

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія
Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації

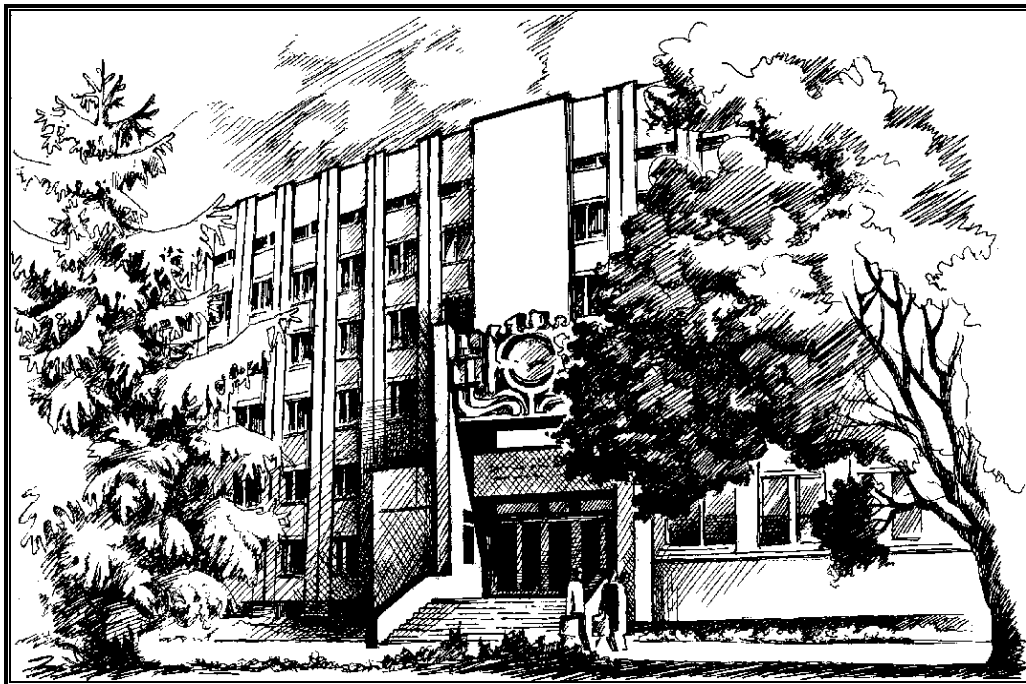
МАТЕРІАЛИ

Науково-практичної конференції з міжнародною участю

**«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД
В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ»,**
*присвяченої 100-річчю
Української медичної стоматологічної академії*

*та 30-річчю кафедри
післядипломної освіти лікарів-ортодонтів*

12-13 листопада 2020 року



Полтава 2020

Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія
Департамент охорони здоров'я
Полтавської обласної державної адміністрації

МАТЕРІАЛИ

Науково-практичної конференції з міжнародною участю

«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ»,

присвяченої 100-річчю

Української медичної стоматологічної академії

та 30-річчю кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

12-13 листопада 2020 року

Полтава 2020

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

- Ждан В.М.** – ректор Української медичної стоматологічної академії, професор
- Дворник В.М.** – перший проректор з науково-педагогічної роботи, професор
- Скрипник І.М.** – проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти, професор
- Кайдашев І.П.** – проректор з наукової роботи, професор
- Марченко А.В.** – директор навчально-наукового інституту післядипломної освіти, доцент
- Куроєдова В.Д.** – завідувачка кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів, професор
- Виженко Є.Є.** – асистент кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Мультидисциплінарний підхід в ортодонтичному лікуванні», присвяченої 100-річчю української медичної стоматологічної академії та 30-річчю кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів 12-13 листопада 2020 р. Полтава; 2020. 39

с.

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та конференцій Міністерства освіти і науки України Державна наукова установа «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» на 2020 рік (Посвідчення № 123 від 20 лютого 2020 р).

Оргкомітет конференції не несе відповідальності за зміст матеріалів та достовірність наведених даних.

Ознайомитися із матеріалами тез конференції можна на сайті Української медичної стоматологічної академії <http://www.umsa.edu.ua>, розділ «Наука», підрозділ «Конференції».

ОРТОДОНТИЯ

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Глазунов О.А., Степанова С.В., Фесенко В.И.

Кафедра стоматологии ФПО

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр

609@dsma.dp.ua

Актуальность. Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) – это врожденные или приобретенные нарушения развития зубочелюстной системы: аномалии зубов, челюстных костей и аномалии соотношения зубных рядов.

