 та 8 жовтня видано накази відповідно за № 129 та 134, де визначався штат співробітників у кількості 22 чоловік для охорони майна і приміщень інституту.

Евакуація проходила з 8 по 15 жовтня 1941 р. 20 жовтня розпочалися оборонні бої за Харків, а 25 жовтня частини і з'єднання 38-ї армії Південно-Західного фронту під натиском переважаючих сил ворога змушені були залишити місто. За розпорядженням народного комісаріату охорони здоров'я і Всесоюзного комітету у справах вищої школи інститут був евакуйований у столицю Киргизької РСР — м. Фрунзе (нині Бішкек) і там реорганізований у стоматологічний факультет Киргизького медичного інституту.

У період окупації Харкова група лікарів під керівництвом професора А. І. Мещанінова створила підпільний госпіталь, де лікували поранених радянських воїнів, які не змогли евакуюватись. Це був справжній подвиг — у неймовірно складних умовах кривавого гітлерівського режиму рятувати життя сотням білців. Багатьом із них допомогли повернутися на фронт. Разом з професором А. І. Мещаніновим працювала хірургом Н. І. Обухова — випускниця інституту 1941 р.

Протягом 1941 — 1944 рр. було здійснено п'ять випусків лікарів-стоматологів загальною чисельністю близько тисячі спеціалістів.

Велику роботу щодо підготовки спеціалістів у важких умовах війни проводили видатні вчені зі світовим іменем: Фабрикант М.Б., Гофунґ Ю.М., Власенко П. В., Фрідман Я.Н., Бромберг Е.Д., Личман Г.А., Ломакін П.Ф., Добровольська Є.І., Халипський А.Л.

Після переможного закінчення Великої Вітчизняної війни Інститут повернувся з евакуації у Харків. Професорсько-викладацький склад поповнився вченими з воєнним досвідом, які рятували воїнам життя від найскладніших поранень і захворювань в екстремальних умовах. І цей досвід вони передавали студентам видатні вчені: Воронянський Г.С., Гуревич Г.М., Доценко М.Ф., Золотарьова Т.В., Істомін П.П., Савіцький А.Я., Сердюкова О.О., Фролов П.Ф., Харламова О.В.

Багато колишніх воїнів, безпосередньо беручи участь у боях, ще на фронті визначили для себе майбутню професію лікаря. Після переможного завершення Великої Вітчизняної війни у Харківський медичний стоматологічний інститут прийшли навчатися і досі в ньому працюють:

Максименко Павло Тихонович, зв'язківець, офіцер, воював із січня 1942 р. і до останнього дня війни на Північнокавказькому, Степовому, II і III фронтах. Тяжко поранений. Навчався в інституті у 1947–1951 рр. З 1951 р. — клінічний ординатор, асистент, доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології (1961—1990), декан стоматологічного факультету (1957—1961, 1977–1979), з 1991 р. — професор кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів. Доктор медичних наук, професор, почесний академік УМСА, почесний член Асоціації стоматологів України.

Грімів Анатолій Володимирович, артилерист, рядовий, воював із 1943 р. і до кінця війни на I Українському фронті. Тяжко поранений. Навчався в інституті в 1953—1957 рр. і працює в ньому (тепер в УМСА) і досі асистентом кафедри ортопедичної стоматології. Кандидат медичних наук, почесний професор академії.

У різний час в академії працювали учасники бойових дій у Великій Вітчизняній війні, люди, які мали великий життєвий, бойовий і професійний досвід, що є безцінним надбанням кожного викладача, кожного вихователя, кожного спеціаліста: Аніщенко С.М., Байбарза А.М., Барабаш В.А., Бедненко П.Ф., Боряк П.М., Генералов Д.В., Гильман Л.А., Гольденберг М.Ю., Григор'єва Л.П., Гриценко П.Є., Дельва В.О., Єленський Й.С., Жуков М.С., Жутаєв І.О., Зеленчук В.О., Кайчуренко В.С., Караваєв Ф.З., Карпова О. В.,

Ковтуновський П.М., Колібаба О.П., Копеленко І.П., Кисельов А.Д., Кузін В.В., Куціянова М.Ю., Лісова Н.Д., Люлька О.Н., Мазуренко Г.І., Мазурик М.Ф., Малікова Н.Я., Митюнін М.К., Нестеренко Є.Г., Одабаш'ян А.Л., Одаренко І.М., Олейнік К.Є., Почтарьов А. О., Постніков В.Ф., Рєва І.М., Рибка П.І., Савін А.Я., Савін В.Р., Саженин П.А., Самбур Є.Г., Санік В.Й., Сидорова В. Д., Скакун В.О., Слісенко М.Г., Стрілець М.М., Стряпчих І.Д., Титяков О.Я., Чучупало В.О., Філат'єв А.М., Філенко Г.П., Фоменко О.П., Фролова О.Ф., Циганенко О.Д., Шаповалов І.Ф., Шокуров О.С., Шульга А.І., Яровенко М.В., Яровенко О.А.

В академії тривалий час працює і сьогодні продовжує трудитись учасник бойових дій у Великій Вітчизняній війні:

Дудченко Максим Андрійович, професор кафедри внутрішньої медицини №1. В академії з 1974 р., доктор медичних наук, професор, почесний академік УМСА.

Бойові традиції ветеранів Великої Вітчизняної війни продовжили учасники бойових дій в Афганістані та інших воєнних конфліктів. Якими б не були оцінки цих подій, вони ніяк не применшують мужності, честі і гідності радянських воїнів, які самовіддано і героїчно виконували свій військовий обов'язок з вірою у справедливість поставлених завдань. Ці мужні люди працювали або продовжують працювати в академії:

Василенко Віталій Пилипович, доцент кафедри терапевтичної стоматології, кандидат медичних наук.

Горішний Богдан Михайлович, полковник медичної служби, начальник навчальної частини кафедри екстремальної і військової медицини, кандидат медичних наук, почесний професор УМСА.

Іванов Сергій Вікторович, водій автомашини.

Коваленко Леонід Олександрович, технік АТЗ академії.

Коротких Володимир Іванович, викладач кафедри екстремальної і військової медицини, почесний доцент УМСА.

Малінський Олександр Юрійович, викладач кафедри екстремальної і військової медицини, почесний доцент УМСА.

Стороженко Володимир Олексійович, професор кафедри медичної, біологічної і біоорганічної хімії, кандидат хімічних наук, професор.

Шперно Алла Леонідівна, заступник головного бухгалтеря академії.

В академії створений музей історії академії, пам'ятник воїнам-медикам, меморіальна дошка «Ніхто не забутий, ніщо не забуде», стенд «Вони захищали Батьківщину», видані «Книга Пам'яті», два видання книги «Автографи ветеранів», знятий фільм «Ветерани УМСА». Регулярно проводились заходи з військово-патріотичного виховання співробітників і студентів, їх організовують рада з військово-патріотичного виховання, клуб «Подвиг» і група «Пошук». Активну участь у цій благородній справі брали викладачі кафедр екстремальної і військової медицини, суспільних наук та філософії.

Четвертий період (червень 1944 — травень 1967)

Цей час в історії УМСА характеризується реєва-куацією інституту в м. Харків, його становленням і розвитком у післявоєнний період. Це були важкі роки. Харків був дуже зруйнований, частково спалений, підприємства не працювали. Обладнання, вивезене у м. Фрунзе, було залишене для новоствореного стоматологічного факультету Киргизського медінституту.

Директором інституту в липні 1944 р. був призначений професор П. В. Власенко — досвідчений організатор, видатний учений, біолог за освітою. Адміністрація інституту і деякі медико-біологічні кафедри були розміщені у 4-поверховому корпусі по вул. Пушкінській, 53. Анатомічні кафедри були спільними для студентів медичного і стоматологічного інститутів, на базі ХМІ. Загальноклінічні кафедри були розташовані на базах міських лікарень (дитячої, 2-ї радянської та ін.). Кафедрі ЛОР-хвороб і хвороб очей — на базі відповідних НДІ, а шкірно-венеричних хвороб — на базі 4-го шкірно-венеричного диспансеру.

До 1947 р. були обладнані кафедри терапевтичної стоматології на 12 крісел, ортопедичної стоматології на 10 крісел в адмінкорпусі по вул. Пушкінській, 53; кафедра хірургічної стоматології — по вул. Пушкінській, 7, де знаходилася амбулаторія на 6 крісел і стаціонар на 30 ліжок. Робочі місця для амбулаторного прийому хворих обладнали перукарськими кріслами довоєнного зразка і ножними бормашинами.

У 1954 р. постановою уряду СРСР стоматологічні інститути були реорганізовані в стоматологічні факультети медичних вузів, але два з них — Московський і Харківський — залишили самостійними медичними стоматологічними інститутами. На них поклалися функції опорних баз із удосконалення навчально-методичної роботи і наукових досліджень, а також підготовки висококваліфікованих спеціалістів і науково-педагогічних кадрів для України, Росії та ін-

ших союзних республік. Це було визнанням вкладу вузів у підготовку кадрів та їх діяльності у роки Великої Вітчизняної війни і водночас поклало на керівництво інститутів велику відповідальність за подальший розвиток стоматології.

У 1955 р. на засіданні ректорату і парткому ХМСІ з участю завідуючих кафедрами було прийнято рішення звернутися у Міністерство охорони здоров'я України, обласну Раду депутатів трудящих, у секретаріат Харківського обкому КПУ з аргументованим листом про крайню необхідність розширення і оновлення навчальних і лікувальних баз, теоретичних і особливо клінічних кафедр. Незважаючи на економічні та фінансові труднощі, наступного року інституту були виділені приміщення, кошти для придбання і монтажу сучасного обладнання.

У 1958-1959 рр. стали до ладу стоматологічний комплекс по вул. Трінклера, 6, клінічна лікарня заводу ім. Малишева та пологовий будинок. У їх відбудові і обладнанні брали активну участь разом із будівельниками і монтажниками також викладачі і студенти інституту. 30 серпня 1959 р. був урочисто відкритий стоматологічний комплекс на 104 клінічних робочих місця для лікарів і студентів та 40 місць для зубних техніків, стаціонар на 75 ліжок для хворих з патологією щелепно-лицевої ділянки, а також клінічно-діагностична лабораторія, рентгенологічний та фізіотерапевтичний кабінети і навчальні кімнати для пропедевтичних курсів. У цьому першокласному стоматологічному комплексі розмістилися всі кафедри стоматологічного профілю: терапевтичної, хірургічної й ортопедичної стоматології, а також курси стоматології дитячого віку та ортодонтії. Таке зосередження амбулаторного прийому, стаціонару, зуботехнічної лабораторії та інших лікувальних і індивідуальних підрозділів дозволило:

— пацієнтам – одержувати комплексну висококваліфіковану і спеціалізовану стоматологічну допомогу, не виходячи з одного приміщення і не витрачаючи часу на пошуки різних спеціалістів та проведення додаткових обстежень;

— студентам — виконувати послідовно комплексні діагностичні та лікувальні маніпуляції пацієнта; не втрачати дорожочинного часу на переходи з однієї бази на іншу, як це буває при розташуванні їх у різних регіонах міста; мати додатковий час для роботи у вечірній стоматологічній поліклініці на громадських засадах, щоб набути досвіду, користуючись консультаціями чергового викладача;

— професорам і викладачам-пошукувачам, аспірантам — більш раціонально і цілеспрямовано використовувати час для наукових досліджень, підвищення своєї педагогічної майстерності завдяки можливості взаємовідвідувань лекцій і занять суміжних кафедр.

У ці ж роки відбудували і відкрили велику клінічну лікарню заводу ім. Малишева, оснащену сучасним обладнанням і апаратурою. На базі лікарні були розміщені основні клінічні кафедри: внутрішніх, нервових і хірургічних хвороб, на чолі яких стояли висококваліфіковані клініцисти, педагоги, вчені: професори П. Ф. Фролов (терапевт), К. Д. Логаčov (невропатолог), Г. М. Гуревич (хірург).

Поруч із 17-ю клінічною лікарнею було введено в дію пологовий будинок на 75 породіль, а також гінекологічне відділення. Таке клінічне об'єднання дозво-

ляло не лише надавати висококваліфіковану комплексну лікувальну допомогу хворим, а й сприяло поліпшенню якості підготовки молодих спеціалістів та комплексній розробці проблем клінічної медицини.

Основними напрямками наукових пошуків співробітників інституту в післявоєнні роки харківського періоду (до 1968 р.) в стоматології були продовження клініко-морфологічних та клініко-мікробіологічних досліджень захворювань пульпи та періодонту зубів і розробка методів їх лікування (В. А. Нікітін, Л. Г. Павленко, Г. І. Сирота, Я. Л. Фрідман, Е. П. Реусова та ін.).

Одночасно розпочалося комплексне клінічне й експериментальне вивчення хвороб пародонта та слизової оболонки порожнини рота. Доведені патогенна і антигенна роль умовно-патогенної мікрофлори ротової порожнини та змін реактивності організму в патогенезі пародонтиту і аутоінфекційних стоматитів — гострого афтозного та виразково-некротичного (С. Л. Утеєвська, А. А. Брегадзе, Н. Я. Малікова, П. Т. Максименко, Д. Є. Кіндій; 1962—1968). Обґрунтовано істотне значення травматичних пошкоджень різних ділянок ЦНС та периферійних ланок трійчастого нерва у патогенезі пародонтиту в експерименті (Е. Д. Бромберг, А. А. Брегадзе, Л. С. Гунченко, Е. С. Розовська; 1958—1967) і в клініці (К. Д. Логаčov, Н. С. Домбровська-Почтарьова). Підтверджений тісний взаємозв'язок одонтогенних, пародонтогенних осередків і ряду захворювань слизової оболонки порожнини рота з патологією інших органів і систем організму (П. Ф. Бедненко, С. С. Волинський, К. І. Гуркіна, О. Ю. Костеллі, П. Т. Максименко, Т. П. Скрипнікова, П. Ф. Фролов та ін.; 1961—1968). На основі цих досліджень розроблялись і удосконалювались методи комплексного лікування названих захворювань.

З 1952 р. розпочались пошуки більш ефективних засобів і способів лікування захворювань зубів і пародонта, а також форм санації порожнини рота у дітей (І. А. Бегельман, М. М. Кисельова, Н. Я. Малікова, Л. Г. Панчошна-Павленко, В. Н. Артюх, К. О. Луговська та ін.).

Масовість щелепно-лицевих травм, їх ускладнень, а також почастищення запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки у післявоєнні роки диктували необхідність комплексного вивчення кровопостачання, іннервації тканин обличчя, а також вивчення взаємовідносин кліток носових лабіринтів із повітряноносними порожнинами, очною ямкою тощо у віковому аспекті в нормі і особливо при травмах та запальних захворюваннях. Результати досліджень узагальнені в ряді навчальних посібників (Т. В. Золотарьова з співавторами), а також у дисертаційних роботах (М. С. Скрипніков, А. М. Білич, Я. Р. Синельников та багато ін.). На основі цих досліджень під керівництвом М. Ф. Даценко розроблялись і уточнювались способи знеболювання та оперативних втручань при різних запальних захворюваннях (С. З. Гуткін, В. І. Коробков, З. Л. Терьошина, Ю. Ф. Григорчук та ін.), слинокам'яній хворобі (Н. Д. Лісова), новоутвореннях (М. Ф. Даценко, П. Є. Гриценко та ін.), травмах (М. Ф. Даценко, І. Є. Керейко та ін.).

У ці ж роки разом з терапевтами і хірургами-стоматологами у розробку та вдосконалення методів комплексного лікування захворювань пародонта,

травм щелепно-лицевої ділянки і відновлення дефектних зубних рядів внесли істотний вклад ортопедо-стоматологи. Під керівництвом досвідчених спеціалістів і науковців доцентів А. Е. Рофе та М. Р. Марєя розроблялись методи знеболювання зубних тканин при їх обробці під штучні коронки (А. О. Почтарьов), способи шинування та протезування зубних рядів при пародонтиті (Л. П. Григор'єва, Н. А. Добитко, М. Р. Марєй, Л. Н. Манзюк; 1955—1964), більш щадні і функціонально ефективні конструкції незнімних і знімних протезів (Л. П. Гурін, Л. Н. Дитинич, В. В. Рубаненко, І. П. Семенов та ін.). Особлива увага приділялась розробці й удосконаленню складних конструкцій протезів для відновлення обширних уражень кісток лицевого скелета (А. А. Кисельов, В. Л. Устименко, О. М. Левітов та ін.). Для оцінки жувальної ефективності і тривалості зникання до знімних конструкцій зубних протезів розроблялись і вдосконалювались функціональні методи дослідження (Г. Б. Шилова, В. В. Рубаненко та ін.). Паралельно із зубопротезуванням на кафедрі продовжували розробляться і вдосконалювались способи діагностики і комплексного лікування зубощелепних аномалій та деформацій обличчя (Л. Н. Манзюк, В. П. Мйимова, Н. Дегтярьова, Л. П. Григор'єва та ін.), основи яких були закладені у довоєнний період З. Т. Шипшелевичем, І. Л. Золотником, О. І. Поздняковою та ін.

Результати досліджень цього періоду публікувались у збірниках «Проблеми стоматології» в 7 томах, які видавались спільно з КМІ та ОНДІС, у міжвідомчих збірниках «Терапевтична стоматологія», «Хірургічна стоматологія», «Ортопедична стоматологія», а також у матеріалах і працях стоматологічних з'їздів (всесоюзних, республіканських) і в журналі «Стоматологія».

Таким чином, незважаючи на величезні економічні, фінансові і кадрові труднощі післявоєнних років, Харківський медичний стоматологічний інститут змінював, розміщував і переоснащував свої клінічні і навчально-наукові бази, встановлював творчі зв'язки із спорідненими кафедрами однойменних факультетів, Центральним науково-дослідним інститутом стоматології (Москва), Одеським науково-дослідним інститутом стоматології, активно готував молодих фахівців, науково-педагогічні кадри і зробив істотний внесок у вирішення важливих фундаментальних і прикладних проблем стоматології та інших актуальних питань медицини, а також у поліпшення якості стоматологічної допомоги населенню України та інших республік СРСР.

П'ятий період (1968-1993)

12 травня 1967 р. Рада Міністрів УРСР прийняла постанову № 294 про переведення Харківського медичного стоматологічного інституту у м. Полтаву. У зв'язку з цим МОЗ України 18 травня того ж року видав наказ № 269 про переведення Харківського медичного стоматологічного інституту в м. Полтаву протягом 1967—1968 рр. Переведення було хворобливо сприйняте колективом вузу і населенням Харкова, адже воно призвело до багатомільйонних витрат на передислокацію інституту, до втрат 50% кадрового професорсько-викладацького складу, які не бажали переїжджати до Полтави з різних причин, втрати сучасних клінічних і стоматологічних баз,

розриву зв'язків із НДІ Харкова різного профілю. Населення Харкова на тривалий період було позбавлене науково-лікувально-консультативного стоматологічного центру.

Переведення здійснювалося двома етапами.

На першому — у липні-серпні 1967 р. — була проведена передислокація кафедр медико-біологічного профілю і облаштування їх у Полтаві у 4-поверховому приміщенні по вул. Шевченка, 23 до початку навчального року, тобто до 1 вересня 1967 р.

На другому етапі — у липні-серпні 1968 р. — були передислоковані кафедри клінічного, зокрема і стоматологічного, профілю і здійснена підготовка баз для їх розміщення до початку занять. Після реконструкції обласної стоматологічної поліклініки (вул. Комсомольська, 50) тут були розташовані кафедри терапевтичної (на 25 крісел) і ортопедичної (на 20 крісел) стоматології, а також 30 робочих місць для зуботехнічної лабораторії. Після відновлення одноповерхового будинку по вул. Шевченка, 20 тут була розміщена кафедра хірургічної стоматології (її амбулаторія на 12 крісел). Для стоматологічного стаціонару було виділено 30 ліжок у хірургічному корпусі обласної лікарні. Таким чином, стоматологічна база за кількістю місць та їх обладнанням опинилася на рівні 1953—1956 рр. Це викликало значні труднощі в організації і проведенні навчального процесу і наукової роботи, особливо якщо врахувати, що набір на I курс стоматологічного факультету збільшувався до 250 чоловік, а у 1971 р. був відкритий і лікувальний факультет. Велику організаційну роботу у вирішенні цих складних проблем проводила ректор інституту Н.Д. Лісова (1964-1974).

У зв'язку зі збільшенням контингенту студентів і підвищенням вимог до рівня їх теоретичної і особливо практичної підготовки необхідно було терміново переобладнати існуючі малочисельні клінічні бази і будувати нові, більш сучасні з точки зору санітарно-гігієнічних норм і медико-технічного обладнання.

Завдяки високим організаторським здібностям і цілеспрямованості ректорів інституту — професора В.О. Дельви (1974-1986 р.) і особливо професора М.С. Скрипнікова (1986-2003), з активною допомогою обласних і міських органів влади, а також завідувачів обласного і міських відділів охорони здоров'я Полтавщини реконструкційно-будівничий період почався з 1970 р. і в основному був завершений до 1996 р.

Так, до 1980 р. була введена в дію 1-а міська лікарня, де розмістилися кафедри внутрішніх хвороб, хірургічних хвороб з травматологією; реконструйована і обладнана сучасною апаратурою двоповерхова будівля на 24 робочих місця для міської дитячої стоматологічної поліклініки, де була розташована кафедра стоматології дитячого віку, здані в експлуатацію 2 студентські гуртожитки на 500 місць.

Протягом наступного десятиліття (1981-1990) були введені в експлуатацію хірургічний, онкологічний і терапевтичний корпуси обласної клінічної лікарні, полозовий будинок, дитяча лікарня; реконструйоване хірургічне відділення 2-ї міської лікарні. У 1987 р. був уведений у дію морфологічний корпус, завершене будівництво 3-го гуртожитку для студентів.

У 1991 р. зданий в експлуатацію стоматологічний корпус на 104 робочих місця, що забезпечило розширення баз кафедр стоматологічного профілю,

зокрема і кафедр післядипломної підготовки лікарів-стоматологів та удосконалення лікарів. До 1996 р. завершено будівництво фізіологічного корпусу з ЦНДЛ, віварієм, допоміжними приміщеннями, а також 4-го студентського гуртожитку на 525 місць, стоматологічного філіалу при 3-й міській поліклініці, де отримала базу кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології.

Таким чином, студенти стоматологічного і лікувального факультетів повністю забезпечені робочими місцями, обладнаними сучасною апаратурою і устаткуванням. Для читання лекцій використовуються 7 аудиторій на 150—250 місць кожна, що дозволяє проводити заняття зі студентами в одну зміну.

Ректоратом та органами управління академії створені необхідні умови для проведення на високому рівні навчально-виховної роботи за рахунок оптимізації методики і змісту навчання, підвищення вимогливості та об'єктивності в оцінці знань, поліпшення матеріального забезпечення навчального процесу, його індивідуалізації, активізації виховання в процесі навчання.

Академія має 4 гуртожитки на 2100 місць, стоматологічний центр, 2 їдальні, господарчі корпуси, віварій, ангари, 5 багато-профільних спортивних залів, спортивно-оздоровчий табір.

Клінічні кафедри академії розташовувались в усіх обласних та міських лікувальних закладах м. Полтави, ліжковий фонд яких налічував 6245 ліжок.

Шостий період (з 1994 року)

За значні досягнення в підготовці медичних кадрів та розвиток медичної науки Полтавському медичному стоматологічному інституті в 1994 р. надано IV рівень акредитації та статус Української медичної стоматологічної академії. Нині це один із провідних медичних вишів України з розгалуженою структурою. До його складу входять 4 факультети: стоматологічний, медичний, підготовки іноземних студентів з підготовчим відділенням, післядипломної освіти, на яких навчається 3,6 тис. студентів, близько 900 з яких – іноземці. Крім того, при академії працює медичний коледж із медсестринським та зуботехнічним відділеннями, де нещодавно розпочато підготовку і фармацевтів середньої ланки; бібліотека з розгалуженою структурою, музей, студентський клуб із численними гуртками художньої самодіяльності, сучасний спортивний комплекс. Академія – живий організм, який постійно змінюється і розвивається. В 2011 р. створений відділ міжнародних зв'язків.

На 49 кафедрах працюють 83 доктори наук, із них 2 лауреати Державної премії України, 340 кандидатів наук, 5 заслужених діячів науки і техніки та 7 заслужених лікарів України, 20 академіків галузевих академій. Близько 80 випускників академії стали професорами й очолюють стоматологічні та медико-біологічні кафедри у вишах України. Випускники нашої академії добре знані не лише в Україні та країнах близького зарубіжжя, а й в Німеччині, Угорщині, Чехії, Словенії, Югославії, країнах Азії, Африки і Близького Сходу. Визнанням високого рівня підготовки лікарів, особливо стоматологів, є те, що сьогодні в багатьох країнах стоматологічні служби очолюють випускники нашої академії.

У жовтні 2003 р. ректором академії обраний доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, академік Української АН В'ячеслав Миколайович Ждан. Випускник цього ж вишу, людина високоосвічена, ініціативна, з активною життєвою позицією, він пройшов всі ступені від студента до викладача, завідувача відділення, головного лікаря Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського і до ректора академії.

В останнє десятиріччя академія постійно бере участь у міжнародних виставках навчальних закладів «Сучасна освіта в Україні», де представляє власні підручники і посібники, навчальні відеофільми, комп'ютерні програми, наочні матеріали, виготовлені за найновішими технологіями, комплекти інструментів для стоматологічної імплантації тощо. Щороку вона нагороджувалася почесними медалями та дипломами у різних номінаціях. Тільки останнім часом одержано три срібних і дві бронзових медалі. У 2009 р. на виставці «Освіта та кар'єра. Абітурієнт – 2010» досягнення академії відзначені золотою медаллю в номінації «За впровадження інноваційних технологій навчання». За багаторічну інноваційну педагогічну діяльність в модернізації освіти академії присвоєно почесне звання «Лідер сучасної освіти», вона учасник рейтингів навчальних закладів «Софія Київська» та «Золота фортуна». За вагомий внесок у розвиток медичної освіти і науки трудовий колектив академії нагороджений Почесною грамотою Кабінету Міністрів України (2007).

Концепція реформування системи охорони здоров'я в Україні згідно із Болонською конвенцією передбачає пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. З огляду на це підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації спеціалістів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» посідає в академії нині чільне місце.

Академія є провідною в Україні щодо розробки нормативно-правової бази для підготовки фахівців медичного профілю. Навчально-методичною лабораторією ВДНЗУ «УМСА» розроблений навчальний план додипломної підготовки лікарів освітньо-кваліфікаційного рівня спеціальності 7.110106 «Стоматологія», який впроваджено за кредитно-модульною системою згідно Болонського процесу у всіх медичних вишах України.

Рейтинг академії значною мірою залежить і від наукових здобутків. Сьогодні науково-дослідна робота ведеться за чотирма науковими напрямками. На замовлення Міністерства охорони здоров'я України виконуються 32 наукові роботи. Центральна науково-дослідна лабораторія в 2008 р. набула статусу Науково-дослідного інституту генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики. Тут нині проводиться розробка методів імуномодуляції з використанням наночастинок, що надає великі можливості застосування у медицині новітніх засобів доставки ліків у живому організмі. Також ведеться робота щодо застосування фулеренів як носіїв біологічно активних сполук для отримання ефективних терапевтичних препаратів, що є одним із перспективних напрямів у біотехнології, надає нові можливості для розробки та ефективного лікування алергічних захворювань. Вченими академії винайдені і

впроваджені унікальні технології виготовлення стоматологічних конструкцій, якість яких істотно переважає закордонні аналоги.

На базі академії систематично проводяться науково-практичні конференції, симпозіуми, у тому числі міжнародні. Так, наприклад, у 2009 р. тут проходили III-й з'їзд Асоціації стоматологів України, Українсько-російсько-шведський симпозіум «Асоційовані кардіологічні стани», щороку проходять Скліфосовські читання.

Академія видає шість наукових журналів медико-біологічного профілю: «Проблеми екології та медицини», «Український стоматологічний альманах»,

«Актуальні проблеми сучасної медицини», «Вісник проблем біології та медицини», «ДентАрт», «Світ медицини та біології».

В академії діє студентське наукове товариство. Вже традиційними стали весняні Всеукраїнські студентські наукові конференції, які проводяться за міжнародною участю, Всеукраїнські конкурси студентських наукових стоматологічних робіт. Студенти ВДНЗУ «УМСА» постійно отримують призові місця та дипломи за кращі наукові роботи.

Все це спрямовано на підвищення якості навчання, підготовки висококваліфікованих конкурентноздатних лікарів-спеціалістів.

ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ РОБОТИ У ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ УКРАЇНИ «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Ждан В.М., Бобирьов В.М., Шешукова О.В.

Забезпечення лікувально-профілактичних закладів України висококваліфікованими медичними кадрами було і залишається одним з пріоритетних завдань в галузі охорони здоров'я. В Україні найстарішим вузом з підготовки медичних кадрів, зокрема і стоматологічних, є Українська медична стоматологічна академія.

Історія Української медичної стоматологічної академії бере свій початок з одонтологічного факультету, створеного при Харківській медичній академії в 1921 р. На той час відкриття одонтологічного факультету стало подією незвичайною. Факультет став першим академічним спеціалізованим вищим навчальним закладом для підготовки лікарів-стоматологів, провідним центром стоматологічної освіти в Україні. Першим деканом факультету став заслужений діяч науки, професор Ю.М.Гофунг. Серед тих, хто закладав фундамент вищої стоматологічної освіти, були академіки В.П.Воробйов, Г.Ф.Фольборт, В.І.Данилевський, професори М.Б.Фабрикант, І.Г.Гайзенберг, Л.П.Григор'єва, П.Т.Максименко та інші. 19 серпня 1931 року факультет був реорганізований у Харківський стоматологічний інститут. Створюються три спеціальні кафедри: терапевтичної стоматології, ортопедичної стоматології, хірургічної стоматології з необхідними навчальними і клінічними базами та висококваліфікованим професорсько-викладацьким складом.

У 1949 р. стоматологічні вузи СРСР були переведені на п'ятирічний строк навчання, при цьому відкриваються нові кафедри і курси, інститут отримує назву – Харківський медичний стоматологічний інститут.

У 1967 р. Харківський медичний стоматологічний інститут був переведений до м.Полтави. У 1971 р. відкритий лікувальний (тепер медичний) факультет. З 26 травня по 4 червня 1994 р. експертна комісія Державної інспекції закладів освіти Міністерства освіти України провела атестаційну експертизу інституту, за висновками якої він був атестований як вищий навчальний заклад.

Рішенням Міжгалузевої акредитаційної комісії від 30 червня – 1 липня 1994 р., протокол №12, та наказом Міністерства освіти України №229 від 13 липня 1994 р. Полтавський медичний стоматологічний інститут акредитований у повному обсязі за IV рівнем акредитації.

Постановою Кабінету Міністрів України від 29 серпня 1994 р. «Про вдосконалення мережі вищих навчальних закладів» на базі Полтавського медичного стоматологічного інституту створена Українська медична стоматологічна академія.

На підставі листа МОЗ України від 2 серпня 1994 р. №8-03-29/1416 «Про створення медсестринських факультетів» при академії був відкритий медсестринський факультет (наказ по академії №505-у від

20.12.1994 р.). У 1995 р. було відкрите зуботехнічне відділення. Відповідно до листа Міністерства освіти і науки України від 10.05.2005 р. №10/2-974 на базі медсестринського та зуботехнічного відділень академії створений медичний коледж.

Згідно з наказом начальника Державної інспекції навчальних закладів №4/27 від 11 лютого 1999 р. експертна комісія у період з 24 лютого по 5 березня 1999 року провела повторну атестаційну експертизу академії, вивчила стан професійно-практичної та базової підготовки студентів. За рішенням Державної акредитаційної комісії (ДАК) України (протокол №21 від 09.06.1999 р.) академія атестована у повному обсязі за IV рівнем акредитації.

У 2000 р. на підставі наказу Міністерства освіти України №72 від 11.03.1996 р. «Про фахову раду з ліцензування та акредитації вищих закладів освіти» та листа ДАК України (фахова рада з медицини) від 13.03.2000, ФР №46 академія акредитована з напрямку 1101 «Медицина» зі спеціальностей: 5.110102 «Сестринська справа», 5.110109 «Стоматологія ортопедична» за I рівнем акредитації, 6.110102 «Сестринська справа» за II рівнем акредитації.

Згідно з рішенням ДАК України від 11 квітня 2000 р., протокол №26, академія вперше отримала ліцензію на право підготовки спеціалістів за фахом «Педіатрія» (ліцензія ДАК України, серія ВПД-IV, №171588).

Відповідно до постанов Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 р. №978 «Про затвердження Положення про акредитацію вищих навчальних закладів і спеціальностей у вищих навчальних закладах та вищих професійних училищах» та від 29.08.2003 р. №1380 «Про ліцензування освітніх послуг» з 10 по 12 березня 2004 р. була проведена чергова акредитаційна експертиза Української медичної стоматологічної академії. За отриманими матеріалами ДАК рішенням від 13 квітня 2004 р. (протокол №50) визнала Українську медичну стоматологічну академію акредитованою за статусом вищого закладу освіти IV (четвертого) рівня і видала ліцензію (серія АА №903182) на право надання освітніх послуг.

У 2005 р. проведено повторне ліцензування спеціальності «Педіатрія», за результатами якого отримано ліцензію АВ №048841 зі строком дії з 22.06.2006 р. по 01.07.2011 р. на підготовку фахівців зазначеної спеціальності в обсязі 100 осіб.

Згідно з наказом МОЗ України від 28.03.2005 р. №133 змінена назва «Українська медична стоматологічна академія» на «вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія». У зв'язку з цим ліцензія серії АВ №122122 замінена на ліцензію серії АВ №048497.

На підставі рішення ДАК від 24.04.2007р. Міністерство освіти і науки України видало ліцензію серії АВ №328558 на підготовку іноземних громадян за

базовим акредитованим напрямом «Медицина» зі спеціальностей: 5.1100102 «Сестринська справа» – 50 осіб, 6.110110 «Сестринська справа» – 20 осіб, «Стоматологія ортопедична» – 80 осіб. Термін дії ліцензії – 24.04.2012 р.

У 2008 р. отримана ліцензія на підготовку молодших спеціалістів із фаху 5.12020401 «Фармація» – 100 осіб. Термін дії ліцензії – 01.07.2013 р.

У зв'язку з закінченням терміну дії сертифіката та терміну дії ліцензії на надання освітніх послуг (7 липня 2009 р.) та відповідно до постанов Кабінету Міністрів України від 09.08.2001 р. №978 «Про затвердження Положення про акредитацію вищих навчальних закладів і спеціальностей у вищих навчальних закладах та вищих професійних училищах» і від 08.08.2007 р. №1019 «Про ліцензування діяльності з надання освітніх послуг» у період з 24.11.2008 р. по

29.11.2008 р. були проведені чергові акредитаційна експертиза підготовки фахівців вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» та ліцензійна експертиза з надання освітніх послуг (накази МОН України від 28.10.2008 р. №№2361л, 2362л та від 17.11.2008 р. №№2416л, 2417л). ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» акредитована в цілому за IV рівнем.

У 2010 р. академія отримала ліцензії серії АВ №529204 та АВ №552290 на підготовку іноземних громадян в клінічній ординатурі обсягом 50 осіб та за базовими акредитованим напрямом 1101 Медицина у магістратурі за спеціальностями 8.110106 Стоматологія, 8.110101 Лікувальна справа обсягом 100 осіб.

Нині згідно ліцензій серії АГ №508034, академія здійснює підготовку: спеціалістів, магістрів

– 7.110101		275
– 8.110101	Лікувальна справа	25
– 7.110104		100
– 8.110104	Педіатрія	10
– 7.110106		325
– 8.110106	Стоматологія	25
бакалаврів		
– 6.120101	Сестринська справа	30
молодших спеціалістів		
– 5.12010102	Сестринська справа	70
– 5.12010106	Стоматологія ортопедична	50
– 5.12020101	Фармація	100
Підготовка до вступу у вищі навчальні заклади громадян України, всього на рік		400
Підготовка фахівців в інтернатурі (первинна післядипломна спеціалізація) за напрямом 1101 Медицина, всього на рік		450
Підготовка фахівців в клінічній ординатурі (післядипломна підготовка лікарів) за напрямом 1101 Медицина, всього на рік		50
Підвищення кваліфікації лікарів за базовими напрямками (спеціальностями), всього на рік		1300
Підготовка іноземних громадян до вступу у вищі навчальні заклади, всього на рік		100
Підготовка іноземних громадян за базовим акредитованим напрямом 1101 Медицина зі спеціальностей:		
– 5.12010102	Сестринська справа	50
– 5.12010106	Стоматологія ортопедична	80
– 6.120101	Сестринська справа	20
Підготовка іноземних громадян за базовими спеціальностями:		
– 7.110101 Лікувальна справа		150
– 7.110106 Стоматологія		150
Підготовка іноземних громадян за базовими акредитованим напрямом 1101 Медицина у магістратурі за спеціальностями: 8.110106 Стоматологія, 8.110101 Лікувальна справа, всього на рік		100
Підготовка іноземних громадян в клінічній ординатурі, всього на рік		50

Навчально-виховний процес у академії організований відповідно до Законів України «Про освіту», «Про вищу освіту», Указів Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 7.12.2000 р. та «Про основні напрямки реформування вищої освіти в Україні», наказу Міністерства освіти України №161 від 02.06.1993 р. «Про затвердження «Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах» та «Освітньо-професійних програм вищої освіти за професійним спрямуванням «Медицина», затверджених МОН і МОЗ України.

Вища медична освіта за всіма ознаками є вищою професійною освітою, яка завершується отриманням певної професійної кваліфікації відповідно до напрямку підготовки й освітньо-кваліфікаційного рівня. Однак функціонування медичної освіти і тенденції її

розвитку не можна розглядати відокремлено від світового розвитку системи охорони здоров'я та системи загальної освіти, особливостей системи охорони здоров'я тієї або іншої країни, а також специфіки самої медичної освіти.

У 2004 р. був виданий Указ Президента України №199/2004 «Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України», а також наказ МОН від 23.01.2004 р. №49 «Про затвердження Програми дій щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої освіти і науки України на 2004-2005 роки» і наказ МОЗ України від 22.03.2004 р. №148 «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації в системі вищої медичної та фармацевтичної освіти». Уведення кредитно-модульної системи організації навчального процесу є найважливішим меха-

нізмом підвищення якості підготовки лікарів на етапі базової медичної освіти.

Особливістю впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу в системі базової медичної освіти є розробка та впровадження нових навчальних планів та програм. Нині навчальний процес в академії організований відповідно до наказів МОЗ України: від 31.01.2005 р. №52 «Про затвердження та введення в дію нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа»; від 08.07.2010 р. №539 «Про внесення змін до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар» у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальностями «лікувальна справа», «педіатрія», «медико-профілактична справа», затвердженого наказом МОЗ від 19.10.2009 №749; від 07.12.2009 р. №929 «Про затвердження та введення нового навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар-стоматолог» у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю «стоматологія»; від 08.07.2010 р. №541 «Про внесення змін до Навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» кваліфікації «лікар-стоматолог» у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації за спеціальністю «стоматологія», затвердженого наказом МОЗ від 07.12.2009 №929», які передбачають організацію навчального процесу за кредитно-модульною системою. Відповідно до вищезазначених навчальних планів та нових типових навчальних програм на кафедрах розроблена відповідна навчально-методична документація.

На сьогодні в структурі академії виділені:

- факультети: стоматологічний, медичний, підготовки іноземних студентів, післядипломної освіти;
- 49 кафедр, які забезпечують теоретичну та клінічну підготовку фахівців;
- відділення: довузівської підготовки, підготовче відділення для іноземних громадян;
- медичний коледж,
- НДІ генетики та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики тощо.

Наказом МОЗ України від 30.06.2010 р. №126-0 в академії створюється нова структура – навчально-науково-лікувальний підрозділ «Стоматологічний центр».

В академії працює центральна методична комісія, яка координує роботу 12 профільних методичних комісій. 9 кафедр академії мають статус опорних:

внутрішніх хвороб з доглядом за хворими, хірургічних хвороб з доглядом за хворими, терапевтичної стоматології, ортопедичної стоматології з імплантологією, дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань, хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови та шиї, післядипломної освіти лікарів-стоматологів, післядипломної освіти лікарів-ортодонтів, післядипломної освіти лікарів-ортопедів стоматологів.

Навчальний процес здійснюють: 83 доктори наук; 342 кандидати наук; 73 науковці мають учене звання професора; 169 доцентів; 2 Лауреати Державної

премії України; 5 заслужених діячів науки і техніки України; 7 заслужених лікарів України.

Академія посідає одне з провідних місць серед медичних вузів України у створенні нормативної бази організації навчального процесу, зокрема і за кредитно-модульною системою. За останнє п'ятиріччя фахівцями академії підготовлені і затверджені 52 типові навчальні програми.

На сьогодні розвиток системи освіти вимагає впровадження нових методів навчання і виховання. Інноваційні технології в педагогіці пов'язані із загальними процесами у суспільстві, глобальними проблемами, інтеграцією знань і форм соціального буття. На сучасному етапі все очевиднішим стає те, що традиційна школа, орієнтована на передавання знань, умінь і навичок, не встигає за темпами їх нароцування. Специфічними особливостями інноваційного навчання є його відкритість майбутньому, здатність до передбачення на основі постійної переоцінки цінностей, налаштованість на конструктивні дії в оновлюваних ситуаціях, основою яких є інноваційні педагогічні технології.

У навчально-виховний процес академії широко впроваджені інноваційні освітні технології: комп'ютерні технології, технології мультимедіа, рейтингова система навчання, особистісна орієнтація навчання, новітні телекомунікаційні технології, проблемно-орієнтовані інтегральні навчальні комплекси, ситуаційні завдання, проблемні методи навчання та ін. Розроблена система комп'ютерного навчання лікарів, відповідно створені комп'ютерні програми як для тренування студентів та інтернів, так і для контролю знань та атестації студентів та лікарів усіх категорій, що навчаються в академії. Завдання, які використовуються у цих програмах, мають різні рівні складності відповідно до мети, яку ставлять викладачі на кожному етапі навчання: від простих до завдань підвищеного рівня складності з імітацією реальних клінічних випадків.

Нині в академії функціонує 12 комп'ютерних класів, у навчальному процесі задіяні 430 комп'ютерів, із них мають доступ до інтернету – 275, що дозволяє організовувати спілкування з вченими України, а також близького та далекого зарубіжжя. Через WEB-сторінку та електронну пошту викладачі та студенти академії продуктивно спілкуються з колегами інших вузів України та близького і дальнього зарубіжжя, проводять методичні консультації та дистанційне навчання лікарів-стоматологів, зубних протезистів, а також електронні конференції з питань лікування стоматологічних захворювань.

В академії накопичений значний досвід використання на семінарських та практичних заняттях, подання інтерактивних комп'ютерних програм на лекціях шляхом лазерного проектування. Унікальна інтерактивна комп'ютерна програма-посібник, розроблена і впроваджена в навчальний процес на клінічних кафедрах, суттєво підвищує рівень фахової підготовки майбутнього лікаря. Використання інтерактивних комп'ютерних посібників в навчальному процесі дають унікальну можливість отримати систематизовані теоретичні знання та практичні навички з основних розділів медицини.

Новим перспективним напрямком розробок є мультимедійні програми клінічного навчання, під час використання яких у студентів формуються професійні знання із залученням не лише вербального, але й

візуального, моторного та інших каналів обробки інформації.

Значне місце в активізації навчального процесу належить навчальним відеофільмам. За умов відсутності централізованої системи їх випуску в академії приділяють належну увагу створенню власних відеофільмів, яких нараховується нині понад 400 назв. Академія має потужну матеріальну базу для виготовлення високоякісних навчальних відеофільмів.

Широкого поширення в набула рейтингова система навчання і контролю знань студентів. Саме вона відкриває значні можливості для підвищення якості знань студентів; стимулює і самоорганізує систематичну працю студентів; забезпечує високу об'єктивність оцінювання знань; посилює мотиваційний компонент навчання; формує самостійні дії і уміння та перетворює контроль в дійову складову управління процесом навчання.

Серед інноваційних технологій, що дозволяють успішно формувати критичне та творче мислення студентів, а також формують необхідні для сучасної освіти уміння працювати з об'єктивною інформацією, значне місце посідає кейс-метод, який широко застосовується на практичних та семінарських заняттях в академії.

Для унаочнення навчального процесу в академії щорічно створюються понад 500 таблиць та стендів, 200 слайдів, 350 кодосграм, 500 мікро- і макропрепаратів, 7500 тестів усіх рівнів. До лекцій та практичних занять розробляється понад 300 мультимедійних презентацій для демонстрації яких використовується 40 мультимедійних проекторів.

Професорсько-викладацький колектив академії посилену увагу звертає на видавничу діяльність. За останні п'ять років видано 608 найменувань навчальної та навчально-методичної літератури, в т.ч. підручників – 23, навчальних і навчально-методичних посібників – 316. З грифом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України видано 89 назв навчальної літератури.

Відповідно до плану, який щороку затверджується, в академії проводяться навчально-методичні конференції, що дозволяє узагальнити досвід методичної роботи провідних кафедр академії і допомагає впровадити його на всіх кафедрах, розвиває творчу ініціативу, сприяє зростанню науково-педагогічної кваліфікації викладачів. Так, за останні п'ять років проведені наступні конференції: «Актуальні проблеми підготовки медичних кадрів» (2007 р.), «Сучасні технології навчання у підготовці медичних кадрів» (2008 р.), «Клінічне мислення: шляхи формування та вдосконалення» (2009 р.), «Інноваційні освітні технології у підготовці медичних кадрів» (2010 р.), «Формування здорового способу життя студентів-медиків засобами освіти» (2011 р.).

Згідно із Законом України «Про вищу освіту», ст.10 та Концепцією розвитку післядипломної освіти, яка затверджена колегією Міністерства освіти і науки України 11.09.2002р., протокол №3/5-4, підвищення кваліфікації здійснюється не менше одного разу за 5 років шляхом навчання на факультетах підвищення кваліфікації, стажування, надання творчих відпусток, переведення на посаду наукового співробітника і навчання в аспірантурі та є обов'язковим для всіх фахівців і керівників. Підвищенням кваліфіка-

ції охоплюється не менше 20 % штатної чисельності викладачів щорічно.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України від 22.10.2008 р. №943 «Про економію бюджетних коштів» і постанови Кабінету Міністрів України від 26.11.2008 р. №1036 «Деякі питання організації бюджетного процесу» в академії були розроблені заходи щодо раціонального використання бюджетних коштів та отримані у 2009 і 2010 р.р. дозволи МОЗ України на проведення курсів підвищення кваліфікації «Болонський процес, психологія та педагогіка вищої школи, сучасні інформаційні технології» науково-педагогічних кадрів академії на її базі із залученням професорсько-викладацького складу Полтавського національного педагогічного університету ім.В.Г.Короленка та Полтавського національного технічного університету ім.Ю.Кондратюка. Загалом, за останній час підвищили кваліфікацію: на курсах факультету підвищення кваліфікації – 460 осіб; шляхом надання творчої відпустки – 9 осіб, шляхом переведення на посаду наукового співробітника – 2 особи та шляхом стажування – 14 осіб.

Академія є неодноразовим учасником міжнародних виставок престижних навчальних закладів «Сучасна освіта в Україні», «Освіта і кар'єра», «Сучасні навчальні заклади», на яких були представлені досягнення вузу в організації навчально-виховного процесу: науково-методичні інновації, сучасні інформаційно-телекомунікаційні та мультимедійні системи навчання та ін., за що була нагороджена Золотими (2009, 2010, 2011р.р.), Срібними (2004, 2005 р.р.) і Бронзовими (2002, 2007 р.р.) медалями та Дипломами. Зокрема, за вагомий внесок у модернізацію національної системи освіти в номінації «Компетентнісний підхід в освітній діяльності вищої школи» академія нагороджена срібною медаллю та дипломом виставки «Сучасні навчальні заклади – 2010», За творчу організаційську роботу з розвитку сучасної національної системи освіти Почесною грамотами цієї виставки нагороджені ректор академії проф.Ждан В.М. та перший проректор з науково-педагогічної роботи проф.Бобирьов В.М. У номінації міжнародних виставок «Освіта і кар'єра «Інноваційний розвиток освіти та сучасні педагогічні технології» академія двічі була нагороджена золотими медалями і дипломами виставок.

На другій міжнародній виставці-презентації (2011 р.) «Інноваційні технології навчання» стала лауреатом конкурсу «Інновації у навчальному процесі». За багаторічну інноваційну педагогічну діяльність з модернізації освіти академії присвоєне почесне звання „Лідер сучасної освіти”.

Академія як учасник загальноукраїнського проекту «Найкращі заклади медичної освіти України – медичний олімп» нагороджена Дипломом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України за значний внесок у розвиток медичної освіти України. За вагомий внесок у розвиток медичної освіти і науки колектив академії нагороджений Почесною Грамотою Кабінету Міністрів України.

Вищевикладене підтверджує, що організація навчально-виховного процесу в академії, його методичне та матеріальне забезпечення відповідають вимогам сьогодення Це дозволило вузу піднятися на новий конкурентоспроможний рівень підготовки спеціалістів, яких добре знають в Україні, а також в країнах близького та дальнього зарубіжжя.

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ УКРАЇНИ «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Кайдашев І.П.

Основними напрямками наукової діяльності Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» за останнє п'ятиріччя було виконання наукових програм «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні», Державна програма «Цукровий діабет».

Згідно наукових напрямків, кафедри та структурні підрозділи академії останнім часом щороку виконували від 32 до 38 науково-дослідних робіт.

До найбільш пріоритетних напрямів наукової діяльності, яка здійснювалася в рамках основного наукового напрямку, належить проведення фундаментальних та прикладних досліджень:

- розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань органів і систем людини;

- оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань;

- створення та впровадження в клінічну практику нових лікарських препаратів із речовин природного походження.

У межах реалізації «Державної програми розвитку системи надання медичної допомоги хворим неврологічного профілю на 2006-2010рр» кафедра внутрішніх хвороб з доглядом за хворими спільно з НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики виконували фундаментальну НДР «Вивчення локалізації та механізмів секреції регуляторних пептидних комплексів нирок за фізіологічних умов та під час типових патологічних процесів» (керівники проф. І.П.Кайдашев, проф. Л.Е.Весніна).

Вперше отримано та визначено фізико-хімічні властивості пептидного комплексу кіркової речовини нирок у порівнянні з пептидним комплексом стежнових м'язів. Методом зворотної транскрипції та полімеразної ланцюгової реакції визначено відсутність мікро-РНК у складі пептидного комплексу кіркової речовини нирок та стежнових м'язів. Вперше визначено, що максимальний рівень секреції пептидного комплексу нирок спостерігається у тканинах нирки з надходженням їх у нирковий кровоток. Показано, що пептидні комплекси нирок та стежнових м'язів після секреції знаходяться не тільки у тканині, де вони утворились, але й надходять у системний кровообіг, що підтверджено їх ідентифікацією в аортальній крові. Вперше імуногістохімічним методом на зрізах тканин нирки визначено зовнішню - та внутрішньоклітинну локалізацію пептидного комплексу нирок в епітелії проксимальних та дистальних звивистих канальців переважно кіркового шару та на поверхні ендотеліоцитів ниркових судин. Виявлено зовнішню- та внутрішньоклітинну локалізацію пептидного комплексу стежнових м'язів на поперекових зрізах м'язів, зовнішньоклітинну - на поздовжніх зрізах м'язів та на ендотеліоцитах судин.

Встановлено, що неспецифічна фізіологічна активність пептидного комплексу нирок, спрямована на показники периферичної крові та функцію печінки, яка є проявом його неспецифічної дії на рівні цілісного організму, може бути зумовлена можливістю надходження пептидних речовин у системний кровообіг та їх дискантною дією.

Визначення механізмів секреції та локалізації регуляторних пептидних комплексів розширить та поглибить знання про пептидергічну регуляцію, уточнить патогенетичні механізми багатьох захворювань, в тому числі нирок, надасть змогу удосконалити підходи до їх лікування та створити перспективні лікарські засоби на основі пептидних речовин.

У межах реалізації «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» кафедра внутрішніх хвороб з доглядом за хворими спільно з НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА» виконувала НДР «Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять з метаболічного синдрому, препаратами, що стимулюють рецептори, активуючи PPAR-γ шляхом удосконалення критеріїв діагностики» (наукові керівники – проф. В.М.Ждан, проф. І.П.Кайдашев), в якій вирішувалися питання розробки нових методів профілактики та лікування метаболічного синдрому, що є одним із патогенетичних механізмів розвитку атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, шляхом фармакологічних досліджень ефективності моністів та антагоністів PPAR-γ та удосконалення критеріїв діагностики цих захворювань. Вивчено розподіл поліморфізму ліпопротеїн ліпази у практично здорових чоловіків та чоловіків із наявністю серцево-судинних захворювань у Черкаській популяції. Перспективним є те, що використання запропонованої виконавцями схеми лікування можна розглядати як профілактику ускладнень цукрового діабету та серцево-судинних захворювань.

Впровадження результатів досліджень в практику охорони здоров'я України буде сприяти ранній діагностиці, більш спрямованій профілактиці, а також підвищенню ефективності лікування хворих на найбільш розповсюджену сполучену патологію серцево-судинної та ендокринної систем. Це сприятиме зниженню кількості ускладнень, інвалідизації та смертності населення України. Економічний ефект очікується в розмірі 200 тис. грн. на 100 хворих, які будуть охоплені профілактичними і терапевтичними програмами, заснованими на результатах досліджень.

На кафедрі внутрішньої медицини № 1 виконувалася наукова робота «Значення протизапальних, про аритмічних, дисметаболических факторів для ускладненого перебігу гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця: діагностика, лікування» (наукові керівники проф. Є.О. Воробійов, проф. С.К. Кулішов).

Отримані нові наукові дані в діагностиці і лікуванні патології внутрішніх хвороб, розроблені діагностичні критерії особливостей вегетативного дисбалансу, стресорної активності, запального і ремоделювального процесів у хворих на ішемічну хворобу серця в залежності від супутньої стадії гіпертонічної хвороби у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з артеріальною гіпертензією, з'ясовано взаємозв'язок добових коливань артеріального тиску, варіабельності серцевого ритму у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від супутньої стадії гіпертонічної хвороби.

Внаслідок виконання НДР «Роль запалення у патогенезі коронарогенних та некоронарогенних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії» (науковий керівник – проф. Ю.М.Казаков) досліджується застосування Зиноксину при ішемічній хворобі серця: стенокардії напруги у сполученні з хронічним перикардитом на тлі базисної терапії викликало суттєве покращення суб'єктивного стану хворих, мало позитивний вплив на показники перекисного окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту, рівень холестерину в крові та С-реактивного протеїну, сприяло зменшенню частоти та тривалості епізодів аритмії серцевої діяльності, покращенню деяких показників центральної гемодинаміки, зменшенню об'єму рідини у перикардіальній порожнині. Застосування натурального березового соку у пацієнтів на ІХС: стенокардію напруги у сполученні з метаболічним синдромом (МС) викликало більш суттєве, ніж у групи, що отримувала тільки базисну терапію, зниження показників в'язкості крові, нормалізації показників гемокоагуляції, перекисного окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту та покращення скоротливої здатності міокарда.

Наукова новизна та розробка оригінальних рішень характерні для досліджень, які проводяться НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА», виконувала прикладну НДР «Роль методів імуномодуляції з використання наночастинок» (науковий керівник – проф. І.П. Кайдашев, проф. Л.Е. Весніна).

Розвиток біотехнологій сприяє появі нових лікарських засобів спрямованої адресної дії на клітинні мішені. Перед науковцями стоїть завдання по створенню нових напрямків покращення ефективності діагностики та лікування імунних патологій, які будуть високоспецифічно направлені на основні патогенетичні ланки без побічних впливів на органи та системи організму.

Перспективними в цьому напрямку стали наноматеріали фуллерени - група специфічних молекул розміром 0,3-0,8 нм, що складаються виключно з атомів вуглецю та мають хімічну формулу $C(n)$, де n – кількість вуглецевих атомів. У молекулі фуллерену C_{60} (FC_{60}) атоми вуглецю створюють каркас з 12 п'ятикутників і 20 шестикутників.

Внаслідок виконання проекту буде вивчено імуногенні властивості фуллеренів при імунодефіцитних патологічних станах організму. Доскональне вивчення цих наночастинок в області імунотехнологій надасть можливість використовувати фуллерени та їх похідні при імунозалежних патологіях.

Використання фуллеренів в якості матриць для біологічно активних сполук відкриє нові можливості для дослідження та лікування алергічного запалення різних органів та систем організму за рахунок специфічного впливу на ефекторні клітини залучених до патологічного процесу.

Розробка методів імуномодуляції з використанням наночастинок сприятиме розробці нових шляхів покращення рівня ефективності лікування хворих з алергічними захворюваннями. Подальший розвиток цього перспективного напрямку сприятиме зниженню кількості ускладнень, рівня інвалідизації та покращенню якості життя пацієнтів із алергічними захворюваннями. Однією з позитивних та ефективних властивостей неінвазивність, високоспецифічність та відсутність негативних побічних дій на інші органи, системи та організми в цілому.

Однією з найактуальніших у сучасній медицині залишається проблема профілактики та лікування «хвороб цивілізації» - метаболічного синдрому, атеросклерозу, цукрового діабету 2 типу.

Кафедра внутрішніх хвороб з доглядом за хворими спільно з НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА» виконують НДР «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-kB опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення, у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2 типу» (наукові керівники - проф. І.П.Кайдашев, проф. Л.Е.Весніна).

Існуючі дослідження підкреслюють існування генетичної схильності до розвитку метаболічного синдрому та цукрового діабету 2 типу, але важливість впливу мікро- та макрооточення також беззаперечно. Харчування сьогодні не можна розглядати тільки як фактор надлишкової ваги, сучасні „цивілізаційні“ дієти активно впливають на колонізацію слизових оболонок умовно-патогенними організмами, змінюють загальну реактивність організму на молекулярно-біологічному, біохімічному, клітинному рівнях. Необхідним є фундаментальне вивчення неспецифічної вродженої реактивності на такі мікроорганізми в світлі їх ушкоджуючої дії на ендотелій судин, опосередкованої Toll-подібними рецепторами.

Сучасними є дослідження регуляторних пептидів, що впливають та визначають харчову поведінку, ноціцепцію, емоції та стан задоволення в патогенезі метаболічного синдрому як важливої цілі майбутньої терапії.

Сьогоднішні успіхи терапії метаболічного синдрому пов'язані з кількома класами лікарських засобів – пероральні цукрознижуючі препарати (бігуаніди, агоністи PPAR- γ), статини, антагоністи рецепторів ангіотензину II 1 типу, інгібітори АПФ. Оцінка фармакогенетичних аспектів цих препаратів посідає чільне місце в світі, але в Україні такі дослідження поодинокі.

Нарешті аналіз сучасної світової літератури доводить, що в центрі практично всіх етіологічних і патогенетичних концепцій метаболічного синдрому, найбільш ефективних методів його лікування, знаходиться NF-kB опосередкована сигнальна трансдукція. В доступній літературі практично відсутні відомості про роль поліморфізму генів сімейства

NF-κB та IκB в патогенезі метаболічного синдрому та фармакогенетичні аспекти феномена.

Важливість розробки проекту полягає перш за все у формуванні глибинних основ визначення здорового стилю життя, соціальної реабілітації осіб, що страждають на метаболічний синдром, цукровий діабет, ожиріння. Людина, що має надлишкову вагу, має адаптуватись в соціумі для зміни стилю життя, потрібно мотивувати людину для таких змін, які є психологічно і соціально важкими. Необхідно змінювати оточення в позаробочий час, організувати у ранішній та вечірній час групи для фізичних навантажень та занять позитивною психологією. Отже соціальна значущість є важливим і невід'ємним аспектом.

Не можна обійти важливий бік виконання проекту як можливого підґрунтя євроінтеграційних процесів української науки. Вже сьогодні завдяки проведенню попередніх досліджень проекту Українська медична стоматологічна академія представлена в проекті DIAMAP. Виконання проекту дозволить розширити роботу щодо міжнародного співробітництва та дозволить підвищити науковий авторитет України серед міжнародної спільноти.

В межах «Загальнодержавної програми імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2007-2015роки» НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «УМСА» (проф. І.П. Кайдашев, проф. Л.Е. Весніна) виконує фундаментальну НДР «Визначення ролі поліморфізму Toll-подібних рецепторів у механізмах розвитку імуноопосередкованих захворювань». На сьогоднішній день патогенез багатьох захворювань залишається не вивченим, не дивлячись на інтенсивні дослідження в цій області. Останні данні вказують на важливу роль вродженої імунної системи особливо Toll-like рецепторів в регулюванні вродженої імунної відповіді на різні захворювання. Метою проекту є вивчення ролі поліморфізму Toll-like рецепторів у патогенезі імуноопосередкованих захворювань та удосконалення критеріїв діагностики, що може відкрити нові можливості в дослідженні молекулярної природи схильності індивіда до розвитку імуноопосередкованого патологічного процесу та підвищити ефективність ранньої його діагностики та лікування. Розвиток цього напрямку досліджень дозволить пояснити індивідуальні особливості імунної системи людини. В цих дослідженнях можуть бути задіяні фахівці всіх напрямків спеціальності з медико-біологічних дисциплін.

За державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року кафедрою педіатрії №1 з пропедевтичною педіатрією та дитячими інфекційними хворобами та кафедрою педіатрії №2 виконувалася НДР «Моніторинг стану здоров'я, фізичного, нервово-психологічного та інтелектуального розвитку передчасного народження дітей з низькою масою тіла, як народилися в Полтавській області за останні 10 років» (наукові керівники – проф. Траверсе Г.М., проф. Крючко Т.О.).

Виявлено, що застосування «Йодомарину» на першому місяці після пологів у жінок-годувальниць з групи ризику по розвитку гіпогалакції дозволяє зберегти природне вигодовування їх дітей та продовжити його тривалість. Достовірно збільшення лак-

тації у матерів основної групи спостерігалось на 15 добу прийому препарату. Даний препарат позитивно впливає на організм матері, значно покращуючи працездатність і нормалізуючи евакуаторну функцію кишечника.

Прийом «Йодомарину» матерями у добовій дозі 200 мкг дозволяє значно зменшити здуття живота та зригивання у новонароджених недоношених дітей із гіпоксичним ураженням ЦНС шляхом зниження вегето-вісцеральних розладів. Досліджено, що збагачення раціону харчування матері йодом достовірно збільшувало у них добову кількість молока, покращувало адаптаційні можливості їхніх дітей, що проявлялось зростанням добової прибавки маси тіла дитини, підвищенням рівня гемоглобіну та еритроцитів крові, рівня кальцію крові, сприяє становленню імунної системи передчасно народженої дитини з низькою масою тіла.

На кафедрі шкірних та венеричних хвороб у межах програми «Репродуктивне здоров'я нації» виконувалася НДР «Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей перебігу захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, етіопатогенетичних змін при хронічних дерматозах на сучасному етапі з метою розробки нових методів лікування та профілактики» (керівник – проф. М.О. Дудченко).

Проведені клініко-імунологічні дослідження хворих на atopічний дерматит та справжню екзему з метою обґрунтування індивідуалізованої комплексної терапії. Проведені загальноклінічні дослідження хворих на псоріаз, біохімічне обстеження крові, що включає показники білкового, ліпідного обміну, дослідження мікрофлори ШКТ. Розроблений ефективний метод лікування хворих на сифіліс, удосконалена система лікувально-профілактичних заходів для боротьби з сифілісом на підставі епідеміологічних, клінічних і морфофункціональних особливостей захворювання на сучасному етапі.

Пріоритетним напрямком наукової діяльності в межах програми «Репродуктивне здоров'я нації» кафедра акушерства і гінекології (керівник -проф. А.М.Громова) виконувала НДР за темою «Особливості гомеостазу внутрішнього середовища організму жінок з гінекологічними захворюваннями і вагітних з акушерською та екстрагенітальною патологією, вплив методів їх консервативного і оперативного лікування на стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, стан плода і новонародженого». Вивчені особливості коагуляційного гомеостазу, центральної гемодинаміки, метаболічних процесів, плацентарного і плодового кровообігу, гормонопродукуючої функції плаценти, стану внутрішньоутробного плода, процесів тканинного дихання при варикозному розширенні вен нижніх кінцівок, прееклампсії, плацентарній недостатності, акушерських кровотеч; у вагітних з ожирінням, при бактеріальній інвазії статевих органів; стан місцевого імунітету та гістологічної структури уражених тканин у гінекологічних хворих з хронічними запальними процесами, фоновими і передраковими станами шийки матки, у носіїв ВМК. Показана висока ефективність розроблених методик лікування: фармакологічних (протимікробних, противірусних, пробіотичних, імунокорегуючих пре-

паратів, антигіпоксантів) і нетрадиційних (аутоплазмодонорство, перерозподіл крові в організмі за допомогою протиперевантажувального костюму, апарат „Біоптрон”, медичні п'явки) при названих патологічних станах із покращенням репродуктивного здоров'я жінок, рівня перинатальної, материнської, гінекологічної захворюваності і смертності.

На кафедрі педіатрії № 2 науковий напрям спрямований на підвищення ефективності діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів при моторно-евакуаторних порушеннях у дітей з органічними та функціональними розладами травного тракту на основі вивчення патогенезу, розробки та оптимізації методів діагностики, диференційованих схем терапії та реабілітації. Виконується НДР «Оптимізація діагностики, лікування та розробка методів реабілітації функціональних та органічних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей різних вікових груп» (науковий керівник проф. Крючко Т.О.). На основі проведеного дослідження будуть вивчені розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби серед дитячого населення Полтавської області, особливості вегетативно-ендокринного, імунного та окисного гомеостазу у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, розроблені підходи до корекції.

Визначена залежність формування вищезгаданої патології від вигодуювання на першому році життя та взагалі впливу продуктів харчування на формування та розвиток функціональної та органічної патології у дитячому віці.

Виконання роботи дозволить розробити підходи до корекції вегетативно-ендокринного, імунного та окисного гомеостазу у дітей з гастроєзофагеальним рефлюксом та гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, що підвищить ефективність лікування даних захворювань, зменшить тривалість лікування, підвищить якість життя хворих. Проведені дослідження дозволять виявляти дітей з групи ризику розвитку ГЕРХ на ранньому етапі захворювання та сприятимуть профілактиці даної патології у дітей різних вікових груп.

Науковим напрямом кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів було «Розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань органів травлення у поєднанні з іншими захворюваннями систем організму» (науковий керівник д.мед.н., професор І.М.Скрипник).

Вперше в експерименті доведений захисний ефект попередньої адаптації до коротких стресорних впливів за експериментальної виразки шлунка (ЕВШ), що попереджує тяжкість уражень слизової оболонки шлунка (СОШ) та організму в цілому. На підставі власної розробленої експериментальної моделі поєднання пептичної виразки та цукрового діабету (ЦД) проведений порівняльний аналіз особливостей патогенезу ЕВШ з урахуванням системних змін в організмі та доведений лікувальний ефект пантопразолу і ребаміпіду та їх комбінації.

Вперше вивчений захисний ефект мелатоніну на стані резистентності слизового бар'єра гастродуоденальної зони (ГДЗ) у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки. Вперше на основі діагностичних критеріїв проведений аналіз протективних можливостей слизового бар'єру ГДЗ у хворих на ге-

мобластози в динаміці поліхіміотерапії та доведено зниження його резистентності і розвиток ерозивно-виразкових уражень.

Вперше у хворих на гемобластози за наявності ерозивно-виразкових уражень СОШ та СОДК доведена здатність інгібіторів протонної помпи (ІПП) стимулювати синтез протективних білків слизу та обґрунтована доцільність призначення ІПП та ребаміпіду з метою профілактики та лікування ерозивно-виразкових уражень ГДЗ.

Вперше вивчені поширеність та структура стоматологічних проявів, зміни стану ротової рідини хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ). Доведено, що вплив одночасно на декілька ланок патологічних змін органів та тканин ротової порожнини призведе до значного клінічного ефекту та нормалізації виявлених порушень.

Поєднане застосування магнітолазероультразвукової терапії та синглетно-кисневої терапії є ефективним методом лікування неалкогольного стеатогепатиту у поєднанні з ЦД 2-го типу, адже потенціює позитивний вплив обох методів на метаболічні зміни у даній категорії хворих, дозволяє впливати відразу на декілька патогенетичних ланок поєднаної патології.

Наукові дослідження кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією присвячені визначенню причин неефективної організації лікування хворих на туберкульоз легень в Україні згідно «Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках». Виконувалася НДР «Вивчити ефективність організації лікування хворих на туберкульоз легень і вдосконалити заходи щодо її поліпшення» (керівник проф. М.Г.Бойко)

Отримані результати, основні висновки та їх можливий вплив на показники здоров'я населення, очікуваний економічний ефект від впровадження:

- з'ясовано, що призначення кортикостероїдів (КСТ) з урахуванням добового біоритму в комплексному лікуванні вперше діагностованого деструктивного туберкульозу легень з бактеріовиділенням проявляє не імуносупресивну, як при звичайних режимах введення КСТ, а імуномодулюючу дію;

- призначення хіміотерапії з урахуванням добового біоритму печінки та одночасним призначенням КСТ покращує переносимість хворими протитуберкульозних препаратів (ПТП);

- використання КСТ у комплексному лікуванні вперше діагностованого деструктивного туберкульозу легень з первинною стійкістю МБТ до ПТП є ефективним патогенетичним засобом, який забезпечує підвищення швидкості досягнення клінічного ефекту, збільшує частоту припинення бактеріовиділення (на 10,5%, $p < 0,05$), розсмоктування інфільтрації (на 19,71%, $p < 0,05$) та загоєння каверн (на 17,56%, $p < 0,05$), що особливо важливо в перші місяці лікування, коли ще немає результатів чутливості МБТ до ПТП;

- у хворих на хронічний фіброзно-кавернозний туберкульоз легень виявлено низький рівень альдостерону, що характеризує формування дисгормонального фону при хронічному туберкульозу легень.

- проведений аналіз роботи Гадяцького протитуберкульозного санаторія за 5 років (2005-2009 роки) з проведенням клініко-соціальної характеристики

хворих на етапі реабілітації хворих в місцевому санаторії.

- вдосконалений та адаптований опитувальник ВООЗ WHOQOL-100 для визначення оцінки якості життя хворих на туберкульоз на санаторному етапі лікування з подальшим його застосуванням у Гадяцькому протитуберкульозному санаторії.

- заключена угода про спільну діяльність з Гадяцьким відділком ННЦ «Інститут бджільництва ім. П.І.Прокоповича».

- сформовані групи в стаціонарних умовах для натуропатичного лікування хворих на туберкульоз.

Наукова робота «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульоз, саркоїдозу, дисемінованих процесів на ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики» (науковий керівник проф. М.Г.Бойко) спрямована на вивчення епідеміологічних, клініко-лабораторних, функціональних та морфологічних особливостей перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів ХНЗЛ) в Полтавській області дозволить розробити методи корекції виявлених порушень, що сприятиме підвищенню ефективності лікування та реабілітації хворих.

Кафедрою патологічної фізіології виконується НДР «Кисень – та NO- залежні механізми uszkodження внутрішніх органів та їх корекція фізіологічно активними речовинами» (науковий керівник проф. В.О.Костенко).

Досліджено кисень- та NO-залежні механізми uszkodження тонкої кишки за умов гострої тонкокишкової непрохідності (ГТКН), кісток нижньої щелепи за умов надмірного надходження в організм нітрату натрію, сперматогенезу та репродуктивної функції при дії на організм відпрацьованого моторного масла. З'ясовано: закономірності впливу відпрацьованих моторних масел на окислювальні процеси та сперматогенез, роль NO- синтез пероксинітриту та L-аргініну у механізмах змін продукції активних форм кисню, пер оксидного окиснення ліпідів та функціональну активність тонкої кишки за умов її гострої непрохідності. Пошук нових методів стимуляції відновлення зони тонкокишкового анастомозу з урахуванням стану системи NO може поповнити арсенал заходів, спрямованих на попередження та усунення ускладнень після формування тонко кишкового анастомозу. При надлишковому надходженні, NO порушує функціональну активність залізо-мідьмісних біополімерів, утворює в реакції з активними формами кисню потужний прооксидант пероксинітрит. Накопичення NO впливає на активацію перекисного окислення, пригнічує енергетичний обмін, обумовлює розвиток немічної гіпоксії.

NO має неоднозначну дію на функціонування кісток. Високий рівень NO інгібує кісткову резорбцію, а також може призвести до пригнічення обміну речовин у кістковій тканині при запаленні. Одночасно низькі концентрації NO потенціюють цитокін-індуковану резорбцію та мають важливий вплив на функціонування остеобластів. Ріст та диференціювання остеобластів пригнічуються високими концентраціями NO, який частково призупиняє дію прозапальних цитокінів на формування кісток.

Останнім часом відмічаються значні зміни клінічного перебігу гострих і хронічних хірургічних захворювань, особливо органів черевної порожнини, магистральних судин кінцівок та їх ускладнень. Проблеми профілактики, діагностики та лікування хірургічних захворювань, їх ускладнень і, в першу чергу гнійно-септичних, у сучасних умовах залишаються невирішеними і актуальними. Кафедрою загальної хірургії з доглядом за хворими (з оперативною хірургією та топографічною анатомією) і екстреною та невідкладною допомогою виконується НДР «Хірургічні захворювання в сучасних умовах: особливості етіології, патогенезу, клінічного перебігу, удосконалення діагностичної та лікувальної тактики. Прогнозування ускладнень та оцінка ефективності лікування» (науковий керівник проф. О.В.Лігоненко). Доведена доцільність використання естрогенів та ліпосом в комплексному лікуванні запально-гнійних уражень м'яких тканин у хворих похилого та старечого віку. Експериментально розроблено та введено в клініку спосіб лікування гнійно-запальних уражень м'яких тканин у хворого похилого та старечого віку з використанням комбінованої екстрагеноліпосомальної терапії. Розроблений спосіб прогнозу перебігу ранозагоєння у осіб похилого віку та відповідної лікувальної тактики в залежності від його результатів.

Вивчені системні та місцеві зміни активності статевих гормонів, динаміка клінічних, біохімічних, патоморфологічних та мікробіологічних змін в процесі ранозагоєння у хворих похилого та старечого віку із запально-гнійними ураженнями м'яких тканин при використанні запропонованих способів лікування.

У наукових дослідженнях, присвячених проблемам прогнозування і профілактиці розвитку порушень гомеостазу людини при патологічній патології, методику їх ранньої діагностики кафедрою хірургічних хвороб з загальною хірургією виконується НДР «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики» (науковий керівник - проф. С.В.Малик). У хворих, які страждають на супутнє ожиріння, в структурі післяопераційних ускладнень переважали: ранова інфекція (22%), серцево-судинні (1,8%), легеневі (1,6%). Частота ускладнень у хворих із ожирінням у 3,2 рази вища, ніж у хворих із нормальною вагою тіла. Серед ранових ускладнень переважають інфільтрати післяопераційних ран (43,5%). Основними критеріями, що можуть збільшувати ризик виникнення гнійних ранових ускладнень у пацієнтів з ожирінням є ступінь ожиріння: ступінь та форма ожиріння, подовжений ліжко-день до операції, наявність супутньої соматичної патології та відсутність проведення коригуючої передопераційної терапії, нераціональна антимікробна профілактика, порушення з боку стану дихальної і серцево-судинної системи, зниження метаболічного та імунного гомеостазу, неадекватний оперативний доступ. збільшення тривалості операції, технічні труднощі при виконанні операції, використання шовного матеріалу, що не розсмоктується, використання окремих вузлових швів, використання пасивного дренивання. Несвоєчасні терміни видалення швів і дренажів.

На кафедрі хірургічних хвороб виконується НДР «Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень» (д.мед.н. С.В.Малик.). Ряд гострих та хронічних хірургічних захворювань відзначаються надзвичайно високою летальністю, яка перевищує 50%. Також ряд хірургічних захворювань набувають статусу соціальних проблем, наприклад жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Окремо можна виділити групу пацієнтів з гострою та хронічною хірургічною патологією, які мають тяжку супутню патологією та обумовлює високий операційно-анестезіологічний ризик, що ускладнює вибір лікувальної тактики, наприклад, одним з найчастіших ускладнень ЖКХ є гострий холецистит, післяопераційна летальність при якому у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком та пацієнтів старших вікових груп, незважаючи на високий розвиток анестезіологічної допомоги та впровадження в роботу високотехнологічного обладнання залишається досить високою та складає 12-40% тоді. Як в загальній популяції післяопераційна летальність складає 1,7-5,8%, що спонукає до пошуку нових методів лікування, які б зводили до мінімуму їх інвазивність та необхідність анестезіологічної допомоги. Також однією з актуальних проблем лікування пацієнтів з хірургічною патологією є ожиріння, яке також є однією з соціальних проблем другої половини ХХ та початку ХХІ століття. Доведено, що ожиріння є одним з факторів які сприяють розвитку таких тяжких післяопераційних ускладнень як тромбоемболічні та гнійно-септичні та супроводжуються досить високою летальністю. Фактори, які сприяють розвитку цих ускладнень при лікуванні пацієнтів з ожирінням, вивчені недостатньо, також не розроблені критерії прогнозування та профілактики цих тяжких ускладнень. Подальші дослідження в цих напрямках дозволять зрозуміти роль різних факторів у діагностиці, лікуванні і профілактиці гострої та хронічної патології.

Найбільш вагомим досягненням кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії є розробка низки винаходів модифікації існуючих та створення нових хірургічних розсмоктувальних шовних матеріалів та дослідження їх впливу на загоєння післяопераційних ран. Кафедрою виконується НДР «Морфологія судинно-нервових взаємовідношень органів голови та шиї людини в нормі та під дією зовнішніх чинників у віковому аспекті. Створення нових та модифікація існуючих хірургічних шовних матеріалів і експериментально-морфологічне обґрунтування її використання в клініці» (науковий керівник – проф. О.М. Проніна).

Отримані результати дадуть можливість детальніше зрозуміти механізми виникнення патологічних процесів, їх проявів на різних рівнях організації (органному, тканинному, клітинному, субклітинному) внаслідок дії різних чинників зовнішнього середовища та при захворюваннях. Ці дані дозволять встановити роль судинно-нервових утворень у виникненні патології та обґрунтувати на цій основі морфологічні й функціональні зміни. Це в свою чергу надасть можливість падати практичні рекомендації

ЛОР –лікарям, щелепно-лицевим хірургам, онкологам та іншим клініцистам для діагностики та оптимального лікування захворювань, передбачити і попередити ускладнення. Дані про дослідження в експерименті шовних матеріалів допоможуть знизити частоту розвитку запально-гнійних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, зменшити нагноєння швів, утворення інфільтратів та лігатурних норниць, а також у пізні терміни зменшити процеси рубцевого стенозування у зоні швів, модифікація нових розсмоктувальних ниток надасть можливість відновлення морфофункціонального ресурсу оперованих органів, поліпшення функціональних виходів операцій на органах сечовивідної системи і подальшого впровадження їх у клінічну практику (проф. О.М. Проніна, доц. А.М. Білич, к. мед. н. О.Ю.Половик).

У наукових дослідженнях, присвячених проблемам діагностики, профілактики та лікування стоматологічних захворювань кафедрою внутрішніх хвороб з доглядом за хворими та кафедрою післядипломної освіти лікарів–стоматологів виконується НДР «Застосування матеріалів, наповнених наночастинками, в стоматології» (наукові керівники проф. І.П. Кайдашев, проф. П.М. Скрипніков).

Враховуючи клініко-морфологічні характеристики дефектів зубів молочного, змінного та постійного прикусів, будуть розроблені нові та вдосконалені існуючі методики профілактики та консервативного лікування хворих, що мають ураження чи дефекти, а також деформації твердих тканин зубів різної етіології за допомогою матеріалів, збагачених наночастинками. Вперше буде проведена порівняльна характеристика герметиків з наночастинками для фігур зубів вітчизняного та закордонного виробництва, існуючих на стоматологічному ринку для профілактики та відновлення дефектів зубів, проведена оцінка якості герметизації фігур зубів із різних матеріалів в експерименті.

Вперше буде проведено використання металевих конструкцій для заміщення дефектів зубного ряду коронками, вкритими срібним або золотом сплавом наповненими наночастинками. Будуть розроблені методики заповнення кореневих каналів із застосуванням дії різних фізичних факторів (магнітного поля, електричного поля, ультразвуку, механічного впливу) із подальшим аналізом їх ефективності.

Найбільш вагомими досягненнями кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з реконструктивною хірургією голови та шиї присвячені розробки НДР «Вроджені та набуті морфофункціональні порушення зубощелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (науковий керівник доц. Д.С. Аветіков). Базуючись на цілеспрямованих гістотопографоанатомічних дослідженнях, розробляються нові та вдосконалюються відомі методики профілактики, консервативного та хірургічного лікування хворих, що мають дефекти та деформації тканин щелепно-лицевої ділянки, запальні захворювання та пошкодження органів та тканин голови та шиї. Розвиток цього наукового напрямку підвищить рівень наукових досліджень в Україні щодо щелепно-лицевої та пластичної хірургії голови та

шиї, покращить рівень надання сучасної хірургічної допомоги населенню

Науковцями кафедри оториноларингології з офтальмологією під керівництвом проф. С.Б. Безшапочного та доц. В.В.Лобурця проводяться наукові розробки за темою: «Розробка нових медичних технологій в діагностиці та лікуванні патології верхніх дихальних шляхів». Робота передбачає розробку діагностичного та лікувального алгоритму стосовно захворювань верхніх дихальних шляхів. Розробка та оптимізація малоінвазивних втручань на внутрішньоносових структурах та навколо носових пазухах у хворих на різні форми риносинуситів.

На кафедрі пропедевтики ортопедичної стоматології разом з НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики виконується НДР «Удосконалення патогенетичних підходів до комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит». Метою цієї наукової роботи є підвищення ефективності лікування хворих на генералізований пародонтит на основі вивчення патогенезу та розробки комплексного лікування із застосуванням біологічних резорбтивних мембран (синтетичних та напівсинтетичних) і остеопластичного матеріалу, а також удосконалення ранньої діагностики, прогнозування, лікування та профілактики змін тканин пародонта у ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на ВІЛ. Передбачається удосконалити первинну, вторинну та третинну профілактику уражень тканин пародонта у зазначеного контингенту осіб.

Академія отримала позитивну відповідь на заяву про вступ до Міжнародної Асоціації Університетів (International Association of Universities (Франція).

Академію включено до Всесвітньої електронної бази даних медичних закладів ВООЗ "AVICENNA Directories" (Університет Копенгагена, Данія).

Подано заяву на членство в Асоціації Медичних факультетів Європи (Association of Medical Schools in Europe (Данія) та в Європейській Асоціації університетів (Бельгія).

В академії видаються фахові журнали, які включені в перелік ВАК України: "Проблеми екології та медицини" „Вісник проблем біології і медицини” “Український стоматологічний альманах”, “Актуаль-

ні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії”, „Світ медицини та біології”.

Спеціалізована учена рада Д 44.601.01 по захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 «Стоматологія», медичні науки діє при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» з 1991 року. Протягом 20 років існування спеціалізованою вченою радою розглянуто 241 дисертація, з них 26 – на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, 215 – кандидата медичних наук.

Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія” є головним в системі підготовки стоматологічних кадрів при Міністерстві охорони здоров’я України. Велика кількість магістрантів, аспірантів, клінічних ординаторів та здобувачів наукового ступеня працює в галузі стоматології та суміжних спеціальностей.

Основні наукові напрямки теоретичних та клінічних кафедр академії зосереджені на виконання стоматологічної тематики.

Успішно виконуються науково-дослідні роботи фундаментального та прикладного характеру, які мають державну реєстрацію: «Удосконалення патогенетичних підходів до комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит» - фінансування МОЗ України;

Пріоритет науково-дослідної діяльності співробітників ВДНЗУ «УМСА» підтверджено численними патентами, успішно захищеними докторськими та кандидатськими дисертаціями. За останні 5 років захищено та затверджено ВАК України 16 докторських та 125 кандидатських дисертацій, отримано 232 патенти України, 57 нововведень, 35 рацпропозицій.

Таким чином, науково-дослідні роботи, які виконувалися і виконуються в академії, мають новаторську спрямованість, відзначаються науковою новизною. Співробітники академії внесли вагомий вклад у розробку найбільш актуальних проблем сучасної медичної науки і практичної охорони здоров’я.

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА В АКАДЕМІЇ – ВІД ВИТОКІВ ДО СЬОГОДЕННЯ

Скрипник І.М., Воробйов Є.О., Марченко А.В., Давиденко Г.М.

Факультет післядипломної освіти створений згідно з наказом ректора Полтавського державного медичного стоматологічного інституту №236 від 02.08.1993 р. з метою подальшого удосконалення післядипломної освіти, поглибленої підготовки лікарів до виконання своїх професійних обов’язків. Деканат факультету післядипломної освіти вирішує актуальні питання післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку шляхом поглиблення, розширення і оновлення професійних знань, умінь і навичок або отримання іншої спеціальності на основі здобутого освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду.

Історія факультету розпочалася з створення кафедри ортопедичної стоматології з курсом ортодонтії на основі листа МОЗ України від 24.01.1991 р. № 8.0273 та наказу ПМЄІ №23 від 05.02.1991 р. Рішенням Вченої Ради ПДМЄІ від 03.09.93 р. на підставі листа МОЗ України від 16.07.93 р. №8.02-66/916 організований факультет післядипломної освіти (наказ №236 від 02.08.1993 р.)

З 1993 р. по 1994 р. факультет післядипломної освіти очолював зав. кафедри психіатрії, наркології та медичної психології д.мед.н., професор Г.Т.Сонник. З 1994 р. по 2004 р. деканом факультету працювала

к.мед.н., доцент кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів Л.Г.Павленко.

З липня 2004 р. по лютий 2010 р. декан факультету – д.мед.н., професор Скрипник Ігор Миколайович, завідувач кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів. З 09.02.2010 р. Скрипник І.М. – проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти. З 2010 р. по теперішній час декан факультету – доцент Марченко Алла Володимирівна, доцент кафедри терапевтичної стоматології.

З 1998 р. по 2010 р. на посаді проректора з лікувальної роботи та післядипломної освіти працював професор Воробйов Є.О., який з лютого 2010 р. обіймав посаду проректора з науково-педагогічної та лікувальної роботи.

В різні періоди заступниками декана факультету працювали доц. Л.Г.Павленко (1993-1994), доц. В.С.Корнієнко (1993-1994), доц. Д.С.Зазикіна (1994), проф. Г.М.Дубинська (1994-1997, 2000-2003), проф. Скрипник І.М. (1997-2004), доц. Марченко А.В. (2004-2010). Заступниками декана факультету післядипломної освіти працюють з 2003 року к.мед.н., доцент кафедри сімейної медицини і терапії Шилкіна Л.М. та з 2009 року – к.мед.н., доцент кафедри післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів Давиденко Г.М. З дня заснування факультету по теперішній час на посаді старшого інспектора деканату працює досвідчений фахівець Котова Катерина Павлівна. В деканаті також працюють інспектори - Горжуй Вікторія Іванівна, Ростовська Олександра Володимирівна і оператор ЕОМ Бочаренко Ольга Євгеніївна.

Післядипломна освіта лікарів в академії здійснюється згідно з наказами МОЗ України №291 від 19.09.1996 р., №359 від 19.12.1997 року, №98 від 01.03.2005 р., №621 від 21.11.2005 р., №793 від 10.12.2007 р. та ін. Вона включає навчання лікарів в інтернатурі, магістратурі, клінічній ординатурі, удосконалення на тематичних та передатестаційних циклах, курсах спеціалізації, інформації і стажування.

Навчальний процес проводиться на 5 кафедрах факультету післядипломної освіти:

- Кафедра сімейної медицини і терапії (зав.кафедри – проф. Ждан В.М.)
- Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів (зав.кафедри – проф. Скрипник І.М.)
- Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів (зав. кафедри – проф. Скрипников П.М.)
- Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів (зав. кафедри – проф. Нідзельський М.Я.)
- Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів (зав. кафедри – проф. Куроєдова В.Д.)

та 23 кафедрах медичного та стоматологічного факультетів, які одночасно проводять підготовку студентів.

Три кафедри факультету: післядипломної освіти лікарів-стоматологів, післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів, післядипломної освіти лікарів-ортодонтів є опорними кафедрами МОЗ України з післядипломної освіти за фахами: «Стоматологія», «Стоматологія терапевтична», «Стоматоло-

гія дитяча», «Стоматологія ортопедична» та «Ортодонтія».

Професорсько-викладацьким колективом цих кафедр розроблені: «Типовий навчальний план і програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації» за фахом «Стоматологія», навчальні плани передатестаційних циклів, спеціалізації та стажування з фахів «Стоматологія», «Стоматологія терапевтична», «Стоматологія хірургічна», «Стоматологія дитяча», «Стоматологія ортопедична», «Ортодонтія».

Основними напрямками роботи факультету є первинна спеціалізація (інтернатура), вторинна спеціалізація, підвищення кваліфікації.

Під час проходження інтернатури випускники вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації підвищують рівень своєї практичної підготовки, професійної готовності до самостійної лікарської діяльності.

Навчання в очній частині інтернатури на базі кафедр академії згідно наказів МОЗ України №621 від 21.11.2005 р. та №793 від 10.12.2007 р. проводиться за наступними фахами «Акушерство і гінекологія», «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Внутрішні хвороби», «Дерматовенерологія», «Загальна практика-сімейна медицина», «Інфекційні хвороби», «Клінічна онкологія», «Медицина невідкладних станів», «Неврологія», «Ортопедія і травматологія», «Отоларингологія», «Офтальмологія», «Патологічна анатомія», «Педіатрія», «Психіатрія», «Пульмонологія та фтизіатрія», «Стоматологія», «Урологія», «Хірургія».

У листопаді 2009 р. факультет післядипломної освіти ліцензований з надання освітніх послуг:

- підготовка фахівців в інтернатурі (первинна післядипломна спеціалізація) за напрямом 1201 «Медицина» з ліцензійним обсягом 450 осіб на рік;
- підготовка фахівців в клінічній ординатурі (післядипломна підготовка лікарів) - 50 осіб на рік;
- підвищення кваліфікації за базовими напрямками (спеціальностями) - 1300 осіб на рік;
- підготовка іноземних громадян у клінічній ординатурі –50 осіб на рік.

Відкрито підготовку іноземних громадян за базовими акредитованими напрямками 1201 «Медицина» у магістратурі: 8.12010001 «Лікувальна справа» та 8.12010005 «Стоматологія».

За період проведення інтернатури на базі Української медичної стоматологічної академії з 1975 р. підготовлено 3313 лікарів стоматологічного і 5606 лікарів медичного профілю.

Згідно з наказом МОЗ України від 12.12.94 р. №303 підготовка лікарів в інтернатурі здійснюється на базі філіалів кафедр Української медичної стоматологічної академії, які організовані в містах Чернігів, Миргород і Кременчук за фахами: «Стоматологія», «Внутрішні хвороби», «Акушерство і гінекологія», «Педіатрія», «Загальна практика – сімейна медицина», «Офтальмологія».

Деканат факультету післядипломної освіти спільно з Головним управлінням охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації регулярно проводять атестацію клінічних баз заочної частини підготовки лікарів в інтернатурі. Базовими закладами інтернатури затверджено 87 лікувально-профілактичних

установ області, 249 практичних керівників. 3 метою оптимізації навчального процесу в інтернатурі 2 рази на рік організуються обласні семінари для керівників базових лікувально-профілактичних установ та протягом року тематичні семінари за відповідними фахами.

Обов'язковою формою навчання в інтернатурі є науково-дослідницька робота. Щорічно проводиться підсумкова науково-практична конференція «Актуальні питання клінічної медицини» з висвітленням отриманих результатів наукових досліджень лікарями-інтернами, клінічними ординаторами та магістрантами.

Продовжується наукова співпраця між кафедрою факультету академії та медико-консультативним центром «Фоліна», стоматологічними клініками «Медіо», «Аполонія», «Ортекс», «Стоматологія» та «Gala Dent», з фірмами «Дентсплай» (Великобританія, Німеччина), «Сєромед» (Словаччина), «Хаєрх унд Веркен» (Німеччина), «Ді-Тек» (Швеція), ARDS, TBI, 3M ESPE, Oral B з метою навчання лікарів-інтернів та курсантів новим технологіям та роботі з стоматологічними матеріалами вищезазначених фірм.

Лікарі-інтерни беруть участь у роботі щорічних виставок «Стоматологія», щорічного Великого навчального семінару «Дент Арт», навчального семінару «Шлях у світ майстерності», науково-практичних конференцій та круглих столів за різними фахами. З доповідями на семінарах та конференціях виступають провідні фахівці в галузі медицини.

З 2000 року щорічно проводиться Всеукраїнський професійний конкурс лікарів-стоматологів «Шлях у світ майстерності» серед лікарів-інтернів профільних кафедр вищих навчальних закладів України. Метою конкурсу є популяризація та впровадження в практику охорони здоров'я сучасних технологій, матеріалів та устаткування, демонстрація професійної майстерності лікарів-стоматологів в реставраційній техніці. Щорічно в конкурсі беруть участь представники 6-8 ВУЗів України.

Разом з обласним управлінням охорони здоров'я з 2010 року кафедрою післядипломної освіти лікарів-стоматологів проводиться конкурс серед дитячих стоматологів «Кращий лікар-профілактисст». В ньому беруть участь лікарі, що представляють роботи з профілактики в школах міста та профілактиці захворювань слизової оболонки.

Викладачі факультету постійно беруть активну участь у реалізації державних та міжнародних програм захисту здоров'я населення.

Цикли вторинної спеціалізації проводяться з фахів «Терапія», «Загальна практика – сімейна медицина», «Ендокринологія», «Стоматологія», «Стоматологія терапевтична», «Стоматологія хірургічна», «Стоматологія дитяча», «Стоматологія ортопедична», «Ортодонція».

Передатестаційні цикли проводяться згідно з наказом МОЗ України від 19.12.1997 р. №359 „Про подальше удосконалення атестації лікарів” для отримання рекомендацій на підтвердження чи присвоєння лікарських кваліфікаційних категорій за наступними фахами «Терапія», «Загальна практика – сімейна медицина», «Ендокринологія», «Дерматовенерологія», «Педіатрія», «Неонатологія», «Неврологія», «Акушерство і гінекологія», «Медицина невідкладних

станів», «Стоматологія», «Стоматологія терапевтична», «Стоматологія хірургічна», «Стоматологія дитяча», «Стоматологія ортопедична», «Ортодонція». Постійно проводяться тематичні цикли удосконалення за всіма фахами навчання на передатестаційних циклах.

З 1991 року на курсах удосконалення пройшли підготовку 15275 лікарів.

На факультеті післядипломної освіти впроваджені елементи дистанційної освіти в навчальний процес лікарів-інтернів. Кафедрою післядипломної освіти лікарів-стоматологів створено сайт «www.dentaero.com», на якому представлені розклад занять лікарів-інтернів, календарні плани, матеріали з підготовки до Державної атестації, база даних «Крок 3. Стоматологія», за допомогою якої лікарі-інтерни в режимі on-line проводять тренінги та мають змогу підготуватися до ліцензійного іспиту. Тут надається вся інформація щодо проведення науково-практичних конференцій, тренінгів, майстер-класів та конкурсів з професійної майстерності, проводиться інтерактивне голосування під час Всеукраїнського конкурсу «Шлях у світ майстерності».

На кафедрі внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів впроваджені дистанційні форми навчання у вигляді телеконференцій з філіалами кафедри в містах Кременчук та Миргород; проводяться наради-семінари з базовими керівниками лікарів-інтернів; лікарі-інтерни мають змогу в режимі on-line користуватися електронними посібниками, методичними розробками та навчальними планами і програмами із фахів «Внутрішні хвороби» та «Медицина невідкладних станів».

Активно впроваджена в навчальний процес дистанційна освіта лікарів-інтернів на кафедрі сімейної медицини та терапії під час проходження заочної частини інтернатури на базах стажування. Створені електронні тестові програми, що забезпечують дистанційний контроль рівня знань лікарів-інтернів за участю викладачів кафедри.

Дистанційне навчання активно інтегрується в методичку тематичних та передатестаційних циклів удосконалення лікарів-курсантів: на сайтах кафедр факультету представлені графіки проведення тематичних та передатестаційних циклів, кошториси плати за навчання, навчальні плани та програми даних циклів; створене та активно використовується інформаційно-методичне забезпечення циклів удосконалення, доступне для лікарів через мережу «Інтернет». Лікарі-курсанти дистанційно отримують конкретні завдання, які після виконання надсилають на кафедри, де останні опрацьовуються та оцінюються викладачами. Організована можливість ознайомлення лікарів в режимі on-line, які планують навчання на передатестаційних циклах, з тестовими завданнями комп'ютерної програми для атестації на відповідність кваліфікаційній категорії.

На виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.08.2010 р. №1726 в академії створений підрозділ з питань сприяння працевлаштуванню випускників академії (наказ ректора від 25.10.2010 р. №226) під керівництвом проректора з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти професора Скрипника І.М. Підрозділ співпрацює зі службою зайнятості, підприємствами, установами та

організаціями, які можуть бути потенційними роботодавцями для випускників і студентів. Деканатом факультету післядипломної освіти постійно ведеться інформаційна робота зі студентами випускних курсів медичного та стоматологічного факультетів та лікарями-інтернами факультету післядипломної освіти щодо питань сприяння працевлаштуванню випускників академії (бюджетної та контрактної форм навчання).

На факультеті постійно працює комісія по зв'язках з випускниками академії, яка проводить організаційну та аналітичну роботу, відслідковує славні трудові шляхи наших лікарів.

Пріоритетним напрямком у післядипломній освіті лікарів є безперервний професійний розвиток, збереження на достатньому рівні, перегляд і поглиблення знань і навичок у відповідності до потреб пацієнтів, тобто створення системи безперервної медичної освіти. Діяльність факультету постійно вдосконалюється, розвивається і нині переживає новий етап в умовах створення єдиного простору в рамках Болонської конвенції. При цьому одним з основних напрямків роботи залишається реалізація Національних програм щодо збереження здоров'я населення України.

ЛІКУВАЛЬНА РОБОТА – НЕВІД’ЄМНА СКЛАДОВА ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНОГО ФАХІВЦЯ

Ждан В.М., Воробійов Є.О., Бобирьов В.М., Скрипник І.М.

Святкування 90-ї річниці ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» спонукає нас до всебічного висвітлення славетних сторінок його існування. Однією з найбільш яскравих і шляхетних з них є лікувальна робота.

Надання медичної допомоги є невід’ємною складовою частиною роботи будь-якого вищого навчального закладу медичної галузі. Кожен колектив і наш – не виняток, пишається своїми видатними попередниками, на прикладах самовідданого життя яких вихувалося не одне покоління майбутніх лікарів. З перших років створення нашого навчального закладу співробітники-клініцисти були залучені до надання медичної допомоги населенню Полтавської області та найближчих регіонів.

Біля витоків наукової та практичної хірургії в м.Полтаві стояли талановиті лікарі та видатні вчені. Так, у 1883 році молодий лікар-хірург Полтавської губернської лікарні М.П.Коробкін вперше в Росії виконав складну, на той час, операцію на легенях з ефективним результатом. З Полтавською губернською лікарнею пов’язане життя неперевершеного хірурга-оператора, вченого М.В.Скліфосовського, який жив та працював у Полтаві в 1900-1904 роках.

Засновниками наукової та практичної стоматології України та всього Радянського Союзу, починаючи з 1921 року, були вчені-стоматологи одонтологічного факультету, який на той час входив до складу Харківської медичної академії та налічував 17 кафедр. Серед них були 4 кафедри стоматологічного профілю. Однією з них, а саме кафедрою консервативного зуболікування з пропедевтичною одонтологією, завідував професор Ю.М.Гофунг – талановитий організатор, лікар, педагог, учений. Його роботи по вивченню хвороб пульпи та розроблена класифікація пульпіту знайшли широке визнання у практиці. Значний вклад у розвиток вітчизняної стоматології вніс професор І.А.Безельман – він заснував на кафедрі навчально-лікувальне відділення, відділення стоматології дитячого віку. У роки Великої Вітчизняної війни він керував стоматологічною службою на одному із фронтів.

Засновником вітчизняної хірургічної стоматології був професор М.Б.Фабрикант, який у 1921 році створив кафедру хірургічної стоматології. Учасник чотирьох війн, він зробив вагомий внесок у розвиток вітчизняної травматології та відновної хірургії щелепно-лицьової ділянки, розробив та впровадив оригінальні методи операцій на нижній щелепі, був обраний почесним членом Всесвітньої наукової асоціації стоматологів.

Значний внесок у розвиток вітчизняної системи охорони здоров’я внесли наші попередники, представники лікувальних спеціальностей.

Починаючи з 1932 року по 1938 рік кафедру хірургічних хвороб очолював дійсний член Академії медичних наук СРСР, професор О.В.Мельников. Уперше в Радянському Союзі він заснував онкологічний диспансер та написав двотомне керівництво з онкології. З перших днів існування кафедри на ній працював і професор Ю.Ю.Вороной. Під його керівництвом ви-

вчалися проблеми патогенезу, клініки та лікування щочку. Професор Ю.Ю.Вороной вперше у світі виконав пересадку трупної нирки хворій з приводу гострої уремії. З 1944 по 1950 роки кафедрою хірургічних хвороб завідував заслужений діяч науки СРСР, професор О.К.Горчаков, який був у свій час головним ендокринологом МОЗ УРСР, відповідальним редактором журналу «Лікувальна справа», членом правління Всесоюзного наукового товариства хірургів. Тривалий час (з 1950 по 1968 роки) кафедрою керував професор Г.М.Гуревич. У роки війни він обіймав посаду головного хірурга військ Південно-Західного, Північно-Кавказького, Сталінградського, Південного та Прибалтійського фронтів. Тематика його досліджень різнобічна: проблеми щитовидної залози, переливання крові, злоскісних захворювань шлунково-кишкового тракту.

Значний внесок у розвиток вітчизняної терапії зробив завідувач кафедри внутрішніх хвороб, професор П.Ф.Фролов, який розробив нестандартний підхід до визначення патогенезу виразкової хвороби, перебігу гіпертонічної хвороби, дрібновогнищцевого інфаркту міокарду, проблем взаємозв’язку патології внутрішніх органів із захворюваннями зубощелепної системи та ротової порожнини. Терапевти Харківщини обирали його головою обласних наукових товариств терапевтів та кардіологів.

Нинішні працівники охорони здоров’я, співробітники клінічних кафедр ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» є прямими послідовниками вищезгаданих діячів медицини. Усім їм притаманні винятковий професіоналізм, висока працездатність, невичерпний науковий потенціал – якості, які зумовили їх значні досягнення сьогодні і які, безумовно, позначатимуться на рівні нашої медицини у майбутньому.

Сьогодні лікувальну допомогу мешканцям Полтави, Полтавської області та інших регіонів України надають 676 співробітників академії. З них 75 мають звання професора, 85 докторів наук, 172 доценти та 344 кандидати наук. Лікувальна робота здійснюється на 36 клінічних кафедрах академії, клінічними базами яких є 35 лікувально-профілактичних закладів м.Полтави, Полтавської та Чернігівської областей. Загальна кількість ліжкового фонду складає 6630 ліжок та 482 стоматологічних крісел. Тільки в 2010 році на клінічних базах було проліковано 25117 хворих у стаціонарах для дорослого населення, 8645 дітей, виконано 15465 оперативних втручань, в т.ч. складні видалення зубів, що складає 10% від усіх втручань з видалення зубів. Фахівцями академії прийнято і проліковано 264186 стоматологічних хворих, фахівцями лікувального профілю проведено 57453 консультацій.

Співробітники кафедри сімейної медицини і терапії, яку очолює заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, ректор академії В.М.Ждан, розробляють нові методи діагностики, лікування і практичні рекомендації щодо терапії захворювань внутрішніх органів. Засоби впровадження нових методик оформлені більш ніж 176 актами впровадженнь, патентами, інформаційними повідомленнями і доповідями на міжнародних конференціях. Рекомендації

кафедри забезпечують економічну ефективність нових методик, а саме, скорочення днів тимчасової непрацездатності і покращують якість життя хворих людей. Кафедра проводить плідну консультативно-лікувальну роботу в медичних закладах: Полтавській обласній клінічній лікарні ім.М.В.Скляфосовського, 2-й міській клінічній лікарні, ДЗ «Відділкова клінічна лікарня ст. Полтава» СТГО «Південна залізниця» і Полтавській ЦРЛ.

Відповідно до виконання державної програми «Здоров'я сільського населення» викладачі кафедри спільно з лікарями-інтернами проводять медичні огляди, надають лікувально-консультативну допомогу в медичних закладах віддалених сіл всіх районів Полтавської області. Співробітники кафедри брали активну участь у проведенні оглядів диспансерної групи працездатного віку хворих у поліклінічному відділенні 4-ої міської клінічної лікарні м. Полтави. Відповідно до графіків консультативних оглядів хворих викладачі кафедри разом з лікарями-інтернами і лікарями-курсантами виїжджають у Степнянську сімейну амбулаторію Полтавського району.

Співробітники кафедри виконують виїзди за виїздами з територіального центру екстреної медицини та медицини катастроф.

Однією з найважливіших стратегічних проблем охорони здоров'я України завжди було збереження та зміцнення здоров'я сільського населення. Так, на виконання Указів Президента України від 28.01.1999р. «Про заходи щодо поліпшення умов функціонування закладів охорони здоров'я у сільській місцевості», від 07.12.2000р. «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України», розпорядження Президента України від 13.09.1999р. «Про поліпшення проведення диспансерних оглядів та оздоровлення сільського населення» та з метою реалізації комплексних заходів, направлених на зміцнення здоров'я населення Полтавської області вперше в Україні фахівцями академії та обласних лікувальних закладів з ініціативи Голови Полтавської облдержадміністрації Є.Ф.Томіна, ректора академії академіка М.С.Скрипнікова, начальника Управління охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації В.В.Волченка, головного лікаря ПОКЛ ім. М.В.Скляфосовського В.М.Ждана та голови обласного осередку Аграрної партії П.А.Ківшика в січні 2001 року був складений перспективний комплексний план проведення медичних заходів на селі на 2001-2005 роки та розпочалися комплексні медичні обстеження жителів усіх 25 районів Полтавської області.

Обласний штаб по координації проведення диспансерних оглядів на чолі з першим заступником начальника УОЗ Полтавської облдержадміністрації В.П.Лисаком за участю фахівців Української медичної стоматологічної академії, проректора з лікувальної роботи та післядипломної освіти проф. Є.О.Воробйова та заступника декана факультету післядипломної освіти доц. І.М.Скрипника відпрацювали схему надання щотижневої інформації, схему листків обліку медичних оглядів та відбору хворих на лікування в умовах обласних установ і центральних районних лікарень.

До складу медичних бригад на першому етапі входили професори, доценти та досвідчені асистенти клінічних кафедр академії, провідні клініцисти лікувальних закладів обласного центру, клінічні ординатори та лікарі-інтерни з фахів «Терапія», «Педіатрія», «Хірургія», «Акушерство і гінекологія», «Офтальмологія», «Стоматологія», а також студенти

6 курсу медичного факультету, які у майбутньому будуть працювати в медичних установах цих районів.

Лікарі-інтерни та студенти 6 курсу медичного факультету академії були включені до складу бригад з метою соціальної адаптації до умов роботи за місцем призначення, що значно підвищує мотивацію навчання і передбачено індивідуальними планами лікарів в інтернатурі. Був налагоджений систематичний контроль за виконанням індивідуальних планів лікарями-інтернами з боку адміністрації академії та управління охорони здоров'я. Щотижнево в райони виїжджали проректор проф. Є.О.Воробйов, декан доц. Л.Г.Павленко, заступники декана – доц. І.М.Скрипник, доц. Г.М.Дубинська, зав. кафедрою – проф. Т.П.Скрипнікова, проф. М.М.Потяженко, відповідальна по УОЗ за інтернатуру О.І.Лаптева.

Обсяг обстежень, які проводили фахівці медичних бригад на першому етапі включає: загальний огляд терапевта з визначенням факторів ризику захворювань (паління, вживання алкоголю, стреси, шкідливі фактори зовнішнього середовища, надмірна вага), вимірювання артеріального та внутрішньоочного тиску, визначення гостроти слуху та зору, проведення електрокардіографії, флюорографії, маммографії, огляду гінеколога і хірурга. До складу бригад також були включені лікарі невропатологи, педіатри, окулісти, отоларингологи, урологи, дерматовенерологи, кардіологи, ендокринологи, лікарі функціональної діагностики, стоматологі-ортопеди, лікарі-лаборанти.

Кожному обстеженому були проведені загальний аналіз крові, сечі та визначення цукру у цих біологічних середовищах, при необхідності – ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

На другому етапі високоосвічені фахівці: професори і доценти клінічних кафедр академії, обласні спеціалісти наприкінці кожного тижня в умовах ЦРЛ проводили консультації хворих, що були відібрані на першому етапі медоглядів, за необхідністю проводилися екстрені та планові хірургічні втручання.

Керівниками бригад спільно з адміністрацією ЦРЛ був створений банк даних обстежених жителів, сформовані групи диспансерного нагляду за відповідними нозологіями.

На особливу увагу завжди заслуговувала саме проблема динамічного спостереження за станом здоров'я населення, оскільки у подальшому до диспансерної роботи будуть залучатися теперішні студенти та лікарі-інтерни, які з великою зацікавленістю і високою відповідальністю приймали участь у роботі бригад та лікарі, які проходили перепідготовку в академії з фаху «Загальна практика сімейна медицина» на базі кафедри сімейної медицини. А для лікарів дільничних та районних лікарень сумісна робота з фахівцями академії є своєрідною формою підвищення кваліфікації.

Ефективність лікувально-профілактичних програм у значній мірі визначається участю у них населення. Психологічна неготовність до обстеження і недостатня активність у реалізації лікарських рекомендацій знижують ефективність запланованих заходів. З цією метою районними держадміністраціями проводиться роз'яснювальна робота серед населення шляхом залучення засобів масової інформації: радіо, телебачення та преси.

Складність проведення профілактичних оглядів, особливо населення сільської місцевості, зумовлена декількома обставинами: обмеженість коштів для їх

реалізації як з боку лікувальних установ, так і жителів села, відсутність необхідного технічного забезпечення в основній ланці охорони здоров'я – поліклініці чи амбулаторії сімейної медицини, які повинні переважно здійснювати диспансеризацію

По завершенні роботи у кожному районі фахівцями академії, обласними спеціалістами за участю органів державного самоврядування разом з місцевими медичними працівниками проводилися підсумкові науково-практичні конференції з обговоренням результатів роботи та відпрацюванням завдань по покращанню медичного обслуговування сільського населення.

Участь медиків Полтавщини у проведенні комплексних медичних оглядів є реальним втіленням у практику охорони здоров'я Міжнародної програми «Інтегральної профілактики хронічних неінфекційних захворювань» - СІНДІ, яка знайшла практичну реалізацію у Північно-Східному регіоні України, завдяки ініціативі та особистій підтримці директора Інституту терапії АМН України академіка АМН України і Російської АМН Л.Т.Малої.

Слід сподіватися, що спільна акція фахівців ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» та обласних лікувально-профілактичних установ області дозволили підвищити рівень медичного обслуговування та покращити якість життя сільського населення Полтавщини.

Значний обсяг лікувальної роботи виконується кафедрою педіатричного профілю. Так, колективом кафедри педіатрії №1 (зав. кафедрою, професор Траверсе Г.М.) сумісно з закладами охорони здоров'я Полтавської області з 2006 по 2010 роки виконувалась програма «Проблеми перинатальної асфіксії та шляхи зниження смертності, захворюваності та інвалідизації дітей Полтавської області». Результатом дії цієї програми стало значне зниження захворюваності дітей області на асфіксію з 58,2% до 33,37% за ці роки. Смертність від асфіксії відповідно зменшилася з 0,72% до 0,14%. За цей час проведено 24 нарад-семінарів для лікарів неонатологів, дитячих анестезіологів-реаніматологів. Проведено 12 семінарів-тренінгів в ЦРЛ області. Співробітниками кафедри доценти Похилько В.І., Ковальова О.М. приймали участь в розробці 5 державних стандартів за наказом МОЗ України.

В 2000 році за сприянням колективу кафедри на базі поліклінічного відділення №2 ДМКЛ створено міський центр підтримки природного вигодування, який в даний час очолює к.мед.н. Козакевич В.К., вона також з 2007 року є експертом ВООЗ із грудного вигодування та оцінки лікувальних закладів на статус «Лікарня доброзичлива до дитини». В центрі проводяться індивідуальні та групові заняття з вагітними жінками, консультації жінок-годувальниць, читаються лекції лікарям-педіатрам з питань природного вигодування.

Сьогодні здобутки кафедри педіатрії №2 (зав. кафедри проф.Крючко Т.О.) знайшли своє відображення у реорганізації надання медичної допомоги дитячому населенню у створенні перинатального центру на базі ПОДКЛ. Сумісними зусиллями акушер-гінекологів та педіатрів вдалося досягнути суттєвого зниження рівня перинатальної смертності, які протягом останніх 8 років динамічно знижувалися (у 2003 році – 8,9%, у 2010 – 6,0%) і, як правило, були нижчими від державних (2010 рік – 9,13%).

Наукові досягнення співробітників кафедри стали підґрунтям для створення багатьох практичних ре-

комендацій, навчальних посібників, впровадженнь нових методів діагностики та лікування в практичну роботу педіатрів. Нині колектив кафедри працює над тим, щоб майбутнє педіатричної галузі області, яке побудоване на досвіді напрацьованому десятиріччями, увінчалось не менш славетними успіхами у формуванні здоров'я нації.

Це один унікальний навчально-науково-лікувальний підрозділ у складі академії – Академічна стоматологічна поліклініка, яка надає висококваліфіковану спеціалізовану амбулаторну стоматологічну допомогу населенню Полтавської області та регіонів України за зверненням. У роботу стоматологічної поліклініки впроваджено сучасні методи ендодонції, реставрації зубів, застосовуються сучасні конструкції зубних протезів, виконується хірургічна підготовка ротової порожнини до протезування, пластика альвеолярних відростків, пародонтопластика.

Основний напрямок лікувальної роботи кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань (зав. кафедри проф. Каськова Л.Ф.) – розробка та впровадження сучасних методів профілактики та лікування стоматологічних захворювань у дітей з факторами ризику різного віку з урахуванням вмісту фтору в питній воді, що проводились в рамках виконання ініційованої Президентом України «Програма профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки» та продовжується в межах міської програми «Дитяча стоматологія на 2008-2012 роки у м. Полтава».

Співробітниками кафедри запропоновані та впроваджені карієс-профілактичні заходи для дітей, починаючи з моменту прорізування першого зуба до 3-х років, які призвели до редукації карієсу, що становить 85%. Використання остеотропних препаратів дало можливість підвищити резистентність твердих тканин та запобігти прогресуванню флюорозу постійних зубів у дітей.

Застосування у дітей, що мешкають у регіонах із різним вмістом фтору в питній воді, запатентованих способів профілактики з використанням полівітамінних комплексів та біологічно активних речовин, сприяло зниженню інтенсивності хронічного катарального гінгівіту за показником папілярно-маргінально-альвеолярного індексу на 63-65%. Доведена необхідність індивідуального підходу до профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із хронічним гастродуоденітом, дисбактеріозом кишечника, лімфобласним лейкозом та лімфогранулематозом. Лікувальна робота співробітників кафедри спрямована на зниження показників стоматологічної захворюваності у дітей Полтави та Полтавської області.

За 20 років існування кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів (зав. кафедри професор Куроєдова В.Д.) співробітників-науковців з вищою категорією з фаху «ортодонтія» вилікували не одне покоління пацієнтів з різних регіонів України, провели профілактичні огляди понад 9 тис. дітей та підлітків із сільської місцевості. Кожен рік на кафедрі отримують ортодонтичну допомогу понад 15 тис. хворих.

Підготовлено більше 350 майбутніх ортодонтів України на циклі «Спеціалізація», всього навчання пройшли 2,5 тис. лікарів-курсантів. Для лікаря-ортодонта України видано друком 23 книги, серед яких найбільш популярними є «Кишеньковий довідник

лікаря-ортодонта» та «Атлас ортодонтичних апаратів».

Співдружність кафедри з ортодонтичною клінікою університету ім.И.Гуттенберга (Німеччина, м.Майнц) забезпечує її європейський напрямок роботи: проведено 23 міжнародних навчальних семінари, впроваджено 18 німецьких методик лікування, міжнародна наукова співпраця дає можливість щорічних доповідей на міжнародних конгресах ортодонтистів.

Лікувально-профілактична допомога населенню м. Полтави та Полтавської області здійснюється співробітниками кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів (завідувач кафедри, д.мед.н., професор Скрипников П.М.) за наступними напрямками: терапевтична, хірургічна, ортопедична стоматологія, стоматологія дитячого віку та ортодонтія. В процесі лікувальної роботи освоювалося нове обладнання та матеріали, розроблялись методики і технології їх застосування. Вони впроваджувались в практичну стоматологію шляхом проведення 12 Всеукраїнських конкурсів професійної майстерності лікарів-стоматологів «Шлях у світ майстерності» та конкурсів «Кращий лікар-стоматолог-профілактист». Протягом 20 років двічі на рік проводяться Міжнародні учбові семінари «Дент Арт». Працівниками кафедри одержано 28 деклараційних патентів на винаходи, впроваджено 61 нововведення, видано 29 методичних посібників.

Фахівці кафедри консультують пацієнтів на клінічних базах, відділеннях Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Склясовського, а також під час планових виїздів на базові стоматологічні заклади міст Кременчука, Миргорода, Лубен, Гадяча та Чернігова. Так, тільки за 2010 рік було проконсультовано 15385 хворих.

Багато уваги в лікувальній роботі кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією (завідувач кафедри, д.мед.н., доцент Дворник В.М.) приділяється дослідженням стану зубощелепної системи із виявленням функціональної патології, її суттєвості та методів діагностики, лікування, профілактики для реабілітації стоматологічних ортопедичних хворих.

Впровадження у зуболікарську практику різних функціонально обґрунтованих конструкцій протезів із застосуванням стоматологічних імплантатів, оцінка стану жувального апарату, аналіз, спільне розуміння логіки використання імплантатів із необхідним методичним та програмним забезпеченням сприяють ефективності протезування та ортопедичній реабілітації хворих.

Основними напрямками роботи кафедри акушерства і гінекології (зав.кафедри проф. Громова А.М.) є розробка методів, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я жінок, показників материнської та перинатальної смертності і захворюваності. З цією метою в практику охорони здоров'я впроваджуються новітні методи діагностики та лікування фонових і передракових захворювань шийки і тіла матки, септичних та гемостазіологічних ускладнень у гінекологічних хворих, роділь і породіль. Співробітниками кафедри втілюють інноваційні технології медицини плода. Широко використовуються сучасні методи

лапароскопічної хірургії, гістероскопія та радіохвильова деструкція шийки матки і ендометрію.

Під керівництвом першого зав. курсу урології проф. Пархомчука А.З. уперше в Україні впроваджені в клінічну практику між'язові розтини при операціях на нирках та сечових шляхах (1976), позадулонна простатектомія (1979), розроблений та вперше в Україні впроваджений в клінічну практику оригінальний метод ушивання сечових нориць у жінок (1980), спосіб лікування нефроптозу, трансуретральні резекції доброякісної гіперплазії простати (1994), ендоскопічне лікування стриктур уретри (2995), контакт-на нефро- та уретеролітотрипсія (1996).

Під керівництвом зав. кафедри урології, д.мед.н., проф. Саричева Л.П. розроблено та вперше в Україні впроваджено в клінічну практику мінімально інвазивну лікувальну тактику при гострому зніжному піелонефриті, перкутанні методи лікування абсцесу нирки, заочеревинного простору та передміхурової залози, внутрішнє та зовнішнє стентування нирок при обструктивному піелонефриті.

Найбільш вагомі результати досліджень кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією (завідуюча кафедри, професор Дубинська Г.М.) в практичну охорону здоров'я узагальнені в методичних рекомендаціях «Діагностика та лікування лямбліозу», «Лікування, реабілітація і диспансерне спостереження хворих з опістохорозом».

Зав. кафедри ендокринології проф. Бобирьовій Л.Є. в 2002 році за розробку на базі фундаментальних досліджень нових біотехнологій одержання клітинних і тканиневих аллотрансплантатів присуджена Державна премія України. В 2004 році за серію наукових робіт «Цукровий діабет. Ускладнення. Розробка сучасних біотехнологій терапії і профілактики» призначена премія Академії медичних наук України.

Вагомий вклад у впровадження ендоскопічних технологій на Україні внесли співробітники кафедри оториноларингології (зав. кафедри проф. Безшапочний С.Б.).

Науковцями кафедр внутрішньої медицини №2 (зав. кафедри проф. Катеренчук І.П.) і нервових хвороб (завідуючі кафедри – проф. Грицай Н.М. і проф. Литвиненко Н.В.) одними з перших на Україні створений антигіпертензивний центр.

Існує тісний інтеграційний взаємозв'язок між діяльністю клінічних кафедр академії та практичною охороною здоров'я. Начальник Головного управління охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації Лисак В.П. викладає навчальну дисципліну «Організація охорони здоров'я»; перший заступник Курилко Ю.В. – патологічну анатомію; головний хірург ГУОЗ – доцент кафедри хірургії №2; головний лікар обласного кардіологічного диспансеру к.мед.н. Вакуленко К.Є. – співробітник кафедри внутрішньої медицини №2; головний лікар обласної клінічної психіатричної лікарні д.мед.н. Денко М.О. – доцент кафедри психіатрії; головний лікар обласного центру профілактики ВІЛ-інфекцій та боротьби зі СНІДом Коршенко В.О. – доцент кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією; головний лікар обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру Камєнєв В.І. – доцент кафедри шкірних та венерологічних хвороб.

ПІДГОТОВКА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ У ВИЩОМУ ДЕРЖАВНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ УКРАЇНИ “УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ”: ДОСВІД, НАДБАННЯ, ПЕРСПЕКТИВИ

Скрипніков А.М., Іщейкін К.Є., Старченко І.І., Білоконь С.О., Прилуцький О.К.

Українська медична стоматологічна академія го-тує лікарів із числа іноземних громадян іще з 1960 року, а факультет підготовки іноземних студентів, як окремий підрозділ, було відокремлено у 1992 році.

За роки існування факультету кількість іноземців, що навчаються в академії, невпинно зростає. Так, за останні 10 років їх число збільшилось з 153 до 765. Поширюється і кількість країн, представники яких бажають отримати освіту в УМСА: з 15 у 2001 р. проти 45 у 2011 р. Причому, якщо раніше це були переважно держави Близького Сходу та Середньої Азії (Палестина, Іорданія, Туркменістан), то на сьогодні до них додалася значна кількість країн Африки і Європи.

Загалом, на теперішній час, на факультеті уже підготовлено 589 лікарів для 38 країн світу.

За останні 10 років 39 іноземців отримали дипломи з відзнакою. Приємно, що кількість студентів-відмінників з кожним роком невпинно збільшується. Так, у 2011 році 15 випускників отримали дипломи з відзнакою.

З 2003 р. за спеціальностями «Стоматологія» та «Лікувальна справа» проводиться підготовка студентів англійською мовою, яку на теперішній час здійснює близько 100 висококваліфікованих викладачів.

Проректорами з міжнародних зв'язків тривалий час працювали Долот П.К., Попов В.І. і Близнюк І.О. На теперішній час проректором з науково-педагогічної роботи та міжнародних зв'язків є завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, д.мед.н., професор Скрипніков А.М.

В різні роки факультет очолювали професори Дудченко М.О., Шиш В.Ф., Король М.Д., Нідзельський М.Я., Баштан В.П., Потяженко М.М., Скрипніков А.М., а заступниками декана були проф. Доценко В.І., доц. Ковачев В.І., доц. Білич А.М., доц. Зубаха А.Б., доц. Волошина Л.І.

За роки існування факультету на ньому засновані наукові школи, які очолюють професори Тарасенко Л.М., Шелітько В.І., Костенко В.О., Непорада К.С., Дубінін С.І., Дубінська Г.М., Кайдашев І.П., Кузнецов А.Я., Рубаненко В.В., Доценко В.І.

В жовтні 2009 р. факультет підготовки іноземних студентів очолює доктор медичних наук, професор кафедри шкірних та венеричних хвороб Іщейкін Костянтин Євгенович, який з 2006 по 2008 рр. працював заступником декана медичного факультету, де відповідав за впровадження кредитно-модульної системи організації навчання в академії.

В теперішній час заступниками декана є д.мед.н., доцент кафедри патоморфології з секційним курсом Старченко Іван Іванович; к.мед.н., доцент кафедри дитячої хірургічної стоматології Білоконь Сергій Олександрович; к.мед.н., доцент кафедри анатомії людини Прилуцький Олексій Костянтинович; поміч-

ник декана з виховної роботи Ульяновський Ігор Леонідович.

Інспекторами в деканаті працюють Добридень Л.С., Медведєва В.М., Кравчук О.І., Кишка С.О., Іщенко Л.Г., Луценко Н.Я., Сокол К.Г., Скорик Ю.Ю., Гасенко О.В.

З 2002 р. в академії працює Рада факультету та циклова методична комісія з підготовки іноземних студентів. Її основними функціями є розробка методичних основ навчання студентів-іноземців і контроль його якості безпосередньо на кафедрах.

Основним напрямком роботи факультету є підготовка висококваліфікованих, конкурентоспроможних на світовому ринку надання медичних послуг спеціалістів, які відмінно знають свою справу, мають високу фундаментальну та професійну підготовку, орієнтованих на досягнення високих кінцевих результатів охорони здоров'я населення своїх країн, вихованих в дусі кращих досягнень і надбань світової науки та культури.

Підготовка іноземців здійснюється згідно із Законом України "Про правий статус іноземців", постановами Кабінету Міністрів України від 26.02.93 № 136 "Про навчання іноземних громадян в Україні" і від 05.08.98 № 1238 "Про затвердження Положення про прийом іноземців і осіб без громадянства на навчання у вищі навчальні заклади".

На факультеті діє кредитно-модульна система навчання, що дозволяє більш об'єктивно оцінювати рівень підготовки студентів та контролювати відвідування ними занять. За спеціальністю «Лікувальна справа» іноземці навчаються за цією системою уже впродовж 6 років, а за спеціальністю «Стоматологія» її впроваджено на 1 і 2 курсах.

Навчання за спеціальністю «Лікувальна справа» та «Стоматологія» здійснюється у відповідності з графіком навчального процесу, яким передбачено тривалість періоду навчальних занять, терміни проведення виробничої практики, екзаменаційних сесій і державної атестації, канікул. Факультетом у тісній співпраці з ректоратом та органами управління академією створені об'єктивні умови для проведення на належному якісному рівні навчально-виховної роботи за рахунок оптимізації методики і змісту навчання, підвищення вимогливості та об'єктивності в оцінюванні знань, покращення матеріального забезпечення навчального процесу, його індивідуалізації, активізації виховання в процесі навчання.

На факультеті підготовки іноземних студентів створена належна матеріально-технічна база, яка в повній мірі забезпечує умови підготовки фахівців зі спеціальностей «Лікувальна справа» і «Стоматологія». Розроблена система комп'ютерного навчання на основі базових комп'ютерних класів, за кожним з яких закріплені профільні кафедри. Різні види навча-

льної роботи ведуться також на окремих комп'ютерах кафедр. Введені в дію сучасні комп'ютерні класи та Internet-клас з можливістю вільного швидкісного доступу до мережі Internet.

В роботі факультету чільне місце займає питання методичного забезпечення навчального процесу. Викладачі активно впроваджують у навчальний процес сучасні технології навчання, останні педагогічні досягнення, нові прогресивні технології та методи лікування. Застосовуються сучасні мультимедійні технології навчання, що здатні максимально використовувати шляхи сприйняття інформації, наблизити умови, створені в лекційній аудиторії, до умов майбутньої повсякденної діяльності лікаря. Застосовуються сучасні мультимедійні технології навчання, що здатні максимально використовувати шляхи сприйняття інформації, наблизити умови, створені в лекційній аудиторії, до умов майбутньої повсякденної діяльності лікаря.

Клінічні кафедри, на яких проводиться підготовка іноземних студентів, розташовані в усіх обласних та міських лікувальних закладах м. Полтави, ліжковий фонд яких складає 6095 ліжок та близько 200 стоматологічних крісел, що використовуються в навчальному процесі і дозволяють забезпечити практичну підготовку студентів на належному рівні. Клінічні кафедри та лікувальні бази обладнані сучасною діагностичною та лікувальною апаратурою, що дає можливість на сучасному рівні здійснювати діагностику і лікування, використовуючи сучасні досягнення науки.

Основними базами для проведення виробничої практики є клінічні лікарні м. Полтави. За бажанням студенти-іноземці мають можливість проходити виробничу практику на батьківщині. У цілому клінічна база відповідає вимогам до матеріально-технічного та методичного забезпечення проведення виробничої практики усіх курсів на належному рівні.

Однією з основних проблем майбутнього фахівця є рівень його професійної підготовки в умовах конкуренції на ринку праці. Це стимулює викладачів до пошуку інтенсивних методів навчання, вдосконалення контролю знань студентів та підготовки навчально-методичної документації, що включає розробку методичних рекомендацій, посібників, навчально-методичних розробок, комплексних програм для самоконтролю, практикумів. Викладачі факультету проводять плідну роботу по створенню навчальних посібників у відповідності до навчальних програм і сучасних вимог. Широке застосування у вивченні спеціальних та загальноосвітніх предметів знайшли навчальні посібники, створені викладачами академії для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації. Велика та плідна робота проведена кращими викладачами-методистами по створенню нових програм з базових дисциплін і адаптації існуючих програм до навчальних планів. Лекції та практичні заняття проводяться з використанням мультимедійних програм, навчальних відеофільмів, слайдів, кодограм, наочних посібників із залученням тематичних хворих. В організації навчально-методичної роботи значна роль належить бібліотеці академії, яка повністю забезпечує студентів навчальною, довідковою і методичною літературою. Біблі-

отечний фонд складає 361922 примірників, в тому числі 12767 примірників навчальної літератури.

За бажанням до послуг іноземних студентів надаються місця у двох дев'ятиповерхових гуртожитках покращеного планування, які оснащені системою супутникового телебачення та проведена лінія швидкісної мережі «Internet». До послуг студентів – сучасна пральня, їдальня, буфети, бібліотека, тренажерна та спортивна зали. Загалом на сьогодні в гуртожитках мешкає 266 іноземців.

Постійна увага приділяється проведенню культурологічних і святкових заходів, які сприяють самовиразу іноземців та дозволяють розбудовувати дружні взаємовідносини України з іншими державами на регіональному рівні. Надається сприяння мусульманській релігійній організації «Сайво» в проведенні курсів арабської мови для українських громадян на базі середніх шкіл м. Полтави.

Протягом десяти років в академії працює клуб «Меридіан», діяльність якого сприяє поглибленому вивченню іноземними громадянами традицій і культури України та країн, представники яких навчаються в УМСА, що полегшує адаптацію іноземних студентів до умов іншої країни, сприяє розвитку взаємоповаги між громадянами різних країн та попереджує виникнення конфліктних ситуацій на національному і релігійному підґрунті.

Іноземні студенти активно залучаються до участі в художній самодіяльності та спортивному житті академії. Протягом багатьох років у вузі існує ансамбль арабського народного танцю. Самодіяльний гурт іранських студентів «Ападана» переміг на обласному конкурсі «Студентська весна-2008» і представляв Полтавську область на підсумковому конкурсі «Студентська весна-2009» у м. Києві.

У 2010 році при відділі культурно-освітньої діяльності УМСА було відокремлено підрозділ, який займається організацією і проведенням культурно-масових заходів з участю саме іноземних студентів. Його очолює лауреат чисельних республіканських та міжнародних конкурсів Табель І.С.. За короткий проміжок часу деканатом факультету у тісній співпраці із вищевказаним підрозділом створено іранські, палестинські, українсько-іранські та ін. гурти і дуети, підготовлено близько 20 номерів художньої самодіяльності із залученням іноземних громадян. У 2010-2011 навчальному році проведено вечори іранської, азербайджанської, російської, палестинської, туркменської культур, на яких громадяни відповідних країн знайомили присутніх із культурними надбаннями, особливостями та традиціями своїх держав.

Іноземні студенти входять до збірних команд академії з футболу, легкої атлетики, плавання, волейболу, пауерліфтингу, греко-римської боротьби, самбо, дзюдо, шахів. Збірні факультету підготовки іноземних студентів з волейболу та футболу протягом останніх п'яти років займають призові місця на змаганнях на кубок ректора академії. Іноземні студенти неодноразово перемогли на міських і обласних змаганнях.

В лютому 2011 року в спорткомплексі ПНПУ відбувся міжнародний турнір з міні-футболу на "Кубок Перської затоки" серед студентів вищих державних навчальних закладів м. Полтави за підтримки ректора Вищого державного навчального закладу України

“Українська медична стоматологічна академія” професора Ждана В.М. та Посольства Ісламської республіки Іран в Україні, в якому взяли участь понад 150 студентів з 8 країн світу. За результатами турніру проведено Вечір спортивної слави із залученням представників обласної та міської адміністрації, де було нагороджено студентів-іноземців УМСА, що стали переможцями змагань. У зв'язку із багаточисельними зверненнями представників навчальних закладів м. Полтави та області, з метою популяризації серед студентської молоді здорового способу життя, фізичної культури і спорту та для укріплення тісних, дружніх стосунків між громадянами різних країн, які навчаються в Україні, адміністрація УМСА планує зробити цей турнір щорічним і звернулася до обласного керівництва із клопотанням про внесення його до переліку офіційних спортивних змагань, що будуть проводитись в Полтавській області у 2012 році.

Керівництвом академії підвищено рівень дієвої взаємодії із співробітниками правоохоронних органів, зокрема ВГРФО УМВС України в Полтавській області, якими регулярно проводяться роз'яснювальні бесіди-зустрічі з іноземцями. Це дозволяє скоротити

кількість порушень, пов'язаних з недотриманням норм чинного законодавства, яке регламентує перебування іноземців на території України.

В разі необхідності проводяться робочі зустрічі з керівництвом охоронної фірми «Антарес», співробітники якої забезпечують безпеку в гуртожитках.

Представники іноземних студентів є членами Студентського парламенту академії.

З метою посилення ролі студентського самоврядування та земляцтва іноземних студентів, забезпечення неухильного дотримання правил внутрішнього розпорядку і безпеки проживання в гуртожитках співробітниками деканату факультету підготовки іноземних студентів проводяться зібрання з керівниками іноземних земляцтва; студентами, які користуються повагою та авторитетом серед товаришів і можуть здійснювати належний виховний вплив; старостами кімнат та поверхів.

Системна і планова виховна робота, а також постійний контроль за нею з боку керівництва академії, дозволяє забезпечити ефективну участь студентів-іноземців в учбовому процесі, мінімізувати ситуації, що можуть призвести до їх відрахування за невиконання умов контракту та скоєння правопорушень.

ДОСВІД ПІДГОТОВКИ МЕДИЧНИХ КАДРІВ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ АКАДЕМІЇ

Кундій Ж.П., Біланова Л.П.

Медичний коледж академії – один із престижних навчальних закладів м.Полтави.

Історія медичного коледжу почалась з 3 лютого 2004 року, коли на підставі Статуту академії, рішення ректорату, наказу ректора академії №22 від 03.02.2004 року медсестринський факультет та зуботехнічне відділення були реорганізовані в медичний коледж Української медичної стоматологічної академії. До цього часу на медсестринському факультеті вже було 14 груп, на зуботехнічному відділенні – 7 груп, загальною чисельністю 200 осіб. Сьогодні контингент студентів – це 210 молодих осіб з різних країн світу. В 2008 році було відкрите і успішно функціонує фармацевтичне відділення.

Першим організатором і керівником коледжу була кандидат медичних наук, доцент Лойко Валерія Вікторівна. Вона сформувала колектив однодумців, заклала міцні традиції, створила матеріальну базу та встановила зв'язки з багатьма медичними навчальними закладами країни. Завдячує коледж своїми досягненнями також професору кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології доктору медичних наук, професору Король Михайлу Дмитровичу, який був першим завідувачем зуботехнічного відділення.

З 2008 року директором коледжу є Кундій Жанна Петрівна, яка працює над підвищенням потужності матеріально-технічної бази, зміцненням навчально-методичного потенціалу, спрямовує роботу педагогічного колективу на досягнення мети – підготовку творчого, активного, професійно компетентного фахівця. Завдяки її зусиллям були модернізовані і переобладнані навчальні аудиторії і лабораторії, функціонує комп'ютерний клас.

Сьогодні медичний коледж – це вищий навчальний заклад I-II рівнів акредитації, який має високий рейтинг і авторитет, готує фахівців за спеціальностями: «Сестринська справа», «Стоматологія ортопедична», «Фармація».

Освітню діяльність, пов'язану з наданням вищої освіти на рівні кваліфікаційних вимог до молодшого спеціаліста, коледж здійснює за денною формою навчання на базі повної загальної середньої освіти.

Метою діяльності коледжу є створення умов, необхідних для отримання студентами вищої освіти та їх творчої самореалізації, а також забезпечення всебічного і гармонійного розвитку особистості студента – носія тих професійних, громадянських, духовних і моральних якостей, які відповідають вимогам підготовки фахівців для потреб України.

Потенціал коледжу – це молодий талановитий і творчий колектив. Підготовкою молодших медичних та фармацевтичних спеціалістів займаються 44 викладачі, серед яких 12 кандидатів медичних наук, 2 – кандидати фармацевтичних наук, 15 – викладачів вищої категорії.

Підготовку фахівців здійснюють викладачі 5 предметно-циклових комісій:

- гуманітарних та соціально-економічних дисциплін;
- природничо-наукової підготовки;

- професійно-орієнтовної підготовки спеціальностей «Сестринська справа», «Фармація», «Стоматологія ортопедична».

Дисципліни професійно-орієнтовного циклу викладають кандидати медичних та фармацевтичних наук – досвідчені викладачі і лікарі-практики, бакалаври медицини, провізори-практики, зубні техніки вищої категорії.

Реформування вищої освіти вимагає суттєвого поліпшення якості та ефективності навчального процесу. У зв'язку з цим педагогічний колектив коледжу запроваджує у навчальний процес інтерактивні методи навчання; інтенсивні дидактичні системи у поєднанні з комп'ютером та багатофункціональними інформаційними технологіями; ситуаційне навчання у вигляді дискусійних семінарів, круглих столів, тематичних КВК, рольових ігор, які дозволяють уникнути психологічних бар'єрів, вимагають активного мислення і застосування знань на практиці.

Багато уваги викладачі завжди приділяли науково-методичній роботі, яскравим прикладом якої є навчальні посібники для студентів I-II рівнів акредитації з грифом ЦМК МОЗ України: «Стоматологічні хвороби та питання організації стоматологічної служби» (колектив авторів); «Атлас анатомії з біомеханікою жувального апарату» (Король М.Д., Коробейніков Л.С.); «Практикум з ортодонтії» (Головко Н.В.); «Клінічні та лабораторні етапи виготовлення металокерамічних зубних протезів» (Король М.Д., Рамусь М.О.); «Матеріалознавство у стоматології» (Король М.Д., Оджубейська О.Д.).

Викладачі зуботехнічного відділення в 2005 році виступили з пропозицією проведення Всеукраїнських конкурсів фахової майстерності студентів вищих медичних закладів I-IV рівнів акредитації за спеціальністю «Стоматологія ортопедична», що знайшло дієву підтримку в Міністерстві охорони здоров'я України. Ініціатори конкурсу розробили Положення про конкурс і систему оцінювання конкурсних робіт. Всеукраїнські конкурси проходять за трьома номінаціями: «Суцільноплаті конструкції зубних протезів», «Знімні конструкції зубних протезів» та «Бюгельні протези». Основним завданням конкурсів є виявлення обдарованих студентів у плані їхньої практичної підготовки. У конкурсах беруть участь студенти випускних курсів усіх зуботехнічних відділень вищих медичних навчальних закладів України I-IV рівнів акредитації. Переможцями Всеукраїнських конкурсів, в різних номінаціях стали студенти зуботехнічного відділення медичного коледжу академії Черевко Ф.А., Клименюк К.О., Голобородько М.А., Морагун В.В., Клабукова О.В.

Ми пишаємося тим, що на базі нашого коледжу проходить щорічно обласний конкурс професійної майстерності медичних сестер «Ескулап», в якому беруть участь медичні сестри як із обласних, так і районних лікувально-профілактичних закладів. Переможці цього конкурсу представляють Полтавщину на Всеукраїнському конкурсі «Ескулап-професіонал».

Матеріально-технічна база медичного коледжу академії відповідає сучасним вимогам підготовки спеціалістів на відповідному рівні. Медичний коледж оснащений комп'ютерною технікою, що, у свою чергу, підвищує якість навчально-виховного процесу, наукової діяльності, сприяє використанню новітніх інформаційних технологій, які передбачають застосування в навчальному процесі технічних засобів навчання. Досить широко на всіх рівнях здобуття та контролю знань, використовуються навчально-контролюючі комп'ютерні програми, мультимедійні навчальні посібники, підручники тощо. Комп'ютерне тестування ефективно використовується при проведенні базисного, проміжного, підсумкового та заключного контролю підготовки студентів.

Навчальні кімнати медсестринського відділення оснащені муляжами та фантомами, виготовленими за найновішими технологіями Німеччини та США. Практичні заняття, що проводять викладачі фармацевтичного відділення достатньо забезпечені наявністю, інструментарієм для відпрацювання та закріплення практичних умінь і навичок.

Повністю сформована матеріально-технічна база зуботехнічного відділення. Студенти працюють у семи обладнаних відповідно до сучасних вимог тематичних навчальних лабораторіях, мають у своєму розпорядженні ливарню, гіпсувальні, полірувальні, всі необхідні матеріали та інструменти.

Удосконалення навчально-методичного процесу перебуває у нерозривному зв'язку з процесом виховання.

Радикальні зміни, що відбуваються в соціально-економічній, політичній, правовій сферах українського суспільства вимагають принципово нових підходів до виховання національної свідомості студентів.

Значна увага в коледжі приділяється національно-патріотичному вихованню студентів. Щорічно проводяться «Українські вечорниці», на яких студенти поринають у атмосферу народного театралізованого дійства. Крім цього, кураторами груп проводяться захоплюючі виховні години «Історія нашого міста», «Свято Миколая» та інші.

Студенти коледжу неодноразово брали участь у творчому загальноакадемічному конкурсі «Дебют першокурсника», за що нагороджені багатьма грамотами і дипломами, постійно приймають участь у конференціях, творчих вечорах, виставках творчих робіт, КВК. Візитною карткою коледжу є яскраві концерти, присвячені Дню вчителя, Міжнародному Дню студента, Дню Святого Валентина, Дню Матері.

Професійне виховання проходить в рамках програми «Професія» та включає проведення конкурсів професійної майстерності на відділеннях присвячених «Дню фармацевта», «Дню стоматолога» та «Дню медичної сестри». Також студенти коледжу беруть участь у профорієнтаційній роботі.

Протягом року проводяться спортивні змагання серед студентів, а в квітні традиційно проводиться «День здоров'я».

Екологічне виховання включає залучення студентів до участі в озелененні навчальних кімнат коледжу, участь у Всеукраїнському Дні довкілля, проведенні «Свята первоцвітів». До Дня Чорнобильської трагедії куратори проводять відкриту виховну годину «Дзвони Чорнобиля» та разом зі студентами беруть участь у загальноакадемічному заході з приводу цієї дати.

Наші студенти, члени студентського наукового гуртка «Коледжанин» – активні учасники студентських наукових конференцій. Вони щорічно беруть участь у міжвузівських студентських наукових конференціях: «Актуальні проблеми клінічної та експериментальної медицини», «Людина і світ» та інші.

Гордістю коледжу є робота волонтерського загону «Турбота». Найкращі студенти фармацевтичного відділення щорічно беруть участь в урочистих конференціях, приурочених святкуванню Дня фармацевтичного працівника, де отримують нагороди і відзнаки за гарне навчання та активну життєву позицію від Полтавської обласної громадської організації «Асоціація працівників фармацевтичної галузі».

Після закінчення медичного коледжу молоді спеціалісти працюють в державних і приватних закладах охорони здоров'я Полтави, Полтавської області, України і за кордоном. Частина випускників закінчила медичні вузи – стала лікарями, визначними особистостями в галузі медицини, медичної освіти та науки.

Випускники зуботехнічного відділення завдяки ґрунтовній професійній підготовці до роботи за сучасними технологіями, працюють у зуботехнічних лабораторіях як державних, так і приватних стоматологічних клінік.

У числі випускників нашого коледжу – заступник головного лікаря з медсестринства ПОКПЛ ім. О.Ф.Мальцева, Голова Асоціації медичних сестер Полтавської області Людмила Миколаївна Самолеліс, заступник головного лікаря з медсестринства ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського, Голова Ради медичних сестер області Ольга Костянтинівна Сидоренко, головна медсестра Полтавського обласного клінічного кардіологічного диспансеру Мовчан Ірина Володимирівна, заступник головного лікаря з питань медсестринства першої міської клінічної лікарні м. Полтави Зятин Надія Григорівна.

Сьогодні наш коледж працює на майбутнє, готуючи кадри медичних та фармацевтичних фахівців нової формиції.

Відзначаємо ювілей Української медичної стоматологічної академії, у структурі якої медичний коледж, з гордістю за здобутки і надіями на подальший розвиток нашого навчального закладу, який тісно пов'язаний з підготовкою молодших спеціалістів, творчих працівників різних галузей медицини і фармацевції.

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ В ПІДГОТОВЦІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ

Ставицька Н.П.

На зламі століть Україна переживає складні трансформаційні процеси в усіх галузях суспільного життя. Розбудовується молода держава, народжується демократичне суспільство, утверджуються нові стандарти мислення. Саме ці тенденції визначають основні напрямки виховної роботи професорсько-викладацького складу академії.

Сутність виховного процесу сучасної вищої медичної школи України визначена Конституцією України, Державною національною програмою «Освіта», цільовою соціальною програмою «Молодь України» на 2009–2015 роки», основними положеннями «Плану заходів на виконання програми виховної роботи у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах 1-4 рівнів акредитації, закладах післядипломної освіти, науково-дослідних установах і закладах охорони здоров'я на 2008-2010 роки», затвердженого наказом МОЗ України №687 від 27.11.2008 р. «Про покращення виховної роботи у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації», інших нормативно-правових документів, регламентованих в царині виховної роботи серед студентської молоді.

Ректорат, адміністрація належну увагу приділяють всім без винятку напрямкам виховання студентської молоді. Питання організації виховної роботи обговорюються на засіданнях ректорату, вченої ради академії, знаходяться у полі зору деканатів, ради з виховної роботи та органів студентського самоврядування. Стали традиційними зустрічі адміністрації та особисто ректора академії професора В.М.Ждана зі студентськими самоврядними органами: студентським парламентом та студентським профкомом академії, студентами на загально курсових виховних годинах. Швидко та оперативно вирішує студентська громада всі нагальні питання академічного буття.

Виховна робота колективу академії спрямована на утвердження в студентській молоді ідеалів культури, толерантності, милосердя та активної соціальної дії. Питання організації та проведення виховної роботи в академічних групах є предметом систематичного обговорення на засіданнях кафедр, кураторських годинах, засіданнях факультетських шкіл кураторів.

Основною ланкою в організації навчально-виховного процесу як індивідуального, так і загально академічного є куратор. На початку навчального року наказом ректора визначаються провідні кафедри, які кадрово забезпечують кураторський склад академічних груп та курсів.

Посилена увага професорсько-викладацький склад академії приділяє проведенню виховного інформування: плануються загальні та індивідуально-групові виховні години, тематика яких визначається Радою з виховної роботи.

На виконання Указу Президента України від 15 вересня 2005 р. №1276 «Про забезпечення участі громадянської у формуванні та реалізації державної політики» в статті 24 «Участь громадянської в охороні здоров'я» розділу Ш Закону України «Основ законодавства України про охорону здоров'я» в академії

створено Громадську раду по зв'язках із громадськістю та визначено основні напрямки її діяльності.

Заслуговує на увагу різноплановість роботи Громадської ради академії, на засіданнях якої обговорювався широкий спектр актуальних сучасних проблем: «Основні законопроекти щодо реформування охорони здоров'я та медичного обслуговування населення», «Організація та проведення інформаційних заходів із роз'яснення основних напрямків гендерної політики в структурних підрозділах академії», «Проблемні питання освітнього виміру європейської інтеграції України», «Вища школа України та європейський освітній простір», тощо. До участі в роботі Громадської ради залучаються студенти академії, представники громадських організацій та органів державної влади.

Важливим напрямком активізації суспільної ролі молоді в сучасному суспільстві є волонтерський рух, який існує в різних організаційних формах.

Волонтерський центр «В ритмі молоді» створений активістами студентського парламенту з числа студентів та лікарів-інтернів. Головним завданням центру є надання допомоги хворим на ВІЛ/СНІД, особам з обмеженими фізичними можливостями, ветеранам війни та праці, дітям, позбавленим батьківського піклування.

Студенти різних факультетів та курсів організовані в групи, які протягом року відвідують дитячі будинки інтернати міста Полтави. Варто відзначити активну участь студентів-медиків у загальнономіських соціальних інформаційно-профілактичних акціях «Полтава СНІДу каже «Ні», благодійної акції «Почуйте всі» в рамках Всеукраїнського благодійного фонду «Серце до серця», міській акції з нагоди Всесвітнього дня пам'яті людей померлих від СНІДу «Зупини відлік».

Впродовж двох останніх років волонтерський центр «В ритмі молоді» в підтримку ініціативи управління у справах сім'ї, молоді та спорту Полтавського міськвиконкому бере участь в акції по здачі донорської крові «Навчись рятувати життя».

З метою утвердження та пропаганди здорового способу життя серед дітей і молоді, розвитку молодіжного волонтерського руху, зокрема участі колективу академії в щорічній всеукраїнській благодійній акції «Серце до серця», допомоги дітям, хворим на різні фізичні вади в академії із числа студентів активістів студентського парламенту академії сформовано волонтерський загін в кількості 60 чоловік.

Впродовж підготовчого періоду волонтери проводять значну організаційно-просвітницьку роботу серед студентів та співробітників академії. Розробляють тематичні пам'ятки кураторам академічних груп щодо мети та актуальності проведення зазначеної акції серед студентської молоді та громадськості. За планами кураторів академічних проводять індивідуально-групові виховні години.

У дні проведення фіналу волонтери академії виконують найвідповідальнішу роботу у Полтавському регіональному штабі фонду: реєстрація учасників, видача скриньок, збір та підрахунок коштів. Впро-

довж останніх трьох років академічний загін визнається першістю серед вишів Полтавщини. Тільки за 2011 рік особисті подяки від організаторів проекту отримали студенти академії Кулинич Ірина, Рубанук Ксенія, Ковальчук Мар'яна, Рустамян Астенік.

Кращим волонтером акції на регіональному рівні визнано студентку 1 курсу медичного факультету Баранову Ганну, яка впродовж двох днів збрала найбільше коштів – 2627,55 грн.

За підсумками акції адміністрація академії отримує офіційні листи подяки від регіонального представника у Полтавській області Голови Полтавського штабу Удовиченко Н. за високий рівень виховної роботи, допомогу дітям, хворим на фізичні вади та вагомий внесок у роботу Всеукраїнського Благодійного фонду «Серце до серця».

Працюють студенти волонтери над виконанням програми первинної профілактики ВІЛ/СНІДУ, наркоманії та девіантної поведінки в молодіжному середовищі для впровадження превентивних і ліцензованих Міністерством освіти та науки України просвітницьких програм «Рівний рівному». Організовує роботу кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією (завідувач кафедри професор Дубинська Г.М.) та благодійна асоціація допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД «Світло надії». За місцем проживання студентської молоді в гуртожитках проводяться цикли навчальних занять тренінгу-курсу просвітницьких програм боротьби з наркоманією та профілактики СНІДУ.

До Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом проводиться місячник, у ході якого організуються за участю викладачів кафедри індивідуально-групові виховні години «Питання профілактики ВІЛ-інфекції та толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих», психологічне тестування і соціологічне опитування серед студентської молоді, що проживає в гуртожитках академії, щодо інформованості про основні питання ВІЛ-інфекції, профілактики венеричних хвороб та проявів девіантної поведінки.

Студентський актив академії щорічно бере активну участь у проведенні міських благодійних новорічних балів «Допомоги так легко», що відбувся у виставковій залі міського будинку культури. За підсумками волонтерського року міська влада зазвичай відзначає та нагороджує студентський волонтерський центр нашої академії «В ритмі молоді» за опікування дітьми в школах-інтернатах, людьми з особливими проблемами, пацієнтами обласної психіатричної лікарні, ветеранами війни та праці.

Стало традицією до Різдвяних свят готувати студентами-волонтерами «уроки доброти» в Полтавському обласному притулку для дітей при Полтавській облдержадміністрації.

Волонтерський загін «Турбота» медичного коледжу та Рада ветеранів академії проводять значну роботу з організації лікарського та сестринського патронажу ветеранів академії та одиноких пенсіонерів Октябрського району м. Полтави.

Студенти медсестринського факультету опікуються хворими шпиталю інвалідів Великої Вітчизняної війни, дітьми-сиротами, що знаходяться на лікуванні в обласному санаторії для дітей із порушенням опорно-рухового апарату.

Колектив академії спільно з Радою ветеранів протягом п'яти років беруть активну участь проведеної Всеукраїнської молодіжної акції „Пам'ятаймо

минуле заради майбутнього”. Не залишилися осторонь акції адміністрація та колективи кафедр: до Дня Перемоги, захисника Вітчизни, Дня міста Полтави та до Дня визволення України від фашистських загарбників проводяться зустрічі членів ректорату з ветеранами війни, нагородження ветеранів преміями, подарунками, ювілейними відзнаками. Члени студентського парламенту та студентського профкому відвідують тяжкохворих ветеранів війни та праці, впорядковуються могили ветеранів праці, колишніх співробітників академії.

Традиційно до зазначених дат влаштовуються мітинги-реквієми та покладання квітів до Стелли скорботної матері, пам'ятника жертвам Чорнобильської катастрофи та пам'ятника студентам-медикам, що загинули в роки Великої Вітчизняної війни. Для ветеранів академії проводяться урочисті збори та символічні «Фронтові обіди».

Налагоджена тісна співпраця студентського активу академії та органів виконавчої влади Полтавського міськвиконкому. Щорічно активісти проходять стажування в управлінні у справах сім'ї молоді та спорту, охорони здоров'я та соціального розвитку Полтавського міського виконавчого комітету. Разом з обласним молодіжним центром праці та міським студентським парламентом студенти-медики традиційно проводять ряд профорієнтаційних семінарів та лекцій серед молоді Полтавської області щодо відповідальності за життя та здоров'я кожної людини, родинні цінності, попередження випадків небажаної вагітності: «Ми відповідальні за кожне зачаття життя», «Родинні цінності», «Переривання небажаної вагітності у контексті загальнолюдських цінностей».

Заслуженою популярністю серед студентів першокурсників користується «Студентський куратор», утворений за ініціативи студентського парламенту з метою забезпечення виконання студентами своїх обов'язків та захисту їх прав і сприяння гармонійного розвитку особистості. Старшокурсники проводять бесіди на теми формування соціально активної, фізично здорової та духовно багатой особистості. Проводять роботу по запобіганню негативному впливові інформації, яка містить елементи жорстокості, бездуховності, насильства, порнографії. Спільно з земляцтвами іноземних громадян проводяться вечори знайомства з етно-національними культурами держав, представники яких навчаються в академії. Студенти іноземці беруть активну участь в культурно-мистецьких заходах.

Популярністю серед студентів користуються засідання науково-соціологічного та соціально-побутового товариства, які виносять на обговорення широкий спектр питань: "Соціальні та побутові проблеми студентів УМСА та шляхи їх вирішення", „Вільний час студентів“, „Сесія очима студентів“ та ін.

Студентський парламент академії тісно співпрацює з органами студентського самоврядування вишів Полтавського регіону, студентською радою та Молодіжного парламенту Полтавщини. На базі академії проводяться семінари-тренінги „Правильний вибір“ та „Здоровий спосіб життя“. Налагоджене співробітництво студентського парламенту з представниками Ресурсного центру країн Східної Європи, Кавказу та Польщі (SALTO YOUTH EECA RC), а також Асоціації з представниками країн Європи та ко-

ординаторів програми європейських фондів „Молодь за здоровий спосіб життя”.

Раз за місяць кожний відділ парламенту практикує проведення семінарів-тренінгів для підвищення якості вмінь та навичок з даного напрямку роботи. За ініціативи президії студентського парламенту вперше серед вишів Полтавщини заснований дебатний клуб «Пігмаліон», у якому беруть участь усі охочі студенти. Актуальну тему для обговорення та диспуту вибирає більшість. Найпопулярніші серед студентства обрано такі теми: «Лікарська помилка та її наслідки»; «Чого ми мусимо від себе вимагати, щоб досягти поставленої мети»; «Якщо не ми, то хто?»; «Робота – мотивація до життя».

З метою залучення студентської молоді до роботи в органах самоврядування щорічно формуються групи випускників академії для навчання на тематичному постійно діючому семінарі «Моя майбутня професія - служити народові України». Спільно з Європейською Лігою молоді проводяться інтерактивні зустрічі для студентів-активістів «Ідеальний лідер і реальне життя».

Заслуговує на увагу співпраця колективу академії з Полтавською державною телерадіокомпанією «Лтава». Викладачі та студенти беруть активну участь в пропаганді надбань сучасної медицини з питань запобігання СНІДу, наркоманії, ознайомлення молоді з лікувально-оздоровчою та профілактичною роботою. Тільки в 2011 році учасниками ток-шоу «Відверто про...» стали ректор академії професор В.М. Ждан, професори А.М.Громова, І.М. Скрипник, І.П. Кайдашев, М.Г. Бойко та ін. В телерадіо передачі «Ранок на «Лтаві» з актуальних питань медичної галузі вели діалог професори, завідувачі кафедрами В.М.Дворник, Т.О. Петрушанко, Л.Ф.Каськова, С.Б. Безшапочний, Т.О. Крючко, В.П.Баштан та ін.

В академії працює відділ культурно-освітньої діяльності, який організує роботу 12 колективів художньої самодіяльності. З них три мають звання “народний самодіяльний”: народний самодіяльний ансамбль пісні “Мальви” (керівник Л.Сидоренко), народний самодіяльний духовий оркестр (керівник В.Нікітін), народний самодіяльний ансамбль танцю “Юність” (керівник О.Матюніна).

Всі учасники колективів успішно звітують в обласному міжезув'язьському мистецькому фестивалі-конкурсі “Студентська весна”. За високу виконавську майстерність, велику роботу щодо розвитку і популяризації традиційної народної культури, активну концертну діяльність, вагомий внесок у справу естетичного виховання молоді аматорські колективи традиційно отримують Дипломи 1-3 ступенів.

Народний самодіяльний вокальний ансамбль «Мальви» неодноразово був лауреатом Міжнародних конкурсів та фестивалів «Європа без кордонів» міста Пнев, Польща; «Північна зірка», Естонія – Латвія. Солостка ансамблю Олена Вовк стала лауреатом та отримала Диплом першого ступеня Всеукраїнського фестивалю аматорської пісні «Мелодії душі», м.Черкаси.

Народний самодіяльний ансамбль танцю «Юність» отримав гранд-прі Міжнародного фестивалю «Від серця до серця», Угорщина; «Північна зірка», Естонія – Латвія; «Дні української культури», Словенія.

Спортивно-масова й оздоровча робота в академії проводиться колективом кафедри фізичного виховання і здоров'я та студентським спортивним клубом «Медик». Протягом навчального року традиційно проводяться спартакіади «Першокурсник» (7 видів спорту), «Академії» на приз ректора академії професора В.М.Ждана (8 видів спорту), «Гуртожитків» (5 видів спорту). Збірні команди академії - активні учасники Універсіад Полтавської області серед вищих навчальних закладів із 16 видів спорту. В академії працюють 14 спортивних секцій (за участю більш як 250 студентів) та спортивно-оздоровчі групи для співробітників (ритмічної та атлетичної гімнастики, плавання, волейболу, настільного тенісу, тенісу).

У вільний час для студентів академії були організовані безкоштовні оздоровчі групи за інтересами: шейпінг, ритмічна гімнастика, настільний теніс, атлетична гімнастика, теніс, плавання, шахи.

3 листопада 2007 року в академії проходить спартакіада серед співробітників ВДНЗУ «УМСА». В рамках спартакіади змагання з 6 видів спорту за участю більш як 100 осіб.

У червні традиційно проводиться вечір «Спортивної слави», на якому підводяться підсумки спортивно-масової й оздоровчої роботи, а також нагороджуються дипломами і грамотами команди-переможці та кращі студенти-спортсмени.

Важливим осередком виховання студентської молоді є музей історії та розвитку академії. Саме з музею починають свій шлях у таїну медицини першокурсники, саме в музеї відбувається заняття з історії медицини, в залах музею відбуваються урочисті зустрічі з ветеранами війни та праці, сюди приходять випускники минулих років. Саме музей історії сприяє формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів.

З моменту присвоєння звання «народний» (1994р.) музей набуває неабиякої популярності не лише серед студентів, випускників, але й серед гостей міста та академії. Великим попитом користуються екскурсії по місту. З цією метою розроблено цікавий маршрут по легендарних історичних місцях Полтави і не менш цікава тематична розповідь.

Останнім часом в музеї історії часто проводяться заходи, присвячені знаменним датам історії України, рідного краю, видатним діячам науки і культури, медикам, ветеранам війни та праці академії. Зокрема, традиційними є святкування Дня Незалежності України, Збройних Сил України, Дня медика, вечорів пам'яті жертв другої світової війни, жертв голодомору 1932-1933 років. В музеї проходять бесіди, семінари з питань формування здорового способу життя, духовної та екологічної культури.

Разом з краєзнавчим музеєм ведеться спільна робота по вивченню історико-культурної спадщини полтавських медиків та вчених. Завдяки пошуковій роботі та спілкуванню з аматорами віднайдені та оформлені відомості про лікарів українського походження, які мали великий вплив на розвиток медичної науки і практичної медицини.

В музеї проходять понад 3 тисячі екскурсій на рік, ведеться активна допомога професорсько-викладацькому складу академії у створенні ювілейної збірки до 90-річчя академії.

МАТЕРІАЛИ
науково-практичної конференції
«Інноваційні технології в стоматології та клінічній медицині»,
присвяченої 90-річчю
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
(Полтава, 6-7 жовтня 2011р.)

ЗУБО-ЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ У ДІТЕЙ З ПЕРЕДЧАСНОЮ
ВТРАТОЮ
МОЛОЧНИХ ЗУБІВ

Ахмад Абудан, В.О.Налівкін, Д.В.Стеценко**

ДУ «Інститут стоматології АМН України»

*Одеський національний медичний університет

Проведено обстеження 375 дітей у віці 6-11 років. Розповсюдженість зубо-щелепних аномалій у дітей в період змінного прикусу склала 77,9%. У 6 річному віці у 72,7% дітей виявлено зубо-щелепні аномалії. Найчастіше діагностували аномалії положення зубів (36,9%), трими та діастеми (46,6%). У 7 річному віці вже 90,0% дітей мали зубо-щелепні аномалії. Аномалії положення зубів, трими та діастеми виявлено у 38,3% дітей, скупчення зубів - 45,0% випадків. До 39,8% зменшилась розповсюдженість зубо-щелепних аномалій у дітей 8 річного віку в основному за рахунок зниження кількості дітей з аномаліями положення зубів - до 9,7%, тримами і діастемами - до 18,0%. Тоді як у дітей 9 річного віку після прорізування перших премолярів спостерігається зростанням кількості зубо-щелепних аномалій до 72,5%, переважають аномалії положення зубів - 32,7% та скупчення зубів - 31,0%. У дітей 10 річного віку зростає кількість звуження зубних рядів - 72,9% та скупчення зубів - 62,5%. Не виявлено зубо-щелепних аномалій у 21,4% дітей 11 річного віку, проте у 56,2% діагностовано скупчення зубів.

Передчасну втрату молочних зубів у період змінного прикусу виявлено у 26,9 % дітей, що можна вважати однією із причин зростання зубо-щелепних аномалій. Так, у дітей 6 річного віку 34,2% мали дефекти зубних рядів і у 32,0% випадків у них спостерігались аномалії положення окремих зубів, а у 56,0% - діастеми і трими. З віком у 7 річних дітей до 46,6% збільшується кількість дітей з передчасною втратою молочних зубів і змінюється структура зубо-щелепних аномалій: кількість звуження зубних рядів зростає до 25,0%, а скупчення зубів - до 50,0%. У дітей 10 і 11 річного віку зустрічались поодинокі випадки передчасної втрати молочних зубів, відповідно у 6,2% і 3,1%, і хоча у цей період тільки зі слів обстежуваних можна визначити терміни втрати молочних зубів, проте підтверджено, що рання втрата зубів супроводжується аномаліями зубних рядів (100%) і прикусу (50,0%).

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПІРАЛЬНОЇ
КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ
РУБЦЕВИХ ЗМІН ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ НА
ДООПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ.

Аветіков Д.С., Ставицький С.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для визначення доцільності та вибору хірургічної корекції у всіх контрольних групах нами було проведено метод пошарового рентгенологічного дослідження в поперечному розрізі.

У загальному вигляді візуалізація, в нашому випадку спіральна комп'ютерна томографія, забезпечує характеристику макроморфології патологічного процесу. Будь-яке анатомічне та патологічне утворення характеризується такими параметрами: положенням, розміром, формою, характером поверхні, що відображається в контурах та структурою. Також у пошарових зображеннях важливою характеристикою є визначення щільності, котра оцінюється в одиницях Хаунсфільда (HU).

Завдяки спіральній комп'ютерній томографії під час планування хірургічної корекції та визначення її доцільності нами було визначено наступні зміни рубцевої тканини:

1. Локалізація, розташування рубцевозмінених тканин відносно органів та анатомо-топографічних ділянок обличчя;
2. Розміри, визначаються в міліметрах, що дає вагому перевагу для оцінки ефективності консервативного лікування та визначення площі рубцевих масивів;
3. Структура, гомогенна та гетерогенна, наявність сторонніх предметів, що часто трапляються в рубцях не ятрогенного походження;
4. Форма та межі, визначення саме цих параметрів є дуже важливим доопераційним етапом планування хірургічного заміщення рубцевозмінених тканин різної площі;
5. Перфузія (проростання рубцевих тяжів у тканини, що розташовані під шкірою), ця характеристика визначає доцільність хірургічної корекції.

Однією з переваг сучасних спіральних комп'ютерних томографів є можливість реконструювати тривимірне зображення об'єкта, що досліджується, саме це, на наш погляд, безумовно оптимізує планіметричне дослідження в кожному конкретному випадку.

Таким чином, проведення спіральної комп'ютерної томографії доводить свою необхідність та актуальність у постановці заключного діагнозу та визначенні доцільності хірургічної корекції рубцевих масивів різної площі.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ЩО ЛОКАЛІЗОВАНІ В ДІЛЯНКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ У ХВОРИХ, СХИЛЬНИХ ДО ЇХ УТВОРЕННЯ

Аветіков Д.С., Скрипник В.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Незважаючи на велику кількість наукових розробок та досягнень сучасної медицини стосовно проблеми встановлення їх причини, виникнення патологічних рубців залишається актуальним для щелепно-лицевої хірургії внаслідок збільшення частоти їх виникнення та відсутності єдиної домінантної думки стосовно етіології та патогенезу.

Багато авторів наголошують на понятті «схильність до утворення», але не висвітлюють принципового визначення змісту цього терміну. Нами трактовано вищезазначене поняття як стан організму, при якому виникають рубцеві зміни у відповідь на мінімальну травму або мимовільно поза увагою пацієнта.

Після проведення ретельного аналізу фундаментальних видань та періодичних наукових публікацій нами було визначено, що поняття «схильність до утворення патологічних рубців» на сьогоднішній день не обґрунтовано ні з клінічної, ні з морфологічної точки зору.

У формуванні рубця в післяопераційному періоді певну роль відіграє і застосування кортикостероїдів. Для профілактики утворення патологічного рубця добрі клінічні результати спостерігалися після використання триамцинолону ацетоніду. Препарат вводився безпосередньо до рани перед та після накладення косметичних швів. Деякі вчені вважають утворення келоїду наслідком порушення розвитку сполучної тканини шкіри.

Багато авторів наголошують на використанні силіконових наклейок для профілактики утворення післяопераційних патологічних рубців. Автори повідомляють про значне покращення еластичності рубців у пацієнтів, що використовували силіконову наклейку понад 6 місяців. Патологічний рубець набував ознак нормотрофічного, що було бажаним як для пацієнта, так і для лікаря. Додавання вітаміну Е до силіконових пластин особливо ефективно для профілактики келоїдних та гіпертрофічних рубців. Але в зв'язку з тим, що силіконові пластини фіксуються за допомогою щільної компресії, це в деякій мірі унеможлиблює їх застосування в хірургічній стоматології та щелепно-лицевій ділянці. Жодної принципової біологічної відмінності між відомими видами рубців не існує, але є єдина відмінна ознака – процеси колагеносинтезу домінують над процесами колагенолізу.

Отже, ми передбачаємо отримати ефективний спосіб профілактики післяопераційних патологічних рубців у хворих, схильних до їх утворення.

ЗАСТОСУВАННЯ МАТЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ РОЗТЯГНЕННЯ ТА РЕЛАКСАЦІЇ ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ ГОЛОВИ ПРИ ЇХ ПІДЙОМІ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ

Аветіков Д.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Під час операції натягнення шкіри проводиться вручну, отже кожен хірург може по-своєму оцінювати і реалізувати натягнення шкіри. Більшість прагне натягнути шкіру якомога сильніше для отримання якнайкращого візуального ефекту, але сильніше не означає краще, оскільки шкіра починає випробовувати сильні внутрішні перевантаження, що може надалі звести нанівець весь ефект операції і заподіяти серйозну травму шкіри.

Для забезпечення якнайкращого косметичного ефекту і зменшення несприятливих наслідків необхідно забезпечити оптимальне натягнення шкіри. Недостатнє натягнення не дає належного ефекту омолодження, оскільки ненатягнута шкіра утворює зморшки. Надмірне натягнення веде до наступних несприятливих наслідків: поява келоїдного рубця, розвиток некрозу шкіри.

Порушення живлення зв'язане з відшаруванням шкіри від належних тканин і відсутністю кровозабезпечення від сусідніх тканин унаслідок передавлення судин. Відшарування тканин є необхідною дією при операції і уникнути її неможливо, а передавлення судин можна не допустити, встановлюючи необхідне натягнення шкіри.

При вирішенні цієї задачі вважається, що перший етап, тобто розтягування постійною силою відбувається достатньо швидко. Тому основним завданням є розгляд релаксації, що відбувається в шкірному клапті з часом.

При післяопераційній реабілітації в шкірі відбувається релаксація напруги. Від протікання цього процесу багато в чому залежить косметичний ефект операції. З експериментальних даних відомо, що живлення шкіри потоком крові припиняється при нарузі $\sigma_{\max}=10\text{кПа}$. Проте якщо шкіру натягнути саме з таким навантаженням, то в процесі релаксації напруга спаде, і шкіра почне знову зморщуватися. Необхідне для отримання якнайкращого косметичного ефекту залежно від віку, лежить в інтервалі від 22 до 31 Н, що відповідає нашим спостереженням в клініці. Під час операції хірург прикладає зусилля від 2 до 3 кг. Час навантаження з віком збільшується, оскільки шкіра стає менш податлива і потрібно більше часу, щоб волокна колагену встигли розтягнутися.

Враховуючи проведені біомеханічні дослідження шкірно-жирових клаптів, нами розроблена та показана можливість використання математичної моделі для великих та малих деформацій шкіри та підшкірної клітковини.

СПОСІБ ЕКЗОГЕННОЇ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ПОЧАТКОВИХ ФОРМ ФЛЮОРОЗУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Амосова Л.І., Падалка І.О., Солошенко Ю.І., Абрамова О.Е., Павленко С.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Важливе значення флюорозу обумовлюється значним поширенням даного захворювання територією України. Для вторинної профілактики флюорозу зубів запропоновано декілька методик, але авторами не простежена їх ефективність, відсутні рекомендації щодо кратності курсів лікування, відсутня можливість вибору способу введення препарату до твердих тканин зубів. Все вищевикладене диктує необхідність пошуку нових, ефективних, доступних і науково обґрунтованих способів вторинної профілактики флюорозу постійних зубів у дітей.

Нами досліджені постійні зуби у дітей віком від 7 до 9 років з проявами флюорозу у вигляді крейдоподібних плям, які займали до 50% зубної поверхні. З метою підвищення мінералізації зубів, попередження розвитку пігментації і деструкції емалі та поступового зникнення крейдоподібних плям усім дітям застосовувався запропонований нами метод екзогенної вторинної профілактики флюорозу, який включає використання розчину хлориду кальцію з уротропіном у співвідношенні 1:1, що відповідає вмісту цих речовин в таблетках "Кальцекс". Залежно від вираженості клінічних проявів розчин використовувався шляхом аплікації, електрофорезу чи фонофорезу. Аплікації препарату проводилися як в умовах стоматологічної поліклініки, так і в домашніх умовах. При застосуванні аплікацій ватний тампон, зволожений вищевказаним розчином, на 5 хв. накладали на зуби, попередньо очищені від нальоту та ізольовані від слизової оболонки. Тампони міняли тричі поспіль. Час загальної експозиції розчину становив 15 хв. Один курс профілактики складався з 10 – 15 сеансів. Фізіотерапевтичні методи (електрофорез, фонофорез) проводилися лише в умовах стоматологічної поліклініки. При застосуванні електрофорезу чи фонофорезу кальцій-уротропінового комплексу на курс профілактики призначали 7 – 10 сеансів. Курс профілактики проводили двічі за рік.

Через рік після проведеного курсу профілактики відзначалися стабілізація флюорозних уражень у 56% зубів та поліпшення стану ураженої флюорозом емалі у 44% зубів. Поліпшення проявлялося не тільки зменшенням розмірів флюорозних плям у 37% зубів, а й повним їх зникненням у 7% зубів. Використання запропонованого кальцій-уротропінового комплексу дозволило збільшити ефективність профілактики (порівняно з традиційним глюконатом кальцію) майже вдвічі при скороченні кількості сеансів одного профілактичного курсу на 5 – 10 відвідувань.

Висока ефективність запропонованого кальцій-органічного комплексу підтверджує можливість його застосування в практичній стоматології для екзогенної вторинної профілактики флюорозу зубів у дітей.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ У ДІТЕЙ, ЩО ХВОРІЮТЬ НА ХРОНІЧНИЙ ПАРОТИТ

Андриянова О.Ю., Хміль О.В., Яценко П.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Карієсрезистентність емалі – це здатність протистояти впливові карієсогенних факторів. Формування карієсрезистентності емалі пов'язане із постійними її змінами, які відбуваються особливо у період первинної мінералізації і в період дозрівання емалі. Основним джерелом надходження речовин до емалі зуба після його прорізування є слина.

Характер слиновиділення, кількісні та якісні показники ротової рідини змінюються при захворюваннях слинних залоз, зокрема хронічному паренхіматозному паротиті. Припускається, що при захворюваннях слинних залоз змінюються умови формування та дозрівання твердих тканин зуба і у першу чергу емалі, що робить їх менш стійкими щодо впливу карієсогенних чинників. Ймовірність виникнення карієсу зубів залежить від ступеня мінералізації, їх твердості, резистентності до дії кислоти середі порожнини рота.

Метою нашого дослідження явилось вивчення впливу хронічного запалення в привушних слинних залозах у дітей, як фактора ризику виникнення карієсогенної ситуації, на зміни кислотостійкості емалі зубів.

В основу роботи покладені результати дослідження 109 дітей в віці 8 років, які хворіють хронічним паренхіматозним паротитом, та здорові діти того ж віку.

Структурно-функціональну резистентність емалі (ТЕР) вивчали за методом Окушко і Косаревої.

Результати досліджень. Внаслідок проведеного обстеження з'ясовано, що рівень структурно-функціональної резистентності емалі постійних зубів у досліджуваних здорових дітей дорівнював $1,24 \pm 0,4$. У дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит з давністю від 1 до 3 років, показники коливались від $1,87 \pm 0,58$ до $2,2 \pm 0,7$ (в залежності від активності перебігу патологічного процесу в слинних залозах). При тривалості захворювання від 3 до 5 років показники резистентності емалі достовірно знижувались від $2,18 \pm 0,62$ до $3,23 \pm 0,51$ (також в залежності від активності перебігу процесу).

Таким чином, зміни резистентності емалі постійних зубів у дітей, хворих на хронічний паренхіматозний паротит, можуть мати прогностичну цінність, щодо розвитку у них патології твердих тканин зубів в майбутньому. Діти з патологією слинних залоз потребують диспансерного нагляду, що буде включати, крім лікування основної патології, гігієнічне навчання та виховання, санацію порожнини рота та розробку і застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів з метою попередження розвитку інших стоматологічних захворювань.

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАУШНОГО ЛОСКУТА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ТОТАЛЬНЫХ И СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Аветиков Д.С., Соколов В.Н., Данильченко С.И.

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В клинической практике пластической хирургии заушные лоскуты применяются достаточно давно. Кожа данной области в качестве локального лоскута использовалась Ф.И. Хитровым и переносилась на расстояние на ножке кожи височной области. Converse G. описал кожный лоскут из данной области для замещения дефектов ушной раковины и носа, используя его как свободный трансплантат с последующим восстановлением кровоснабжения в нем после наложения микроанастомозов на питающие лоскут сосуды. Однако считалось, что кожа этой области является непригодной донорской зоной для свободной трансплантации по особенностям топографии: малые размеры, сосуды малого калибра.

Целью данного исследования явилось изучение надежности веточек задней ушной артерии для кровобеспечения заушного лоскута. Нами было выполнено 29 топографо-анатомических исследований на 16 трупах и 11 клинических наблюдений при проведении пластических операций с использованием заушного лоскута. Результаты анатомической препаровки, полученные при подъеме этих лоскутов, включены в данное исследование. В ходе топографо-анатомических исследований были использованы следующие методы: послойная анатомическая препаровка, инъекции сосудов красителями, инъекции свинцового сурика, контактные рентгенографии и т.д. Задняя ушная артерия в 23 случаях (90%) наших исследований начиналась самостоятельной ветвью от задне-внутренней поверхности наружной сонной артерии. При двух диссекциях задняя ушная артерия отходила от затылочной артерии. В одном клиническом случае шилососцевидная ветвь была главным продолжением задней ушной артерии с наличием лишь одной ушной артерии незначительных размеров. Это единственный встретившийся вариант хода артерии, который составляет 1,4 % всех случаев исследований. В послеоперационном периоде, после проведения пластических операций, путем клинических методов исследования (тепловизионная проба, реоплатизмография и т.д.) была доказана жизнеспособность заушного лоскута.

Топографоанатомическая характеристика задней ушной артерии и проведенные клинические пробы позволяют проводить восстановительные операции артеризированным заушным лоскутом с сохранением надежного кровоснабжения всех трансплантированных тканей в зоне разветвления данной артерии

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ КАНДИДОЗОМ

Баранник Н.Г., О.Н. Мосейко А.А., Манухина О.Н., Варжапетян С.Д.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье

Переломы челюстей занимают ведущее место среди травматических повреждений челюстно-лицевого скелета, основным методом лечения которых остается консервативный метод иммобилизации отломков с использованием шин, что, при наличии очагов одонтогенной инфекции, создает условия для активизации и развития условно-патогенной микрофлоры, в частности грибов рода кандиды. Это негативно влияет на местную резистентность и ухудшает условия заживления раны.

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с переломами нижней челюсти, осложненными кандидозом путем включения в комплекс лечения мероприятий, направленных на коррекцию биоценоза полости рта.

Под наблюдением находились 69 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет с различными переломами нижней челюсти, лечившихся с применением межчелюстного шинирования.

Наряду с традиционным обследованием определяли уровень санации полости рта и проводили микробиологическое обследование при поступлении, а также на 6 сутки и после снятия шин.

Результаты и их обсуждение: у 31 (44,9%) больных при поступлении выявлена грибковая флора в количестве более 1000 КОЕ, что расценивалось как кандидоз. Этим пациентам в соответствии с результатами определения чувствительности назначали противогрибковые препараты общего и местного действия, а также ошелачивание среды, диету, исключающую легкоусвояемые углеводы и богатую функциональными продуктами, а также зубиотики и пробиотики. У 10 (6,9%) пациентов выявлено 10-100 КОЕ грибов, что расценивалось как кандидоносительство, причем при повторном обследовании это количество грибов увеличилось в 100% на фоне проводимой антибиотикотерапии. В этих случаях в используемую схему лечения не включали противогрибковые препараты общего действия.

Клиническое течение процесса при кандидозе было более затяжным, средний срок лечения увеличивался на 5-6 суток.

Таким образом, изучение микробиологического статуса больных с переломами челюстей способствует раннему выявлению кандидоза и его своевременному лечению, что благоприятно влияет на течение раневого процесса.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ НАЗУБНОГО КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО АППАРАТА ПЕРЕД ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА

Баранник Н.Г., Рябоконт Е.Н., Мищенко О.Н. Мосейко А.А., Манухина Л.Н.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков

Лечение переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда более чем у 90% больных проводится методом двухчелюстного шинирования, что способствует гипофункции мышц, уменьшению их объема, регионарного кровообращения, замедлению ремоделирования кости.

Нами разработан и клинически апробирован назубный компрессионно-дистракционный аппарат (КДА) (декларационный патент на полезную модель №11232 бюл. №12 от 15.12.2005) для лечения больных с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда, который исключает межчелюстное шинирование и способствует ранней активизации функции мышц и улучшению микроциркуляции крови.

Целью работы явилось клиничко-лабораторное обоснование преимуществ использования назубного компрессионно-дистракционного аппарата перед традиционными методами лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда.

Под наблюдением находилось 77 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда.

Исследовали биоэлектрическую активность жевательных мышц («Нейрософт спектр» №158). Нарушение степени кровотока изучали с помощью доплер-анализатора Multigon 500M.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что при использовании КДА клинически отмечено ускорение репаративных процессов в линии перелома за счет более ранней нагрузки и возможности принимать пищу в обычном режиме. При применении КДА получены более высокие показатели биоэлектрической активности жевательных мышц и кровотока в области линии перелома. Это способствовало сокращению сроков временной нетрудоспособности пациентов с переломами нижней челюсти.

Разработанный нами КДА рекомендуется для внедрения в широкую стоматологическую практику.

СТРУКТУРА ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З РЕГІОНУ З ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ

Безушко Е.В., Чухрай Н.Л., Ахмад Хатем Джасер

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Наукові дослідження останніх років виявили високі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів, збільшення частоти захворювань пародонта та зубощелепних аномалій у дитячого населення України (Вербицкая А.В., 2005, Деньга О.В., Мірчук Б.М., Раджаб М., 2004, Каськова Л.Ф., 2005). Це вимагає розв'язання багатьох питань, пов'язаних із запобіганням їх розвитку. Особливої уваги заслуговують регіони з підвищеним вмістом фтору у питній воді, оскільки поряд із вищезгаданими захворюваннями порожнини рота має місце фториста гіпоплазія.

Метою нашої роботи було дослідити стоматологічний статус дітей з регіону з підвищеним вмістом фтору у питній воді.