Статистические данные о распространенности у детей и подростков зубочелюстных аномалий приводятся многими исследователями и составляют от 33% до 87%.

Известно, что зубочелюстные аномалии способствуют ухудшению гигиенического состояния полости рта, возникновению функциональной перегрузки пародонта, развитию воспалительных и деструктивных процессов в тканях пародонта. Кроме того, не устраненные в детском возрасте ЗЧА сохраняются у взрослых, при этом они сопровождаются значительными эстетическими и функциональными нарушениями, обуславливают развитие поражений тканей пародонта.

При изучении частоты зубочелюстных аномалий и нарушений мягких тканей в преддверии полости рта выявлена достоверная связь зубочелюстных аномалий с частотой и интенсивностью заболеваний пародонта. Проблема причинно-следственных связей в формировании и развитии патологии пародонта и ЗЧА, профилактика и лечение заболеваний пародонта остаются актуальными и могут стать предметом дальнейшего изучения.

Цель нашего исследования: изучение гигиены полости рта у лиц с зубочелюстными аномалиями для оптимизации проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Методы исследования. Для изучения состояния гигиены полости рта у лиц с зубочелюстными аномалиями мы провели биометрический анализ моделей челюстей у 40 детей в возрасте от 12 до 16 лет, которые в дальнейшем были взяты на ортодонтическое лечение.

Обследование данного контингента лиц включало в себя индексную оценку гигиены полости рта. Индексная оценка проводилась двумя методами: индекс Stallard (1969), который учитывает площадь зубного налета, и индекс J. Silness (1964) и Н. Loe (1967), учитывающий толщину зубного налета. Родовую и видовую идентификацию проводили на осно-

вании изучения морфологических, культуральных свойств выделенных микроорганизмов. Для учета количественного состава микроорганизмов использовали определение микробного числа при помощи десятичного логарифма КОЕ (LgКОЕ).

Биометрический анализ зубных рядов проводили по методу Пона.

Результаты исследований. В результате измерения контрольных моделей челюстей по методу Пона были выделены следующие степени сужения зубных рядов: I степень – от 0,5мм до 5,0мм, II степень – от 5,5мм до 9,0мм, III степень – свыше 9,0мм.

Было установлено, что на верхней челюсти сужение зубных рядов в области премоляров I степени наблюдается у 55% детей; II-ой степени - у 27,5% детей, III-ей степени - у 10% детей. Сужение зубного ряда в области моляров I-ой степени выявлено у 55% детей; II-ой степени - у 30 % детей, III-ей степени - у 7,5 % детей.

На нижней челюсти сужение зубного ряда в области премоляров I-ой степени наблюдается у 50 % детей, II-ой степени – у 35% детей, III-ей степени - у 5% детей. Сужение нижнего зубного ряда в области моляров I-ой степени наблюдается у 57,5% детей, II-ой степени - у 30,5% детей, III-ей степени - у 5% детей.

При анализе состояния гигиены полости рта у детей с разной степенью сужения челюстей выявлено, что показатели изучаемых индексов находятся в прямой зависимости от степени сужения челюстей и имеют более выраженные значения при II и III степени, чем при I степени сужения челюстей. Так, у детей, у которых определялась II и III степень сужения челюстей индексы гигиены: Silness-Loe – на 20,2%, Stallard - на 13,2% выше по сравнению с I степенью сужения. (табл. 1).

Таблица 1

Показатели пародонтальных индексов, в зависимости от степени сужения челюстей у детей 12 – 16 лет

Степень сужения челюстей	Показатели гигиенических индексов	
	Silness-Loe (баллы)	Stallard (баллы)
От 1мм до 5мм (I степень)	1,03±0,1	1,06±0,2
От 5,5мм и выше (II-III степень)	1,39±0,09	1,42±0,1