Матеріал та методи. Обстежено 59 дітей м. Добротвора 7, 12 та 15 років. Встановлено, що розповсюдженість флюорозу зубів у обстежуваних дітей зустрічається, в середньому, у $40,68 \pm 6,40\%$. Детальний аналіз даних в залежності від віку, показав, що з 7-ми до 12-ти років цей показник зростає із $21,05 \pm 9,35\%$ до $35,00 \pm 10,67\%$, і до 15-ти років - до $65,00 \pm 10,67\%$. У дітей з даного регіону була встановлена висока розповсюдженість зубощелепних аномалій, що, в середньому, складає $83,05 \pm 4,88\%$. Ця тенденція встановлена у всіх вікових групах. Так, у 7-ми річних дітей розповсюдженість ЗЩА становить $63,16 \pm 11,1\%$. До 12-ти років зростає до $85,00 \pm 7,98\%$, до 15-ти років не було виявлено жодної дитини без даної патології. Аналіз структури зубощелепних аномалій у обстежених дітей показав, що розповсюдженість аномалій окремих зубів зростає з 7-ми річного до 12-ти річного віку із $21,05 \pm 9,35\%$ до $40,00 \pm 9,95\%$, а у 15 років становить - $45,00 \pm 11,12\%$. Розповсюдженість аномалій зубних рядів у групі дітей 7-ми років становить $21,05 \pm 9,35\%$, у 12 та 15 років - $70,00 \pm 10,24\%$ та $65,00 \pm 10,67\%$, відповідно. Показник розповсюдженості аномалій прикусу зростає із $36,84 \pm 11,07\%$ у групі 7-ми річних дітей до $50,00 \pm 11,18\%$ у групах 12 та 15-ти річних дітей.

Отже, згідно наших досліджень можна стверджувати, що у дітей з регіону з підвищеним вмістом фтору у питній воді на фоні фтористої гіпоплазії встановлені високі показники поширеності зубощелепних аномалій, що потребує подальшого детального вивчення.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИМ РИЗИКОМ

Безручко М.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Незважаючи на широке впровадження відеоендоскопічних технологій в планову хірургію калькульозного холециститу, частка гострого холециститу (ГХ) не зменшується, а в його структурі пацієнти з тяжким загальним станом складають 15 – 20%. Хірургічна тактика при цьому залишалася незмінною протягом кількох десятиліть. Післяопераційні ускладнення та летальність після традиційних видів хірургічних втручань у цих пацієнтів залишаються на високому рівні. Це спонукає до пошуку нових тактичних рішень.

В клініці хірургічних хвороб за період з 2007 по 2011 рік проліковано 165 пацієнтів з ГХ та тяжкою супутньою патологією, у яких операційно-анестезіологічний ризик відповідав 4 – 5 ступеню. В залежності від обраної тактики лікування пацієнти розподілені на 2 групи: I (група порівняння) – 148 пацієнтів, яким застосовано активновичувальну тактику; II (основна група) – 17 пацієнтів, у лікуванні яких I етапом виконували мікрохолецистостомію під УЗ-контролем та після компенсації супутньої патології і ліквідації явищ ГХ виконували відкриту чи лапароскопічну холецистектомію.

В I групі оперовано 89 (60,1%) пацієнтів, позитивний ефект від консервативної терапії відзначено у 59 (39,9%) пацієнтів. Післяопераційні ускладнення відмічено у 60 (67,4%) пацієнтів, летальність склала 12,2% (померло 18 пацієнтів). Середня тривалість лікування склала 10,8 ліжко-днів. У II групі усім пацієнтам в першу добу госпіталізації виконувалася мікрохолецистостомія під УЗ-контролем, яка дозволила у 15 (88,2%) пацієнтів досягти регресу клініки ГХ і у 8 (47,1%) була остаточною методом лікування, з них 5 (29,4%) пацієнтам виконана хімічна мукоклазія жовчного міхура. Іншим 7 (41,1%) пацієнтам II етапом виконано радикальне оперативне лікування (холецистекто-

мія). Розвиток післяопераційних ускладнень відмічено у 7 (41,2%) пацієнтів, а летальність в даній групі склала 5,6% (помер 1 пацієнт), середня тривалість лікування пацієнтів II групи склала 12,6 ліжко-днів.

Отже, при лікуванні ГХ у пацієнтів з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику застосування активно-вичікувальної тактики супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю. Впровадження у лікування ГХ, у цих пацієнтів, двохетапної тактики з застосуванням УЗ-контрольованих пункційно-дренуючих методів дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень та летальності не подовжуючи суттєво терміни їх стаціонарного лікування.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЛАТЕНТНИХ АДЕНОЇДИТІВ У ДІТЕЙ

Безшапочний С.Б., Лобурець В.В., Соннік Н.Б., Вахніна А.П.

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

Місцеві захисні реакції слизової оболонки носа та навколоносових пазух (ННП) забезпечує глотковий мигдалик (ГМ), що пояснює часте сполучення синуситів з аденоїдитом. Лікування латентних аденоїдитів є складною проблемою. Своєчасна санація ННП зменшує вірогідність формування аденоїдів. Ціль дослідження – оптимізація лікування дітей з довготривалими проявами аденоїдиту.

Матеріали та методи обстеження. Нами обстежено 25 пацієнтів, які знаходились на лікуванні з приводу латентного аденоїдиту у віці від 2 до 7 років, серед яких було 11 хлопчиків та 14 дівчаток. Перебіг захворювання до звернення від 2 до 6 тижнів. В план обстеження включали: ендоскопічне обстеження носоглотки та порожнини носа в динаміці, загальноклінічні аналізи (з урахуванням кількості еозинофілів в периферичній крові), рентгенографію ННП, мазок-відбиток виділень з носа на еозинофіли, бактеріологічне дослідження (виключення хламідійної інфекції та мікоплазми).

Дітям проводилась комплексна терапія. Антибіотикотерапія призначалась при превалюванні гнійного процесу в ННП та неефективності місцевої терапії, при наявності гнійних виділень. Препаратами вибору були антибіотики групи амоксицилінів, цефалоспорины III покоління. Про- та пребіотики довготривалими курсами до 2-3 діб (лактовіт форте, біфіформ комплекс, тощо). Антигістамінні препарати до 2 тижнів (еріус, зодак). Фітопрепарати з проти-запальними та іммунокорегуючими властивостями до 6 тижнів.

Широко застосовували промивання порожнини носа методом переміщення з розчином антисептика «Декасан» після попередньої анемізації з подальшим застосуванням носових душів з содово-соляними розчинами в домашніх умовах 1-2 рази на добу до 10 днів. Препарати колоїдного срібла на ніч в ніс до 2 тижнів. Антисептики порожнини носа до 10 діб (ізофра при наявності гнійних виділень). Системні деконгестанти (віброцил).

Результати дослідження. Основними симптомами захворювання були: наявність гнійних або гнійно-слизових виділень з носа, порушення носового дихання, в'ялість. Достовірною оцінкою стану ГМ була оптична ендоскопія, яка давала уяву про наявність та вираженість запального процесу, ступінь гіпертрофії. При обстеженні глистна інвазія виявлена у 2 дітей. Проведена корекція лікування з лікарем-педіатром. У 1 дитини підтвердили наявність мікоплазми. Проведена корекція лікування з призначенням етіотропної терапії. У 3 дітей виявлена схильність до алергії, діти консультовані у лікаря-алерголога. Після усунення запального процесу призначено курс топічного глюкокортикоїду на 1 місяць. Позитивний ефект отримано у всіх пацієнтів.

Висновки:

1. При призначенні лікування латентного аденоїдиту у дітей треба мати візуальну уяву про стан та зміни ГМ, що можливо при застосуванні оптичної ендоскопії.
2. При неефективності попередньої банальної терапії треба проводити обстеження з урахуванням глистної інвазії, небанальної флори, алергічного фактору.
3. Проведення комплексної терапії, яка включає антибіотикотерапію, антисептики, носові душі, деконгестанти, про- і пребіотики, антигістамінні препарати, іммуностимулятори, фізіотерапію, дозволяє отримати очікуваний терапевтичний ефект.

МИЦЕТОМЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Безшапочний С.Б., Лобурець В.В., Б.Х. Мохамед Али, Лобурець А.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Последние десятилетия наблюдается рост частоты возникновения грибковых риносинуситов. Причины такого роста связаны, прежде всего, с нерациональной фармакотерапией и увеличением количества иммунодефицитных состояний. Совершенствование методов лабораторной диагностики также существенно повысило уровень их диагностирования.

Современная классификация выделяет инвазивные и неинвазивные формы грибкового синусита. Но различные формы микоза могут существовать совместно, и в ряде случаев одна из них может переходить в другую. Например, субклиническое течение мицетомы при неблагоприятных обстоятельствах может перейти в острую инвазивную форму и вызвать угрожающие жизни осложнения.

Мицетоза являється найбільш розповсюдженою формою мікоза околоносових пазух. В більшості випадків захворювання викликається грибами *Aspergillus* (*A. Fumigatus*). На слизистій оболонці грибки знаходять для себе поживне речовину в формі застою секрету, однак при нормальному функціонуванні мукоциліарного апарату росту грибків не відбувається.

В ряді випадків пусковим механізмом для росту мицетомы може стати пломбировочний матеріал, потрапивший в верхньочелюстну пазуху через канали зубів верхньої щелепи. Ряд цих матеріалів містять важкі метали, зокрема цинк, і можуть каталізувати процеси життєдіяльності грибків. Нерідко зустрічаються також аспергиллез лобної і клиновидної пазух, причому і в них при рентгенологічному дослідженні можуть визначитися включення металічної щільності.

Комп'ютерно-томографічна картина характеризується наявністю в пазухі образів м'якотканної щільності. На магнітно-резонансних томограмах, виконаних в Т1-режимі, в центрі ураженої пазухи звичайно визначається образ з низькою інтенсивністю сигналу, оточений шаром рідини. В режимі Т2 мицетоза має ще більш низьку інтенсивність або виглядає як ділянка без сигналу. Для точної діагностики грибкового синуситу необхідно порівняння даних КТ і МРТ.

Проводиться економічна резекція кісткообразного отвору, широке відкриття пазухи в області середнього носового ходу і розширення його природного соустья. Розмір соустья - близько 1,5-2 см. При мицетозі клиновидної пазухи проводять латералізацію середньої носової раковини, ендоскопом вводять в верхній носовий ход і зондом ідентифікують природне отвір клиновидної пазухи. Соустья клиновидної пазухи розширюють до діаметра 1 см.

В ході численних досліджень нами було розроблено алгоритм післяопераційного ведення пацієнтів з мицетозами околоносових пазух.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТІОТРИАЗОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Бобирьов В.М., Островська Г.Ю., Розколуна Н.В., Муляр Л.А., Петрова Т.А., Власова О.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема підвищення ефективності фармакотерапії захворювань тканин пародонту є актуальною і на теперішній час, так як останні відносять до найбільш поширених стоматологічних захворювань. Відомим фактором, про що свідчать також наші дослідження, у патогенезі захворювань тканин пародонту відіграють процеси вільнорадикального перекисного окиснення ліпідів. Враховуючи цей факт, певного значення у комплексній терапії набуває застосування лікарських засобів з антиоксидантною дією. Тому в схему комплексного лікування генералізованого пародонтиту ми запропонували ввести вітчизняний препарат з політропними властивостями - тіотриазолін. Антиоксидантні властивості препарату виявляє завдяки наявності в структурній молекулі тіолу сірки, який зв'язує надлишок іонів водню. Тіотриазолін реагує з активними формами кисню та ліпідними радикалами за рахунок потужних відновлювальних властивостей тіольної групи та попереджає ініціацію активних форм кисню шляхом реактивації антирадикальних ферментів – супероксиддисмутази, каталази та глутатіонпероксидази.

На базі відділення терапевтичної стоматології Полтавської обласної стоматологічної поліклініки була розроблена та апробована схема фармакотерапії генералізованого пародонтиту. Дана схема включає наступний комплекс: 1. Ліквідування місцевих подразнюючих факторів (видалення зубних відкладень, заміна нерациональних пломб та протезів). 2. Вплив на мікрофлору зубоясеневих карманів із застосуванням пасти на основі лінокміцину. 3. Застосування аплікацій 2% мазі тіотриазоліну, які проводилися «відкритим» та «закритим» способами. Враховуючи клінічні прояви захворювання, хворим диференційовано призначали антиоксиданти внутрішньо, що, безумовно, сприяло більш швидкій нормалізації клінічних проявів пародонтиту. Ефективність лікування оцінювали за динамікою клінічного стану пародонта (стан гігієни - за індексом Грін-Вермільйона, кількісну та якісну оцінку запалення ясен - індексами РМА та кровоточивості за Muhlemann в модифікації Cowell). Лабораторно досліджували еміграцію лейкоцитів за Ясиновським, вміст протизапальних цитокінів у ясенній, ротовій рідині і сироватці крові. Вивчення результатів комплексного лікування хворих генералізованим пародонтом різної тяжкості з використанням тіотриазоліну свідчить про більш швидке зменшення процесів запалення слизової оболонки та стабілізацію процесу. Беручи до уваги результати контрольних досліджень (через 6 місяців), отримані дані свідчать про доцільність включення тіотриазоліну в комплекс лікувальних заходів, які спрямовані на покращення стоматологічного статусу.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АЛГОРИТМУ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Робота з пацієнтом вимагає від лікаря високої концентрації та швидкого аналізу великого об'єму інформації для прийняття ряду рішень — постановка діагнозу, план обстеження, лікування, оцінка динаміки перебігу захворювання, прогноз та розробка стратегії реабілітації тощо.

Метою нашої роботи було оцінити ефективність алгоритму ведення пульмонологічних хворих за показниками рівня загострень та госпіталізації на прикладі пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) та хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ).

Дана робота виконана на базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського, пульмонологічного кабінету. Дослідження виконано на основі аналізу історій хвороб 1077 пацієнтів пульмонологічного профілю (593 жінки та 484 чоловіків), що знаходились на спостереженні з 2004 по 2011 роки. Віком 47,80 (33,95; 69,72) років. Серед цієї групи пацієнтів було виділено 207 хворих на БА та 159 хворих на ХОЗЛ, що не мали супутньої патології. Методика алгоритму включала заповнення спеціально розробленої карти хворого з описом основних клініко-анамнестичних даних, ведення індивідуальної теки з електронним архівом результатів клініко-лабораторних обстежень в динаміці. Кожен пацієнт отримував розклад основних (від одного до 24 тижнів) та позапланових візитів до лікаря, які варіювали в залежності від стану пацієнта та рівня комплаєнтності. Обов'язковими були телефонні контакти з хворими або зв'язок з ними за допомогою електронної пошти та ін. Основними критеріями для оцінки стали частота візитів з приводу загострення та кількість планових візитів. Статистична обробка даних проведена з використанням непараметричних методів, зокрема χ^2 . Відмінності вважалися статистично достовірними при $p \leq 0,05$. За вищенаведений часовий період у хворих на БА було зареєстровано 94 візити з приводу загострення БА, що є вірогідно ($p < 0,05$) меншим порівняно з кількістю планових візитів - 227. У хворих на ХОЗЛ зафіксовано 86 планових відвідувань лікаря, частота яких є майже вдвічі меншою, ніж з приводу загострення - 32 візити ($p < 0,05$). Застосування даного алгоритму ведення хворих зменшило частоту госпіталізацій серед хворих з БА на 93,12%, а рівень загострень на 45,41%, тоді як у пацієнтів з ХОЗЛ загострення зменшились на 20,12%, а частота госпіталізацій з приводу загострень ХОЗЛ на 67,43%. Застосування даного алгоритму ведення пульмонологічних хворих допомагає лікарю збільшити контроль над перебігом захворювання та підвищує ефективність терапії.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ

Бойченко О.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Хронічний генералізований пародонтит - найпоширеніший вид патології пародонта, особливо у другій половині життя людини. Встановлений тісний зв'язок патології пародонта з загальними захворюваннями організму, особливе місце серед яких займає серцево-судинна патологія, найчастіше - ішемічна хвороба серця (ІХС).

Метою роботи було з'ясування ефективності диференційованого використання антигіпоксантив метаболічної дії (мексикору, препаратів коензиму Q_{10}) для корекції метаболічних та гемодинамічних порушень у пародонті в залежності від тяжкості перебігу генералізованого пародонтиту у пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги. До дослідження за участю кардіолога (терапевта) було залучено 72 хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ст.

Виявлено, що в групі хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу без серцевої недостатності з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ст., яким на тлі лікування за стандартами ведення стоматологічного хворого призначали мексикор протягом 10 діб (у капсулах по 100 мг 3 рази на добу), усунення гострих запальних явищ з поліпшенням пародонтальних індексів, індексу Гріна-Вермілліона, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу РМА, індексу кровоточивості за Muhlemann-Cowell відбувалося швидше в середньому на 3-4 доби ($p < 0,05$), зменшувалася інтенсивність вільнорадикального окиснення, збільшувався антиоксидантний захист.

Найбільш успішним було лікування із одночасним введенням 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату в тканини пародонту шляхом проведення інстиляцій 5% розчину та накладання твердіючої пов'язки, що містить препарат, на слизову оболонку ясен з вестибулярної та оральної сторін альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелепи.

Нами виявлено, що застосування мексикору в комплексній терапії генералізованого пародонтиту I-II ст. у хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III функціонального класу, серцевою недостатністю I, ІІА ст., II-III класу NYHA потребує певної корекції дози препарату (по 100 мг 3 рази на добу) внаслідок інтенсивності систем-

ного гіпоксичного впливу і ступеня гіпоксичних порушень. Це, на наш погляд, потребує залучення препаратів здатних відновлювати електронно-транспортну функцію дихального ланцюга не тільки через активацію альтернативних НАДН-оксидазному шляху компенсаторних метаболічних потоків, але і на рівні коензим Q - цитохроми b-c₁. Результат лікування хронічного генералізованого пародонтиту I-II ст. за цих умов виявився найкращим при доповненні комплексної терапії препаратами коензиму Q₁₀, (убіхінон композитум або вітрум б'юті Q10).

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ “ ПОЛІМІКУ” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ПЕРІОСТИТ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Бойко І.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Актуальною проблемою хірургічної стоматології сьогодні є профілактика та лікування гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої локалізації (ЩЛЛ), які мають значну частоту, що певною мірою обумовлено способом життя, соціальними факторами, екологічними негараздами, низькою культурою населення та ін. Причиною розвитку майже усіх запальних захворювань ЩЛЛ у 95% випадків є мікробна флора, що вегетує в порожнині рота.

Медикаментозне лікування часто утруднено у зв'язку із зростанням числа антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів, підвищенням вірулентності мікробної флори, зниженням реактивності організму в окремих категорій населення, неадекватним використанням антибіотиків та ін.

Полімік призначений для лікування змішаних інфекцій, та апробований при лікуванні захворювань сечостатевої системи та післяопераційними інфекційними ускладненнями в загальній хірургії.

Метою дослідження була оцінка ефективності та переносимості препарату Полімік у комплексному лікуванні хворих з гнійним одонтогенним періоститом нижньої щелепи (ГОПНЩ).

Обстежено 30 пацієнтів з ГОПНЩ, серед яких чоловіків було 17, жінок – 13. Лікування пацієнтів проводили згідно з Протоколом, наведеним в наказі МОЗ України №566. До складу медикаментозної терапії був введений Полімік по 1 табл. 2 рази на день впродовж 5 днів. Під час лікування вивчалися суб'єктивна оцінка хворими болювого симптому, зміни загального стану та лабораторні показники (ЗАК, ЗАС, функції печінки (білірубін загальний, прями, непрямий), нирок (креатинин), ферментативної системи (АЛТ, АСТ). Встановлено, що застосування Поліміка у пацієнтів з ГОПНЩ з об'єктивною оцінкою динаміки температурної реакції пацієнтів, зменшення болювого симптому, набряку та інфільтрації тканин в осередку запалення, позитивної динаміки ліквідації контрактур жувальних м'язів, відсутності у хворих небажаних загальних та місцевих реакцій, позитивної динаміки післяопераційного перебігу загоювання гнійної рани, результатів лабораторних досліджень сечі та крові хворих встановлено, що препарат не виявив гепато- та нефротоксичних ефектів, його можна пропонувати до широкого використання в комплексному лікуванні хворих з ГОПНЩ.

ТЕОРІЯ ФАГОЦИТОЗУ І.І.МЕЧНИКОВА ТА ЇЇ ВПЛИВ НА РОЗВИТОК СУЧАСНОЇ ІМУНОЛОГІЇ

Боровик О.Б.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Ідея порівняльної патології, еволюційної ембріології, мікробіології, зоології та імунології, яка пов'язана, в першу чергу, з іменем Іллі Мечникова, увійшла до багатьох галузей наукового знання. І. І. Мечников створив нову наукову дисципліну – порівняльну патологію, якою довів, що патологічний процес має таку ж саму довгу еволюційну історію, як і саме життя.

Універсалізація дослідження імунології І.І. Мечниковим привела до плідних результатів у розвитку сучасної еволюційної ембріології, мікробіології та імунології.

Саме І.І.Мечников відкрив явище фагоцитозу (1883 р.), тобто здатність кров'яних клітин організму знешкодувати та знищувати смертоносні бактерії. Ці класичні за ясністю та простотою виконання експерименти Іллі Ілліча лягли в основу розробленої ним же теорії імунітету, без якої неможливо уявити собі розвиток біології та медицини ХХ - ХХІ століття. Він сформулював загальну теорію запалення як захисної реакції організму в боротьбі з інфекцією та заклав основи імунобіології. Усі розуміли, що існують хвороботворні бактерії, але Мечников першим заявив, що запалення — це не лише свідчення «атакування» мікробів, а й захисна реакція організму. Відкриття мало виняткове значення у вченні про імунітет – несприйнятливості до інфекцій. «Під несприйнятливостю до заразних захворювань, — зазначав учений, — слід розуміти загальну систему явищ, завдяки яким організм може витримувати напад хвороботворних мікробів».

Ілля Ілліч довів, що функцію фагоцитозу виконують лейкоцити двох типів (макро- і мікрофаги), які виконують різноманітну роль в імунних реакціях організму, і що запальна реакція є пристосовуваною, захисною. Після виступу Мечникова на конгресах у Будапешті (1894) і Парижі (1900) фагоцитарна теорія отримала визнання. Так, у 1908 році Нобелівський комітет присудив премію І. Мечникову за дослідження з імунології. Її вчений був удостоєний у галузі фізіології та медицини (спільно із Паулем Ерліхом). Сформована І.І. Мечниковим принципово нова парадигма імунітету, що дала змогу охопити патологічний процес у цілому – одне із найбільш добре обґрунтованих.

них і плідних узальнень, створених у біології. Здавалося б це повинно стимулювати численні дослідження її становлення та розвитку. Однак лише сьогодні розпочинається робота із систематичного вивчення історії розвитку імунології. При цьому виникають труднощі, які обумовлені особливостями формування і розвитку даної загальнобіологічної концепції.

ВПЛИВ ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ТКАНИНИ ПЕРІОДОНТУ

Брайло Н.М., Лобач Л.М., Ляшенко Л.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Ендодонтичне лікування різних формперіодонтитівполягає в усуненні інфекції в корневих каналах і лікувальній дії на вогнище периапікального запалення. При цьому важливу роль в підготовці корневих каналів до пломбування разом з механічною грає медикаментозна обробка. Проте серед великого числа антимікробних засобів, що застосовуються в ендодонтії, поки немає антисептика, який поєднував би високу бактерицидну силу з нешкідливістю для периапікальних тканин.

Пошук методів стимуляції остеогенезу в періодонті повинен здійснюватися шляхом комплексного застосування препаратів, різноспрямованих за механізмами своєї дії, але об'єднаних на підставі спільності їх дій. У зв'язку з цим останніми роками певної актуальності набувають дослідження, направлені на винайдення немедикаментозних способів лікування, що діють на різні патогенетичні ланки захворювань періодонту. Одним з них є фізіотерапія, а саме – низькоінтенсивне лазерне випромінювання (НІЛВ).

Лазерне випромінювання стає своєрідним гарантом стерильності і інфекційній безпеці пацієнта, оскільки здатне знищити більше 99% всіх відомих мікроорганізмів, виключаючи можливість післяопераційного ускладнення.

При запаленні тканин періодонту випромінювання лазера викликає загальний і місцевий ефекти. Останні викликає вивільнення іонів кальцію з внутрішньоклітинного депо, потім розповсюдження хвиль Ca^{2+} в цитозолі клітини, що ініціює різні кальційзалежні процеси. Після цього розвиваються вторинні ефекти, що є комплексом адаптаційних і компенсаційних реакцій, що виникають в періодонті, а саме: активізація метаболізму клітин і підвищення їх функціональної активності; стимуляція репаративних процесів; протизапальна дія; активізація мікроциркуляції крові з подальшою вазоконстрикцією і підвищення рівня трофічного забезпечення тканин, їх оксигенація, зменшення набряку тканин; утворення фібробластичного бар'єру, стимуляція утворення грануляційної тканини, прискорення дозрівання фібробластів, активація утворення колагенових волокон і дозрівання грануляційної тканини. Лазерне випромінювання достовірно підвищує проліферативну активність клітин в 1,3-3,5 рази. З розвитком констрикторної реакції деякі дослідники зв'язують і анальгезуючий ефект лазерного опромінення; імуностимулюючу дію; рефлексогенну дію на функціональну активність зубощелепної системи в цілому.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЦНОСТІ АДГЕЗИВНОГО З'ЄДНАННЯ МІЖ ПЛОМБУВАЛЬНИМИ МАТЕРІАЛАМИ

Бублій Т.Д., Дубовая Л.І., Макаренко В.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

На сьогодні найновітніші розробки допомагають забезпечити надійне з'єднання між різними пломбувальними матеріалами та твердими тканинами зуба. Але в складних клінічних ситуаціях, таких як починка реставрації, необхідне надійне з'єднання між собою різних пломбувальних матеріалів. В сучасній літературі дискутується питання про можливість корекції фотополімерної пломби після деякого часу її експлуатації.

Метою нашого дослідження стало визначення сили адгезивного з'єднання між шарами пломбувального матеріалу в залежності від адгезиву.

Матеріали і методи: Експеримент був проведений на зразках, які піддавались деформації на відрив на розривній машині МРК-1. Зразки формувались із фотоккомпозиту «Latelux», розмір 1x1 см., товщиною 2 мм., для адгезивного з'єднання використовували

«Prime&Bond NT» и «Latelux». Для дослідження виготовили 24 зразки таким чином:

1 група: 6 зразків виготовили з фотополімеру пошарово, без використання адгезиву;

2 група: 6 зразків, в яких перед нанесенням фотополімеру зачищали поверхню бором, протравлювали та наносили наступний шар матеріалу без використання будь-якого адгезиву;

3 група: 6 зразків, в яких шари фотополімеру з'єднували за допомогою адгезиву «Prime&Bond NT» після попереднього протравлювання;

4 група: 6 зразків, в яких після протравлювання шари фотополімеру з'єднувалися за допомогою адгезиву «Latelux».

Результати дослідження: Сила з'єднання на розрив між шарами фотополімеру була найбільшою в 1 групі і склала 9,8 МПа. В 4 групі сила з'єднання склала 9,24 МПа, в 3 та 2 групах цей показник становив 7,39 МПа та 5,25 МПа.

Висновок: Для надійного з'єднання між шарами фотополімеру необхідно користуватися адгезивом без праймеру.

СТАН МЕДУЛЯРНОГО ЕРИТРОПОЕЗУ ПІСЛЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ВВЕДЕННЯ МЕКСИДОЛУ ПЕРЕД ГОСТРИМ ІММОБІЛІЗАЦІЙНИМ СТРЕСОМ

Власенко Н.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Серед протективних ефектів мексидолу (2-етил-6-метил-3-оксипіридину сукцинат) при стресі існує здатність запобігати змінам периферійної ланки еритропоезу, що зумовлює необхідність вивчення впливу препарату на стан еритропоезу за цих умов. Мета роботи – дослідити зміни медулярного еритропоезу при гострому іммобілізаційному стресі та його корекції мексидолом. Препарат вводили білим щурам інтраперитонеально в дозі 100 г/кг за 30 хв до початку іммобілізації (3 год). У постстресорному періоді досліджували загальну кількість каріоцитів (цитоз) у кістковому мозку стегнової кістки та підраховували мієлограми, як описано П.Д.Горизонтовим і співавт. (1982). Встановлено, що через 3 год від початку стресу істотних змін у кістковому мозку щурів не виявляється, але через 12 год цитоз зростає за рахунок накопичення лімфоцитів, реєструється збільшення кількості еритробластів та пронормобластів. Через 24 год загальна кількість мієлокаріоцитів підвищена, у кістковому мозку спостерігається високий рівень лімфоїдних елементів, на фоні якого вірогідно зростає кількість усіх еритроїдних клітин. Через 48 год від початку стресу цитоз кісткового мозку знижується до рівня інтактних тварин, однак зберігається підвищення кількості еритробластів, пронормобластів та загальної кількості еритроїдних клітин порівняно з контролем. Через 5 діб цитоз кісткового мозку щурів перевищує початковий рівень у 1,4 рази. Має місце істотне зростання як сукупної кількості еритроїдних клітин у 1,8 рази, так і представництва окремих їх видів. Це відбувається одночасно зі змінами гранулоцитарного ростка і свідчить про закономірну активацію еритро- та гранулоцитопоезу. На фоні введення мексидолу через 3 год від початку стресу загальна кількість каріоцитів знижується в 1,3 рази у порівнянні зі стресом без препарату, що не позначається на кількості еритроїдних клітин і виникає за рахунок зменшення кількості лімфоїдних елементів. Через 12-48 год мексидол викликає зниження цитозу кісткового мозку, яке супроводжується зменшенням кількості еритробластів, пронормобластів та нормобластів. Через 5 діб розвитку стрес-синдрому на фоні дії препарату стан кісткового мозку тварин характеризується нижчим у 1,4 рази цитозом порівняно зі стресом без фармакокорекції. При цьому кількості еритробластів, пронормобластів і нормобластів менші за аналогічні показники при стресі в 2,7 рази, 2,1 рази та 2 рази відповідно. Такий розвиток процесів свідчить, що мексидол запобігає активації медулярного еритропоезу в постстресорному періоді.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ.

Волинская Т.Б.

ИС НМАПО им. П.Л. Шупика, м. Київ

Использование лазерных технологий при лечении больных генерализованным пародонтитом (ГП) показало их высокую терапевтическую эффективность. При этом особый интерес представляет инфракрасный (ИК) спектр, поскольку он наиболее глубоко проникает в ткани и оказывает выраженное противовоспалительное действие. Сочетание ИК лазера с магнитным полем может усилить ожидаемый терапевтический эффект.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 47 больных с диагнозом хронический ГП I и II степени в возрасте от 25 до 65 лет. Пациенты были произвольно разбиты на две группы: I (23 чел.) и II (24 чел.).

У больных обеих групп проводили общепринятую базовую терапию. Больным II группы после завершения скейлинга дополнительно назначали курс МЛТ: 10 сеансов через день с напряженностью поля 50 мТл, длиной волны 0.85- 0.98 мкм, с экспозицией 2 минуты на секстант. Все больные были обучены гигиеническому уходу за полостью рта, с рекомендациями использовать зубную пасту «Colgate total» и мягкие зубные щетки.

О пародонтологическом статусе больных обеих групп судили по величине индекса ПМА, глубине пародонтального кармана (ПК), ПЭП, рецессии десны, подвижности зубов, степени кровоточивости десен и характеру отделяемого из ПК. Обследование проводили до начала лечения и на 21 день после его завершения.

Результаты исследования. Анализ результатов клинического обследования больных показал, что клиническое улучшение в течении ГП у больных I группы наступает на 6-7 сутки после проведения скейлинга, а у боль-

ных II группы клиническое улучшение наступает уже на третьи сутки. Субъективно это проявлялось в уменьшении жалоб больных на боли, отечность, кровоточивость в тканях пародонта. При объективном осмотре было выявлено снижение ($p < 0,05$): индекса ПМА (%) в I группе с $48,53 \pm 1,40$ до $23,50 \pm 0,70$, во II группе - с $48,53 \pm 1,40$ до $7,4 \pm 0,22$, а также уменьшение кровоточивости в I группе - с $1,88 \pm 0,05$ до $0,96 \pm 0,02$, во II группе - с $1,88 \pm 0,05$ до $0,49 \pm 0,01$, гноетечения из ПК в I группе - с $1,69 \pm 0,05$ до $0,84 \pm 0,02$, во II группе с $1,69 \pm 0,05$ до $0,10 \pm 0,01$. При этом очевидна достоверная ($p < 0,05$) разница результатов после лечения у больных II группы, что указывает на большую эффективность методики лечения, использованной у этих больных.

Вывод: полученные данные указывают на обоснованность использования МЛТ в комплексном лечении больных ГП I, I-II степени.

СТАН ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Волошина Л.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

Існує думка, що більшість хворих стоматологічних клінік складають психічно здорові люди. Певний відбиток на виникнення, перебіг та кінець захворювання накладає особистість пацієнта. М.Б.Швириков та співавт. (1999) встановили, що запальні ускладнення після переломів нижньої щелепи частіше виникають у інтравертованих осіб з емоційно-лабільною психікою.

Певний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльності особистості. Під особистісною тривожністю розуміють стійку індивідуальну характеристику, яка відбиває здатність людини до тривоги, що сприймається достатньо широко і з певною реакцією у відповідь. Ситуативна або реактивна тривожність, як стан, характеризується суб'єктивно переживаними емоціями: напруження, занепокоєння, стурбованість, нервозність. Люди з тривожністю, як рисою характеру, зазнають більшого впливу емоційного стресу, ніж ті, у кого тривожність виникає тільки в небезпечних ситуаціях. Ситуативна тривожність звичайно виявляється у визначених (але не в усіх) ситуаціях.

Нами було обстежено 40 чоловіків віком від 25 до 55 років з травматичним остеомиєлітом нижньої щелепи. Найпоширеною була локалізація процесу у ділянці кута нижньої щелепи (48,2%).

Серед обстежених 8 (20,0%) мали вищу освіту, 24 (60,0%) середню спеціальну, 8 (20%) середню освіту та неповну вищу. Безробітні складали 45% (18 осіб).

Рівень особистісної тривожності за Ч.Д.Спілбергером визначали відразу після госпіталізації у відділення щелепно-лицевої хірургії, а ситуаційної – до операції та через 48 годин після операції.

Особистісна тривожність мала високий рівень у 10 хворих (25,0 %), середній – у 23 (57,5 %), низький – у 7 (17,5%). До оперативного втручання в усіх хворих визначався високий рівень ситуаційної тривожності $53,6 \pm 0,3$. На другу добу спостереження показник ситуаційної тривожності залишався дещо підвищеним ($46,1 \pm 0,2$).

Встановлено, що пацієнти з високим рівнем особистісної тривожності мали більший відсоток ускладнень (у 6 з 10, або 60,0%), ніж з низьким (у 1 з 7, або 14,3%). Наші спостереження доводять, що хворим з травматичним остеомиєлітом нижньої щелепи слід проводити корекцію стану особистісної тривожності для профілактики запальних ускладнень загоєння кісткової рани.

СИНДРОМ ЗАПАЛЕННЯ З АУТОІМУННИМ КОМПОНЕНТОМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Воробйов Є.О., Шапошник О.А., Кулішов С.К.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) залишається основною формою ішемічної хвороби серця, захворюваності, інвалідизації і смертності в економічно розвинутих країнах світу (Brilla С.С. et al., 2007), що потребує якісних методів ранньої діагностики та визначення прогнозу у цієї групи хворих (Пархоменко О.М., 2007). Мета дослідження: визначити роль прозапальних та протизапальних факторів у хворих на ГІМ, встановити критерії діагностики особливостей перебігу захворювання як передумови до корекції лікування.

Об'єкт та методи: Об'єктом дослідження були 47 хворих на ГІМ в поєднанні з гіпертонічною хворобою ГХ III стадії, $70,32 \pm 6,71$ років. Ускладнений перебіг ГІМ мали 35 (74,5%) із 47 осіб. У 9 (19,1%) хворих із 47 розвинувся рецидив ГІМ. Гостру серцеву недостатність (ГСН) I класу за класифікацією Т. Killip — J. Kimbal (1969) діагностували у 25(53,2%) хворих із 47, II клас - у 8 (17%) , III клас - 8 (17%), IV- 6 (4,9%). 10 здорових осіб склали контрольну групу. Діагноз ГІМ верифікували згідно з європейськими, українськими стандартами діагностики та лікування, Імуноферментним методом досліджували рівень інтерлейкіна-10 (ІЛ-10), С-реактивного білка (СРБ), рівень

аутоантитіл до білка теплового шоку 60 (Ashg 60). Отримані результати оцінювали параметричними та непараметричними статистичними методами.

Результати та обговорення: За даними розвідувального статистичного аналізу результатів дослідження визначили критерії діагностики синдрому запалення з аутоімунним компонентом. Цей алгоритм базується на наявності клінічних, електрокардіографічних, ехокардіоскопічних; біохімічних (підвищена концентрація серцевих біомаркерів - тропонінів I, T, міоглобіну, МВ КФК) проявів ГІМ в поєднанні з відхиленнями СРБ, ІЛ-10, аутоантитіл до шаперону 60, а саме за рівнем Ashg 60/ ІЛ10 більше ніж 4,99 умовних одиниць; Ashg 60/СРБ більше ніж 4,2 умовних одиниць; СРБ / ІЛ10 менше ніж 0,2 умовних одиниць. У 91,43% із 35 хворих на ГІМ з ускладненим перебігом спостерігали синдром запалення з аутоімунним компонентом (прогностичність позитивного результату - 96,97 %, негативного результату - 78,57 %, чутливість - 91,4 %, специфічність - 91,7 %, сила тесту - 0,91, ціна методу - 8,3 %).

Висновок: Синдром запалення з аутоімунним компонентом є фактором ризику несприятливого перебігу ГІМ, передумовою до корекції лікування.

ТЕХНОЛОГІЯ БЕЗМЕТАЛЕВОЇ КЕРАМІКИ ЯК ЕТАП РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Гасюк П.А., Король Д.М., Малюченко М.М., Калашніков Д.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В стоматології останнім часом почав досить бурхливо розвиватися напрямок безметалевих технологій. Близько 20 років тому в нашій країні з'явилася металокераміка, вона довгі роки входила в практику сучасного стоматолога та зубного техніка. На сьогоднішній день металокераміку не робить тільки ледачий. Але вимоги до естетики не стоять на місці. Пацієнти вже вимагають не «щоб коронки були схожі на зуби», а «щоб коронки не можна було відрізнити від природних зубів».

Сучасні безметалеві технології дозволяють створити таку високу естетику яку дійсно, неможливо відрізнити протез від природних зубів.

На сьогоднішній день безметалеві технології досягли таких висот, що можна сказати з упевненістю: безметалеві конструкції можуть практично повністю замінити металокераміку.

Безметалева кераміка - найсучасніший вид кераміки в стоматології XXI століття! Технологія сучасної безметалевої кераміки була розроблена в 80-ті роки минулого століття, але тільки зараз завдяки тривалим розробкам і випробуванням ця технологія набула закінченого вигляду.

Завдяки відкриттям в області хімії з'явилися фіксуючі матеріали, які ідеально зв'язують в єдине ціле керамічні реставрації та тверді тканини природнього зуба. Перш за все металеву кераміку характеризує висока естетика і висока міцність. З безметалевої кераміки виготовляють коронки, вкладки, адгезивні і традиційні мостоподібні протези, напівкоронки та штифтові конструкції. Оксид цирконію - природний матеріал, для отримання каркаса його спікають при температурі 1350 градусів протягом 6-7 годин на прикладі приватної зуботехнічної лабораторії «Стомат-сервіс» (м. Полтава). У результаті каркас з оксиду цирконію набуває міцності, що перевищує міцність хром-кобальтового сплаву.

Найчастіше металеву кераміку застосовують для відновлення фронтальних зубів, що обумовлено її високими естетичними властивостями. Безметалева кераміка має ті ж оптичні властивості, що і природні зуби, основні з них - транслюцентність і опалесцентність.

Металокераміка через присутність всередині металевого каркаса не має транслюцентності природнього зуба, так як метал перешкоджає проходженню світла крізь штучний зуб. А безметалева кераміка пропускає світло, як живі зуби, що надає реставраціям особливу природність і жвавість.

Можливість обійтися без металевого каркаса диктує нові вимоги до обробки зубів. Важливо, що під безметалеву кераміку зуби необхідно препарувати менше, ніж під металокераміку, зуби обробляються вище ясеневого краю. Це менш травматично, не порушує кругову зв'язку зуба. Крім того, обробка вище рівня краю ясен значно подовжує термін служби протезів, так як зникає такий чинник, що впливає на необхідність заміни протезів, як оголення краю коронки внаслідок вікових змін в тканинах, що оточують зуб. І найважливіше: найчастіше немає необхідності депульпувати зуби, що продовжує життя натуральних зубів.

Отже, виходячи з тенденцій розвитку сучасної стоматології, безметалеві технології візьмуть верх над металокерамікою. Прогрес в сучасній ортопедичній стоматології швидко летить вперед.

Сучасні стоматологи з посмішкою згадують часи виключно штампованих коронок, настає час, коли так само будуть ставитися і до металокераміки.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ФАКТОРАМИ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА.

Глазунов О.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Кривой Рог.

В условиях горнорудного производства работники железорудных шахт постоянно подвержены воздействию вибрации, шуму, резким изменениям температурного режима, запыленности, повышенным физическим нагрузкам и другим неблагоприятным факторам производственной среды. Общеизвестно, что выше указанные факторы производственной среды оказывают отрицательное воздействие на организм человека, нарушая физиологический баланс биологической системы, а порой и приводя к поломке установленных физиолого-функциональных связей организма. Цель нашего исследования состояла в том, чтобы в эксперименте на животных провести моделирование основных неблагоприятных факторов горнорудного производства, оценить активность ферментов минерального и белкового обмена костной ткани и уточнить их влияние на атрофию альвеолярного отростка челюстей. Эксперимент проведен на 70 самцах крыс линии Вистар стадного разведения в возрасте на начало эксперимента 5 месяцев средней массой 197 ± 23 г. Воздействие вредных факторов горнорудного производства осуществляли в разработанных камерах, позволяющих моделировать: а) запыление, имитирующее уровень и структуру рудничной пыли; б) вибрацию, схожую по частоте и длительности с уровнем вибрации, воздействующей на горнорабочих при добыче железной руды; в) комплексное воздействие вибрации и запыления, соответствующее условиям подземного горнорудного производства. Крысы были разделены на группы: 1 – интактная; 2 – запыление горнорудной пылью; 3 – вибрация; 4 – сочетание запыления и вибрации. Животных выводили из эксперимента под тиопенталовым наркозом (40 мг/кг) путем тотального кровопускания из сердца. Выделяли челюсти, нижнюю – для подсчета степени атрофии альвеолярного отростка, верхнюю – для определения общей протеолитической активности, активности эластазы, щелочной и кислой фосфатазы. Полученные результаты показали негативное влияние горнорудной пыли и вибрации, особенно в сочетании, на основные звенья метаболизма в костной ткани челюстей, которое в конечном итоге выражается в усиленной резорбции костной ткани. Результаты проведенного экспериментального исследования позволяют сделать следующие выводы: Под влиянием регулярного и длительного воздействия горнорудной пыли у крыс на фоне неизменившейся атрофии альвеолярного отростка в костной ткани челюстей установлены нарушения минерального обмена (снижение активности щелочной и рост активности кислой фосфатазы) и подъем активности деструктивной эластазы. Это свидетельствует о серьезных нарушениях метаболизма, индуцированных горнорудной пылью, в костной ткани челюстей крыс. Установленные изменения минерального и белкового обмена в костной ткани животных усугубляются при вибрационных воздействиях, которые являются следствием достоверного увеличения атрофии альвеолярного отростка. Наиболее выраженные нарушения метаболизма костной ткани челюстей и высокая степень атрофии альвеолярного отростка установлены у крыс, которых подвергали сочетанному воздействию горнорудной пыли и вибрации.

ХАРАКТЕРИСТИКА РУХІВ ЯЗИКА У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АНОМАЛІЙНИМ ПРИКРІПЛЕННЯМ ТА ВКОРОЧЕННЯМ ЙОГО ВУЗДЕЧКИ

Головко Н.В., Ганнам Іяд Назиб

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Характеризуючи функції щелепно-лицевої ділянки, зазвичай вдаються до описання функцій змикання губ, жування, ковтання, дихання та мови. Але в їх відправленні важливе значення мають рухи язика. Вузечка язика, розташована на його нижній поверхні у більшості людей не повинна обмежувати його рухів. За даними власних досліджень поширеність аномалійного прикріплення та вкорочення вуздечки язика складає 42,48%. Тому метою даного дослідження стало визначення характеру рухів язика у ортодонтичних пацієнтів із найбільш поширеними видами аномалійного прикріплення та вкорочення його вуздечки.

Об'єкт та методи дослідження: проведено клінічне обстеження 259 ортодонтичних пацієнтів з I, II та III видами аномалійного прикріплення та вкорочення вуздечки язика. Обстежені були розділені на три вікові групи: I - 6-9 років (91 пацієнт), II – 10-12 років (76 пацієнтів), III – старші 12 років (92 пацієнта). Визначення виду аномалійного прикріплення та вкорочення вуздечки язика (АПВВЯ) діагностували за Ф.Я.Хорошилкіною (2006); обсяг рухів язика визначали під час огляду та на клінічних фотографіях у наступних напрямках: до кінчика носа, до підборіддя, до правого та лівого кутів рота, при облизування губ по колу.

Результати дослідження та їх обговорення: Дослідження показало, що найбільш утрудненими були рухи у напрямку до кінчика носа, які здійснювали у повному обсязі лише 17 пацієнтів (6,56%). Порушення рухів у цьому

напрямку дозволяє припущення про утруднення рухів язика вгору до піднебіння і відповідно його низьке розташування, що потребує подальших підтверджень - дослідження положення язика.

Рухи язика в напрямку підборіддя здійснювали у повному обсязі майже 2/3 обстежених. Утруднення рухів язика до правого або лівого кута рота визначене у 37,36% та 38,46% відповідно.

Найменша кількість порушень діагностована при облизуванні губ по колу – у 59 пацієнтів (22,77%).

З віком та зі збільшенням ступеня вкорочення вуздечки язика збільшується кількість пацієнтів із утрудненням його язика в усіх напрямках. Ці факти необхідно враховувати при виборі методу лікування аномалійного прикріплення та вкорочення вуздечки язика: консервативного – міогімнастичні вправи для розтягнення вуздечки (I та II види), хірургічного – френулопластика (III вид) або комбінованого (френулопластика та міогімнастика).

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА “СЕДАФИТ МАП” ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.

Гордиук Н.М., Семенов К.А., Фесенко В.И., Степанова С.В., Анисимова Л.А.

Днепропетровская медицинская академия, г. Днепропетровск

Одним из факторов, действующих на организм человека, является психологический стресс. Известно, что стресс изменяет интенсивность обменных процессов организма. Активность или пассивность поведения при стрессе предопределяются сочетанием внутренних и внешних факторов. К первым относятся врожденная предрасположенность человека к активному или пассивному поведению в критических ситуациях, а также имеющийся опыт столкновения с такими ситуациями. Возникновение психоэмоциональной реакции определяется взаимодействием психотравмирующей ситуации с исходными характеристиками личности. Психологическое переживание и физиологические изменения возникают одновременно.

Механизм восприятия внешних воздействий у всех един, но при этом ответная реакция на раздражитель у каждого человека возникает разная и зависит от индивидуальных психологических особенностей личности. Все процессы восприятия, переработки и формирования ответной реакции на внешние воздействия происходят под регулирующим действием центральной и вегетативной нервных систем.

Большое внимание в последнее десятилетие специалистами уделяется концентратам – натуральным биологически активным веществам, которые предназначены для непосредственного употребления и содержащие в своем составе адаптогены, поливитаминные комплексы растений. Одним из таких концентратов является “СЕДАФИТ МАП” (ООО “Медагропром”, 52005, Украина, Днепропетровская обл., Днепропетровский р-н, пгт Юбилейный, ул. Совхозная, 56. Тел. 8-056-3742665, Утверждено МОЗ Украины, результат государственной санитарно-эпидемиологической экспертизы № 05.03.02-04/15572 от 29.03.07г.), состоящий из экстрактов лекарственных растений. Экстракты лекарственных растений содержат биологически активные вещества, а именно: эфирные масла, флавоноиды, сапонины, гликозиды, горечи, терпеноиды, дубильные вещества, витамины, микро- и макроэлементы, органические кислоты, витаминный комплекс. “СЕДАФИТ МАП” оказывает успокаивающее, противосудорожное, спазмолитическое, капилляроукрепляющее, обезбаливающее, витаминное действие, улучшает функции центральной нервной системы.

Исследование по изучению действия «СЕДАФИТ МАП» проводили на 30 добровольцах в возрасте 22-25 лет. Были сформированы две группы в первую группу вошли 18 лиц, принимавшие «СЕДАФИТ МАП» по 5 капель 2 раза в день во время еды в течение 3 недель, добавляя в ½ стакана воды, сока, компота, коктейля, теплого чая (не больше 60 °С). Вторую группу составляли 12 человек, которая являлась группой контроля. Всем испытуемым проводили психологический тест «Концентрация внимания» утром в 9.00 и днем в 14.00.

При сравнении показателей психологического теста «Концентрация внимания» утром и днем была выявлена достоверность различий между показателями. Показатель психологического теста «концентрация внимания» после приёма «СЕДАФИТ МАП» в течение трех недель, увеличился. Достоверность различий, до приёма и после приёма «СЕДАФИТ МАП», при определении концентрации внимания была обнаружена.

Таким образом «СЕДАФИТ МАП» можно рекомендовать при физических и умственных нагрузках, снижении концентрации внимания, депрессии, неврозах, неврастении, истерии, нарушениях сна, перед амбулаторным стоматологическим приёмом.

ФІЗІОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ ПЕПТИДНОГО КОМПЛЕКСУ КІРКОВОЇ РЕЧОВИНИ НИРОК НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Гординська І.Л., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Науково-дослідний інститут генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики, м. Полтава

Згідно сучасним поглядам природні регулятори пептидної природи беруть участь у регуляції багаточисельних функцій організму. Дослідження пептидного комплексу (ПКН), отриманого за оригінальним методом із кіркової речовини нирок, показало наявність тканинспецифічності, здатності впливати на функціональний стан нирок за фізіологічних умов. У той же час недослідженим залишається питання впливу ПКН на стан інших вісцеральних органів, зокрема печінки. Тому метою нашої роботи стало дослідження фізіологічного впливу ПКН на функціональний стан печінки.

Дослідження проводились на щурах-самцях лінії Вістар, яким внутрішньом'язово вводили ПКН в дозах 0,12 мг/кг, 5,94 мг/кг та 12 мг/кг протягом 2 тижнів, 1 місяця, 3 та 6 місяців. Визначали показники загального білоку, рівня фібриногену, протромбіновий час, АСТ, АЛТ, загального білірубину, глюкози, глікогену, ПВК, загальних ліпідів та холестерину. Розраховували коефіцієнт маси печінки.

Отримані результати роботи свідчать, що ПКН притаманна фізіологічна активність стосовно функціонального стану печінки, яка є проявом його неспецифічної дії на рівні цілісного організму. За фізіологічних умов ПКН незначним чином впливає на показники білкового та ліпідного обмінів. ПКН сприяє можливому переспрямуванню інтенсивності обміну речовин з білкового на вуглеводний, інтенсифікації глюкозоаланінового шунта з переважним утворенням глюкози та збільшенню надходження попередників глюкози до реакцій глюконеогенезу. ПКН стимулює депонування глікогену в печінці незалежно від терміну введення та збільшення споживання ПВК. Зроблено висновок, що підтримка сталого рівня глюкози під дією ПКН відбувається переважно не за рахунок мобілізації глікогену, а за рахунок глюконеогенезу з попередників, зокрема пірувату.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ КАРИПАЗИМ И СОЛКОСЕРИЛ

Горобец С.М., Романенко И.Г., Николаева К.Ф.

ГУ «КГМУ им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Особую проблему представляет лечение заболеваний СОПР, сопровождающихся развитием эрозивно-язвенных элементов поражения и характеризующихся хроническим или рецидивирующим течением. К таким заболеваниям относятся некоторые формы красного плоского лишая и хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС). Развитие данных заболеваний сопровождается воспалительной реакцией слизистой оболочки, значительной болезненностью и торпидностью течения, полиморфизмом клинических проявлений и малой эффективностью лечения. Целью нашего исследования было изучение препаратов Карипазим и Солкосерил дентальной адгезивной пасты в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Общее лечение у пациентов основной группы и группы сравнения включало стандартные средства (антигистаминные, витаминные препараты). Местное лечение группы сравнения включало назначение стандартных средств: обезболивающего (анестезиновая эмульсия), антисептического (0,05 % раствора хлоргексидина) и эпителизирующего (масляный раствор витамина А). Пациентам основной группы проводились аппликации на элементы поражения протеолитическим ферментом Карипазим на 15-20 мин. (4-10 процедур), с последующим нанесением солкосерил дентальной адгезивной пасты. Карипазим - протеолитический ферментный препарат прямого действия растительного происхождения, полученный из латекса дынного дерева (папайи), в медицинской практике используется раствор его лиофилизированного порошка белого цвета. Препарат содержит сульфгидрильные протеолитические ферменты: папаин, химопапаины А и Б, пептидазы папайи А и Б, лизоцим папайи, а также некоторое количество аминокислот, углеводов, соли Na, K, Mg, Ca. Кроме протеолитической активности, ферменты, входящие в состав препарата, оказывают также выраженное противоотечное и противовоспалительное действие. Улучшают кровообращение, стимулируют фагоцитоз, подавляют активность гиалуронидазы и усиливают регенерацию тканей. Солкосерил стимулирует регенерацию тканей, усиливает внутриклеточный энергообмен, способствует ревазуляризации ишемизированных тканей, ускоряет реэпителизацию и заживление афт.

Сравнительный анализ применения в комплексном лечении ХРАС препаратов Карипазим и Солкосерил дентальной адгезивной пасты свидетельствовал об их эффективности, что проявлялось в сокращении сроков эпителизации, к снижению числа рецидивов и увеличению продолжительности ремиссии.

КЛІНІКО-СИНДРОМАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ПАЦІЄНТІВ

Гринь К. В.

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф.Мальцева, м. Полтава

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальнономедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних та депресивних розладів. Вивчення клініки депресивних станів залишається й до сьогодні одним із головних напрямків психіатричних досліджень. Це пов'язано не лише із введенням у клінічну практику щораз новіших антидепресантів, але й зі значною поширеністю депресії в загальній популяції. Депресії є одним з найбільш поширених захворювань у всьому світі. Ризик захворювання на протязі життя складає близько 20%. Актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини. Депресія супроводжується вираженими медико-соціальними наслідками, серед яких інвалідність, суїциди та економічні збитки.

Проведено комплексне обстеження 57 хворих (19 осіб чоловічої статі та 38 осіб жіночої статі) з депресивними розладами, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні ім. О.Ф.Мальцева. Критерієм включення пацієнтів в дослідження була наявність рекурентного депресивного розладу (F33 за МКХ-10) та усвідомлена згода пацієнтів на участь у дослідженні. У відповідності до мети дослідження пацієнти були розподілені на дві досліджувані групи. До першої групи увійшли пацієнти чоловічої статі. Другу групу склали особи жіночої статі. Особи були під клінічним наглядом лікаря, також був використаний клініко-психопатологічний метод – шкала Гамільтона для оцінки глибини депресії (HDRS). Виявлено, що у хворих першої групи з більшою частотою (у 3,4 рази) зафіксовано тяжкий депресивний епізод, ніж у осіб другої групи. Суттєвим є різниця у клініко-синдромальній структурі рекурентної депресії: у осіб чоловічої статі у 68,4% випадків виявлено депресивно-параноїдний синдром, у 15,7% - тривожний, у 10,5% - апато-динамічний, у 5,4% - сенесто-іпохондричний; у осіб жіночої статі у 44,7% випадків виявлено тривожний синдром, у 39,5% - сенесто-іпохондричний, у 7,9% - апато-динамічний, 5,3% - тужливий, 2,6% - депресивно-параноїдний синдроми.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що клінічна структура рекурентної депресії різна, залежно від статевієї приналежності пацієнтів. З цього виходить, що підходи до медикаментозної терапії повинні різнитися у чоловіків та жінок, відповідати глибини депресивного розладу, його синдромальній структурі.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У РАБОЧИХ ЖЕЛЕЗОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Груздева А.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Кривой Рог

На предприятиях горнорудной промышленности Днепропетровской области в неблагоприятных и вредных условиях труда занято около 65,9% всех трудящихся.

Гигиеническая оценка условий труда в железорудной промышленности показала, что основными неблагоприятными производственными факторами являются высокая температура, шум, вибрация, пыле- и газообразование, физические перегрузки, что определяет особенности течения профессиональных заболеваний.

При обследовании рабочих лейкоплакия составила 7,99% среди всех заболеваний СОПР. Это заболевание расценивают как реакцию СОПР на хроническое экзогенное раздражение.

Капилляроскопия – эффективный метод оценивания состояния сосудов микроциркуляции. Мы провели это исследование у 116 рабочих в возрасте 21-60 лет с выявленной лейкоплакией слизистой оболочки полости рта. Использовали капилляроскоп М-70-А. У 45,45% рабочих с лейкоплакией со стажем работы до 10 лет наблюдалось спастическое состояние сосудов. Отмечались сужение, извилистость капилляров, снижение их видимости, замедление кровотока, его “зернистость”, помутнение фона. У 36,36% рабочих со стажем до 10 лет было зарегистрировано атоническое состояние сосудов. Часть капилляров была паралитически расширена, с микроаневризматическими выпячиваниями, часть – загустевшая.

Экстравазикалярные изменения свидетельствовали о застойных явлениях в тканях: фон был мутным, отмечалось замедление кровотока. У 54,16% рабочих со стажем 11-15 лет и у 83,93% – 16-20 лет определялось спастико-атоническое состояние с явлениями периваскулярного отека. При этом, капилляры были деформированы, извилистыми, увеличивалось количество функционирующих капилляров, соотношение диаметра артериол и венул составляло в среднем 1:5. Кровоток был зернистым, прерывистым, фон – мутным и красным с цианотичным оттенком.

Предпринятая нами капилляроскопия позволила выявить расстройства микроциркуляции в слизистой оболочке рта у обследованных шахтеров, нарушение дренажной функции лимфообращения, которые усугубляются по мере увеличения стажа трудовой деятельности.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЯМИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР

Давыдов Н.Н., Ткаченко В.Э., Бойко Г.Г.

Кафедра стоматологии ФПО ДГМА, хирургическое стоматологическое отделение КУ" Городской клинической больницы № 2" г. Кривой Рог

Одной из актуальных проблем хирургической стоматологии является диагностика и лечение невралгий тройничного нерва.

Больные, госпитализированные в челюстно-лицевое отделение по поводу невралгий П-Ш ветвей тройничного нерва, как правило, находятся в тяжелом состоянии, что обусловлено чередой острейших болевых приступов. Причиной такого состояния является неэффективное амбулаторное лечение (неадекватная доза финлепсина) или отсутствие такового.

Назначение эффективной дозы финлепсина приводит к результату через 2-3 суток. Однако в первые дни пребывания больного в стационаре сопровождаются сильными повторяющимися болевыми приступами, что затрудняет постановку точного диагноза, осложняет проведение диагностических процедур (рентгенообследование, компьютерная томограмма (КТ), КТ головного мозга, придаточных пазух носа и др.).

Нами был опробован метод проведения блокад П-Ш ветвей тройничного нерва путем установки катетера для проведения плексуальной анестезии, позволяющей вводить анестетики дробно, круглосуточно, не дожидаясь очередного приступа, т.е. превентивно. Использовался катетер B.BRAUN.

При невралгии Ш-й ветви тройничного нерва катетер устанавливался для проведения анестезии по Берше-Дубову. При невралгии П-й ветви тройничного нерва катетер устанавливали для подскуло-крыловидной анестезии по Вайблату. Введение анестетика (артикаин 2% - 4 мл.) осуществлялось 4 раза в сутки. В большинстве случаев применение этого метода исключало приступы острой боли в первые двое суток поступления больного в стационар.

По истечении 72 часов катетер извлекали во избежание инфекционных осложнений и в связи со снижением эффекта. К этому моменту наступал результат от назначенной дозы финлепсина и других лекарственных препаратов.

Удобством данного метода является однократная манипуляция врача и отсутствие необходимости повторения болезненных инъекций.

Уход за катетером не представляет сложности, включает в себя антисептическую обработку кожи вокруг катетера и замену (по необходимости) фиксирующих пластырных повязок.

Осложнений при данной методике нами не наблюдалось.

МЕТОД ОСТАНОВКИ НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА РАННИХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Давыдов Н.Н., Ткаченко В.Э., Бойко Г.Г.

Кафедра стоматологии ФПО ДГМА, хирургическое стоматологическое отделение КУ" Городской клинической больницы № 2" г. Кривой Рог

Повреждение костей средней зоны лица (верхней челюсти, костей носа, скуловой кости, повреждениях решетчатого лабиринта), как изолированных так и сочетанных с переломом основания черепа часто сопровождаются обильными носовыми кровотечениями.

В условиях челюстно-лицевого стационара для остановки носового кровотечения используется передне-задняя тампонада носа марлевыми тампонами. Однако кровотечение бывает настолько обильным, что может явиться причиной опасных для жизни осложнений еще на этапе транспортировки (аспирация, гиповолемический шок).

Нами, в клинике хирургической стоматологии был предложен эффективный и легко выполнимый способ задне-передней тампонады с использованием двух эндотрахеальных трубок с манжетами низкого давления № 5.

Методика заключается в следующем: эндотрахеальная трубка вводится в носовую полость, дальше продвигается через хоану в носоглотку. После пальцевого контроля носоглотки концы трубки за небной занавеской манжетка раздувается, трубка слегка подтягивается, после этого производится передняя тампонада марлевым тампоном, параллельно трубке.

Аналогичные манипуляции производятся и с другой стороны. Эндотрахеальные трубки фиксируются лейкопластырем на коже лица. Трубки обрезаются выше уровня от хождения капилляра манжетом низкого давления.

Немаловажным преимуществом данной методике является сохранение носового дыхания (через трубки), что особенно важно для больных с повреждением челюстей и последующей межчелюстной фиксацией.

Удаление трубок при полной остановке кровотечения не представляет трудностей, стоит лишь спустить манжетку.

Опыт использования данной методики остановки носового кровотечения показал ее простоту и эффективность и может быть использован при транспортировке больного, в условиях приемного отделения, палат и позволяет в ряде случаев добиться стойкой остановки кровотечения или значительно уменьшить кровопотерю до момента остановки его путем задне-передней тампонады обычным способом.

ВИКОРИСТАННЯ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ТЯЖКИХ ФОРМ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Дворник В.М., Рубаненко В.В., Баля Г.М., Тумакова О.Б.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Кількість хворих із патологічним стиранням зубів займає значний сегмент серед осіб, які звертаються за спеціалізованою ортопедичною допомогою. Лікування таких хворих у багатьох клінічних випадках ускладнене, що обумовлено поєднаним комплексом змін естетичного, функціонального і морфологічного характеру в зубних і навкол зубних тканинах, жувальних м'язах, скронево-нижньощелепному суглобі, тощо.

Вищевказані фактори визначають необхідність індивідуального підходу до складання плану ортопедичного лікування хворих на патологічне стирання твердих тканин зубів.

Виходячи з цього, метою нашої роботи стало підвищення ефективності ортопедичного лікування хворих з патологічним стиранням твердих тканин зубів шляхом одноетапного протезування з використанням знімних покривних протезів.

Вирішальною перевагою запропонованого методу є значне скорочення термінів ортопедичного лікування, яке досягається за рахунок уникнення, за можливості, підготовчого періоду. Адже відомі методики двохетапної реабілітації хворих із патологічним стиранням зубів вимагають тривалого часу та значних зусиль лікаря і пацієнта для перебудови жувального апарату і досягнення повноцінного клінічного ефекту.

Функціональна та естетична повноцінність запропонованої нами технології полягає в створенні площинної фіксації покривних протезів, побудованих із межами типу повних. У ролі додаткових елементів фіксації при цьому оптимальним вважається використання інтрадентальних атачменів, телескопічних коронок, опорно-утримуючих кламерів тощо.

Для вивчення ступеня функціональних порушень і подальшої динаміки їхніх змін у осіб із різними формами патологічного стирання зубів нами проведено серію електроміографічних досліджень власне жувальних м'язів з урахуванням їх якісної та кількісної характеристики.

Отримані в процесі роботи дані дозволяють стверджувати про досить високу ефективність запропонованої конструкції в реабілітації хворих із генералізованими формами патологічного стирання твердих тканин зубів. Використання покривного протеза в таких клінічних ситуаціях забезпечує високий ступінь відновлення естетичних та функціональних норм, значно скорочує терміни ортопедичного лікування.

НОВИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ГЕЛЬ «АЛЬГОЗАН» ЯК ОДИН ІЗ ОРИГІНАЛЬНИХ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ВЕНОЗНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*Дев'яткін О.Є., Сахарова Т.С.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Національний фармацевтичний університет, м. Харків*.

У терапії венозної патології нестероїдні протизапальні засоби займають важливе місце. Серед них диклофенак вважається найбільш ефективним і відносно нешкідливим препаратом. Це обумовило створення науковцями ТОВ “Лабораторія “Ірис” нового лікарського засобу – комбінованого гелю «Альгозан», до складу якого входять диклофенак і екстракт насіння каштана кінського, який виявляє протизапальну, анальгетичну і венотонічну дію. Мета роботи – дослідження властивостей гелю «Альгозан» за умов експериментального тромбофлебіту, який моделювали шляхом накладання лігатури на красву вену вуха кролям, що викликає стаз крові, та введення у порожнину вени розчину Люголя, який спричиняє ушкодження інтими судини та ініціює запуск коагуляційних механізмів гемостаза. Препаратом порівняння обраний гель “Диклосан” («Лубнифарм», Україна) – комбінований препарат, який містить у своєму складі 1% диклофенаку та 1% нікотинової кислоти. Місцеве лікування гелями «Альгозан» і «Диклосан» проводили щодня 1 раз на добу. Облік результатів лікувальної дії препаратів проводили протягом 9 днів. Як свідчать результати морфологічного дослідження, гель “Альгозан”, як і гель “Диклосан”, значно послаблювали прояви експериментального тромбофлебіту у кролів. Більш виражений лікувальний ефект гелю “Альгозан” досягався завдяки потужнішій, ніж у препараті порівняння, протизапальній дії, яка повністю запобігала роз-

витку некротичних проявів в епідермісі та власне у шкірі вуха. Венопротекторна активність гелю “Альгозан” була дещо менш виражена, ніж протизапальна та порівнювалась з такою гелю «Диклосан». Більша виразність протизапальної дії гелю “Альгозан”, яка визначалась за впливом на лейкоцитарну реакцію та морфоструктурний стан ушкоджених тканин, обумовлюється властивостями біологічно активних речовин екстракту з насіння гіркокаштану, що входить до складу активної субстанції гелю.

ІННОВАЦІЙНІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПІДГОТОВЦІ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРІ АНАТОМІЇ ЛЮДИНИ

Дейнега Т.Ф., Рогоуля В.О., Тихонова О.О.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Основним завданням кожного вищого навчального закладу, медичного в першу чергу, є досягнення максимального розвитку здібностей та можливостей усіх студентів. У нинішньому етапі модернізації вищої освіти України найважливішим завданням є забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог. Ще з часів формування вищої медичної освіти загальновідомо, що знання не даються, а беруться своїм розумом, через власну інтелектуальну працю.

Нова система співпраці викладача зі студентами вимагає нового покоління підручників, навчально-методичних посібників. На кафедрі проводиться робота по забезпеченню студентів методичними розробками.

Інноваційно-освітні технології широко використовуються в роботі студентського наукового гуртка кафедри анатомії людини. На засіданнях більша кількість доповідей презентована у мультимедійному форматі. Слід відмітити, що перехід до такого виду презентації наукової інформації значно поглиблює світогляд студентів, бо при підготовці доповіді вони використовують велику кількість як друкованої літератури, так і джерела, які у великій кількості представлені в мережі Інтернет.

На кафедрі анатомії розроблені методологічні принципи формування в студента клінічного мислення. Для прикладу можна навести формування клінічного мислення на лекції для стоматологічного факультету: „Розвиток обличчя. Аномалії зубів. Молочний та постійний прикуси. Поняття про артикуляцію, оклюзію”. На лекції поряд із механізмами закладання органів обличчя ротової порожнини, анатомічними аспектами теми дається визначення аномалій та вад розвитку, пояснюється їхня дія на функцію порожнини рота. Демонструються слайди, визначаються методики оперативних втручань. Акцентується внесок учених ВДНЗУ „УМСА” в розробку методик оперативної пластики.

Свій внесок у формуванні клінічного мислення студентів роблять лікарі різних фахів із лікарень м. Полтави, яких ми постійно запрошуємо на засідання СНТ кафедри.

Підвищення якості підготовки студентів до успішної професійної діяльності в умовах європейської конкуренції неможливе без створення сучасної матеріально – технічної, науково-дослідної бази, що забезпечували б процес навчання на рівні передових інноваційно-освітніх технологій.

НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМІСФЕРАЛЬНИХ ІШЕМІЧНИХ АТЕРОТРОМБОТИЧНИХ ІНСУЛЬТІВ В ОСІБ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Дельва М.Ю., Литвиненко Н.В., Пилипенко Н.С., Дельва І.І.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Вступ. Ожиріння, особливо його абдомінальний тип, викликає збільшення частоти цереброваскулярних подій та може істотно обтяжувати перебіг інсультів. Мета дослідження – нейровізуалізаційне вивчення вогнищевих уражень головного мозку в гострому періоді ішемічних атеротромботичних інсультів у хворих з абдомінальним ожирінням при відсутності цукрового діабету. Об'єкт та методи дослідження. Досліджували пацієнтів з гемісферальними ішемічними атеротромботичними інсультами у віці 57-68 років: 20 пацієнтів з абдомінальним ожирінням I-II ст. (індекс маси тіла > 30 кг/м² та показник “обвід талії/обвід стегон” більше 0,9 для чоловіків і 0,85 для жінок) та 20 пацієнтів з нормальною масою (індекс маси тіла - 18,5-25 кг/м²). Усі пацієнти не мали цукрового діабету, а також свідчень з медичної документації про раніше перенесені інсульти. Атеротромботичний підтип інсульту визначали за критеріями TOAST. Нейровізуалізаційні характеристики досліджували за даними магнітно-резонансної томографії головного мозку (напруженість магнітного поля 0,2 Тесла): визначали об'єм гемісферальних інфарктів (за формулою еліпсоїда) та кількість лакунарних кіст (як наслідків перенесених лакунарних інсультів). Результати досліджень. У пацієнтів з абдомінальним ожирінням спостерігається достовірне збільшення об'єму атеротромботичних інфарктів півкуль головного мозку в порівнянні з особами, що мають нормальну масу тіла (відповідно - 24,6±2,8 см³ та 17,3±3,2 см³, p<0,05). У пацієнтів з абдомінальним ожирінням в 17 випадках (85%) фіксувалися лакунарні кісти, тоді як у пацієнтів без ожиріння – тільки у 11 випадках (55%). У випадках наявності церебральних лакун при абдомінальному ожирінні знайдено значне збільшення їх середньої кількості - 7,3, тоді як у пацієнтів з

нормальною масою тіла відповідний показник становив – 5,1. Усі вищевказані зміни головного мозку є, ймовірно, відображенням більш агресивного та, як правило, поєданого перебігу церебрального атеросклерозу та артеріальної гіпертензії при абдомінальному ожирінні. Висновки. В осіб з абдомінальним ожирінням нейровізуалізаційні кількісні показники свідчать про більш обтяжений перебіг ішемічної цереброваскулярної патології.

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В СТОМАТОЛОГИИ

Демьяненко С.А.¹, Скиба В.Я.¹, Скидан М.И.², Ступак Е.П.³, Левицкий А.П.¹

¹ГУ “Институт стоматологии НАМН Украины”, г. Одесса

²ГУ “Харьковский национальный медицинский университет”, г. Харьков

³ВГУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава

Имеется достаточно много данных, свидетельствующих о влиянии заболеваний печени на состояние тканей полости рта. При острых гепатитах, холестазах, циррозе печени в слизистой оболочке полости рта возникают патологические изменения, напоминающие различные формы стоматитов. Практически у 100 больных с гепатобилиарной патологией отмечено развитие тяжелых форм пародонтита, множественного кариеса зубов и нарушения функциональной активности слюнных желез.

Как известно, лечебно-профилактическими средствами при патологии печени и желчевыводящих путей являются гепатопротекторы, обладающие способностью восстанавливать целостность гепатоцитов и возвращать утраченные функции печени, число которых исчисляется многими десятками.

В наших исследованиях было изучено действие при стоматологической патологии таких гепатопротекторов как Лецитин-2 (лецитин подсолнечный + цитрат кальция), Лека-Д₃ (лецитин подсолнечный + цитрат кальция + витамин Д₃), Кверцетин, Экстрактин, Биотрит С. Было изучено гепатопротекторное и соматотропное действие пребиотиков (инулин, фруктоолигосахариды, лизоцим).

На основе сочетания кверцетина и инулина был получен препарат Квертулин, обладающий пародонтопротекторным и остеотропным действием, обусловленным, в первую очередь, его сильными гепатопротекторными свойствами.

Препараты гепатопротекторов наибольший профилактический эффект оказывают при их сублингвальном применении.

При моделировании сочетанной патологии печени (токсический гепатит) и дисбиоза кишечника (длительное введение антибиотика линкомицина) патологические изменения в тканях полости рта в значительной степени устраняются при использовании гепатопротекторов из группы про- и пребиотиков (инулин, бактулин).

Сравнительная оценка различных групп гепатопротекторов установила высокую лечебно-профилактическую эффективность препаратов хлорогеновой кислоты.

ПІДГОТОВКА КАДРІВ – ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Дем'янюк Д.Г., Ляховський В.І., Люлька О.М., Дмитренко В.П., Ляховська Т.Ю.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Надмірна увага спільноти до питань діяльності медицини має вагоме підґрунтя: громадяни бажають бути здоровими, впевненими у тому, що їм гарантована ефективна медична допомога. Останнім часом у бік медицини не виказувала своїх негативних емоцій лише людина, котру від народження не турбував головний біль або легкий нежить. За кількістю нарікань, пропозицій, намірів, звинувачень, письмових звертань до різних інстанцій вона, мабуть, залишила далеко позаду усі інші суспільні інститути.

З думкою про неефективність нашої медицини погоджуються усі. Причин для цього багато. Одна із них – медицина стала досить затратною завдяки інтенсивному впровадженню нових технологій, дорогих ліків та інше. На поверхні і інші причини: неефективне управління, хибні критерії оцінки роботи лікувальних закладів, підготовка та утримання кадрів. У шерензі першочергових бачимо кадрову проблему. Вона розпочинається з підготовки сучасного фахівця. Вищі державні навчальні заклади України перейшли на кредитно-модульну систему підготовки лікарів. Запровадження її вимагало ретельної підготовки: матеріальної, морально-психологічної, бо передбачається значний об'єм самостійної праці. Кредитно-модульна система навчання нехтує психологічними закономірностями запам'ятовування і виживання знань. Склавши підсумковий модульний контроль після зовсім нетривалого вивчення дисципліни студенти швидко забувають минуле, бо не повертаються більше до відтворення, повторення знань, як до закономірності їх виживання та збагачення. Засвоєнню студентами практичних навичок у процесі навчання дуже заважає роз'єднання навчального процесу з практичною роботою відділень. Переконані, що цю проблему повинна була вирішити організація університетських клінік, у яких практична робота була б органічною складовою навчання та виховання майбутніх фахівців.

Досить вагомою проблемою підготовки лікарів роблять труднощі виховання майбутніх фахівців. Мета виховання одна – гуманізм. Гуманістичні погляди, вчинки, прагнення здоров'я усій спільноті і на цій основі – благополуччя і добробут у суспільстві. Це складова національної ідеї. Нажаль, сьогодні у суспільстві існують фактори, що помітно негативно впливають на процес формування фахівця, його психологічної і моральної сфери. Попереду великий обсяг роботи. Бажано, аби труднощі її виконання повсякденно надихалися усвідомленням нарізної необхідності. В успішності розпочатого зацікавлені усі прошарки населення.

ПЛЕНКИ «ДИПЛЕН-ДЕНТА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Денисова Е.Г., Соколова И.И.

Харьковский национальный медицинский университет. г. Харьков

В последние годы клиновидные дефекты (начальные формы) стали достаточно часто встречаться у лиц молодого возраста. Применение фторидов относится к числу наиболее эффективных методов реминерализующей терапии. Одним из современных носителей фтора является стоматологическая адгезивная пленка «Диплен-Ф», разработанная на кафедре стоматологии общей практики и подготовки зубных техников ФПКС МГМСУ совместно с АОЗТ «Норд-Ост» (Россия). Поэтому целью наших исследований явилось изучение распространенности клиновидных дефектов у лиц молодого возраста и эффективность лечения данной патологии с применением пленок «Диплен-Ф». Было обследовано 96 врачей-интернов стоматологического профиля в возрасте от 21 до 23 лет. При исследовании использовали классификацию клиновидных дефектов по Махмудханову С.М. (1968). Для объективной оценки повышенной чувствительности твердых тканей зубов применяли индекс интенсивности гиперестезии зубов (ИИГЗ) (Федоров Ю.А., Шторина Г.Б., 1988). Адгезивную пленку «Диплен-Ф» приклеивали к поверхности предварительно очищенного зуба, моделируя ее по форме клиновидного дефекта. Из 96 обследованных клиновидные дефекты были выявлены у 8 человек, что составило 8,33%. Пациенты отмечали болезненность от приема холодного, при чистке зубов. Выявленные клиновидные дефекты были единичные, по глубине поражения – начальные и поверхностные, располагались на вестибулярной поверхности премоляров верхней и нижней челюсти. Значение ИИГЗ ($1,2 \pm 0,02$) при этом соответствовало 1 степени гиперестезии твердых тканей зубов. После профессиональной гигиены полости рта приклеивали пленку «Диплен-Ф» к вестибулярной поверхности премоляра. Пациентам рекомендовали воздержаться от приема пищи на 2-3 часа, однако они отмечали, что пленка удерживалась на зубах до 6-8 часов даже при последующих приемах пищи. Это в свою очередь облегчало самочувствие пациентов при еде. Пациенты отмечали, что для устранения гиперестезии зубов требовалось 5-7 дней активного лечения с применением адгезивной пленки. Положительный аспект лечения – это «прозрачность» пленки, отсутствие косметического дефекта, что позволяло пациентам свободно общаться со сверстниками. Таким образом, использование стоматологической адгезивной пленки «Диплен-Ф» для лечения начальных форм клиновидных дефектов зубов является эффективным методом, что способствует полноценной реминерализации зубов и повышению их устойчивости к действию раздражающих факторов.

ГАРМОНИЧНОЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Джерелей А.А., Люперольский М.Ю.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Гармоничное психосоматическое состояние является вариантом нормы, для которой характерны определенные нами стандартизованные показатели. Эту группу составили 34 пациента, что соответствовало 10,9 % из всего количество обследованных (312). Гармоничное психосоматическое состояние характеризуется повышением артериального давления за два часа до операции до $130 \pm 0,57/76,4 \pm 0,69$ мм рт. ст.; снижением протромбина до $77,23 \pm 0,9$ ($P < 0,001$), фибрина - до $10,08 \pm 0,17$ мг ($P < 0,05$); удлинением времени свертывания крови не более чем на 31 секунду. Для пациентов с таким типом психосоматического состояния характерно минимальное снижение общих липидов плазмы крови до $5,22 \pm 0,02$ (3-и сутки после операции) и, соответственно, незначительным повышением первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов. Воспалительные изменения имели адекватную объему и характеру хирургической травмы выраженность, а состояние мягких тканей в зоне хирургической травмы нормализовалось к пятым суткам послеоперационного периода. Уровень послеоперационного отека и болевых ощущений соответствует 0-1 балл. Уровень локальной температуры максимально приближен к норме - $34,32 \pm 0,1$, $34,7 \pm 0,1$, $34,21 \pm 0,1$, $33,8 \pm 0,06$ с первых по седьмые сутки, соответственно. Результатом хирургического лечения явился тонкий нормотрофический рубец с шириной в пределах: $1 - 1,2 \pm 0,2$ мм.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ЛИЦА

Джерелей А.А.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

В настоящее время используемые методики контурной пластики лица с помощью различных полиакриламидных гидрогелей сопровождаются развитием осложнений. Под нашим наблюдением находилось 39 больных после контурной пластики губ, носогубных складок, скуловых и ментальной областей. По нашему мнению можно выделить 2 клинические группы с невоспалительными (23,07%) и воспалительными: негнойными (56,41%) и гнойными (20,51%) осложнениями, которые развиваются в сроки от 2 до 10 лет после проведения контурной пластики. У пациентов с осложнениями целесообразно проводить УЗИ - диагностику в сочетании с активным дренированием полостей и многократным промыванием их физиологическим раствором, что позволяет избежать развития аллергических реакций и сохранить высокий уровень эстетичности результатов хирургического лечения.

При анализе данных установлено, что во всех наблюдениях (39) мы получили положительный результат. У пациентов с воспалительными гнойными проявлениями мы достигли стойкой ремиссии воспалительного процесса. Пациентам с воспалительными негнойными проявлениями в комплексе с хирургическим лечением была проведена рассасывающая терапия, что привело к стойким эстетически хорошим результатам, не требующим дальнейшей коррекции.

САМОРЕГУЛЯЦІЯ СКУПЧЕНОСТІ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ВІД ЗМІННОГО ДО ПОСТІЙНОГО ПРИКУСУ

Дмитренко МІ

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Скупченість фронтальних зубів (СФЗ) є найбільш поширеною зубощелепною аномалією (ЗЩА) у всіх вікових групах. Думка, що СФЗ піддається саморегуляції, досить суперечлива. Одні автори відмічають можливість зменшення частоти СФЗ від раннього до пізнього періоду змінного прикусу (Євтушенко Л.Г., 2010), інші вважають, що в наш час відсутня будь-яка саморегуляція СФЗ (Дорошенко С.І., 2009).

Метою дослідження стало визначення частоти виникнення СФЗ та можливості її саморегуляції від змінного до постійного прикусу.

За результатами проведених нами профілактичних оглядів впродовж 2004-2010 років одного контингенту дітей сформована група дослідження – 316 школярів, яким під час первинного огляду та протягом наступних шести років не проводилось ортодонтичне лікування. В першу підгрупу увійшли 210 дітей, у яких в 2004 році не виявлені ЗЩА із СФЗ. Другу підгрупу склали 106 школярів, у яких в 2004 році були виявлені ЗЩА із СФЗ. Середній вік дітей при первинному обстеженні становив $9,03 \pm 0,09$ років, при повторному огляді – $15,20 \pm 0,09$ років.

У першій підгрупі порівняльний аналіз статистично підтвердив виникнення СФЗ впродовж 2004–2010 років у 117 дітей. Серед них ізольовано на верхній щелепі СФЗ сформувалася у 10% (21 дитина), на нижній щелепі – у 16,19 % (34 обстежених). Одночасно на верхній та нижній щелепах ця патологія виникла у 29,52% (62 дітей).

Серед обстежених другої підгрупи при первинному огляді СФЗ відмічена на верхній щелепі у 14 осіб. Впродовж наступних шести років не відбулося повної саморегуляції СФЗ ізольовано верхньої щелепі, показник зменшення ступеня тяжкості СФЗ на верхній щелепі (часткової саморегуляції) відмічений у 2 школярів (14,29%). Одночасно на верхній та нижній щелепах СФЗ у 2004 році спостерігалась у 40 осіб і лише в 2 дітей (5%) в 2010 році виявлено її повну саморегуляцію, часткова саморегуляція СФЗ верхньої та нижньої щелеп відмічена у 25 школярів (62,5%). Ізольовано на нижній щелепі в 2004 році СФЗ спостерігалась у 52 осіб, в 2010 році саморегуляція СФЗ на нижній щелепі виявилася найбільшою: повна – у 4 дітей (7,69%), часткова – у 17 осіб (32,69%).

Отже, серед проаналізованої групи дітей при первинному огляді СФЗ відмічена у 33,54% (106 дітей). Через шість років показник наявності СФЗ збільшився до 68,67% (217 дітей), тобто в 2 рази ($p < 0,05$). Впродовж шести років відбулася повна саморегуляція СФЗ лише у 6 дітей, тоді як первинна СФЗ сформувалася у 117 школярів. Таким чином, різке зростання від змінного до постійного прикусу частоти ЗЩА із СФЗ (в 2 рази) та низька тенденція до її повної саморегуляції (5,66%) вимагає своєчасного надання ортодонтичної допомоги і розробки нових ефективних методів лікування та профілактики даної патології.

ЛІКУВАННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АГТП І КОЛОЇДНОГО СРІБЛА

Добровольська М.К., Гелей В.М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Вступ. Альвеоліт – розповсюджене ускладнення після екстракції зубів і коренів. В амбулаторній хірургічній практиці результати клінічних досліджень показали, що частота запалення комірок становить від 5% до 30% (Маланчук В.О., Платонова Н.Ю., 2009р.; Рузін Г.П., Григорчук Ю.Ф., 2003р.). Причиною виникнення альвеоліту – порушення утворення кров'яного згустка, що пов'язане з використанням сучасних анестетиків з вазоконстрикторами, недотримання пацієнтами рекомендацій лікаря після видалення зубів (надмірне полоскання порожнини рота), сенсibiliзація організму.

Актуальність теми. За останні роки зросли зусилля науковців, які спрямовані на пошук ефективних методів лікування та вибір медикаментозних засобів для лікування альвеолітів.

Нашою метою стало вивчення ефективності медикаментозного комплексу із вмістом антигомотоксичних препаратів (АГТП), колоїдного срібла в лікуванні альвеолітів.

Матеріали та методи дослідження. Захворювання починалося на 2-гу – 3-тю добу після видалення зуба. Більові відчуття у післяопераційній рані поступово наростали і підсилювалися під час їди. Пацієнти скаржилися на погіршення загального стану, нездужання, підвищення температури тіла до 37,8 - 38⁰С. При внутрішньоротовому огляді виявлялась відсутність кров'яного згустку – “суха комірка”, заповнення альвеоли залишками їди, набряком м'яких тканин присінка і щоки з боку видаленого зуба. Слизова оболонка навколо зубної комірочки гіперемована, набрякла, болюча при пальпації. Альвеоліт супроводжувався регіонарним лімфаденітом.

Під нашим спостереженням знаходилось 18 хворих (14 – жіночої статі, 4 – чоловічої), яким було видалено зуби або корені зубів з приводу хронічного періодонтиту в стадії загострення чи ремісії. 11 пацієнтів мали гострий серозний альвеоліт, а 7 – гострий гнійний альвеоліт.

Основну групу спостереження склали 12 хворих, яким після діагнозу запалення комірок призначали медикаментозну терапію з імуномодельючими АГТП. 6 хворих увійшли до контрольної групи, де застосовували традиційні знеболюючі і протизапальні алопатичні засоби.

Нами був запропонований метод лікування альвеоліту:

1). Під аплікаційною анестезією за допомогою юретажної ложки видаляли з комірочки залишки їжі, кров'яного згустку, що розпався;

2). Комірочку промивали із шприца антисептичними розчинами (фурацилін 1:5000, 3% розчин перекису водню);

3). Ватною кулькою, зволоженою колоїдним сріблом, обробляли комірочку видаленого зуба;

4). Індивідуальне призначення АГТП здійснювали за схемою. Траумель С №50 у перший день лікування застосовували за ініціюючою схемою – по 1 таб. під язик до повного розсмоктування кожні 15 хв. на протязі 2 годин, а в подальшому по 1 таб. 4-5 разів на день через 30 хв. після їжі. Траумель С активізує процеси місцевого і загального імунітету, стимулює очищення і загоєння рани, зменшує набряк, знеболює. Ми призначили траумель С на фоні дренажного препарату, лімфоміозоту по 10 крапель за 30 хвилин до їжі на протязі місяця. Після зникнення гострих запальних явищ хворому вводили підшкірно по 2,2 мл. ехінацеї композитум 2 рази на тиждень. При цьому ми розраховували на специфічну дію нозодів, що входять до її складу: стрептококового, стафілококового, піогенного.

Результати та їх обговорення. Методика лікування альвеоліту із застосуванням АГТП справляла протизапальну, знеболюючу, імунокорегуючу дію, що дало можливість вже на 2-й день покращити загальний стан хворого, зменшити прояви місцевого запального процесу, болючість в ділянці комірочки і лімфовузлів.

В основній групі спостереження у 96 % пацієнтів вже на другий день після лікування альвеоліту зникали болючість, гіперемія, набряк м'яких тканин, неприємний запах. На третій день в рані з'являлись грануляції і відновлювалась функція щелепи. Планіметрія рани за Л.Н.Поповою свідчила про активний перебіг фази регенерації рани. На протязі 3-х днів нормалізувався загальний стан організму, температурна реакція.

На відміну від основної групи у 6 пацієнтів контрольної групи спостерігався в'ялий перебіг запального процесу в рані, пізніше зниження місцевої больової реакції, набряку і гіперемії країв рани, появи грануляцій. Відновлення функції щелепи в середньому на 3,4±0,1 дня довше. Планіметрія рани свідчила про в'ялий перебіг процесу регенерації. Нормалізація загального стану організму і його температурної реакції запізнювалось в середньому на 4,8±0,2 дні в порівнянні з основною групою спостереження.

Висновки. Призначення медикаментозного лікування з участю АГТП імуномодельючої, протизапальної, регенеруючої дії із вмістом нозодів ймовірних збудників запального процесу дозволило скоротити терміни непрацездатності хворих з альвеолітом, прискорити відновлення структури і функції тканин зубощелепної ділянки, а тому медикаментозне лікування із застосуванням АГТП може бути рекомендоване в амбулаторну хірургічну практику.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ОЛІЇ ЧАЙНОГО ДЕРЕВА НА МІКРОФЛОРУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ ТА ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИХ УРАЖЕННЯХ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Дорошенко М.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ

Для профілактики та ліквідації травматичних та запально-деструктивних уражень крайового пародонту наряду з удосконаленням ортопедичних методів лікування першочерговим завданням є пошук лікарських засобів багатогранної дії, які б не подразнювали слизову оболонку ротової порожнини, мали протизапальну, знеболюючу дію, стимулювали репараторні процеси у вогнищі ураження та пригнічували ріст патогенної мікрофлори. У зв'язку із вищевикладеним, особливий інтерес для досягнення цих цілей має олія чайного дерева.

При вивченні протимікробної дії олії чайного дерева використали не тільки стандартні тест-культури, а й клінічні штами мікроорганізмів, виділені з ротової порожнини, при травматичних та запально-деструктивних ураженнях слизової оболонки ротової порожнини. Для визначення протимікробної дії олії чайного дерева ми використали метод дифузії в агар (метод «колодязів»). Результати проведених досліджень показали, що олія чайного дерева проявляє виражену антимікробну дію по відношенню до стрептококів, золотистого стафілокока та кишкової палички при мінімальній концентрації 1:32, для *Candida albicans* – 1:4. Найбільш стійкими до дії препарату виявилась *Pseudomonas aeruginosa*. Експериментальні дослідження показали, що штами бактерій, виділених від хворих із запальними та деструктивними ураженнями крайового пародонту, більш резистентні до дії олії чайного дерева. Очевидно, це пов'язано з тим, що лікарські препарати в умовах організму знижують свою активність під дією слини, крові, лімфи та інших біологічних рідин.

Таким чином, одержані результати експериментальних досліджень показали, що олія чайного дерева має виражену бактерицидну дію по відношенню до *S.aureus*, *Streptococcus pyogenus* та *E.coli*, в меншій мірі – по відношенню до *Candida albicans* та *Pseudomonas aeruginosa*. Низькі величини мінімальної знешкоджуючої концентрації для представників мікрофлори ротової порожнини послужили основою для застосування олії чайного дерева для профілактики та лікування травматичних та запально-деструктивних уражень крайового пародонту в процесі підготовки зубів до виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА І ПОЛЯ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Дорошенко О.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м.Київ

Нами обстежено та проведено лікування 60 хворих із частковими та повними дефектами зубних рядів віком від 40 до 65 років. Виготовлено 44 часткових та 22 повних знімних пластинкових протезів із акрилової пластмаси «Фторакс».