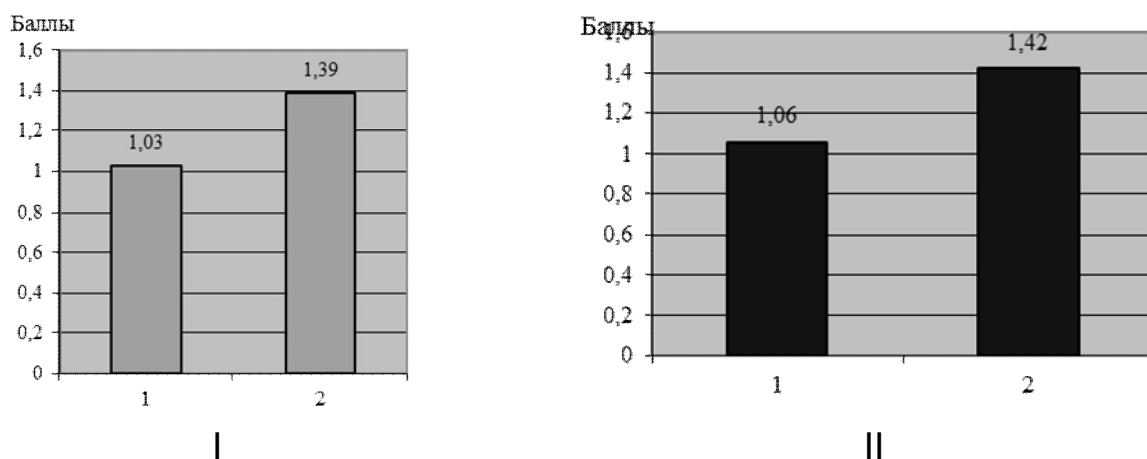


Рис. 5. Сравнение показателей гигиенических индексов в зависимости от степени сужения челюстей у детей 12-16 лет.

I – показатели индекса Silness-Loe;

II – показатели индекса Stallard;

1 – пациенты с I степенью сужения челюстей;

2 – пациенты со II - III степенью сужения челюстей.

Приведенные данные говорят о том, что даже при незначительной выраженности ортодонтической патологии уже имеются проявления ухудшения гигиенических индексов, что является способствующим фактором повышению распространенности кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

Результаты анализа микробиологического исследования данного контингента лиц показали, значительное изменение состава микрофлоры полости рта, которое проявляется увеличением числа условно-патогенных микроорганизмов. Так в мазках доминировали грамположительные кокки, также выявлялись грамотрицательные бактерии и дрожжеподобные грибы, обладающие способностью образовывать внеклеточные полимеры, что значительно усиливают адгезию микроорганизмов, а следовательно, и зубной бляшки к поверхности зубов (табл. 2).

Таблица 2

Количественный и качественный состав микрофлоры полости рта

Микрофлора	Концентрация (Lg КОЕ)
Staphylococcus aureus	2,2±0,6
Streptococcus sanguis	2,4±0,3
Streptococcus viridans	0,7±0,3
Streptococcus salivaris	0,4±0,1
Candida	0,2±0,03
Fusobacterium spp.	1,7±0,6

Профессиональная гигиена полости рта является основным элементом профилактики основных стоматологических заболеваний, особенно при наличии зубочелюстных аномалий. На сегодняшний день успех лечения стоматологических заболеваний зависит от качества выполнения врачом профессиональной гигиены полости рта. Кроме того, профессиональная гигиена должна быть обязательным этапом санации полости рта, что позволит пациенту избежать сложных и дорогостоящих операций по реконструкции зубов.

Выводы.

1. Необходимость лечения зубочелюстных аномалий, направлено не только на улучшение эстетического вида пациента, но и являться само по себе элементом профилактики и лечения заболеваний пародонта.

2. Определение изменения биоценоза тканей пародонта может с большей степенью достоверности служить тестом, который характеризует наличие или отсутствие активных изменений в пародонте у детей с разной степенью сужения челюстей.

ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ТА ДЕФОРМАЦІЙ СЕРЕД ДІТЕЙ БУКОВИНИ

Годованець О.І., Хомишин О.Т.

Кафедра стоматології дитячого віку

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

homyshyn_oleksandr@bsmu.edu.ua

Профілактика і лікування зубощелепних аномалій та деформацій є актуальною проблемою сучасної стоматології. За даними різних авторів (Безвушко Е.В., 2000; Хорошилкина Ф.Я., 2006) цей вид патології трапляється у 14,4-71,7% пацієнтів, у дітей цей відсоток є значно більшим, а кількість ортодонтичних хворих із кожним роком збільшується (Куроєдова В.Д. і співавт., 2003; Смоляр Н.І. і співавт., 2007).

Зубощелепні аномалії та деформації займають чільне місце в практиці дитячого стоматолога. Дедалі частіше вони діагностуються в соматично- та стоматологічно здорових дітей та стають причиною функціональних порушень не тільки в щелепно-лицевій ділянці, але й призводять до дисфункції органів дихання, травної та ендокринної систем організму, стійких психотерапевтичних розладів, що посилюються з віком.