В залежності від методу лікування та анатомо-топографічних умов в порожнині рота пацієнти були розділені на 3 групи. До I-ої групи увійшли 20 осіб як з добрими, так і з незадовільними анатомо-топографічними умовами порожнини рота, яким під час адаптації до знімних протезів не було застосовано ніякої медикаментозної корекції. II-й групі (20 хворих) з добрими анатомо-топографічними умовами, одразу ж перед початком користування знімними протезами з метою профілактики виникнення запально-деструктивних змін слизової оболонки рекомендували наносити тонким шаром препарат «Пантестин»-Дарниця на базис протеза та призначали внутрішньо препарат «Силікс» у вигляді водної зависі за 20 – 30 хв. до прийому їжі 3-4 рази на добу та вітамінно-мінеральний комплекс «Вітакап» по 1 капсулі один раз на добу протягом 1 місяця від початку користування протезом. III-й групі хворих (20 осіб) з незадовільними анатомо-топографічними умовами, одразу ж перед початком користування протезами рекомендували наносити на його базис для прискорення адаптації гель «Комфорт», створений на основі мірамістину та декспантенолу із вмістом натрій-карбоксиметилцелюлози та інших допоміжних речовин (дозвіл на використання МОЗ України № 05.03.02 – 07/44839 від 27.07.2009р., ТУ У 24.5.26.379635 – 001 – 2009.). Після зняття протеза залишки препарату змивали водою. Всередину хворі даної групи приймали вітамінно-мінеральний препарат «Вітакап» та «Силікс» за раніше описаною схемою.

Для виявлення впливу комплексу лікувально-профілактичних заходів на стан слизової оболонки протезного ложа були застосовані загальноприйнятні клінічні, функціональні, лабораторні та біохімічні методи дослідження.

Результати і висновки. Дані клінічних та лабораторних методів дослідження показали високу ефективність запропонованих методів профілактики запально-деструктивних змін слизової оболонки протезного ложа в період адаптації до знімних протезів і можливість його застосування у даного контингенту хворих.

СТАН СНЩС У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ МАЛОЇ ПРОТЯЖНОСТІ ТА ВТОРИННИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ З УРАХУВАННЯМ ПЕРЕВАЖНОЇ СТОРОНИ ЖУВАННЯ

Дрогомирецька М.С., Мірза Р.О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

В кожній фізіологічній системі існує деяка ступінь адаптивності. Від величини та тривалості будь-яких змін залежить, пристосовується система до нових умов чи сформується патологія. Дослідження Kayser A. (2000) свідчать, що в разі відсутності зубів жувальної групи, незважаючи на вкорочення зубного ряду, функція жування та естетика можуть бути задовільними і пацієнти здебільшого не пред'являють скарг.

На думку багатьох іноземних та вітчизняних авторів магнітно-резонансна томографія є «золотим стандартом» для діагностики патологічних змін скронево-нижньощелепних суглобів. Даний метод діагностики дозволяє візуалізувати суглобовий диск та зв'язки суглоба, а при проведенні дослідження під час функції суглоба вивчати особливості переміщення його елементів.

S.Ross et al (1987) за допомогою рентгеноконтрастної томографії визначали внутрішньо суглобові порушення і на основі отриманих даних запропонували їх класифікацію: 1) переднє зміщення диску із вправленням іноді супроводжується клацанням; 2) переднє зміщення диску без вправлення часто супроводжується проявами заклинювання в суглобі; 3) дегенеративні розлади. В основу показань до проведення рентгеноконтрастної томографії покладені чотири ознаки, які свідчать про наявність внутрішньо суглобових розладів: 1) клацання відбувається постійно при відкриванні і закриванні рота; 2) клацання може зменшуватись (зникати) при відкриванні і закриванні рота, якщо пацієнт робить це при висунутій вперед щелепі; 3) наявність крепітації в суглобі, яка обумовлена дегенеративними змінами суглобових елементів; 4) відсутність на звичайній рентгенограмі змін в суглобових елементах.

В доступній літературі відсутні дані щодо стану СНЩС при дефектах зубного ряду малої протяжності з вторинними деформаціями.

Тому метою даного дослідження стало визначення стану СНЩС при малих дефектах нижнього зубного ряду, що супроводжувалися вторинними деформаціями.

Обстеження включало клінічний огляд, визначення переважної сторони жування за допомогою методики, описаної Сисолятином із співавторами (2001), для цього використовували жувальну гумку у вигляді подушечки. МР-томографію проводили на устаткуванні Toshiba ExcelArt Vantage 1.5 T.

Нами було обстежено 10 пацієнтів віком від 21 до 35 років з втратою перших постійних молярів на нижній щелепі та вторинними деформаціями прикусу; термін втрати зубів коливався від 7 до 11 років

Дослідження показало, що в усіх 10 обстежених були відсутні скарги з боку СНЩС. В порожнині рота та на гіпсових моделях ми спостерігали мезіальний нахил нижніх других молярів, їх мезіальне зміщення, збільшення нахилу в вестибуло-оральному напрямку та умовне поглиблення сагітальної оклюзійної кривої за рахунок вертикального зміщення верхніх зубів в бік дефекту.

У 5 із 10 обстежених були відсутні перші постійні моляри з обох боків. Магнітно-резонансна томографія показала вправимі та/або невправимі вивихи суглобового диску (СД). Серед цих п'яти чоловік у чотирьох переважною стороною жування була права, у одного пацієнта був встановлений змішаний тип жування. У п'яти – був відсутній перший постійний моляр з праві сторони. Серед цих п'яти пацієнтів у трьох зміщення СД вправиме та/або невправиме виявлялось при переважній стороні жування справа, у одного при змішаному типі жування. З п'яти у одного пацієнта із лівостороннім типом жування були відсутні патологічні зміни.

Таким чином, при відсутності перших постійних молярів нижньої щелепи, при відкритому та закритому роті положення диску скронево-нижньощелепних суглобів не відповідає нормі в більшості випадків, якщо дефект зубного ряду локалізується на переважній стороні жування.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА ГРИП ЗАЛЕЖНО ВІД ЕТІОЛОГІЧНОГО ЧИННИКА В УМОВАХ ЕПІДЕМІЧНОГО СЕЗОНУ 2009-2010 РР.

Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Прийменко Н.О., Кривенко Л.Л.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

За даними ВООЗ грип займає перше місце по розповсюдженості та смертності серед вірусних уражень людини. Щороку в світі на грип хворіє до 500 млн. чоловік, 2 мільйони з яких помирає.

Мета дослідження - з'ясувати особливості клінічного перебігу грипу залежно від етіологічного чинника в умовах епідемічного сезону 2009-2010 рр.

Матеріали та методи. Проаналізовано клініко-лабораторні дані 126 хворих на ідентифікований грип, які перебували на лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні (ПОКІЛ). Для підтвердження діагнозу проводили дослідження змивів із носа та ротоглотки за методами флуоресціюючих антитіл, імуноферментного аналі-

зу для виявлення антигенів вірусів грипу А і В, полімеразної ланцюгової реакції шляхом виявлення РНК Influenza virus A/H1N1/California (тест-системи фірми «АмплиСенс» Росія), а також визначали специфічні антитіла в реакції гальмування гемаглютинації з грипозними діагностикумами А(Н1N1), А(Н2N2), А(Н3N2), А(Нsw1N1). Усім хворим в умовах стаціонару проводився комплекс клінічних, вірусологічних і бактеріологічних досліджень, а також лікування згідно протоколів, затверджених МОЗ України.

Результати досліджень. Проведені дослідження показали, що за даними ПОКІЛ в епідсезоні 2009-2010 рр. у госпіталізованих осіб переважав сезонний грип (61,9%). Частка хворих із пандемічним грипом А/Н1N1/California склала 18,3%, реєстрували також грип В (10,3%) та мікст форми грипу (9,5%). У переважній більшості обстежених (89,5%) перебіг грипу був середньо-тяжким, а тяжкі форми реєстрували лише в 9,5% госпіталізованих.

Аналіз клінічних проявів у хворих на грип залежно від серотипу вірусу грипу А показав, що перебіг та клінічні прояви хвороби зберігали типові риси та достовірно не різнилися. Розвиток пневмонії відмічали в 38,0% хворих на грип, що були госпіталізовані в ПОКІЛ. При цьому, частота розвитку пневмонії при пандемічному грипі склала 26,1%, сезонному – 39,7%, грипі В – 38,5%. Однак найтяжчий перебіг пневмонії, з розвитком дихальних розладів, відмічали у хворих із пандемічним грипом (50,0%).

Висновки. В епідсезоні 2009-2010 рр. перебіг грипу зберігав типові риси. Тяжкий перебіг хвороби з розвитком вірусних пневмоній був особливістю пандемічного грипу.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дубровина Е. В., Коломиец С. В., Сенчакович Ю. В., Витко Ю. Н., Дубина В. О.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Актуальность темы. Остро стоит проблема амбулаторной хирургии полости рта, касающаяся вопроса удаления ретенированных и дистопированных зубов. Обеспечение качественной гигиены в послеоперационном периоде имеет ряд сложностей. Использование новейших технологий в мировой стоматологической практике повлияло на изобретение специальных операционных зубных щеток изготовленных по американской технологии Tупех эльгидиум. Закруглённая форма тонких волокон операционной зубной щетки Tупех обеспечивает максимальную безопасность при чистке зубов в послеоперационном периоде у пациентов, улучшает гигиену полости рта и может быть использована как профилактическое средство возникновения возможных осложнений.

Целью нашего исследования явилось предупреждение возможных осложнений после удаления зубов атипичным методом.

Материалы и методы. Контрольную и основную группы составили 24 пациента, по 12 в каждой, в анамнезе которых были проведены удаления третьих моляров атипичным методом. В основной группе дополнительно к комплексу лечебных мероприятий, направленных на профилактику послеоперационных осложнений, применялись специальные операционные зубные щетки Tупех эльгидиум в течение первых 7-10 суток после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждения. В контрольной группе у 2 пациентов наблюдались осложнения (альвеолиты). Послеоперационные боли сохранялись до 5-и суток. Заживление раны происходило в среднем на 10-14 сутки. Снятие швов проводили на 10-14 сутки. Оценку гигиенического состояния полости рта проводили путем определения гигиенического индекса по Федорову-Володкиной. На 3–и, 7–е, 10–е, 14–е сутки проведение исследования показало повышенное содержание зубного налета и микроорганизмов в области послеоперационной раны, рядом стоящих зубов и нитей в линии швов. В основной группе пациентов осложнений не наблюдалось, послеоперационные боли сохранялись до 5-и суток, но заживление раны происходило в среднем на 8-10 сутки, когда слизистая полости рта в области операционного вмешательства становилась бледно-розового цвета. Можно было снимать швы. На 3–и, 7–е, 10–е сутки проведение гигиенических индексов показало низкое содержание зубного налета и микроорганизмов в области послеоперационной раны, рядом стоящих зубов и нитей в линии швов.

Выводы. Таким образом, использование для гигиены полости рта специальных операционных зубных щеток, изготовленных по американской технологии Tупех эльгидиум, у пациентов на фоне комплексного лечения в послеоперационном периоде улучшает гигиену полости рта и является одним из эффективных способов профилактики возможных осложнений.

ТОРПИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Дудченко М. А., Шейко А. П.

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

Хронический пародонтит имеет тенденцию не только постоянного роста, но и приобретает форму торпидного течения. Это обусловлено, в основном, тремя причинами: во первых – экологическими факторами, неполноцен-

ным питанием; во вторых – несоблюдением санитарно-гигиенических условий жизни человеком, и прежде всего гигиены полости рта; в третьих – адаптация инфекции к бессистемному приему лекарств и наличие соматических заболеваний, которые снижают местный и общий иммунитет.

Нами поставлена задача – выработать тактику лечения этой группы больных.

Под нашим наблюдением находилось 35 больных (20 женщин и 15 мужчин, от 26 до 50 лет с длительностью заболевания до трех лет). Все больные перед началом комплексного лечения прошли полное клиническое обследование, всем больным в полном объеме проведена санация полости рта. До обращения к нам больные проходили традиционное лечение пародонтита, которое являлось недостаточно эффективным.

Наблюдаемая нами группа больных принимала комплексное лечение, которое заключалось в соблюдении сбалансированного питания, насыщенного витаминами, применении комплексного препарата «ДЯП» (льняное или кукурузное масло, прополис, календула, эхинацея, токоферол, ретинол, солкосерил, метронидазол), при необходимости применялся иммуностимулятор – гепон, антибактериальный препарат – пилобакт. Для повышения эффективности лечения использовались физиотерапевтические методы: дарсонвализация десен – для устранения венозного застоя и отека; ультразвук – для уменьшения гипертрофии десен; УВЧ – для снятия воспалительных реакций; электрофорез с пчелиным медом – для антибактериального и метаболического действия.

Больным со средней тяжестью заболевания назначался препарат «ДЯП» с четырехразовым приемом 5-7 дней и физиотерапевтические методы: дарсонвализация и электрофорез с пчелиным медом на область десен. При тяжелой степени течения применялся «ДЯП», а также гепон и полибакт в сочетании с ультразвуком на область десен, чередуя через день с УВЧ поперечно на область лица.

После проведенного нами лечения у больных со средней тяжестью заболевания отмечалось выздоровление через 5-7 дней, с тяжелым течением – через 7-10 дней.

Всем больным после проведенного комплексного лечения рекомендовано: соблюдение здорового образа жизни, сбалансированное питание, а при появлении первых признаков обострения пародонтита, под контролем стоматолога, прием препарата «ДЯП» 2 раза в день.

HELICOBACTER PYLORI В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА И ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Дудченко М.А., Петренко В.А., Шовкопляс А.Ф.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

Среди заболеваний пищеварительного тракта, которые находятся в анатомической и физиологической связи, наиболее сложной проблемой в стоматологии является хронический пародонтит (ХП), а в гастроэнтерологии – язва двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) и их сочетание в одном организме. Рост числа этих заболеваний и тяжести течения среди населения требует более детального изучения.

Известно, что в основе указанных заболеваний лежит инфекционно-аутоиммунный процесс. Если для ХП характерен большой полиморфизм бактерий в его развитии, то для ЯДПК определена специфическая инфекция - *Helicobacter pylori* (Hr). Вопрос об участии Hr в возникновении пародонтита мало изучен, а при сочетании этих заболеваний вообще не исследован.

Целью настоящей работы являлось исследование Hr как возможного этиологического фактора в содержимом полости рта при пародонтите в сочетании с дуоденальной язвой, где он постоянно присутствует.

Исследование проведено 40 больным ХП с ЯДПК. Женщин было 20, мужчин 25, в возрасте от 21 до 40 лет, с длительностью заболевания до 6 лет. Исследуемые были распределены на 2 группы по 20 человек. В первую группу вошли больные, имевшие только ХП, вторую – составили больные ХП в сочетании с ЯДПК. Всем больным проведено в полном объеме обследование с использованием клинических, лабораторно-инструментальных методов. Для определения Hr в биоптате десен и дуоденальной язвы применяли быстрый уреазный тест (URE-Hr тест производства Lachema). В общем итоге инфицированность Hr у лечившихся только по поводу ХП составило 79,5% (Т.Н. Мошель), а при сочетании ХП с дуоденальной язвой у больных пародонтитом Hr выявлена у 91,9% и у 100% больных язвой двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, результаты проведенных исследований состояния инфицированности Hr полости рта и дуоденальной зоны у больных с сочетанием ХП и ЯДПК свидетельствует о том, что более выраженная инфицированность Hr полости рта у больных ХП происходит за счет наличия у них двух патогенетически взаимосвязанных патологических процессов, при которых ухудшение проявления ХП обусловлено ЯДПК, а воспалительный процесс в пародонте оказывает отрицательное влияние на рубцевание язвы и выздоровление больного, что следует учитывать при определении комплексной терапии с возможностью воздействия на Hr различной локализации.

ИЗУЧЕНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ СМЫВОВ ИЗ ПОЛОСТИ РТА У ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Жадько С.И., Лавровская О.М., Придатко И.С., Лавровская Я.А.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Одной из актуальнейших проблем ортопедической стоматологии является реабилитация больных с частичным или полным отсутствием зубов.

При замещении дефектов зубных рядов в современной стоматологии широко используются съемные конструкции зубных протезов, базисы которых изготавливают из акриловых пластмасс.

Известно, что этот вид протезирования является достаточно простым, удобным, а в некоторых случаях не имеет альтернативы. В то же время базисы из акриловых пластмасс являются причиной возникновения разнообразных заболеваний слизистой оболочки протезного ложа в 65-75% случаев. Перспективы повышения эффективности профилактики и лечения осложнений при протезировании съемными пластиночными протезами, по нашему мнению, должны быть направлены на использование традиционных методов с применением лекарственных препаратов, воздействующих на различные звенья патогенеза. Нам представляется целесообразным применение иммуномодуляторов, способных воздействовать на клеточный иммунитет, усиливать фагоцитоз.

Целью нашего исследования явилось изучение активности НСТ-теста нейтрофильных лейкоцитов в смывах из полости рта у ортопедических больных, пользующихся съемными пластиночными протезами, т.к. важным показателем естественной неспецифической резистентности организма является функциональное состояние нейтрофильных лейкоцитов, ответственных за процесс фагоцитоза и внутриклеточное переваривание бактериальных агентов.

Под нашим наблюдением находилось 53 пациента. Больные были распределены на 2 группы, сопоставимых по полу, возрасту. Пациентам 1-й группы изготовили съемные пластиночные протезы по общепринятой технологии. 2-й группе протезы изготавливались по общепринятой технологии с использованием препарата эрбисол.

При анализе полученных данных показатель активности НСТ-теста через 1 месяц по 2-й группе больных приближался к исходному уровню, в 1-й группе показатель оставался выше по сравнению со второй на 21,8% ($p_1 < 0,05$), что подтверждает реакцию протезного ложа на пластиночные протезы.

Таким образом, пластиночные протезы, изготовленные по общепринятой технологии, повышают цитохимическую активность нейтрофилов, использование препарата эрбисол уменьшает токсическое действие пластмассы на слизистую оболочку протезного ложа.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНИ АВСТРАЛІЇ

Ждан В.М., Зазикіна Д.С., Флегантова Б.Л., Ткаченко М.В., Лебідь В.Г.

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

Організаційні питання сімейної медицини.

В Австралії обсяг діагностичної та лікувальної роботи в сільській місцевості значно напружений. До числа первинних звернень до лікаря належать хворі з патологією внутрішніх органів, вуха, горла, носа, центральної та периферичної нервової системи. За відсутності профільних спеціалістів лікарі загальної практики виконують амбулаторні хірургічні операції. Вони надають невідкладну гінекологічну, офтальмологічну допомогу, працюють педіатрами, проводять апендектомію, оперують грижі, лікують дорожньо-транспортні травми. Здебільшого до лікарів загальної практики, які працюють в сільській місцевості, належать лікарі чоловічої статі. Вони виконують важку роботу за всіма лікарськими спеціальностями. У складних випадках є можливість викликати спеціаліста за допомогою спеціальної Королівської служби, тобто скористатися можливостями санітарної авіації. Крім надання медичної допомоги лікарі загальної практики оформляють різні медичні документи, а саме: довідки водіям автотранспорту, медичну страховку, довідку про стан здоров'я органам соціальної опіки, виписують направлення на консультацію до профільних спеціалістів, в лабораторію, на рентгенологічне або інше обстеження. Відомо, що Австралія є лідером за кількістю злоякісних захворювань шкіри. Діагностику злоякісних новоутворень у пацієнтів також проводять лікарі загальної практики.

Деонтологічні аспекти. В університетах штатів Квісленд і Вікторія, в деяких шпиталях створені центри з питань біомедичної етики, функціонує «Інститут етики і професій». В 2008 році Австралійська медична рада розробила «Кодекс професійної поведінки». Методика прийому хворих обирається лікарем загальної практики особисто. Будь-який представник медичного персоналу не може зайти в кабінет до лікаря не постукавши в двері і не отримавши дозволу увійти. Кожного пацієнта запрошує в кабінет особисто лікар, виходячи для цього в приймальню. У більшості випадків обирають методику прийому хворих за попереднім телефонним записом на конкретний

час. Іншою схемою є прихід пацієнта до лікаря без попереднього запису, отримується талон з номером у загальній черзі, в подальшому вирішуються терміни прийому хворого. Термін часу прийому хворого коливається від 15 до 40 і більше хвилин. Стандартів регламентації часу прийому хворого в Австралії не існує. Узагальнений графік роботи лікаря загальної практики приблизно є таким: початок роботи лікаря з 7 або 8, 9 години ранку у подальшому з 12 годин обідня перерва впродовж 2-3 годин, потім продовження прийому всіх хворих, які чекають в приймальні. В окремих випадках, за викликом, лікар їде на власному авто додому хворого.

У великих містах не працює система зі спостереженням всіх членів родини, а також відсутній формат медичної допомоги обслуговування викликів додому хворого.

ПІДГОТОВКА КАДРІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ АКАДЕМІЇ

Ждан В.М., Шилкіна Л.М., Бабаніна М.Ю., Волченко Г.В., Кітура Є.М., Штомпель В.Ю., Ткаченко М.В.,

Іваницький І.В., Лебідь В.Г.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сьогодні розглянуті питання та розроблені необхідні заходи щодо оптимізації підготовки та перепідготовки фахівців із загальної практики-сімейної медицини на базі майже 20 клінічних кафедр факультету післядипломної освіти академії та лікувально-профілактичних закладів області, створена Координаційна рада з питань сімейної медицини, відкритий регіональний навчально-практичний центр загальної практики-сімейної медицини. Навчальний процес із майбутніми сімейними лікарями забезпечують 9 професорів та 18 доцентів, які мають вищу лікарську кваліфікаційну категорію. В академії для забезпечення виконання Загальнодержавної програми розвитку сімейної медицини на 2008-2012 роки розроблений за узгодженням з ГУОЗ довгостроковий план підготовки лікарських кадрів. На даний час в академії підготовлено по сімейній медицині 713 лікарів: 552 лікарі - через вторинну спеціалізацію (піврічна очна перепідготовка) та 161 лікар – через первинну спеціалізацію (дворічна інтернатура). З метою вирішення проблеми підвищення якості практичної підготовки та максимального наближення до реальних умов майбутньої діяльності на базах кращих сімейних амбулаторій створюються регіональні навчально-методичні центри - філії кафедри сімейної медицини і терапії (м. Кременчук, м. Миргород, сімейні амбулаторії в Полтавському районі). Лише за 2009-2010 навчальний рік перепідготовлено на базі філії м. Кременчука 29 сімейних лікарів і підвищили свій фаховий рівень 56 лікарів; у 2011 році – 45 лікарів. Для оптимізації процесу навчання, оволодіння клінічними та практичними навичками при Степнянській лікарській амбулаторії сімейної медицини створена навчально-практична база кафедри сімейної медицини і терапії, яка оснащена необхідною лабораторно-діагностичною апаратурою та укомплектована методично-навчальною та науковою літературою. Майбутні сімейні лікарі приймають активну участь у медично-профілактичних оглядах, впроваджуючи державну програму “Здоров’я сільського населення”. В складі комплексних лікувальних бригад виїжджали у віддалені села всіх районів Полтавської області, де спільно з викладачами проводили медичні огляди та надавали лікувально-консультативну допомогу населенню. Таким чином, проведення професійної перепідготовки та підготовки майбутніх сімейних лікарів в умовах клінічних сільських амбулаторіях формує відповідальність лікарів за здоров’я всієї сім’ї, що в свою чергу покращує профілактично-діагностичну допомогу сільському населенню Полтавщини. Для підтримки відповідного рівня професійної компетенції та кваліфікації з березня 2006 року на базі кафедр факультету післядипломної освіти розпочата підготовка сімейних лікарів на курсах тематичного удосконалення. Тільки за 2007-2010 роки на базі факультету післядипломної освіти академії підвищили свій фаховий рівень 215 лікарів. З метою підвищення якості фахової підготовки професорсько-викладацького складу академії, задіяних у навчальному процесі з підготовки сімейних лікарів, з квітня 2006 року на базі Харківської медичної академії післядипломної освіти пройшли вторинну спеціалізацію з фаху “Загальна практика-сімейна медицина” 22 викладачі академії, задіяні в навчальному процесі. З метою заохочення молодих спеціалістів і лікарів до роботи в первинній ланці та підвищення статусу і престижу сімейного лікаря науковці академії спільно зі спеціалістами Головного управління охорони здоров’я Полтавської обласної державної адміністрації організують конкурси на звання “Кращого сімейного лікаря”, проводять цільовий набір абітурієнтів з сільської місцевості, а також проводиться професійна орієнтаційна робота в сільській місцевості.

Таким чином, в сучасній підготовці лікарських кадрів сімейної медицини важливим є об’єднання зусиль державних, громадських і професійних медичних організацій і установ в контексті як створення університетських клінік, відповідно до міжнародних стандартів і зразків, так і формування державної політики щодо важливості ролі первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в забезпеченні громадського здоров’я України.

МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНІ МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ У ДІТЕЙ

Жирова В.Г., Райда А.І., Бурдейная І.А., Жиров А.І.

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І.Георгієвського», м. Сімферополь

Стоматологічна концепція мінімальної інвазії пропонує новий стандарт лікування, зберігаючи якомога більше здорової зубної тканини та знижуючи ризик руйнування зуба в майбутньому. Найважливіший цей принцип лікування для дітей, де основними критеріями має бути якість, швидкість обробки каріозної порожнини, а також безболісність та безпека маніпуляцій. Після обробки каріозна порожнина має володіти ретенційною властивістю для оптимальної адгезії пломбувального матеріалу.

Лікування ж карієсу має бути направлене на захист пульпи і підвищення мінералізації дентину каріозної порожнини. Перспективним, з цієї точки зору, є глибоке фторування дентину, проте клінічна ефективність даної методики при лікуванні середнього карієсу тимчасових зубів не вивчена.

Метою справжнього дослідження була оцінка безпосередніх та віддалених результатів лікування середнього карієсу тимчасових зубів у дітей.

Об'єкт і методи дослідження

В ході справжнього дослідження проведено клінічне обстеження і лікування 54 дітей у віці від 3-8 років, у яких в 72 зубах був діагностований середній карієс.

Препарування твердих тканин зуба проводили за допомогою системи повітряної абразії Sandman Futura.

До переваг даного методу відноситься безболісність і безшумність, підвищення комфорту дитини і його батьків, безпека для слизової оболонки порожнини рота, максимальне збереження здорових тканин зуба, легкість видалення змінених тканин. Завдяки шорсткій поверхні, що утворюється після обробки зуба, забезпечується краще бондування пломби.

З метою підвищення ефективності лікування середнього карієсу тимчасових зубів у дітей було застосовано глибоке фторування (ГФ) дентину дна каріозних порожнин перед пломбуванням СИЦ. Через 12 місяців після лікування в більшості випадків були відсутні клінічні ознаки зміни стану зубів: не було скарг, дитина користувалася вилікуваними зубами під час їжі, слизова оболонка ясен в ділянці пломбування зубів була блідо-рожевого кольору, емаль зубів мала природний блиск і колір.

Вивчення стану пломб показало, що в 95,4% випадків пломби зберегли свої основні властивості і не вимагали заміни.

Висновок: Запропонована комплексна схема підвищує ефективність лікування середнього карієсу тимчасових зубів у дітей у віці 3-8 років, у порівнянні з традиційним лікуванням.

ЗАСТОСУВАННЯ ART-МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСУ У ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП

Зайцев А.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Стрімке збільшення в нашій країні числа осіб похилого віку, велика поширеність у них одонтопатологій, зміни в економіці нашої країни, призводять до того, що однією з важливих проблем вітчизняної охорони здоров'я є забезпечення конституційного права громадян старших вікових категорій на охорону здоров'я та медичну допомогу в гарантованому об'ємі і адекватній якості, зокрема, в терапевтичній стоматології. Цю проблему намагаються подолати шляхом впровадження в практику нових пломбувальних матеріалів та адаптованих до них технологій лікування. Так, особливо високої розповсюдженості сьогодні в стоматології набули склоіономерні цементи і атравматична методика відновлення зруйнованих зубів (ART-техніка).

Сучасний етап життя людини зумовлений передусім науково-технічним прогресом, тому будь-яка, навіть найкраща система, може і повинна бути вдосконалена належним чином. Це стосується і ART-техніки. До сьогоднішнього дня при використанні ART-техніки застосовуються інструменти, які давно вже застаріли.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження було удосконалення стоматологічних інструментів, які застосовуються при лікуванні хворих з неускладненим карієсом за ART-методикою.

Для цього було проліковано 102 особи похилого віку, у яких запломбовано 175 каріозних порожнин. Всі хворі були розподілені на три групи: в 1-й групі для формування каріозних порожнин застосовували ротаційну техніку, у 2-й — звичайну ART-техніку та набір інструментів «Каріклінз», в 3-й — ART-техніку з використанням модифікованих інструментів.

Клінічну оцінку реставрації проводили згідно критеріїв USPHS безпосередньо в день реставрації та через 6 і 12 місяців.

Найкращі клінічні результати лікування хворих з неускладненим карієсом у найближчій та віддаленій терміни спостереження отримані нами у хворих 3-ї групи, яким застосовували ART-техніку та запропонований нами набір стоматологічних інструментів.

ВКЛАД ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ УМСА В ИЗУЧЕНИЕ АСИММЕТРИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ищайкин К.Е., Ткаченко Е.В., Прилуцкий А.К., Фазели Ниаки М., Белоконь С.А., Махмуди А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Асимметрия является общебиологическим феноменом, присущим широкому спектру явлений живой и неживой природы у растений, животных (начиная с простейших), человека (затрагивая все системы органов), проявляясь на всех уровнях организации живой материи (в частности, левшеством, правшеством и амбидекстризмом на популяционно-видовом уровне). Асимметрия зависит от пола (в большей степени проявляясь у мужчин и особей мужского пола), рассматривается как важный фактор адаптации к изменяющимся и трудным условиям существования: чем более симметричен живой организм, тем ближе он к смерти, тем выше степень развития того или иного патологического процесса, тем хуже прогноз для жизни и успеха в лечении. Челюстно-лицевая область не является исключением. Более асимметричные лица признаются более красивыми. У большинства людей правая половина лица доминирует над левой. Во время разговора правая половина лица является более активной у 86% правшей и 67% левшей. Размеры нижней челюсти и кровотоков на ней демонстрируют большую степень асимметрии, чем верхней и т.д.

Иностранные студенты УМСА проводили изучение асимметрии челюстно-лицевой области на кафедрах нормальной физиологии, микробиологии, вирусологии и иммунологии, пропедевтики хирургической стоматологии и реконструктивной хирургии головы и шеи. В частности, были получены следующие результаты. Частота патологических процессов в челюстно-лицевой области различна (различия выявлены больше по переломам нижней челюсти, нежели по флегмонозному воспалению); сторона патологического процесса в значительной степени детерминирована доминантной конечностью пациента; левосторонние патологические процессы наблюдаются у истинных и скрытых левшей, правосторонние – у истинных правшей и ложных левшей; двухсторонние переломы нижней челюсти и локализация флегмонозного воспаления по срединной линии может свидетельствовать о скрытом левшестве либо амбидекстризме пациента. Отмечалась право-левая асимметрия по микробному числу. Более того, по данным отдельных протоколов, в одной группе испытуемых определяемые показатели преобладали справа, в другой слева, в третьей были практически симметричны справа и слева. Если исследуемое лицо было левшой, то левые половины лица у него были менее гармоничны после объединения вместе, нежели правые. Если же исследуемое лицо было правшой, то правые половины его лица смотрелись менее гармонично при объединении, нежели левые. Проведенные работы могут иметь прикладное значение в таких областях медицины, как: реконструктивная хирургия; челюстно-лицевая хирургия; ортопедия; ортодонтия; косметология и др.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕСЕНСІТАЙЗЕРІВ У ЛІКУВАННІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Іваницький І.О.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Питання діагностики, лікування та профілактики гіперестезії зубів (ГЗ) і в сучасних умовах зберігають свою актуальність та практичне значення. Це пояснюється тим, що вирішення цих питань пов'язане з пошуком ефективних шляхів подолання болю. Больові відчуття, якими проявляється дана патологія, не лише знижують якість життя, але здатні навіть певним чином знизити імунні сили організму, порушити обмінні процеси. Науковий інтерес до розробки зазначеної проблеми зумовлюється також значною розповсюдженістю даної патології. Так, кількість людей, що страждають на ГЗ, досягає 40-50% загальної кількості населення багатьох країн. На жаль, часто результати лікування не можуть повністю задовольнити пацієнта та лікаря.

Метою нашого дослідження є оптимізація лікування пацієнтів із ГЗ за рахунок вибору оптимального сучасного десенситайзера та пролонгування його дії завдяки посиленню процесів ремінералізації твердих тканин зубів.

Об'єкти та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 142 пацієнти із ГЗ. Для обстеження хворих застосовувались такі діагностичні методи: визначення загального стоматологічного статусу, комплексна оцінка чутливості зубів та їх електропровідності, установлення мінералізуючого потенціалу слини, вітальне вичення особливостей поверхні зубів та ін. З метою порівняння терапевтичних можливостей різних за механізмом дії засобів для усунення ГЗ, а також з'ясування впливу на результати лікування препарату кальцію нами було сформовано дві групи. Основою для поділу на групи слугував спосіб корекції обміну кальцію. Якщо у I групі пацієнтам рекомендувалась лише збалансована дієта, то у лікуванні хворих II групи використовувався препарат «Кальцій-Д₃ Нікомед». Для місцевого купірування болю в обох групах були використані препарати «Белак F», «Десенсил» та «Глуфторед».

Результати наших досліджень. Порівняння результатів лікування всередині кожної клінічної групи переконливо доводить вищий терапевтичний ефект, досягнутий при використанні препарату «Глуфторед». В той же час співставлення наслідків застосування одних і тих же десенситайзерів у різних групах вказує на те, що значно більш

результативним лікуванням ГЗ виявилось у II клінічній групі, пацієнти якої отримували також препарат «Кальцій-Дз Нікомед».

Отже, це дозволяє рекомендувати терапевтичну схему, що включає використання методики глибокого фторування за допомогою препарату «Глуфторед» та призначення препарату для нормалізації мінерального обміну в організмі «Кальцій-Дз Нікомед», для широкого впровадження у стоматологічну практику.

«ОСОБЛИВОСТІ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ РОТОВОЇ РІДИНИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРИ ПОЧАТКОВИХ ФОРМАХ КАРІЄСУ».

Іванчишин В.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів.

Відомо, що ротова рідина впливає на надходження та проникливість емалі практично для всіх речовин, які можуть надходити до порожнини рота з їжі і водою. ротової рідини і вмісту в ній кальцію в період «дозрівання» постійних зубів (Недосенко В.Б.1988, Чижевський І.В.2002, Смоляр Н.І., Дубецька І.С.2005).

Слід зауважити, що більшість досліджень ротової рідини стосується дітей шкільного віку і при розвинутих формах карієсу (Смоляр Н.І.Флюнт І.І.2001, Демчина Г.Р.2002). Натомість мало присвячено досліджень при початкових формах карієсу.

Тому вивчення мінералізувального потенціалу ротової рідини у дітей з початковим карієсом є актуальним і в подальшому буде сприяти вибору профілактичних заходів та оцінки ефективності їх лікування.

Нашою метою було дослідити особливості мінералізувальної функції ротової рідини у дітей 6-9 років при початковій формі карієсу постійних зубів.

Ми дослідили типи мікрокристалізації слини у дітей з карієсом фісур. Встановлено, що у ротовій рідині дітей, зуби яких уражені карієсом фігур, в середньому переважає II тип кристалів і становить 50,41±14,9%, III тип кристалів в середньому виявлено у 32,92±9,41%, а кристали I типу зустрічаються лише у 16,67±4,76 % (p<0,02). Мінералізувальний потенціал в середньому складає 2,1±0,53 бали.

Також було розподілено дітей в залежності від інтенсивності карієсу молочних зубів, розділивши дітей на дві групи. Першу склало 74 дитини з «кп» не більше 5 каріозних зубів, а другу – 88 дітей з «кп» більше 5 каріозних зубів.

Так у дітей I групи, у шестирічного віку, кристали I типу в ротовій рідині виявлені у 9,11±4,47% випадків, а мінералізувальний потенціал 3,24±0,81. У дітей дев'яти років цей показник зростає до 32,12±10,54% (P<0,05). У дітей, що мають II тип кристалоутворення ротової рідини, показники теж дещо різняться. Так, в шестирічному віці частота II типу складає 63,71±10,75%, а вже у дев'ятирічних дітей 56,73±10,81% (p>0,5). Однак дані зміни, в цілому, не значно впливають на мінералізувальний потенціал ротової рідини і складає в середньому (2,59±1,84 бали). При аналізі другої групи дітей, переважно виявлено кристали II і III типів і в середньому становить 36,54±8,21% та 53,2±11,84%. Кристали I типу виявлено лише у 10,26±3,24%.

МПС у дітей першої групи становить в середньому 2,59±1,84 бали, а у дітей другої групи є нижчим, і складає 1,75±0,42 бали (p>0,5).

Таким чином можна зробити висновок, що у ротовій рідині дітей, постійні зуби яких уражені початковою формою карієсу, переважають II і III тип кристалоутворення, а МПС в середньому, складає 2,1±0,53 бали. Також нами встановлені вікові особливості розподілу типів кристалів в ротовій рідині в залежності від карієсу молочних зубів у дітей. Так у дітей з «кп» не більше 5 каріозних зубів переважає I і II тип кристалоутворення. А у дітей з «кп» більше 5 каріозних зубів, спостерігається різке зменшення кристалів I типу, та збільшення кристалів II та III типів. Така зміна є одним із факторів розвитку карієсу постійних зубів і може слугувати прогностичним тестом для призначення лікувально-профілактичних заходів у дітей молодшого шкільного віку

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПРИ ПРИЙОМІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

Іленко Н.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ВІЛ/СНІД – одна з найважливіших глобальних проблем людства. Враховуючи особливості клінічного перебігу ВІЛ/СНІДу, стоматолог може бути першим лікарем, який запідозрить це захворювання.

У зв'язку з високим рівнем ризику та недостатнім рівнем забезпечення стоматологів засобами індивідуального захисту визначається висока тривожність стоматологічної команди по відношенню до ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Ось чому толерантність до таких пацієнтів знаходиться на недопустимо низькому рівні, а відповідно знижується якість, адекватність та своєчасність стоматологічної допомоги ВІЛ-інфікованим та погіршується їх якість життя.

Пацієнти зі статусом ВІЛ-інфікованих постійно перебувають у стані хронічного стресу, у них змінюється сприймання модусу майбутнього, вони потребують психологічного супроводу, усунення гнітючих почуттів щодо того, що їх чекає.

Розрізняють ряд психологічних аспектів стресу у ВІЛ-інфікованих, таких як фаталізм, хронічне нетерпіння, депресія, тривало скорбота, недостатність надійної підтримки, недостатня впевненість в собі, відсутність цілей і завдань, тривало існуючий стрес при ВІЛ-інфекції, що руйнує імунну систему.

Поведінкові аспекти стресу у ВІЛ-інфікованих мають не менше значення і розділяються наступним чином: неадекватність дихання у людей, що проявляється у затримуванні дихання чи поверхневому диханні; недостатнє вживання рідини; поганий апетит та стиль харчування; розлади сну; зловживання деякими речовинами, не лише наркотичними засобами чи медикаментами, але і нікотином, кофеїном чи навіть звичайним цукром; неадекватні чи недостатні фізичні навантаження.

Медичні аспекти хронічного стресу у ВІЛ-інфікованих - це повторні контакти з ВІЛ та іншими інфекціями, обмежена можливість догляду за собою під час хвороби, недостатнє розуміння проблем здоров'я, пов'язаних з ВІЛ, пасивні взаємовідносини з людьми, які надають першу допомогу.

Лікарі-стоматологи повинні пам'ятати про труднощі психологічного стану цього контингенту, намагатися максимально широко і відверто будувати співпрацю, захищати права та гідність людей, які живуть з ВІЛ. Адже це не є чимось таким, що трапляється з іншими людьми. Це те, що торкається усіх нас і на що усі ми повинні дати відповідь.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ

Іленко Н.М., Марченко А.В., Ніколішина Е.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для усунення дизоклюзій при патологічній стертоості зубів, патології пародонту та прикусу в терапевтичній стоматології застосовується реставраційна техніка, яка передбачає відновлення втрачених тканин зубів за допомогою композиційних матеріалів світлового затвердіння. Однак підвищення прикусу навіть на 2-3 мм за часту призводять до розвитку у хворих больових відчуттів в скроневощелеповому суглобі, явищ травматичного періодонтиту внаслідок супероклюзії, запалення тканин пародонту, тощо. Для запобігання даних ускладнень на попередньому етапі лікування використовують капи, які дещо незручні в використанні та не завжди раціональні.

В ортодонтії при лікуванні вертикальних аномалій прикусу, глибокого різцевого перекриття, дизоклюзії з метою роз'єднання прикусу використовують mini-mold техніку. На нашу думку, дану техніку доцільно застосувати як підготовчий етап перед відновленням втрачених тканин зубів реставраційними матеріалами. Метою нашої роботи стало вдосконалення етапів підготовки до відновленням втрачених тканин зубів реставраційною технікою.

Нами використані елементи mini-mold техніки на етапі лікування патологічної стертоості, який передує реставрації.

Була відібрана група хворих віком 35-44 роки з патологічною стертістю зубів II-III ступеню тяжкості, яким показано відновлення висоти прикусу.

В залежності від локалізації патологічних змін за допомогою фотополімерного матеріалу було проведено фіксування силіконових лінгвальних кнопок на піднебінні бугри різців та щічні бугри молярів терміном від двох тижнів до півроку. Завдяки застосуванню силіконових кнопок відбувалося поплавлення, повільне пристосування зубів та скроневощелепового суглобу до нової висоти прикусу. Таким чином, клінічні дослідження показали, що використання силіконових лінгвальних кнопок дає позитивний результат та може використовуватись як етап підготовки перед відновленням висоти прикусу композиційними матеріалами світлового затвердіння.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ БІОФІЗИЧНОГО ВПЛИВУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІХС З СУПУТНІМ ХОЗЛ

Казаков Ю.М., Боряк В.П., Ні.Чекаліна, С.В.Шуть, Є.Є.Петров, Н.В.Берчун

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета досліджень: вивчити клінічний перебіг, стан гемореології, ліпідного обміну, гемодинаміки та функції зовнішнього дихання у хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ, які приймали сеанси періодичної нормобаричної гіпоксії (ПНГ), ультрафіолетове опромінення крові (УФОК), та інгібітор АПФ – еналапил малеат.

Методи дослідження: загальноклінічне обстеження хворих, ЕКГ, доплер-ЕХО-крадіографія для дослідження центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки на апараті «Ультраскан», добове холтерівське моніторування серцевого ритму та артеріального тиску на апараті «Кардіотехніка-4000АД», функція зовнішнього дихання вивчалась методом спірографії на апараті «Метатест-1», уявна в'язкість крові вивчалась на ротаційному віскозіметрі В.Н.Захарченко, показники ліпідного спектру традиційним методом.

Отримані результати: У даній групі хворих до лікування мали місце зниження толерантності до фізичного навантаження у 82% осіб, виражені прояви дихальної недостатності у 67% осіб були обумовлені як коронарною, так і міокардіальною недостатністю, недостатністю кровонаповнення легенів.

Застосована терапія значно покращила клінічний стан у хворих та перебіг кардіальної патології. При застосуванні ПНГ в комплексі з УФОК та еналаприлом малеату відмічався зріст коронарного, міокардіального резервів у 89,3%, а також покращення легеневого кровотоку у 91,4%. Спостерігалось достовірне зниження в'язкості крові на всіх напругах і швидкостях зсуву. По даним ЕХОК – зменшення систолічного та діастолічного розмірів лівого шлуночку, збільшення циркулярного укорочення волокон міокарду, ударного об'єму і фракції викиду, зменшення товщини МШП, ММЛШ та її індексу, товщини ПШ. Лікування призводило до зменшення кількості екстрасистол, зниження частоти реєстрації шлуночкових аритмій високих градацій, знищення епізодів шлуночкових тахікардій. При аналізі показників спірографії відмічено зменшення частоти дихання за хвилину, збільшились показники ДО₂, ЖЄЛ, МВЛ, об'єм форсованого видиху. Виявлена тенденція зниження показників холестерину, бета-ліпопротеїди крові.

Значимість запропонованого комплексу лікування підтверджена показниками реабілітації хворих - до 60% хворих відмітили нормалізацію свого клінічного стану, до 30% - значне покращення. Подовжились строки ремісії до одного року. В катамнезі у 80% хворих перші ознаки та симптоми, які потребують лікування, з'явилися через 1 рік, у 20% - через 8-9 місяців після проведеної терапії.

Висновки: Поєднання ХОЗЛ та ІХС призводить до більш тяжкого перебігу основного захворювання, а саме обумовлює виникнення епізодів стенокардії напруження, епізодів безбольової ішемії міокарду, естрасистолії.

Запропонований лікувальний комплекс є ефективною комбінацією факторів, які призводять до стабілізації показників гемодинаміки та функції зовнішнього дихання, що досягається впливом на мікроциркуляцію та реологію крові шляхом активації механізмів адаптації та гіпоксітерапії.

Проведене лікування призводить до покращення метаболізму міокарду, потенціювання окислювально-видновних процесів, що обумовлює інактивацію ознак серцево-легеневої недостатності.

РІВЕНЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У 12-ТИ РІЧНИХ ДІТЕЙ ЗАКАРПАТТЯ, ПРОЖИВАЮЧИХ В РІЗНИХ ЕКОЛОГІЧНИХ УМОВАХ

Казакова Р.В., Мельник В.С., Дячук Е.Й.

Ужгородський Національний університет, м. Ужгород

Рівень стоматологічних захворювань залежить від цілого комплексу факторів, які впливають на організм дітей. Як відомо, стан довкілля та спосіб життя визначають більш як 70% якісного здоров'я населення. В літературі є значна кількість даних, яка підтверджує залежність поширеності і важкості стоматологічної захворюваності в залежності від екологічних умов територій проживання дитячого контингенту, що необхідно враховувати при розробці регіонально-орієнтованих програм профілактики.

В зв'язку з цим метою нашого дослідження стало вивчення стоматологічного здоров'я дітей 12 років, які проживають у різних по екологічних показниках районах Закарпаття.

У відповідності з поставленою метою було обстежено 215 дітей 12-річного віку. Всі обстежені стратифікувались в залежності від місця проживання на території Закарпаття.

В першу групу увійшло 87 дітей, які проживають в м. Перечин, на території якого розташований ВАТ «Перечинський ЛХК», де кратність стійкого перевищення норми викиду оксиду вуглецю та неметалевих легких органічних сполук відповідно становить 2,5 та 7. Другу групу (128 чол.) склали діти, що проживають в умовах міського середовища (м. Ужгород). В якості показників стоматологічного здоров'я використовували індекси поширеності та інтенсивності карієсу зубів (КПВ), СРІ, стан гігієни ротової порожнини (ГРП) оцінювали з допомогою індекса Грін-Вермільона. В середньому по групі обстежених поширеність та інтенсивність карієсу складала відповідно 88,5% та 4,7. Індекс гігієни за Грін-Вермільоном 2,41, кількість здорових секстантів (СРІ) – 1,21.

При проведенні порівняльного аналізу отриманих даних в двох районах встановлено, що у першій групі дітей незначно більша поширеність карієсу зубів, ніж у дітей м. Ужгорода і складає 88,5% проти 81,2%. При цьому інтенсивність карієсу зубів значно перевищує аналогічний показник у дітей з м. Ужгорода (4,7 проти 3,76). Гігієнічний стан порожнини рота в обох групах незадовільний (2,24 і 2,42), кількість здорових секстантів (СРІ) у першій групі – 1,21, а в другій - 1,02. Слід відмітити, що важкий ступінь протікання каріозного процесу відмічена у 29,4% дітей, які проживають у м. Перечин (аналогічний показник в м. Ужгороді склав 13,1%) Таким чином діти, що проживають на екологічно забруднених територіях, демонструють гірші показники ніж діти, які постійно проживають в умовах міського середовища, що необхідно враховувати в плануванні стоматологічного обслуговування дитячого населення.

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ ВІКОМ 6-12 РОКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ

Карасюнок А.Є., Трофименко М.В., Ельбураві Абдулджаліл Салах

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

Актуальність. За даними літератури розповсюдженість зубощелепних аномалій (ЗЩА) в період змінного прикусу становить 75 – 80% випадків. В той же час, майже 90% дітей шкільного віку мають різні порушення постави. Ускладнення з боку опорно-рухового апарату у дітей із порушеннями постави можуть призвести до порушень у формуванні всього організму, і, зокрема, зубощелепної системи. Отже, питання вивчення особливостей морфо-функціонального стану зубощелепної ділянки у дітей із порушеннями постави в період найбільш активного розвитку організму (6-12 років) є актуальними. Мета дослідження: вивчення морфо-функціонального стану зубощелепної ділянки у дітей віком 6-12 років із порушеннями постави. Матеріали та методи: для виконання поставленої мети за стандартним алгоритмом стоматологічного обстеження було оглянуто 1294 дитини віком 6-12 років. Характер постави визначали під час клінічного огляду і характеризували, як: нормальну, сутулувату, лордичну, сколіотичну або кіфотичну. Результати: зубощелепні аномалії (ЗЩА) було виявлено у 78,3% обстежених дітей, з яких у 75,0% випадків діагностували порушення функцій зубощелепної ділянки (дихання, жування, ковтання, мовлення та змикання губ). Порушення постави нами було визначено у 40,8% обстежених. Найчастіше спостерігали сутулувату поставу (22,4%), лордична постава була виявлена у 8,35% обстежених, сколіотичну поставу спостерігали у 6,95% дітей, кіфотичну поставу діагностували лише у 3,1% дітей. Слід відзначити, що у всіх обстежених дітей із порушеннями постави будь-якого типу було діагностовано зубощелепні аномалії, що супроводжувались комбінаціями порушень функцій зубощелепної ділянки. При цьому аномалії класу I за Е. Енгле, які поєднувались із порушенням функцій жування, ковтання, мовлення та змикання губ, в найбільшій кількості випадків (50,6%) спостерігали у дітей із лордичною поставою. Патологію прикусу класу II1, II2 та III, які характеризуються зміною положення нижньої щелепи у сагітальній площині і супроводжувались комбінацією порушень функцій дихання, змикання губ, ковтання, мовлення та жування – найчастіше (45,8%) діагностували у дітей із сутулуватою та сколіотичною поставою. Глибокий, відкритий та перехресний прикус найчастіше спостерігали у дітей із кіфотичною та сколіотичною поставою. Висновок: отримані результати доводять необхідність комплексного підходу та вдосконалення програми заходів у дітей 6-12 років щодо профілактики та ортодонтичного лікування ЗЩА з урахуванням характеру порушення постави для сприяння фізіологічному розвитку організму дитини в цілому.

СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКУ

Каськова Л.Ф., Акжитова Г.О.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Поширеність та інтенсивність карієсу в дітей 2-3 років, які мають дисбактеріоз кишечника, вірогідно вищі, ніж у дітей контрольної групи ($p < 0,05$). Ускладнення карієсу виявлені в дітей із дисбактеріозом уже у 2 роки, а в 3 роки цей показник в 2,75 разу вищий, ніж у контрольній групі. Виявлено, що перебіг карієсу в дітей із дисбактеріозом кишечника розвивається на фоні погіршення гігієни порожнини рота, зниження швидкості слиновиділення, погіршення мікрокристалізації ротової рідини, зниження вмісту кальцію, неорганічного фосфору, рН, що створює карієсогенну ситуацію в порожнині рота в дітей цієї групи. Нами досліджена активність лізоциму та уреазі ротової рідини, визначений ступінь дисбіозу, що засвідчує наявність у дітей із дисбактеріозом кишечника клінічно субкомпенсованої стадії дисбіозу порожнини рота. Отримані дані спонукають до розробки та проведення заходів, спрямованих на покращення показників гомеостазу порожнини рота у дітей із дисбактеріозом кишечника.

Для підвищення резистентності емалі тимчасових зубів у дітей із дисбактеріозом кишечника пропонується лікувально-профілактичний комплекс, що охоплює:

- диспансерний нагляд у лікаря-педіатра;
- диспансерний нагляд у лікаря-стоматолога;
- лікування карієсу і його ускладнень;
- навчання індивідуальній гігієні порожнини рота з використанням зубної пасти "Дракоша";
- застосування препарату "Остеовіт" у вигляді аплікацій на тверді тканини зуба (1 кавова ложка порошку "Остеовіт" у 1/3 кавової ложки води) протягом 15 хв. 1-2 рази за день;
- використання лікувально-профілактичного зубного еліксиру "Санодент" у вигляді полоскань (1 чайна ложка на 1/4 стакану води), 3-4 рази за день після вживання їжі та перед сном;
- пероральне вживання полівітамінного препарату "Кіндер біовіталь гель" по 1 чайній ложці 1 раз за добу.
- Лікувально-профілактичний комплекс доцільно призначати протягом місяця двічі за рік. Клінічну оцінку ефективності лікувально-профілактичного комплексу рекомендовано проводити за визначенням показника приросту інтенсивності карієсу.

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ ДІТЕЙ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

Каськова Л.Ф., Марченко К.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Біохімічні процеси відіграють значну роль у підтриманні гомеостазу порожнини рота. При дії різних негативних факторів (стрес, гіпокінезія, порушення харчування, вплив зовнішніх факторів) виникає неспроможність антиоксидантних механізмів захисту, що сприяє підвищенню рівня продуктів перекисного окислення ліпідів в організмі.

Тому, метою нашого дослідження було вивчення процесів перекисного окислення ліпідів ротової рідини дітей із зубощелепними аномаліями та порівняння зі здоровими дітьми.

Нами досліджена ротова рідина 36 дітей із зубощелепними аномаліями та 12 здорових дітей. Вивчення вмісту малонового діальдегіду проводилося за методикою Володимирова Ю.А., Арчакова А.І.(1973). Визначення активності каталази ґрунтується на виявленні зруйнованого перекису водню за допомогою перманганату при титруванні початкової та інкубованої проб матеріалу.

Наші дослідження показали, що стан показників антиоксидантного захисту ротової рідини дітей із зубощелепними аномаліями та здорових дітей значно різняться. Так, активність ферменту каталаза у дітей контрольної групи становить $0,302 \pm 0,011$ мкат/л, що в 3,6 разів вище, ніж у дітей із зубощелепними аномаліями ($0,085 \pm 0,007$ мкат/л) ($p < 0,001$). Тобто, у здорових дітей антиоксидантні властивості ротової рідини значно кращі, ніж у дітей із ортодонтичною патологією.

У дітей із зубощелепними аномаліями спостерігається посилення процесів перекисного окислення ліпідів за даними вмісту малонового діальдегіду в ротовій рідині ($0,40 \pm 0,02$ мкмоль/л) в порівнянні з дітьми контрольної групи ($0,18 \pm 0,01$ мкмоль/л) ($p < 0,001$).

Отже, встановлено, що у дітей із зубощелепними аномаліями знижені показники антиоксидантного захисту ротової рідини, тобто вміст ферменту каталаза та фоні зростання рівня продуктів ліпопероксидації (підвищення концентрації малонового діальдегіду). Такий стан ротової рідини може негативно впливати на тверді тканини зубів та тканини пародонта. Проведені дослідження обґрунтовують необхідність проведення профілактичних заходів, спрямованих на регуляцію процесів перекисного окислення ліпідів в порожнині рота.

ПРОФІЛАКТИКА ФІСУРНОГО КАРІЄСУ У ДІТЕЙ

Каськова Л.Ф., Солошенко Ю.І., Амосова Л.І., Абрамова О.Е.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Попередження виникнення карієсу в постійних зубах у дітей є першочерговою задачею дитячого стоматолога. Безумовно, це стосується перших постійних молярів, які прорізаються в порожнину рота дитини в 5-6 років. Складна анатомічна будова жувальної поверхні, слабка мінералізація емалі молярів та незадовільна гігієна ротової порожнини в цьому віці обумовлюють розвиток фісурного та ямочного карієсу.

Клінічні дослідження показали, що жувальні поверхні молярів уражуються в ранні строки після їх прорізування - в 6 років. В цьому віці ми діагностували карієс виключно в ямках жувальних поверхонь постійних молярів. У дітей 7-8 років ми спостерігали ураження сліпої ямки на вестибулярній поверхні та ураження фісур на жувальній поверхні молярів.

Саме тому профілактичні заходи в перших постійних молярах необхідно проводити відразу після їх прорізування. За даними літератури герметизацію глибоких фісур та ямок перших постійних молярів доцільно проводити у перші два роки після їх прорізування. Якщо протягом чотирьох років після прорізування моляри залишаються інтактними, герметизацію проводити не потрібно. Але таке твердження на наш погляд, може бути виправданим відносно герметизації фісури та сліпої ямки на вестибулярній поверхні молярів, так як в нашій практиці ми дійсно не зустрічали ураження даної локалізації у дітей після 9-ти та 10- річного віку. Щодо жувальної поверхні перших молярів, то її ураження ми діагностували і в 12-річних, і в 14-річних дітей. При цьому локалізація карієсу на жувальних поверхнях молярів цих дітей залишалась незмінною – фісури та ямки.

Отже, на нашу думку, герметизацію глибоких фісур та ямок жувальної поверхні перших постійних молярів доцільно проводити протягом будь-якого часу після їх прорізування, якщо профілактичні заходи в цих зубах не були проведені раніше з будь-яких причин.

КЛІТИННИЙ ІМУНІТЕТ ПРИ ГЕРПЕСВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПІДЛІТКІВ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Каськова Л.Ф., Карпенко О.О., Хміль О.В

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Серед захворювань ендокринної системи в юнацькому віці провідне місце займає цукровий діабет. У підлітків частіше зустрічається найбільш тяжка його форма – інсулінзалежний цукровий діабет. Вплив цукрового діабету на стан організму дитини обумовлений глибоким порушенням усіх видів обміну речовин і пригніченням імунологічних захисних механізмів.

Тому на його тлі різко зростає частота рецидивів хронічних захворювань, поглиблюється тяжкість клінічного перебігу і розвиток атипичних форм захворювань, в тому числі і обумовлених герпесвірусною інфекцією.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження стало вивчення стану місцевого імунітету ротової порожнини у підлітків з проявами рецидивуючого герпетичного стоматиту на фоні інсулінзалежного цукрового діабету.

Було обстежено 61 хворого тяжкою формою інсулінзалежного цукрового діабету (29 юнаків і 32 дівчини) у віці від 12 до 16 років. Тривалість перебігу діабету складала у 17 осіб до 1 року, у 27 – від 1 до 5 років, у 17 – більше 5 років. Окрім того, було обстежено 30 практично здорових дітей аналогічного віку: 15 осіб, які не хворіють на рецидивуючий герпетичний стоматит і 15 – з загостренням рецидивуючого герпетичного стоматиту (14 юнаків і 16 дівчат). Здорові підлітки, які не мали проявів герпетичної інфекції, склали контрольну групу.

Киснеутворюючу здатність нейтрофільних лейкоцитів досліджували у змивах із порожнини рота за модифікованим Саяпіною Л.М. і Цебержинським О.І. (1997) способом, в основу якого покладений метод Стьюарта, описаний Нагоєвим Б.С. (1983), і методика змиву із порожнини рота за Ясиновським М.А. (1938).

Фагоцитарну активність лейкоцитів ротової порожнини досліджували за методикою Кост А.Є. і Стенко А.Х. (1968) у модифікації Марченко І.Я. (1996).

При загостренні рецидивуючого герпетичного стоматиту у підлітків, хворих на інсулінзалежним цукровий діабет, визначається дисбаланс у системі місцевого імунітету порожнини рота: на фоні активації киснеутворюючої функції лейкоцитів спостерігається пригнічення їх фагоцитарної активності.

СИНДРОМ ВЗАЄМНОГО ОБТЯЖУВАННЯ ПРИ ХВОРОБАХ ПАРОДОНТА, ШЛЯХИ ЙОГО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кіндій Д.Д., Кіндій В.Д.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Серед причин виникнення і розвитку захворювань пародонта важливе місце займає функціональне травматичне перевантаження його, обумовлене різними факторами: аномалією оклюзії, нерівномірною стертістю твердих тканин зуба, парафункцією та іншими (Е.І. Гаврилов, С.І. Криштаб).

В той же час запально-дистрофічні зміни в тканинах пародонта, котрі виникли у зв'язку з іншими причинами, ведуть до зниження толерантності структур пародонта до звичайного жувального навантаження і розвивається так звана травматична оклюзія навіть при відсутності порушень прикусу або розташування окремих груп зубів (Х.А. Каламкарров, Т.В. Нікітіна).

Таким чином, у хворого розвивається синдром взаємного обтяжування. Це призводить до запально-дистрофічних змін у пародонті і, як результат, до всебічної дестабілізації оклюзії. Цей синдром розвивається повільно і тому він особливо шкідливий.

Коли з'являються уже перші наявні клінічні ознаки цього синдрому, такі як незначне зміщення і рухомість окремих зубів, нерівномірне їх зімкнення і т.д., то фактично ми маємо справу уже з розвинутою стадією захворювання пародонта, при якій лікувати цей синдром буває дуже важко. І, таким чином, ортопедичне лікування хворих з патологією пародонту на цих стадіях розвитку захворювання у багатьох пацієнтів майже неефективне і його результати передбачити неможливо. Синдром взаємного обтяжування при захворюваннях пародонта розвиваються повільно і непомітно. Це особливо стосується судин, зв'язкового апарата зубів, внутрішньокісткових структур альвеолярної частини щелеп. Раннє виявлення цих порушень має великі труднощі. Щодо оклюзійних порушень, то діагностика їх важка, однак можлива при накопиченому досвіді.

Згідно з даними літератури ортопедичного лікування потребують до 70% хворих з патологією пародонта (В.І. Лукьяненко, В.В. Маслов).

Лікування захворювань пародонта необхідно розпочинати з корекції оклюзії, котра надійно зупиняє подальший розвиток патологічного процесу.

В окремій категорії хворих виникає необхідність у корекції оклюзії апаратами. Задача стоматолога-пародонтолога і стоматолога-ортопеда заключається в тому, щоб підібрати найбільш оптимальну конструкцію апарата чи шини для кожного хворого з уже розвинутою стадією патологічного процесу.

Аналіз опублікованих робіт та власний досвід підтверджує думку про те, що раціональними протезами для хворих пародонтозом слід вважати суцільнолітні хромо-кобальтові протези з шинуючими елементами. Однак ще

потрібно вивчати вплив різних шинуючих конструкцій протезів, побудованих на принципах біомеханіки, на функціональний стан слизової оболонки порожнини рота.

Одним із основних факторів є диспансерний нагляд після лікування.

У результаті комплексного лікування в 96,7% досягнута реабілітація хворих, які знаходяться на диспансерному обліку (А.І. Матвеева, А.Д. Шварц, А.І. Тачієв).

Таким чином, повинні функціонувати пародонтологічні відділення і в них кабінети штатних стоматологів-ортопедів, зубних техніків, ортодонтів, котрі будуть професійно лікувати пародонтологічних хворих.

ПРИКЛАД ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЧНЕ СТИРАННЯ ЗУБІВ.

Кленач М.М.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Як відомо, однією з причин патологічного процесу підвищеної стертості твердих тканин є функціональне перевантаження зубів при частковій втраті зубів (зменшення кількості антагонуючих пар, змішана функція зубів, що залишилися у ротовій порожнині). Як наслідок – формується інший стереотип жування. Ортопедичне лікування хворих з підвищеною стертістю зубів має на меті наступне: 1) усунення причини; 2) заміщення втраченої частини твердих тканин; 3) профілактика захворювань скронево-нижньощелепного суглоба, розвитку вторинних деформацій. Підвищення до нормальної висоти прикусу буде недостатньо. Відновлення анатомічної форми коронок стертих зубів повинно супроводжуватись протезуванням, що усуває травматичну оклюзію, сприяє нормалізації оклюзійних співвідношень. Тому при виборі ортопедичного лікування хворих на патологічне стирання слід враховувати не лише його форму і ступінь тяжкості, а й причину його виникнення.

В якості прикладу патогенетичного підходу до ортопедичного лікування хворих на патологічне стирання наводимо протезування хворої Г., 72 років, яка звернулася зі скаргами на стертість фронтальних зубів верхніх та нижньої щелеп. Як стало відомо з анамнезу, хвора Г. втратила бічні зуби на нижній щелепі зліва і справа приблизно вісім років тому. Не протезувалась, пристосувалась пережовувати їжу передніми зубами. Рік тому пацієнтка помітила значну стертість фронтальних зубів, до того ж довелось видалити два зуби в бічній ділянці на верхній щелепі справа і пацієнтка звернулася з метою протезування. Їй було виготовлено штамповано-паяний мостоподібний комбінований протез з опорами на 14; 17 зубів, відновлювальні металеві штамповані коронки на 33 та 44 зуби і частковий знімний пластинковий протез з камерною фіксацією на 33 та 44 зубах. Втрачені тверді тканини фронтальних зубів відновлені реставраційним методом. Але, хоч і були заміщені дефекти зубного ряду нижньої щелепи штучними зубами, пацієнтка продовжувала пережовувати їжу так, як звикла раніше. Так як металеві штамповані коронки не перешкождали великій амплітуді сагітальних рухів нижньої щелеп, а відновлені фронтальні зуби знаходились у прямому оклюзійному контакті, протягом року реставраційний матеріал сколовся. Хвора змушена була звернутись до ортопеда-стоматолога.

При об'єктивному обстеженні визначається незначне (приблизно 2,5 мм) зниження висоти центральної оклюзії. При пальпації жувальних м'язів під час максимального стискання щелеп відмічається помірне м'язове напруження, що вказує на їх невелику функціональну активність під час жування.

В порожнині рота 13; 12; 11; 21; 22; 23 стерті на ½ висоти коронки, спостерігаються горизонтальні увігнуті площадки. Зліва збережені інтактні всі моляри та премоляри з добре вираженими жувальними поверхнями, без ознак стертості. Клінічні коронки середньої висоти. Шийки зубів оголені. Справа дефект зубного ряду заміщений мостоподібним комбінованим штамповано-паяним протезом з опорою на 14; 17 зубів. Горби та фісури на жувальній поверхні штучних коронок та проміжної частини мають середній ступінь вираженості. Сам протез відповідає клініко-технічним вимогам. На нижній щелепі фронтальні стерті на 1/3 висоти коронки, замість ріжучих країв гладкі горизонтальні площадки. Гіперестезії немає. 44 та 33 покриті штампованими коронками зі слідами стертої металевої оклюзійної поверхні. Кінцеві дефекти зубного ряду нижньої щелепи заміщені частковими знімними протезами з камерною фіксацією на 44 та 33 зубах. Протез відповідає клініко-технічним вимогам, жувальна поверхня пластмасових зубів без ознак стертості.

Метою ортопедичного лікування хворої Г. стало:

- 1) відновлення стереотипу жування, при якому кожна група зубів виконувала б властиву лише їй функцію;
- 2) відновити нормальну висоту центральної оклюзії і оклюзійні взаємозв'язки, запобігти закріпленню патології та попередити зміни у СНЩС;
- 3) відновити естетику.

Для досягнення поставленої мети виготовлені суцільнолиті коронки на 44 та 33, особливість моделювання оклюзійної поверхні яких полягла у тому, щоб не допустити надмірного висування нижньої щелепи вперед. Це дало можливість примусити хвору для перетирання їжі задіяти бічні зуби активними трансверзальними рухами, а також вдалося створити умови для повноцінної реставрації фронтальних зубів. Після фіксації коронок на 44 і 33 зуби виготовлений частковий знімний протез, особливістю якого є максимальний фісурно-горбиковий контакт у бічних ділянках. Під час реставрації фронтальних зубів враховано артикуляційний взаємозв'язок, а саме: залежність між висотою горбів бічних зубів і величиною перекриття у фронтальній ділянці. Так як на збережених інтактних молярах і премолярах добре збережені горби, перекриття створили на 1/3 висоти коронок. Крім то-

го, співвідношення фронтальних зубів відповідало не прямому (як у попередньому випадку), а ортогнатичному прикусу.

Також врахований нахил осей природних зубів: верхніх у вестибулярному напрямку, а нижніх – у язичному.

При контрольному огляді через 6 місяців стирання реставрованих поверхонь верхніх і нижніх фронтальних зубів не спостерігається. Висота центральної оклюзії не зменшилась. Пацієнтка відмічає, що жування здійснюється бічними зубами, а при спробі пережувати їжу фронтальними зубами вона відчуває незручність.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕСНЫ ПАЦИЕНТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ «СЕВЕРОГАЗПРОМА», ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ

Ковалев Е.В., Амосова В.С., Назаренко З.Ю.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Проблема патогенеза пародонтита до настоящего времени остается одной из актуальных проблем современной стоматологии, о чем свидетельствуют данные ВОЗ, пародонтитом поражено 75-80 % населения земного шара.

Исследованы биоптаты десны 12 пациентов, работающих вахтово-экспедиционным методом в экстремальных климатических условиях на вредном производстве нефтегазодобывающей промышленности.

Проведенные ультраструктурные исследования свидетельствуют о том, что при хроническом катаральном гингивите происходят существенные изменения со стороны эпителия и стромы десны. Базальная мембрана меняет свою структуру, что выражается наличием большого количества инвагинатов вдающихся в строму десны. Контуры мембран полудесмосом нечеткие с укороченными их электронноплотными участками. Клетки базального шиповидного и зернистого слоев приобретают вытянутую форму и неправильные очертания. Ядра клеток овальной формы с множественными бухтообразными впячиваниями в них цитолемм клеток. Увеличено количество митохондрий, которые имеют просветленный матрикс с дисккомплексированными или полностью разрушенными кристами.

Вследствие отсутствия пучков тонофиламентов межклеточные промежутки шиповидного слоя значительно расширены и заполнены свободно располагающимися десмосомами и короткими клеточными отростками.

Клетки зернистого слоя реагируют увеличением толщины и плотности плазматических мембран. В околоядерной зоне, отмечается скопление гранул кератогиалина, а также кератиносом. Межклеточные промежутки расширены и заполнены мелкозернистыми массами. Клетки рогового слоя уплощаются, а в их цитоплазме появляются липидные гранулы. Выявленные ультраструктурные изменения мембранных структур эпителиоцитов свидетельствуют об усилении процессов внутриклеточного транспорта и протеинообразования. В строме обнаруживаются набухшие фибриллярные структуры, а также скопление полиморфноядерных лейкоцитов и плазматических клеток.

Выше изложенное свидетельствует о том, что при хроническом катаральном гингивите происходит наслоение морфологических сдвигов, связанных с патологическим процессом и экстремальными условиями работы, что является выражением сочетания функциональных нарушений при указанной патологии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ FTORCALCID-D И FTORCALCID-E НА ЭТАПАХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Коваленко В.В.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Причинами осложнений при применении безметалловых коронок и мостовидных протезов могут быть:

1. Необходимость значительного сошлифовывания твердых тканей опорных зубов при препарировании, что повышает риск возникновения травматического пульпита. (Вецлер Матиас 2002 г.).
2. Возникновение вторичного кариеса или некроза твердых тканей зубов под конструкцией, что обусловлено подверженностью открытого дентина к проникновению бактериальной флоры. (В. Боровский 2001 г., Хидирбегишвили О. 2003 г.).
3. Основным клиническим способом диагностики жизнеспособности пульпы препарированных зубов является электроодонтометрия. (ЭОД). Метод основан на определении электросопротивления биологических тканей зуба, в частности – пульпы.

Цель нашей работы – изучить эффективность и целесообразность применения солевых систем для глубокого фторирования дентина, а также эмали препаратами фирмы «Latus» (Ftorcalcit-D, Ftorcalcit-E). Дать сравнительную характеристику указанных материалов по сравнению к существующим аналогам. Объект исследования – зубы, отпрепарированные под безметалловые (на основе оксида циркония и оксида алюминия) конструкции: виниры, вкладки, коронки, мостовидные протезы.

ЕСТЕТИЧНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ.

Козак Р.В. Митченко О.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Горизонтальна форма патологічної стертості зубів характеризується стиранням твердих тканин у горизонтальній площині, внаслідок чого на жувальній чи різальній поверхнях з'являються горизонтальні фасетки стирання. Горизонтальна підвищена стертість найчастіше охоплює одночасно верхній і нижній зубні ряди.

При генералізованій (розлитій) формі підвищена стертість виявляється по всій зубній дузі. Генералізована компенсована підвищена стертість твердих тканин зубів проявляється зменшенням вертикальних розмірів коронок усіх зубів, зниженням міжальвеолярної висоти, а висота нижньої третини обличчя не змінюється. Зменшення коронок компенсується ростом альвеолярного відростка.

Відновлення висоти нижньої третини обличчя і положення нижньої щелепи в пацієнтів із генералізованою підвищеною стертістю здійснюють одномоментно чи поступово. Одномоментно міжальвеолярну висоту можна збільшити в межах 4-6 мм у ділянці бічних зубів за відсутності захворювання скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів. Обов'язково слід зберігати вільну міжоклюзійну відстань не менше 2 мм. При неможливості одномоментного збільшення міжальвеолярної висоти використовують поступове збільшення висоти з проміжним звиканням до нової висоти прикусу.

Для остаточної фіксації відновленої висоти прикусу при патологічній стертості найбільш доцільними з косметичної точки зору, за умови найменшого зашліфовування твердих тканин опорних зубів, застосовують кермачні вкладки і вініри, стійкі до стирання, за допомогою їх можна точно і на тривалий час відновити анатомічну форму і колір зуба, висоту оклюзії - вони потребують набагато меншого препарування твердих тканин зубів, ніж під металлокерамічну і металопластмасову коронки, не вимагають депульпування зубів.

Негативні властивості керамічних конструкцій – їхня висока ціна і товстий шар цементу в порівнянні з адгезивом композитних матеріалів, а отже, можливість розцементування при неосьових навантаженнях.

Композитні та пломбувальні матеріали мають добру адгезію до твердих тканин зуба, повністю відновлюють анатомічну форму зуба за мінімального препарування твердих тканин, точно передають кольорову гаму всіх шарів твердих тканин зубів, достатньо кольоростійкі, за допомогою їх можна відновити зубний ряд за одні відвідини. Але, на жаль, пломбувальні матеріали недостатньо стійкі до стирання, чим обумовлюється неможливість відновлення жувальної групи зубів.

Таким чином, на нашу думку, для найбільш якісного відновлення висоти прикусу, при патологічній стертості зубів найбільш доцільно використовувати керамічні вкладки на жувальну групу зубів та фотополімерну реставрацію фронтальної групи зубів.

ОПТИМІЗАЦІЯ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТ В ДИТЯЧИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Козакевич В.К., Козакевич О.Б., Фастовец М.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Одним із основних чинників, які зумовлюють стан здоров'я дітей, як на ранньому етапі їх життя, так і в подальшому, є повноцінне харчування у дитячому віці.

Грудне вигодовування (ГВ) дітей є основою для їх правильного фізичного та психоемоційного розвитку, а також могутнім профілактичним захистом від інфекційних та неінфекційних захворювань. В Україні грудне вигодовування завжди було традиційним. Однак, починаючи з 70-х років ХХ століття відзначається тенденція до зниження частоти та тривалості грудного вигодовування як в Україні, так і в багатьох країнах світу. З метою поліпшення ситуації щодо ГВ в Україні в 1996, 2000 та 2006 роках були прийняті програми «Підтримки грудного вигодовування дітей в Україні». Основою цих програм було впровадження в пологових стаціонарах та дитячих лікувально-профілактичних закладах Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» (ЛДД). ЛДД – це комплексна система заходів щодо підтримки ГВ на всіх ланках надання лікувально-профілактичної допомоги матерям і дітям.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу впровадження принципів УГВ в дитячі лікувально-профілактичні заклади (ДЛПЗ) м.Полтави на тривалість ВГВ та ГВ в цілому, на стан здоров'я дитини впродовж 1-го року життя.

Було обстежено 200 пар «мати – дитина». Основну (I) групу склали 105 дітей, що спостерігалися в поліклініках, в яких впроваджена Ініціатива «ЛДД». II група – група порівняння (95 дітей) включала пари, що спостерігалися в ДЛПЗ, де не впроваджено Ініціативу «ЛДД».

Дослідження стану здоров'я дітей залежно від тривалості ГВ засвідчило, що діти, які були здоровими, довше перебували на ВГВ та ГВ в цілому, ніж ті, які мали які-небудь захворювання протягом 1-го року життя.

Шляхом багатofакторного аналізу з'ясовано, що з усіх принципів успішного грудного вигодовування (УГВ) найбільший вплив на тривалість ГВ мають вигодовування дітей за вимогою, відмова від використання у пологовому будинку іншої їжі, окрім грудного молока, а також відмова від використання сосок, пустышок протягом перших місяців життя.

Дослідження засвідчує, що впровадження принципів УГВ в пологових стаціонарах та ДЛПЗ м.Полтави впливає на тривалість, успішність ГВ та на час переходу на штучне вигодовування. Триваліше грудне вигодовування дає змогу зменшити частоту аліментарно-залежної патології у дітей першого року життя.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ, СТРАДАЮЩИМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.

Колесник К.А., Насонов А.Ю.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г.Симферополь.

Было проведено клиническое обследование 103 детей с бронхиальной астмой (БА), которые имели зубочелюстные аномалии (ЗЧА). Контрольную группу составили практически здоровые дети (66 чел.) с ЗЧА.

В ходе комплексного обследования было установлено, что частота патологии СОПР у детей с БА была значительно выше, чем у детей, не имеющих соматические заболевания. Так, у детей с БА поражения СОПР и красной каймы губ определялись в 51,4% случаях, у детей контрольной группы – в 7,5% случаях.

В ходе клинического обследования детей с БА в 51,47 % случаев выявляли хронический катаральный стоматит, в последнем случае наблюдалась застойная гиперемия или цианоз СОПР на фоне снижения ее тургора, при этом часто (70,7%) определялись одиночные петехиальные высыпания. При обследовании языка в 47,57% случаев выявлялась картина десквамативного глоссита, в 8,7% случаев - атрофия нитевидных и грибовидных сосочков. Язык был отечным (30,1%), на боковых поверхностях отмечались отпечатки зубов. Красная кайма губ часто (53,4%) была сухой, со складчатым рельефом, на ее поверхности определялись мелкие чешуйки, трещины. Ангулярный хейлит наблюдался в 10,7%, при этом углы рта были гиперемированы с болезненными трещинами.

Таким образом, морфологические и функциональные нарушения в зубочелюстной системе у детей с БА диагностировались при сопутствующих воспалительных изменениях в тканях СОПР. Это диктует необходимость углубленного изучения проблемы с целью разработки рациональных лечебно-профилактических мероприятий в комплексном ортодонтическом лечении с учетом стоматологического статуса и основного заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДИФFUЗНЫМ НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ.

Колесник К.А., Колесник Д.К.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г.Симферополь.

Тиреоидные гормоны являются факторами, регулируемыми и контролирующими процессы костного моделирования и минеральный обмен. При диффузном нетоксическом зобе наблюдается нарушение фосфорно-кальциевого обмена, снижение минеральной плотности костной ткани. Это негативно отражается на тканевой перестройке, возникающей под действием ортодонтических сил при лечении ЗЧА у этой категории детей.

Целью исследования явилось изучение эффективности лечебно-профилактического комплекса, оптимизирующего ортодонтическое лечение ЗЧА у детей с диффузным зобом.

Было проведено комплексное ортодонтическое лечение 43 подростков с диффузным зобом несъемными дуговыми аппаратами. Было выделено 2 группы наблюдения. В основной группе перед и в процессе активного этапа лечения назначали лечебно-профилактический комплекс, который включал Теравит-Тоник, Терафлекс и кальцикур. В контрольной группе проводили только мероприятия профессиональной гигиены рта. Контрольные осмотры осуществляли через 1, 3 и 6 месяцев после фиксации несъемного аппарата. У детей обеих групп через месяц после начала ортодонтического лечения наблюдались ухудшение гигиенического состояния полости рта. Через 3 месяца в основной группе значения индекса Silness – Loe увеличились на 13,8% в группе сравнения на 29,6%, значения индекса Stallard на 4,8% и 5,9% соответственно. Через 6 месяцев показатели индексов гигиены существенно не изменились. У детей, получающих лечебно-профилактический комплекс, степень выраженности воспалительных изменений в тканях пародонта была достоверно ниже, чем у детей контрольной группы. Индекс РМА уменьшался до 17,2%, проба Шиллера–Писарева до 1,07±0,14 баллов. Отмечалось снижение симптома кровоточивости, не определялся зубной камень. Через 6 месяцев у детей основной группы наблюдалось восста-

новление стабильности pH ротовой жидкости, при этом величина ΔpH была в 2,9 раза меньше ($p < 0,05$), чем у детей контрольной группы. Под влиянием комплексной терапии определялось увеличение заряда ядер клеток буккального эпителия с увеличением амплитуды их электрофоретического смещения. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об эффективности использования лечебно-профилактического комплекса при ортодонтическом лечении детей с диффузным нетоксическим зобом.

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В РАМКАХ КЛАССИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Копытов А.А., Гонджаев Р.К.

Научно-исследовательский университет «Белгородский государственный университет», г. Белгород.

В НИУ «БелГУ» при кафедре стоматологии создан Межрегиональный центр стоматологических инноваций (МЦСИ), на базе которого осуществляется обучение студентов, повышение квалификации врачей, оказание стоматологической помощи населению, а также проводятся научные исследования. Для реализации этих задач в МЦСИ оснащён: эндодонтическим микроскопом «Carl Zeiss», стоматологическим томографом «Toshiba», оборудованием для протезирования зубов по технологии CAD/CAM, лабораторией функциональной диагностики, компьютеризированными рабочими местами для обучения студентов, а также оборудованием для всего спектра традиционных методов стоматологического лечения. Очевидно, что для эффективного применения комплекса имеющегося компьютеризированного оборудования необходима автоматизированная информационная система управления, поскольку фактически деятельность центра обеспечивается электронным документооборотом как одним из видов информационного взаимодействия. Причем, если ранее ставилась задача автоматизации отдельных участков работы центра, то теперь основная цель - организация комплексной системы оперативного управления всем центром. Это объясняется необходимостью интегрирования учебно-образовательного процесса, лечебно - профилактической и научно-исследовательской деятельности. Поскольку центр является межрегиональным, то возникает необходимость внедрения телемедицины, обеспечивающей возможность проведения специалистами центра дистанционных консультаций. При этом предполагается два варианта:

- «благоприятный» - пациенты, придя на приём в МЦСИ, проходят необходимое обследование на диагностическом оборудовании центра, им выдаются электронные копии результатов обследования, на основе которых и осуществляются последующее лечение по месту жительства;

- «возможный» - не требующий явки пациентов в Белгород. Результаты диагностического процесса как объективные, так и субъективные оцифровываются, передаются в МЦСИ. Исследовав документы, в телекоммуникационном присутствии пациента, сотрудники центра совместно с врачами-кураторами определяют алгоритм обследования и дальнейшего лечения.

ОПИСАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ЗУБА

**Копытов А.А., **Колодяжный В.М.*

*) Научно - исследовательский университет «Белгородский государственный университет», г. Белгород.

***) Харьковский национальный автомобильно-дорожный университет, г. Харьков.

В случае невозможности перемещения зуба, путём приложения разнонаправленного нагружения, пинцетом или пальцем врач выносит заключение об устойчивости зуба. Подвижность зуба наряду с кровоточивостью и атрофией костной ткани является диагностическим критерием, определив который стоматолог - ортопед, опираясь на личный опыт, планирует лечебный алгоритм и реабилитацию жевательного аппарата. В понимании клинициста подвижность и устойчивость близки по смыслу, дихотомичны. Феномен устойчивости упоминается многими исследователями. Вместе с тем среди специалистов нет однозначного концептуального толкования его содержания. Примером чему служит описание биофизики полных съёмных протезов: «Фиксацией называют устойчивость протеза при покое нижней челюсти. Устойчивость протеза во время функции называют стабилизацией» [1, 2]. Через «устойчивость» даётся дефиниция «фиксации» и «стабилизации», однако сам термин не объясняется. На наш взгляд подобное использование «устойчивости» качественно описывает свойства явлений или предметов характеризуя их как нечто инертное, не поддающееся воздействиям: «устойчивые взгляды, устойчивая валюта». Количественное определение некоторых аспектов устойчивости дано в работах А.Д. Шварца, рассматривавшего геометрию жевательной поверхности зубов.

Известны два вида движения тела – поступательное и вращательное. Выраженные аппроксимальные контакты, выступая в роли направляющих, обуславливают поступательное движение зуба, и в случае утраты их выраженности возникают условия для изменения вида движения. Приложенная нагрузка перемещает зуб, который, в свою очередь, деформирует окружающие области. Набор формул, описывающих перемещение в первом и вто-

ром случае различен. Следовательно, правомерно рассматривать две задачи так как отличается воздействие на изучаемые области, следовательно, и их отклик на нагрузку.

Устойчивость тела определяют: площадь опоры и расстояние от центра тяжести до плоскости, относительно которой проводятся расчёты.

Поскольку центр тяжести зуба с развитием атрофических процессов переходит из интраальвеолярного положения в экстраальвеолярное то в первом случае величины расстояний носят отрицательные значения, во втором случае положительные.

Если центр тяжести занимает наиболее апикальное положение по сравнению со всеми возможными соседними положениями, то устойчивость зуба в данный момент окклюзии максимальна. С атрофией степень устойчивости уменьшается из-за уменьшения проекции площади опоры и обретения расстоянием между центром тяжести и линией, разделяющей зуб, на интраальвеолярную и экстраальвеолярную части, положительных значений.

Условием, обуславливающим устойчивость тела (зуба), опирающегося на несколько точек, является: направленность результирующей воздействующих моментов сил (РВМС) внутрь площади, на которую опирается тело, или внутри контура, образованного линиями, соединяющими точки опоры, при проецировании данного тела на расчётную плоскость. Зуб максимально устойчив при совпадении направления РВМС и оси зуба. В процессе нагружения зуб движется поступательно. Согласно теории артикуляционного равновесия, такое возможно при выраженных апроксимальных контактах.

Утрата выраженности апроксимальных контактов приводит к появлению неосевых нагрузок. Жевательная нагрузка, ранее распределявшаяся на пародонт сегмента зубного ряда, прилагается локально, утрачивается соосность РВМС и оси зуба, возрастает поперечная составляющая жевательной нагрузки. Появляется угол конвергенции. Величина угла конвергенции определяется как разница между изначальной осью установки зуба и изменившейся осью установки зуба. Возникающие моменты сил обуславливают вращательное движение зуба. РВМС стремится к границе, полученной при проецировании интраальвеолярной части зуба на плоскость параллельную окклюзионной. В случае направленности РВМС вне фигуры, полученной при проецировании интраальвеолярной части зуба на плоскость параллельную окклюзионной, зуб переходит в неустойчивое состояние.

Измерив разницу площадей проекций интраальвеолярных частей зуба в норме и при патологии, можно утверждать о степени утраты устойчивости зубом.

Определив угол конвергенции, а на его основании направленность РВМС по отношению к контуру проекции интраальвеолярной части зуба, можно прогнозировать течение реабилитации пародонта.

АНАЛІЗ МЕТОДІВ ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Коробейнікова Ю.Л.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Широка розповсюдженість, складність діагностики, а інколи – відсутність довгострокових позитивних результатів ортопедичних методів у комплексному лікуванні хвороб пародонта ставить цю проблему на одне з цільних місць. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) хвороби пародонта – це одна з найбільш поширених і складних патологій щелепно-лицьової ділянки. Про це свідчить той факт, що втрата зубів через хвороби пародонта буває в 5 раз частіше, ніж від ускладнень карієсу. У клініці ортопедичної стоматології прояви хвороб пародонта як супутньої патології спостерігаються майже у 90% пацієнтів, які звернулися з приводу протезування.

Сучасний етап розвитку стоматології зумовлений впровадженням новітніх технологій у клінічну ортопедичну практику. Особливо ці еволюційні процеси актуальні для пародонтології, оскільки спостерігається стійка динаміка зростання можливостей використання сучасних технологій.

Лікування хвороб пародонта здійснюється за допомогою різних ортопедичних методів, які за складністю конструкції часто мають перевагу над звичайними протезами, а оптимального лікувального ефекту можна досягти лише за умов високого класу точності шинуючих протезів. Тому, шинування залишається одним із перспективних напрямків комплексного лікування хвороб пародонта, що дозволяє знизити вірогідність видалення зубів.

Ідеологія шинування у комплексі лікувальної дії на різних стадіях враження пародонта полягає в іммобілізації окремих зубів або груп зубів, вирівнюванні оклюзійної поверхні та силових взаємовідносин між зубними рядами. У зв'язку з цим, під час комплексного лікування і адекватної реабілітації хворих запропоновані спеціальні методи, серед яких можна виділити тимчасове шинування та ортопедичне лікування з постійним шинуванням.

До завдань тимчасового шинування належить забезпечення умов для терапевтичного і хірургічного лікування пародонтиту. При цьому є час для вирішення питань про доцільність збереження або видалення рухомих зубів. Тимчасові шини можуть бути знімними або незнімними. Знімні шини можна використовувати за відсутності деяких зубів, що створює гарні умови для гігієни порожнини рота та проведення необхідної терапії. Перевагою незнімних шин є можливість профілактики перенавантажень пародонта в різних напрямках дії, що не можна забезпечити за допомогою знімних шин.

Методи постійного шинування передбачають виготовлення більш досконалих конструкцій за умов, якщо хвороба в стадії ремісії і на визначений термін можна гарантувати збереження зубів, введених до конструкції. Постійні шини виготовляють не усім пацієнтам. До абсолютних показань, насамперед, відносять значну рухомість зубів при атрофії альвеолярного відростка не більше $\frac{1}{4}$ довжини кореня зуба. Найчастіше серед незнімних шин ви-

користуються: кільцева шина, напівкільцева шина, ковпачкова шина, вкладочна шина, коронкова та напівкоронкова шина, інтердентальна (міжзубна) шина, незнімні шини-протези.

Аналіз літературних джерел свідчить, що варіантів шинування незнімними конструкціями досить багато, що дозволяє лікарю вибрати методику в залежності від особливостей клініки хвороби.

Шинування знімними конструкціями може використовуватися як при наявності повного зубного ряду, так і при відсутності декількох зубів. До позитивних методів їх використання можна віднести відсутність необхідності зі шліфування твердих тканин зуба (шина Альбрехта, знімна шина з литою капою, кругова шина та ін.).

Таким чином, наведені дані свідчать про те, що поряд із детальним вивченням можливостей застосування сучасних технологій йде пошук альтернативних засобів вдосконалення та розширення існуючої технологічної бази методів шинування рухомих зубів при захворюваннях тканин пародонту.

ФИЗИЧЕСКАЯ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОГО МЫШЕЧНО-СУСТАВНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Король М.Д., Рыбалов О.В., Яценко О.И.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

По данным различных научных источников литературы, заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются у 27 – 76% пациентов, обращающихся за стоматологической помощью. При этом у больных, имеющих зубные протезы, симптомы мышечно-суставной дисфункции диагностируются в 40 – 50% клинических наблюдений. В ряде работ отечественных учёных особое внимание в развитии симптоматики мышечно-суставной дисфункции уделяется функциональной нестабильности одного из компонентов ВНЧС – суставной головки нижней челюсти, выражающейся в её гипермобильности.

Исследования физиологов мускулярного жевательного аппарата доказали, что в ответ на сократительные движения мышц, поднимающих нижнюю челюсть, возникает ряд факторов, которые противопоставляются сокращению. В частности, сюда отнесены механические силы сопротивления тканей внутри самих мышц, силы сопротивления в суставных компонентах, сопротивление мышц-антагонистов в зависимости от их сократительной активности, характер нагрузки на ткани пародонта (при жевании), воздействие внешних гравитационных сил.

С учётом выше перечисленных характеристик, которые всегда присутствуют в неадекватных соотношениях у больных с функциональной нестабильностью суставной головки нижней челюсти, нами разработаны и использованы в комплексном лечении таких пациентов физические и физиотерапевтические приёмы.

Наши наблюдения относятся к 43 больным, страдающим выраженной функциональной нестабильностью суставной головки с длительностью анамнеза от года до 3 лет. Объективным подтверждением наличия функциональной нестабильности служили прицельные рентгенограммы ВНЧС с закрытым и открытым ртом. Для восстановления анатомических взаимоотношений суставной головки и суставной впадины производилась ручная репозиция смещённых головок в правильное положение. Больным назначался охранительный режим в виде ограничения открывания на срок 5 – 7 дней, массаж височных и собственно жевательных мышц два раза в день (утром и вечером) в течение 7 минут на протяжении 5 – 7 дней, который в последующие 7 дней заменялся вибромассажем. В это же время больным проводили электростимуляцию собственно жевательных мышц и мышц подподбородочного комплекса попеременно через день. Для этого использовали физиотерапевтический аппарат «Тонус-2» с режимом работы импульсов треугольной формы (тетанизирующие токи) силой 4 – 5 мА с продолжительностью воздействия 10 минут. Расположение электродов продольные, количество процедур – 10.

Все наблюдаемые больные в ближайшее после завершения лечения и отдалённые (до 6 месяцев) сроки явлений функциональной нестабильности со стороны суставных головок нижней челюсти не отмечали.

Электрмиографией собственно жевательных мышц, осуществлённой у 18 пациентов до начала лечения и через 14 дней после его завершения, подтверждено полное восстановление их биоэлектрической активности у 15 человек.

Таким образом, применение физических и физиотерапевтических (электростимуляционных) методик в комплексном лечении больных с функциональной нестабильностью суставных головок нижней челюсти в виде их гипермобильности оказывает высокую эффективность и может быть рекомендовано для широкого использования в клинике мышечно-суставных дисфункций ВНЧС.

МЕСТО МИНИИМПЛАНТАТОВ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

Король Д.М.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Сегодня актуальность использования внутрикостных имплантатов в комплексе реабилитации пациентов, нуждающихся в замещении дефектов зубных рядов, не вызывает сомнения.

Основной тенденцией последнего времени является стремление врачей и пациентов сделать лечение максимально атравматичным, сократить временные и финансовые затраты на лечение. Невозможность или нежелание прибегать к подготовительным хирургическим процедурам, таким как пластика альвеолярного отростка при малой его ширине, зачастую ставили под сомнение возможность протезирования на имплантатах как таковое.

Появление в арсенале имплантатов малого диаметра, открыло новые перспективы для их использования в сложных клинических ситуациях, а именно:

- 1) применение в качестве временных опор на этапах лечения;
- 2) применение в качестве дополнительных опор при значительной протяженности дефекта;
- 3) применение при малой ширине альвеолярного отростка в участке отсутствующих зубов;
- 4) применение при малой мезио - дистальной дистанции между зубами, ограничивающими дефект;

В 2011 году сотрудники кафедры протезоведения ортопедической стоматологии приобрели начальный практический опыт ортопедической работы с ультратонкими имплантатами Dentatus Anew (Швеция). Первые полученные обнадеживающие результаты протезирования на данных конструкциях позволяют говорить о перспективности дальнейших исследований в рамках этой тематики.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ СИСТЕМНИХ АНТИГІПОКСИЧНИХ ТА СТРЕС-ПРОТЕКТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ, ЗА УМОВ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ

Костенко В.О., Діхтенко Т.Г., Скотнікова Л.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Новим підходом до розробки метаболітотропних хірургічних шовних матеріалів (ХШМ) є створення ниток, що забезпечують сукупну біорегуляторну та антимікробну дію. У цьому плані нами запропоновані хірургічні нитки, що розсмоктуються, модифіковані L-аргініном. Уведення L-аргініну до складу колагеновмісного ХШМ дозволяє потенціювати репаратні властивості останнього, запускає залежні від активації NO-синтаз та аргінази медіаторні процеси.

Для L-аргініну притаманна досить потужна бактеріостатична та бактерицидна дія, пов'язана з високою полярністю бічного ланцюга аргініну (+20,0). L-аргінін, взаємодіючи з мембраною бактерій, змінює її структуру та проникність, діючи згубно навіть для тих мікроорганізмів, що виробили стійкість до різних антибіотиків.

Нами досліджено системний вплив L-аргініну, іммобілізованого електролізним методом на шовному матеріалі, на окиснювальні процеси у крові, тканинах печінки та слизовій оболонці шлунка білих щурів після хірургічного втручання за умов відтворення хронічного психоемоційного стресу та гострої циркуляторно-гемічної гіпоксії.

Системні ефекти L-аргініну досліджувалися при його введенні у складі шовного матеріалу у між'язовий карман передньої черевної стінки. Нами виявлена системна стреспротективна та антигіпоксична дія L-аргініну, іммобілізованого на шовному матеріалі, що відбивається у збільшенні енергетичного потенціалу тканин печінки, корекції зростання продукції супероксидного аніон-радикала мікосомальним і мітохондріальним електронно-транспортними ланцюгами у клітинах печінки, активації пероксидного окиснення ліпідів в крові, слизовій оболонці шлунка та печінці, зниження антиоксидантного потенціалу у тканинах слизової оболонки шлунка та печінки щурів, істотному зменшенні множинності стресорних виразок шлунка та виразкового індексу.

УЧАСТЬ NO-СИНТАЗ ТА ПЕРОКСИНІТРИТУ У ПАТОГЕНЕЗІ МЕХАНІЧНИХ І ТОКСИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ СЛИННИХ ЗАЛОЗ І ПАРОДОНТА ЗА УМОВ НАДЛИШКОВОГО УТВОРЕННЯ ОКСИДУ АЗОТУ

Костенко В.О., Коваленко О.В., Фартушина А.М., Стасюк О.А., Богданов О.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Відома роль оксиду азоту (NO) як важливого фізіологічного регулятора функцій організму і метаболізму клітин. Поряд з цим NO є одним із найпотужніших агентів, що ушкоджують, виявляє прооксидантні й апоптотичні властивості, пригнічує біоенергетичні та репаративні процеси. За умов запалення у тканинах слинних залоз та пародонта істотно зростає продукція активних форм кисню, у т.ч. супероксидного аніон-радикалу, що створює передумови для утворення високотоксичного пероксинітриду. Проте досі залишається невизначеною роль ізоформ NO-

синтаз та пероксинітриду у патогенезі розвитку травматичних та токсичних уражень тканин слинних залоз і пародонта за умов надлишкового утворення NO з екзогенного джерела (через нітрат- та нітритредуктазний шлях).

Нами досліджено зміни окиснювальних і репаративних процесів у тканинах слинних залоз і пародонта білих щурів при відтворенні травматичного токсичного (фтористого) сіалоаденіту, гінгівіту та пародонтиту на тлі надлишкового утворення NO з екзогенного попередника (модель хронічної інтоксикації нітратом натрію), а також введення інгібіторів NO-синтаз і скевенджерів пероксинітриду.

Тривале введення нітрату натрію (200 мг/кг, протягом 30-90 діб) супроводжувалося активацією вільнорадикального окиснення у тканинах, дизрегуляторними розладами антиоксидантних ферментів, дезорганізацією сполучної тканини внаслідок деполімеризації глікопротеїнів і протеогліканів.

Введення скевенджерів пероксинітриду (сечової кислоти, селенометіоніну) істотно не позначається на стані метаболізму у досліджуваних тканинах. Проте ступінь розладів достовірно зменшується при попередньому введенні тваринам інгібітора iNOS (аміногуанідину) та збільшується при введенні неселективного інгібітора NOS (L-NAME) та селективного інгібітора nNOS - 7-нітроіндазолу.

Таким чином, функціонально-метаболічний стан тканин слинних залоз, ясен, кісткових складових пародонта залежить не тільки від кількості NO, що утворюється при відновленні нітратів і нітритів, а також від функціонального стану різних типів NO-синтаз.

РОЛЬ ЗАХИЩЕНИХ ПЕНІЦИЛІНІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ

Костіна В.М., Василенко В.А., Василенко М.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Горбанівський геріатричний пансіонат ветеранів війни та праці, м. Полтава

Лікування хворих старшого віку, зокрема запальних захворювань легень та захворювань серцево-судинної системи є актуальною проблемою сьогодення.

Метою дослідження стало вивчення ролі сучасного антибактеріального препарату Панклав у лікуванні інфекційного загострення при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) у хворих старшого віку з поєднаною патологією ХОЗЛ і стабільної стенокардії, які знаходяться в інтернатних закладах.

Основним збудником бактеріальних нетяжких інфекційних загострень при ХОЗЛ в осіб старшого віку є: гемофільна паличка (30-40%), пневмококи (20-30%), мораксела (6-13%). Головним у виборі антимікробного препарату являється максимальна ерадикація бактерій. Панклав містить: амоксицилін, клавулонову кислоту та допоміжні речовини. Обговорення результатів дослідження. Під спостереженням знаходилось 15 підопічних Горбанівського геріатричного пансіонату ветеранів війни та праці, які страждають на ХОЗЛ в поєднанні зі стабільною стенокардією. Вік пацієнтів від 62 до 102 роки. На ХОЗЛ підопічні страждають більше 20 років, на стенокардію близько 10 років. Наявність інфекційного загострення ХОЗЛ характеризувалось збільшенням задишки та кашлю, підвищенням температури тіла, збільшенням виділення харкотиння та її гнійливістю. Перебіг ХОЗЛ був визначений як нетяжкий.

Панклав призначався емпірично двічі на добу по 1 пігулці через 12 годин на протязі 7 днів в починаючи з моменту загострення хвороби. Покращення стану підопічних спостерігалось в перші 1-3 доби прийому препарату. Після 7 діб лікування ознаки загострення ХОЗЛ регресували. Підопічні вказували на хорошу переносимість препарату.

Таким чином, даний лікарський препарат можна рекомендувати до застосування в лікуванні хворих старшого віку, при інфекційному загостренні ХОЗЛ у хворих з поєднаною патологією ХОЗЛ та стабільної стенокардії з нетяжким перебігом, які знаходяться в інтернатних закладах.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ, УСКЛАДНЕНУ НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Костіна В.М., Бугасова І.Ф.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Лікування хворих старшого віку, які страждають на стабільну стенокардію, ускладнену негоспітальною пневмонією, у відповідності до протоколів лікування пацієнтів з пневмоніями, які знаходяться в інтернатних закладах, останні потребують госпіталізації і стаціонарного лікування, що пов'язано з високими ризиками ускладнень і не-

бажаних наслідків, а також додатковими фінансовими затратами. Головним у виборі антимікробного препарату є максимальна ерадикація бактерій.

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування препарату Панклав при лікуванні хворих старшого віку на стабільну стенокардію, ускладнену негоспітальною пневмонією, які знаходяться в інтернатних закладах.

Результати дослідження. Під спостереженням знаходилось 18 підопічних Горбанівського геріатричного пансіонату ветеранів війни та праці, які страждають на стабільну стенокардію, ускладнену негоспітальною пневмонією. Вік пацієнтів від 62 до 84 років. На стенокардію страждають більше 10 років. Наявність пневмонії було підтверджено при х-променевому дослідженні. Перебіг пневмонії був визначений як нетяжкий.

Препарат Панклав містить: амоксицилін (у формі три гідрату) 875 мг, клавулонову кислоту (у формі калієвої солі) 125 мг та допоміжні речовини. Дана комбінація забезпечує високу бактерицидну активність Панклаву 875/125 мг відносно як до чутливих до амоксициліну штамів, так і до штамів, що продукують бета-лактамази. Панклав призначався в якості емпіричної терапії по 1 таблетці через 12 годин на протязі 7 днів в перші 1-2 доби захворювання. Через 3 дні прийому препарату пацієнти відмітили зменшення клінічних та фізикальних ознак пневмонії. Через 7 днів при х-променевому дослідженні легень ознак пневмонії не виявлено.

Висновок: застосування лікарського препарату Панклав у хворих старшого віку, які страждають на стабільну стенокардію, ускладнену пневмонією, сприятиме підвищенню ефективності лікувальних заходів, скороченню його термінів та зменшенню затрат на госпіталізацію до стаціонару.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАГОСННЯ ГНІЙНИХ РАН

Кравців М.І., Лігоненко О.В., Ляховський В.І., Дігтяр І.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема прогнозування перебігу ранозагоєння недостатньо розроблена. Традиційним підходом до її розв'язання є побудова автоматизованих систем прогнозування на підставі нейромережевого або регресійного аналізу, що не зручно для застосування в практичній медицині. Більш оптимальними з практичної точки зору є способи прогнозування з використанням спеціальних розрахункових шкал.

Метою нашої роботи стала розробка алгоритму прогнозування перебігу ранозагоєння при лікуванні хворих з гострою гнійною хірургічною патологією м'яких тканин.

Для визначення основних чинників, які впливають на перебіг ранозагоєння, проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 117 пролікованих хворих із гострими запально-гнійними ураженнями м'яких тканин. Для побудови алгоритму прогнозування ранозагоєння застосовано бінарний логістичний регресійний аналіз.

Побудовано спеціальну розрахункову шкалу балів та розроблено алгоритм прогнозу загоєння гнійних ран. Визначені наступні статистично значимі прогностичні чинники та обчислений їх прогностичний бал: вік більше 50 років - 3 бали, СРБ більше ++ - 9 балів, ЛПІ більше 2,6 у.о. - 5 балів, мікробна забрудненість рани більше $2,5 \times 10^8$ куо/мл - 11 балів, деструктивно-запальний тип цитограми - 9 балів, РНК в ділянці рани менше 0,15 мг/г - 13 балів, АІ менше 1,25 у.о. - 16 балів, СОД більше 2,95 од. акт. - 8 балів, енергетичний потенціал тканин менше 0,35 у.о. - 15 балів, наявність ЦД - 11 балів. При сумарному балі прогностичних чинників до 35 - прогнозується неускладнений перебіг ранозагоєння; від 36 до 49 балів - сумнівний перебіг; більше 50 балів - ускладнений перебіг.

Якість запропонованого прогностичного алгоритму: чутливість - 87,5%, специфічність - 98,1%, точність - 96,7%.

Розроблений алгоритм доцільно використовувати як метод прогнозу перебігу ранозагоєння у хворих з гострими запально-гнійними ураженнями м'яких тканин (точність методу 96,7%).

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ РАЗВИТИЯ ГИНГИВИТА ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРЕКЕТ-ТЕХНИКОЙ.

Крылова Т.Л., Морозов А.Л., Иншекова Л.М.

ГУ КГМУ им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Количество пациентов, обращающихся за ортодонтической помощью, неуклонно растет. Все чаще врачи - ортодонты используют несъемную аппаратуру: брекет-технику. Однако, этот способ лечения таит в себе много факторов риска. Один из них - развитие и прогрессирование гингивита в местах приложения ортодонтических сил. В доступной нам литературе ограничена информация о причинах возникновения, характера клинического течения и методах лечения воспаленной десны. Большинство практикующих ортодонтов предполагают, что причина данных проявлений связана с взаимным этиологическим влиянием нарушений кровообращения и восприятия нагрузки зубами от воздействия брекет - техники, а также с плохой гигиеной и нарушением биоценоза в полости рта.

В связи с этим, целью нашего исследования было определить взаимосвязь между применяемой ортодонтической аппаратурой и изменением количества *Candida albicans*, выделенной со слизистой оболочки полости рта. Выявить зависимость количественного состава данной флоры от места приложения ортодонтических сил и сроков лечения.

Нами було обстежено 57 пацієнтів, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні в віці від 14 до 20 років. 12 осіб лікувалися съємними пластинчастими апаратами. У 45 – лікування з використанням брекетів – техніки. З них у 21 людини брекети були зафіксовані тільки на зубах верхньої щелеї.

Для дослідження кількісним методом матеріал брали стерильною петлею з прищеечної області вестибулярної поверхності зубів, на яких була зафіксована ортодонтична апаратура і з зубів без брекетів, з дорсальної поверхності язика, со слизистою в ретромолярному просторі. Зміст петлі ретельно суспензуювали в 1 мл. бульйону і умовно приймали за розведення 1:9. Посів здійснювали на основну поживну середу – 5 % кров'яний агар і доповнювальну – середу Сабуро методом секторальних посівів. Визначення ступеня обсеменення бактеріями по кількості виділених колоній здійснювали згідно таблиці. Відсутність колоній при прямому посеві і наявність росту колоній із середо накоплення свідчувало про те, що в даній мазці ступінь обсемененості менше 10^2 .

В результаті мікробіологічного дослідження було виявлено, що у всіх пацієнтів, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні з використанням брекетів – техніки, більше одного місяця висівалась *Candida albicans* в 10^4 - 10^5 . При цьому у осіб з брекетами на зубах однієї щелеї дана флора висівалась і з дорсальної поверхності язика, і со слизистою в ретромолярному просторі, а результати аналізу посіву, взятого з поверхності зубів без ортодонтичної апаратури, були отрицательними.

Після зняття брекетів через 6 – 7 місяців у 12 осіб, що мають съємні ретенційні апарати, показники мікрофлори порожнини рота відповідали фізіологічній нормі.

Таким чином, кількісне збільшення дріжджоподібних грибів відбувається в безпосередній близькості від зафіксованих брекетів і зберігається на протязі всього періоду використання несъємної апаратури.

Використання брекетів – техніки в ортодонтичній практиці є провокуючим фактором для збільшення кількості *Candida albicans* в порожнині рота. Використання съємних апаратів зменшує ризик розвитку катарального гінгівіта грибкової етіології.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М., Шпехт Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Абдомінальний біль у дітей є найбільш частою причиною звернень до лікаря і одним із основних показань для екстреної госпіталізації. У 90% дітей з абдомінальним болем органічні захворювання відсутні, і тільки в 10% випадків вдається встановити органічну причину абдоміналії (Ердес С., Мухаметова Е., 2007).

Метою нашої роботи стала розробка алгоритму диференційної діагностики абдомінального болю у дітей.

На першому етапі діагностики при обстеженні дитини з абдомінальним болем необхідно визначити чи є больовий синдром відображенням гострої хірургічної патології. Провідним симптомом «гострого живота» є інтенсивний, наростаючий біль в черевній порожнині, який виник раптово. Підозра педіатра або сімейного лікаря на хірургічну причину болю в животі потребує обов'язкової консультації дитячого хірурга. Додаткові методи діагностики при гострому болю в животі повинні включати обмежену кількість лише самих інформативних досліджень: клінічний аналіз крові; оглядовий знімок черевної порожнини при підозрі на кишкову непрохідність, перфорацію, діафрагмальну грижу; ультразвукове дослідження для виключення змін в нирках, жовчному міхурі, підшлунковій залозі, мезентеріальних лімфовузлах; ФГДС - тільки при підозрі на кровотечу із верхніх відділів ШКТ.

Наступним етапом є визначення характеру больового синдрому, де значення має диференціація функціонального чи органічного характеру абдомінального болю. При виключенні симптомів «тривоги» (лихоманка, зниження маси тіла, інтенсивний біль в животі, нічна симптоматика, кров у випорожненнях, зміни в аналізах крові і об'єктивному статусі) проводиться первинний курс терапії з наступною переоцінкою діагнозу при відсутності ефекту від лікування. Завершальним кроком є діагностика соматичного захворювання, якщо біль має органічний характер, і повинна включати консультацію невролога, хірурга, загальноклінічні аналізи крові та сечі, бакпосів сечі, дослідження калу на приховану кров, гельмінти і т.д., по показанням УЗД ОЧП, іригографію, ФГДС, колоноскопію, рентгенографію черевної порожнини, комп'ютерну томографію.

Таким чином, складність інтерпретації болю в животі у дітей, безліч можливих абдомінальних і позаабдомінальних причин обумовлюють необхідність проведення лікарем первинної ланки диференційного діагнозу, який ґрунтується на ретельному аналізі даних зібраного анамнезу, фізикального обстеження, доповнених лабораторно-інструментальними методами на етапах надання лікувальної допомоги хворим.

ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Кудря І.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Дисбаланс ланок вегетативної нервової системи (ВНС) є одним із патогенетичних механізмів ішемічної хвороби серця (ІХС), гіпертонічної хвороби (ГХ) та порушення серцевого ритму (Коваленко В.Н. та ін., 2006; Кузьміна Н. В., Серкова В. К., 2009). Зниження варіабельності серцевого ритму (ВСР) у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ є прогностично несприятливим фактором, що визначає ризик прогресування хвороб, електричної нестабільності міокарду та раптової смерті.

Метою дослідження було встановлення дисбалансу між симпатичним та парасимпатичним відділами ВНС у хворих на ІХС залежно від стадії супутньої ГХ.

Об'єктом дослідження були 126 хворих на ІХС в поєднанні з ГХ, середній вік - $59,33 \pm 0,71$ роки. ГХ II ст. була супутньою хворобою в 79 (62,7 %) хворих зі 126, ГХ III ст., постінфарктний кардіосклероз – у 47 (37,3 %). За статтю хворі розподілилися таким чином: 91 (72,2 %) чоловіків та 35 (27,8 %) жінок. Обстеження досліджених проводилося згідно стандартам діагностики та лікування України, в тому числі ехокардіографія, добове моніторування електрокардіограми за Холтером та артеріального тиску. Оцінювали дисбаланс ланок ВНС за допомогою спектральних показників ВРС. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився параметричними та непараметричними методами.

Середні значення потужності низькочастотного діапазону повільних хвиль першого порядку (вазомоторні хвилі) за добу ($M \pm SEM$; SD: $353,07 \pm 53,05$ мс², 205,47, Pst=0,006, де M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, Pst – різниця за двохвиірковим t – критерієм Ст'юдента), вдень та вночі були значно знижені у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом у порівнянні з хворими на ІХС в поєднанні з ГХ II ст. ($M \pm SEM$; SD: $600,59 \pm 58,29$ мс²; 313,91). Такі відмінності між двома підгрупами хворих обумовлені пригніченням симпатичного відділу нервової системи, що вказує на знижену активність вазомоторного центру та барорефлекторної регуляції. Характерним для хворих на ІХС в поєднанні з ГХ III ст., постінфарктним кардіосклерозом є зменшення середнього значення потужності високочастотного компонента спектра дихальних хвиль за добу ($M \pm SEM$; SD: $94,47 \pm 20,52$ мс²; 79,48; PMW=0,012, де PMW - різниця між групами за даними тесту Mann-Whitney), вдень та вночі на відміну від хворих на ІХС в поєднанні з ГХ II ст. ($M \pm SEM$; SD: $275,07 \pm 54,91$ мс²; 295,72). Це свідчить про зниження активності парасимпатичного відділу нервової системи, який впливає на гальмування автономного контуру регуляції, активність симпатичного відділу.

Отже, зниження адаптаційних можливостей вегетативної нервової системи було патогномонічним для хворих на ІХС у поєднанні з ГХ II та III ст., постінфарктним кардіосклерозом, проте більше гальмування як симпатичного, так і парасимпатичного відділів спостерігали в останніх.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПОСОБУ ХІМІОГОРМОНОТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Куліш М.В., Ярешко А.Г.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В умовах сучасних режимів антимікобактеріальної терапії, великої кількості хворих з медикаментозною резистентністю, особлива роль в подальшому підвищенні ефективності лікування туберкульозу належить патогенетичним засобам. До теперішнього часу в комплексній терапії туберкульозу як засіб патогенетичної терапії найбільш широко використовуються глюкокортикостероїди, але в існуючих схемах хіміогормонотерапії не враховується антагоністична взаємодія рифампіцину з кортикостероїдними препаратами. Тому розробка більш досконалих режимів хіміотерапії, які сприятимуть підвищенню ефективності лікування туберкульозу, є актуальною.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності способу хіміогормонотерапії хворих з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень.

Під нашим спостереженням перебувало 22 хворих з вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень (інфільтративна та дисемінована форма) з бактеріовиділенням, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавському обласному протитуберкульозному диспансері. 7 хворих (основна група) отримували протокольну хіміотерапію з призначенням преднізолону по 20 мг через день, зранку, одноразово, протягом 2 місяців, з відміною препарату одноразово, без зниження дози, але рифампіцин і піразинамід (найбільш гепатотоксичні препарати) призначались в добовій дозі одноразово в вечірній час (з урахуванням добового біоритму печінки), не раніше 20 годин. 15 пацієнтів контрольної групи отримували лише хіміопрепарати, зранку одноразово, в добовій дозі. За характеристикою патологічного процесу хворі контрольної групи були ідентичні основній.

Отримані результати свідчили про те, що протягом перших 2 місяців лікування бактеріовиділення припинилося у всіх (100,0%) хворих основної групи і 33,33% ($p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи. Розсмоктування інфільтрації після закінчення повного курсу стаціонарного лікування досягнуто у всіх (100,0%) хворих основної групи, проти

53,33% ($p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи, закриття порожнин розпаду досягнуто у 85,71% хворих основної групи та у 46,66% ($p < 0,05$) пацієнтів контрольної групи.

Таким чином, використання розробленого способу хіміогормонотерапії туберкульозу дозволяє прискорити досягнення клінічного ефекту, попередити виникнення гепатотоксичних реакцій та суттєво підвищити ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень з бактеріовиділенням.

РОЛЬ ППАР- γ -АКТИВАЦІЇ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ АПОПТОЗУ CD64⁺ МОНОНУКЛЕАРІВ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ IN VITRO

Куценко Н.Л., Весніна Л.Е., Кайдашев І.П.

НДІ генетичних та імунологічних основ розвитку патології та фармакогенетики ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Протизапальна функціональна активність ППАР- γ сьогодні привертає увагу науковців різних галузей медицини. Активація ППАР- γ при зв'язуванні з лігандами в моноцитах призводить до пригнічення продукції прозапальних цитокінів – TNF- α , IL-1, IL-6 та оксиду азоту, матриксних металопротеїназ, індукуює апоптоз моноцитів/макрофагів, тощо.

Метою даного дослідження було вивчення впливу активатора ППАР- γ – піоглітазону на процеси апоптозу CD64⁺ мононуклеарними клітинами периферичної крові in vitro та на експресію ядерного транскрипційного фактора kB (NF-kB).

Мононуклеари периферичної крові (МНПК) інкубували в присутності піоглітазону в концентраціях 10, 30 та 100 μ M. Експресію NF-kB серед CD64⁺ клітин визначали методом проточної цитофлюориметрії, використовуючи відповідні моноклональні антитіла. Розвиток апоптозу визначали за допомогою анексіну V (AnV) та пропідіуму йодиду (PI).

Активація ППАР- γ призводила до зменшення кількості CD64⁺ клітин та максимальних рівнів експресії цих рецепторів, дозозалежного зменшення експресії NF-kB в суспензії МНПК та серед CD64⁺ клітин. Аналізуючи рівні апоптозу серед МНПК під впливом активатора ППАР- γ , відмічено дозозалежне зменшення кількості апоптотичних клітин. При цьому максимальні вірогідні зміни спостерігались під впливом піоглітазону в дозі 100 μ M (вдвічі зменшення кількості AnV⁺PI⁺ клітин).

Отримані результати впливу активації ППАР- γ на процеси апоптозу та експресію NF-kB потребують подальших досліджень для досконалого вивчення можливих механізмів регуляції функціональної активності клітин, в реалізації яких провідна роль належить NF-kB.

ДИСБИОТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Левицкий А.П.¹, Николишин А.К.², Ступак Е.П.², Скидан К.В.³

¹ГУ "Институт стоматологии НАМН Украины", г. Одесса

²ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

³ГУ "Харьковский национальный медицинский университет", г. Харьков

Ротовая полость – важнейший биотоп макроорганизма, в котором обитает более 500 видов различных микробов, общая численность которых в несколько раз превышает численность всех соматических клеток.

Преобладающее содержание в оральном микробиоценозе пробиотических видов микробов, сосуществующих с макроорганизмом на принципах мутуализма (взаимопомощи), обеспечивает существенную долю антимикробной защиты тканей ротовой полости.

В силу разных причин (нарушение питания, снижение функциональной активности слюнных желез, соматические заболевания, длительная антимикробная терапия и др.) возможно значительное (в сотни и тысячи раз) снижение численности пробиотических видов бактерий, что приводит к росту численности условно-патогенных и даже патогенных микробов, обуславливающих развитие стоматологических заболеваний.

В экспериментальных условиях показано, что моделирование орального дисбиоза существенно сказывается на состоянии зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта, вызывая развитие воспалительно-дистрофических процессов в мягких тканях и нарушений целостности зубов.

Регуляция орального микробиоценоза осуществляется путем нормализации саливации и антимикробного потенциала слюны, изменения характера питания, соблюдения рациональной гигиены полости рта и лечения общесоматических заболеваний.

Одними из наиболее эффективных средств для устранения дисбиоза полости рта являются пребиотики – вещества, которые обеспечивают рост и развитие пробиотической микрофлоры. Пребиотики имеют ряд преимуществ пробиотиками (препаратами пробиотических бактерий), поскольку стимулируют рост штаммов собственных бактерий, тогда как используемые в составе препаратов пробиотиков лабораторные штаммы бактерий, как правило, не приживаются в организме.

Нами разработаны технологии получения и рекомендации по использованию в стоматологии ряда пребиотических препаратов: инулина из корней цикория, КальЦикора (экстракт корней цикория + цитрат кальция), Бактулина (инулин + бифидо- и лактобактерии), ЭКСО (рафиноза + стахиоза), зубных эликсиров "Цикорий", "Лизодент" и "Лизомукоид".

ПОСТОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА

Лесовая И.Г., Ткач Т.В., Яровой Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Изучая особенности патогенеза раневого процесса в челюстно-лицевой области (ЧЛО), ученые выделяли роль инфекционного анаэробного фактора в развитии постоперационных осложнений. Кроме того, хирургическое поражение нервных окончаний связано с развитием вегетативных расстройств микроциркуляции и усилением боли. Учитывая травматическое воздействие хирургического вмешательства, ткани в постоперационном периоде испытывают состояние гипоксии за счет нарушения микроциркуляции. Таким образом, в после операции создаются условия для развития осложнений инфекционного и неинфекционного генеза. В связи с этим является актуальным раннее восстановление микроциркуляции, которое возможно при применении медицинского озона (МО). Целью нашей работы было изучение эффективности применения МО в комплексном лечении больных с челюстно-лицевой патологией в постоперационном периоде. Материалы и методы исследования. Объектом исследования служили пациенты прооперированные в связи с наличием челюстно-лицевой патологии (доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования, одонтогенные гаймориты, врожденные и приобретенные деформации ЧЛО с локализацией постоперационной раны на коже или в полости рта). В комплексном лечении больных после проведенного хирургического вмешательства соответственно стандартам лечения назначали медикаментозную терапию (антибактериальная, общеукрепляющая, противокандидозная, противовоспалительная). Пациентам основной группы, состоящей из 27 человек, назначали на 2е сутки после хирургического вмешательства полоскание полости рта 22 пациентам и 5 обследованным орошение раневой поверхности стерильным озонированным физиологическим раствором в концентрации 5-6 мг/л в течение всего послеоперационного периода до снятия швов. Группу сравнения составили 18 пациентов, которые получали после операции стандартную схему медикаментозной терапии и местную обработку линии швов растворами антисептиков 3% перекисью водорода, 1% раствором йода, полоскание полости рта раствором «Рекутан», «Ротокан», «Фитодент». Критерием оценки состояния послеоперационных тканей у всех больных служили клинические признаки воспаления (отек, гиперемия, боль, увлажненность слизистой полости рта, наличие фибринового налета). Озонирование стерильного физиологического раствора осуществляли на аппарате «Озон УМ-80».

ВМІСТ ЛІЗОЦИМУ РОТОВОЇ РІДИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Лобань Г.А., Ганчо О.В., Мошель Т.М., Казакова К.С., Черета В.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У патогенезі хвороб пародонту суттєва роль належить не тільки мікробним факторам, але і імунopatологічним механізмам. Але в сучасних літературних джерелах не приділяється достатньої уваги дослідженню змін вмісту лізоциму ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит на тлі неврологічної та гастроентерологічної патології.

Метою нашого дослідження було вивчення характеру змін вмісту лізоциму ротової рідини у хворих на генералізований пародонтит II ступеня тяжкості на тлі нейроциркуляторної дистонії, хронічного холециститу та панкреатиту.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 32 хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу і панкреатиту та 20 хворих на нейроциркуляторну дистонію, у яких діагностований хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості (ГП). Для групи порівняння нами було обрано 28 хворих з відповідною соматичною патологією без патологічних змін у тканинах пародонта.

Стан природного імунітету порожнини рота оцінювали методом визначення активності лізоциму нефелометричним методом з використанням музейного штаму тест-культури *Micrococcus lysodeicticus* за Дорофейчук В.Г. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили з використанням програми Microsoft Excel 2003. Вірогідність отриманих результатів аналізували за критерієм Ст'юдента.

Згідно з отриманими даними дослідження активності лізоциму ротової рідини у хворих на ГП із поєднаним перебігом хронічного холециститу і панкреатиту показало достовірне зниження його у 1,5 разів ($p < 0,05$) порівняно з

групою здорових осіб із відсутністю змін у тканинах пародонта. У хворих на нейроциркуляторну дистонію відмічалося достовірне зниження показника активності лізоциму у 1,3 разів ($p < 0,05$), але за умов ускладнення стану пацієнтів генералізованим пародонтитом цей фактор неспецифічного захисту зменшився у 1,7 разів ($p < 0,01$). Таким чином, нами виявлено вірогідне зниження вмісту лізоциму ротової рідини у хворих на ГП з супутньою патологією, що вивчалася, яке було найбільш істотним у хворих з супутньою нейроциркуляторною дистонією.

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АДАПТОГЕННОЇ ДІЇ НООТРОПІВ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Лугова Л.О., Важнича О.М., Дев'яткіна Т.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Протезування хворих із повною відсутністю зубів часто супроводжується труднощами, особливо на його початку. Подолання цих труднощів здійснюється шляхом удосконалення конструкції зубних протезів, використання нових протезних матеріалів, сучасних технологій виготовлення протезів, застосування гелів, що поліпшують фіксацію. В такий спосіб здійснюється «керування» адаптацією до повних зубних знімних протезів (ПЗЗП) як процесом пристосування протезу до умов ротової порожнини. Однак існує інший бік проблеми – це поліпшення адаптаційних процесів шляхом застосування засобів, які справляють адаптогенну дію на цілісний організм. Мета роботи – обґрунтувати можливість використання загальної дії ноотропного препарату пірацетам для поліпшення адаптації хворих до ПЗЗП. Проведено клінічні спостереження, функціональні та лабораторні дослідження за участю 22 хворих похилого та старечого віку, які під час адаптації до ПЗЗП вживали пірацетам по 0,2 г тричі на добу, та 13 хворих контрольної групи, в яких адаптація розвивалась без застосування лікарських засобів. Показано, що 45-денний курс лікувально-профілактичного вживання пірацетаму зменшує кількість корекцій базисів, поліпшує окремі показники електроміограми жувальних м'язів (амплітуду, частоту біопотенціалів, коефіцієнт активності «К») та біохімічні параметри ротової рідини (знижує вміст глюкози, підвищує стабільність субстратів до перекисного окиснення, збільшує активність каталази) в порівнянні з аналогічними параметрами при адаптації без препарату. Це дає можливість стверджувати, що кінцевим результатом тривалого призначення пірацетаму на початку користування ПЗЗП є оптимізація адаптаційних процесів, поліпшення пристосувальних реакцій у тканинах протезного ложа та жувальних м'язів. Вочевидь у даному випадку має значення як вплив препарату на центральні механізми стрес-синдром, так і його метаболічна дія та здатність поліпшувати реологічні властивості крові. Слід також зазначити, що позитивною властивістю пірацетаму та інших засобів адаптогенної дії при їх застосуванні в ортопедичній стоматології є те, що введення препарату може бути розпочате до накладання зубних протезів і на початку користування. ПЗЗП вже не тільки поліпшує стан тканин протезного ложа, жувальної мускулатури та склад ротової рідини, а й підвищує загальну стресостійкість організму, що вкрай важливо з огляду на стан дезадаптації хворих, зумовлений їх віком та повною відсутністю зубів.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВИХ РЕГІОНАХ.

Любарець С.Ф.

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

Протягом останніх десятиріч відмічається зростання поширеності вад твердих тканин зубів у дітей, виникнення яких, певною мірою, пов'язують з впливом Чорнобильської катастрофи і негативними змінами довкілля (Севбитов А.В. і соавт., 1999; Смоляр Н.І. і співавт., 2001; Казакова Р.В., 2003). Захворювання щитовидної залози посідають значне місце в спектрі захворювань дітей, які постраждали від наслідків аварії на ЧАЕС (Боярская О.Я., Копылова О.В. і соавт., 2001). У зв'язку з цим визначення наявності вад твердих тканин зубів у дитячого населення, яке зазнало дії факторів аварії на Чорнобильській АЕС і має ендокринну патологію є актуальним.

Проведене обстеження 281 дитини у відділенні дитячої радіаційної ендокринології Наукового центру радіаційної медицини АМН України. 72 особи з числа обстежених (25%) - мешканці III контрольованої зони (жителі м. Коростеня, м. Овруча, сіл Коростеньського та Овручського районів Житомирської області; м.Іванків Київської області). Вади твердих тканин зубів (системна та місцева гіпоплазія емалі) констатовані у 27 обстежених осіб вищевказаної зони, що становить 37,5%. Серед них 15 осіб з ендокринологічним діагнозом нетоксичний дифузний зоб I-II ступеня (ДНЗ I-II ст.), група ризику по розвитку хронічного тиреоїдиту; 12 дітей - з діагнозом ДНЗ I-II ст., хронічний тиреоїдит, ожиріння I-II ст. Системна гіпоплазія емалі констатована у 88% жителів III контрольованої зони з вадами твердих тканин зубів, місцева гіпоплазія у 12%.

Слід відмітити, що не у всіх випадках мало місце симетричне ураження груп зубів, які формуються в один і той же час, характерне для класичної картини при системній гіпоплазії емалі. Також слід наголосити, що у вищевказаного контингенту гіпоплазія емалі досить часто ускладнювалась карієсом.

Виявлені зміни потребують подальшого вивчення, проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів, направлених на попередження ускладнень у вигляді карієсу на фоні гіпоплазії емалі.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТИРЕОТОКСИКОЗУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Люлька О.М., Ляховський В.І., Ковальов О.П., Коровіна Л.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

За останні роки кількість хворих похилого та старечого віку (від 60 до 74 років та старші 75 років), оперованих в клініці з приводу тиреотоксикозу, дещо зменшилась завдяки досягненням тиреоїдології останніх років, а саме виявленню патогенетичних механізмів розвитку тиреотоксикозу, удосконаленню та розробки нових методів діагностики, лікування патології щитоподібної залози. Але, не дивлячись на беззаперечний прогрес у лікуванні тиреотоксикозу, залишаються деякі суперечності стосовно хірургічного лікування. Накопичений клінікою 40-річний досвід лікування більше 4 тисяч пацієнтів з патологією щитоподібної залози дозволяє зробити деякі узагальнення, зокрема, щодо лікування тиреотоксикозу в осіб похилого та старечого віку.

Лікування пацієнтів цих вікових груп має свої особливості, які стосуються передопераційної підготовки, анестезіологічного забезпечення, характеру оперативного втручання та ведення післяопераційного періоду. Це обумовлено тим, що для людей похилого та старечого віку характерно: наявність багатьох супутніх захворювань, що мають переважно хронічний характер; зниження імунітету; інволюція органів і систем; зміни фармакодинаміки ліків в організмі. Крім того, підвищена функція щитоподібної залози негативно впливає на перебіг супутніх захворювань у цих хворих та на частоту їх ускладнень. Тому перед операцією увага приділялась не тільки діагностиці основного захворювання, а й корекції супутньої патології, серед якої найчастіше зустрічались хвороби серця, гіпертонічна хвороба, метаболічний синдром та цукровий діабет, хронічні захворювання легень, анемія.

Операції виконуються під комбінованим ендотрахеальним наркозом, чим досягається не тільки адекватне знеболення та міорелаксація, а і зниження токсичності окремих наркозних препаратів, потенціювання дії кожного з них та антигіпоксичний ефект. Об'єм операції визначається індивідуально, коливає від субтотальної резекції щитоподібної залози до тиреоїдектомії. Наявність дегенеративно-склеротичних, аутоімунних змін у залозі технічно ускладнюють проведення операції.

У деяких пацієнтів після операції виникають проблеми з підбором дози левотироксину, особливо з супутньою серцевою патологією та з порушеннями серцевого ритму. Тому починаємо замісну терапію не в загально визначених дозах, а з менших із поступовим їх збільшенням протягом тижнів.

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Ляховський В.І., Краснов О.Г.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Поширені гнійно-некротичні ураження стопи у хворих на цукровий діабет часто не мають тенденції до обмеження. Відомо, що чим довше існує гнійна рана, тим більше вірогідність прогресування процесу та септичних ускладнень. При лікуванні синдрому діабетичної стопи (СДС) поряд з хірургічною обробкою, розвантаженням ступні та системною терапією суттєвим є місцеве медикаментозне лікування рани.

Проведено аналіз історій хвороб 27 хворих з СДС, із них чоловіків було 12 (44,4%), жінок – 15 (55,6 %). Вік хворих коливався в межах 25-83 років. До операції та на 1, 14 добу після її виконання визначався рН ранового вмісту, проводилось цитологічне дослідження ранових «відбитків».

Розкриття флегмони ступні проводилось у 9 (33,4%), ампутація пальців – у 12 (44,4%), ампутація ступні – у 6 (22,2%) пацієнтів. Додатково етапні некректомії виконувались у 23 (85,2%) хворих.

На різних фазах перебігу ранового процесу застосовували різноманітні засоби місцевого лікування. Так, на першу добу після оперативного втручання в ранах переважала різна мікрофлора, дослідження рН ран свідчили про виражений ацидоз (рН 5,0-6,0). Цитологічна картина відповідала некротичному та дегенеративно-запальному типам цитограм. У цей період використовували препарати на гідрофільній основі, пов'язки з водяними розчинами антисептиків та антибіотиків, протеолітичні ферменти.

У стадії очищення ран при підвищенні рН до 6,0-7,0, спостерігались дегенеративно-запальний, запальний та запально-регенераторний типи цитограм. У цій фазі були ефективними мазі на гідрофільній основі.

У стадії регенерації рН ранового вмісту була лужна (7,5-8,0), запальний та запально-регенераторний типи цитограм. При цьому використовували препарати, які спрямовані на епітелізацію та прискорення загоєння ран.

Після повного очищення післяопераційних ран ступні проводили закриття ран шляхом дермопластики у 5 (18,5%) хворих. У 1 (3,7%) хворого внаслідок поширення деструктивного процесу на ступню та гомілку, виконана ампутація кінцівки на рівні середини стегна. Середній термін лікування хворих склав 24,6 ліжко-днів.

Таким чином, місцеве лікування синдрому діабетичної стопи необхідно проводити відповідно до стадії ранового процесу, результатів бактеріологічного, цитологічного досліджень та рН-метрії ран.

ПОЛУЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИИ, СОДЕРЖАЩИХ РАСТИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Макаренко О.А., Деньга О.В., Почтарь В.Н., Селиванская И.А., Давиденко И.А., Фурдычко А.И.,

Ходаков И.В., Лепский В.В.

ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины», г. Одесса

В Институте стоматологии в последнее десятилетие было определено содержание биологически активных веществ (БАВ) в проростках и созревающем зерне пшеницы, в семенах сои, корнях цикория, в кожуре цитрусовых и граната, в листьях, ягодах и зернах винограда, в капустном соке, в семенах подсолнечника.

Было установлено высокое содержание флаваноидов в кожуре цитрусовых и в листьях винограда, пребиотических факторов в корнях цикория (инулин) и в созревающем зерне пшеницы (фруктоолигосахариды), хлорогеновой кислоты в семенах подсолнечника, лизоцима в капустном соке.

Разработаны технологии получения концентрированных растительных экстрактов, содержащих комплексы БАВ. На основе этих концентратов предложены способы получения таблетированных форм, жидких гигиенических средств (зубных эликсиров и полосканий), а также гелей для орального применения.

Экспериментальные исследования на моделях стоматологических заболеваний (кариес зубов, пародонтит, гингивит, стоматит, ксеростомия, травматические повреждения) показали высокую эффективность таких таблетированных препаратов как Биотрит С, Биотрит С-плюс, Биотрит-Дента, ЭКСО, КальЦикор, Остеовит, Инулин. На основе растительных экстрактов были разработаны рецептуры лечебно-профилактических зубных эликсиров: Биодент-3 и Биодент-4, Эксодент, Апельсиновый, Грейпфрутовый, Цикорий, Гранатовый, Экстравин-Дента, Виноградный, Лизомукоид. Установлено, что эти зубные эликсиры обладают антиоксидантными, противовоспалительными и ранозаживляющими свойствами, а также способностью стимулировать саливацию и повышать реминерализующие и антимикробные свойства слюны.

На все препараты оформлена нормативная документация и получены разрешения Минздрава Украины на их применение.

КУЛЬКОВІ ТА БАЛКОВІ СИСТЕМИ КРІПЛЕННЯ ПОКРИВНИХ ПРОТЕЗІВ В ПРОТЕТИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ

Макєєв В.Ф., Ключковська Н.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Протезування пацієнтів з малою кількістю зубів є проблемним завданням щодо вибору конструкції протеза. Рациональне використання таких зубів має велике значення для створення додаткової та надійної фіксації знімних протезів. Одним з альтернативних методів ортопедичної реабілітації пацієнтів в таких ситуаціях є покривні протези, фіксація яких здійснюється за допомогою механічних пристосувань, зокрема з кулькоподібною та балковою системами кріплення. Незважаючи на досить вагомні переваги покривних протезів суттєвою проблемою залишається забезпечення довготермінових експлуатаційних властивостей фрикційної пари «патриця – матриця». Адже відомо, що всім деталям, що піддаються тертю властиве зношування, а в даному випадку патриця в парі з матрицею працюють у досить складних умовах порожнини рота, де наявні і різного роду механічні навантаження, і абразивне середовище із решток їжі з властивим йому корозійно-активним рівнем рН, і змінний температурний фактор тощо. Ці чинники за певний час призводять до втрати лінійних розмірів патричної частини, пошкодження рельєфу поверхні, і як наслідок, до погіршення фіксації протеза. Метою дослідження було експериментально, у порівняльному аспекті, визначити ступінь зношення патричних частин різних типів кріплень.

Для експериментального дослідження обрано кулькоподібний атачмен ВКС-ОЦ «Уні» Ø 1,7 мм фірми «Bredent», титанову патрицю кулькоподібного атачмена власної конструкції Ø 1,8 мм, що покрита нітритом титану та балкову систему фіксації ВСП-ГС фірми «Bredent».

Дослідження показали, що в процесі експлуатації відбувається поступове зношування патричної частини замкових кріплень, але для різних систем по-різному. Найбільшому зношуванню піддаються напівпрецизійні патриці ВКС-ОЦ «Уні» Ø 1,7 мм (0,04 мм за 2000 циклів «насаджування – знімання»). Визначено, що найкращими ретенційними властивостями до кулькоподібних атачменів володіють матриці Rhein-83 у парі тертя з патричним елементом кулькоподібного атачмена власної конструкції. Найменший показник зношування показала балкова система фіксації (0,001 мм за 2000 циклів «насаджування – знімання»). Дані експериментального дослідження підтверджені клінічними спостереженнями.

АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Малик Н.Є.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Дослідженнями, присвяченими вивченню етіології та патогенезу захворювань пародонта, встановлено наявність поєднаної дії різних екзогенних та ендогенних чинників і пускових механізмів, які призводять до їх розвитку, та засвідчено, що патогенез цих хвороб складний, багатофакторний і багатогранний. Такі зміни пов'язують з пригніченням загального і місцевого імунітету, сенсibiliзацією, зі зниженням реактивності організму.

Метою роботи стало покращення ефективності лікування хворих на ХГП в умовах геохімічної провінції з підвищеним вмістом фтору у питній воді.

Було обстежено 59 хворих на ХГП I – II ступеня важкості. Поряд з загальноприйнятими методами обстеження проводилося визначення наявності основних пародонтопатогенних мікроорганізмів методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), а також імунологічних показників методом проточної цитофлюориметрії з визначенням субпопуляцій клітин, що експресують CD3, CD4, CD8, CD20 та CD56. Всі хворі були розподілені на три групи: I група-22 хворих з регіонів з нормальним вмістом фтору у питній воді, яким лікування проводилось згідно стандартних методик. II група-18 хворих з регіонів з підвищеним вмістом фтору у питній воді, яким лікування проводилось згідно стандартних методик. III група-19 хворих з регіонів з підвищеним вмістом фтору у питній воді, в схему лікування котрих включали комбінацію антимікробних засобів ципрофлоксацину та орнідазолу.

У хворих I групи при дослідженні показників клітинного імунітету до і після лікування відмічалось незначне його зниження. При дослідженні вмісту пародонтальних кишень до лікування визначалась наявність пародонтопатогенів, незначна кількість яких була присутня і після проведеного стандартного лікування. У хворих II групи стандартна консервативна терапія дала малозадовільні результати. При дослідженні клітинного імунітету визначається значне зниження показників до і після лікування, проведеного за стандартною методикою. При дослідженні вмісту пародонтальних кишень до лікування визначалась наявність пародонтопатогенів, які в значній мірі зберігалися і після проведеного стандартного лікування. У хворих III групи запропонована терапія мала значний ефект. Показники стану клітинного імунітету значно покращилися після лікування. При дослідженні вмісту пародонтальних кишень пародонтопатогенів після лікування виявлено не було. Розроблено патогенетично обґрунтований спосіб лікування хронічного генералізованого пародонтиту з включенням в схему похідних орнідазола. Це дало змогу здійснити принцип індивідуального підходу до хворих, підвищити ефективність лікування, зменшити кількість рецидивів.

ВПЛИВ МАГНІТОЛАЗЕРОУЛЬТРАЗВУКОВОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН РЕГІОНАРНОГО КРОВООБИГУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Мандрика Л.Ю.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Зростаюча захворюваність на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), частота його поєднання з цукровим діабетом (ЦД), потреба у тривалій медикаментозній корекції зумовлює розробку нових фізіотерапевтичних засобів на етапі санаторно-курортного лікування (СКЛ) з метою покращення віддалених результатів терапії.

Мета роботи: дослідити вплив магнітолазероультразвукової терапії (МЛУЗТ) на показники регіонарного печінокового кровообігу у хворих на НАСГ у поєднанні з ЦД 2-го типу.

На базі санаторію „Березовий гай” (м. Миргород) обстежено 93 хворих на НАСГ у поєднанні з ЦД 2-го типу, з них 49 (52,7%) жінок та 44 (47,3%) чоловіків, віком $61,3 \pm 1,09$ р. Тривалість НАСГ склала $5,03 \pm 0,88$ р., ЦД 2-го типу – $10,09 \pm 1,67$ р. Пацієнти розподілені на дві групи: I (n=45) – базисна терапія, II (n=48) – базисна терапія та МЛУЗТ за вищевказаною схемою. Базисне СКЛ – санаторний режим, дієтотерапія (стіл №9/5), миргородська мінеральна вода (3,33 мл/кг), гідропатичні процедури, торфогрязелікування, корекція глікемії (метформін). Контрольна група – 25 практично здорових осіб.

МЛУЗТ проводили на апараті „МІТ-11” з використанням низькочастотного ультразвуку, оптичного потоку червоного та інфрачервоного діапазонів спектру та низькочастотного магнітного поля. Процедура триває 15-30 хв. щоденно, на курс 10-12 процедур. Реогепаатографію (РГГ) проводили на початку і на 21-ий день перебування в санаторії.

За даними РГГ, у пацієнтів відмічалось зниження реологічного індексу (PI) у 2,6 рази, еластичності магістральних артерій (ЕМА) – у 1,8 рази, швидкості наповнення артерій (ШНА) – у 3,1 рази, хвилинного артеріального кровонаповнення (ХАК) – у 1,9 рази, підвищення тонуусу регіонарних артерій дрібного калібру (ТРАДК) у 3,7 рази порівняно із практично здоровими ($p < 0,05$). На 21-й день PI склав в I групі $0,14 \pm 0,071$, в II – $0,28 \pm 0,09$, збільшились

ЕМА до $0,15 \pm 0,08$ с та $0,19 \pm 0,06$ с, ШНА – до $0,89 \pm 0,03$ Ом/с та $1,3 \pm 0,05$ Ом/с, ХАК – $43,6 \pm 3,1$ мл та $58,3 \pm 5,2$ мл відповідно ($p < 0,05$). ТРАДК знизився у 1,6 рази у I групі та нормалізувався у хворих II групи.

Отже, включення МЛУЗТ до комплексного СКЛ хворих на НАСГ на фоні ЦД 2-го типу приводить до нормалізації судинного тону, покращення регіонарного кровотоку печінки.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЯ И ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТЕЛЛЕКТА У ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ

Мардани Катаки Ф., Ищейкин К.Е., Ткаченко Е.В., Фазели Ниаки М., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Шафгат П., Махмуди А., Шадфар А., Сартипи Х., Ардалан Х., Фахер А., Хассанзадэ Н.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Особенности интеллектуальных функций у представителей различных этнических групп практически отсутствуют в литературе. Известно лишь, что в общей популяции отмечается увеличение процента левшей и амбидекстров.

Объектом исследования было 81 иранских студентов (первого-пятого курсов стоматологического факультета), среди которых были истинные, скрыто-истинные и ложные левши, правши и амбидекстры. Целью нашей работы было оценить некоторые когнитивные возможности у иранских студентов в зависимости от индивидуально-профиля их асимметрии. Сутью наших экспериментов по терминологическому образованию была необходимость испытуемых понять условность операции терминологического образования и найти принцип генерализации предметов. Мы оценили четыре операции: определение терминов, сравнение и различение терминов, нахождение логических корреляций, свободная классификация объектов.

Результаты. Истинные левши и амбидекстры имели коэффициент интеллекта, равный 90-100 баллов. IQ скрытых (вынужденных) левшей был равным 80-90 баллов, ложных левшей – 75-82 баллов, правшей – 50-70 баллов. Хотя следует отметить, что тесты с ограничением времени решались с большими трудностями левшами по сравнению с правшами (что может быть использовано в учебном процессе, по нашему мнению: то есть левшам лучше не давать лимит времени при решении тестов, ибо они покажут более низкие результаты, чем есть на самом деле). Шкала для интерпретации результатов при изучении терминологического образования была следующей: 7-10 баллов – очень легко выполнить, 5-7 баллов – легко сделать, 3-4 балла – трудно реализовать, 1-2 балла – практически невозможно реализовать. Определение терминов было легче для амбидекстров, чем для истинных и скрытых левшей, и тяжелее для правшей и ложных левшей. Сравнение и различение терминов оказалось самым легким для правшей по сравнению с амбидекстрами и ложными левшами и трудным для левшей (как истинных, так и скрытых). Обнаружение логических связей было легким для правшей и амбидекстров, на среднем уровне – для ложных левшей и оказалось трудным для реализации или вообще практически невозможным – для истинных и скрытых левшей. Построение свободной классификации оказалось легкой операцией для истинных и скрытых левшей, амбидекстров, трудной для правшей и ложных левшей (они изучали предлагаемые классификации легче, чем свободно создавали новые).

ЗАЛЕЖНІСТЬ МЕТОДИКИ ОТРИМАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ВІДБИТКУ ВІД СТУПЕНЯ ПОДАТЛИВОСТІ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ.

Мартиненко І.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пошуки можливостей підвищення якості ортопедичного лікування хворих з повною втратою зубів і збереження тканин протезного ложа є актуальним завданням і на сьогодні. У рішенні цієї проблеми, разом з іншими чинниками, велика роль відводиться обліку анатомо-фізіологічних умов протезного ложа і вибору методу зняття відбитку.

Слизова оболонка, що покриває беззубі щелепи, характеризується певною товщиною, мірою податливості і чутливості.

У клінічній практиці велике значення має податливість слизової оболонки, обумовлена товщиною і гістологічною будовою. Під податливістю слизової оболонки мають на увазі її властивість стискуватися під навантаженням і відновлювати свою первинну форму після його зняття.

Враховуючи податливість слизової оболонки, Люнд (Lund, 1924) запропонував виділяти на твердому піднебінні 4 зони. Е.І.Гаврилов (1962) вважає, що податливість слизової оболонки можна пояснити наявністю густої судинної мережі в підслизовому шарі, названому ним буферною зоною, а не наявністю жирової і залозної тканини.

Здатність судин звільнятися від крові при підвищеному тиску і знову наповнюватися нею при його знятті визначають податливість слизової оболонки.

Міру податливості слизової оболонки грубо можна визначити за допомогою пальця руки, ручки зонду або дзеркала, але більш точно, застосовуючи прилади.

Ще в 30-х рр. Гігер (Jäger) запропонував прилад і виміряв податливість слизової оболонки. За його даними, вона коливалася від 0,3 до 4,00 мм. Шпренг встановив, що в області піднебінних валиків податливість слизової оболонки становить 1,0-1,5 мм, а в області піднебінних борозенок - 1,5-3,5 мм. В. І. Кулаженко (1966), вимірюючи податливість слизової оболонки апаратом власної конструкції для електронного виміру тиску, встановив, що в області передніх зубів на верхній і нижній щелепах податливість становить в середньому 0,3-0,4 мм і поступово збільшується в області бічних зубів до 0,55 мм. Найбільшою податливістю відрізняється слизова оболонка в задній третині піднебіння - 0,8 мм, найменшою - в області турса - 0,1 мм.

Для визначення товщини слизової оболонки В. А. Загорський (1980) пропонує користуватися методом ехолокації. За результатами його методу встановлено, що товщина слизової оболонки у осіб з повною відсутністю зубів становить в середньому від 2,18 до 5,66 мм: мінімальна товщина - 1,65 мм, максимальна - 7,31 мм. У осіб з інтактними зубними рядами середня товщина слизової оболонки коливається від 1,99 до 4,85 мм.

Таким чином, на підставі даних літератури можна стверджувати, що слизова оболонка протезного ложа беззубих щелеп представлена ділянками різної податливості, що обов'язково треба враховувати під час знімання відбитків. З цією метою нами набрана клінічна група з повною відсутністю зубів на обох щелепах у кількості 34 пацієнтів. В ході дослідження податливості слизової оболонки протезного ложа у жодному випадку встановити її ступінь за класифікацією Супле не представляється можливим.

Клінічний досвід вказує на наявність одночасно різних зон податливості від тонкої атрофічної до достатньо сипкої, що виключає можливість отримання якісних відбитків із застосуванням компресії або декомпресії. Тому індивідуальні ложа всіх досліджуваних пацієнтів підлягали перфорації у зонах мало податливої слизової оболонки і зняття відбитків виконувалось диференційовано.

По результатах протезування спостерігалось значне зменшення кількості корекцій готових протезів і скорочення терміну адаптації до них.

ОСТЕОПОРОТИЧНІ ЗМІНИ СКЕЛЕТУ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ З СУПУТНЬОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Мельник Н.С., Дмитрів І.М.

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

Питання про вплив остеопоротичних змін кісткової тканин (КТ) скелета на розвиток ГП сьогодні є предметом дискусії, і неоднозначно трактується різними дослідниками. Тому для відповіді на вищезазначене питання метою дослідження було визначення мінеральної щільності КТ передпліччя за допомогою методу двофотонної денситометрії у хворих на ГП із супутньою ендокринною патологією щитоподібної залози (ЩЗ).

Об'єкти та методи дослідження: Об'єктом дослідження були хворі на ГП з супутнім гіпертиреозом – 68 осіб (I група); хворі на ГП з супутнім гіпотиреозом – 64 особи (II група) та хворі на ГП з супутнім гіпотиреозом, що вживають L-тироксин – 60 осіб (III група). Загальну оцінку структурно-функціонального стану кісткової системи (СФСКС) проводили методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на апараті Challenger (ДМС, Франція), вивчаючи передпліччя в передньо-задній проекції.

Результати та їх обговорення. У хворих I групи із супутнім гіпертиреозом ознаки остеопорозу передпліччя виявлено у 14 осіб (20,59%), у яких T-критерій був менший -2,5. Остеопенічні зміни були виявлені у 34 осіб (50%), де T-критерій становив від -1 до -2,5. У решти хворих цієї групи 20 осіб (29,41%) мінеральна щільність відповідає віковій нормі. У хворих II групи із супутнім гіпотиреозом остеопоротичні зміни були у 11 осіб (17,19%), остеопенію передпліччя виявлено у 21 особи (32,81%), у решти 32 осіб (50%) мінеральна щільність скелета відповідає віковій нормі. У хворих III групи із супутнім гіпотиреозом, які тривало вживали тироїдні гормони, ознаки остеопорозу були у 5 осіб (8,33%), а остеопенії – у 17 (28,33%). У решти хворих цієї групи – 38 осіб (63,34%) мінеральна щільність відповідає віковій нормі. Проведене дослідження дозволило встановити, що сумарна патологія кісткової системи (остеопороз + остеопенія) у хворих I групи склала 70,6%, у хворих II групи – 50%, а в III – 36,7%. Остеопоротичні зміни у 7 осіб III групи, як було з'ясовано з анамнезу і видно із записів призначень прийому тироїдних препаратів в історіях хвороб, пояснюються вживанням великих доз L-тироксину (понад 100 мкг/добу). Але сумарна патологія КТ передпліччя в цілому в III групі порівняно з I та II була меншою.

Висновки. 1) Отримані результати не заперечують даних літературних джерел і підтверджують думку науковців, що до призначення тироїдних гормонів у великих дозах треба підходити обережно і зважено; 2) Супутні остеопоротичні зміни КТ скелету можуть впливати на перебіг ГП, що потребує корекції комплексного лікування ГП остеотропними препаратами.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК У СИБСІВ ПРИ НАРОДЖЕННІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАРИТЕТУ ВАГІТНОСТІ

Мизгіна Т.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Протягом останніх десятиріч в Україні склалася негативна тенденція, щодо приросту населення. Відбувається «старіння» суспільства. Визначено, що для відтворення населення в кожній українській родині необхідно мати не менш як 4 дитини, разом з тим більшість родин народжують лише одну дитину, пояснюючи це, в першу чергу, турботою про її здоров'я. Одним з об'єктивних інтегративних параметрів, який характеризує стан здоров'я та оптимальної життєдіяльності організму дитини, є її фізичний розвиток.

Метою нашого дослідження було визначення особливостей фізичного розвитку при народженні сибсів в залежності від паритету вагітності.

Під спостереженням перебували 135 новонароджених та 153 їхні сибси, що народилися від попередніх вагітностей. Проаналізовано дані перинатального та родинного анамнезу, проведені антропометричні вимірювання, визначено рівень фізичного розвитку первістків та молодших дітей в родині за допомогою центильних таблиць.

Серед обстежених нами новонароджених було 77 хлопчиків та 58 дівчаток, які народилися від повторних пологів. Серед старших дітей - 84 дівчинки та 69 хлопчиків. Всі обстежені нами діти народилися в терміні вагітності 38-40 тижнів.

Середній вік матерів при народженні першої дитини становив 23,4 роки, при народженні молодших - 29,7 років. Різниця у віці між першою дитиною та нашими пацієнтами становила від двох до сімнадцяти років. Найчастіше - 5-7 років.

При аналізі даних анамнезу виявлено, що в значній частині дітей паритет пологів, від яких вони народилися, не співпадає з паритетом вагітності. Тобто, переважна більшість малюків народилася після численних медичних та мимовільних абортів, що безперечно негативно позначилося на стані здоров'я матері та внутрішньоутробному розвитку цих дітей.

Незважаючи на те, що значна частина дітей народилася від вагітності, яка мала ускладнений перебіг, в цілому вони мали задовільні показники фізичного розвитку.

Існує стале ствердження, що молодші діти мають при народженні більшу масу тіла, ніж старші. За отриманими нами даними, маса при народженні у молодших дівчаток в одній родині була більшою, та такою ж самою або меншою в приблизно однаковій кількості випадків. У хлопчиків частіше (53 %) маса другої дитини була дещо більшою.

Проведені нами дослідження показали, що маса тіла молодших дівчаток при народженні становила в середньому 3,49 кг, молодших хлопчиків - 3,52 кг. Середні показники зросту становили відповідно 50,7 см у дівчаток та 51,0 см у хлопчиків.

Середні показники фізичного розвитку при народженні у старших сибсів були дещо іншими: маса тіла дівчаток була в середньому нижчою, ніж у молодших - 3,35 кг, у старших хлопчиків середній показник маси навпаки був вище та дорівнював -3,61 кг. Показники зросту дівчаток вірогідно не відрізнялися, а у старших хлопчиків були вірогідно нижчими, ніж в молодших.

При порівнянні показників фізичного розвитку старших та молодших дітей в одній родині за допомогою центильних таблиць також не було виявлено вірогідних відмінностей.

Проведення кореляційного аналізу не виявило зв'язку показників фізичного розвитку дітей при народженні з паритетом вагітності та пологів та з віком матері. Наявний прямиий зв'язок між дисгармонійністю фізичного розвитку та ускладненим перебігом вагітності.

Таким чином, діти в одній родині частіше мають при народженні однаковий рівень фізичного розвитку, незалежно від паритету вагітності, що з найбільшою вірогідністю обумовлено генетично.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НОВОГО СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПОЗАСУГЛЮБОВИХ КОНТРАКТУР НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Мірза О.І., Міхеєва І.В.

Інститут екології та медицини, м. Київ

На сьогоднішній день проблема різких порушень рухів нижньої щелепи, виникаючих внаслідок контрактур нижньої щелепи залишається актуальною.

Відомі способи лікування внесуглобових (невро- та міогенних) контрактур нижньої щелепи, які базуються на забезпеченні спокою м'язів та використанні антигістамінної, знеболюючої терапії та фізіопроцедур (лазеро-, магніто-, УВЧ-терапії та ін.), сухого тепла, механотерапії, насильного відкривання рота під знеболюванням по Берше-Дубову та ін.

Об'єктом нашого дослідження було використання нового способу лікування позасуглобових контрактур нижньої щелепи.

Пацієнтам з наявністю позасуглобових контрактур нижньої щелепи проводилась електростимуляція м'язів, що опускають нижню щелепу. Курс складався з 12 сеансів через день. У випадках, коли після закінчення курсу не наступала нормалізація клінічної картини (у пацієнтів, що звертались в пізні строки після виникнення контрактури з

наявності рубців), проводилась редресация нижньої щелепи, шляхом насильного розмикання щелеп пацієнта. Після чого курс повторювали через 2-3 дня, поєднуючи з активною міогімнастикою.

Згідно запропонованого способу (№56480 від 10.01.2011) проведено успішне лікування 29 хворих з початковими проявами контрактур нижньої щелепи, обумовлених травматичними пошкодженнями тканин скронево-нижньощелепного суглоба або в ділянках навколо нього, міозитом та міалгіями жувальних м'язів, невралгією трійчастого нерва, ускладненнями провідникової анестезії нижньої щелепи та ін.

Таким чином, проведені клінічні випробування дають підставу рекомендувати спосіб до застосування лікарями в практиці стоматології.

ТРИМІРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ УЩІЛЬНЕННЯ ВІБРАЦІЄЮ ВІДЛИВОК СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОТЕЗІВ

Мірза О.І., Непомнящий Д.М., Самарай В.П.

Інститут екології та медицини, НТУУ КПІ, м. Київ

В ортопедичній стоматології, як в знімному так і в незнімному протезуванні, широко використовується литий металевий каркас, який відіграє дуже важливу роль в стоматологічних протезах. При їх відливанні можуть утворюватися різноманітні дефекти (пригар, шороховатість, засмідчення, обвал, розмив форми, прорив металу, недолив, разпир, піддутість, складчатість, нарост, гарячі тріщини, газові раковини, взривний пригар, усадочні раковини) через невідповідність (порушення) технології, внаслідок якої знижується якість стоматологічних протезів: естетика, функція, міцність. Ці дефекти виникають внаслідок невідповідного ущільнення форми, недостатнього або надлишкового.

Ми встановили, що вибір оптимальних режимів ущільнення і фізико-механічних властивостей формувальної суміші являє собою важливу задачу технологічної підготовки при виготовленні відливок стоматологічних протезів. Розроблена система моделювання на ЕОМ динаміці ущільнення стоматологічних ливарних форм базується на уявленнях реології та дозволяє вирішити цю задачу без виготовлення пробних відливок. Внаслідок моделювання процесу ущільнення являється оптимізація тривалості силових параметрів режиму ущільнення, при заданих реологічних властивостях суміші, або оптимізація реологічних властивостей суміші шляхом зміни її складу при заданих режимах ущільнення. Система орієнтована на довільні параметри стоматологічних відливок та враховує різні засоби і режими формоутворення, а також зміну реологічних властивостей формувальної суміші в процесі ущільнення ливарних форм.

Для імітаційного моделювання потрібно послідовно вводити необхідні вихідні дані

1) введення початкових умов (формування віртуальної моделі ливарної форми).

2) вибір конфігурації формувальної моделі (моделювального простору).

3) введення геометричних параметрів:

-внутрішніх розмірів опоки (висота, довжина, ширина);

-розмірів, кількості відливок розміщених на литниковому «дереві»;

4) введення реологічних параметрів моделювання.

5. введення властивостей матеріалів (формувальної суміші).

За результатами імітаційного моделювання можливе прогнозування утворення дефектів, а також викривлення та зміни розмірів стоматологічних відливок в залежності від ущільнення всієї форми. Особливістю моделювання є безперервне автоматичне корегування текучих значень реологічних параметрів міцності та виду реологічної моделі в залежності від ефективних значень віброприскорення та щільності.

ГЕОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗА МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ МЕЖЧЕЛЮСТНЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ

Мірза А.И., Штефан А.В.

Інститут екології та медицини, г. Киев

В последние десятилетия особо актуальной становится роль окклюзии, что связано со значительным прогрессом в развитии рынка стоматологических технологий. Появление новых методов и методик по восстановлению и замещению утраченных зубов и зубных рядов диктует необходимость в более глубоком понимании окклюзии, и ее влияния на стабильное состояние зубов, периодонта и височно-нижнечелюстного сустава.

Объектом клинического обследования были жители города Киева и Киевской области в возрасте 16-73 лет. В клинику кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Института экологии и медицины обратились и были обследованы 107 человек, среди которых 78 женщин и 29 мужчин.

Большинство пациентов обратились в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на неудобство во время смыкания зубов, на невозможность найти «удобное» положение челюсти, на напряжённость и боль различной интенсивности в жевательных мышцах, щелканье и болезненность в одном или в обеих ВНЧС. Из опроса пациентов установлены или давняя потеря зубов, или недавние вмешательства стоматологов (ортопедов или терапевтов), после которых и возникли симптомы, описанные выше.

Все пациенты обследовались по следующему алгоритму: 1) записывалась паспортная часть, 2) выяснялись жалобы, проводился сбор анамнеза заболевания и жизни, 3) внешнего осмотра пациента, 4)осмотр ротовой полости.

Используя метод геометрического анализа моделей челюстей, устанавливали: 1) тип смещения нижней челюсти, 2) характер окклюзионной кривой, 3) характер и величину перемещения зубов (корпусное или с наклоном), 4) зубы, подлежащие укорочению или удалению, протезы, подлежащие коррекции или замене.

Для проведения данной работы получали оттиски и фиксировали центральную окклюзию, переднюю и боковые окклюзии по общепринятым методикам, отливали диагностические модели челюстей и гипсовывали их в артикулятор и проводили исследование.

Анализ моделей челюстей включал нахождение и маркировку плоскостей ориентации (средне-сагиттальной, молярной трансверсальной (базальной) плоскости, клыковой трансверсальной плоскости, горизонтальной плоскости и вспомогательных сагиттальных плоскостей), оценку формы и симметрии зубных дуг, изучение взаимосвязи зубов и зубных дуг, проводился анализ окклюзионных контактов и составлялся план лечения.

РОЛЬ НЕРВОВОЇ ТРОФІКИ В ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗМІНАХ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Мірза О.І., Міхєєва І.В.

Інститут екології та медицини, м. Київ

Велике значення в нормі та при патології має взаємозв'язок порожнини рота з периферійною та центральною нервовою системою. В здійсненні цього зв'язку приймають участь чутливі та рухові нервові волокна трійчастого нерва. При наявності тяжких форм невралгії трійчастого нерва, у випадках неефективності консервативного лікування нейрохірурги прибігають до руйнування внутрішньочерепних відділів вказаного нерву. Це може призводити до порушення трофіки тканин. Заслужують на увагу особливості розвитку та перебігу змін в тканинах пародонту після оперативних втручань на трійчастому нерві.

Метою роботи було провести клінічне дослідження тканин пародонту у хворих, яким проводились оперативні втручання на трійчастому нерві.

Виходячи з мети роботи, нами було обстежено 51 хворого (1-а група) з наявністю тяжких форм невралгії трійчастого нерва (II та III ветви) не підлягаючих консервативному лікуванню, яким були проведені оперативні втручання.

Контрольну групу (2-а група) склали 44 пацієнти до проведення оперативних втручань на трійчастому нерві.

Для оцінки стану тканин пародонту використали дані клінічного обстеження, індекси кровоточивості ясен, Рамфьорда та папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА).

В результаті проведених досліджень встановлено, що кровоточивість ясен у 1,4 рази більша у пацієнтів, яким проводились оперативні втручання на трійчастому нерві. Показник індексу Рамфьорда підвищувався в пацієнтів обох груп, проте більш виражені зміни спостерігались у пацієнтів 1-ї групи. При визначенні індексу РМА, який дозволяє оцінити поширеність запального процесу м'яких тканин пародонту, виявлено, що більш виражене зростання цього показника, який у 1,5 рази більший у хворих з першої групи обстеження, ніж у пацієнтів до проведення оперативних втручань на трійчастому нерві.

Отже, отримані результати досліджень показують наявність взаємозв'язку між порушенням нервової трофіки та дистрофічно-запальними змінами тканин пародонту.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Мирза А.И., Мозолюк Е.Ю.

Інститут екології та медицини, г.Київ

Стоматологическое лечение у большинства пациентов оказывает влияние не только на состояние зубочелюстной системы, но и на организм в целом.

Цель. Оценить влияние соматической патологии на эффективность лечения больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Опросено 57 пациентов с болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава на наличие сопутствующей патологии. Среди хронических заболеваний существенный вклад составили следующие виды патологии: заболевания опорно-двигательного аппарата (30%) эндокринная (23%), системные заболевания суставов (20%), заболевания желудочно-кишечного тракта (17%), сердечно-сосудистые (10%). Пациентам проведено комплексное лечение с применением шинотерапии.

Результаты. Из 57 с болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у 28 наблюдались явления бруксизма. Из 57 больных у 30 параллельно со стоматологическим лечением проводилось лечение у

других специалистов (эндокринолог, ревматолог, остеопат и др.). Всем пациентам по показаниям рекомендовано постоянное или ночное ношение индивидуальной стабилизирующей каппы. После лечения из 30 больных, лечившихся у смежных специалистов, только 3 отмечали периодически возникающие боли при несоблюдении режима. А у 12 больных, не лечившихся у смежных специалистов, периодически возвращались болевые реакции (при этом все эти больные, не лечившиеся у смежных специалистов, отмечали, что пользовались каппой постоянно).

Выводы. Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у стоматологических больных встречается, как правило, при наличии сопутствующей патологии, которая осложняет клиническую ситуацию. Это отражается на общем статусе пациента, течении заболевания, продолжительности и интенсивности лечения, успешности проводимой терапии. Привлечение по показаниям смежных специалистов (эндокринолога, ревматолога и др.) в комплекс лечения болевого дисфункционального синдрома делает лечение более эффективным, и при условии соблюдения рекомендаций стоматолога позволяет достичь долговременного эффекта.

ПРИМЕНЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Мирза А.И., Мозолюк Е.Ю., Штефан А.В.

Институт экологии и медицины, г.Киев

Актуальной проблемой стоматологии является своевременная диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Целью нашего исследования было следующее:

1. Нормализация функции мышц, положения суставных головок.
2. Предохранение тканей сустава от окклюзионных нарушений с целью обеспечения регенерации поврежденных хрящевых частей и связок.
3. Исключение чрезмерной нагрузки на все структуры зубочелюстной системы (ткани зуба, пародонт).
4. Ограничение движений нижней челюсти, связанных с парафункциями.
5. Проведение дифференциальной диагностики перед сошлифовыванием, ортопедическим и ортодонтическим лечением.

На лечении находилось 15 больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и частичным отсутствием зубов. Из них 5 человек с дистальным и 3 человека с трансверзальным смещением нижней челюсти, 4 человека с повышенной стираемостью зубов П-Ш степени. Всем пациентам были изготовлены съемные жесткие пластмассовые окклюзионные шины, которые по назначению подразделяются на центрирующие, репозиционные, релаксирующие и разобщающие. Фиксированное положение нижней челюсти подтверждалось томографией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Мыщелковые отростки располагались по центру суставных ямок у основания ската суставного бугорка. Величина суставной щели во фронтальном и дистальном отделах височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) была примерно одинакова. Проводилось физиотерапевтическое лечение. Боль и чувство дискомфорта на 3-6 сутки исчезли. Через 3-5 месяцев проводилось восстановление дефектов зубных рядов съемными (9 человек) или несъемными (6 человек) ортопедическими конструкциями. Трем больным после протезирования были изготовлены реабилитационные каппы из эластичной пластмассы. Вывод: Таким образом, лечение больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) жесткими окклюзионными шинами нормализует положение нижней челюсти и позволяет восстановить дефекты зубных рядов.

ПРОФИЛАКТИКА І ЛКУВАННЯ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ З ДЦП

Мірчук Б.М., Бруніч Т.Д.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Проведено обстеження 102 дітей 3-10 літнього віку з діагнозом ДЦП. Зубо-щелепні аномалії виявлено - 73,5% дітей. Найчастіше зустрічались аномалії прикусу (52,9%): дистальний прикус діагностовано у 8,8% дітей, глибокий - у 11,8%, відкритий - у 24,5%, косий і мезіальний прикусу виявлено у 3,9% обстежених.

Нами, за даними літератури, проаналізовано конструктивні особливості і показання до використання функціональних ортодонтичних апаратів: регуляторів функції Френкеля, Андресена-Гойпля, біонаторів, ортодонтичних трейнерів, вестибулярних пластинок Мирру і Хінца. Вивчено показання до логопедичного масажу у дітей з ДЦП і методики використання масажних логопедичних зондів. Попри те, що достатньо багато рекомендацій щодо використання різноманітних функціональних ортодонтичних апаратів дітям з ДЦП, проте власний досвід і відсутність інформації про ефективність цих апаратів, свідчить, що їх застосування хворим на ДЦП викликає певні труднощі. У першу чергу це пов'язано з тим, що

ці апарати утримуються при зімкнених зубних рядах, тоді як у дітей з ДЦП періодично виникають довільні скорочення і розслаблення м'язів.

Ми розробили ортодонтичний апарат, який поєднує у собі функції моноблокових апаратів і елементи логопедичних масажних зондів. За прототип використали активатор Андресена-Гойпля. Запропонований апарат – це міофункціональний моноблок з П-подібними додатковими дротяними елементами з вестибулярного і язикового боків та транспалатинальними дугами для подразнювальної дії на м'язи язика, щік і губ. Використання запропонованого міофункціонального апарату дозволяє встановити щелепи дитини з ДЦП у нормогнатичному співвідношенні і стимулювати порушені функції м'язів язика, щік і губ. Крім того, наявність язикоподібного утримувача для ручного введення і виведення апарату з порожнини рота дитини дає можливість контролювати використання даного апарату у домашніх умовах.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗОБЩАЮЩЕГО НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО АППАРАТА НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БРЕКЕТ – ТЕХНИКОЙ.

Морозов А.Л., Крылова Т.Л.

ГУ КГМУ им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Ортодонтическое лечение в любом возрасте, невзирая на конкретный выбор применяемой аппаратуры в процессе коррекции постоянного прикуса, – сложный процесс оказывающий влияние не только на многие функции организма пациента, но и на его психо – эмоциональное состояние. Ввязи с этим уменьшение сроков ортодонтического лечения существенно снижает количество отрицательных воздействий.

С целью сокращения сроков лечения брекет – техникой мы использовали съёмный ортодонтический аппарат с разобщением прикуса на нижнюю челюсть.

Под нашим наблюдением находилось 67 больных с патологией прикуса: I класс по Энгля. Между зубами верхней и нижней челюсти в боковых участках отмечался плотный фиссурно – бугорковый контакт. Всем обследуемым были зафиксированы брекететы на зубы верхней челюсти. Пациенты в возрасте от 17 до 25 лет разделены на 2 группы: основную – 35 человек и контрольную – 32. Основной группе больных были добавлены съёмные аппараты на нижнюю челюсть с незначительным разобщением прикуса. Даны рекомендации по круглосуточному их использованию .

Изменения в положении зубов верхней челюсти в основной группе уже через 35-45 суток от начала лечения сделало возможным клинически обосновано, зафиксировать брекететы на зубы нижней челюсти без риска повреждения аппаратуры антагонистами. Больным в контрольной группе на зубы нижней челюсти брекететы зафиксированы лишь через 70 – 90 суток.

Съёмный разобщающий аппарат на нижнюю челюсть устраняет дополнительное блокирование при перемещении зубов брекет – техникой, что ускоряет расширение верхнего зубного ряда, освобождая вестибулярную поверхность зубов нижней челюсти для скорейшего комфортного фиксирования брекетов.

Таким образом, применение разобщающего съёмного нижнечелюстного пластиночного аппарата на начальном этапе лечения брекет – техникой дает возможность врачу в более короткие сроки подключить к системе нижнюю челюсть, что позволяет уменьшить сроки ортодонтического лечения.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОГО СКЛАДУ МАЗКІВ ПАРОДОНТАЛЬНИХ КИШЕНЬ

Мошель Т.М., Гасюк Н.В., Єрошенко Г.А.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

На сьогоднішній день цитологічне дослідження вмісту пародонтальних кишень дає змогу отримати чітке уявлення про захисні реакції тканин пародонта, наявність або відсутність фагоцитарної реакції та її вираженість. Вищенаведений метод дослідження, за умов мінімальної інвазії, є об'єктивним показником, що дає можливість провести динамічне спостереження за перебігом захворювання та ефективністю проведеної фармакотерапії.

Метою нашого дослідження було визначення цитологічної характеристики пародонтальних кишень у хворих на генералізований пародонтит (ГП) I та II ступеня тяжкості в стадії загострення.

Для досягнення поставленої мети матеріал із пародонтальних кишень хворих на ГП забирали стерильною гладилкою, перенесли на предметне скло, фіксували за загальноприйнятою методикою та забарвлювали за Грамом.

Результати дослідження: в мазках із пародонтальних кишень хворих на ГП в стадії загострення визначається велика кількість нейтрофільних гранулоцитів, а саме сегментоядерних, що мають округлу форму. Ядро сегментоване та має 2-3 часточки, пов'язані тонкими, майже непомітними перемичками. Слід зауважити, що більшість нейтрофільних гранулоцитів знаходяться на різних стадіях фагоцитарної реакції. При цьому фагоцитарна реакція добре виражена, що клінічно характеризує наявність серозного ексудату. Серед представників інших клітинних популяцій виявляються макрофаги. Вони мають неправильну форму, невеликих розмірів чітко оконтуроване ядро

округлої або бобоподібної форми із крупними дольками хроматину. Збільшення кількості макрофагів в мазках є показником активності та характеру запального процесу. Також виявляються поодинокі лімфоцити із інтенсивно забарвленим ядром округлої форми, яке займає 2/3 цитоплазми, що має вигляд обідка. Невелика кількість лімфоцитів підтверджує загострений перебіг запалення та відповідь клітинного типу. В мазках наявні поодинокі базальні клітини, що свідчить про глибоке ураження запальним процесом тканин пародонта. При цьому ядро їх ексцентрично зміщене та перебуває в стадії каріопікнозу, визначається вакуолізація цитоплазми. Слід відзначити повну відсутність парабазальних клітин та зменшення кількості проміжних клітин, в яких також відмічаються дистрофічні зміни.

Вищенаведені дані підтверджують різну гістогенетичну природу анатомічних відділів ясен, зміни в епітеліальному компоненті у вигляді дискератозу. Даний клітинний склад мазків характеризує зниження дозрівання епітеліоцитів в результаті запального процесу.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІМУНОРИКС В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ

Муляр Л.А., Шентій Н.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема лікування та профілактики хронічного обструктивного бронхіту (ХОБ) продовжує залишатися значною проблемою на протязі останніх десятиліть. ХОБ є мультифакторним захворюванням, основною патогенетичною ланкою якого є рецидивуюче запалення слизової оболонки бронхів. Це запалення може бути обумовлене зниженням місцевих факторів захисту та загальної імунологічної резистентності. Застосування препаратів, клінічна ефективність яких є у зменшенні симптоматики основного захворювання та в імуномодуючій дії не викликає сумніву. Препарат імунорикс (підотимод) має стимулюючу дію на макрофаги, індукує дозрівання Т-лімфоцитів. Нами було обстежено 49 хворих із ХОБ з середньотяжким та тяжким перебігом та частими рецидивами. 39 хворих отримували на фоні базисної терапії імунорикс у дозі 400мг 2 рази на добу протягом 15 діб, 10 хворих – традиційну терапію. Пацієнти обстежувалися до початку лікування, через 1 місяць (після завершення основного курсу).

До лікування у хворих обох груп відмічали зниження загальної кількості CD^{3+} – лімфоцитів, підвищення CD^{4+} – лімфоцитів, значне зниження показників фагоцитозу та значне збільшення $slgA$. Внаслідок лікування у хворих відмічалися позитивні зрушення імунітету при застосуванні імунориксу, що виражались в достовірному зниженні по закінченню основного курсу попередньо збільшеної кількості CD^{4+} і одночасному підвищенні кількості CD^{8+} та CD^{3+} Т-лімфоцитів. Попередньо знижений фагоцитоз, фагоцитарний індекс та НСТ-тест мали суттєву тенденцію до нормалізації. Спостерігалось достовірне покращення показників гуморального імунітету, що виражалось у підвищенні сироваткового IgA , зниженні підвищеного вмісту IgM та IgG , нормалізація $slgA$ в мокротинні. Всі ці зміни в імунному статусі проявлялись в покращенні клінічного стану хворих, зменшенні інтоксикації, кашлю і супроводжувались підвищенням функції зовнішнього дихання. В контрольній групі хворих, що отримували базисну терапію, достовірних позитивних змін імунного статусу не спостерігалось.

Таким чином імунорикс рекомендований для застосування в гострій фазі захворювання ХОБ як препарат, що покращає показники неспецифічної резистентності та позитивно впливає на клітинну та гуморальну ланку імунітету.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМПОЗИЦІЇ “ДІОЦИНКОХІМ” ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВОГО КАНАЛУ

Назаренко З.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Підвищення якості лікування запальних захворювань тканин пародонта залишається актуальною проблемою терапевтичної стоматології. Необхідність збереження та відновлення пародонта як важливої частини морфофункціонального комплексу, що оточує зуб, ставить завдання щодо удосконалення методів лікування періодонтитів на перше місце. Основні принципи ефективного лікування хронічних форм верхівкових періодонтитів направлені на якісну медикаментозну обробку корневих каналів вискоєфективними антисептичними засобами.

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності використання композиції “Діоцинкохім” для медикаментозної обробки корневих каналів у комплексному лікуванні хронічних форм періодонтитів.

Об’єктом дослідження були 20 хворих на хронічний гранулюючий та гранулематозний періодонтити. Всі пацієнти не мали загально-соматичної патології. Вік хворих складав від 28 до 45 років. Лікування хронічного верхівкового періодонтиту було проведено з використанням загальноприйнятих методів. Медикаментозна обробка корневих каналів проводилася композицією “Діоцинкохім” за допомогою ендодонтичного шприца та паперових пінів. При необхідності композицію використовували у якості антисептичної пов’язки строком на 2-3 дні.

Композиція "Діоцинкохім" має антисептичну дію. Стабільність антимікробного ефекту солей сірчаноокислого кобальту і цинку, наявність у його складі діоксидину, ефективність якого підвищується при поєднанні з кобальтом сірчаноокислим, відносять його до ряду антисептиків широкого спектра дії. Доклінічні дослідження композиції "Діоцинкохім" свідчать про відсутність у неї токсичних, подразнювальних та алергізуючих властивостей.

Результати наших досліджень показали, що дана композиція має виражену протизапальну, протимікробну та в'язучу дію, запобігає вільно-радикальному окисненню під дією несприятливих факторів зовнішнього середовища, а також покращує мікроциркуляторні процеси в тканинах пародонта. Запропонована методика лікування позитивно впливає на перебіг патологічного процесу у пародонті, скорочує строки лікування, стимулює репаративні процеси у периапікальних тканинах.

СТОМАТОЛОГІЧНА МАСКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Назарян Р.С., Карнаух О.В., Шутова К.С.

Харківський національний медичний університет, м.Харків

На сьогодні доведений певний взаємозв'язок між захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та патологічними процесами, що виникають у ротовій порожнині. Досліди, які проводяться стоматологами та терапевтами, свідчать що зміни в порожнині рота можуть з'явитися ранньою діагностичною ознакою захворювання організму. Крім того, захворювання ШКТ можуть бути важливим пусковим моментом, що спричиняє патологічні зміни в порожнині рота.

Терміном «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» (ГЕРХ) позначають хронічне рецидивуюче захворювання, обумовлене порушенням моторно-евакуаторної функції та характеризується спонтанним, регулярно повторюваним закиданням у стравохід шлункового вмісту з розвитком характерних клінічних симптомів. Уперше як самостійне захворювання стравоходу, пов'язане з рефлюксом кислого вмісту шлунка, ГЕРХ була описана Н. Quinke в 1879 році, однак деякі симптоми, такі як печія, відрижка кислим або гірким, згадувалися ще раніше. ГЕРХ як самостійна нозологічна одиниця офіційно одержала визнання на конгресі, присвяченому діагностиці даного захворювання, що проходив в 1997 році в Бельгії.

Зміни твердих тканин зубів у пацієнтів з ГЕРХ характеризуються розвитком ерозії емалі зуба. На відміну від обмеженої інформації про прояви на м'яких тканинах, ерозія емалі зуба, як прояв ГЕРХ, вивчена більш глибоко. Але в більшості випадків, ці дослідження стосувалися дорослого населення. Ерозію емалі зуба, як прояв ГЕРХ, визначають як збиток тканин зуба через безпосередній вплив кислоти на тверді тканини зубу. Часта печія, блювота, відрижка кислим, булімія сприяють тривалому ерозивному впливу рефлюктанта на гладку поверхню зубів. Американські вчені провели дослідження з метою встановлення причинних зв'язків між ерозією емалі й ураженою поверхнею зубу. Авторами зроблені висновки, що ерозія, яка виявлена на вестибулярних поверхнях, у більшій мері викликана екзогенними факторами, а ерозія на оральній та оклюзивній поверхнях виникає внаслідок патологічних змін у твердих тканинах зубів, що виникають у результаті змін у ШКТ.

Разом з тим дані, які висвітлюють вказану проблему, залишаються достатньо малочисельними. Приймаючи до уваги неухильне зростання кількості випадків захворювань на ГЕРХ у дітей, можна зробити висновок про актуальність вивчення взаємозв'язку цієї хвороби із захворюваннями ротової порожнини.

МУЛЬТИПРОБІОТИКОТЕРАПІЯ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Непорада К.С., Манько А.М., Сухомлин А.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Дисбіоз ротової порожнини – головний етіопатогенетичний фактор запальних захворювань тканин пародонту. Розвиток інфекційно-запальних захворювань слизової оболонки ротової порожнини завжди супроводжується мікроекологічними порушеннями в даному біотопі, які, у свою чергу, тісно взаємопов'язані з дисбіотичними змінами в інших біотопах, перш за все у шлунково-кишковому тракті. Порушення складу симбіотичної мікрофлори ротової порожнини створює умови для активації патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів і їх проліферації, що згодом може призвести до серйозних порушень мікроциркуляції, утворення вогнищ некрозу, наростання і поширення процесів запалення. У зв'язку з викладеним, особливої актуальності набувають питання профілактики та лікування захворювань органів порожнини рота з використанням препаратів на основі симбіотичної мікрофлори, які сприяють підтриманню і відновленню мікробної екологічної системи як ротової порожнини, так і всього організму. Тому в останні роки в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями слизової оболонки ротової порожнини, зубів і тканин пародонту, зокрема, стоматиту, пародонтиту, пародонтиту, гінгівіту та ін. розширилося використання пробіотичних препаратів.

Метою роботи було обґрунтувати ефективність застосування мультипробіотика «Симбітер ацидофільний» для корекції патологічних змін в тканинах пародонта і слинних залоз за умов тривалого застосування інгібітора протонної помпи омепразолу.

Експерименти виконані на 76 білих щурах-самцях масою 180-250 г. Протягом 28 днів щурам внутрішньоочеревинно вводили інгібітор протонної помпи омепразол («Sigma», США) дозою 14 мг/кг та перорально мультипробіотик «Симбітер ацидофільний» («О.Д. Пролісок», Україна) дозою 14 мл/кг. В гомогенаті м'яких тканинах пародонта та піднижньощелепних слинних залоз визначали активність NOS та вміст нітритів – кінцевих продуктів обміну оксиду азоту (Nevel J.M., 1991). Нами встановлено, що 28-денне введення омепразолу достовірно знижувало активність NOS і вміст нітрит-аніону в м'яких тканинах пародонта порівняно з контролем. За цих умов у тканинах слинних залоз спостерігалось достовірне підвищення активності NOS і вміст нітрит-аніонів порівняно з контролем, що свідчить про активацію NO-системи і розвиток оксидативного стресу за рахунок підвищення утворення пероксинітриту. 28-денне введення мультипробіотика «Симбітер ацидофільний» на фоні омепразол-індукованих змін в органах порожнини рота сприяє нормалізації NO-ергічної системи.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Несіна І.М., Шпехт Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою нашої роботи стало вивчення вікових особливостей клінічного перебігу гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у дитячому віці.

Під нашим спостереженням знаходилось 49 дітей в віці 7-15 років, які лікувались в педіатричному відділенні №1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей згідно протоколів МОЗ України.

Аналізуючи дані ендоскопічного дослідження дітей з ГЕРХ ми встановили, що у 32 хворих був виявлений рефлюкс-езофагіт (1 група) та у 17 дітей - ендоскопічно негативна форма ГЕРХ, які склали групу порівняння (2 група). В результаті клініко-лабораторного та інструментального дослідження хворих обох груп були діагностовані супутні захворювання гастродуоденальної зони, жовчовивідної системи та підшлункової залози. Частіше мало місце поєднання ГЕРХ з хронічним гастродуоденітом (65,6% та 52,9% відповідно) і виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (21,9% та 17,6% відповідно). У хворих групи порівняння частіше виявлявся хронічний гастрит (11,8%). Звертає на себе увагу, що у дітей 1-ї групи майже в 2 рази частіше, ніж у хворих 2-ї групи, разом з гастроєзофагальним діагностувався і дуоденогастральний рефлюкс (28,1%). При цьому у пацієнтів з ендоскопічно позитивною ГЕРХ достовірно частіше спостерігалась нудота (34,6%). Детальний аналіз скарг хворих дозволив виділити клінічний поліморфізм різних симптомів залежно від віку. Старші діти (вікова група 12-15 років) виказували більш специфічні для ГЕРХ скарги (біль в животі (82,1%), печія (67,8%), відрижка (50,0%). В групі дітей 7-11 років превалювали скарги на болі в животі, пов'язані з вживанням їжі (78,2%), нудота виявлялась 60,9% хворих, зниження апетиту відмічалось у 52,2% дітей. Печія достовірно частіше зустрічалась в дітей віком 12-15 років, а для вікової групи 7-11 років більш характерною скаргою був неприємний запах з роту.

Таким чином, клінічний етап діагностики ГЕРХ характеризується залежністю скарг від вікових особливостей, варіанта ендоскопічної картини та супутньої патології. Виявлення даних симптомів дозволить, до проведення інструментального обстеження, запідозрити ГЕРХ на ранній стадії розвитку і диференційовано підійти до призначення терапії.

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ ОПІКОВІЙ ХВОРОБИ

Нетюхайло Л.Г., Сухомлин Т.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) питома вага опіків серед травм мирного часу складає від 5 до 10%, вони займають третє місце в структурі загального травматизму (Андрієшин О.П., 2001).

Мета дослідження - докладно дослідити в динаміці при експериментальній опіковій хворобі (ЕОХ) стан вуглеводного обміну.

Опікову хворобу моделювали за методом А.П. Довганського (1971). Гістологічне дослідження пошкодженої шкіри свідчило, що утворювався опік IIIA-B ступеня, що є стандартною моделлю розвитку опікової хвороби в експерименті. Щурів декапітували через 1,6,12 годин та 1,2,3,5,7,10,14,21,28 днів, що, за сучасними уявленнями (Пасечка Н.В., 1996), відповідає стадіям шоку, ранньої і пізньої токсемії і септикотоксемії. Стан вуглеводного обміну вивчали на підставі рівня молочної кислоти (МК) (Камышников В.С., 2000), піровиноградної кислоти (ПВК) (Камышников В.С., 2000) та активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) (Меньшиков В.В., 1987). При ЕОХ змінюється стан вуглеводного обміну. Вміст МК збільшився в усі стадії спостережень, але пік спостерігався на 1-у добу після опіку (стадія опікового шоку), в цей час показник збільшився в 6,56 рази у порівнянні з контролем. При цьому відбулося зниження вмісту ПВК, максимальне зменшення якого також відбувалося на 1-у добу дослідження, в цей час рівень пірувату був нижчим в 3,83 рази порівняно з інтактними тваринами. Одним із важливих механізмів, що забезпечують адаптивну координацію аеробного та анаеробного обмінів органічних речовин в організмі, є регуляція активності ключових ферментів енергетичного метаболізму (Дудченко М.А., 2006). Активність ЛДГ була вірогідно

більшою, а найбільш високою – в стадіях токсемії та септикотоксемії (10-та і 14-та доба), вищою більш ніж в 5 разів порівняно з контролем.

Таким чином, при ЕОХ спостерігається стійке порушення вуглеводного метаболізму, а саме активація реакцій анаеробного гліколізу, що супроводжується підвищенням рівня лактату і зниженням – пірувату.

Отже, надмірна продукція лактату при опіках, з одного боку, і недостатність процесів дезактивації цього метаболіту - з іншого, призводить до розвитку лактоацидозу, який ще більше ускладнює протікання опікової хвороби, тобто виникає вадне коло.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИСЕПТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ “ПОВІДОН –ЙОД” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО – ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ М’ЯКИХ ТКАНИН

Нємченко І.І., Ляховський В.І., Дудченко М.О., Ковальов О.П., Люлька О.М., Нємченко Л.Б.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

З уведенням в медичну практику антибіотиків значно знизилась увага до антисептиків, в результаті чого спектр їх використання значно зменшився. Крім того, широке застосування антибіотиків призвело до виникнення в медицині цілого ряду проблем, а саме наявності антибіотикорезистентних збудників інфекції. Тому у терапії гнійних процесів м’яких тканин увага більше акцентується на використанні нових антисептичних засобів місцевої дії.

В основу роботи покладено результати лікування 36 хворих з гнійно – запальними процесами м’яких тканин на базі хірургічного відділення №1 2МКЛ м.Полтави. Вік хворих від 18 до 70 років, із них чоловіків було 19(51%), жінок -17(49%). Розподіл хворих по нозологічних формах захворювань був наступний: абсцеси м’яких тканин- 9, флегмони різної локалізації -10, гнійно – запальні процеси кисті -8, парапроктити -4, абсцедуючий фурункул - 5.

Всі госпіталізовані хворі в екстреному порядку були прооперовані. Після оперативного втручання, яке зводилось до розкриття гнійного осередку і максимального видалення некротизованих тканин, проводилось лікування ран під пов’язкою із застосуванням 1% розчину антисептичного препарату “Повідон – йод”. Пов’язку міняли 2 рази на добу впродовж 5 – 7 днів. Після появи грануляційної тканини застосовували антисептичні мазі. Усі хворі були поділені на 2 групи: 26 хворих основної групи, у яких в комплексному лікуванні застосовували препарат “Повідон – йод”, та 10 хворих контрольної групи, яких лікували традиційно.

Антибактеріальна терапія включалась в об’єм лікувальних заходів одразу після надходження хворих в стаціонар .

Динаміка перебігу ранового процесу та лікування контролювалась за результатами клінічних проявів, мікробіологічного дослідження посівів із ран, характеру ранового виділення, оцінки термінів лікування та тривалості антибіотикотерапії.

В результаті проведеного дослідження нами встановлено, що місцеве застосування препарату “Повідон – йод” в комплексній терапії гнійно – запальних процесів м’яких тканин сприяє значному скороченню тривалості системної антибактеріальної терапії, дає змогу більш швидкому очищенню та загоєнню ран, тим самим скорочує термін перебування хворих в стаціонарі в середньому на 4 – 5 днів.

ХІМІЧНІ КОМПОНЕНТИ СУЧАСНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ.

Нідзельський М.Я., Стариков Д.Б., Писаренко О.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вперше про небезпеку, яку представляють для пацієнтів стоматологів бісфенол А (BPA) і метакрилова кислота заговорили учені Іспанії з Гранадського університету в 1996году.

Як основний компонент полімерної єднальної речовини, в найсучасніших пломбувальних матеріалах, як і сорок років тому, використовують мономер BISGMA (БІСГМА) - бісфенол А гліциділ метакрилат або його похідні, так звані BISGMA уретани. А оскільки BISGMA (основна єднальна речовина композитів, а по суті смола) виробляється з діфенілолу пропану, тобто з бісфенолу А (BPA), змішаного з метакриловою кислотою, то під впливом агресивного середовища порожнини рота на ці компоненти і розпадається в роті у пацієнтів. Бісфенол А (4,4"-дігидрокси-2,2-діфенілпропан, дифенілолпропан технічний,ДФП) - хімічна речовина у вигляді гранул білого кольору (1-2мм). Бісфенол А використовується протягом 50 років як отверджувач у виготовленні пластмаси, а також продуктів на основі пластмас. Він є одним з ключових мономерів у виробництві епоксидних смол і найбільш загальною формою в полікарбонатному пластиці.

Не існує загальноприйнятої норми відносно мінімальної допустимої кількості бісфенолу А, а повністю виключити його попадання в організм людини практично неможливо. Жодне міністерство охорони здоров'я в світі офіційно не визначило мінімальної норми бісфенолу А і не внесло його до списку канцерогенних речовин.

Таким чином, проаналізувавши доступні літературні джерела присвячені проблемі широкого використання бісфенолу А в різних матеріалах, знайшовши підтвердження його шкідливої дії на окремі органи і в цілому на організм людини, ми прийшли до необхідності проведення обширних досліджень по виявленню дії бісфенолу А на пацієнтів, що користуються стоматологічними макро та міні конструкціями, до складу яких входять BIS-GMA (бісфенол-гліциділметакрілата), UDMA (уретандіметіл-метакрілату), D3MA (декан-діолдіметакрілата), TEGDMA (тріетілен-гліколметакрілата) на основі бісфенолу А.

Передбачаємо, що подальші наші дослідження дадуть можливість розрахувати питому вагу стоматологічних матеріалів, яка буде вміщувати максимально допустиму кількість бісфенолу А для людського організму.

СТАН ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1

Ніколішин А.К., Левицький А.П., Ступак О.П.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

ДУ "Інститут стоматології АМН України", м. Одеса

На сьогоднішній день відзначається зростання захворювань, викликаних умовно-патогенною мікрофлорою, в тому числі і дріжджеподібними грибами роду *Candida*. Це зумовлено нераціональним та неконтрольованим використанням в медицині антибіотиків, антисептиків, гормональних препаратів, зниженням імунологічної реактивності організму у хворих, що досить часто призводить до посиленого розмноження грибів роду *Candida*, на тлі стрімкого зниження кількості пробіотичної мікрофлори, розвитку дисбіозу та кандидозу. Особливе місце серед провокуючих факторів розвитку грибкових стоматитів у хворих займає цукровий діабет (ЦД).

У зв'язку з цим, що у хворих при ЦД одним з факторів, який призводить до порушення функціонування органів і систем організму, є пошкодження біологічних клітинних мембран, особливо за рахунок посилення переокисного окиснення ліпідів та збільшення активності протеолітичних ферментів, нам здавалось за доцільне дослідити ферментативний спектр ротової рідини у хворих на ЦД типу 1, а саме: стан вільнорадикального окиснення ліпідів, антиоксидантного захисту та загальної протеолітичної активності як маркера запальних процесів в порожнині рота, і його вплив на розвиток у хворих кандидозного стоматиту для патогенетично обґрунтованого лікування та профілактики кандидозу слизової оболонки порожнини рота (СОПР) у хворих з ЦД типу 1.

Згідно проведених нами досліджень, у хворих на кандидозний стоматит на тлі ЦД типу 1 в ротовій рідині в 1,5 рази збільшується вміст малонового діальдегіду ($0,44 \pm 0,04$ мкмоль/л проти $0,29 \pm 0,02$ мкмоль/л в контрольній групі) та в 2 рази зменшується активність каталази ($0,13 \pm 0,02$ мкат/л проти $0,26 \pm 0,02$ мкат/л в контрольній групі), що свідчить про порушення стану прооксидантно-антиоксидантної системи. Встановлено, що в ротовій рідині у хворих на кандидоз СОПР при ЦД типу 1 в 4 рази збільшується рівень загальної протеолітичної активності ($16,95 \pm 1,43$ нкат/л проти $4,11 \pm 0,52$ нкат/л в контрольній групі), що підтверджує наявність запалення СОПР.

Таким чином, при комплексному лікуванні хворих з кандидозним стоматитом на тлі ЦД типу 1 необхідно використовувати медикаментозні препарати, які мають антиоксидантну дію.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ОБРОБКА КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Ніколішин А.К., Ступак О.П., Котелевська Н.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Для ендодонтичного лікування періодонтиту раніше використовувались механічна, хімічна (медикаментозна) обробка кореневих каналів та їх пломбування. В сучасній стоматології інструментальна обробка кореневих каналів поєднується з медикаментозною, метою якої є формування кореневих каналів у вигляді циліндричної форми з усіченим конусом (методика "Step Back" техніки) або конічної форми (методика "Crown Down" техніки). В зв'язку з інфікуванням системи кореневих каналів, особливо в апікальній дельті, їх медикаментозна обробка займає одне з провідних місць у лікуванні ускладненого карієсу і використовується у вигляді іригації, аплікації та тимчасової obturaції кореневих каналів.

Іригація проводиться з використанням:

- ендодонтичних шприців,
- у поєднанні з механічною обробкою кореневих каналів в звукових та ультразвукових системах,
- гідродінамічної промивки кореневих каналів за допомогою системи RinsEndo фірми "DurrDental", при якій використовується дозоване вприскування антисептиків,

- іригації шприцем у поєднанні з вакуумним відсмоктуванням, за допомогою резинової груші ендодонтичної системи Endo-Eze фірми "Ultradent",
- дозованого вакууму за методикою А.К. Ніколішина, Н.В. Котелевської (2005).

Способи, при яких використовується нагнітання дезінфікуючих розчинів в кореневі канали, менш ефективні у порівнянні з введенням антисептика та його подальшого відсмоктування. При цьому в декілька разів зменшується кількість КУО мікроорганізмів системи кореневих каналів. Використання дозованого вакууму крім медикаментозної обробки позитивно впливає на процеси гемокоагуляції та фібринозу тканин періодонта при лікуванні гострих та загострених хронічних верхівкових періодонтитів.

Апликація – короточасний або довготривалий (до 1-2 діб) вплив медикаментозних засобів, що мають антимікробний та протизапальний вплив на періодонт та систему кореневих каналів.

Тимчасова obturaція (пломбування кореневого каналу) використовується з метою довготривалої протизапальної та антимікробної дії при заповненні кореневого каналу тимчасового пастою за допомогою каналонаповнююча, терміном від 7-10 днів до 1 місяця.

Таким чином, від якісної медикаментозної обробки кореневих каналів залежить успіх лікування ускладненого карієсу.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС ТА ОКЛЮЗІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПРИКУСІВ.

Новіков В.М., Луцькова Ю.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність теми: Поширеність м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів досягає 27,5% - 70%. До теперішнього часу лікування пацієнтів з функціональними порушеннями в скронево-нижньощелепному суглобі, які супроводжуються порушеннями прикусу, залишається актуальною проблемою. При цьому порушення оклюзії є одним з основних етіологічних чинників виникнення функціональних порушень при м'язово-суглобовій дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів.

Вивчення вищевикладених питань має визначальний вплив на вибір тактики ортопедичного лікування пацієнтів з м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів.

Матеріали та методи дослідження: Було досліджено 20 пацієнтів. Вікова категорія 20-40 років. Група складалась лише з жінок, які мають м'язово-суглобову дисфункцію скронево-нижньощелепних суглобів. Пацієнтів розділили на 2 вікові категорії: перша - 20-30 років, друга - 30-40 років.

З метою визначення розташування суглобової головки в суглобовій ямці проведено променеві дослідження (рентгенологічні та на магніто - резонансному томографі). З метою визначення оклюзійних порушень проводився аналіз моделей щелеп.

Результати: У 30% було виявлено дистальне розміщення суглобової головки, у 70% було виявлено центральне розташування суглобової головки. Із загальної кількості досліджених у 4 (20%) мали глибоке різцеве перекриття; у 16 (80%) – глибокий прикус.

Висновок: При дослідженні м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів простежується прямий кореляційний зв'язок між формою прикусу (а значить і оклюзійним станом) та клінічним перебігом дисфункції СНЩС.

ДИСБАЛАНС ВАЗОРЕГУЛЯТОРІВ ПРИ СТРЕСОРНИХ ВИРАЗКАХ ШЛУНКА

Омельченко О.Є.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Згідно сучасним уявленням, оксидативний стрес є невід'ємним патогенетичним механізмом серцево-судинних захворювань.

Ендотелій відіграє ключову роль у підтриманні нормального тону та структури судинного русла.

Мета дослідження – з'ясувати роль вазоактивних речовин у розвитку стресорних виразок слизової оболонки шлунка (СОШ).

Експерименти виконані на 72 статевозрілих щурах-самцях Вістар. Гострий іммобілізаційний стрес відтворювали за методом Г. Сельє. В сироватці крові і СОШ досліджували вміст нітритів (метаболітів NO) і ендотеліну-1 (ЕТ-1). Після евтаназії тварин під гексеналовим наркозом враховували частоту, множинність і площу стресорних виразок СОШ. З використанням морфометричного методу оцінювали стан гемоциркуляції слизового та підслизового шару шлунка.

Встановлено, що за умов емоційного стресу у 82 % щурів виникли ерозії і виразки шлунка. Їх частота, площа і множинність залежали від типу реагування тварин і були достовірно більш виражені у щурів стресонестійкого типу порівняно зі стресостійкими.

Редукція мікросудинного русла стінок шлунка під впливом емоційного стресу була значно вищою у тварин стресонестійкого типу порівняно з відповідним типом реагування тварин контрольної групи та стресостійким типом стресованих щурів.

Концентрація ЕТ-1 в сироватці крові щурів за умов гострого стресу достовірно була вищою порівняно з контролем, що відображає патогенетичну роль дисфункції ендотелію, ініційовану стресорною активацією перекисного окиснення ліпідів, ушкодженням ендотеліальних клітин та порушенням судинного тону. Наслідком ендотеліальної дисфункції, ініційованої стресорною активацією вільнорадикального окиснення, є розвиток ішемії СОШ та утворення виразок шлунка.

Таким чином, провідним патогенетичним механізмом стресорної ішемії та утворення виразок шлунка є дисбаланс продукції вазодилататорів та вазоконстрикторів ендотеліоцитами гемоциркуляторного русла.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.

Осіпов О.С., Малік С.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Постійне зростання серед пацієнтів хірургічних стаціонарів кількості хворих, що страждають на супутнє ожиріння, а також значно вища частота виникнення післяопераційної ранової інфекції у цієї категорії пацієнтів, порівняно з хворими з нормальною масою тіла, спонукають до пошуку достовірних прогностичних параметрів та розробки способу прогнозування розвитку післяопераційних інфекційно-запальних ранових ускладнень, щоб дозволило оптимізувати вибір лікувальної тактики.

Було проведено ретроспективний аналіз лікування 203 хірургічних хворих, що страждали на різні захворювання черевної порожнини та супутнє ожиріння, яких було прооперовано. Хворих було поділено на 2 групи: 1 група – 34 (16,8 %) пацієнтів із ожирінням, у яких виникли ранові ускладнення, 2 група – 169 (83,2 %) – хворі із ожирінням, які мали неускладнений перебіг післяопераційного періоду.

Було проаналізовано близько 70 клінічних та інструментально-лабораторних параметрів. Виявлено 14 факторів ризику, що мають достовірну відмінність значень у досліджуваних групах пацієнтів, а саме: ступінь ожиріння, форма ожиріння, співвідношення об'єму талії до зросту, ліжкодень до операції, характер основного захворювання, характер антибіотикопрофілактики, наявність супутньої соматичної патології та проведення коригуючої передопераційної терапії, оперативний доступ, тривалість операції, технічні труднощі при виконанні операції та анестезії, спосіб закриття рани, вид шовного матеріалу, спосіб дренивання рани, строки видалення швів та дренажів. Значимість показників вивчена з використанням методів непараметричної статистики.

Виявлено, що найбільший коефіцієнт значимості мають ступінь ожиріння, абдомінальна форма ожиріння, наявність поєднаної супутньої патології. Також важливу роль відіграють оперативний доступ, тривалість та технічні труднощі при виконанні операції.

Отже, виявлені чинники дозволяють спрогнозувати виникнення ранових ускладнень на стадії доклінічних проявів, що дозволяє визначати, своєчасно коригувати лікувальну тактику та вживати превентивні заходи у хворих із високим ризиком розвитку ранових ускладнень.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ТКАНИНАХ ЯСЕН ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ

Остапко О.І.

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

Хронічний катаральний гінгівіт (ХКГ) є найбільш поширеним захворюванням тканин пародонта у дитячому віці. Провідною клінічною ознакою ХКГ є кровоточивість ясен. Нами проведено стоматологічне обстеження 560 підлітків віком 15 років і встановлено, що у 98% з них спостерігається симптом кровоточивості під час зондування зубо-ясеневі борозни. При цьому у 71,4% обстежених діагностовано середній ступінь тяжкості ХКГ, у 14,3% - локалізований та генералізований пародонтит початкового - I ступеня тяжкості.

Результати морфологічних та гістохімічних досліджень підтвердили, що у дітей навіть при клінічно незмінених яснах в них вже відмічаються певні морфологічні зміни, спостерігається зниження активності ферментів тканинного дихання, пентозного циклу при підвищеній активності ферментів гліколізу. Це свідчить про розвиток тканинної

гіпоксії, яка в свою чергу є пусковим механізмом активації вільно радикальних процесів, що ведуть до альтерації тканин пародонта та розвитку в них запалення. Виявлені метаболічні порушення в яснах при ХКГ стали підставою для раннього профілактичного застосування фармакологічних препаратів метаболічного типу дії з метою покращення метаболічної компенсації зниженої енергетичної забезпеченості клітин епітеліального бар'єру.

З метою попередження розвитку та прогресування ХКГ у дітей розроблено лікувально-профілактичний комплекс, який передбачає корекцію метаболічних порушень в тканинах ясен (Деклараційний патент України № 49866 від 11.05.2010 р). До його складу входить препарат комплексної регуляційної енерготропної дії "Коензим Композитум" у вигляді "питних ампул" (2 рази на тиждень протягом 1 місяця). "Коензим Композитум" стимулює продукцію енергії в мітохондріях, посилює клітинне дихання, підвищує засвоєння клітинами кисню, нейтралізує вільні радикали.

Оцінка ефективності розробленого способу профілактики ХКГ свідчить про доцільність раннього профілактичного застосування фармакологічних препаратів метаболічного типу дії. Це дозволяє досягти метаболічної компенсації зниженої енергетичної забезпеченості та підвищення функціональної активності клітин епітеліального бар'єру, що сприяє підтриманню його функції та попередженню розвитку ХКГ у дітей.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Павленко Е.М.

Інституту стоматолога НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ

Згідно даним ВООЗ доля людей похилого та старечого віку щороку зростає. Літературні дані про стан твердих тканин зубів, тканин пародонту та слизової оболонки порожнини рота серед людей похилого та старечого віку відносно малочисельні, але і вони підтверджують необхідність в більш детальному обстеженні цієї вікової групи населення.

Тому метою дослідження було оцінити стоматологічне здоров'я у людей похилого та старечого віку.

Матеріали та методи. Для реалізації означеної мети нами було проведено стоматологічне обстеження серед 204 хворих похилого(112 осіб) та старечого(92 особи) віку із загальносоматичними захворюваннями, які перебували на лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни (м. Переяслав-Хмельницький). Клінічну оцінку стану тканин пародонту проводили згідно рекомендацій Г.Ф. Білоклицької. Всіх обстежених було розподілено за віковим критерієм на 6 груп: 1 група – пацієнти 60-64р., 2 група – пацієнти 65-69р., 3 група – пацієнти 70-74р., 4 група – пацієнти 75-79р., 5 група – пацієнти 80-84р., 6 група – пацієнти 85-89р.

Результати обстеження. Доведено, що рівень потреби населення похилого та старечого віку в різних видах стоматологічної допомоги в деякій мірі залежить від демографічного складу населення. Так, встановлено високий відсоток захворювань тканин пародонту у пацієнтів 1-ї вікової групи (24,5%), зі значною питомою вагою (31,2%) чоловіків, в порівнянні з жінками (13,9%). При цьому найвищий показник захворюваності на генералізований пародонтит (31,3%) визначився в цій же віковій групі серед чоловіків, які мешкають у містах. У жінок високий показник виявлено в 3-й віковій групі (70-74рр), але з переважним їх мешканням в сільській місцевості.

В подальшому, отримані результати дослідження, є підставою для розробки диференційованих гігієнічних заходів по догляду за порожниною рота у людей похилого та старечого віку.

АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ШАБЛОНІВ В ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТОЛОГІЇ

Павліш І.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В стоматологічній імплантології кероване планування дозволяє нам досягти високої точності в позиціонуванні імплантата, враховуючи протетичні та анатомічні умови поряд з мінімально інвазивним втручанням (Ruppin.J at al., 2008).

В сучасних умовах успішно використовуються два основні способи керованої хірургії – це використання хірургічних шаблонів (ХШ) та систем дистанційної навігації в реальному часі (Пономарьов А.А., 2004).

У даній роботі ми, на основі аналізу даних літератури та власного досвіду, спробували систематизувати знання про особливості використання та ефективність різних конструкцій хірургічних шаблонів в дентальній імплантації.

А. Нобкірк та співавт. (2003) розділяють ХШ на два типи: шаблони, які обмежують напрямок руху свердла (лімітуючі) та шаблони, які дозволяють хірургу самому обирати напрямок руху свердла (орієнтуючі). Крім цього, за методом фіксації ХШ поділяються на назубні, ясеневі, ясеневі з додатковою ендосальною стабілізацією, зубо-ясеневі і накісні.

Ж. Ganz (2005) до переваг шаблонів першого типу відніс: підвищення точності позиціонування імплантатів, зменшення часу оперативного втручання та хірургічних помилок, покращення прогнозу для пацієнта завдяки малоінвазивній хірургії, а також можливість попереднього виготовлення тимчасових і навіть постійних протезів і прове-

дення безпосереднього протезування. До недоліків таких шаблонів відносять: неможливість використання таких методик як розширення альвелярного паростка, врахування стану слизової оболонки, деяка втрата тактильного відчуття через тертя свердла об направляючу гільзу, труднощі у вимірюванні глибини свердління у деяких випадках (Sicillia A. та співавт., 1998), неможливість їх застосування для негайної імплантації, неможливість проведення пластики м'яких тканин у ділянці імплантації та корекції альвеолярного гребеня, затруднення при введенні свердла у дистальних ділянках через велику товщину шаблона (Marta Abad-Gallegos та співавт., 2010)

Головними факторами, які впливають на точність позиціонування імплантата при використанні ХШ, ряд авторів вважають конструкцію, метод фіксації шаблона, протяжність дефекта та досвідченість хірурга (Hinckfuss S, Conrad H, Lin L, Lunos S, Seong W.J., 2010.).

Орієнтовна точність шаблонів першого типу, виготовлених на основі CAD технологій складає біля 2 мм лінійних відхилень, хоча в окремих випадках при використанні накісних шаблонів девіація може складати більше 4мм. Найбільш точними можна вважати назубні та ясеневі шаблони.

МЕХАНІЗМ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЛЛИКУЛЫ НА ЭМАЛИ ЗУБА

Падалка И.А., Падалка А.И.

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

После прорезывания зуба имеющаяся на поверхности эмали кутикула исчезает и на её месте образуется пелликула, что происходит в результате смены состава жидкости, омывающей коронку зуба. Однако механизм образования и качество пелликулы на эмали разной степени зрелости изучены недостаточно. Мы считаем, что механизм образования и качество пелликулы обусловлены двойным электрическим слоем (ДЭС) на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость", а точнее - закономерностями образования его защитного коллоидного слоя. Наличие ДЭС на границе раздела разных фаз (твёрдой - твёрдой, твёрдой - жидкой, твёрдой - газообразной, жидкой - жидкой) и закономерность образования его защитного коллоидного слоя доказано многочисленными исследованиями в коллоидной химии, биоэлектрохимии, биофизике, физической химии. Эту закономерность можно считать приемлемой и для образования защитного коллоидного слоя ДЭС на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость", который в нашем случае называется пелликулой. Наличие ДЭС с разной величиной заряда и напряжённостью электрического поля на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость" в зубах с разной степенью зрелости эмали, а так же при кариесе в стадии мелового пятна, доказано и нами (И.А. Падалка, 1991). Сущность механизма образования защитного коллоидного слоя ДЭС на границе раздела разных фаз, а значит и сущность механизма образования пелликулы на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость", заключается в том, что на твёрдой поверхности, не имеющей заряда, или при низких его показателях происходит адсорбция органических молекул, тогда как при высоком положительном или отрицательном заряде поверхности происходит десорбция органических молекул. Обусловлено это тем, что диэлектрическая проницаемость воды в 2,7-8,0 раз выше диэлектрической проницаемости органических веществ. Диэлектрик с большей диэлектрической проницаемостью втягивается в электрическое поле конденсатора, которым является ДЭС на границе раздела разных фаз, тем сильнее, чем больше напряжённость этого поля, т.е. чем больше заряд на обкладках конденсатора. Поэтому по мере увеличения положительного или отрицательного электрического заряда ДЭС молекулы воды, обладающие высокой диэлектрической проницаемостью, из раствора будут всё больше и больше втягиваться в это поле и будут вытеснять молекулы органического вещества, обладающего меньшей диэлектрической проницаемостью. Чем меньше напряжённость электрического поля конденсатора, тем слабее в него втягиваются или вообще не втягиваются молекулы воды, и не вытесняют адсорбировавшиеся на поверхности молекулы органического вещества. Динамика ДЭС на границе раздела "эмаль-ротовая жидкость" зубов с разной степенью зрелости или прогрессирующим течением кариеса в стадии мелового пятна обуславливает качество пелликулы.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕПЛАНТАЦІЇ ЗУБА

Панькевич А.І., Богашова Л.Я., Колісник І.А., Гоголь А.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ліквідація одонтогенних осередків запалення є досить актуальною задачею. Існуючі консервативні методи лікування хронічних періодонтитів не завжди дозволяють усунути. У таких випадках на перший план виступають хірургічні методи, направлені на збереження зуба та його функцій. До них відноситься операція реплантації зуба, що дозволяє ліквідувати осередок інфекції в періодонті та зберегти зуб.

Метою нашого дослідження стало вивчення віддалених результатів реплантації зуба.

Нами було прооперовано 25 пацієнтів у віці від 20 до 35 років. У 14 пацієнтів реплантували перший моляр, у 11 – другий моляр нижньої щелепи. Показаннями до реплантації зуба у 22 пацієнтів був хронічний гранулематозний періодонтит і їм проводили одноетапну реплантацію. Двоетапна операція була застосована у 3 пацієнтів із ускладненням хронічного гранулюючого періодонтиту – гострим серозним періоститом, зуб видаляли у перше відвідування, проводили хірургічне лікування періоститу і реплантували зуб на 5 день після стихання гострих запальних явищ. У всіх пацієнтів перед реплантацією кореневі канали та зуб було запломбовано.

За пацієнтами після операції спостерігали на наступний день, через тиждень, один місяць, 6 місяців, віддаленими вважали спостереження через 1, 3 та 5 років, а результати реплантації оцінювали за клінічними та рентгенологічними ознаками.

Так, при спостереженні на наступний після реплантації день пацієнти скарж не пред'являли.

При оцінці віддалених результатів увагу звертали на рухомість зубів, стан слизової оболонки альвеолярного відростка у ділянці цих зубів, рентгенологічні ознаки приживлення зуба. При огляді через 1 рік у 24 пацієнтів був періодонтальний тип приживлення, у 1 пацієнта, якому проводили двохетапну операцію реплантації – остеодний. При оцінці рентгенографії 4 пацієнтів через 3 роки спостереження визначалась незначна резорбція коренів, що клінічно супроводжувалось рухомістю зубів I ступеня. У пацієнтки, що перебувала під спостереженням 5 років також клінічно визначалась рухомість зуба I ступеня, на рентгенограмі спостерігалась незначна резорбція коренів.

Таким чином, одноетапна реплантація сприяє формуванню періодонтального типу приживлення зуба, що є більш фізіологічним. Оцінка віддалених термінів реплантації свідчить про функціонування реплантованих зубів 3 та більше років і дозволяє рекомендувати її як метод вибору зубозберігаючих операцій.

ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДОВГИХ КІСТОК

Пелипенко О.В., Левус В.С., Пелипенко В.П., Гончаров А.В., Жигайлов С.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В наш час лишається актуальним питання вибору найбільш ефективного методу остеосинтезу при переломах довгих кісток, численність яких в зв'язку із безперервно зростаючим травматизмом стрімко збільшується. Поряд з традиційними методами остеосинтезу в останній час в нашій країні широке розповсюдження отримав метод блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу.

Матеріалом даного повідомлення послужив досвід використання і аналіз результатів 84 операцій інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу довгих кісток в клініці травматології УМСА при закритих (85,7 %) та відкритих переломах (14,3 %) стегна (24), великогомілкової кістки (48), плечової кістки (12).

Чоловіків було 60 %, жінок – 40 %, середній вік склав 34,3 років. Оперативне втручання виконано в термін від 5 до 26 діб з отримання травми. У 8 випадках операції виконано з приводу порушення репаративного процесу, в т.ч. у 2 при незрощенні, у 4-х при рефрактурах, у 2-х – при хибних суглобах. Переважно використовувались блокуючі стержні системи „CHARFIX” виробництва фірми „ChM”.

В післяопераційному періоді у 4 хворих відмічені нагноєння рани, випадок повторного перелому. У 83 хворих настало зрощення переломів, відновлена працездатність в середньому через 2-4 місяці. Всі пацієнти результатами лікування задоволені. Середній ліжко – день становив 7,9 днів. Тривалість тимчасової непрацездатності у порівнянні з традиційними методами і МОС знизилась у 3,2 рази, стаціонарного лікування у 2,9 рази, що дало ефективність використання ліжкового фонду в 2,8 рази, кількість післяопераційних ускладнень знизилось в 3,9 рази.

Таким чином, при блокуючому остеосинтезі головною метою є збереження життєздатності тканин, досягнення максимальної васкуляризації в зоні перелому, забезпечення стійкої фіксації уламків зі збереженням анатомічної форми з достатньо повною мобільністю м'язів та суглобів, дотримання принципу свідомої відмови від ідеальної репозиції та абсолютної стабілізації, щоб надмірно травматизацією не порушувати мікроциркуляцію в прилеглих тканинах і не порушувати процеси первинного кісткоутворення.

ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНА

Пелипенко О.В., Пелипенко В.П., Баженов А.А., Соколка В.В., Петрик С.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Перебіг травматичної хвороби при пошкодженнях стегнової кістки з віком набуває специфічні особливості, які потребують ретельного вивчення та особливого підходу до тактики лікування на всіх етапах спостереження постраждалих.

Використання хірургічного методу лікування, раціональне використання терапії спрямованої на корекцію нестійких компенсаторних механізмів кровообігу, профілактика ускладнень пов'язаних з гіподинамічними явищами за допомогою ортопедичних та побутових пристроїв дозволяє знизити рівень летальності і скоротити термін перебування в ліжку хворих похилого віку з переломами стегнової кістки.

Вивчаючи особливості перебігу травматичної хвороби у постраждалих з переломами стегнової кістки, провели аналіз лікування 1512 оперованих хворих. Переважна кількість з них (89,6%) мали супутні захворювання, які, безумовно, значно погіршували стан потерпілого. Клінічні прояви атеросклерозу були відмічені у 47,6%, емфізема та пневмосклероз у 28,6%, гіпертонічна хвороба у 9,5%, цукровий діабет у 2,6%, бронхіальна астма у 1,3% хворих. У 12,1% випадків атеросклероз поєднувався з хронічною легеневою патологією.

Методом вибору операцій є металоостеосинтез, в останні роки розширено ендопротезування. В процесі лікування виділяємо 4 періоди, які мають свої цілі і задачі: підготовчий, ранній післяопераційний, власне відновної і соціальної реабілітації. Детально вивчали коливання гемодинаміки, проводячи постійну корекцію і профілактику застійних легеневих ускладнень, тромбозів і пролежнів, що допомогло розширити показання до оперативного втручання. Запропоновані ортопедичні деротатори, приліжкові пристрої для розробки руху в суглобах, опірна спинка з головотримачем та столиком для вживання їжі довели свою ефективність в клінічній практиці.

Порушення гемодинаміки, вентиляції легенів у осіб похилого віку можуть бути зменшені і навіть усунені, резерви адаптації покращені і хірургічний ризик знижений шляхом цілеспрямованої корекції перед втручанням, індивідуальним вибором основного анестетика і активним веденням післяопераційного періоду. Відмічені засоби дозволили знизити післяопераційну летальність від легеневих ускладнень до 1,3%, а загальну до 6,9%.

Зменшення строків передопераційної підготовки, надійна стабільна фіксація переломів дозволяє хворим похилого віку активно боротись з адинамією, що зводить до мінімуму післяопераційні ускладнення.

АРТРОСКОПІЯ, ЯК МЕТОД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Пелипенко О.В., Пелипенко В.П., Левус В.С., Ковальов О.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведений аналіз лікування післятравматичної нестабільності колінного суглобу у 245 хворих, із них зі свіжими пошкодженнями - 80, застарілих наслідків травм 165.

Частіше травмувались чоловіки (67,8%), переважно молодого та зрілого віку (53,5%), дещо частіше виявлявся травмований правий суглоб (55,1%), ізольовані пошкодження виявлені у 30,2%, множинні у 69,8%. Слід звернути увагу, що травма 4 основних зв'язок з 24 різними варіантами дала 412 пошкоджень.

Переважаючою причиною пошкоджень були складні ротаційні несоординовані рухи. При виявленні механізму травми у 12,3% встановлений прямий, у 64,7% - непрямої (в т.ч. ротаційний у 72,3%, різке згинання у 12,3%, перерозгинання у 13,2%), хронічна мікротравма відмічена у 3,8%.

З 2008 року в клініці використовується артроскопічний метод діагностики та лікування внутрішньо суглобової патології. Даний метод має явні переваги перед існуючими методами діагностики, навіть такими сучасними як УЗД та МРТ, за рахунок можливості проведення функціонального дослідження капсульно-зв'язочного апарату.

Для проведення аналізу результатів артроскопії ми поділили всіх хворих на три основні групи: 1 – хворі з неясною картиною пошкодження або захворювання колінного суглобу; 2 – хворі, що поступили у відділення повторно з різними скаргами після раніш проведених оперативних втручань на колінному суглобі; 3 – хворі з гострою травмою і гемартрозом колінного суглобу.

В 47 випадках артроскопія поєднувалась з артротомією, в усіх випадках артроскопічний діагноз підтвердився. Відмічено, що артроскопія не ускладнює вхід наступного оперативного втручання. У випадках, коли артроскопія продовжувалась довгий час, під час артротомії ми спостерігали незначний набряк синовіальної оболонки, який ліквідувався в післяопераційному періоді прийомом протизапальних засобів.

При виборі тактики лікування нестабільності суглобу застосовані, як відомі з літератури, так і авторські розробки. Позитивні віддалені результати з відновленням функції отримано у 96 %.

Хворі, яким після артроскопічного дослідження оперативне втручання не було показано, пройшли курс консервативного лікування з позитивними наслідками, що доводить вірність артроскопічного діагнозу.

ИЗМЕНЕНИЕ БИОФИЗИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Петрушанко Т.А., Емельянова Н.Ю.

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

Представляют значительный интерес диагностические аспекты изменения биофизических показателей смешанной слюны у больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Наиболее современным неинвазивным методом исследования ротовой жидкости является метод динамической межфазной тензиометрии.

Целью настоящей работы явилось изучение во взаимосвязи показателей поверхностного натяжения (ПН), вязкости, скорости саливации ротовой жидкости у пациентов с ГЭРБ. В исследовании участвовали 60 пациентов с верифицированным диагнозом ГЭРБ (37 женщин и 23 мужчины). Группу сравнения составили 39 пациентов контрольной группы, не имеющих в анамнезе заболеваний внутренних органов (20 женщин и 19 мужчин). Возраст обследованных в двух группах был 25-50 лет. В группе с ГЭРБ давность заболевания составляла от 1 года до 4 лет. Всем больным проведено общеклиническое обследование с учетом жалоб, данных анамнеза и результатов лабораторных методов исследования. Диагноз верифицировали при видеоэзофагогастодуоденоскопии. У всех

пациентов ГЭРБ и лиц группы контроля была собрана натошак ротовая жидкость и изучены скорость саливации, вязкость, ПН с помощью аппарата MPT 2 (LAUDA, Германия).

По результатам исследования скорости саливации и вязкости получены данные, позволяющие достоверно утверждать о замедлении слюноотделения у больных ГЭРБ ($0,28 \pm 0,07$ мл/мин против $0,57 \pm 0,12$ мл/мин в группе практически здоровых) и увеличения вязкости в отличие от здоровых пациентов ($5,3 \pm 0,3$ усл.ед. против $2,55 \pm 0,25$ усл.ед.). Данные межфазной тензиометрии засвидетельствовали, что характеристики ПН - ПН1, ПН2, ПН3, ПН4 являются невариабельными, тогда как модуль вязко-эластичности Е у пациентов с ГЭРБ снижается. Выявлены также достоверные отличия по сравнению с группой контроля времени релаксации Т по ПН, угла наклона кривой тензиограмм, что является отражением кинетики адсорбции молекул из раствора и процессов перестройки адсорбированных молекул.

Следовательно, изменение физических свойств ротовой жидкости может быть маркером происходящих перемен в организме больных ГЭРБ, как на этапе первичной диагностики соматического заболевания, так и в процессе их комплексного лечения у гастроэнтеролога и стоматолога.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ЖІНОК У ПЕРІОД ЛАКТАЦІЇ

Петрушанко Т.О., Островська Л.Й.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Період вагітності та грудного вигодовування немовляти призводить до певних метаболічних зрушень в організмі матері. Відомо, що зміна мінерального гомеостазу жінки під час всього гестаційного періоду та періоду лактації негативно відображується на кістковій тканині та зубах матері.

Метою нашого дослідження було вивчення у динаміці стоматологічного статусу жінок під час вагітності та через 6 місяців після пологів. Для вирішення поставлених завдань проведено загальноприйняте клінічне стоматологічне та лабораторне обстеження 36 жінок віком 19-36 років.

У результаті проведених досліджень виявлено при первинному обстеженні патологію прикусу, наявність зубо-щелепних деформацій та аномалій м'яких тканин порожнини рота у $66,6 \pm 7,9\%$ (24 осіб). Зміни некарієсних уражень зубів діагностовано у 6 вагітних (переважно флюороз різного ступеня тяжкості $16,6 \pm 6,2\%$ та клиноподібні дефекти у $5,5 \pm 3,8\%$). Через 6 місяців після пологів кількість каріозних порожнин зросла на $16,7\%$ порівняно з показниками III триместру та на $41,7\%$ у порівнянні з показниками I триместру. Значення індексу КПВ у жінок через 6 місяців після пологів було в 1,3 рази вищим, ніж в III триместрі вагітності. Така динаміка показника вказує на зростання поширеності та інтенсивності карієсу при відсутності ефективною планової санації порожнини рота та індивідуалізованої профілактики стоматологічних хвороб. Також спостерігали зниження гігієнічного індексу в 1,2 рази через 6 місяців після пологів. В III триместрі вагітності 22 жінки із обстежених 36 мали зміни тканин пародонта, а через 6 місяців їх кількість склала 17 осіб. Змінився показник РМА, достовірно зменшувались в 1,7 рази в термін 6 місяців після пологів порівняно з РМА в III триместрі, індекс кровоточивості по Muhlemann-Sax достовірно зріс в 1,6 рази в III триместрі порівняно з I-м з наступним його зменшенням в період вигодовування в 1,2 рази. Проведений аналіз даних додаткового обстеження жінок періоду лактації показав зниження швидкості саливації до III триместру в 1,3 рази з наступним підвищенням через 6 місяців після пологів. Показник в'язкості слини зростав в 4,5 рази до III триместру та знижувався в 1,2 рази в період вигодовування, що вказує на покращення фізичних властивостей слини у жінок в післяпологовий період.

Отримані результати вказують на необхідність індивідуальної первинної та вторинної профілактики стоматологічних хвороб у вагітних для попередження та зменшення каріозного процесу, хвороб тканин пародонта під час гестаційного періоду жінки та періоду вигодовування немовляти.

ВИКОРИСТАННЯ СКЛОПЛАСТИКОВИХ ШТИФТІВ ПРИ ПРЯМІЙ РЕСТАВРАЦІЇ БОКОВИХ ЗУБІВ З НИЗЬКОЮ КЛІНІЧНОЮ КОРОНКОЮ

Петрушанко Т.О., Попович І.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

При руйнуванні коронкової частини девітальних бокових зубів на 2/3 її величини і більше з низькою клінічною коронкою актуальним залишається питання її відновлення. Під час реставрації лікарю-стоматологу необхідно вирішити наступні завдання: відновити функцію жування даного зуба, забезпечити естетичний ефект, правильну оклюзію та надійне і тривале функціонування реставраційної конструкції. Реставрацію зруйнованої коронкової частини можливо здійснити прямим та непрямим методами. Непрямий метод має ряд труднощів. Для досягнення естетичного ефекту необхідно відпрепарувати кожну поверхню коронкової частини зуба щонайменше на 1,5 мм. Таке препарування у даному випадку неможливе внаслідок зменшення площі з'єднання внутрішньої поверхні коронки і кукси зуба та міцності фіксації штучної коронки. Методом вибору в даному випадку є пряма реставрація з використанням склопластикових штифтів. Вона дозволяє провести мінімальне препарування твердих тканин зу-

ба, забезпечити надійну адгезивну фіксацію комплексу «штифт-кукса» зуба в кореновому каналі та гарний естетичний ефект реставраційної конструкції.

Метою нашого дослідження стала клінічна оцінка якості прямої реставрації зруйнованих коронок девітальних бокових зубів з використанням склопластикових штифтів.

Для досягнення поставленої мети була проведена реставрація 14 зруйнованих коронок девітальних бокових зубів фотополімерним матеріалом «Charisma» із додатковим застосуванням склопластикових штифтів «ПАСС». Клінічну оцінку реставрацій проводили на основі загальноприйнятих рекомендацій (Чикаго 1994). Реставрації оцінювали в день відновлення, через 3 та 6 місяців. Оцінку проводили за 7 критеріями: анатомічна форма, крайова адаптація, шорсткість поверхні, крайове забарвлення, кольорова відповідність, вторинний карієс. Як показали результати досліджень анатомічна форма, крайова адаптація, крайове забарвлення, шорсткість поверхні та кольорова відповідність у всіх пацієнтів мала показник А (Альфа) як в день реставрації, так і через 3 та 6 місяців. Вторинний карієс був відсутній у всіх реставрованих зубах. Отримані результати свідчать про ефективність відновлення зруйнованих коронок девітальних бокових зубів за допомогою склопластикових штифтів. Такий спосіб лікування є найбільш адекватний з позиції біомеханіки зубощелепного апарату і може бути рекомендований для реставрації зруйнованої коронкової частини бокових зубів з невисокою клінічною коронкою.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ, СПРИЧИНЕНОЇ НАДКОМПЛЕКТНИМИ ЗУБАМИ

Пилунів Н.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Кількість надкомплектних зубів, яку виявляють за допомогою рентгенологічних методів, є значно вищою, ніж при стоматоскопічному дослідженні. За даними Ружило Т.К. (1995), при стоматоскопії рівень виявлених надкомплектних зубів склав усього 0,3%, водночас при рентгенологічному дослідженні досяг 2,27%, що свідчить про необхідність обов'язкового рентгенологічного контролю будь-якої форми затримки прорізування зубів.

На сьогодні, за результатами нашого дослідження, близько 10 відсотків випадків ретенції зубів спричинена наявністю надкомплектних зубів. Вираженість клінічних проявів та спосіб лікування такої аномалії залежать від кількості, розмірів і розташування надкомплектних зубів.

Метою нашого дослідження стало порівняння інформативності різних рентгенологічних методів при діагностиці ретенції, спричиненої надкомплектними зубами та розпрацювання способів її лікування.

Матеріали та методи. За допомогою різних рентгенологічних методів проведено обстеження 22 пацієнтів з ретенцією зубів, спричиненою надкомплектними зубами та здійснено їх лікування.

Результати дослідження. Дані, отримані завдяки конусно-променевої комп'ютерній томографії, у 34% випадків відрізняються від таких, отриманих завдяки іншим рентгенологічним дослідженням. Так, у кількох випадках на ортопантограмі було виявлено надкомплектний зуб, який був причиною ретенції, при 3D-відтворенні даних комп'ютерної томографії встановлено, що таких зубів є два. В окремих випадках були виявлені надкомплектні зуби, що взагалі не візуалізувались на ортопантограмі.

Таким чином, у пацієнтів з ускладненою топологічною ситуацією, необхідно обов'язково проводити комп'ютерну томографію для чіткого визначення розташування ретендованих зубів, кількості та розмірів надкомплектних утворень та їх взаєморозташування з іншими зубами.

При проведенні лікування таких пацієнтів необхідно враховувати можливість виникнення дефекту у кістковій тканині щелеп. Тому, з метою створення сприятливих умов для переміщення ретендованого зуба, необхідно або починати лікування із переміщення ретендованого, зміщуючи надкомплектний до поверхні альвеолярного відростка, або проводити виповнення дефекту остеопластичним матеріалами.

ВИВЧЕННЯ СТІЙКОСТІ СТИРАННЮ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ

Пилипенко В.І., Макаренко В.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Великі надії стоматологи покладають на покращення якості реставраційних матеріалів, необхідних для відновлення оклюзійних поверхонь. Міцність і твердість матеріалу не обов'язково відіграють тут головну роль. Важливе значення в цьому випадку має такий фактор, як стійкість стиранню, особливо коли поверхні зубів-антагоністів реставровані різними матеріалами. Значно швидше зношуються ті поверхні, які покриті матеріалом, що має більш високу здатність до стирання. Теж саме можна сказати про ортопедичні протези і конструкції. В практиці ортопедичної стоматології стирання має важливе значення також при шліфуванні, поліруванні і інших видах обробки протезів. Тому вивчення стійкості стиранню нових матеріалів є актуальним на сучасному етапі.

Метою нашого дослідження була апробація пристрою для визначення стійкості матеріалів стиранню на основі визначення та порівняння коефіцієнтів стирання різних стоматологічних матеріалів.

Об'єктом дослідження були зразки видалених інтактних і реставрованих фотополімерами зубів та штучних зубів, а також зразки спеціальної форми, виготовлені з різних реставраційних матеріалів за стандартними технологіями та абразивні матеріали.

Для проведення експериментів використовували сконструйований нами пристрій, дія якого ґрунтується на використанні зворотно-поступального руху фрикційної пари - зразок -контактуюче тіло. Контактуюче тіло приводили в контакт із зразком і навантажували нормальною силою для створення заданих величин контактних тисків сформованої фрикційної пари. Кількість циклів визначали за стабільною частотою рухів та тривалістю експерименту. Для визначення маси використовували аналітичні терези.

Розрахунки виконували за формулою, $a = \frac{\Delta m}{FSt}$, де Δm - дефект маси досліджуваного зразка, F - сила нормального тиску, S - площа контакту, t - час стирання.

Експеримент показав, що пристрій для визначення стійкості матеріалів стиранню дає нам порівняно хороші результати. Крім того, пристрій в першому наближенні моделює процес подрібнення їжі, забезпечує можливість зміни довжини та швидкості ходу, дає змогу варіювати фрикційні пари. Отже, його можна широко використовувати в експериментальних дослідженнях для вивчення стирання антагоністичних поверхонь різних стоматологічних матеріалів.

ВПЛИВ СПИРТОВОГО РОЗЧИНУ ПРОПОЛІСУ НА МІКРОФЛОРУ ПОРОЖНИНИ РОТА

Полянська В.П., Вородюхіна А.К., Вородюхіна О.М., Коваленко Н.П.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета роботи: з'ясувати вплив 10%-ного спиртового розчину прополіса на кількісний склад мікрофлори порожнини рота.

Дослідження впливу 10%-ного спиртового розчину прополісу проводили у двох групах обстежуваних. Групу №1 склали п'ять осіб жіночої та чоловічої статі віком 17 - 18 років із санованою порожниною рота, у яких вивчали вплив 10%-ного спиртового розчину прополісу на колонієутворюючі одиниці (КУО) порожнини рота. Групу № 2 склали п'ять осіб жіночої та чоловічої статі віком 17 - 18 років із санованою порожниною рота, які використовували ізотонічний розчин натрію хлориду.

Кількісний склад мікрофлори ротової рідини досліджували бактеріоскопічними та бактеріологічними методами. КУО визначали за методом Голда.

Учасники групи №1 протягом 10 хвилин ополіскували ротову порожнину 10%-ним спиртовим розчином прополісу; учасники групи №2 ополіскували ротову порожнину розчином натрію хлориду. Ротову рідину в об'ємі 1 мл збирали відразу після ополіскування та через 60 хвилин у відновлювальному періоді. Посів досліджуваного матеріалу проводили на цукровий агар секторним методом за Голдом. Після інкубації при температурі 37°C протягом 24 – 48 годин визначали КУО.

При аналізі середніх величин показників КУО нами одержано достовірне зменшення КУО у 10 разів після ополіскування ротової порожнини 10%-ним спиртовим розчином прополіса та їх відновлення через 60 хвилин після припинення дії розчину прополіса.

Результати дослідження обстежуваних групи № 2 показало, що суттєвих відхилень показників КУО мікрофлори ротової рідини у обстежуваних контрольної групи під час експерименту нами виявлено не було.

Висновки.

1. 10%-ний спиртовий розчин прополісу спричиняє зменшення КУО у ротовій рідині.
2. Зменшення показників КУО у обстежуваних мало тимчасовий характер.
3. Відновлення показників КУО у обстежуваних спостерігалось через 60 хвилин після припинення дії 10%-ного спиртового розчину прополісу.

ОБґРУНТУВАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ ЗНАЧИМОСТІ ФІТОЧАЇВ «ДЕНТЕСВІТА» ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Потанчук А.М., Політун А.М., Фабрі З.Й., Шніцер Р.І., Чобо Геґедуш, Балог Й.С.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Закарпаття відноситься до клімато-географічної зони з низьким рівнем фтору та йоду в навколишньому середовищі і як показали епідеміологічні обстеження «дуже високим» за критеріями ВООЗ рівнем інтенсивності основних стоматологічних захворювань, пов'язаних з дефіцитом добового надходження в організм йоду, фтору та інших мікроелементів.

З метою усунення природного дефіциту цих мікроелементів та добового поповнення їх в організм людини в 1987 році на Солотвинському солеруднику Закарпатської області був налагоджений промисловий випуск йодовано-фторованої солі (ТУ-18-11-4-87) як профілактичного харчового продукту для масової профілактики основних стоматологічних захворювань. Ця пропозиція була включена в «комплексну програму профілактики та формування здорового способу життя населення України на період до 2000 року» (постанова Ради Міністра УРСР №305 від 7.12.1989р.) для аналогічних біогеохімічних територій. Консультантом цієї програми був проф. Марталлер (Швейцарія), зав. відділом профілактики ВООЗ. Наукове підґрунтя ефективності такої моделі профілактики закріплене захистом трьох докторських дисертацій (Горзов І.П. - "Распространенность кариеса и его профилактики в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода" // Докт. дис. - 1991., Кэримов Э.А. – "Патогенез болезней пародонта при патологии щитовидной железы и особенности их профилактики в очагах зобной эндемии Азербайджанской ССР" // Докт. дис. - 1989р., Політун А.М. - "Епідеміологія, особливості розвитку хвороб пародонту і їх профілактика в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду" // Докт. дис – 1996р.), монографією Горзов І.П., Потопчук А.М. - "Екологічні аспекти карієсу зубів та хвороб пародонту" // 1998. та багатьма науковими статтями у фахових журналах. З 1991 року, на жаль, така діюча регіонально-орієнтована модель первинної профілактики не існує в силу економічних причин, так як Солотвинський солерудник припинив свою промислову діяльність.

З метою спрямування реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та з питань профілактики стоматологічних захворювань в Закарпатті налагоджений промисловий випуск функціонального харчового продукту фіточаю загальнозміцнюючого «Дентесвіта», збагаченого йодом та фтором. Цей функціональний харчовий продукт є сумішшю рослинної сировини: плодів шипшини, квітів ромашки, листя вероніки лікарської, пелюсток троянди лікарської, цвіту липи серцелистої, кропиви дводомної і джерелом природних вітамінів, мінералів, біоактивних речовин, макро-, мікроелементів йоду та фтору, що створює оптимальні дієтологічні умови для загального зміцнення організму та профілактики основних стоматологічних захворювань – карієсу зубів та хвороб пародонту. В одній склянці фіточаю міститься % від добової потреби: йоду – 92% - для дітей 3 – 6 років, 85% - для дітей 7-12 років, і 55% - для дітей від 12 років та дорослих; фтору – 75% - для дітей 3-6 років, 50% - для дітей 7-12 років, і 33% - для дітей від 12 років та дорослих. Для територій з оптимальним рівнем фтору в навколишньому середовищі та продуктах харчування пропонується фіточай загальнозміцнюючий «Дентесвіта» йодований. Йод має безпосередній вплив на функції всіх органів і систем організму та стоматологічне здоров'я. Його нестача може призводити до затримки фізичного і розумового розвитку дитини, а також може порушувати у жінок репродуктивне здоров'я.

Такий фітозасіб буде корисним для дітей різних вікових груп, дорослого населення та вагітних, які проживають на територіях з природним екологічно зумовленим дефіцитом йоду та фтору в навколишньому середовищі, зокрема територій держав Карпатського Євросоюзу та держави Україна.

Фіточай «Дентесвіта» не є лікарськими засобами.

Патентована розробка кафедри стоматології ФПО ДВНЗ «Ужгородський національний університет» зареєстрована в держстандарті України ТУ 15.8-35347011 – 001:2011 і ТІ до них з позитивним висновком санітарно-епідеміологічної експертизи МОЗ України за № 05.03.02.06.51955, сертифікат якості, штриховий код EAN асоціації торгової палати «ДЖІЕСІ Україна» №17048-0 13 липня 2011 року.

Контактний телефакс: (0312) 449-449 www.dentesvita.com.ua

ОШИБКИ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

Потопов В.Ю., Герман С.А., Протасенко Я.Д.

ХНМУ, г. Харьков

Вопросы, касающиеся этиологии, клиники и лечения одонтогенного гайморита (ОГ), достаточно хорошо изучены отечественными и зарубежными авторами [1]. Однако анализ клинических наблюдений больных, имеющих данную патологию, а также архивного материала, позволяет выявить типичные ошибки, часто допускаемые практическими врачами при постановке диагноза, а также при лечении больных с одонтогенным гайморитом [2,3].

Цель данного исследования провести анализ наиболее часто встречающихся ошибок при диагностике и лечении одонтогенного гайморита на примере нескольких специализированных стоматологических учреждений.

Результаты исследования следующие: врач не всегда диагностирует перфорацию во время удаления зуба, обнаруживается она лишь через несколько дней, когда происходит распад кровяного сгустка в лунке, и больной отмечает проникновение воздуха и жидкости из полости рта в нос. Такая же ситуация возникает, если не был проведен кюретаж лунки или его вылечили недостаточно. Правильно проведенный кюретаж практически всегда позволяет выявить перфорацию [4].

Вторая частая ошибка, ведущая к неправильной тактике – ошибка психологического плана. Возникновение перфорации рассматривается как оплошность врача при удалении зуба, в то время как это чаще всего следствие анатомических особенностей строения верхней челюсти у данного больного. Врач должен объяснить это больному, принять меры для устранения перфорации, назначить курс противовоспалительной терапии для преду-

преждения развития гайморита, провести наблюдение в динамике. При отсутствии признаков воспаления в пазухе не нужно ее промывать.

Третья частая ошибка связана с формулировкой диагноза. В течение 2-3 недель у некоторых больных перфорация гайморовой полости эпителизируется, у других – на месте перфорации формируется свищ, т.е. прорастает эпителий по ходу сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой. В первый же день возникновения перфорации врач ставит диагноз: «Одонтогенный гайморит, свищ», хотя признаки гайморита отсутствуют, а свищ это свежая рана. Диагноз гайморита должен быть подтвержден клинически и рентгенологически, только тогда он правомочен. Сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой в первые 2-3 недели не может трактоваться как «свищ» [5].

Недостаточно полное рентгенологическое обследование больного – нередкая ошибка в диагностике ОГ. Обзорная рентгенограмма придаточных пазух носа дает представление о наличии воспалительного процесса, но не всегда позволяет выявить инородное тело в пазухе и не отражает состояние одонтогенного очага в альвеолярном отростке. Достаточным можно считать рентгенологическое обследование, включающее обзорную рентгенограмму придаточных пазух носа и ортопантограмму или рентгенограмму верхней челюсти в косой контактной проекции [6].

Таким образом, диагностических ошибок можно избежать при тщательно собранном анамнезе и полном клинорентгенологическом обследовании больного.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ СИСТЕМ МІНІІМПЛАНТАТІВ В ОРТОДОНТІЇ

Потанчук А.М., Рівіс О.Ю.

ВДНЗ УжНУ, ФПО, м. Ужгород

Майже будь-яке ортодонтичне лікування пов'язане з переміщенням зубів, і основною вимогою ортодонтичної біомеханіки є наявність опори, відносно якої проводиться переміщення. Часто виникає проблема відсутності стабільної опори з боку зубів. У таких випадках доводиться застосовувати різні внутрішньо- і позаротові апарати, які є досить громіздкі, незручні і негігієнічні, що, безумовно, не влаштовує пацієнта і може призвести до відмови від ортодонтичного лікування, особливо у підлітків і дорослих.

Тому були запропоновані ортодонтичні мініімпланти - тимчасові імпланти, що не потребують остеоінтеграції і видаляються після використання їх в якості ортодонтичної опори (Kanomi R., 1997; Ismail S.F., H., Johal A.S., 2002; Park Hyo-Sang, 2006-2007).

Мініімпланти в основному використовуються для активного переміщення зубів (дисталізація, мезіалізація, ретракція, закриття проміжків), для пасивної стабілізації (як опора для інших апаратів) та при передпротезній підготовці. Використання ортодонтичних мініімплантів має ряд переваг: компактний розмір дозволяє розміщувати їх практично в будь-якій частині альвеолярного відростка; хірургічний етап є найменш травматичним у порівнянні із стандартною методикою за рахунок установки мініімпланта безпосередньо через слизову оболонку, без відшарування слизово-окістного клаптя; надійна первинна стабільність мініімплантів дозволяє навантажувати їх відразу ж після установки; операція видалення мініімпланта по закінченню ортодонтичного лікування проста і малоінвазивна; невисока вартість мініімплантів.

До кінця невирішеною проблемою залишається підбір мініімпланта відповідної довжини, діаметру і конструкції, враховуючи конкретні клінічні умови, характер слизової оболонки і щільність кісткової тканини в області установки.

На сьогоднішній день існує багато різних систем мініімплантів. Метою нашого дослідження стало проведення порівняльного аналізу характеристик основних систем міні імплантів, що представлені на стоматологічному ринку.

Фірма ORMCO розробила зручну систему титанових мініімплантів Vector TAS. Спеціальне кольорове маркування допомагає обрати необхідний імплант в залежності від ділянки його установки, розміру та діаметру. Всі імпланти мають однакову трикутну (double-delta) форму головки і отвір для дуги або лігатури. Імпланти самонарізні, установка здійснюється без попереднього свердління.

Імпланти O.S.A.S. фірми Dewimed (Німеччина) титанові, мають 4 типи головок: шестикутна з двома наскрізними отворами, шестикутна з жолобком, хрестоподібна, шестикутна з одним отвором. Діаметр усіх імплантів 1,6мм, довжина від 5 до 9мм. Можливі два варіанти установки мініімплантів – з попереднім свердлінням кістки та без нього. Велика різноманітність типів головок дозволяє підібрати необхідний імплантат для будь-якої клінічної ситуації, проте відсутній вибір по товщині.

Фірма Leone (Італія) випускає єдині мініімпланти, що виготовлені з нержавіючої сталі. Вони мають два типи головок: конусоподібна з отвором та грибоподібна з отвором. Діаметри 1,5мм та 2,0мм і розміри 6,8,10,12мм. Введення імплантів передбачає використання мукотома і попереднього свердління кістки, що дещо ускладнює їх використання.

Компанія Rusimplant (Росія) спільно з фахівцями МДМСУ розробили систему ортодонтичних мініімплантів "Орто", що мають діаметр 1,2 мм при можливій довжині 6,8,10 мм. Це дозволяє розміщувати їх практично в будь-якій частині альвеолярного відростка. Імпланти даної конструкції виготовлені з титану марки Grade-4.

Систему мініімплантів Tomas Anchorage system випускає фірма Dentaurum (Німеччина). Всі імпланти мають стандартну хрестоподібну форму головки та довжину 6,8 або 10мм.

Компанія Rocky Mountains Orthodontics(США) розробила мініімпланти Dual-Top TAD System . Вони є самонарізні, мають три типи головки – у формі кнопки, брекета або хрестоподібну. Діаметр імплантів 1,4-2,0мм, довжина від 6 до 8мм.

У нашій клінічній практиці для лікування зубощелепних аномалій ми використовуємо систему титанових мініімплантів фірми BioMaterials Korea Inc. На відміну від інших дана система має 4 типи головок імплантів - хрестоподібна, у вигляді кнопки, знімна, шестикутна. Також пропонується широкий вибір розмірів мініімплантів діаметром 1,2-2,0мм і довжиною 6,0-11,0мм. Їх встановлення не потребує попереднього формування імплантаційного ложа.

Таким чином сучасні системи мініімплантів пропонують широкий вибір можливостей для створення надійної скелетної опори під час ортодонтичного лікування. На нашу думку основними клінічними критеріями вибору, повинні стати відповідність розміру та характеристика різьби мініімпланту, узгоджених з об'ємом та щільністю кісткової тканини, що забезпечує оптимальні умови для раннього функціонального навантаження.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В УМОВАХ ПРИЄДНАННЯ ДО БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ.

Попова ОІ

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

Дитяча терапевтична стоматологія є провідним розділом стоматології дитячого віку, оскільки головне місце в ній займають питання лікування основних стоматологічних захворювань – карієсу та його ускладнень, захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини рота. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології є початковою дисципліною, що надає студентам базові знання для подальшого переходу до вивчення предмету в умовах клініки.

В теперішній час знання застарівають дуже швидко. Тому першочерговим завданням викладачів кафедри є щорічне удосконалення методів і форм навчання. Бажаним є надати студенту відносно широку підготовку та навчити його поповнювати, постійно оновлювати знання, уміння та навички по мірі необхідності. Для системи освіти принципове та важливе значення набуває питання стандартів. Стандарти мають стати основою навчання, що спростило би перехід студентів між різними навчальними закладами, надало б конкурентоспроможність випускникам та престижу української вищої освіти у європейському та світовому освітньому просторі. На сьогодні саме Болонський процес є найсучаснішою та найперспективнішою моделлю реформування освіти.

З 2010-2011 навчального року викладання пропедевтики дитячої терапевтичної стоматології та організація навчального процесу на другому курсі на кафедрі стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова проводяться вже у повній відповідності до вимог та стандартів Болонського процесу. Найголовнішою інновацією став перехід з традиційної системи оцінювання до європейської системи поточного та підсумкового контролю на основі залікових кредитів ECTS. Безумовним позитивом є те, що раніше предмет «пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології» вивчався лише на четвертому семестрі та передбачав у кінці вивчення отримання диференційованого заліку. Та на сьогоднішній день предмет розподілений для вивчення на III-IV семестрах, знижуючи навантаження на студента. Кількість студентів у підгрупах за традиційної системи навчання могла досягати 15 чоловік, а тепер зменшилась до 10-11. Це має важливе значення для подальшого вивчення дитячої стоматології на старших курсах, коли підгрупи буде поділено навпіл і кількість студентів складе 5-6 чоловік.

В зв'язку з переходом до кредитно-модульної системи акцент з аудиторної роботи студентів переноситься на самостійну. Болонська система передбачає, що 70-75 % знань студент буде отримувати самостійно. Кінцевий результат вивчення дисципліни вже не відобразить рівень здатності студентів завчити матеріал напередодні заліку, а потім забути. Оцінка тепер представлена балами та складається з суми балів за навчання протягом року, за індивідуальну роботу та балів, отриманих на підсумковому модульному контролі. Має відбутись як підвищення мотивації студентів до набуття знань та умінь, так і підвищення об'єктивності оцінювання їх рівня. Посилиться відповідальність в системі викладач-студент за результати навчальної діяльності.

Згідно нової робочої програми для вивчення предмету «пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології» передбачено 25 практичних занять по 2 години, з яких 2 останніх відведено на підсумковий модульний контроль. Студент допускається до складання модульного контролю за умов повного виконання завдань, передбачених робочою програмою.

Підсумковий модульний контроль складається з теоретичної та практичної частини, що надає можливість студенту максимально проявити свої знання. Для проведення модульного контролю викладачі кафедри підготували індивідуальні варіанти контрольних завдань, виходячи з структури навчального матеріалу. Кожне завдання повністю охоплює весь навчальний матеріал. Оцінка теоретичних знань передбачає вирішення 20 тестових завдань вартістю 2 бали за 1 тест. Оцінка практичних навичок полягає у розв'язанні 2 ситуаційних задач з 5 питаннями кожна вартістю по 4 бали за питання. Одже на модулі максимальний результат може становити 80 балів (40 тестів, 40 задач). Весь навчальний матеріал створений на українській, російській та англійській мовах. Викладання предмету студентам-іноземцям вимагає від них та від викладачів бездоганного знання російської та англійської мови. Це питання частково вирішується шляхом інтеграційної співпраці викладачів кафедри стоматології дитячого

віку та іноземної мови. А вже від ступеня підготовленості студентів ближнього і дальнього зарубіжжя залежить не лише їх професійне майбутнє, а й ставлення світової спільноти до медичної освіти в Україні загалом.

Таким чином, не дивлячись на складність впровадження всього нового, процес євроінтеграції України є незворотнім, тому перехід до єдиних стандартів освіти з європейськими країнами є актуальним і потребує важкої праці від викладачів для швидкого опанування системи, бо це черговий крок України до Європи.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОТЕЗУВАННЯ ДУГОВИМИ ПРОТЕЗАМИ

Приборецький А.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ортопедична стоматологія займається відновленням зруйнованих або повністю відсутніх зубів для запобігання виникнення захворювань пародонту, усунення косметичного дефекту, деформації зубних рядів та інших патологій. Зубний протез являє собою складну конструкцію, яка відновлює втрачені зуби і максимально наближає до параметрів природних зубів та всього зубного ряду. Фіксація знімних протезів становить собою складну біомеханічну проблему і має вирішувати такі завдання:

- 1) утримувати протез від зміщення у вертикальному і горизонтальному напрямках;
- 2) запобігати шкідливій дії знімного протеза на опорні зуби і тканини протезного ложа;
- 3) відповідати естетичним вимогам;
- 4) не викликати в пацієнта негативного ставлення до знімної конструкції.

У сучасних умовах вимоги до естетичного вигляду протезів виступають поряд з необхідністю заміщення втраченої функції зубощелепної системи. Тому фіксацію бюгельних протезів здійснюють за допомогою атакменів, такі конструкції мають менше недоліків і їх застосовують для фіксації, ретенції, а також для стабілізації зубних протезів. Для застосування атакменів при I та II класах дефектів зубних рядів за Кеннеді запропоновані комбіновані замки-шарніри різних ступенів складності. Найважливішою умовою ефективного клінічного використання бюгельних протезів у віддалені терміни є збереження міцного зв'язку між зубами та фіксуючими елементами протезу, який має бути не тільки міцним, а і стабільним.

Враховуючи те, що пошуки способів підвищення лікування кінцевих дефектів зубного ряду за допомогою бюгельного протезу досить широко вивчаються науковцями і не втратили своєї актуальності дотепер. Але попри запропоновані інновації авторів, відмічається розбіжність у виборі елементів фіксації бюгельних протезів.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ТОПОГРАФІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА ОПЕРАТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА УМОВ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Проніна О.М., Данильченко С.І., Білич А.М., Половик О.Ю., Коптев М.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Підготовка майбутніх лікарів до своєї подальшої роботи в системі лікувальних закладів України, як і інших держав СНД, потребує свого перегляду і безумовного впровадження в навчання Болонського процесу, яким на сьогодні вже охоплено більше 40 країн Європи. В вищих навчальних закладах країни постійно ведеться наполеглива робота, яка направлена на розробку нових форм навчального процесу, спрямованого на підвищення якості підготовки майбутніх спеціалістів.

Час показує, що перехід до кредитно-модульної системи навчання з нашого предмету сприяє поживленню навчального процесу, стимулюванню студентів, більш раціональному розрахунку часу, що відводиться для нашої дисципліни і зменшенню навантаження у студентів. Впровадження такої системи на кафедрі доцільне, кожен модуль складається з двох частин вивчення предмету – теоретичної та практичної. Розуміння нової технології у відриві від концепцій ефективності недопустиме, оскільки нова педагогічна технологія виражається у підвищенні останньої, то її слід розуміти як роботу викладача, в результаті якої: відбувається більш повне досягнення мети навчання і виховання студента; на це витрачається менше часу, ніж звичайно; результати навчання міцні; студенти зазнають менших складностей в оволодінні матеріалом; отримують більше задоволення від навчання. Ці емпіричні показники якраз і є такими первинними критеріями, за якими ми і впроваджуємо в навчальний процес ту чи іншу нову педагогічну технологію.

Співробітники нашої кафедри підтримують думку всієї морфологічної спільноти медичних вузів України про необхідність збереження самого предмету «оперативна хірургія та топографічна анатомія», аналогів якого немає в жодній країні світу, і це не є надлишком щодо української чи російської медичної науки, а її позитивним, пріоритетним чинником; повернення викладання предмету на 3-4 курси; збільшення кредитів з даного предмету; розширення навчальної програми, особливо на факультетах післядипломної освіти та включити її в комплексну підготовку сімейних лікарів. Оперативна хірургія та топографічна анатомія містить невичерпні резерви для суттєвого по-

кращення теоретичних знань студентів-стоматологів. Ми повинні відстоювати цю унікальну можливість на кафедрі оперативної хірургії та топографічної анатомії як пріоритет нашої освіти та науки.

Маємо надію, що широке обговорення основних засад Болонського процесу в систему вищої медичної освіти дозволить не тільки сформувати відповідну стратегію реформування, а й виправити можливі негативні аспекти та наслідки перехідного періоду до кредитно-модульної системи.

КОРОНКА ОБЛИЦЬОВАНА ПЛАСТМАСОЮ, І ЩИПЦІ ДЛЯ ЇЇ ВИГОТОВЛЕННЯ

Рабовіл М.І., Єрмаков О.А

Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ

КЗ «Стоматологічна клінічна поліклініка № 2», м.Кривого Рогу

У масовому протезуванні широко використовують комбіновані коронки, облицьовані пластмасою, які ефективні в естетичному відношенні, достатньо прості у виготовленні, порівнюючи дешеві і, крім цього, їх застосовують на зубах з живою пульпою.

Відомі коронки облицьовані пластмасою (Н.Д.Бородюк. Коронка с двухполюсным креплением облицовочного материала - Стоматология, 1967, №4, с.104-105) і щипці для їх виготовлення (А.С. № 194254. Зуботехнические щипцы / Бородюк Н.Д. // Б.И. – 1967, № 8), які містять шарнірно з'єднані рукоятки і губки, одна з яких на робочій поверхні має клиновидне заглиблення і прямокутний виступ, розміщений ближче до шарніру щипців, а друга губка виступ і заглиблення, яке відповідає рельєфу протилежної губки.

Недоліками цих щипців є те, що вони не дозволяють технологічно формувати ретенційні пункти на заданій відстані від краю коронки і як наслідок цього часто утворюються сколи пластмаси біля їх ясневого краю, отже ефективність протезування такими коронками низька (И.И.Посталаки « Искусственные зубные коронки ».- Кишинев, Штиинца, 1985, с.70).

Спираючись на вищесказане, ми поставили задачу удосконалити відомі зуботехнічні щипці шляхом зміни їх конструкції, збільшити площину ретенційних пунктів та їх формування на заданій відстані від краю коронки і, за рахунок цього, забезпечити міцність кріплення облицьовувального матеріалу до вестибулярної стінки коронки.

Задача вирішена тим, що зуботехнічні щипці Н.Д.Бородюка, згідно нашої модифікації, одна з губок забезпечена проміжними упорами у вигляді поперечних стержнів послідовно встановлені над кінцевим упором на заданій відстані один від одного в попередньо виконаних поперечних отворах, а на другій губці, опозитно ним, вибрані заглиблення, при чому стержні встановлені з можливістю їх подовжнього переміщення у згаданих отворах і фіксації їх положення.

На дану пропозицію нами отримано свідоцтво на раціоналізацію № 3 від 22.03.2011р., виданне Українським НДІ промислової медицини.

Удосконалені зуботехнічні щипці працюють наступним чином. При виготовленні коронки облицьованою пластмасою штампований металевий ковпачок з оклюзійною накладкою надівають на губку щипців до натиску його краю в кінцевий упор, декілька висунувши у середину поперечних отворів губці проміжні упори – гвинти і положення фіксують. При стисканні рукоятки щипців виступ протилежної губки прорізає ковпачок і формує на його вестибулярній поверхні елемент ретенційного пункту. Переміщуючи край ковпачка відносно виступу протилежної губки створюють ряд ретенційних пунктів на цій глибині. Потім декілька висувають ковпачок, закручують другий проміжний упор –гвинт, просувають ковпачок до натиску на цей гвинт і маніпуляції повторюють. Висувають ковпачок, закручують третій проміжний упор - гвинт, просувають ковпачок до натиску на цей гвинт і закінчують формування наступного ряду ретенційних пунктів на його поверхні. Далі визначають колір пластмаси і ковпачок з оклюзійною накладкою передають в лабораторію, де по відомій технології закінчують виготовлення комбінованої коронки.

За запропонованою нами технологією виготовлено 113 комбінованих коронок для 39 хворих з дефектами коронок зубів та зубних рядів; з них на зуби з живою пульпою 74 коронки і на депульповані – 39 коронок. Комбіновані коронки ми застосували за показанням переважно на зубах фронтальної групи верхньої щелепи і на премолярах: як одиночні (29 коронок для 11 хворих) і як опорні у мостоподібних протезах (84 коронки у 32 мостоподібних протезах для 28 хворих).

Клінічне спостереження (від 17 до 20 місяців) показало, що комбіновані коронки достатньо міцні, естетичні, загальнодоступні, стійкі до жувального навантаження, а удосконалені зуботехнічні щипці нескладні у виготовленні.

МОДИФИКАЦІЯ СПОСОБА ИЗГОТОВЛЕННЯ ПРОТЕЗОВ ПРИ КОМБІНОВАНИХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНИХ РЯДОВ

Рабовил М.И., Самойлов И.Л.

Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Днепропетровск

КУ «Стоматологическая клиническая поликлиника № 2», г.Кривой Рог

При комбинированных дефектах зубных рядов одним из вариантов решения задачи ортопедического лечения является восстановление непрерывности зубного ряда во фронтальном отделе несъемным протезом, а затем производят протезирование в боковых отделах частичным съемным протезом.

Известен способ изготовления несъемных и съемных протезов при комбинированных дефектах зубных рядов (Н.Г.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов В.А.Бычков, А. Аль – Хаким. «Ортопедическая стоматология». – М.: Медпресс-информ, 2005, с. 296 – 313), включающий следующие этапы изготовления: а) препаровка опорных зубов, снятие оттисков с обеих челюстей по которым зубной техник отливают гипсовые модели и изготавливает шаблоны с прикусными валиками; б) определение и фиксация центральной окклюзии; в) припасовка металлических коронок, снятие оттисков вместе с коронками; г) проверка каркаса мостовидного протеза и определение цвета фасеток; д) сдача несъемных протезов; е) снятие рабочих оттисков с верхней и нижней челюсти, по которым в лаборатории отливают гипсовые модели и изготавливают шаблоны с прикусными валиками; ж) определение и фиксация центральной окклюзии, выбор цвета и формы искусственных зубов; з) проверка конструкций съемных протезов; и) сдача и фиксация частичных съемных протезов.

Недостатки: а) дважды по гипсовым моделям изготавливают модели с прикусными валиками; б) снимают рабочие оттиски только после сдачи несъемных протезов, что приводит к увеличению количества посещений.

Цель: упрощение методики изготовления протезов при комбинированных дефектах зубных рядов, сокращение количества посещений и, в конечном итоге, экономия рабочего времени.

Наша модификация способа изготовления протезов при комбинированных дефектах зубных рядов заключается в том, что после проверки конструкции мостовидного протеза, защитки его каркаса закрывают провизорными фасетками, смоделированными из воска непосредственно в полости рта, снимают рабочие оттиски, отливают гипсовые модели, а при помощи первоначально изготовленных шаблонов с прикусными валиками определяют центральную окклюзию, выбирают цвет искусственных зубов и фасеток, затем фиксируют мостовидный протез и заканчивают изготовление частичного съемного протеза. Данное предложение признано рационализаторским (Свидетельство №2 от 18.03.2011г. // Украинский НИИ промышленной медицины).

Разработанная методика применена нами при протезировании 37 больных (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 56 до 67 лет. У всех больных выявили двухсторонние концевые дефекты зубных рядов и 1-2 включенных дефекта во фронтальном отделе, причем у 9 больных дефекты были на верхней челюсти; у 7 больных – на нижней челюсти и у 21 больного комбинированные дефекты зубных рядов были на обеих челюстях. Больным было изготовлено 63 мостовидных и 58 частичных съемных протезов. Количество посещений для получения этих протезов составило – 218, что на 78 посещений меньше (стоимость одного посещения по данным бухгалтерии базовой поликлиники составляет 104 грн.). Кроме того, в процессе протезирования больных по нашей методике зубной техник изготовил на 58 шаблонов с прикусными валиками меньше - экономия времени составила 10,4 часа (на изготовление одного шаблона с прикусным валиком отводится 10,8 мин. // Сборник нормативных актов о рабочем времени и отпусках работников здравоохранения. - М.: Медицина, 1979.- Норма 100).

Таким образом, предложенная нами модификация способа ортопедического лечения больных с комбинированными дефектами зубных рядов сокращает термин протезирования (на 2 посещения меньше), экономит рабочее время врача и зубного техника и может быть рекомендована для практического применения.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НЕЗНІМНОЇ ОРТОДОТИЧНОЇ АПАРАТУРИ

Райда А.І., Жирова В.Г., Сунь Лунін, Золотарьова В.І., Сюань Шаобінь,

ДУ «Кримський Державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м.Сімферополь.

В процесі ортодонтичного лікування незнімними ортодонтичними апаратами останнім часом відзначається зріст ускладнень в тканинах пародонту.

Мета дослідження: підвищення ефективності профілактики захворювань пародонту у дітей в період ортодонтичного лікування незнімними ортодонтичними апаратами з використанням лікувально-профілактичного комплексу.

Під нашим спостереженням знаходилося 48 дітей (26 дівчаток та 22 хлопчика) у віці від 12 до 14 років, з різними видами зубо-щелепних аномалій. Дітям ортодонтичне лікування проводилось незнімними ортодонтичними апаратами. Усім обстеженим визначали гігієнічний індекс (Silness - Loe, Stallard), індекс кровоточивості, РМА до лікування і в терміни 3 і 6 місяців.

Результати обстеження та їх обговорення. На момент обстеження, до ортодонтчного лікування гігієнічний стан порожнини рота у усіх обстежених був незадовільний. В результаті проведених досліджень виявлено, що серед дітей, які знаходились на лікуванні, у 13 (27,5%) діагностовано гіпертрофічний гінгівіт, а у 8 (17%) – катаральний. Усі діти були розподілені на дві групи: контрольну і основну. Дітям основної групи проводився у процесі ортодонтчного лікування розроблений лікувально-профілактичний комплекс: нормалізація гігієнічного стану, аплікації 0,05% розчином хлоргексидину біглоконату, гель «Холісал», прийом "Біотрит-Дента". Через 3, 6 місяців після проведених профілактичних заходів в основній групі дітей, де застосовувався лікувально-профілактичний комплекс, показники гігієнічного стану, РМА, кровоточивості покращилися, а у дітей контрольної групи відмічається погіршення стану ротової порожнини і гігієнічних показників.

Висновки: Використання пропонованого профілактичного комплексу в процесі ортодонтчного лікування сприяє нормалізації гігієнічного стану порожнини рота, підвищенню резистентності тканин пародонту.

ПРОФІЛАКТИКА КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ В КРИМУ.

Райда А.І., Лисьєв І.Н., Лисьєва Л.Н., Жирова В.Г., Муханова, Лю Узяоянь, Золотарьова. В.І.

ДУ «Кримський державний медичний університет ім.С.І. Георгієвського», м. Сімферополь.

Різноманіття клімато-географічних зон Криму, численність джерел питної води з низьким вмістом фтору (0,2-0,4 мг/л), та слабою мінералізацією сприяють розвитку карієсу серед дитячого населення Криму. Вище зазначене потребує розробки схем профілактичних заходів з урахуванням можливих регіональних факторів ризику виникнення карієсу.

Метою дослідження є підвищення ефективності первинної профілактики карієсу зубів у дітей шляхом розробки комплексу профілактичних заходів з урахуванням регіональних особливостей.

Об'єкти і методи дослідження. Проведене обстеження 178 дітей у віці 12 років м. Сімферополя. Всі діти були розподілені на дві групи. Діти основної групи одержували розроблений профілактичний комплекс, дітям контрольної групи надавали загальні рекомендації по догляду за порожниною рота. Стан твердих тканин зубів оцінювали за допомогою показників розповсюженості та інтенсивності карієсу (КПВ), активність каріозного процесу визначали за методикою Т.Ф. Виноградової, гігієну порожнини рота за індексом (ГІ) А.Ю. Федорова та В.В. Володкіної. Мінералізуючий потенціал ротової рідини (МППР) визначали за її мікрокристалізацією, рН за допомогою універсального індикаторного паперу «Лахема». Профілактичний комплекс включав: професійне чищення зубів, герметизацію фіссур премолярів і постійних молярів склоіономерним цементом Ketak ТМ Molar Easy mix, глибоке фторування по Кнавпосту препаратом «Глуфторед» 2 рази на рік, ополіскування порожнини рота препаратом «Біоль». Профілактичний комплекс призначали впродовж місяця два рази на рік (навесні та восени) та його дію оцінювали через 12-18 місяців. Результати проведених досліджень доводять високий рівень розповсюженості карієсу постійних зубів у всіх дітей (67,2±0,05)%. На момент обстеження гігієнічний індекс дітей обох груп був «незадовільний». Через місяць від початку профілактичних заходів зафіксовано зростання рівня гігієни у дітей основної групи, та сприяння зниженню приросту та інтенсивності карієсу. Про ефективність розробленого комплексу свідчать показники редукції карієсу, яка після 18 місяців нагляду склала 89,17%, показники нормалізації рН (7,0-7,2) у 91,0±5,61% та 6,74±0,015 відповідно, та зростання мінералізуючого потенціалу ротової рідини. Таким чином, отриманні показники використання профілактичного комплексу доводять його високу ефективність у профілактиці карієсу у дітей.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ ХВОРИХ ІЗ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Різнюк Б.М., Різнюк О.Б.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Хворі із щелепно-лицевою патологією повинні знаходитися під диспансерним наглядом як у хірургічному, так і в ортопедичному відділеннях, для чого необхідне ведення спеціальної медичної документації. Контрольний огляд хворих проводять кожні півроку із реєстрацією отриманих результатів в історії хвороби, амбулаторній картці, журналі обліку. Результати обстеження дають можливість зробити аналіз проведеного лікування.

Документи по диспансеризації щелепно-лицевих хворих у вигляді картотеки та амбулаторних карт повинні зберігатися в кабінеті щелепно-лицевої ортопедії. Під час контрольних оглядів хворих необхідно слідкувати за станом хворого, щоб не пропустити рецидиву пухлини. Важливо зробити оцінку стану зубощелепного протеза і вирішити питання можливості користування ним, або по необхідності корекції чи виготовлення нового.

Досить часто під час диспансерних оглядів хворих із щелепно-лицевою патологією в ортопедичних відділеннях виявляють перші ознаки рецидиву пухлинного процесу на основі характерних скарг хворих пов'язаних із погіршенням фіксації протеза, появою больових відчуттів, яких раніше не було, чи присутністю ділянок механічних пошкоджень слизової оболонки. У таких випадках хворого необхідно направити на консультацію до хірурга-стоматолога, а лікар і медична сестра повинні зберігати спокій, щоб не травмувати його психіку.

Багатолітній досвід показує, що перебазування щелепних протезів необхідно проводити через 1-2 роки (тільки лабораторним шляхом), а замінити їх краще через 3-4 роки, лицеві протези можуть перероблятися через 4-5 років. Доречно підкреслити, що диспансеризація хворих із щелепно-лицевою патологією, регулярні контрольні огляди в ортопедичних відділеннях позитивно впливають на психоемоційний стан, дозволяють проводити необхідні корекції, перебазування, а при необхідності переробку протезів в оптимальні строки. Така тактика диспансеризації забезпечує умови для раннього виявлення рецидиву пухлин та інших ускладнень пов'язаних із користуванням складними щелепно-лицевими протезами і відповідає принципам деонтології.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ЯКОСТЕЙ ЗНІМНОГО ПРОТЕЗУ ПРИ НЕСТЕРПНОСТІ ДО АКРИЛОВОЇ ПЛАСТМАСИ

Розуменко В. О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Питання протезування при повній втраті зубів постійно дискутуються в різних наукових стоматологічних публікаціях. Причина цього в порівняно низькій ефективності протезування. Відомо, що тільки 30-40 % хворих, яким були виготовлені повні знімні протези, користуються ними без явного дискомфорту. Більшість же пацієнтів, незадоволених результатами протезування, повторюють процедуру протезування знову й знову.

Саме тому ми поставили перед собою ціль — підвищення якості протезування повними знімними протезами за рахунок поліпшення конструкції протеза.

З метою вдосконалення методу нами був запропонований власний спосіб виготовлення повного знімного протеза, який заключається у виготовленні повного знімного протезу із поліпропілену, армованого індивідуально відлитим металевим каркасом.

Враховуючи, що одним з недоліків поліпропіленових протезів вважають низьку його гігієну, ми застосували додаткову методику покращення гігієни протезів. Для оцінки ефективності методики протезування провели вивчення гігієни протезів у терміни: 7 днів, 1, 3, 6 міс. а кількість протезного нальоту — за методикою E. Ambjornsen et al.

Рівні гігієни в 1 групі (акрилові протези) становить 2,7 бали, 2 групи (металевий базис) — 2,8 бали, у третій групі (комбіновані протези) — 2,7 бали. Результати віддалених спостережень показали, що рівень гігієни протезів практично не відрізняється через 1 рік користування, при чому, досить цікавим був той факт, що комбіновані протези краще очищається при тривалому носінні (рівень гігієни виріс на 28,9 %), на тлі незмінного рівня гігієни акрилових зубних протезів.

Проведена оцінка гігієнічного статусу протезів, виготовлених з різних матеріалів, показала, що повні знімні протези з поліпропілену, армовані металевим каркасом по розробленій нами методиці, досить гігієнічні при розгляді тривалого користування ними.

Рівень нальоту на протезах, що вивчали, знижується протягом 1-го року на 28,9 %, що є досить показовим у дискусії про перевагу повних знімних протезів з поліпропілену перед акриловими зубними протезами.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКІЮ

Романенко І.Г., Дудар Д.В.

Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського, м. Сімферополь

Целіакія - поширене захворювання не тільки дітей але і дорослих, поширеність його в різних країнах складає 1:100 - 1:300 жителів. Одним із симптомів, і, нерідко, єдиною ознакою хвороби багато років можуть бути ураження слизової оболонки порожнини рота.

Мета дослідження: вивчити поширеність, клінічні прояви та ефективність різних підходів до лікування уражень слизової оболонки порожнини рота у хворих на целіакію.

Матеріал та методи: :Нами було обстежено 62 хворих на целіакію у віці від 14 до 47 років. Діагноз целіакії верифікували на підставі серологічних і морфологічних маркерів хвороби. У всіх хворих ретельно вивчався стоматологічний анамнез і проводився огляд порожнини рота до та на фоні лікування. Хворі були розділені на 2 групи: до першої групи (n = 32) увійшли хворі на целіакію у комплекс лікування яких входили: безглютенова дієта + симптоматична терапія (лоперамід) +1% гідрокортизонова мазь, до другої групи (n = 30) увійшли хворі у комплекс лікування яких окрім безглютенової дієти та симптоматичної терапії входили безглютенова гормональна мазь «Кутивейт», безглютенова зубна паста «Арджитал», безглютеновий ополіскувач порожнини рота «Октенідол».

Результати: встановлено, що в анамнезі до початку лікування скарги на часто рецидивуючі тріщини в кутах рота (2 -3 на рік) спостерігалися у 37 (59,6%), припухання та болючість ясен у 33 (53,2%), печіння язика у 44 (70,4%), афти на яснах або твердому піднебінні 13 (20,3%). На тлі вищезазначеного лікування через 2 роки в 1 групі хворих скарги на тріщини в кутах рота були відмічені у 12 хворих (19,9%), припухання та болючість ясен у 8 (12,9%), печіння язика у 6 (9,9%). У 2 групі хворих скарги на тріщини в кутах рота (1 раз на рік) відзначені у 2

(3,1%) хворих, інших проявів патології не було. За даними об'єктивного обстеження порожнини рота через 2 роки на фоні лікування було виявлено у 1 групі хворих ознаки ангулярного хейліту у 2 (3.1%) хворих, гінгівіту у 4 (%), а у 2 групі ознак ураження слизової оболонки порожнини рота виявлено не було. Висновки: ураження слизової оболонки рота у хворих на целіакію за даними анамнезу спостерігалися більш ніж у 50% хворих. Довготривале (2 роки) призначення безглютенової дієти в поєднанні з обов'язковим використанням безглютенової зубної пасти, безглютенового ополіскування та безглютеної гормональної мазі в період клінічних проявів дозволило більшості хворих позбутися симптомів хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ВІДСУТНОСТІ ОДНОГО АБО ДЕКІЛЬКОХ ЗУБІВ У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ.

Рубаненко В.В., Кузь Г.М., Кузь В.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пацієнти з частковою втратою зубів старші 50 років у 40,2% випадків потребують ортопедичного лікування знімними протезами. В той же час у осіб молодшого віку знімні протези застосовуються у 15 – 20% випадків. Зазвичай у цьому віці пацієнти відмовляються від знімних конструкцій на користь незнімних. Але виготовлення останніх потребує препарування опорних зубів і обов'язкового врахування особливостей їх навантаження.

Протезування хворих частковими знімними протезами ставить перед лікарем ряд завдань, серед яких вибір конструкції часткового знімного протеза, вирішення проблеми фіксації, визначення опорних зубів, оцінка тканин протезного ложа з метою визначення можливої реакції на надзвичайні умови передачі та сприйняття жувального тиску, відновлення ефективності жування. Також необхідна психологічна підготовка пацієнта, тому що багатьма з них знімний протез сприймається як атрибут старості. Втрата окремих зубів в передньому відділі зубної дуги частіше відновлюється мостоподібними протезами. У молодих людей з добре збереженою порожниною зуба зняття значного шару твердих тканин (при виготовленні естетичних метало акрилових та металокерамічних конструкцій) небезпечно розвитком запалення пульпи, що може призвести до девіталізації опорних зубів. Деякі лікарі віддають перевагу консольним протезам з однією опорою, що може сприяти перевантаженню опорного зуба з наступним виникненням патологічної рухомості. Тому використання мостоподібних протезів у передніх відділах зубних дуг не завжди є вірним рішенням і у деяких хворих доцільно використовувати часткові знімні протези. Такі конструкції естетичні. Вони добре заміщують дефекти зубного ряду, відновлюють функції жування та мови. Перевага їх і в тому, що вони можуть бути використані і в якості тимчасових конструкцій (перед наступною імплантацією), коли необхіден деякий час для відновлення кісткової тканини щелеп.

МІКРОКЛІМАТ ЯК НЕСПРИЯТЛИВИЙ ЧИННИК В УМОВАХ ПРАЦІ ПРОВІДНИКІВ ПАСАЖИРСЬКОГО СПОЛУЧЕННЯ УКРЗАЛІЗНИЦІ.

Руденко Л.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Залізничний транспорт відіграє ключову роль в економічному потенціалі країни. Переміщення переважної більшості сировинних ресурсів, палива, споживчих товарів та пасажирів здійснюється ресурсами залізничного транспорту. Серед професій рухомого складу пасажирського залізничного транспорту провідники складають найбільш численну групу, але умови їх праці та стан здоров'я залишаються недостатньо вивченими. Гігієнічна оцінка характеру та умов праці провідників пасажирського сполучення Укрзалізниці на сучасному етапі розвитку суспільства є дуже важливою та актуальною.

Персонал транспортних засобів працює в умовах неоптимального мікроклімату - комплексу фізичних чинників (температура повітря, відносна вологість та швидкість руху, теплове випромінення), що чинять вплив на теплообмін людини, його тепловий стан і визначають самопочуття, працездатність, здоров'я і продуктивність праці. У літній період року температура повітря у вагонах потягів залежить від зовнішніх умов і в середньому на 5-7° перевищує зовнішню температуру за рахунок нагрівання сонцем через скло внутрішнього облицювання і недостатнього захисту від інсоляції. Винятком з цього правила стали вагони підвищеного комфорту з кондиціонуванням повітряного середовища, але на жаль таких вагонів ще недостатньо і вони складають лише незначний відсоток від загальної кількості вагонного парку Укрзалізниці. При експлуатації вагонів влітку з відкритими фрамугами виникають протяги зі швидкістю руху повітря 0,3 – 0,5 м/с, що є додатковим несприятливим чинником виробничого середовища. При хронічному перегріванні формуються порушення з боку серцево-судинної системи (тахікардія, зміна артеріального тиску), функціональні порушення нервової системи (погіршення уваги, розлад координації руху, уповільнення нормальних фізіологічних реакцій організму на зовнішні подразники), шлунково-кишкового тракту. В умовах холодного періоду року на постійних робочих місцях провідників вагонів (купе провідників, внутрішнє се-

редовище вагону) штучно підтримується відносно комфортний мікроклімат за рахунок опалення, однак часта зміна постійних робочих місць на тимчасові (вихід в тамбур для обслуговування опалювальних котлів, вихід на платформу на зупинках, прибирання туалетів та ін.) призводить до короточасного охолодження та переохолодження організму провідника. Праця в умовах неоптимального мікроклімату, інтенсивна теплова і холодова дія може привести до значних змін функціонального стану організму, внаслідок цього до зниження продуктивності праці, зниження неспецифічної резистентності, підвищення загальної захворюваності працівників.

ШУМ ЯК НЕСПРИЯТЛИВИЙ ЧИННИК В УМОВАХ ПРАЦІ ПРОВІДНИКІВ ПАСАЖИРСЬКОГО СПОЛУЧЕННЯ УКРЗАЛІЗНИЦІ.

Руденко Л.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Розвиток медичної науки взагалі та гігієни зокрема ставить актуальними питання профілактики дії умов та характеру праці провідників вагонів пасажирського сполучення на організм персоналу. Попередніми дослідженнями показано, що на персонал рухомого складу залізничного транспорту впливає цілий комплекс виробничо-професійних чинників: несприятливі мікрокліматичні умови на постійних робочих місцях (в кабінах машиністів, залізничних вагонах), а також на місцях тимчасового перебування, що пов'язано з необхідністю частого виходу з вагонів при любых погодних умовах; шум; вібрація; дія токсичних речовин, мікробний фактор (повітряно-крапельний, повітряно-пиловий, через ШКТ та контактний шляхи інфікування), електричного та електромагнітного полів; недостатнє чи не раціональне освітлення; значне психоемоційне напруження, стресові ситуації та ін. Багаточисельними дослідженнями доведено, що вищенаведені чинники мають суттєвий вплив на організм працівника транспорту, формуючи у нього хронічну патологію.

Одним з провідних шкідливих виробничих чинників, що визначають умови праці провідників, є шум. Основними джерелами шуму у вагонах потягів є недостатні амортизаційні можливості ходової частини та стан залізничної колії. При русі вагонів виникає переважно низько- і середньочастотний шум. У багатьох випадках виявлені перевищення шуму над гранично допустимим рівнем. Рядом дослідників показано, що шум, окрім специфічного впливу на слуховий рецептор, викликає порушення функцій ряду систем організму. Значно раніше, ніж орган слуху страждають ЦНС, її вегетативна область та серцево-судинна система. Крім того, змінюється артеріальний тиск, слабшає увага, підвищується нервова збудливість і знижується працездатність, виникають функціональні розлади ЦНС, що мають перебіг за типом астено-вегетативного синдрому. За даними літератури відомо, що у робітників, зайнятих в умовах впливу шуму, стомлення (за окремими показниками) виявляється вже до 2-3 години роботи. Здатність адаптуватися до несприятливих умов праці протягом зміни зменшується, що вірогідно пов'язано із станом резервів вегетативного гомеостазу. Аналіз гігієнічної літератури свідчить, що досліджень впливу шуму на жіночий організм, особливо на специфічні функції жінки, недостатньо. Ряд дослідників в своїх наукових роботах показали, що жіночий організм більш чутливий до шуму, особливо до високих частот. Наголошується, що у жінок підвищується чутливість до шумової дії під час менструального циклу та в період вагітності. Багато дослідників вказують, що несприятлива біологічна дія шуму і вібрації посилюється, якщо робітники додатково піддаються дії токсичних речовин, пилу, несприятливого мікроклімату та інших виробничих чинників.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИСЕКРЕТОРНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Румянцева М.О., Несіна І.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Значний прогрес в лікуванні кислотозалежних захворювань тісно пов'язаний з застосуванням сильнодіючих антисекреторних препаратів, якими є блокатори Н+К+АТФ-ази та Н2-рецепторів, але використання даних лікарських засобів в педіатричній практиці досить обмежене. В літературі наводяться суперечливі дані стосовно їх ефективності при функціональній диспепсії у дитячому віці [Щербаков П.Л., 2005].

Метою нашої роботи було вивчення клінічної ефективності квамателу та ланзопразолу у дітей з функціональною диспепсією в складі базисної терапії.

Дослідження проводилося на базі Полтавської обласної клінічної дитячої лікарні. Під нашим спостереженням перебувало 127 дітей (від 3 до 15 років) з епігастрально-больовою формою (62,2%), постпрандіальним дистрес – синдромом (37,8%) та змішаною формою функціональної диспепсії.

Всі діти були розділені на 2 групи: перша група отримувала Н2-блокатор гістамінових рецепторів в дозі 2 мг/кг/добу в два прийоми (не більше 40 мг 2 рази) - в 8 та 20 годин, друга група – блокатор протонної помпи із розрахунку 1 мг/кг/добу (10 мг одноразово при масі тіла менше 20 кг та 10 мг два рази в день при масі тіла от 20 до 40 кг).

Результати проведених спостережень показали, що після лікування Н2-блокатором гістамінових рецепторів у більшості хворих повністю зникли клінічні прояви епігастрально-больового синдрому на відміну терапії блокаторами протонної помпи (больовий синдром діагностовано у 35,4%, печію - 2,37%, відрижку - 26,6%) та постпранді-

ального дистрес-синдрому (лише у невеликої кількості хворих зберігались окремі симптоми, такі як нудота - 35,42%, раннє насичення - 33,3%, відчуття переповнення - 6,25%). Рівень гормонального статусу та кислотопродукції при лікуванні H₂-блокатором гістамінових рецепторів нормалізувався на відміну гіпергастринемії та недостатнього зниження кислотоутворюючої функції при терапії блокаторами протонної помпи.

Таким чином, позитивна динаміка скарг, загального самопочуття, об'єктивних та лабораторних даних у дітей обох груп свідчить про високу ефективність, зручність на тлі відносної безпеки блокатора H₂-гістамінових рецепторів в лікуванні функціональної диспепсії.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Савченко Н.В.

НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев

В последние годы все чаще привлекает внимание отечественных стоматологов взаимосвязь между общесоматическими заболеваниями и их стоматологическими проявлениями в ротовой полости. Высокая распространенность среди населения, а также клиническая значимость заболеваний пародонта, ассоциируемых с патологией ЖКТ, ухудшают качество жизни больных и требуют совместной работы врачей разного профиля.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 95 больных в возрасте от 19 до 68 лет, с диагнозом ГЭРБ, который был поставлен гастроэнтерологом. В результате стоматологического обследования среди них было выявлено 47 больных с жалобами на гиперестезию твердых тканей зуба (ГТТЗ), которые явились предметом дальнейших наблюдений. У всех больных с ГТТЗ проводили биохимическое исследование РЖ (содержание Са, Р, Mg с определением pH).

Результаты исследования. Обследовано 47 больных ГЭРБ с жалобами на гиперестезию твердых тканей зуба (ГТТЗ), которых разделили на две группы: 1-ю (32 чел.), с потерей твердых тканей зуба и 2-ю (15 чел.) – без потери твердых тканей зуба.

Контрольная группа (3-я) лица с интактными зубными рядами.

В РЖ пациентов 1-ой и 2-ой группы, было установлено статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение содержания уровня Са (0.4 ммоль/л) и Р (3.8 ммоль/л), содержание Mg (0.53-0.57 ммоль/л) не отличалось от уровня контрольной группы. Снижение уровня pH РЖ было выявлено в 1-ой группе до $5,4 \pm 0,3$, во 2-ой группе до $5,7 \pm 0,5$, соответственно ($p < 0,05$), при pH=6,9 - 7,1 в РЖ лиц контрольной группы.

Таким образом, у больных ГЭРБ с признаками ГТТЗ разной этиологии было выявлено резко выраженное смещение pH РЖ в кислую сторону, что вызывало закисление полости рта и приводило к снижению уровня содержания в РЖ Са и Р, приводя к деминерализации эмали.

УСУНЕННЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З РОТОВИМ ТИПОМ ДИХАННЯ

Самойленко А.В., Дрок В.О.,

Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ

При ротовому типі дихання спостерігається пересушення слизової оболонки порожнини рота, зниження неспецифічної резистентності, зменшення антибактеріальних властивостей ротової рідини. В умовах недостатньої гігієни вищезазвані фактори сприяють розвитку запальних захворювань пародонта. У таких пацієнтів змінюється положення голови, під'язикова кістка розташовується дистально, що в свою чергу сприяє дистальному зсуву нижньої щелепи, язик втрачає контакт з піднебінням, лежить на дні порожнини рота, спостерігається зниження тону-су колового м'яза рота.

Мета. Розробка методики та пристрою для проведення міогімнастики для м'язів щелепно-лицевої ділянки, яке давало би змогу лікареві контролювати процес проведення вправ, нескладне у виготовленні та самостійному використанні пацієнтами.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні приймали участь 28 підлітків, віком від 12 до 16 років з постійним прикусом (16 чоловік – основна група, 12 – група порівняння), у яких спостерігався ротовий чи змішаний тип дихання як шкідлива звичка, що супроводжувалося зниженням тону-су колового м'яза рота, глоссоптозом. Пацієнтам була призначена міогімнастика для м'язів язика та колового м'яза рота. В основній групі призначалися вправи за допомогою запропонованого нами пристрою для усунення міофункціональних порушень (Пат. 53518 Україна А61С7/00), в групі порівняння – вправи для тих самих м'язів без допомоги будь-яких пристроїв.

Результати та їх обговорення. Через 6 місяців позитивний результат спостерігався у 15 пацієнтів першої групи, що склало 93,75% та тільки у 7 пацієнтів другої групи, що складає 58,3%. Слід зазначити, що мотивація до виконання вправ була вищою, а здійснення контролю за виконанням вправ було простіше у пацієнтів першої групи.

Висновок. Розроблений нами пристрій для усунення міофункціональних порушень підвищує ефективність локальних фізичних. В результаті того, що відновлюється функція змикання губ, нормалізується функція м'язів язика, він прилягає до піднебіння, покращується зовнішній вигляд пацієнта, нормалізується гомеостаз порожнини рота, що сприяє профілактиці захворювань пародонту.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТАРІЮЧИХ ЧОЛОВІКІВ

Саричев Л.П., Пустовойт А.Л., Саричев Я.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Починаючи з середини минулого століття проблемам жіночого клімаксу приділяється величезна, всезростаюча увага з боку самих різних фахівців (соціологів, фізіологів, гінекологів, терапевтів, ендокринологів, кардіологів, психіатрів, психологів та ін.), тоді як співвідношення робіт, що висвітлюють проблеми старіючих чоловіків та жінок, складає 1:100.

Як відомо, смертність від кардіоваскулярної патології серед чоловіків у 3-5 разів вища, ніж серед жінок, у яких перед менопаузою реалізується антисклеротична дія естрогенів (Goodman-Gruen and Barrett-Connor, 1996). Помічено тісний зв'язок між зниженням рівню тестостерону, інсулінорезистентністю, ожирінням, артеріальною гіпертензією та прогресуванням атеросклерозу. Разом з тим, існують різні погляди відносно впливу статевих гормонів на серцево-судинну систему старіючих чоловіків (Chen R.Y. et al., 2006; Pyorala M. et al., 2006; Боднар П. М., Михайлишин Г. П., 2008).

Під нашим спостереженням знаходилось 46 пацієнтів віком від 51 до 69 років, які звернулись до лікаря з приводу еректильної дисфункції. Андрогенна недостатність виявлена у 31 пацієнта (67,4%): знижений рівень загального тестостерону - 12 спостережень (26,1%) та порушенням балансу між чоловічими та жіночими статевими гормонами (тестостерон/естрадіол) - 19 спостережень (41,3%).

Цукровий діабет типу 2 (гіперглікемія натщесерце більше 6,1 ммоль/л) супроводжував еректильну дисфункцію у 17 пацієнтів (36%). Абдомінальне ожиріння (окружність талії більше 102 см) виявлене у 26 хворих (56,5%). Артеріальна гіпертензія (або підвищення артеріального тиску понад 140/90 мм рт. ст.) мала місце у 37 пацієнтів (80,4%) та ішемічна хвороба серця - у 22 пацієнтів (47,8%).

Андрогенна недостатність частіше спостерігалась у хворих з цукровим діабетом типу 2 та абдомінальним ожирінням. При цьому саме порушення балансу між чоловічими та жіночими статевими гормонами достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігалось у хворих з абдомінальним ожирінням. Аналіз зв'язку між двома перемінними величинами виявив середньої сили пряму кореляційну залежність ($r = 0,421$) між окружністю талії та систолічним артеріальним тиском, зворотну кореляційну залежність ($r = -0,309$) між окружністю талії та рівнем загального тестостерону сироватки крові.

Таким чином, результати дослідження підтверджують спостереження ряду науковців (Малая Л.Т. та співав., 2000; Felman H.A. et al., 2002; Tsujimura A. et al., 2003; Горпінченко І.І., 2008; С.И.Гамидов и соавт., 2009), що низький рівень тестостерону та еректильна дисфункція частіше спостерігаються у хворих з ожирінням та цукровим діабетом і повинні розглядатись як незалежні предиктори серцево-судинних захворювань.

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ.

Саричев Л.П., Сонник Є.Г., Саричев Я.В.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Вступ. Передчасна еякуляція (ПЯ) є складною сексологічною проблемою внаслідок стійкої дезадаптації партнерської пари.

Метою дослідження стала оцінка ефективності окремих методів лікування ПЯ.

Матеріал та методи дослідження. Були обстежені 38 чоловіків віком від 21 до 42 років (середній вік $28 \pm 3,4$ роки), що звернулись до клініки зі скаргами на ПЯ. Тривалість інтравагінального періоду коїтусу складала від 22 до 75с (у середньому $42 \pm 14,3$ с). Усім хворим була виключена «органічна» патологія (коротка вуздечка статевого члена, запальні захворювання чоловічих статевих органів, неврологічні захворювання).

Згідно лікувальної тактики хворі були розподілені на 2 групи. I групу склали 20 хворих, яким проводилась поведінкова терапія ПЯ (техніка «сквіз-стоп»). До II групи увійшли 18 хворих, яким для корекції передеякуляторного інтервалу був призначений селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну сертралін («Золофт», «Стимултон») у дозі 50 мг на добу протягом 2 місяців.

Результати та їх обговорення. Поведінкова терапія виявилась ефективною у 13 (65,0%) хворих I групи. Тривалість інтравагінального періоду статевого акту збільшилась у середньому на $62 \pm 13,6$ с (від 84 до 153с). Звертає на себе увагу той факт, що при спостереженні протягом 6 місяців з початку лікування рецидив симптоматики відбувся у 4 (30,8%) хворих.

У II групі терапія виявилась ефективною в 16 (88,9%) пацієнтів (у 1 пацієнта лікування було припинене внаслідок вираженої нудоти після прийому препарату, в 1 хворого – у зв'язку з неефективністю курсу тривалістю у 1 мі-

сяць). При цьому тривалість інтравагінального періоду збільшилась в середньому на $92 \pm 11,2$ с і складала від 119 до 242 с. При контрольному обстеженні через 4 місяці після закінчення прийому препарату виявлений рецидив ПЯ у 1 (5,6%) пацієнта.

Висновки. Лікування ПЯ у чоловіків є складною проблемою. Застосування немедикаментозних методів можливе тільки за наявності повного взаєморозуміння із партнером, ефективність їх складає 65,0%, частота рецидивів перевищує 30%. Застосування інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (сертралін) є високоефективним, добре переноситься пацієнтами (94,4%), формує стійкий позитивний ефект з мінімальною кількістю рецидивів після відміни препарату.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНИХ СТРУКТУР СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВОРОТАРНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА ЛЮДИНИ

Свінцицька Н.Л., Шерстюк О.О., Цветкова Я.А., Солдатов О.К.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Пухка волокниста тканина власної пластинки слизової оболонки воротарного відділу шлунка за своїм клітинним складом здатна відображати різнобічні зрушення функціонального стану шлунка, виконуючи роль опосередкованого середовища. Тому в ній завжди перебувають різноманітні клітини, що мігрували із крові.

Отже, метою нашого дослідження стало вивчення лімфоепітеліальних структур слизової оболонки воротарного відділу шлунка людини.

Матеріалом для дослідження слугував секційний і операційний матеріал (13 випадків), а також гастробіопсії (10 випадків за результатами фіброгастроуденоскопії). У першому випадку шматочки тканини вирізали через усю товщу стінки шлунка у воротарному відділі. У другому випадку тканини брали в межах здорових тканин (на 3 см вище або нижче виразки). В обох випадках тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну й поміщали в парафін з попередньою стандартною проводкою. Фарбування тканини проводили гематоксилін-еозином і по Ван-Гізон. Гастробіоптати фіксували в 4% розчині глютаральдегіду, містили в Епон 812 для одержання серій напівтонких зрізів.

Результати наших досліджень свідчать, що в жодному випадку вивчення гістологічних препаратів нам не вдалося встановити наявності у слизовій оболонці воротарного відділу шлунка тканинних базофілів, які, як відомо, в інших органах і тканинах, відіграють роль медіаторів у судинних реакціях при запальних процесах. Також відома їх участь у механізмі алергійних реакцій. Тому відсутність тучних клітин у слизовій оболонці шлунка повинно свідчити про особливу специфіку розвитку й протікання в ній запальних процесів. Поряд із цим у власній пластинці слизової оболонки шлунка регулярно зустрічаються поодинокі неінкапсульовані лімфатичні фолікули, розміри яких не перевищують 0,5 мм. Будучи місцевим представництвом імунної системи організму, дані утвори, на відміну від собі подібних в інших органах травного тракту, розташовуються не під покривним епітелієм, а займають місце між кінцевими відділами шлункових залоз, безпосередньо примикаючи до нижньої поверхні м'язової пластинки. Із цього випливає, що лімфоепітеліальний контакт у слизовій оболонці шлунка здійснюється за допомогою залозистого епітелію. Якщо врахувати при цьому, що залозистий епітелій бере безпосередню участь у формуванні молекул секреторного імуноглобуліну А, то надається можливість встановити морфологічну основу місцевого імунного захисту слизової оболонки шлунка, що є не менш важливою умовою при аналізі патогенезу місцевих запальних процесів.

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЗНІМНИХ МОСТОПОДІБНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ НАЯВНОСТІ СЕРЕДНІХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО РЯДУ

Семененко І.П., Семененко Ю.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Часто в основі виникнення функціональних порушень жувального апарату лежать топографо – анатомічні зміни в межах зубних рядів такі, як дефекти зубного ряду. При дистально необмежених дефектах показано виготовлення знімних конструкцій, а при невеликих включених дефектах показані незнімні конструкції. При невеликих включених дефектах зубного ряду у фронтальній ділянці використовують провізорні часткові знімні пластинкові протези, в основному з естетичних міркувань. Інколи складна ситуація відновлення цілісності зубного ряду в боковій ділянці виникає при малих і при середніх включених дефектах, особливо ті, які ускладнені рухомими опорними зубами, зубами, в яких проводилось ендодонтичне лікування або відновлення культі зуба, при захворюваннях тканин пародонта, при низьких клінічних коронках зубів, коли сума коефіцієнтів опорних зубів менша за відсутні, при неможливості проведення заміщення дефекту за рахунок імплантації та інше. В таких випадках ризиковано виготовляти незнімні конструкції.

Протягом останніх трьох років 14 хворим нами були виготовлені знімні мостоподібні протези або їх ще називають малі сідлоподібні протези за Несбетом. В знімних мостоподібних протезах використовували різні конструкції опорно – утримуючих елементів в залежності від клінічного стану опорних зубів та естетичний міркувань. Приводимо клінічний випадок хворої К., 43 років, яка звернулася зі скаргами на естетичний та фонетичний дефект, затруднене пережовування їжі. Об'єктивно: відсутні 14, 15, 16, 17; 13 – зруйнований на рівні ясен, 18 – I-го ступеня рухомості, клінічна коронка середньої висоти, без вираженого екватора, на жувальній поверхні стерті горби. На 18 виготовлена відновлювальна суцільноліта коронка, а в 13 виготовлена кукова вкладка та металопластмасова коронка з оральною та вестибулярною гірляндою шириною 3 мм в пришийковій ділянці для попередження стирання облицювання коронки і для маскування плеча кламера. Потім був виготовлений малий сідлоподібний протез з опорно – утримуючими кламерами системи Нея, клініко – лабораторні етапи якого не відрізняються від виготовлення бюгельного протезу.

Даний вид протезування повністю задовольняє пацієнтів, відбувається швидко звикання до таких протезів, відновлюються втрачені функції, вони стійкі, добре фіксуються, майже повністю відповідають естетичним вимогам та по вартості доступні багатьом хворим.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Скикевич М.Г.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Многие стоматологи предпочитают до настоящего времени пломбирование корневого канала до рентгенологической верхушки фосфат-цементом. Такое пломбирование имеет определенные недостатки- это почти мгновенное отверждение материала, невозможность коррекции пломбирования. Цель исследования - выявление частоты осложнений при попадании пломбировочных материалов в канал нижней челюсти при эндодонтическом лечении.

По данным различных авторов в 80% наблюдений корневые каналы пломбируются некачественно. Возможны различные осложнения, которые требуют хирургического лечения: инородный материал в периапикальных тканях, перфорация стенок верхнечелюстной пазухи, травмирование сосудисто-нервного пучка в канале нижней челюсти, постэндодонтическая компрессионная невралгия ветвей тройничного нерва, аспирация или проглатывание инструментов, образование подкожной эмфиземы лица и шеи, постэндодонтическая боль, персистирующие перикорневые инфекции. Избыточное количество пломбировочного материала оказывает механическое, химико-токсическое, алергизирующее действие и способствует развитию воспалительно-деструктивного процесса в костной ткани. Клинические проявления неврологических осложнений при выведении пломбировочного материала за пределы корневого канала зависели от групповой принадлежности пораженных зубов, что легко объяснить особенностями анатомического и гистологического строения костной ткани челюсти и ее иннервацией. Так же имеет значение исходное состояние периапикальных тканей и действие пломбировочного материала на практически здоровую костную ткань. Попадание пломбировочного материала в толщу нижней челюсти вызывало и приводило к некрозу, болевому синдрому, остеомиелиту челюсти. Самым благоприятным было попадание поднадкостничное пломбировочного материала-выявлялся участок парестезии в зоне иннервации и развитие абсцесса в мягких тканях. При развитии стойкого болевого синдрома больным была проведена декомпрессионная остеоперфорация, удаление «причинных» зубов, вскрытие абсцессов, назначение антибиотика, гипосенсибилизирующая терапия, инфузионная терапия по показаниям, анальгетики-антипиретики, антиоксидантные препараты. Рекомендуем в ближайшее время после возникновения осложнений провести комплексное лечение. Хирургическое лечение заключается в удалении «причины»-пломбировочного материала или других инородных тел. Реабилитация направлена на восстановление поврежденных функций.

ЭЛЕКТРОННО-МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ МИНЕРАЛ ТРИОКСИД АГРЕГАТНЫХ ЦЕМЕНТОВ.

Скрипников П.Н., Скрипникова Т.П., Отрощенко О.В., Билоус С.В.

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г.Полтава

Морфологические исследования системы корневых каналов, особенно их апикальной части, объясняют возможные неудачи эндодонтического лечения на этапах как препарирования, так и obturation корневых каналов. Вместе с тем известно, что одним из составляющих успеха эндодонтического лечения является герметичность obturation корневых каналов. Она затрудняется в случаях разрушения апикальной констрикции. В сформированных зубах этот процесс является следствием резорбции цемента, дентина корня зуба. Резорбция может быть различной степени, в связи с чем в таких клинических случаях требуются различные подходы к лечению, определению положения материала в апикальной части канала, выбор вида материала, как, например, МТА.

Изучение свойств силеров, эндодонтических материалов осуществляется на основе стандарта ISO, в перечень которого не входит электронно-микроскопическое исследование.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучить краевое прилегание к дентину корневого канала зуба методом светооптической микроскопии силеров МТА ПроРут (Дентсплай, Великобритания), Триоксидент (ВладМиВа, Россия).

Настоящее исследование выполнено на удаленных по ортопедическим показаниям однокорневых зубах, корни которых предварительно были очищены от периодонта, обработаны 5% раствором гипохлорида натрия, и в дальнейшем хранились в 5% растворе глюкозы в холодильнике.

Следующим этапом во всех зубах был инструментальная обработка корневых каналов в технике Степ-Бэк с использованием 5% раствора гипохлорида натрия, геля ЭДТА 17%, ультразвуковых файлов установки «Wood-reker», на мощности 4, после чего трепанационные отверстия были закрыты водным дентином, и зубы были помещены на 3-е суток в 5% раствор глюкозы, а затем из корней зубов были приготовлены шлифы толщиной 0,5 мм. Шлифы были изучены методом световой микроскопии в проходящем и отраженном свете при помощи микроскопа МБИ-11, при увеличении $\times 32$ и $\times 120$. Фоторегистрация производилась при помощи цифровой камеры Olympus 180С.

Анализ результатов показал, что ПроРут и Триоксидент имеют хорошее прилегание материала к дентину, не выявлены щели, поры, трещины.

Таким образом, использование метода светооптической микроскопии позволяет оценить достаточное краевое прилегание цементов МТА ПроРут, Триоксидент.

ОСОБЛИВОСТІ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ В ОСІБ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Скрипніков А.М., Боднар Л.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Останніми роками в Україні реєструється значне збільшення кількості осіб, які бажають змінити форму свого носа оперативним шляхом, цим самим намагаючись вирішити проблеми особистого та комунікативного характеру, відповідати певному ідеалу краси. Серед багатьох чинників, які спонукають до такого радикального кроку, провідним є характер людини як індивідуальне поєднання найбільш стійких і суттєвих особистісних рис, що є базисом для формування різноманітних поведінкових реакцій.

Мета роботи – визначити характерологічні особливості осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до реконструктивних операцій.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети проведено клініко-психопатологічне обстеження 60 пацієнтів (чоловіків – 27, жінок – 33) з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до ринопластики. Для дослідження акцентуованих рис особистості використовували характерологічний опитувальник К.Леонгарда - Г.Шмішека (1981).

Результати та їх обговорення. Проведені дослідження показали, що у всіх пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до ринопластики, мали місце прояви акцентуації характеру різного ступеню вираженості та варіантів поєднання. Майже у половини обстежених проявлялися характерологічні риси, притаманні дистимічній акцентуації ($n=28$; 46,66%). При цьому у переважній більшості з них ($n=16$; 26,66%) бальний показник перебував у межах 19-24 балів, що свідчило про виражені акцентуовані дистимічні риси та явну акцентуацію. У третини обстежених ($n=19$; 31,66%) виявлені прояви тривожного типу акцентуації характеру, з них 6 (10,00%) мали виражену явну тривожну акцентуацію. У кожного четвертого обстеженого ($n=16$; 26,66%) виявлялися різного ступеню вираженості ознаки застрягаючого типу акцентуації (з них у 2 (3,33%) пацієнтів – явні). У такої ж кількості обстежених ($n=16$; 26,66%) спостерігали прояви демонстративного типу акцентуації: у 5 (8,33%) осіб – у діапазоні яскраво виражених ознак. Характерно, що при обробці даних тесту цих же осіб ми отримали максимальні бали, що підтверджують у них і гіпертимний тип акцентуації, який загалом виявлений у 14 (23,33%). Прояви екзальтованого типу акцентуації характеру виявлені у 12 (20,00%) обстежених, з яких лише 4 (6,66%) пацієнти мали ознаки вираженої акцентуації. Майже у такої ж кількості обстежених ($n=11$; 18,33%) за результатами тесту виявлені ознаки циклотимної акцентуації, з яких виражені її прояви мали місце у 3 (5,00%) осіб.

Ознак вираженої акцентуації інших типів в обстежених нами пацієнтів виявлено не було. Однак результати тесту, що свідчили про мінімальні прояви або тенденцію до емотивно-лабільних педантичних та невірноважених (збудливих) акцентуацій, спостерігали у 9 (15,00%), 7 (11,66%) та 6 (10,00%) осіб відповідно.

Висновки. Таким чином, у всіх пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готувалися до ринопластики, виявили акцентуації характеру різного ступеню вираженості. Найчастіше спостерігали дистимічний (46,66%), тривожний (31,66%), застрягаючий (26,66%), демонстративний (26,66%), гіпертимний (23,33%), екзальтований (20,00%) та циклотимний (18,33%) типи. Аналіз характерологічних особливостей дасть змогу розробити індивідуальні підходи до психотерапії та психокорекції з подальшим визначенням оптимальної лікувальної тактики.

МЕЗІО-ДИСТАЛЬНІ РОЗМІРИ ЗУБІВ ЯК СТРАТЕГІЧНИЙ ФАКТОР У ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНТІЄЮ БОКОВИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Смаглюк В.І.

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

В сучасних умовах зростаючих якісних вимог пацієнтів до свого стоматологічного статусу актуальним і своєчасним в практичній стоматології стає комплексний (міждисциплінарний) підхід фахівців різного стоматологічного напрямку в виборі більш ефективних засобів відновлення повноцінної естетики і функції жуваального апарату. Сучасні технології і матеріали суттєво змінили стратегічні погляди фахівців на значення таких вузьких напрямків стоматологічної науки і практики в досягненні прогнозованого кінцевого результату реабілітації пацієнтів як: імплантологія, ортодонтія, пародонтологія, художня реставрація. В той же час, досконалість проведеної діагностики, незалежно від часу, займає найважливіше місце в прогнозі результатів лікування. Одним із факторів, що впливають на тактику лікування пацієнтів із адентією зуба(-ів) фронтальної ділянки є співвідношення розмірів зубів верхньої і нижньої щелепи. В той же час, із літературних джерел ми не знайшли відповіді на запитання чи відбуваються зміни в розмірах інших зубів верхньої і нижньої щелепи при адентії бокових різців верхньої щелепи.

Для зведення дослідження нами були відібрані 28 пацієнтів з дефектами зубного ряду фронтальної ділянки верхньої щелепи, пов'язані з вродженою адентією бокового(их) різця(-ів), або втратою центрального чи бокового різця в результаті травми. Середній вік пацієнтів склав $25,7 \pm 3,2$ роки. Всі пацієнти були розподілені на дві групи: I - пацієнти з вродженою адентією бокового(-их) різця(-ів) верхньої щелепи (19 пацієнтів); II – придбана відсутність різця(-ів) (9 пацієнтів). У всіх пацієнтів були отримані відбитки щелеп і проведено вимірювання мезіо-дистальних розмірів за методикою Bolton (1962). Отримані дані порівнювали з параметрами норми за Баллардом (1983).

На підставі проведеного порівняльного аналізу вимірювання мезіо-дистальних розмірів зубів в двох групах досліджуваних можна заключити, що у пацієнтів із вродженою адентією бокових різців ми визначили менші параметри розмірів як фронтальних, так і бокових зубів і в середньому ця різниця становить від 2 до 4,5 мм ($p \leq 0,05$). Що до II групи досліджуваних, то мезіо-дистальні параметри зубів як верхньої так і нижньої щелепи цих пацієнтів статистично не відрізнялись від показників норми. Таким чином, при вродженій адентії бокових різців відмічаються менші параметри інших груп зубів верхньої щелепи, що необхідно враховувати при планування реабілітаційних реставраційних робіт у такої групи пацієнтів.

КУТ АНГУЛЯЦІЇ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПРИКУСУ II КЛАСУ ЗА ANGLE ПРИ НАЯВНОСТІ ТА ВІДСУТНОСТІ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

Смаглюк Л.В., Воронкова А.В., Хадж Ідріс Мохамеднур

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Проблема положення зачатків третіх молярів та можливості їх повноцінного прорізування залишається актуальною для всіх спеціальностей в стоматології. Ретенція третіх молярів складає 73-98% від ретенції інших зубів. За даними Ю.І.Жигурта та Ф.Я.Хорошилкіної (1994) затримка прорізування цих зубів та їх ретенція може відбуватися за умов недостатнього розвитку щелеп, макродентії зубів, неправильної закладки зачатків зубів та таке інше, що найчастіше і спостерігається при патології прикусу. За даними M.Richardson (1992), у віці 18 років треті моляри нижньої щелепи у 21% обстежених розташовані вертикально, у 8% - горизонтально, у 71% - мають мезіальний нахил. Зміна нахилу зуба продовжується до 20 років. За W.R.Shiller (1991) – до 24 років. Із даних літературних джерел нам вдалось знайти відповідь на запитання: „Яким чином нахил третіх молярів впливає на стан кутів ангуляції інших зубів нижньої щелепи”.

В зв'язку з цим ми провели вивчення 40 ортопантомограм (ОПТГ) пацієнтів із патологією II класу за Angle віком старших 18 років. Середній вік пацієнтів склав $24,5 \pm 3$ роки. Всі ортопантомограми (ОПТГ) отримані до початку ортодонтичного лікування і були поділені на дві групи: I група (15 знімків) склали ОПТГ від пацієнтів без наявності третіх молярів на нижній щелепі; II група ОПТГ від пацієнтів із третіми молярами на нижній щелепі. Контрольну групу склали ОПТГ, отримані від 15 осіб без ортодонтичної патології. На знімках ми вивчали кути мезіо-дистального нахилу всіх зубів нижньої щелепи до мандибулярної площини.

Аналізуючи отримані результати, виявили наявність до ортодонтичного лікування статистично достовірних розбіжностей за всіма кутовими параметрами зубів, у пацієнтів із патологією прикусу II класу за Angle в порівнянні із нормою. Цей факт свідчить про ступінь вираженості морфологічних відхилень в ангуляції зубів нижньої щелепи в групі пацієнтів із II класом патології прикусу. В той же час порівняння показників мезіо-дистального нахилу зубів групи I та II не виявило статистично вірогідних відмінностей, що дає підставу вважати, що наявність або відсутність третіх молярів на нижній щелепі не впливає на величину мезіо-дистальної ангуляції зубів нижньої щелепи при патології прикусу II класу.

СТРАТЕГІЯ І ТАКТИКА ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ ЗУБНИХ РЯДІВ ВІКОМ СТАРШЕ 18 РОКІВ ДО АКТИВНОГО ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ БРЕКЕТ-ТЕХНІКОЮ

Смаглюк Л.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На підставі визначених особливостей клініко-морфологічної та функціональної характеристики стану зубощелепної ділянки 94 пацієнтів віком старше 18 років із дистальною оклюзією зубних рядів, аналізу результатів лікування їх незнімною брекет-технікою, а також узагальнення відомостей літературних джерел нами розроблена концепція лікування і реабілітації пацієнтів із такою патологією прикусу.

Стратегія і тактика лікування цієї вікової групи пацієнтів полягала у виконанні чотирьох послідовних етапів: перший - підготовчий; другий – активне ортодонтичне лікування; третій - завершальна реабілітація з урахуванням супутньої стоматологічної патології і четвертий – пожиттєва ретенція результатів.

Що до підготовчого етапу лікування пацієнтів нами визначена важливість в виконанні такої послідовності дій: обстеження (клінічне, параклінічне: біометрія контрольно-діагностичних моделей щелеп, рентгенологічне, функціональна діагностика); психотерапевтична підготовка (залежно від мотивації пацієнта до ортодонтичного лікування, його фізичного і розумового розвитку); санітарно-просвітницька робота по гігієнічному стану порожнини рота;

- терапевтична стоматологічна підготовка з санацією порожнини рота, підготовкою твердих тканин зуба, слизової оболонки і тканин пародонта до ортодонтичного лікування (проведено у 92 пацієнтів - 97,8±1,5%);
- хірургічна стоматологічна підготовка (за необхідності) становить 80,8±4,1% (76 спостережень): пластика аномалій вуздечок верхньої й нижньої губ, язика; пластика глибини переддвер'я порожнини рота (проведено у 28 пацієнтів – 29,7±4,7%); видалення окремих зубів (проведено у 53 пацієнтів – 56,4±5,1%); хірургічні методи лікування хвороб тканин пародонта (проведено у 21 пацієнта – 22,3±4,3%);
- ортопедична стоматологічна підготовка (відновлення анатомічної форми зубів і цілості зубного ряду) проведена у 32 пацієнтів – 34,0±4,9%;
- функціональна підготовка (усунення функціональних порушень м'язів щелепно-лицьової ділянки, нормалізація функцій дихання, ковтання, мовлення, жування, стулювання губ (проведено у 83,7±5,3% випадків).

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ В ПЕРІОД РЕТЕНЦІЇ РЕЗУЛЬТАТІВ ОРТОДОНТИЧНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ ЗУБІВ

Смаглюк Л.В., Собакар К.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою ортодонтичного лікування є виправлення зубо-щелепових аномалій та деформації шляхом корекції морфологічних, функціональних і естетичних порушень щелепнолицьової ділянки пацієнта. На сучасному рівні розвитку стоматологічної науки і техніки методи корекції морфологічних порушень прикусу, які передбачають нормалізацію положення окремих зубів, форми та розмірів зубних рядів, співвідношення зубних рядів у сагітальному, трансверзальному і вертикальному напрямках, незалежно від віку пацієнта є достатньо ефективними. Що ж до нормалізації функціональних порушень, які спостерігаються у пацієнтів особливо старшого віку, а також функціональний стан СНЩС після проведеного ортодонтичного лікування, то ці питання залишаються невирішеними і відкритими. У зв'язку з цим дуже важливою є розробка принципів, тактики і загальної концепції реабілітації пацієнта в період ретенції результатів ортодонтичного переміщення зубів. Тому, метою нашого дослідження стало визначення морфо-функціонального стану зубощелепкової ділянки пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів старше 18 років після проведеного ортодонтичного лікування незнімною брекет-технікою. На підставі оцінки рентгеноморфометричного аналізу кутового положення зубів і довжини їхньої поздовжньої вісі відносно базису щелепи (за методикою Ендрюса) доведено, що ступінь складності морфологічних відхилень у групі пацієнтів, яким в подальшому було пропонувано лікування з видаленням зубів, був значно вищим, ніж у групі без видалення окремих зубів за ортодонтичними показаннями. Після проведеного ортодонтичного лікування (за допомогою сучасної брекет-техніки і за умови дотримання рекомендованих періодів їх активації і лікування) різниця між порівнюваними параметрами майже зникає і характеризує досягнення, з морфологічної точки зору, «доброго» результату лікування. Розбіжності залишалися лише в положенні третіх молярів верхньої та нижньої щелеп.

Електроміографічна характеристика м'язів щелепно-лицьової ділянки у пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів на період початку ретенції відрізнялась від такої пацієнтів контрольної групи за якісними і кількісними показниками.

Таким чином, вважаємо за необхідне подальшу розробку методів адекватної функціональної адаптації зубо-щелепкової системи до новостворених оклюзійних співвідношень.

СТАН БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ М'ЯЗІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ 6-9 РОКІВ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ І СПАДКОВИМ АНАМНЕЗОМ

Смаглюк Л.В., Фетісова Г.Л., Ремалі Анас

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Останнім часом вивчення функції м'язів щелепно-лицьової ділянки набуває особливого значення для теорії та практики ортодонтії [Мірза О.І., 1999; Смаглюк Л.В., 2004; Ellis III E.et.al., 1996; Pancherz H., 1997]. У діагностиці функціонального стану зубощелепної ділянки людини (ЗЩД) помітне місце займає визначення електрофізіологічного (ЕМГ) стану жувальних м'язів за допомогою електроміографії [Клітинський Ю.В., 2000; Granger M.W. et.al., 1999; Fogle L.L., Glaros A.G., 2002; Garcia-Molares P.et.al., 2003;]. Відомо про поліетіологічну природу виникнення патології прикусу II₁ за Angle і значну роль функціональних порушень. В науковій літературі вивченню функціонального стану жувальних та мимічних м'язів ЗЩД при аномалії II₁ за Angle присвячено немало робіт. В той же час, ми не знайшли відповіді на питання стану ЕМГ активності цих м'язів у таких пацієнтів із спадковим анамнезом. В зв'язку з вище викладеним метою нашого дослідження стало визначення біоелектричної активності м'язів щелепно-лицьової ділянки пацієнтів 6-9 років із патологією прикусу II₁ за Angle зі спадковим анамнезом. Нами проведено визначення ЕМГ активності м'язів щелепно-лицьової ділянки (поверхнево розташованих передніх пучків правого і лівого скроневих м'язів, пара власне жувальних м'язів і коловий м'яз рота) 15 пацієнтів із патологією прикусу II₁ віком 6-9 років із спадковим анамнезом (по лінії матері або батька), які склали I групу досліджуваних, та 10 дітей із санованою порожниною рота, без порушень прикусу і без попереднього ортодонтичного лікування – II (контрольний) групу досліджуваних. Для вивчення функції м'язів застосовували функціональні проби на „максимальне волевове стиснення” щелеп та губ і на довільне жування. Усі електроміограми проаналізовані за якісними та кількісними показниками. Нами були визначені значні зміни в якісних показниках ЕМГ обстежуваних м'язів пацієнтів I групи. Також отримане достовірне підвищення амплітуди ЕМГ активності передніх пучків скроневих м'язів у дітей I групи досліджуваних по відношенню до II групи, та достовірне зниження електроміографічної активності жувальних м'язів. Ці дані дещо відрізняються від відомої в літературних джерелах думки про загальне зниження ЕМГ активності жувальних, скроневих м'язів в середньому на 60% у дітей з такою патологією прикусу (Персін Л.С., 1998). На нашу думку, визначені особливості стану ЕМГ активності досліджуваних жувальних м'язів обумовлені наявністю патології прикусу, яка етіологічно обтяжена спадковим анамнезом.

ЗАСТОСУВАННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ АНКЕТИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ НАРКОЗУ У ДІТЕЙ В АМБУЛАТОРНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Солонько Г.М., Пайкуш В.А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр

Проблема лікування множинного карієсу у дітей є завжди актуально, адже в багатьох випадках його можливо здійснити лише під загальним знечуленням. Наркоз проводиться при неможливості отримання адекватної анестезії іншими методами. При плануванні стоматологічного лікування у дітей велику увагу слід приділяти їх соматичному стану, спадковому, алергологічному анамнезу, прагнучи попередити розвиток ускладнень під час лікування та проведення наркозу. Проте госпіталізація даних пацієнтів відбувається безпосередньо в день проведення наркозу, що обмежує час зустрічі дитячого стоматолога та анестезіолога з пацієнтом та його батьками.

Мета дослідження. Визначити вплив розпрацьованої анестезіологічної анкети при проведенні наркозу у дітей в амбулаторній стоматології.

Нами розпрацьована анестезіологічна анкета для дітей, яким буде проводитись санація ротової порожнини під загальним знечуленням в амбулаторних умовах, яка включає повну інформацію про загальний стан здоров'я дитини, дані про перенесені захворювання, алергологічний анамнез та ін. Батьки (опікуни) дітей, яким планується проведення стоматологічного лікування під наркозом, отримують анкету для заповнення. В ній коротко в доступній формі пояснюється методика лікування під загальним знеболюванням, необхідність утримуватись від їжі і пиття та неможливість проведення наркозу під час гострої інфекційної патології. Батьки дають відповіді на запитання, що стосуються попереднього перебування дитини в стаціонарі, проведених операцій, наркозів, щеплень, прийому медикаментів. Занотовується наявність чи відсутність захворювань серцево-судинної, дихальної, травної, сечо-статевої, нервової, кровносноної, ендокринної систем тощо. Окремим розділом батьки заповнюють інформацію щодо проявів алергії у дітей, їх спадковий анамнез, фіксується час останнього прийому дитиною їжі та пиття. В кінці анкети один з батьків (опікунів) дає письмову згоду на проведення стоматологічного лікування дитини під загальним знеболюванням, що має юридичне значення.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті аналізу анкетування батьків виявилось, що суттєво зменшується фактор тривоги у батьків після заповнення анкети та надання повної інформації про загальний стан дитини та усвідомлюється комплексний підхід до її стану здоров'я. Ретельний збір анамнезу та попередній моніторинг загального стану дитини дозволяє призначити додаткові обстеження та консультації суміжних спеціалістів з метою профілактики ускладнень під час стоматологічного лікування, розширює показання до проведення лікування під наркозом в амбулаторній стоматології у дітей з особливими потребами. Особливості соматичного статусу пацієнта, що наведені в анкеті, можуть впливати на ведення наркозу, визначають показання та протипоказання для його проведення.

Отже, при підготовці дітей до санації ротової порожнини під наркозом важливою є конструктивна співпраця з їх батьками (опікунами). Застосування розробленої нами анестезіологічної анкети зменшує фактор тривоги у батьків. Інформація, отримана з анкети, дає можливість лікарю обрати найоптимальніший спосіб загального знеболення, забезпечити профілактику ускладнень та розширити можливість проведення лікування дітей з особливими потребами під наркозом в амбулаторній стоматології.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ.

Сонник Є.Г., Саричев Я.В., Устенко Р.Л.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Одним з найбільш поширених захворювань, з якими стикається уролог у своїй практиці, є хронічний простатит. При цьому у загальній популяції частота хронічного простатиту становить від 5 до 16% (J.C. Nickel, 1999; J.N. Krieger, 2002). Така широка поширеність хронічного простатиту частково пов'язана з тим, що цей діагноз є так званим «кошиком для клінічно незрозумілих станів» (M. Mc.Naughton-Collins, 2000). Підтвердженням цьому служить той факт, що понад 90% всіх випадків хронічного простатиту відносяться до абактеріального простатиту або синдрому хронічної тазової болі (СХТБ) або до категорії III простатиту за класифікацією Національного інституту здоров'я США (National Institute of Health, NIH). Поширеність СХТБ не залежить від віку і демографічних особливостей. Захворювання значно впливає на якість життя хворих, являючи собою важливу проблему здоров'я чоловіків (M. Mc.Naughton-Collins, 2001; A.J.Schaeffer, 2002).

Провідну роль в патогенезі СХТБ мають нейровегетативні розлади моторної функції передміхурової залози і нижніх сечових шляхів. Біль і симптоми іритативного або утрудненого сечовипускання у хворих на СХТБ частіше за все обумовлені обструкцією нижніх сечовивідних шляхів, викликану дисфункцією шийки сечового міхура, сфінктера, переважно функціонального характеру. При обстеженні чоловіків у віці до 50 років з клінічним діагнозом СХТБ, функціональна обструкція шийки сечового міхура виявляється більш ніж у половини з них, обструкція через псевдодіссинергію сфінктеру – у 24% і нестабільність детрузору приблизно у 50% хворих. Важливу роль в структурі захворювання має інтрапростатичний протоковий рефлюкс, викликаний турбулентним сечовипусканням з високим внутрішньоуретральним тиском. Рефлюкс сечі в протоки і часточки передміхурової залози стимулює стерильну запальну реакцію. Субклінічні порушення уродинаміки в ділянці шийки сечового міхура і простатичної частини уретри, крім того, виникають за рахунок гіперактивності α 1-адренорецепторів.

Вищевказане обумовлює доцільність застосування α 1-адреноблокаторів (α 1-АБ) в лікуванні означеного захворювання. Під нашим спостереженням знаходились 18 чоловіків з діагнозом СХТБ, у яких до комплексної терапії був включений α 1-АБ тамсулозін в дозі 0,4 мг на добу впродовж 2 місяців. Редукція іритативної та обструктивної симптоматики відмічена у 16 (88,9 %). При цьому, оптимальна тривалість курсу лікування потребує подальшого вивчення.

МЕТАБОЛІЧНІ, ОСТЕОМЕТРИЧНІ ТА МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩУРІВ ЗА УМОВ НАДЛИШКОВОГО УТВОРЕННЯ ОКСИДУ АЗОТУ ІЗ ЕКЗОГЕННОГО ПОПЕРЕДНИКА

Сорокін Б.В., Костенко В.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В літературі наводиться суперечлива інформація щодо ефектів оксид азоту (NO) на метаболізм, функціонування та структуру кісток. Відомо, що надлишкове утворення NO з екзогенних попередників істотно змінює спрямованість фізіологічних ефектів оксиду азоту, призводить до наслідків, які є важко прогнозованими, що виявлялося дослідниками за умов відтворення хронічної нітратної інтоксикації. В останні роки встановлено, що універсальний механізм дії нітратів пов'язаний з утворенням NO (Реутов В.П., 1998-2010; Костенко В.О. та співавт., 2004-2010). Проте механізми дії надлишкової кількості NO на кісткову тканину з'ясовані недостатньо.

Нами досліджено зміни зміни остеометричних і морфометричних показників кісткової тканини різних відділів скелету (стегнова кістка, хребці) білих щурів за умов надлишкового утворення NO із екзогенного попередника (модель хронічної інтоксикації нітратом натрію).

Нами виявлено, що тривале введення нітрату натрію (200 мг/кг, протягом 30-60 діб) викликає дезорганізацію сполучної тканини внаслідок деполімеризації глікопротеїнів і протеогліканів, призводить до істотних змін будови, міцностних характеристик кісток. Найбільш чутливими до токсичного впливу нітратів та продуктів їхньої біотрансформації є ростоактивні зони кістки - епіфізарний хрящ, періостальні зони діяфізу. Введення нітрату натрію в організм щурів призводить до сповільнення темпів росту кісток в поєднанні із зменшенням ширини епіфізарного хряща з глибокими деструктивними змінами хондроцитів та міжточної речовини зони проліферуючого хряща. При цьому відбувається звуження остеонного шару діяфізів, розширення діаметрів каналів остеонів.

При гістологічному дослідженні кісток виявляється витончення кісткових трабекул, спонгізування кортикальної кістки, а також у деяких зразках – виникнення мікропереломів трабекул, що є морфологічними критеріями виникнення остеопору.

Таким чином, надлишкове утворення оксиду азоту із екзогенного попередника (відтворення хронічної нітратної інтоксикації) призводить до комплексу метаболічних, остеометричних і морфометричних змін, які негативно впливають на розвиток кісток та можуть сприяти виникненню остеопенії та остеопору.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СІМЕЙНОЇ ФОРМИ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Сорокіна С.І., Шевченко Т.І.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава.

Сімейна гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) - генетично обумовлене ураження серця, що характеризується локальною гіпертрофією міокарда шлуночків, переважно лівого та перегородки, з високим ризиком раптової смерті в молодому віці. Останнім часом отримані переконливі дані, які свідчать про родинний характер ГКМП з ауто-сомно-домінантним типом успадкування, визначені гени, мутації в яких призводять до розвитку захворювання, визначено вплив деяких мутацій на фенотип.

Метою дослідження є аналіз катамнестичних даних клінічного випадку сімейної форми гіпертрофічної кардіоміопатії.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилась сім'я у трьох поколіннях по жіночій лінії, в якій прослідковувалась родинна ГКМП з метою розробки індивідуальних схем ведення хворого в залежності від генотипу, характеру клінічних проявів, прогнозу та ризику раптової смерті.

Результати дослідження та висновки.

Проведений аналіз катамнестичних даних за 22 роки з клініко-генеалогічним дослідженням. При ретельному обстеження пацієнтки А., 24 років, яка 2 роки назад народила здорового хлопчика, діагностована ГПМК з обструкцією вихідного тракту ще у дитячому віці.

При аналізі історій хвороб раптово померлих бабусі і матері пацієнтки, що знаходилась під спостереженням, при патанатомічному дослідженні виявлено виражену гіпертрофію лівого шлуночка (переважно міжшлуночкової перегородки) у обох випадках з наявністю аномальної судини між правим передсердям та лівим шлуночком у матері.

Таким чином, аналіз історії хвороби обстеженої хворої та її рідних дозволяє зробити припущення про наявність сімейної форми гіпертрофічної кардіоміопатії у зв'язку з тим, що діагноз даної форми правомірний при наявності захворювання у двох або більше родичів.

Складності та помилки в діагностиці ГКМП в значній мірі пов'язані з:

а) відсутністю чіткої клінічної картини захворювання, що не дозволяє діагностувати ГКМП за допомогою фізичного обстеження; б) наявністю стенокардії, що призводить до помилкової діагностики у них ішемічної хвороби серця; в) недостатньо кваліфікованим ультразвуковим обстеженням; г) складністю диференціальної діагностики ГКМП.

Аналізуючи даний клінічний випадок, маємо сподівання, що сумний ланцюг у цій родині не матиме продовження.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ФТОРУ В ШТУЧНО ДЕМІНЕРАЛІЗОВАНІЙ ЕМАЛІ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ ПІД ВПЛИВОМ ЗУБНИХ ПАСТ, ЯКІ МІСТЯТЬ РІЗНІ СПОЛУКИ ФТОРУ

Сороченко Г.В.

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

Метою дослідження є вивчення *in vitro* змін хімічного складу поверхневого шару штучно демінералізованої емалі постійних зубів під впливом протикаріозних лікувально-профілактичних зубних паст, що містять різні сполуки фтору.

Матеріали та методи дослідження: досліджено 80 зразків емалі постійних зубів, які були видалені за ортодонтичними показаннями. Під час дослідження зразки емалі постійно зберігались у розчині „штучна слина” (Fusayama, 1975). Штучну демінералізацію емалі проводили за методом В.Р.Окушко (1971). Зразки ділили на 3 основні та одну контрольну групи. Зразки першої основної групи обробляли лікувально-профілактичною зубною пастою, яка містила фторид натрію (1450 ppm), другої – пастою, до складу якої входив натрію монофторфосфат (1000 ppm), третьої – пастою із амінофторидом (1450 ppm). Зразки основних груп оброблялися вказаними пастами протягом 6 місяців. Зразки контрольної групи не обробляли.

Дослідження вмісту фтору у поверхневого шару штучно демінералізованої емалі проводили за допомогою методу рентгенфотоелектронної маспектрометрії на апараті LAS 2000 („Riber”). Вміст фтору у поверхневому шарі емалі визначали на глибину 2000 ангстрем. Результати обчислювали в атомних відсотках.

Результати. Після 6-ти місяців досліджень кількість фтору в зразках штучно демінералізованої емалі достовірно збільшилась під впливом паст з амінофторидом від $0,004 \pm 0,0005$ до $0,211 \pm 0,014$ (збільшення у 53 рази), паст з монофторфосфатом натрію - від $0,004 \pm 0,0006$ до $0,104 \pm 0,007$ (збільшення у 26 разів), паст з фторидом натрію - від $0,003 \pm 0,0005$ до $0,058 \pm 0,003$ (збільшення у 19 разів) ($p < 0,05$). В групі контролю вміст фтору впродовж всього експерименту не змінювався.

Таким чином, результати експериментального дослідження свідчать про те, що хімічний склад поверхневого шару штучно демінералізованої емалі постійних зубів змінюється під впливом лікувально-профілактичних зубних паст, які містять фтор. Кількість фтору у поверхневому шарі штучно демінералізованої емалі найбільше зростає під впливом зубної паст із амінофторидом. Здатність до збільшення кількості фтору у поверхневому шарі штучно демінералізованої емалі залежить від сполуки фтору, її концентрації та терміну застосування.

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ставицкий С.А., Гирикова Т.А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Известно, что у больных сахарным диабетом одонтогенные гнойно-воспалительные процессы протекают на фоне выраженных изменений иммунологического статуса. Течение одонтогенных гнойно-воспалительных процессов и состояние иммунологического статуса непосредственно связаны с тяжестью и формой сахарного диабета. Гнойный процесс вызывает декомпенсацию сахарного диабета из-за развивающегося воспалительного ацидоза и разрушения инсулина протеолитическими токсинами микроорганизмов. Симптомы, характеризующие воспаление, слабо выражены в связи с пониженной сопротивляемостью больных диабетом к инфекции. Тяжесть течения гнойной инфекции обусловлена быстрым развитием гнойного поражения с захватом значительных площадей, в ранах преобладает некроз.

Целью проведённого исследования явилась оценка характера заживления гнойной раны у больных сахарным диабетом и особенности её рубцевания.

Под наблюдением находилось 19 больных с обширными флегмонами челюстно-лицевой локализации и шеи, страдающих сахарным диабетом. Женщин было 15, мужчин – 4. Возраст – от 28 до 63 лет. Динамика заживления раны оценивалась по результатам цитогрaмм отпечатков с краёв раны и планиметрией раны через каждые 3 дня. Группой контроля служили результаты подобного исследования 10 пациентов с флегмонами лица и шеи, но без сопутствующего диабета.

Наряду с оперативным и общепринятым антибактериальным и противовоспалительным лечением больных сахарным диабетом проводили коррекцию нарушений углеводного обмена под контролем эндокринолога. При этом использовали быстродействующий инсулин. Предпочтение быстродействующему инсулину обусловлено имевшими место колебаниями содержания сахара в крови в течение суток - от 10 до 20 ммоль/л. Нами отмечено, что заживление гнойной раны у больных сахарным диабетом, по сравнению с больными без диабета, удлинялось в 1,5 – 2 раза. Объяснением этому является торможение репаративно-регенеративного процесса формирования молодой грануляционной и соединительной ткани за счёт снижения синтеза коллагена, запоздалого вставания капилляров, задержки образования белковой межтканевой субстанции. При этом у 9 больных на фоне

сахарного діабета, имевших обширные очаги некроза не только клетчатки, но и мышечных структур, при самостоятельном заживлении раны рубцовая ткань была грубой, гиперпластичной, деформирующей соответствующую область. Из 10 больных, которым накладывались вторичные швы, у 5 отмечалось их расхождение и образование малокосметичного рубца. Келлоидирования рубцовой ткани не наблюдалось ни у одного больного.

Таким образом, у больных с обширными воспалительными процессами челюстно-лицевой области, протекающими на фоне сахарного діабета, необходимо не только выполнение адекватной антидиабетической терапии и общепринятого лечения гнойной раны, но и индивидуальный подход к формированию послеоперационного рубца.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЕФІЗОЛ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ

Степанова С.В., Фесенко В.І., Семенов К.А., Анісімова Л.А., Фесенко Д.В., Рибак М.О.

Дніпропетровська державна медична академія, м. Кривий Ріг

Сучасна фармакотерапія кандидозного стоматиту базується на антимікотичних препаратах з максимально високою ефективністю та мінімальною кількістю побічної дії.

Одним з основних шляхів підвищення ефективності місцевого медикаментозного лікування кандидозного стоматиту є корекція дисбіотичних зрушень лікарськими засобами, здатними діяти одночасно на декілька ланок патологічного процесу. Так, наприклад, оригінальною комбінацією антисептичного та імуностимулюючого ефекту для місцевого лікування інфекційно-запальних процесів в порожнині рота (глосит, кандидоз, стоматит, гінгівіт) є Ефізол. За рахунок декваліну хлориду препарат має бактерицидну дію проти грам «+» та грам «-» бактерій, володіє протигрибковою активністю. Вітамін С, який входить до складу препарату здійснює антиексудативну і протизапальну дію.

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності препарату Ефізол в комплексному лікуванні кандидозного стоматиту.

Ефізол призначали всім пацієнтам після проведення професійної гігієни порожнини рота по 1 табл. через кожні 2-3 години (не більше 6-8 таблеток на добу). Таблетки рекомендували розсмоктувати в ротовій порожнині, а лікування продовжувати в продовж 1-2 діб після усунення симптомів захворювання. Термін лікування не перевищував 5-7 діб. Разом з цим пацієнта було рекомендовано ротові ванночки 0,05% розчином хлоргексидину 2-3 рази на день. Комплексна терапія доповнювалась вітамінотерапією, антигістамінними та імунотропними препаратами за показаннями. Оцінку терапевтичної ефективності проводили за результатами спостереження клінічного перебігу стоматиту та даних лабораторних методів дослідження. Облік кількісного складу мікроорганізмів проводили визначенням мікробного числа за допомогою десятичного логарифму КУО (LgКУО/мл).

Аналіз результатів терапії показав, що вже на 5-6 день лікування у 75% хворих кандидозним стоматитом відзначалося зникнення симптомів (печія, сухість слизової оболонки рота та ін.) захворювання та спостерігалось відсутність збудника інфекції в мазках зі слизової оболонки рота. У 23, 5% обстежених при відсутності симптомів захворювання, в мазках зі слизової оболонки рота відзначали зниження концентрації Candida – $0,2 \pm 0,03$ LgКУО/мл (до лікування – $2,3 \pm 0,04$ LgКУО/мл).

Таким чином, використання препарату Ефізол в комплексній терапії кандидозного ураження призводить до зникнення та значного зменшення грибів Candida в порожнині рота, що дає підстави рекомендувати його для лікування кандидозного стоматиту.

ОСОБЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ГРИБКОВОЮ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ

Супруненко С.М., Ляховський В.І., Матьоха О.П., Ляховська Н.В., Ахрамчук Т.В.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Важливу роль в етіопатогенезі хронічної обструктивної хвороби легень (ХОХЛ) відіграють грибкові та споріднені з ними ураження легень. Клініка цих захворювань характеризується поліморфізмом проявів, тяжкістю діагностики та лікування.

Нами були проаналізовані дані обстеження та лікування 56 хворих на ХОХЛ, анамнез 39 (69%) із яких був “скомпроментований” в мікотичному плані умовами проживання та виробництва. За допомогою мікотичних, серологічних методів дослідження, внутрішньошкірних проб у пацієнтів визначали чутливість до *Aspergillus niger*, *nidul.*, *fumig.*, *Alternaria*, *Candida alb.*, *Cladosporium*, *Penicillium*, *Trichoderma vir.* Виявилось, що ознаки мікотичної сенсibilізації достовірно частіше розвивались у осіб, які анамнестично мали контакти з грибами плісені. У більшості хворих з ознаками мікопатології в цитограммі мокроти було визначено зниження рівня альвеолярних макрофагів, достовірно збільшення кількості еозинофілів, а також знижені показники функціональної активності фагоцитів периферичної крові. Визначено, що грибкове ураження легень обтяжує перебіг ХОХЛ: достовірно частіше ознаки мікопатології визначаються у хворих з тяжким перебігом захворювання у порівнянні з легким перебігом хвороби.

Під час проведення етіопатогенетичної терапії, з включенням антифунгітивних препаратів, виявлено, що у 14 (26,3%) осіб дане лікування було малоефективним. У плані прогнозу перебігу вказаної патології ефективним виявилась реакція організму на введення терапевтичної дози бета-лейкіну в перші дні госпіталізації. Сприятливий перебіг ХОХЛ з грибовою сенсibiliзацією спостерігався при умові суттєвого наростання рівня церулоплазміну та ознаками сенсibiliзації до одного з грибів плісені. Якщо на початку загострення захворювання рівень церулоплазміну не наростав після введення бета-лейкіну і визначався початковий рівень загального IgE вище 320 МО, то у таких хворих на ХОХЛ патологія носила первинно-затяжний, торпідний характер, тобто спостерігався несприятливий перебіг захворювання.

Отже, етіопатогенез хворих на ХОХЛ з ознаками грибової сенсibiliзації анамнестично тісно пов'язаний з мікотичним першоджерелом. В прогнозі характеру перебігу вказаного захворювання важливим є визначення лабораторно-імунологічних параметрів організму в процесі застосування терапевтичних доз бета-лейкіну.

ОСОБЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З РЕЗИСТЕНТНИМИ ФОРМАМИ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

Супруненко С.М., Ляховський В.І., Матьоха О.П.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Важливу роль в етіопатогенезі урогенітальної патології відіграють інфекції TORCH-комплексу та атипова флора. У значної частини хворих з цією патологією відмічається низький ефект від терапії, що проводиться вузькими спеціалістами, навіть від повторних, достатньо дорогих курсів лікування.

Нами було проаналізовано історії захворювань 28 пацієнтів з рецидивуючим, первинно хронічним перебігом різних форм урогенітальних інфекцій (УГІ). Крім загальноклінічних обстежень проводилось комплексне дослідження стану імунної системи. Для визначення наявності та титрів специфічної флори використовувались дані ІФА, ПЛР, ПІФ.

Виявлено, що моноінфекція була у 8 хворих (28,6%). У 3 пацієнтів (10,7%) не були виявлені антитіла до атипової флори; решта осіб мала асоційовану флору. У хворих з моноінфекцією частіше виявлялася уреоплазма, хламідія трахоматіс. У хворих з змішаною флорою у 21,4% виявлені антитіла до уреоплазми та герпесу I та II типу, у 17,9% – фіксувались антитіла до хламідій та уреоплазми; у 10,7% знайдені антитіла до хламідій та трихомонад, у такої ж кількості хворих реєструвались антитіла до уреоплазми, хламідій та мікоплазми. У переважаючій більшості хворих відмічалось зниження показників фагоцитозу, зменшення хелперно-супресорного коефіцієнту, рівня CD-3. Достовірної різниці між цими показниками у хворих з моно та змішаною флорою виявлено не було. Суттєво впливала на кількість хворих з ознаками імунодефіциту наявність у них іншої соматичної патології. Частіше це були неспецифічні захворювання легень, хронічний гайморит, гастродуоденальна патологія.

В процесі лікування нами наряду з типовою терапією УГІ було використано комбінацію імунотропних препаратів. Кращий клініко-лабораторний ефект був відмічений від поєданого застосування поліоксидонію з імунофаном чи циклофероном. У жінок з торпідним перебігом циститу достатній позитивний ефект спостерігався від використання гепону та біфілізу.

Отже, основною причиною торпідного перебігу УГІ є змішана флора, де особливо важливу роль відіграють представники TORCH-комплексу. Вказана патологія достовірно частіше перебігає на тлі ознак набутого імунодефіциту та проявів іншої соматичної патології. В розрішенні рецидивуючого, первиннов'ялого перебігу урогенітальних інфекцій важливу роль відіграє комбіноване застосування імунотропних препаратів.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 7-18 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Сулова О.В., Мирчук Б.Н.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Обследовано обратившихся за ортодонтической помощью 346 пациентов (123 мальчика и 223 девочки) в возрасте 7-18 лет: 78 детей (22,5%) в период раннего сменного прикуса, 80 детей (23,1%) в период позднего сменного прикуса, 96 (27,7%) детей в период формирования постоянного прикуса и 92 (26,6%) - в период постоянного прикуса.

Среди аномалий прикуса преобладала прогнатия - 125 (36,1 %) пациентов: в раннем сменном прикусе диагностировано - 27 %, в позднем сменном прикусе она увеличилась более чем на 19,3 % и составила 46,3 %, в периоде формирования постоянного прикуса и в постоянном прикусе уменьшается до 37,5 % и 33,7 % соответственно. Глубокий прикус наблюдался в 18,4 % пациентов: 21,8 % в раннем сменном прикусе, в позднем сменном и в периоде формирования постоянного снижается до 15,0 % и 15,6% соответственно, а в постоянном прикусе опять возрастает до 21,7 %. Частота открытого прикуса составила в среднем 3,1 % и с возрастом практически не изменя-

лась (2,0% – 4,3%). Косой прикус діагностований у 12,7% пацієнтів, зазвичай спостерігався в поздньому сменному прикусі -18,8%. Прогенія виявлена в 4,0 % випадків і спостерігалася тенденція к її збільшенню: 2,6 % в ранньому сменному прикусі, в поздньому сменному збільшилась в 1,5 рази (3,8 %), в періоді формування постійного в 1,6 рази (4,2 %), а в постійному прикусі - в 2,1 рази (5,4 %).

Аномалії окремих зубів у обстежених дітей во всіх вікових групах знаходились приблизно на одному рівні (5,5%).

Нарушення форми зубних рядів діагностувались набагато частіше, ніж інші види зубочелюстних аномалій - 64,5%. В постійному прикусі частота порушень форми зубних рядів була найвищою - 70,0%. Також на високому рівні знаходиться частота виявлення скученості зубів - 26,9 %. У дітей з раннім сменним прикусом скученості зубів була в 38,5 % випадків. В поздньому сменному прикусі і в періоді формування постійного прикусу частота скученості зубів була значно нижче і становила відповідно 13,6 % і 21,9%. В періоді постійного прикусу скученість зубів збільшується до 33,7 %.

Таким чином, аналіз отриманих даних показав, що за ортодонтическою допомогою частіше всього звертаються діти (частіше дівчатка) з аномаліями форми зубних рядів (64,5 %) і скученістю зубів (26,9 %).

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА ОЖИРІННЯ

Тарасенко К.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета даної роботи – характеристика параметрів гормонального балансу та оцінка співвідношення стероїдних гормонів та інсуліну у вагітних жінок, що страждають на ожиріння.

Обстежено 66 вагітних жінок, які були розподілені на дві групи: основну групу склали жінки з ожирінням різного ступеня; контрольну групу – 23 практично здорових вагітних без надлишкової маси тіла. Концентрацію кортизолу, естрадіолу, прогестерону та інсуліну в сироватці крові визначали стандартизованим радіоімунним методом.

Показано, що концентрація кортизолу в крові вагітних з ожирінням достовірно не відрізнялась від середнього показника у жінок з нормальною масою тіла (I ступінь ожиріння – $669,0 \pm 41,6$ нмоль/л; II ступінь ожиріння $664,2 \pm 53,7$ нмоль/л; нормальна маса тіла – $773,7 \pm 42,3$ нмоль/л).

Одержані результати співпадають з дослідженнями інших авторів, згідно яким добова динаміка концентрації кортизолу у жінок з ожирінням і здорових донорів суттєво не відрізнялась.

Рівень статевих гормонів естрадіолу та прогестерону у сироватці крові вагітних обох груп також достовірно не змінювався.

Отже, у вагітних з ожирінням зберігається фізіологічний баланс глюкокортикоїдів, що пояснюють активною участю адипоцитів у перетворенні кортизолу в неактивний кортизон.

Співвідношення досліджуваних стероїдних гормонів з концентрацією інсуліну у обстежених вагітних свідчить про переважання дії інсуліну над контрінсулярними гормонами. При цьому вміст глюкози натщесерце у жінок основної та контрольної груп знаходився в межах норми, хоча концентрація інсуліну в сироватці вагітних жінок з ожирінням I ступеню перевищувала в 1,6 рази, а у жінок з ожирінням II ступеню – в 2,8 рази рівень контрольної групи жінок ($13,9 \pm 2,02$ мкОД). Зміни співвідношення головного регулятора глікемії – інсуліну та його антагоністів, зокрема кортизолу, відображають зниження чутливості тканин-мішеней до метаболічної дії інсуліну.

Таким чином, у вагітних жінок із збільшенням ступеня ожиріння зростає вираженість інсулінорезистентності.

ПАТОГЕНЕЗ СТРЕСОРНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА

Тарасенко Л.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Доведено, що біля 80% всіх захворювань так чи інакше пов'язані зі стресом.

Обґрунтована патогенетична роль емоційного стресу у розвитку поширених захворювань травного каналу – пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки.

На підставі узагальнення результатів багаторічних експериментальних досліджень проблеми «стрес і виразки шлунка» зроблені наступні висновки:

1. В структурі інтегральних реакцій організму на стресорні подразники ушкодження слизової оболонки шлунка (СОШ) проявляються в ініціальну фазу стрес-синдрому. Провідну роль у механізмі розвитку стресорних виразок і ерозій СОШ відіграють гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система та симпатно-адреналова система, про що свідчить підвищення глюкокортикоїдної функції надниркових залоз та стреспротекторний вплив на СОШ β -адреноблокатора індерала.

2. Порушення кровообігу внаслідок ішемії СОШ є ініціальним фактором ульцерогенезу, що доведено шляхом морфометричного аналізу стану гемоциркуляції у всіх шарах стінки шлунка.

3. Емоційний стрес активує процеси вільнорадикального окиснення (ВРО) в СОШ, що обумовлює виникнення ендотеліальної дисфункції та порушення тону судин внаслідок підвищеної продукції біорегуляторів з вазоконстрикторною дією.

4. Емоційний стрес послаблює захисну функцію слизового бар'єра шляхом деградації компонентів слизового гелю – протеогліканів та глікопротеїнів.

5. Суттєву роль у реалізації стресорних виразок шлунка відіграють індивідуальні особливості реакції організму на стресогенні чинники. За типом реагування стресостійкі тварини проявляють значно менший ступінь ушкодження СОШ порівняно зі стресонестійкими. Патолофізіологічною основою цих відмінностей реагування є ступінь вираженості розладів гемоциркуляції, процесів ВРО та порушення структури захисного гелю шлунка.

6. Шляхи корекції основних ланцюгів стресорних ушкоджень шлунка включають блокаду адренергічних впливів, інгібування вільнорадикальних процесів та усунення розладів гемоциркуляції вазоактивними засобами.

ЗМІНА СТРУКТУРИ НЕКОЛАГЕНОВИХ БІЛКІВ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ, НЕДОСТАТНОСТІ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ТА ЇХ СПОЛУЧЕНОГО ВПЛИВУ

Тарасенко Л.М., Білець М.В.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

В процесі ремоделювання кісткової тканини (КТ) активну участь беруть неколагенові білки – протеоглікани та глікопротеїни, частка яких складає всього 5-10% від загального вмісту білків КТ, але вони досить важливі для утворення мінерального компоненту КТ. Зміни в структурі не колагенових білків призводять до активації резорбції КТ. Жіночі статеві гормони відіграють одну з провідних ролей в регуляції метаболізму КТ. Дефіцит статевих гормонів на початковій стадії менопаузи або оваріоектомії супроводжується зниженням кісткової щільності приблизно на 15% і призводить до розвитку остеопорозу. На сьогодні значний теоретичний і практичний інтерес представляє вивчення реакції тканин пародонта на сполучену дію емоційного стресу (ЕС) та недостатності гонад (НГ), що необхідно для розуміння механізмів розвитку метаболічних змін в КТ при дисфункції гонад.

Метою даної роботи є з'ясування змін в структурі протеогліканів та глікопротеїнів кісткової тканини пародонта за умов емоційного стресу, недостатності жіночих статевих гормонів та їх сполученого впливу. Експерименти виконані на 115 статевозрілих щурах-самках Вістар. Природну модель емоційного стресу відтворювали за методом Є.А. Юматова, оваріоектомію проводили під ефірним наркозом за 20 діб до відтворення стресу за методом Я.Д. Кіршенבלата. Корекцію метаболічних змін в КТ проводили напередодні моделювання емоційного стресу застосуванням замісної терапії НГ шляхом введення per os препарату “Фемостон” (Solvay Pharmaceuticals, Нідерланди). Для оцінки стану неколагенових білків КТ пародонта використовували такі показники: вміст гексуронової кислоти, фукози, N-ацетилнейрамінової кислоти (NANA), для оцінки мінеральної фази КТ визначали в ній концентрацію кальцію, фосфору та їх співвідношення. Матеріали обробляли статистично. Нами встановлено, що поєднаний вплив ЕС та недостатності гонад (НГ), на відміну від їх парціальної дії, підсилює метаболічні зміни в КТ нижньої щелепи та її резорбцію, про що свідчить максимальне підвищення вмісту вуглеводних похідних неколагенових білків (гексуронової кислоти, фукози та, NANA), зміна співвідношення кальцію та фосфору, а також ступеню резорбції КТ нижньої щелепи. Поєднана дія ЕС та НГ призводить до більш виражених метаболічних змін в КТ нижньої щелепи самок, наслідком чого є випадіння молярів у 45% піддослідних тварин. Отже дані дослідження обґрунтовують доцільність використання жіночих статевих гормонів для корекції структурних змін міжклітинного матриксу кісткової тканини нижньої щелепи за умов емоційного стресу та недостатності гонад.

ДЕРМАТОГЕННІ ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Ткаченко П.І., Іщайкін К.Є., Білоконь С.О.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Піодермія у новонароджених та дітей грудного віку може протікати як самостійне захворювання, так і мати різноманітні ускладнення у вигляді гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) і шиї. Наявність критичних періодів розвитку імунної системи та вікові анатомічні особливості будови м'яких тканин ЩЛД у дітей інколи можуть обумовлювати вкрай важкий перебіг дерматогенних запальних процесів.

В клініці кафедри дитячої хірургічної стоматології протягом 5 років проведено клінічні спостереження, комплексне обстеження та лікування 48 хворих з гострими гнійними запальними процесами ЩЛД, що виникли на тлі піодермії. Це склало 1% випадків від загальної кількості дітей з гнійною хірургічною патологією і 2,5% від числа хворих із залученням до запального процесу тільки м'яких тканин.

За результатами наших спостережень, найчастіше піодермія виникала у весняний і літній періоди – 36 (69%) випадків, а на зимовий та осінній проміжки часу припадало 12 спостережень (31%). Всі хворі поступали до спеціалізованого відділення протягом 5-8 діб від початкових проявів гнійничкового ураження шкіри.

Із 48 хворих у 32 (67%) перебіг піодермії ускладнився гострим гнійним лімфаденітом, у 12 (25%) аденофлегмоною і в 4 (8%) випадків – розповсюдженою флегмоною підшкірної жирової клітковини.

На нашу думку, поряд із загальним зниженням кількості соматично здорових дітей є і низка соціально-економічних факторів, що призводять до виникнення такої ситуації. Багато залежить від батьків, рівня їх культури, адже профілактика повинна бути спрямована, в першу чергу, на повноцінне та збалансоване харчування і кропіткий догляд за дитиною, запобігання забруднення шкіри.

Велика роль у попередженні виникнення дерматогенних запальних процесів ЩЛД відводиться також і медичним працівникам, достатньому рівню організації санітарно-просвітницької роботи.

Загалом, дерматогенні запальні процеси ЩЛД є досить актуальною проблемою дитячої хірургічної стоматології, потребують індивідуального підходу у діагностиці та лікуванні хворих (спільно із дерматологами), а низка невирішених питань, пов'язаних із етіопатогенезом і профілактикою даної патології, потребує поглиблених наукових досліджень.

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ВЕДУЩЕЙ КОНЕЧНОСТЬЮ, ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТА И СТИЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ УМСА

Ткаченко Е.В., Ищейкин К.Е., Прилуцкий А.К., Белоконов С.А., Фазели Ниаки М., Махмуди А.,

Шадфар А., Ардалан Х., Сартипи Х., Мардани Катаки Ф., Шафгат Парванэ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Изучение индивидуальности личности необходимо для того, чтобы познать себя, людей и сделать свою жизнь более приятной, научившись управлять собой и другими людьми. С этой целью учёные делают людей на группы или типы, члены которых обладают какими-то сходными особенностями. За многие годы создано множество типологий и до сих пор продолжают создаваться новые. Очень важно принять во внимание следующее: все типы личности одинаково ценны; у всех есть свои сильные и слабые стороны; тип личности не бывает ни лучше, ни хуже; он не делит людей на умных и глупых, больных и здоровых; тип личности не определяет умственные способности, не сулит успехов и не указывает на то, кто лучше, а кто хуже приспособлен к жизни, а он показывает пути достижения личностью тех или иных результатов, давая представления про индивидуальные когнитивные стили; теория типологий лишь помогает лучше понять, какие мотивы лежат в основе поведения человека, определяя так называемые стили поведения. Кроме того, та или иная типология определяет склонность к возникновению тех или иных патологических процессов, что имеет прикладной характер. К подобным типологиям относятся, в частности: типы темперамента, акцентуации характера, деление по индивидуальным профилям межполушарной асимметрии, типам конституции, экстра-интроверсии, локусам контроля (экстернальный, интернальный), рефлексивности-импульсивности и т.д.

Объектом исследования были 63 иранских студента УМСА, парни (50) и девушки (13), 19-27 лет.

Методы: 1) классические пробы оценивания профиля межполушарной асимметрии (по А. Лурии); 2) опросник Айзенка для оценивания типа темперамента; 3) анкетирование.

Результаты. В популяции левшей преобладали меланхолики, правшей – сангвиники, а среди амбидекстров – также меланхолики при полном отсутствии сангвиников и флегматиков. И при разделении популяции левшей на подгруппы мы получили преобладание меланхоликов среди них. Среди истинных, скрытых и ложных левшей, а также амбидекстров преобладали интроверты, среди правшей – экстраверты. Среди левшей и амбидекстров преобладала тактика избегания, в то время как среди правшей – принятие. Таким образом, левши и амбидекстры имели в основном экстернальный локус контроля, в то время как правши – интернальный. Левши были импульсивны, правши рефлексивны в большей степени, в то время как амбидекстры проявляли в равной степени оба типа реакций в зависимости от ситуации.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УМОВАХ ЕКОЛОГІЧНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧЧЯ

Траверсе Г.М., Похилько В.І., Цвіренко С.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У другій половині ХХ століття з'явилися нові хвороби, змінилася структура патології, а також характер клінічного перебігу відомих захворювань, що обумовлено зростаючим впливом умов навколишнього середовища. Діти є найбільш вразливою частиною населення в умовах екологічного забруднення. Здоров'я організму, що росте, – це об'єктивний індикатор стану середовища, в якому розвивається дитина. В Україні приріст населення протягом останніх років має від'ємний напір. Так народжуваність в 2003 р. становила 7,8 ‰, в 2009 р. – 11 ‰, смертність відповідно 15,3 ‰ і 18,4 ‰. Вирішальне значення за таких умов набуває збереження здоров'я підростаючого

покоління. Але показники захворюваності дітей за даними МОЗ України вказують на неухильне зростання поширеності патології і захворюваності дітей шкільного віку. Так у 2003 році поширеність становила 1694 на 10 000 дитячого населення, в 2009 році – 1885,79 відповідно. Показники захворюваності – 1175,46 проти 1333,62 відповідно. У віковій групі дітей підліткового віку реєструється найвища захворюваність та починає формуватися хронічна патологія. Про це свідчить зростання за останні 5 років статистичних показників захворюваності на 8,5%. Інформаційні переважанні, сучасні тенденції «швидкої їжі», поширення шкідливих звичок, гіподинамія, що спостерігаються у дитячому середовищі разом з іншими негативними факторами, призводять до формування патології.

Особливе занепокоєння викликає зростання серед підлітків хронічних захворювань. Поширеність всіх хвороб серед дітей цієї вікової категорії за останні 5 років зросла на 15%. Домінуючі позиції в структурі патології займає патологія органів дихання, складаючи 55-60% щорічно. Стабільно високою є частота пневмоній у дітей. Це свідчить про негативний вплив забруднення повітря в приміщеннях і назовні хімічними речовинами, що послаблюють опірність організму дитини в цілому і як органів-мішеней – органів дихання.

Рівень захворюваності значно більший у міських дітей (у 2009 р. - 1501,9 на 1000, 2003 р. - 1343,8), ніж у сільських – 1037,34 (2003 р. - 875,5). Можна відмітити, що нижчий показник захворюваності сільських дітей не відображає дійсного стану їх здоров'я. Це свідчить про недостатню соціальну свідомість батьків у ставленні до здоров'я дітей, обмежений доступ до медичної допомоги.

Таким чином, негативна динаміка захворюваності підлітків свідчить про необхідність ретельного вивчення проблеми на рівні закладів охорони здоров'я, освіти, громадських організацій з урахуванням екологічної спрямованості і формуванням дієвих профілактичних заходів.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПОКАЗНИКІВ КРАЙОВОГО ПРИЛЯГАННЯ РЕСТАВРАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ ДО ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Удод О.А., Землянов С.О.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

Довговічність композитних реставрацій залежить від низки чинників, у тому числі від якості прилягання матеріалу до твердих тканин зубу. Певною перешкодою для забезпечення високої його якості є щільна консистенція більшості сучасних композитних матеріалів світлового твердіння, що, насамперед, стосується нанопоповнених та гіомерних матеріалів. Досягти зниження їх в'язкості задля кращої адаптації до стінок порожнини можна за допомогою підвищення робочої температури до 54°C (Daronch M. et al., 2006). Це досить ефективний метод, проте він потребує додаткового апаратного забезпечення (пристрій для підігріву композитів) та збільшує тривалість відновлення. Одним з шляхів вирішення цієї проблеми може бути застосування ультразвуку.

В наданій роботі досліджували можливість використання ультразвукових скалерів для оптимізації крайового прилягання реставраційних композитних матеріалів світлового твердіння до твердих тканин зубів.

Об'єктом дослідження були 90 видалених зубів у пацієнтів віком від 15 до 22 років, у яких було сформовано стандартні порожнини I класу за Black. Зразки було розділено на 3 групи. У всіх групах відновлення проводили за стандартною методикою гіомерним матеріалом світлового твердіння Beautifull 2, Shofu, основний відтінок A₃, але в II групі капсули з матеріалом попередньо підігрівали до 54°C, а в III групі конденсацію першого шару композиту виконували не стандартним штопфером, а ультразвуковим скалером UDS-P, Woodpecker, за допомогою насадки SP, EMS. Після завершення реставрацій виконували повздовжні розпили зубів для оцінки крайового прилягання матеріалу за чотирибальною системою за умови 20-кратного збільшення.

Показники крайового прилягання матеріалу у зразках I групи коливались в межах від 2 до 4 балів (середнє значення – 3,27±0,41 бала), що відповідає найбільшій глибині проникнення барвника. У разі використання підігріву матеріалу (II група) або ультразвукової конденсації композиту (III група) показники порушення крайового прилягання були майже у 3 рази нижчими (середні значення – 1,10±0,31 та 1,13±0,45 бала, відповідно), тобто порушення крайового прилягання були мінімальними.

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що показники крайового прилягання гіомерного композитного матеріалу світлового твердіння Beautifull 2, Shofu, за умов його попереднього зовнішнього нагріву або ультразвукової конденсації є вищими за такі, що отримані в стандартних умовах.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КИСЛОУСТОЙЧИВОСТИ И ГЛУБИНЫ КИСЛОТНОГО МИКРОДЕФЕКТА ЭМАЛИ

Удод А.А., Сироткина Е.В., Яковлева Н.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Одним из путей повышения эффективности профилактики кариеса зубов у детей является разработка методов прогнозирования этого заболевания в зависимости от индивидуальной предрасположенности к нему. Наиболее высоко прогностичен в этом отношении, как известно, показатель структурно-функциональной кислотоустойчивости эмали.

Целью исследования явилось выявление взаимосвязи между структурно-функциональной кислотоустойчивостью эмали и глубиной кислотного микродефекта эмали постоянных зубов у детей.

Проведено стоматологическое обследование 55 детей в возрасте 12 лет. При первичном осмотре определяли индекс интенсивности поражения зубов кариесом, структурно-функциональную кислотоустойчивость эмали по показателю теста эмалевой резистентности (ТЭР) и глубину кислотного микродефекта эмали в клинических условиях с применением цифровых технологий. Все дети были разделены на 4 группы в зависимости от уровня показателей ТЭР (В.Р. Окушко, Л.И. Косарева, 1983). В ходе проведения этого теста выполняли цифровой фотоснимок участка эмали после кислотного воздействия, который обрабатывали в оригинальном программном продукте. При повторном осмотре через год в каждой группе определяли индивидуальный прирост интенсивности кариеса.

В результате исследования установлено, что глубина микродефекта эмали в области экватора после дозированного кислотного воздействия у детей 1-й группы колеблется от 0,038 до 0,047 мк (средний показатель $0,047 \pm 0,002$ мк), у детей 2-й группы этот показатель был в пределах от 0,050 до 0,060 мк ($0,055 \pm 0,001$ мк), 3-й и 4-й группы – от 0,050 до 0,066 мк ($0,060 \pm 0,001$ мк) и от 0,052 до 0,068 мк ($0,047 \pm 0,002$ мк), соответственно. Установлено также, что у детей 1-й группы показатель прироста интенсивности кариеса составил 0, 2-й группы – $1,89 \pm 0,29$, тогда, как у детей 3-й и 4-й группы, – $2,14 \pm 0,33$ и $3,75 \pm 1,75$, соответственно. Выявлена высокая корреляционная связь между показателями глубины микродефекта эмали после кислотного воздействия и показателями ТЭР ($r=0,79$), а также между показателями глубины микродефекта эмали и приростом кариеса ($r = 0,64$).

Таким образом, предложенный компьютерный метод позволяет определить глубину кислотного микродефекта эмали в клинических условиях и объективно оценить структурно-функциональную кислотоустойчивость.

ВЛИЯНИЕ ВЕДУЩЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ГЕНДЕРА НА ПРИКУС ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ УМСА

Фазели Ниаки М., Ищейкин К.Е., Ткаченко Е.В., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Махмуди А., Плиштинев М., Шадфар А., Сартини Х., Фахер А., Хассанзаде Н.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», Полтава

Челюстно-лицевые аномалии представляют собой реальный фактор риска для развития заболеваний пародонтальных тканей и твёрдых тканей зубов. Значительное количество нарушений прикуса сопровождается асимметрией органов челюстно-лицевой области. Популяционно-генетические исследования свидетельствуют о том, что нормальный прикус встречается в среднем не более, чем у 30-40% населения. У мужчин-персов выше распространённость абсцессов и гиперцементоза эмали, у женщин-персиянок – потери зубов до рождения, кариеса, недоразвития пульпы зубов, что свидетельствует о сочетанном влиянии этнической принадлежности и пола на особенности распространения патологических процессов в челюстно-лицевой области. Цель работы – изучить зависимость типа прикуса иранских студентов от ведущей конечности и пола. Задачи исследования: оценить распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от ведущей конечности; оценить распределение физиологических и патологических типов прикуса у иранских студентов УМСА; оценить распределение физиологических и патологических типов прикуса у студентов УМСА в зависимости от пола. Ортопедические методы оценки типа прикуса проводились по классификации типов прикуса по Л.П.Григорьевой. Объект исследования – 25 иранских студентов УМСА, 19-26 лет, парни и девушки. Истинная леворукость проявляется себя у левши, если среди его ближайших родственников есть левши. Ложная леворукость проявляется в тех случаях, когда у индивида-правши была травма левого полушария или правой руки и он вынужден работать левой рукой. Скрытая леворукость проявляется в тех случаях, когда у индивида-левши поражено правое полушарие, управляющее функцией левой руки, или сама левая рука, и левша вынужден пользоваться правой рукой.

Основные результаты. У истинных правшей отмечался только ортогнатический и прогнатический прикусы. У истинных левшей преобладал ортогнатический прикус. Скрытые левши не имели физиологических типов прикуса, а имели практически в одинаковом соотношении бипрогнатический и глубокий прикусы. Ложные левши имели ортогнатический, прогнатический и бипрогнатический прикусы. Амбидекстры не имели физиологических типов прикуса, а имели практически равное распределение опистогнатического и перекрёстного прикуса. У иранских студентов преобладал ортогнатический прикус. У парней преобладал глубокий и ортогнатический прикус, а отсутствовал прогнатический. У девушек незначительно преобладал бипрогнатический прикус при отсутствии ортогнатического и глубокого.

ТИП ОККЛЮЗИИ ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА

Фазели Ниаки М., Ищейкин К.Е., Фахер А., Хассанзадэ Н., Прилуцкий А.К., Белоконь С.А., Сартипи Х., Ткаченко Е.В., Махмуди А., Плиштинев М., Шадфар А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Этнофизиология постепенно начинает занимать умы учёных, хотя и довольно медленными темпами. Больше работ посвящено изучению физиологических и патологических черт у студентов из Малайзии по сравнению с таковыми у студентов-украинцев, в частности, по сравнению факторов риска развития коронарной патологии, распространения ВИЧ-инфекции, показателей суицида, отравлений и травм, температурной адаптации студентов-малайцев в Украине. Нам встретилась одна работа о склонности к алкоголю и наркотическим веществам среди подростков Сербии и работа по изучению латеральных параметров зубных дуг у жителей Египта. Различия, связанные с расовой принадлежностью, касаются, главным образом, характеристик раннего физического развития. Монголоидные дети первого года жизни медленнее по ряду моторных показателей, менее возбудимы и голосисты. Хотя изучение психических особенностей представителей различных рас продемонстрировало, что различия между группами сравнения меньше, чем различия между индивидами в одной группе, объединённой по расовому признаку. Различные культуры имеют различные представления об интеллекте.

В литературе в большей мере освещены особенности протекания патологических процессов, а не физиологические особенности у представителей того или иного этноса либо вообще в отдельных частях одной и той же страны, области, города и т.д., что увеличивает актуальность данной работы. Также более значительная часть литературы касается антропологии, анатомии и топографической анатомии, реже данные по биохимии, микробиологии.

Данные относительно морфо-функциональных особенностей жителей Ирана (в частности, студентов) в условиях нормы и патологии практически отсутствуют в литературе.

Мы оценивали тип темперамента 60 студентов из Ирана первого-пятого курсов стоматологического и медицинского факультетов с использованием универсального опросника Айзенка. Тип окклюзии определялся с применением восковых пластинок и гипсовых блоков после предварительного определения типа темперамента. Нами были получены следующие результаты. Среди физиологических прикусов у студентов из Ирана наблюдался ортогнатический прикус и ортогения, среди патологических – прогнатический и прогения. У холериков, коих было 60% (36 человек) преобладал ортогнатический прикус при отсутствии прогении, у сангвиников (40%, 24 студента) преобладала ортогения при наличии прогнатии и прогении. Флегматиков и меланхоликов в изучаемой группе не было.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНДУКТОРІВ ІНТЕРФЕРОНУ ДЛЯ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГЕРПЕТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Хміль О.В., Колот Е.Г., Андріянова О.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Для хронічних вірусних інфекцій, таких як герпес, а також інфекційних захворювань невірусної природи характерним є значне придушення інтерфероногенезу. Найбільше пригнічується продукція інтерферонів (ІФН) у хворих з важким перебігом хронічних хвороб. Синтез індукваного ІФН збалансовується і підпорядковується контрольно-регуляторним механізмам (репресор-трансляція), що забезпечує захист організму від перенасичення ІФН. Індуктори інтерферону (І_нІФН) за сучасними уявленнями, є групою речовин природного або синтетичного походження, що здатні індукувати в організмі людини продукцію ендогенного інтерферону. Окрім протівірусної (етіотропної) дії І_нІФН, як і самі ІФН, мають високу імуномодулюючу активність, у зв'язку з чим їх відносять до біфункціональних препаратів. Одноразове введення в організм індуктора ІФН забезпечує відносно довгу циркуляцію ендогенного ІФН на терапевтичному рівні. При введенні індукторів ІФН виробляється ендогенний ІФН, що не має антигенності, не виникають негативні ефекти, властиві препаратам екзогенного ІФН.

Серед І_нІФН нового покоління особливої уваги заслуговує препарат циклоферон (ЦФ) (НТФФ "Полісан", Санкт-Петербург). Препарат індуктує синтез α-ІФН. ЦФ не кумулює в організмі, не має пірогенних, алергенних, мутагенних, тератогенних, ембріотоксичних, канцерогенних властивостей; не здатний до індукції аутоімунних процесів, добре поєднується з традиційними терапевтичними засобами лікування (антибіотиками, вітамінами, імунотропними препаратами тощо), не відомі його побічні дії. Перевагами застосування ЦФ є швидке проникнення в кров, низький рівень зв'язування з білками сироватки, висока біодоступність в органах, тканинах, біологічних рідинах організму; елімінується з організму через нирки (99% введеного препарату) в незмінному вигляді, протягом 24 годин, існування у різних формах (ампули з 12,5% розчином, пігулки по 0,2 г, 5% лінімент). До переваг також відносять можливість його використання не тільки у комплексній терапії з іншими лікувальними засобами, а ще й міс-

цево, безпосередньо на уражених ділянках СОПР та шірі. Використання лініменту циклоферона активувало місцеві фактори захисту, що значно скоротило строки лікування РГС у порівнянні зі звичайною противірусною терапією. Але найбільш важливим результатом лікування рецидивуючого герпетичного стоматиту є відсутність рецидивів інфекції упродовж 10-12 місяців і більше. Отримані результати, дають можливість активно застосовувати І₁ДФН як етіопатогенетичний засіб для профілактики і лікування захворювань СОПР у дітей.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРПЕС-ВІРУСНИХ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ.

Хоменко Л.О., Мозгова О.М.

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

Останнім часом спостерігається значне збільшення частоти рецидивних і зростання тяжких, атипичних форм герпетичної інфекції у дитячого населення, що обумовлені мікст-інфекцією. Проблема діагностики змішаних герпес вірусних уражень слизової оболонки порожнини рота тільки починає вивчатись. Тому актуальними є питання визначення етіологічної ролі вірусів герпесу у формуванні уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей.

Проведено клініко - лабораторне обстеження 117 дітей віком від 2 до 14 років з рецидивуючою герпетичною інфекцією порожнини рота різного ступеня тяжкості. Для діагностики використовували молекулярно-біологічний метод дослідження (ПЛР) (визначали кількість фрагментів ДНК HSV в ротовій рідині). ПЛР діагностику проводили за допомогою стандартного набору праймерів "АмпліСенс"- 200 HSV430 ("Біоком", Росія). Розведення контролів дозволяло реєструвати смугу преципітації при вмісті 1000 копій молекул ДНК в мл ротової рідини, що давало можливість розглядати результати тестування як "напівкількісні": низькі показники ДНК- вірусної активності від 1000 до 10000 вірусних часток в мл, середні - від 10000 до 100000 та високі - від 100000 та вище.

Нами встановлено, що рецидивуючий герпес порожнини рота у дітей може спричинятися асоціацією герпес - вірусів HSV, CMV, EBV, HHV-6, HHV-7, які визначають більш тяжкий клінічний перебіг захворювання. Особливостями клінічних проявів мікст герпес - вірусної інфекції порожнини рота за нашими спостереженнями є значна вираженість загальних симптомів захворювання: больового, інтоксикації, тривалого субфібрилітету (від 1 до 1,5 місяців), лімфаденіту (від 3 до 6 місяців); залучення до патологічного процесу кількох ділянок ротової порожнини та глотки: СОПР, мигдаликів, піднебінних дужок, зіву; наявність великих зливних ерозій та виразок, що епітелізуються з утворенням рубців; ураження шкіри обличчя, шиї та рук; частота рецидивів - більш ніж 5 разів на рік; тривалість рецидивів до 14 днів.

ВИВЧЕННЯ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Хоружа Р.Ю.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, м. Донецьк

Актуальність. З позицій сучасних дослідників вельми значуща роль резидентної мікрофлори в реалізації життєво важливих функцій організму в цілому і окремих органів і систем зокрема. Торкаючись характеристики мікробіологічного пейзажу порожнини рота, слід зазначити, що у вищеописаній ділянці виявляється величезна кількість мікроорганізмів, які створюють властиву тільки цьому топодему екосистему.

Мета роботи: вивчити мікробний пейзаж порожнини рота у практично здорових людей.

Матеріал і методи. Нами обстежено 87 практично здорових людей у віці 20-68 років, що проживають в різних районах міста Донецька. Рівень колонізації порожнини рота оцінювався на підставі складу мікрофлори, що населяє епітеліальний покрив, загальноприйнятими методами. При дослідженні мікрофлори враховували загальну мікробну чисельність, вивчали представників сімейств *Microsocassaeae* (стафілококи, мікрококи, стрептококи), дріжджових грибів роду *Candida*, лактобактерій, корінебактерій, анаеробів і ін. Мікрофлора порожнини рота у практично здорових осіб вивчалася в чотирьох біотопах: з епітеліального покриву слизової оболонки щоки, поверхні язика, ясен і в слині.

Результати дослідження і їх обговорення. Отримані дані свідчать про те, що видовий склад і кількість мікробних співтовариств вельми варіюють в різних біотопах порожнини рота у обстеженої категорії пацієнтів. Найменше «заселена» слизова оболонка щоки. Ми налічили всього чотири види мікроорганізмів у цієї ділянці: стафілококи, стрептококи, лактобактерії, кандиди. Найбільша видова різноманітність знайдена на поверхні ясен, яка досягає 10 видів, що, по суті, в 2,5 рази перевищує чисельність видів покриву щоки. У обстеженої групи пацієнтів грампозитивна коккова флора досягає майже 70%, а грамнегативна - близько 7%. Гриби роду *Candida* знайдені у 32 чоловік, що складає 36,78% спостережень. Також виявлена і внутрішньовидова варіабельність мікроорганізмів. Наприклад, група стрептококів представлена: *Str. salivarius* (100%), *Str. sanguis* (майже 81%), *Str. mitis* (18,9%), *Str. mutans* (близько 11,0%). Внутрішньовидова різноманітність характеризує і дріжджову флору порожнини рота. Досліджуючи різні біотопи порожнини рота, встановлено, що частота вказаних видів стрептококів значно варіювала. Частина мікроорганізмів виявляється у деяких біотопах, що підлягали дослідженню. Наприклад, зі слизової обо-

лонки щік практично не висювалися фузобактерії, бактероїди, нейссерії і ін. Найчисленнішими мешканцями порожнини рота виявилися стрептококи і лактобактерії, навіпаки, лептотрихії, мікрококи, ентеробактерії зустрічаються значно рідше.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЛОССОДИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ (по материалам консультативного приема)

Хоружая Р.Е., Татаренко Л.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк

Цель работы. Изучить распространенность глоссодинического синдрома у жителей Донецка и области по данным работы консультативного кабинета кафедры терапевтической стоматологии.

Материалы и методы исследования. С 1.04.04 по 31.04.011 было принято 2157 пациентов с сомнительными или ошибочными диагнозами. На каждого обследуемого заполнялась стандартная амбулаторная карточка стоматологического больного, вносились данные в кафедральный журнал консультативного приема больных. В разделе клинических данных фиксировалось общее состояние здоровья, подробно характеризовались перенесенные заболевания, болезни внутренних органов, status locus morbi и пр.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст пациентов, обратившихся за медицинской помощью к сотрудникам кафедры терапевтической стоматологии, варьировал от 14 до 81 года. В среднем достоверных отличий по полу не выявлено. У незначительной части больных первоначальные диагнозы подтверждались более квалифицированными специалистами (27,10%). У преобладающего числа нуждающихся диагнозы не соответствовали status morbi (52,20%); вообще не был указан диагноз в 20,7% случаев, что, безусловно, потребовало углубленного обследования, консультаций смежных специалистов, коррекции первоначальных схем лечения или замены лекарственных препаратов.

Первое место по неузнанности принадлежало глоссодиническому синдрому (23,40%). Речь идет о 504 пациентах, которым именно консультанты кафедры терапевтической стоматологии впервые диагностировали глоссодинический синдром. Чаще глоссодинический синдром встречался в зрелом и старшем возрасте. Преимущественно обращались женщины (73,21%). Однако следует отметить, что в последние годы постепенно, но неуклонно растет количество мужчин (26,79%), страдающих этим недугом. У значительного числа лиц с глоссодиническим синдромом была выявлена соматическая патология. В данной, достаточно представительной группе больных с парестезиями, гастроэнтерологи обнаруживали заболевания желудочно-кишечного тракта (гастродуодениты, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатиты, холециститы, панкреатиты, энтероколиты и т.д.), терапевты нередко диагностировали гипертоническую болезнь, невропатологи – остеохондроз, эндокринологи фиксировали эндокринные дисфункции и пр. Причем инициаторами углубленного обследования являлись мы – консультанты-стоматологи. Исходя из заключений узких специалистов, результатов дополнительных исследований, клиники, складывалась цельная картина развившегося заболевания, соответственно которой разрабатывались индивидуальные схемы консервативной терапии данного синдрома, рекомендовались те или иные лекарственные препараты. При таком детальном обследовании, скоординированности действий различных специалистов-медиков, результаты не заставляли себя ждать – улучшение состояния больными отмечалось сразу (одна-две недели лечения возвращали веру пациентов и во врача, и в позитивный исход терапии), а ремиссия продолжалась дольше. Однако, были единичные случаи, когда положительного результата от назначаемых нами препаратов, проводимых мероприятий приходилось ожидать дольше.

ЗАСТОСУВАННЯ МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ МАЮТЬ НЕПЕРЕНОСИМІСТЬ МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕУСКЛАДНЕНОГО КАРІЄСУ.

Центіло Т.Д., Афанасенко К.Ю.

Інститут стоматології

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

На сьогоднішній день відмічається збільшення частоти ураження карієсом зубів у дорослих та дітей, збільшується кількість пацієнтів з обтяженим алергологічним статусом, з тяжкими формами серцево-судинних захворювань, яким неможливо здійснювати місцеве знеболення. Труднощі лікування карієсу зубів, без проведення знеболення, обумовлені інколи неможливістю препарування і створюють передумови до розвитку ускладнень карієсу.

Новий стандарт лікування - мінімальної інвазії, який зберігає якомога більше здорових тканин. З цією метою найбільш широко використовується нова повітряно-абразивна система Sandman Future.

Метою даного дослідження є оцінка самопочуття пацієнтів та тривалості процедури лікування середнього карієсу постійних зубів у пацієнтів з непереносимістю анестетиків .

Проведено клінічне обстеження та лікування 78 пацієнтів віком від 26 до 67 років, у яких в 92 зубах був діагностований хронічний середній карієс. Пацієнти розподілені на дві групи методом простої рандомізації. Першій групі проводилось традиційне препарування обертаючими інструментами, другій - повітряно-абразивною системою.

Проводили анкетування до та після лікувальної маніпуляції. Анкетування встановило, що більшість пацієнтів не задоволені традиційним лікуванням, яке їм проводилося раніше (89%). На пропозицію провести лікування без бормащини більшість пацієнтів відреагувала позитивно (75%), нейтрально - у 23%, і тільки 2% негативно. При безпосередній оцінці поведінки пацієнтів під час препарування найбільш спокійна поведінка відмічена при мінімально-інвазивному препаруванні: 55% - позитивна, 34% - нейтральна, 11% - негативна. При традиційному препаруванні у 11% пацієнтів поведінка була позитивна, у 12% - нейтральна, у 77% - негативна.

Середнє значення тривалості, затрачене на проведення традиційного препарування -10,8 сек, при мінімально - інвазивному препаруванні - 20,5 сек.

Психологічний комфорт є важливим критерієм при виборі методу препарування каріозної порожнини. Мінімізація неприємних відчуттів, позитивне відношення пацієнтів до лікування, відсутність необхідності у використанні місцевого знеболення, ретенційні властивості твердих тканин, швидкість та безболісність є важливим критерієм при виборі повітряно-абразивної системи.

РЕАКЦІЯ КЛІТИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ПАРОДОНТУ ПІСЛЯ ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ

Цветкова Н.В., Давиденко Г.М.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Встановлено, що у інтактному пародонті наявні фібробласти, гістіоцити, малодиференційовані (адвентиційні) клітини, остеобласти, остеокласти, остеоцити, цементоцити, цементобласти, тучні клітини, острівці Малассе.

При асептичному запаленні, викликаному введенням у підшкірну сполучну тканину целоїдинових трубочок, перш за все проходить розширення капілярів і запалення навколо стороннього тіла. Через деякий час починається еміграція зернистих і незернистих лейкоцитів; пізніше з'являється виражений лейкоцитарний вал. Еміграція лейкоцитів інтенсивно наростає, розміри лейкоцитарного валу досягають максимальних розмірів. Посилаючись на літературні джерела, показано, що під час ексудації разом із плазмою з кровеносних судин в тканину емігрують клітинні елементи крові: нейтрофіли (поліморфоядерні лейкоцити), еозинофіли, моноцити і лімфоцити. Виходу клітин із судин передують крайове стояння лейкоцитів. Місце прилипання лейкоцитів до ендотелію судин зазвичай є місцем початку еміграції лейкоцитів. Основна функція нейтрофілів – фагоцитоз. Крім того, відомо, що поліморфоядерні лейкоцити впливають на розвиток запалення із моменту їх появи у зоні ушкодження (вогнищі запалення). Виділяючи у тканину вазоактивні речовини (катіонні білки, протеази, лейкокініни), ці клітини сприяють розвитку запального набряку. При порушенні лейкоцитарної реакції порушується перебіг запального процесу у цілому. Тривалість лейкоцитарної фази (від початку запалення до початку загибелі нейтрофілів) і величина максимальної концентрації клітин у лейкоцитарному валові при стандартному ушкодженні постійні.

Під час другої фази запалення (макрофагічній) продовжується одночасно із зернистими лейкоцитами еміграція із судин і незернистих лейкоцитів (моноцити і лімфоцити): моноцити перетворюються у вільні макрофаги, які використовують фагоцитуючу і регулюючу запалення функцію.

Третя фаза запалення (фібробластична) проходить із наступним утворенням волокна. Виявляється реакція з боку фібробластів; деякі із них округлюються і поділяються мітотичним шляхом. Навколо стороннього тіла утворюється ясно виражена сполучнотканинна капсула.

МІКРОБІОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ РИЗИКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

Черета В.В., Петрушанко Т.О., Лобань Г.А.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Запальні захворювання пародонта широко розповсюджені серед населення і є провідною причиною втрати зубів у більшості дорослих. На думку багаточисельних дослідників пародонтит є поліетіологічним захворюванням, основою розвитку якого є мікробіологічні та імунологічні зміни у порожнині рота на фоні генетичної схильності. У розвитку запальних захворювань пародонта найважливішу роль має порушення складу біоплівки зубної бляшки, зміна пропорцій і патогенного потенціалу її бактерій. Ріст популяції грамнегативних анаеробних мікроорганізмів у поєднанні з частковим або повним витісненням коменсальних бактерій ясенної борозни запускає запальний процес у пародонті.

Нами запропонований спосіб оцінки ризику запальних захворювань пародонта на який отримано патент на копію модель UA 54041 МПК (2009) А61В 5/00. З цією метою у мазку з ясенної рідини, забарвленого за Грамом, проводять підрахунок грампозитивних та грамнегативних коків, паличкоподібних мікроорганізмів та звивистих форм у відсотках до загальної кількості підрахованих бактеріальних клітин. Визначають коефіцієнт сталості (КС)

за співвідношенням суми чисельності грампозитивних коків і грампозитивних паличкоподібних мікроорганізмів у відсотках до суми кількості грамнегативних паличкоподібних та грамнегативних звивистих мікроорганізмів у відсотках. Значення $КС=2-4$, свідчить про екологічну рівновагу між бактеріальними популяціями, переважання симбіотної стабілізуючої мікрофлори, ризик запальних захворювань пародонта відсутній. Значення $КС>4$ (зсув $КС$ вправо) свідчить про збільшення чисельності грампозитивних бактерій (пептострептококи, ентерококи, актиноміцети), що контактують з тканинами ясен. Ці мікроорганізми здебільшого входять у склад зубного нальоту і сприяють розвитку запальної відповіді характерної для гінгівіту, тобто підвищується ризик запальних захворювань пародонта. Значення $КС<2$ (зсув $КС$ вліво) вказує на збільшення кількості у ясенній рідині облігатних анаеробних грамнегативних паличок (бактероїдів, фузобактерій) та спірохет, що мають пародонтопатогенну дію і підвищують ризик розвитку пародонтиту. Таким чином, запропонований спосіб простий у виконанні, підвищує ефективність ранньої діагностики порушень мікробіоценозу порожнини рота, доступний для виконання у клінічних, навчальних і наукових лабораторіях, де є оптичні мікроскопи з імерсійною системою і можливе фарбування мікропрепаратів.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ (ТЕРМОПЛАСТОВ)

Чернявский С.А.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Санитарно-гигиенические требования к этим материалам особенно высоки, т. к. они контактируют с организмом человека. В медицине применяется огромное число полимерных материалов. К ним относятся: пластмассы, изготовленные на основе полимеризационных полимеров, пластмассы, изготовленные на основе поликонденсационных, пластмассы, изготовленные на основе модифицированных природных полимеров, пластмассы, изготовленные на основе природных и нефтяных асфальтов.

Испытания полимерных материалов на их соответствие санитарно-гигиеническим требованиям включают в себя:

- санитарно-химические исследования — идентификацию и определение концентрации веществ, мигрирующих из материала в контактирующие с ним среды;
- токсикологические исследования — выявление возможного токсического действия материала или содержащихся в нем химических агентов на организм.

Большое влияние на санитарно-гигиеническую характеристику полимера оказывают входящие в его состав ингредиенты. Аллергенными свойствами обладают выделяющиеся из полимерных материалов акрило-нитрил, ароматические амины (неозон Д), бензол, толуол, ксилолы, гексаметилендиамин, ацетон, резорцин, фталаты, кумарон, малеиновый ангидрид, пиридин. Ряд ингредиентов полимерных материалов, например: фталевый ангидрид, гидроперекиси, стирол влияет на функции половых желез (гонадотропное действие). Известны тератогенные и эмбриотоксические свойства бензола, фенола и его производных, формальдегида. К числу химических мутагенов относят этилен — и пропиленоксид, диметилформамид, фенол, формальдегид, эпихлоргидрин, этиленгликоль, гидроперекись изопропилбензола. Из химических веществ, входящих в состав полимерных материалов, канцерогенными свойствами обладают полициклические углеводороды (3,4-бензпирен), перекиси.

Необходимо отметить, что сегодня нормативы, лимитирующие содержание различных компонентов в вытяжках из полимерных материалов медицинского назначения, не разработаны. Поэтому мы считаем, что данная тема до конца не изучена и нуждается в дальнейшем исследовании.

ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ЯК ГІГІЄНІЧНА І СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

*Четверикова О.П.; Саргош О.Д.; Безпала З.В.****

Державний заклад «Полтавська обласна санітарно-епідеміологічна станція»*

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,**

Державний заклад «Полтавська міська санітарно-епідеміологічна станція»***

Проблема впливу навколишнього середовища на здоров'я людини належить до пріоритетних наукових напрямків. Сьогодні є очевидним, наскільки небезпечним є вплив «техногенного пресу» на довкілля та організм людини. У біосфері постійно збільшується кількість вуглекислоти і органічних речовин, виявляється негативний вплив іонізуючого випромінювання, шуму, продуктів сучасних біотехнологій. На дію шкідливих хімічних речовин в організмі людини спрацьовують механізми адаптації, але їх можливості не безмежні, що призводить до підвищення рівня захворюваності. Як свідчить низка дослідників, до 75% усіх захворювань прямо чи опосередковано зумовлені несприятливим впливом природних чинників, надмірним забрудненням довкілля і збідненням життєво важливих ресурсів. Організм дітей є найбільш чутливим до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Це пов'язано з фізіологічними особливостями дитячого організму: незрілістю ферментних систем, процесами мінералізації, недостатністю системного та місцевого імунітету, тощо. Несприятливі чинники довкілля, в тому числі надлишок рухомих фторидів у питній воді та продуктах місцевого вирощування (геохімічна провінція), провокують не лише зростання захворюваності, але і значно погіршують показники фізичного розвитку дітей,

сприяють формуванню важкої патології у ранньому віці, атиповому перебігу хвороб, а також появі нових нехарактерних симптомів. У зв'язку з цим пильну увагу дослідників привертає вплив навколишнього середовища на розповсюдженість та перебіг захворювань у дітей. З'ясовано, що загальна захворюваність дітей у забруднених регіонах у 1,5-5,3 рази вища, ніж у відносно чистих.

Гігієнічна оцінка якості життя і стану здоров'я дітей на сучасному етапі розвитку суспільства є дуже важливою та актуальною. Розвиток медичної науки ставить актуальними питання профілактики впливу чинників довкілля на організм дітей. Збільшення антропогенного навантаження на екологічний стан середовища існування, зміни структури та характеру харчування, питного водопостачання, дії соціальних та психологічних чинників – все це корінним чином впливає на якість життя дітей, створює додаткове навантаження на адаптивні системи та породжує нові проблеми профілактики несприятливого впливу на організм дитини наведених чинників. Тому ми вважаємо, що ці питання не знайшли відповідного висвітлення у дослідженнях і потребують досконалого вивчення, оскільки наші попередні дослідження в цьому напрямку показали, що такий взаємозв'язок існує і впливає на якість життя, працездатність, розвиток втоми та захворюваність цього контингенту.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТИТУ

Чечотіна С.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Перспективним та обґрунтованим у лікуванні запально-деструктивного процесу в пародонті є використання препаратів рослинного походження. Особливий інтерес представляють вищі рослини, які містять алкалоїди, ефірні масла, флавоноїди, органічні кислоти, дубильні речовини, мікроелементи, вітаміни (В.Н. Балин і соавт., 2003; І.В. Безрукова, І.Ю. Александровская, 2003). Уперше у вітчизняній літературі Марченко А.І. і співавт. (1989) систематизували відомості про місцеве застосування в стоматології лікарських засобів рослинного походження у вигляді настоїв, відварів, настойок, мазей. Рослинні лікувально-профілактичні препарати є більш біодоступними для людського організму, ніж будь-які синтетичні ліки. Вони мають незаперечні переваги за широтою, м'якістю, багатогранністю спектру впливу, можливістю їх тривалого застосування, рідкістю ускладнень, більшою надійністю активації саногенетичних властивостей організму людини (Є.С. Товстуха, 2002; І.С. Чекман та співавт., 2004). Як відомо, препарати з рослинної сировини виявляють свій лікувальний ефект завдяки коригуючому впливу комплексу біологічно активних речовин. Ці комплекси мають споріднені властивості з організмом людини, легко вступають у метаболічні процеси та нешкодують токсичні продукти розпаду. Разом з тим, майже не висвітлені дані, що експериментально обґрунтовують дію фітозасобів на основні патогенетичні ланки пародонтиту. Також мало вивчено питання щодо використання препаратів рослинного походження у лікарській формі мазі в клінічній пародонтології. До природних лікарських засобів належить мазь альтанова 2% вітчизняного виробництва. Субстанція альтану одержана з шишок вільхи сірої та клейкої і являє собою комплекс речовин поліфенольної природи із групи елаготанінів. У альтану встановлені виразні протизапальні, репаративні, антиоксидантні, мембраностабілізуювальні, антимікробні і противиразкові властивості (Л.В. Яковлева і співавт., 1993, 2003; А.Г. Сербин і співавт., 1998; Т.С. Сахарова, 2002). На кафедрі експериментальної та клінічної фармакології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» під керівництвом професора Тетяни Олексіївни Дев'яткіної експериментально встановлена лікувальна дія мазі альтанової 2% на тканини пародонта щурів із спонтанним і травматичним пародонтитом, про що свідчило швидке зникнення симптомів запалення в тканинах пародонта, обмеження активації колагенлізу і деградації сполучнотканинних структур, гальмування процесів пероксидації та активація антиоксидантного захисту, зменшення деструктивних змін і покращення репаративної регенерації ушкодженого пародонта. Одержані результати послугували основою проведення клінічних випробувань препарату для лікування пародонтиту.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ ДВУХМЕРНЫХ И ТРЕХМЕРНЫХ МЕТОДОВ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ

Чижевский И.В., Губанова О.И., Губанова Д.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.

Актуальность: Внедрение в стоматологию современных методов диагностики, основанных на трехмерном моделировании, расширяет возможности планирования и прогнозирования лечения сложных зубочелюстных аномалий, в частности, ретенции клыков.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку информативности двухмерных рентгенологических снимков и трехмерного исследования (конусно-лучевая компьютерная томография) для повышения эффективности диагностики и лечения ретенции.

Материалы и методы. Было обследовано 8 пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти. В качестве дополнительных рентгенологических методов использовались периапикальные снимки, выполненные по правилу Кларка, профильные телерентгенограммы (ТРГ), ортопантограммы (ОПТГ) и конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

Результаты исследования. Периапикальные снимки по Кларку позволяли выявить лингвальное или вестибулярное расположение ретенированного зуба. С помощью ОПТГ уточняли расположение клыков по вертикали, определяли угол наклона относительно срединной линии. На ТРГ устанавливали особенности топографии ретенированных клыков относительно других лицевых структур. Анализ трехмерной реконструкции изображения, сделанный с помощью КЛКТ, позволил выявить следующие особенности: наличие резорбции вестибулярной стенки альвеол зубов, находящихся впереди ретенированных (у 4-х пациентов); наличие резорбции корней резцов на разном уровне в месте непосредственного прилегания к ретенированному зубу (3); изгибы верхушек корней резцов, блокирующие выведение ретенированного клыка (2); анкилоз верхушки корня клыка (1) и клюшковиный изгиб его корня (1). Эти изменения не визуализировались двухмерными рентгенологическими методами. Кроме того, КЛКТ позволила определить ряд цифровых параметров, характеризующих положение ретенированного зуба, определить плотность и толщину окружающей зуб костной ткани, плотность и состояние корней.

Выводы. Установлено, что двухмерные рентгенологические методы недостаточно информативны по сравнению с конусно-лучевой компьютерной томографией, внедрение которой в повседневную практику врача-ортодонта позволит снизить количество осложнений и повысить эффективность диагностики и лечения ретенции зубов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ИММУНИТЕТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ 11-12 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЕ

Чижевский И.В., Колесникова А.Г., Якубенко Е.В.

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Актуальность темы: В связи с появлением новых возбудителей инфекций и приобретением уже известными возбудителями новых свойств, роль неспецифических факторов иммунитета становится более важной. В изученной нами литературе мы нашли единичные и противоречивые данные о его уровне у здоровых детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Целью нашего исследования было изучить иммунологические показатели гуморальных факторов иммунитета в ротовой жидкости здоровых детей 11-12 лет, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Материалы и методы: Во время профилактических осмотров детей в школах г. Донецка нами была выделена группа стоматологически здоровых детей без соматических заболеваний, острых воспалительных заболеваний, составившая 23 человека в возрасте 11 -12 лет. Стоматологический осмотр проводился в соответствии с рекомендациями ВОЗ. В полости рта отобранных детей отсутствовал кариес, его осложнения и заболевания пародонта. Забор ротовой жидкости проводился по методике Леонтьева В.К., Петровича (1977). Лизоцим определяли по методике Бухарина О.В., секреторный иммуноглобулин А - методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини, кортизол и цитокины - иммуноферментным методом.

Результаты и их обсуждение: Уровень лизоцима в среднем по группе составил $4,82 \pm 0,4$ мкг/мл (при норме $3,8 \pm 0,74$ мкг/мл), секреторного IgA - $1606 \pm 68,1$ мг/л (при норме 1000 мг/л и более), кортизола - $41 \pm 3,86$ нмоль/л (при норме 35 - 55 нмоль/л), интерлейкин-4 составил $26,43 \pm 0,9$, интерлейкин-6 - $12,35 \pm 5,2$, интерлейкин-1бета - $26,53$, опухоленекротический фактор альфа- $16,27 \pm 3,33$. Следует отметить, что норма цитокинов в ротовой жидкости исследователями этой проблемы не установлена. Норма лизоцима, S JgA, кортизола также имеет разные значения у разных авторов.

Выводы: определены иммунологические показатели гуморальных факторов иммунитета в ротовой жидкости здоровых детей 11-12 лет, проживающих в экологически неблагоприятном регионе. По нашему мнению, установленные изменения могут являться признаками скрытого иммунодепрессивного состояния, что требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕСТУ ГАЛЬМУВАННЯ МІГРАЦІЇ ЛЕЙКОЦИТІВ У ХВОРИХ, ЯКИМ ВИГОТОВЛЯЛИ МЕТАЛЕВІ КУКСОВІ ВКЛАДКИ

Чулак-Колотіліна Ю.Л.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Широке застосування металевих незнімних конструкцій і куксових вкладок незмінно збільшується в сучасній стоматології.

До сьогоднішнього часу в практиці лікаря-стоматолога ортопеда вибір металу для протезування ґрунтувався на його популярності, фізико-механічних властивостях і вартості. Однак, як показують дослідження, організм людини сприймає значний ряд чужорідних матеріалів досить індивідуально, часто викликаючи токсичні та алергічні місцеві реакції. Перевірити лабораторним шляхом індивідуальну нестерпність у клініці досить складно, ця процедура вимагає складного встаткування й дорогих реактивів.

Саме тому ми поставили перед собою ціль — застосувати методику гальмування реакції лейкоцитів для вивчення індивідуальної чутливості до металів куксових вкладок або незнімних покривних конструкцій.

Пацієнти були розподілені залежно від виду сплаву, з якого планувалося виготовляти куксові вкладки й металевий каркас опорної конструкції. Серед цих сплавів: Wirocer, Wiron 99, Design, Remanium, Wirobond, КХС, Целліт.

Так, аналізуючи отримані дані, можемо відзначити, що в першій пробі спостерігалось незначне зменшення кількості нейтрофілів до 96,8 % від вихідного рівня, але вже до четвертої проби чітко простежується негативна тенденція (збільшення нейтрофілів до рівня 115,6 % від початкових даних).

Виходячи з індивідуальних даних, мабуть при підборі матеріалу варто вибирати той матеріал, на який найменш реагує лейкоцитарна система організму: згідно отриманих результатів це Remanium, на другому місці по оптимальним якостям був Wiron.

У результаті проведених досліджень нами удосконалена методика реєстрації гальмування нейтрофілів дозволяє *in vitro* протягом декількох днів визначити індивідуальну чутливість до металів, використовуваним для протезування, що дозволить підвищити якість протезування куксовими конструкціями.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Чухрай Н.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Впродовж останніх років спостерігається зростання захворюваності на карієс зубів у дітей в Україні згідно даних сучасних досліджень науковців. Високі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів у дітей вимагають розв'язання багатьох питань, пов'язаних із запобіганням його розвитку. У сучасних умовах в період постійного реформування охорони здоров'я наявність даних про рівень та об'єм ураженості різних вікових груп дітей основними стоматологічними захворюваннями є однією із ланок організації регіональної та національної програми профілактики стоматологічного здоров'я дітей.

Нами було обстежено 1301 дитину 5-16-ти річного віку, які навчалися у шкільних закладах м. Львова. Аналіз результатів обстеження показав, що, в середньому, показник поширеності карієсу молочних зубів становить 71,19±1,55%. Проте, у віці 5-9 років цей показник знаходиться на рівні 81,82 - 90,43%, що відповідає високому рівню за критеріями ВООЗ. З 10-річного до 12-річного віку поширеність карієсу молочних зубів знижується із 70,37±4,39% до 19,61 ±3,93 %, що обумовлено фізіологічною зміною зубів.

Ми з'ясували, що у обстежених дітей відбувається досить інтенсивне ураження карієсом молочних зубів (кп=3,40±0,27 зуба та кпп=5,22±0,61 зуба). Встановлено, що з 5-ти до 6-ти років показник кп зростає з 4,96±0,34 зуба до 5,46±0,40 зуба, а з семи років спостерігається його поступове зниження до 3,32±0,25 зуба у 9-ти річних дітей, тобто з початком фізіологічної зміни зубів і до 12-ти років зменшується до 0,25±0,07 зуба.

Нами було встановлено, що розповсюдженість карієсу постійних зубів становить, в середньому, 64,87±1,32% . Із 6-ти до 7-ми років поширеність карієсу постійних зубів стрімко зростає із 17,35±3,82% до 41,75±4,86%. Виявлені ще два подібні підвищення даного показника: т з 8-ми до 9-ти років він зростає із 49,57±4,66% до 65,66±4,77% та з 11-ти до 12-ти років - із 77,89±4,26% до 88,24±3,19%. До 16-ти років ріст продовжується і досягає до 97,52±1,41%. Слід зазначити, що у дітей 9-16 років розповсюдженість карієсу постійних зубів відповідає високому рівню згідно даних ВООЗ. Результати отриманих даних показали, що, в середньому, інтенсивність карієсу постійних зубів складала 2,62±0,19 зуба . При чому із 6-ти до 7-ми років показник інтенсивності зростає майже у три рази (із 0,32±0,07 зуба до 0,93±0,13 зуба), і до 16-ти років досягає 5,71 ±0,31 зуба, що може визначати групу дітей 6-ти років ключовою для проведення профілактичних заходів щодо ураження твердих тканин зубів.

Детальне вивчення захворюваності карієсу зубів та чинників, що провокують карієсогенну ситуацію в окремо-му населеному пункті, є цінним для порівняння із епідеміологічною ситуацією в інших регіонах, створення банку даних та удосконалення стоматологічної допомоги дітям.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО НЕВРИТА НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА

Шаблій Д.Н., Морозова М.Н., Джерелей А.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И.Георгиевского», г. Симферополь

Травматический неврит является одним из наиболее частых заболеваний 3-й ветви тройничного нерва, частота которых составляет от 65% до 85% всех поражений нижнечелюстного нерва.

Ранние патоморфологические изменения в параневральных тканях и нерве, обусловленные незначительной силой действия повреждающего фактора (наиболее характерные для стоматологического приема), освещены недостаточно. Углубленное исследование этих изменений с использованием современных методик, позволит раскрыть мало изученные механизмы патогенеза и возможность их коррекции.

Известно, что в большинстве случаев неврит нижнечелюстного нерва может протекать в легкой форме, сопровождаясь нарушением чувствительности в зоне иннервации пораженных ветвей, которая в течение 2-5 суток исчезает без дополнительной терапевтической коррекции. Но возможна и тяжелая форма заболевания, сопровождающаяся, помимо потери чувствительности, постоянной болью различной интенсивности.

Разработанная в свое время тактика лечения неврита требует уточнений с учетом тяжести травматического воздействия.

Вышеизложенное требует дальнейшего изучения вопросов, связанных с механизмами развития травматического неврита нижнечелюстного нерва при различной степени тяжести повреждения, а также разработки патогенетически направленной терапии ранних стадий процесса.

Разработанная нами схема лечения, включающая использование глюкокортикостероидов и нестероидных противовоспалительных препаратов, была применена у 5 пациентов из 11 после экстракции 3-х моляров, которая осложнилась развитием травматического неврита.

В результате в основной группе больных мы добились быстрого стихания воспалительных явлений, купировали болевой синдром на 2-3 сутки лечения, тогда как в контрольной группе такие результаты были достигнуты только к 8 – 10 суткам лечения.

СТЕНОКАРДІЯ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ОБМІН, ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Шапошник О.А., Новак О.В., Кітура О.Є., Приходько Н.П.

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Відомо, що захисну передустановку серця до ішемії визначають як результат дії одного або більше короткочасних епізодів ішемії. Посередниками такої захисної передустановки міокарда на ішемію, реперфузію вважають рецепторно-гормональну активність ендотелію, впливу внутрішньоклітинних іонів кальцію і мембранних потенціалів мітохондрій, та гострозапальних білків, активацію протизапальних факторів, а саме інтерлейкіну 10 (IL-10) та прозапальних (С-реактивний білок).

Метою дослідження було вивчення впливу попередньої стенокардії на обмін прозапальних та протизапальних цитокінів, перебіг гострого інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Обстежено 47 хворих з них у 37 (79 %) діагностовано гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з підйомом сегмента ST та глибоким зубцем Q або комплексом QS та у 10 (21%) – гострий інфаркт міокарда без підйому сегменту ST та глибокого зубця Q або комплексу QS, 35 (74,5%) з них мали ускладнений перебіг, 12 (25,5%) неускладнений. Обстежені хворі в залежності від наявності в анамнезі стенокардії були поділені на дві групи, перша група без стенокардії в анамнезі (n=35), друга зі стенокардією в анамнезі (n=12). Діагноз ГІМ встановлювали відповідно до критеріїв Європейського товариства кардіологів (2007) на основі клінічних, електрокардіографічних і ензимологічних даних. Для визначення стану прозапальних процесів використовували твердофазний імуоферментний метод, за допомогою набору реагентів: ProCon IL-10 (С.-Петербург), hsCRP ELISA (США), для С-реактивного білка.

Результати. Як показали результати проведеного дослідження у обстежених, рівень IL-10 значно підвищився в першій групі (P=0,044) в порівнянні з другою групою. Визначено значне підвищення рівня лейкоцитів 1-ої та 3-ої доби ГІМ в першій групі (P=0,027) ніж в другій групі, проте загальним було підвищення (СРП).

Висновки. Попередня стенокардія виступає як захисна передустановка серця до ішемії, у хворих з неускладненим перебігом не-Q ГІМ. В інших випадках попередня стенокардія сприяла виникненню ускладненого ГІМ, тобто виступала як «фактор сенсibiliзації», підвищення чутливості до аутоімунного компоненту запалення.

ПРО НЕДОСКОНАЛІСТЬ РОЗПОДІЛУ НАВАНТАЖЕННЯ МІЖ ОКЛЮЗІЙНОЮ І РЕТЕНЦІЙНОЮ ЧАСТИНАМИ ЗУБА ПРИ МОДЕЛЮВАННІ КЛАМЕРІВ ДУГОВОГО ПРОТЕЗА.

Шарпило Г.А, Єрис Л.Б.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Останнім часом захворювання тканин пародонту, такі як пародонтит і пародонтоз, набули якнайбільшого поширення у різних країнах і охоплюють від 40 до 70% контингенту населення, віком понад 35 років і вище. (Н. Ф. Данилевський, А.П. Грохольський, 1982; Е.Б.Боровский та соавт., 1984; В.Н. Копейкин, 1993; С.Н.Захарова, 1995 та ін.).

В профілактиці і загальному комплексі лікування захворювань тканин пародонту важливе місце належить ортопедичній терапії (А.И.Бетельман, 1965, 1974; Г.П.Соснин, 1970; А.Н.Хоцяновский, 1970; М.Г.Бушан, 1980; В.Н.Копейкин, 1986 та ін.). Разом з тим нераціональне зубне протезування може спричинити до травматичної оклюзії і тим погіршити перебіг патологічних процесів у тканинах пародонту. Ось чому сьогодні питанням вибору типу кламера та його розташуванні на опорних зубах треба надавати великого значення.

Як відомо, вибір типу кламера знаходиться в прямій залежності від розташування межової лінії на зубі, яка в свою чергу залежить від кута нахилу моделі під час проведення паралелометрії. При наявності опорних зубів зі здоровим пародонтом лікар і технік керується перш за все зручністю накладання протеза в майбутньому, естетичними вимогами та якістю фіксації. А для опорних зубів зі ступенем рухомості важливо ще й щоб кламер не розхитував опорний зуб, а сприяв його стабілізації.

З фізики, зокрема статички, відомо, що розхитування тіла відбувається тоді, коли точка прикладання сили не співпадає з центром ваги (мас) тіла. В такому випадку утворюється важіль (по рос. - рычаг), який сприяє його розхитуванню. Обертання ж навколо осі можливо тоді, коли напрямок прикладеної сили не проходить через вісь тіла (Лансберг Г.С., 1972, Т.1). Фізичним тілом в даному випадку є природний зуб.

Перед проведенням паралелометрії слід визначити розташування на кожному опорному зубі центра мас. Особливість цього методу полягає у пошуку такого розташування межової лінії, щоб вона перетинала центр мас кожного опорного зуба. Це дає можливість змоделювати опорно-утримуючий кламер відповідно до закону рівноваги сил. Що в свою чергу сприятиме стабілізації рухомих зубів та їх тривалому функціонуванню.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ЦИВІЛЬНИЙ ЗАХИСТ»

Шевченко В. В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Робоча навчальна програма з цивільного захисту для вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації складена для спеціальностей 7.110101 "Лікувальна справа", 7.110104 "Педіатрія" напрямом підготовки 1101 "Медицина" у відповідності з освітньо-кваліфікаційними характеристиками і освітньо-професійними програмами підготовки фахівців, затвердженими наказом МОЗ України 18.06.02 №224, навчальним планом підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "Спеціаліст" кваліфікації "Лікар" у вищих навчальних закладах IV рівня акредитації у 2011 році.

Цивільний захист є складовою частиною загальнодержавних заходів захисту населення та території при надзвичайних ситуаціях природного, техногенного та соціально – політичного характеру, а також при проведенні рятувальних та невідкладних аварійних робіт у вогнищах ураження (радіаційного, хімічного та біологічного).

Цивільний захист як навчальна дисципліна базується на вивченні студентами медичної біології, нормальної та патологічної фізіології, безпеки життєдіяльності, загальної гігієни, інтегрується з цими дисциплінами та закладає основи вивчення студентами екстремальної та невідкладної медичної допомоги, військово – польової хірургії, військово – польової терапії, військової епідеміології.

Зважаючи на останні природні, техногенні та соціально-політичні надзвичайні ситуації, ми вважаємо, що введення дисципліни «цивільний захист» у навчальні плани вищих навчальних закладів України є доцільним та своєчасним.

Досвід викладання дисципліни «цивільний захист» протягом семестру свідчить про низький рівень базової підготовки студентів з предмету, тому ми пропонуємо збільшити кількість практичних годин та годин для самостійної роботи студентів.

Викликає подив відсутність дисципліни «цивільний захист» у навчальних планах підготовки студентів вищих навчальних закладів України стоматологічних факультетів, тому ми пропонуємо ввести дисципліну «цивільний захист» у систему підготовки студентів-стоматологів з метою реалізації державної політики, спрямованої на забезпечення безпеки та захисту населення і територій, матеріальних і культурних цінностей та доквітля від негативних наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного та соціально-політичного характеру у мирний час та в особливий період, а також подолання наслідків надзвичайних ситуацій.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У ДЕТЕЙ

Шевчук В.А., Назарян Р.С., *Одушкина Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

*КУОЗ Областная детская клиническая больница № 1, г. Харьков

Проблема лечения врожденных несращений верхней губы остается актуальной, несмотря на развитие новых и совершенствование имеющихся способов хирургического лечения данной патологии. Общепринятые принципы хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы направлены на восстановление анатомических и функциональных нарушений, а также эстетических норм.

Наибольшей анатомичностью и функциональностью, по сравнению с другими способами, по мнению И.А. Козина (1996), Б.М. Давыдова, Р.Д. Новоселова (1997), А.А. Тимофеева (2000), Л.В. Харькова (2005) являются методы хейлопластики по Millard D.R. Методы предусматривают эффективное снятие натяжения верхней трети губы и в области дна преддверия носа, формирование линейного эстетического послеоперационного рубца. К недостаткам относятся остаточная деформация кончика носа, уплощение завитка носа на стороне расщелины, тракция красной каймы в линию рубца верхней губы, что обусловлено эмпирическим расчетом размеров перемещаемых кожных лоскутов и неэффективностью первичной ринопластики.

Современный подход к хирургическому лечению врожденных несращений верхней губы, сторонниками которого являются О.И. Могиляк, Malek, Pavy B., Onizuka (2008), заключается в одномоментном математически просчитанном восстановлении размеров и пропорций верхней губы с устранением деформации хрящей носа путем коррекции порочного прикрепления мышц приротовой области и носа и формированием дна носового хода.

Метод базируется на классическом треугольно-лоскутном закрытии несращения, преобразованном в двойную Z-лоскутную пластику с одномоментным закрытием дефекта альвеолярного отростка лоскутом на ножке и синхронной реконструкцией дна носового хода, выравниванием столбика носа, правильной постановкой основы ноздри путем изменения формы латерального аларного хряща, приведением доменов хряща на один уровень для создания симметричного кончика носа.

Нами на базе отделения детской хирургической стоматологии ОДКБ № 1 у 27 детей с врожденными расщелинами верхней губы был внедрен и модифицирован данный хирургический метод при первичных и реконструктивных оперативных вмешательствах. В нашей модификации при реконструктивной хейлоринопластике одномоментно с реконструкцией верхней губы и носа осуществлялось восстановление апикального базиса верхней челюсти в области наибольшей ширины дефекта костно-пластическим материалом ГСК-Х-ГА-50 «Стимул-Осс».

В результате первичных хейлорино- и хейлориногнатопластик восстановлены правильные вертикальные, горизонтальные размеры и форма верхней губы, носовых ходов с симметричным стоянием кончика носа, произведено закрытие альвеолярного несращения. Сформировано «ложе» для будущей остеопластики на уровне апикального базиса верхней челюсти в местах наибольшей ширины дефектов.

При реконструктивных операциях достигнуто восстановление правильных пропорций верхней губы, размеров и форм носовых ходов и сформирована подлежащая костная основа дна носа с помощью костно-пластического материала «Стимул-Осс».

Выводы.

1. Данный качественно прогрессивный метод первичной хейлориногнатопластики позволяет достаточно удлинить нижний и верхний сегменты верхней губы с образованием хорошо выраженной дуги Купидона и проекции верхней губы. Предупреждает вертикальную контрактуру рубца, восстанавливает дно носа и непрерывность альвеолярной дуги верхней челюсти. Обеспечивает условия для последующего костно-пластического закрытия альвеолярного несращения.

2. Примененный метод хейлориногнатопластики является универсальным для первичных и реконструктивных операций по поводу врожденных несращений верхней губы.

3. В качестве материала для закрытия альвеолярного несращения верхней челюсти и формирования костной основы дна носа нами рекомендуется использовать костно-пластический материал ГСК-Х-ГА-50 «Стимул-Осс».

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ЛИЦ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Шеметов О.С.

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г.Полтава

Качество протезирования полными съемными протезами во многом определяется индивидуальными особенностями состояния протезного ложа. Характер процессов адаптации обусловлен степенью фиксации и стабилизации протезов.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение функционального состояния жевательного аппарата у лиц с полным отсутствием зубов до и после ортопедического лечения.

На этом основании нами, с помощью электромиографии- метода изучения нервно-рефлекторных механизмов регуляции акта жевания, установлена степень восстановления функции у пациентов с полной потерей зубов в разные сроки после ортопедического лечения.

Первые контрольные рабочие записи биоэлектрической активности выполнены в день наложения полных съемных протезов. Характеризуя приведенные электромиограммы важно подчеркнуть тот факт, что интактному жевательному аппарату присущи расчлененность структуры и высокоамплитудные колебания биотоков

Жевание без протезов отличается низкоамплитудной активностью и, практически, не разделяется на периоды активности и покоя.

В случаях жевания старыми протезами, пользование которыми не удовлетворяет пациентов, залпы активности не выглядят "сформированными" и отличаются выпадением потенциалов в середине отдельных залпов. Поэтому жалобы пациентов на неудовлетворенность старыми протезами вероятнее всего обоснованы.

В отличие от них новые протезы позволяют более рационально использовать мышечную энергию, процессы торможения выражены более четко. Таким образом, уже при качественном анализе электромиограмм удается обнаружить существенную разницу в записях с учетом характера исследуемых ситуаций.

Отсутствие жалоб на болевые ощущения при жевании даже достаточно твердой пищи, хорошая фиксация и стабилизация протезов, восстановление фонетики, позволяют говорить о становлении нового функционального уровня зубочелюстной системы, выработке устойчивого стереотипа жевания.

РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТКАНИН ПАРОДОНТУ.

Шинкаренко О.В., Силенко Ю.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Об'єктивна оцінка стану пародонту є визначальною у виборі ортопедичного лікування хворого з подальшим прогнозуванням терміну користування ортопедичними конструкціями.

Витривалість пародонту до навантаження строго індивідуальна. У онтогенезі вона збільшується послідовно, відповідно зростанню і розвитку елементів зубо-щелепного апарату. У фізіологічних умовах витривалість пародонту до навантаження наростає і після закінчення формування зубо-щелепного апарату. Стан резервних сил пародонту залежить від віку, характеру прикусу, стану оклюзійних контактів, перенесених загальних і місцевих захворювань. Крім того, функціональні структури пародонту є спадковими, тому потрібно враховувати вплив спадковості на здатність пародонту пристосовуватись до змін функціонального навантаження.

Практика показує, що опорний апарат зуба здатний протягом тривалого терміну витримувати подвійне навантаження. Половина складає його резерви, які мобілізуються при виникненні сильних, незвичайних подразників, внаслідок чого останні не викликають розвитку патологічних станів. Захворювання пародонту ведуть до зменшення його фізіологічних резервів, функціонального дисбалансу. Одним з найбільш значимих показників стану пародонту є стійкість зубів. З появою патологічної рухливості зубів резервні сили пародонту зменшуються. оцінка стану пародонту повинна проводитися з врахуванням міри атрофії лунки і патологічної рухливості зубів. При виникненні патологічного процесу в пародонті окремих зубів або групи використання їх резервних сил є основою ортопедичного лікування.

При ортопедичному лікуванні хворого з патологією пародонту необхідно враховувати витривалість пародонту, його резервні сили; правильно розподілити жувальне навантаження серед зубів, що збереглися; усунути з деяких зубів (групи зубів) зайве навантаження (травматичний вузол), що виникло в результаті втрати природних зубів; створити всьому зубному ряду втрачену функціональну єдність, з'єднати розрізнені ланки жувального апарату в єдину систему зубного ряду; створити умови відносного спокою пошкодженому пародонту і усунути основний симптом захворювання — рухливість зубів, що залишилися.

Отже, пародонт зубів має умовно обмежені можливості. Максимально вірна оцінка потужності пародонту, його резервних сил є ведучим чинником в успішності лікування .

РЕТРАКЦІЯ ЯСЕНЕВОГО КРАЮ

Шиян Є.Г., Шиян Ю.Є.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сучасному етапі в клініці ортопедичної стоматології перевага віддається естетико-косметичним видам протезування. Найбільш поширеними є штучні коронки з кераміки, пластмаси, металокераміки, метало композитів і т.п.

Виготовлення цих видів коронок має певні особливості та вимоги. Найбільше це стосується етапу препарування.

Препарування опорних зубів – один із основних етапів виготовлення зубних конструкцій. При препаруванні лікар повинен створити форму кукси зуба відповідно до певної незмінної конструкції.

Для створення повної відповідності між краєм коронки та маргінальним пародонтом зуби препарують із уступом різних форм: прямокутний, скошений, зворотньоскошений і у вигляді жолобка (ввігнутого та опуклого). Цей етап є завершальним і має свої особливості при проведенні відведення (ретракції) ясен.

При вивченні літературних джерел нами виявлена значна кількість методів ретракції ясеневого краю. Але, в той же час, ми не знайшли єдиної, певної системи цих способів, яка б відображала суть ретракцій та раціональне їх використання.

Цей факт дав нам можливість запропонувати класифікацію методів ретракції ясен:

I. Механічний або інструментальний

- за допомогою спеціальних інструментів;
- за допомогою допоміжних (гладилка, шпатель) інструментів.

II. Компресійний

- компресійно-лігатурний;
- компресійно-відбитковий;
- компресійно-повітряний;
- гідро-компресійний.

III. Компресійно-медикаментозний (комбінований, складний)

- за допомогою лігатури (ретракційної нитки, насиченої розчинами медикаментів);
- за допомогою ретракційних кілець (насичених розчинами медикаментів);
- за допомогою ретракційних гільз (насичених розчинами медикаментів).

ТЕЛЕСКОПІЧНА СИСТЕМА ФІКСАЦІЇ

Шиян Є.Г., Шиян Ю.Є.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Відновлення функцій зруйнованого жувального апарата за допомогою повноцінних зубних протезів має велике значення для життєдіяльності людини.

Багато авторів відмічають позитивні якості знімних протезів з телескопічною системою фіксації. Так Bottger (1969), Пясецький М.И. (1975) вказують, що протези з телескопічною системою фіксації мають ряд переваг у порівнянні з протезами, які утримуються за допомогою кламерів. Досвід авторів засвідчує кращий розподіл навантаження на зуб і прилеглі до нього тканини під час жування, відповідно і більш високі функціональні властивості протеза.

На нашу думку цю систему фіксації можливо удосконалити шляхом заміни зовнішньої металевої коронки із ретенуючими елементами на порожнисті утворення у базисі протеза.

Із використанням запропонованої нами технології виготовлено понад 20 протезів. Скарг зі сторони пацієнтів не виявлено. Особливо важливо те, що позитивні відгуки були від пацієнтів, які до цього вже користувалися іншими системами фіксації протезів включаючи і телескопічну з використанням внутрішньої і зовнішньої коронок.

Під час виготовлення протезів виявлено позитивні результати від використання запропонованої технології:

- скорочувався час пацієнта, який потрібно було б на виготовлення зовнішньої металевої коронки з ретенційними елементами, припасовку коронки у порожнині рота, зняття відбитку;
- збільшується можливість у лікаря і зубного техника для досягнення естетичного вигляду пацієнта після протезування;
- збільшується термін користування протезом через відсутність зовнішньої коронки, яка через певний час руйнувалась (стирання, наклеп);
- досягається рівномірність розподілу жувального тиску на опорні зуби і слизову оболонку порожнини рота;
- зменшується вартість протезування пацієнту на ціну виготовлення зовнішньої коронки (відбиткові маса, модельний матеріал, металева коронка, ретенційні елементи);
- спрощується процес регулювання фіксуючих властивостей знімних протезів.

МОРФОЛОГІЧНІ ЕКВІВАЛЕНТИ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК ОРГАННИХ УРАЖЕНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ПОМЕРЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ

Шкурний Д.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Тривале заміщення вітальних функцій пацієнтів у критичних станах змінює класичний перебіг термінальних станів за рахунок формування синдрому поліорганної недостатності (СПОН). У новонароджених СПОН має внутрішньоутробний розвиток і посилюється агресивністю медичних втручань при інтенсивній терапії. Дані поодиноких морфологічних досліджень у таких пацієнтів підтверджують наявність характерних змін в органах і дозволили б розкрити деякі ланки патогенезу СПОН у новонароджених з наслідками перинатального інфікування.

Були проаналізовані архівні мікропрепарати і протоколи розтинів трупів 35 дітей, померлих від наслідків перинатального інфікування методом світлової мікроскопії. Встановлено, що зміни в органах і системах померлих новонароджених відображають порушення тканинної перфузії, тканинної гіпоксії і обмінних процесів клітин, що полягають в периваскулярному набряку, парезі, повнокрів'ї судин, наявності крововиливів, некрозів тканин, паренхіматозної дистрофії. Останню слід розцінювати як наслідок підвищення колоїдно-осмотичного тиску з внутрішньоклітинною гіпергідратацією, порушенням білкового, ліпідного і кальцієвого обмінів, які і визначають патогенез органних порушень. Наявні атрофічні зміни в органах імуногенезу і лейкоцитарна інфільтрація фактично у всіх органах, що свідчить про системність запалення і наступну компенсацію потреби в клітинах лейкоцитарного ряду за рахунок юних форм. При цьому виявляється висока частота незворотніх змін у тімусі.

Наведені дані можуть бути використані для розробки критеріїв діагностики, прогнозування і терапії СПОН у новонароджених.

СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Шуклін В.А., Винник М.І., Ковалишин А.Ю.

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

Сьогодні, поряд з постійним пошуком новітніх технологій по удосконаленню виготовлення зубних конструкцій, все більше набуває розвиток методик оцінки їх функціональної повноцінності, а саме комфортності жування. До питання відновлення функції жування треба підходити комплексно, враховуючи не тільки знання законів гнатології, а і індивідуальності психосоматичного стану кожного пацієнта. Отже, в кінцевому результаті, сам пацієнт, (а не лікар), реакція його організму у цілому на надану стоматологічну допомогу має відповісти на питання задоволеності виготовленими протезами і зручності користуванні. Тому метою дослідження була розробка способу визначення психоемоційного стану пацієнта після протезування.

Об'єкти та методи дослідження: Об'єктом дослідження були 243 пацієнти, що користуються різними видами ортопедичних конструкцій на протязі 3-х років. Для дослідження психоемоційного стану пацієнтів використовували наступні методики: 1) визначення домінування правої чи лівої півкулі головного мозку за допомогою шкіряно-гальванічної реакції (ШГР) по Фере, яка передбачає визначення електричного опору шкіри (ЕОШ) та підрахунок коефіцієнту $K = \frac{EO_{Ш_л}}{EO_{Ш_п}}$. В основі інтерпретації електрофізіологічних показників ШГР були відомі дані о інсиплатеральній проекції руки в півкулі головного мозку, що дозволяє стверджувати, що виразність, а саме низькі значення електрошкіряного опору ШГР зправа свідчать про домінування правої півкулі (що супроводжуються негативними емоціями), а зліва – лівої півкулі (при позитивному емоційному настрою), та значення K біля одиниці, свідчать про врівноваження емоційного стану у даний момент; 2) для визначення рівня тривожності застосовували методику оцінки Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна, яка являється валідною та інформативною для оцінки рівня тривожності у даний момент – реактивної та особистої тривожності, як стійкої характеристики людини; 3) з'ясування думки пацієнта про отриману ортопедичну допомогу, проводили шляхом опитування по розробленій скороченій анкеті, де питання були акцентовані на стоматологічному здоров'ї та за рекомендаціям ВООЗ щодо з'ясування впливу лікування на якість життя, враховували: фізичне, психічне і суспільне життя та рівень значущості стоматологічного стану.

Результати та їх обговорення. Проведені дослідження психоемоційного стану у пацієнтів, що користуються ортопедичними конструкціями, виявило наявність сильного прямого кореляційного зв'язку між зростанням середнього балу самооцінки стоматологічного статусу та показником ШГР після опитування, а також рівнями особистої та реактивної тривожності.

Висновок. Зміни психічної тривожності внаслідок відповідей на питання, пов'язані з стоматологічним статусом після отриманого лікування, дозволяють судити про задоволеність отриманою допомогою.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ СУЧАСНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ВИГОТОВЛЕННЯ БАЗИСІВ ТА КАРКАСІВ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Шульженко О.Ю., Силенко Ю.І., Хребор М.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сучасному етапі розвитку ортопедичної стоматології беззаперечно актуальним є питання протезування часткових дефектів зубних рядів. Метою нашого дослідження було провести порівняльну характеристику фізико-механічних властивостей сучасних стоматологічних матеріалів, що застосовуються у клініці ортопедичної стоматології для виготовлення базисів та каркасів знімних протезів.

Відповідно до матеріалів та методів виготовлення, зразки що досліджуються розділили на три групи по 10 зразків у кожній групі: 1 група – зразки стоматологічної пластмаси на основі поліметилметакрилатів - «Фторакс» (виробник АТ СТОМА, Україна); 2 група - зразки термопластичної стоматологічної пластмаси на основі поліоксиметиліну «Bio Dentaplast» (виробник термопластів фірма «Бредент», Німеччина); 3 група – зразки кобальт-хромового стоматологічного сплаву.

При дослідженні деформаційних характеристик матеріалів на стиск і розтягнення, за результат дослідження приймали середнє арифметичне значення величин руйнівного навантаження на стиск (розтягнення) п'яти дослідних зразків з кожної групи. Згідно досліджень, деформаційних кривих на стиск для кожного з п'ятьох зразків базисних матеріалів, стоматологічних пластмас «Фторакс» і «Bio Dentaplast», а також кобальт-хромового стоматологічного сплаву, показники міцності найбільш високі у КХС сплаву. Порівнюючи ці показники стоматологічних пластмас, ми не виявили достовірних відмінностей. При розтягненні після пластичної деформації в межах 0,15 – 30 % зразки базисних матеріалів руйнуються, що дає можливість визначити межу міцності матеріалів, які вивчалися. При цьому слід відмітити, що зразки стоматологічного сплаву руйнуються при пластичній деформації у 0,1543%, зразки стоматологічної пластмаси «Фторакс» при пластичній деформації у 0,2232%, а зразки стоматологічної пластмаси «Bio Dentaplast» при деформації в середньому у 25,4 %.

Згідно отриманих нами даних було проведено математичне моделювання та складено алгоритм вибору матеріалів для виготовлення базисів та каркасів знімних протезів в залежності від клінічної ситуації.

«ТАК» ЧИ «НІ» ДЖЕНЕРИКАМ

Шундрік М.А., Марченко І.Я.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Якість стоматологічної допомоги безпосередньо залежить від втілення в практику ефективних і безпечних методів знеболення.

В своїй стоматологічній практиці ми використовуємо препарати, що створені на базі трьох місцевих анестетиків: артикаїну, лідокаїну і мепівакаїну. Однак місцевоанестезуючі препарати випускаються багатьма фірмами і кожна з них дає препарату свою назву. Зазвичай фірма - винахідник патентує новий лікарський засіб, що дозволяє їй на протязі 10-20 років виступати в якості єдиного поставника даного препарату на фармакологічному ринку. Створення, доклінічне випробування і апробація оригінального препарату потребує значних фінансових затрат, а це сприяє виготовленню препаратів, що представляють собою не оригінальні продукти, а їх більш дешеві копії або відновлені аналоги, так звані «дженеричні форми» або «дженерики». Прикладом дженериків є препарати на основі артикаїну: Альфакаїн (Dentsply, Франція), Брилокаїн (Росія), Септонест (Septodont, Франція), Убістезін (3M ESPE, Німеччина). На кожному з цих препаратів під фірменною назвою стоїть міжнародна непатентована назва (МНН), тобто указана діюча речовина, на базі якої створений препарат – артикаїн. Але, незважаючи на однаковий склад, препарати, які створені на основі однієї і тієї ж речовини, можуть мати певні розбіжності в дії, що пов'язано з технологією виготовлення, різними рН розчину, кількісним складом допоміжних речовин. Наприклад, чим нижче рН розчину місцевого анестетика, тим більш болюче його введення. Наявність додаткових компонентів (консервантів, стабілізаторів і ін.) в складі місцевоанестезуючого розчину може підвищувати можливість виникнення побічних ефектів. І лікар повинен враховувати ці особливості при виборі препарату, особливо для пацієнтів із супутньою патологією.

Питання про цілковиту ідентичність дії оригінальних препаратів і дженериків дуже важливе як для лікарів, так і для пацієнтів. Іноді термін «дженерик» використовують для будь - якого непатентованого і неліцензованого препарату. Внаслідок цього, використання даного анестетика не тільки не призводить до бажаного ефекту, але й може викликати ускладнення, які не спостерігаються у оригінального препарату.

Все вищенаведене свідчить про те, що лікарі-стоматологи мають можливість вибирати із значної кількості анестетиків препарати найбільш активні і безпечні з урахуванням складу препарату і формулюючи свій погляд про оригінальні і відновлені препарати.

ЕФФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕЗІВ ІЗ ПОЛІПРОПІЛЕНУ ПРИ ТОКСИКО-АЛЕРГІЧНОМУ СТОМАТИТІ

Штурмінський В.Г.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою даного дослідження було вивчення ефективності клінічного застосування часткових знімних пластинкових протезів із поліпропілену при токсико-алергічних стоматититах, викликаних компонентами акрилової пластмаси.

Дослідження проводили на базі університетської стоматологічної клініки на пацієнтах, які зверталися зі скаргами на печію, біль під протезами, що виникли через певний час користування акриловими протезами. Після проведення алергічних тестів встановлювали діагноз: токсико-алергічний стоматит.

Пацієнтам виготовляли нові протези з поліпропілену, проводили клінічні дослідження (визначення глікогену на слизовій оболонці, швидкість міграції лейкоцитів, вміст лізоциму в ротовій рідині, колір слизової за Кулажен-

ко), що разом з суб'єктивним станом хворих показали високу клінічну ефективність застосування протезів із поліпропілену у хворих на токсико-алергічний стоматит.

Так, було відзначено відсутність скарг пацієнтів на печію, біль під протезами. Об'єктивно відзначали відсутність почервоніння в межах протезного ложа, набряку слизової оболонки тощо. За результатами проведених клініко-лабораторних досліджень рівень глікогену знижувався на 46,5% ($p < 0,01$). Зниження лужної фосфатази та лізоциту в ротовій рідині на 23,5 та 34,2 % ($p < 0,05$) підтвердило зменшення запальних реакцій на слизовій оболонці порожнини рота, що може свідчити про ефективність методу протезування як альтернативного при токсико-алергічному стоматиті.

НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ АДЕНТІЄЮ ВЕРХНІХ ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ КІСТКОВОГО ВІКУ

Якимець А.В.

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

Проблема адентії верхніх латеральних різців не є надзвичайно поширеною у сучасній ортодонції, її відсоток складає 3,5% (D. Millett, R. Welbury 2009). Незважаючи на це, тактика ведення таких пацієнтів не завжди є вірною. Основною причиною звернення таких пацієнтів до ортодонта, терапевта або ортопеда є естетичний недолік. Та потрібно пам'ятати, що адентія верхніх латеральних різців призводить також до функціональних порушень: відсутності іклового ведення, що призводить до дисбалансу рухів нижньої щелепи. Адентія верхніх латеральних різців може бути причиною недорозвитку фронтальної ділянки верхньої щелепи, порушення форми зубних дуг, мезіалізацією ікол та премоларів. Усе це у подальшому формує дисбаланс оклюзії у вертикальному та сагітальному напрямках (III клас за Енглеєм, прямий прикус та ін.). Отже лікування таких пацієнтів повинно починатися з детальної діагностики і включати такі методи дослідження: клінічні, біометричні (вимірювання на контрольно-діагностичних моделях (Снагіна Н.Г. і спіавт. 1982, Корхауз С, А. Pont), фотометричні, рентгенологічні (ортопантомографія, телерентгенографія, комп'ютерна томографія). Важливим у первинній діагностиці таких пацієнтів є врахування їх кісткового віку і складання плану лікування враховуючи дані ультразвукової денситометрії та ехоостеометрії.

Існує декілька методик ведення даних пацієнтів (Зуєва С.М. 2006). При відсутності латеральних різців на верхній щелепі у 60% випадків на їх місце переміщують ікла. У подальшому їх залишають у такому ж вигляді або надають форму латеральних різців шляхом естетичного реставрування, що без сумніву покращує естетику посмішки, але не надає функціонального оптимуму.

Іншим шляхом реабілітації таких пацієнтів є закриття дефектів шляхом лише ортопедичного лікування або імплантологічного та хірургічного лікування. Але цей метод також пов'язаний з низкою проблематичних питань: складність імплантації у фронтальній ділянці, погіршення естетики віддалених результатів імплантації (вертикальний шриффт), залучення до ортопедичних конструкцій інтактних зубів та інше. Невивченість питання щодо комплексної діагностики адентії верхніх латеральних різців, відсутність чітких рекомендацій щодо вибору тактики лікування з урахуванням вікового аспекту обумовлюють необхідність подальшого наукового дослідження у цьому напрямку.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СОВРЕМЕННОГО ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Яценко И.В., Бондаренко В.В.

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г.Полтава

Современный коммерческий рынок предлагает большое количество шовного материала. Однако редкие компании обращают внимание на специфику, предъявляемую к шовным материалам в стоматологии. Зачастую хирургу-стоматологу просто никто не может объяснить, чем один материал отличается от другого.

Исходя из опыта работы кафедры, мы попытались определиться с основными положениями в этом вопросе. Нет необходимости доказывать, что сегодня целесообразно применять только атравматический шовный материал (тот, в котором игла объединена с нитью). Нет необходимости распространяться об особенностях производства различных нитей по нескольким причинам. Во-первых, разнообразие материалов и методик, используемых для изготовления нитей, слишком велико. Во-вторых, качество нитей известных фирм всегда безоговорочно находится на качественном уровне.

В хирургической стоматологии тип используемого шовного материала в большей степени зависит от личных предпочтений хирурга. Есть хирурги, которые в своей практике пользуются только хромированным кетгутом при выполнении любых манипуляций. Другие в своей практике применяют только политетрафторэтилен. В общем, при наложении швов в полости рта не рекомендуется пользоваться лишь следующими материалами: простым кетгутом и шелком. Первый слишком быстро рассасывается, второй легко пропитывается жидкостями организма и контаминируется патогенными микроорганизмами. Кроме того не рекомендуется пользоваться нерассасывающимися материалами при фиксации рассасывающихся мембран.

Одним из наиболее важных параметров нити является ее размер (диаметр), который измеряется количеством нулей. Чем больше нулей, тем тоньше нить. Правило хирурга гласит: «Необходимо использовать нить наименьшего диаметра, способного адекватно удерживать еще не зажившие ткани». Это позволяет минимально травмировать ткани при наложении швов.

Диаметр нити тоже оказывает влияние и на скорость рассасывания, и на скорость потери прочности.

При завязывании узлов необходимо применять метод, соответствующий именно тому шовному материалу, который используется в настоящий момент.

РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ОДНОГО ИЗ НИХ

Яценко О. И., Хатами Хорасани Амин

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Нарушение окклюзии, в частности, смещение центральной линии медиальных резцов, появление косога прикуса или несмыкания жевательных поверхностей дистальных зубов с одной из сторон является одним из ведущих признаков односторонней функциональной нестабильности височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), что объективно определяется на их прицельных рентгенограммах.

Целью нашего исследования явилось сопоставление размеров суставной щели височно-нижнечелюстного сустава функционально нестабильной и здоровой стороны.

Обследовано 27 пациентов, страдающих односторонней функциональной нестабильностью ВНЧС в виде гипермобильности. Женщин было 18, мужчин – 9. Возраст больных от 24 до 56 лет. Зубные ряды у всех больных были интактными.

Рентгенографические исследования обоих ВНЧС производили всем больным на аппарате OPTNORHOS X65 при закрытом и открытом рте. Анализ рентгенограмм включал измерение ширины суставной щели обоих суставов при закрытом рте в трех участках: переднем, верхнем, заднем.

При визуальной оценке формы и размеров суставной щели в переднем, заднем и верхнем участках правого и левого ВНЧС почти у всех обследованных отмечалась их асимметрия.

Обращает на себя внимание достоверное сужение (2.25 ± 0.15 мм) суставной щели в передних отделах функционально нестабильной стороны, (здоровая сторона 2.88 ± 0.19 мм), и расширение в задних (3.72 ± 0.22 мм) отделах (здоровая сторона 2.62 ± 0.17 мм). Достоверных изменений щели в верхних отделах выявлено не было: здоровая сторона 3.5 ± 0.22 мм, нестабильная 3.7 ± 0.26 мм.

Рентгенологические картины ВНЧС при открытом рте у обследованных больных характеризовались выхождением одной из суставных головок за пределы вершины суставного бугорка на много вперед, что соответствовало стороне функционально нестабильного сустава.

Таким образом, прицельная рентгенография ВНЧС с открытым и закрытым ртом объективно подтверждает диагноз функциональной нестабильности суставной головки нижней челюсти, а данные рентгеноморфометрии взаимоотношений суставная впадина – суставная головка, суставная головка - суставной бугорок определяют тяжесть анатомо-функциональных нарушений.

Information for authors

In order to comply with the international regulations, the authors are strongly encouraged to consult the “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” at www.icmje.org.

As an integral part of the publication process, the authors, reviewers and editors are required to confirm whether they have any conflicts of interest to declare, and to provide details of these in the following *Conflict of Interest Statement Form* (www.umsa.edu.ua/journal1red.html). The authors of the articles will respect the patients' right to privacy. Upon the familiarization with the abovementioned details, the patient must complete the *Standard Statement of Informed Consent Form* (www.umsa.edu.ua/journal1red.html). The lack of confidential data must be certified by the act of expert committee attached to the article. The referral from the corresponding establishment with the statement that neither part of the suggested research has been published or accepted for publication in other journals must be sent with it as well.

Articles in Ukrainian, Russian or English are accepted for publication in *The Medical and Ecological Problems*. The article is submitted to journal in two copies. The article comprises the text of the research (15 pages for articles, 20 pages for reviews, 7 pages for brief reports); the list of cited literature (20 positions at most for articles; 50 positions at most for reviews; 15 positions at most for brief reports); tables, figures (no more than 4); legends and captions; summaries in Ukrainian, Russian and English (approximately 250 words) providing the arguments in support of the aim of the research, explanation of materials and methods, the results and conclusions.

The first page contains UDC code, author's record (name, initials, scholar degrees, title, the title of the article, institution, city) and keywords – from 5 to 10 words or phrases revealing the content of the article. Title of the paper in Russian, Ukrainian and English should be concise, it must not exceed 120 characters. A subtitle is acceptable. The text of original papers must be divided into paragraphs, including introduction, the aim of the research, materials and methods, results and conclusions. The last page must be manually signed by author(s) of the article, featuring first name, last name and patronymic, address, telephone numbers (office, home) for Editorial office to keep contact with. By submitting a paper to the editor, authors thereby confirm the original form of the articles, which means that the copyright or any other property rights of the third parties are not violated. The author(s) sign the article thereby certifying that neither part of the suggested research has been published or accepted for publication in other journals. The text of the manuscript must be in printing type no less than 2,8 mm, double-spaced, on A4-size sheets (210×297 mm); margins from each side – 20 mm. Along with 2 printed copies, the manuscript is provided in Microsoft Word format on electronic media. Latin notions and foreign words must be typed in italics. Only common abbreviations may be left unexplained. No abbreviations are acceptable in the title. All values are set in SI units; however, other generally used abbreviations and units (l, min., h, C, Da, cal) are also accepted. Figures (drawings, photographs) must be numbered. Figure captions are to be printed on a separate page. Drawings should be prepared using tools available in Word processors or in Excel. Photographs must be of high quality. Tables should be on separate sheets, numbered consecutively and headed by a concise title. Figures are adjuncts to the text and should not repeat material presented therein. On the reverse side of the figures it is necessary to write with a pencil their sequence numbers, name of the first author and the short title of the article. The list of cited literature is provided on a separate page without abbreviations. The authors are stated in alphabetical order, at first the sources in Cyrillic alphabet, then in Roman alphabet. The references in the text are indicated in [square] brackets. The cited works are to be compiled in the following way: for monographies – Name, initials. Book name. Place of publication. Publishing house, year. Total number of pages; for journals – Name, initials. Article name. Abbreviated name of journal. Volume, number: pages containing the article.

The original papers are peer-reviewed. Usually editorial staff chooses two readers who review papers during two weeks. The manuscript with review is sent to authors and after being corrected is delivered to editorial office for final acceptance.

Upon publication of the paper, the authors transfer the copyright to the Editorial office of the journal. The Editorial office reserves the right to alter and correct the manuscript considered for publication in the way that will not change its overall content and value.

When reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures were performed in accordance with the ethical standards of Helsinki Declaration of 1975 as revised in 2005. Therefore the manuscript must include the following clause: “We declare that during research the rights of patients were taken into consideration according to Helsinki Convention”. If doubts for that matter arise, the authors must account for the doubtful aspects of the study and explain the reasons for their approach.

If the research does not presuppose experiments on laboratory animals, the article must include the following statement: “We declare that we do not perform research on animals”. When reporting experiments on animals, authors should indicate whether the institutional and national guides for care and use of laboratory animals were respected. The authors must follow the principles of humane attitude to animals used in experiments. They must submit the following information: type of animals, genetic status: the line (according to standard rules of defining the lines of laboratory animals); the category of laboratory animals or their microbiological status; weight and age of animals at the beginning of the experiment; quarantine or acclimatization period during transportation over long distances; maintenance conditions during the experiment (microclimate parameters, temperature, humidity, air volume, light conditions, cage type, type of bedding material). The authors must prove the compliance with normative standards on animals maintenance and foddering (European Convention for the Protection of vertebral animals used in experiments or other purposes. – Strasbourg, 1986) and provide the information as to the acquisition source of animals, as well as the quality certificate. It is necessary to describe all procedures performed on animals, introduced doses of medications, surgical interventions and other actions, the use of anesthesia methods (See *Statement of Human and Animal Rights* – www.umsa.edu.ua/journal1red.html).

The abovementioned requirements must apply to all original papers, including original research, brief reports, case reports and also for comments on clinical trials. Manuscripts that do not meet these requirements will be returned to authors for correction.

Інформація для авторів

З метою дотримання міжнародних правил оформлення, авторам рекомендується ознайомитися з “Єдиними Вимогами до Рукописів для Біомедичних Журналів” на www.icmje.org.

У якості невід’ємної частини процесу публікації, автори, рецензенти і редактори повинні повідомити про будь-які конфлікти інтересів і надати детальну інформацію, підписавши форму Заяви про Службову Етику (www.umsa.edu.ua/journal1red.html) та надіславши її на адресу редакції журналу. Автори рукописів зобов’язані поважати право приватності пацієнта. Перед початком дослідження пацієнт повинен заповнити і розписатися у формі Заяви про Інформовану Згоду (www.umsa.edu.ua/journal1red.html). До статті додається акт експертної комісії про відсутність конфіденційної інформації та направлення установи. В направленні засвідчується, що жодна частина рукопису не була опублікована і не прийнята до друку іншими виданнями.

Статті публікуються українською, російською або англійською мовами. Авторський оригінал подається у двох примірниках, що складаються із основного тексту (стаття – 15 сторінок, огляд – 20 сторінок, коротке повідомлення – 7 сторінок); списку літератури (статті – до 20, огляди – до 50, короткі повідомлення – до 15 джерел); таблиць; ілюстрацій (не більше 4); назв рисунків; анотацій українською, російською та англійською мовами (орієнтовно 250 слів), що повинні містити обґрунтування мети, матеріалів та методів, результати дослідження.

На першій сторінці зазначаються: шифр УДК; прізвища авторів, ініціали, наукові ступені та звання; назва статті; установи, де працюють автори, місто; ключові слова – від 5 до 10 слів або словосполучень, що розкривають зміст статті. Назва статті російською, українською та англійською мовами повинна бути стислою і не перевищувати 120 символів. Підзаголовок є прийнятним. Текст статті повинен бути структурований наступним чином: вступ, мета, матеріал і методи, результати та висновок. На останній сторінці тексту власноручні підписи всіх авторів: прізвище, ім’я та по-батькові, поштова адреса, номери телефонів (службовий, домашній), за якими редакція буде контактувати із авторами. Подаючи статтю до редакції, автори тим самим підтверджують оригінальність роботи. Це означає, що авторські права або будь-які інші права власності третіх осіб не порушуються. Підписами автори засвідчують, що жодна частина рукопису не була опублікована і не прийнята до друку іншими виданнями. Текст друкується шрифтом не менше 2,8 мм на білому папері через два інтервали, на аркушах формату А4 (210×297 мм), поля з усіх боків по 20 мм. Крім двох роздрукованих копій, матеріал потрібно надати на компакт-диск, текст статті повинен бути у форматі Microsoft Word. Латинські терміни, іншомовні слова повинні бути надруковані курсивом. Тільки загальноновживані скорочення можуть подаватися без пояснення. Скорочення у назві статті не є прийнятними. Всі величини приводяться в одиницях SI, однак допустимими є й інші загальноновживані позначення та одиниці вимірювання (l, ml, h, c, Da, cal). Ілюстрації (рисунки, фотографії) повинні бути пронумеровані. Назви рисунків повинні бути надруковані на окремій сторінці. Малюнки повинні бути виконані з використанням інструментів, доступних у текстових редакторах або в Excel. Фотографії повинні бути високоякісними. Таблиці розміщуються на окремих аркушах, нумеруються послідовно, кожна сторінка супроводжується коротким заголовком. Рисунки є доповненням до тексту статті і не повинні повторювати інформації, поданої у рукописі. На звороті рисунка олівцем ставлять їхні порядкові номери, зазначають прізвище першого автора, скорочену назву статті. Список літератури оформлюється на окремих сторінках без скорочень. Автори подаються за абеткою, спочатку джерела кирилицею, потім латиницею. Посилання у тексті позначаються цифрами у [квадратних] дужках. Порядок оформлення списку літератури: для монографій – Прізвище, ініціали. Назва книги. Місце видання: видавництво, рік видання. Кількість сторінок; для журналів – Прізвище, ініціали. Назва статті. Назва журналу. Том, номер. Рік: сторінки, на яких вміщено статтю.

Усі рукописи журналу рецензовані незалежними експертами. Процедура рецензування включає перевірку статті протягом двох тижнів двома спеціалістами, призначеними редакційною радою. Рукопис із рецензією надсилається автору для внесення коректив перед остаточним поданням статті до редакції журналу.

Після публікації статті автори передають авторські права редакції журналу. Редакція залишає за собою право змінювати і виправляти рукопис, однак внесені корективи не повинні змінювати загального змісту та наукового значення статті.

Залучаючи до дослідження пацієнтів, автори несуть відповідальність за виконання етичних стандартів Гельсінкської декларації 1975 із поправками 2005 року. Рукопис повинен містити наступний пункт: “Ми заявляємо, що під час дослідження права пацієнтів були враховані у відповідності до вимог Гельсінкської конвенції”. При виникненні сумнівів щодо відповідності рукопису до вимог Гельсінкської декларації, автори будуть зобов’язані відзвітуватися про сумнівні аспекти дослідження і обґрунтувати підстави свого підходу.

Якщо дослідження виконується без залучення лабораторних тварин, рукопис повинен містити наступний пункт: “Ми заявляємо, що ми не проводимо досліджень на тваринах”. Дослідження, які проводяться на тваринах, повинні відбуватися у відповідності із встановленими інституціональними нормами використання лабораторних тварин. Науковці повинні керуватися принципами гуманного ставлення до тварин, що використовуються в дослідках. Необхідно подати наступну інформацію: вид тварин, генетичний статус: лінія (згідно правил стандартного позначення ліній лабораторних тварин); категорія лабораторних тварин або їх мікробіологічний статус; маса та вік тварин на початку експерименту; карантин або тривалість періоду акліматизації під час перевезення тварин на великі відстані; утримання тварин під час експерименту (параметри мікроклімату, температура, вологість, об’єм повітря, світловий режим, тип клітки, тип підстилки). Автори повинні підтвердити відповідність нормативам утримання та годування тварин (Європейська конвенція по захисту хребтових тварин, що використовуються з експериментальною або іншою метою. – Страсбург, 1986), наявність сертифікату якості, а також повідомити джерело набутого тварин. Необхідно описати всі процедури, які виконуються на тварині, дози препаратів, що вводилися, хірургічні втручання та інші дії, а також відмітити використання при цьому методів анестезії (див. Інформацію про Права Людини і Тварини – www.umsa.edu.ua/journal1red.html).

Ці правила поширюються на всі види рукописів, у тому числі статті, короткі доповіді, коментарі до клінічних випробувань. Рукописи, які не відповідають цим вимогам, будуть повернені авторам для корекції.