З метою виявлення потреби в ортодонтичній допомозі дітям Буковини нами було оглянуто 250 підлітків віком 12-15 років. Стоматологічний огляд включав збір анамнезу, скарг, зовнішній та внутрішньоротовий огляд. Для уточнення діагнозу вивчали діагностичні моделі щелеп. Із цією метою у хворих одержували повні анатомічні відбитки, відливали моделі, визначали центральне співвідношення щелеп з фіксацією в анатомічному оклюдаторі.

Аналіз частоти виявлення різних аномалій та деформацій зубощелепної ділянки засвідчив, що серед ортодонтичних проблем виділяються аномалії прорізування зубів, які були встановлені в 35,12 % обстежених дітей, аномалії кількості зубів – у 18,37 %. Аномалії та деформації зубних рядів зустрічалися з частотою 33,85 %. Поширеність аномалій прикусу склала 34,29 %. Посеред патологічних видів прикусу домінував дистальний, на другому місці за частотою є глибокий та мезіальний прикуси. Деяко рідше зустрічаються відкритий та перехресний види прикусу.

Отримані нами дані певною мірою характеризують стан ортодонтичної патології серед дитячого населення Буковини і можуть бути використані для удосконалення лікувально-профілактичної стоматологічної допомоги у регіоні. Враховуючи реформування галузі, залишається відкритим питання, на які медичні служби будуть покладені обов'язки профілактичної роботи, у тому числі в ортодонції. На нашу думку, це є вкрай важливе питання, до вирішення якого мають долучитися колективи кафедр відповідного спрямування.

ПРОСТЕЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

Годований О.В.

Кафедра ортодонтії

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
ohodovanyi@gmail.com

Актуальність. За останні десятиліття спостерігається тенденція до збільшення частоти запальних та дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта у людей різного віку. За даними літератури, серед осіб молодого віку в розвитку патології пародонта важливе значення мають аномалії будови м'яких тканин присінку порожнини рота, спадкова схильність, а серед дорослого населення – патологія прикусу, соматична захворюваність та ін. (Дорошенко С.І., 2012, Дрогомирецька М.С., 2015, Мірчук Б.М. 2016). Ортодонтичне переміщення зубів може викликати патологічні зміни у тканинах пародонта або призводити до втрати ремісії, яка була досягнута до початку активного періоду ортодонтичного лікування, оскільки під час переміщення зубів у тканинах пародонтального комплексу формуються зони здавлювання та зони натягу тканин.

Мета – проаналізувати фактори, що впливають на тканини пародонта в ортодонтичних пацієнтів з брекет-системами в активному періоді ортодонтичного лікування.

Методи дослідження. Обстежено 35 пацієнтів віком 18 до 30 років з різними видами зубощелепних аномалій на тлі хронічного катарального гінгівіту. Етапи комплексного обстеження та лікування ортодонтичних пацієнтів з патологією пародонта включали: клінічно-інструментальні методи, заповнення анкети ортодонтичного хворого, пародонтологічне лікування в рамках санації порожнини рота, повторну оцінку стану тканин пародонта, ортодонтичне лікування, підтримуючу терапію. Ортодонтичне лікування включало декілька етапів: корекцію положення окремих зубів та зубних рядів, кривої Шпее, досягнення нормального співвідношення молярів та ікол за I класом, множинні фіссурно-горбкові контакти між зубами.

Основні результати. За результатами спостережень встановлено, що наявність брекет-систем на стадії ремісії патології пародонта має обтяжувальний вплив у пацієнтів, схильних до розвитку захворювань тканин пародонту. Згідно даних гігієнічних індексів встановлено, що у 78% пацієнтів, які нехтували індивідуальною гігієною, відбувалася швидко прогресуюча втрата ремісії та схильність до утворення пародонтальних кишень. За результатами рентгенологічного обстеження у 23% спостережень відмічали початкові деструктивні зміни у вигляді розволокнення верхівок міжзубних перегородок, а в окремих ділянках і втратою компактної пластинки, що відповідало явищам генералізованого пародонтита початкового ступеня тяжкості.

Висновки. Ймовірність втрати ремісії запальних захворювань пародонта в ортодонтичних пацієнтів на стадії активного періоду ортодонтичного лікування є достатньо високою.

СУЧАСНА СТРУКТУРА РОЗПОДІЛУ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ЗВЕРНЕННЯМ

Куроєдова В.Д., Петрова А.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

polo_nnipo@ukr.net

Знання кількісних та якісних характеристик сучасних ортодонтичних пацієнтів є суттєво необхідним для розробки та впровадження сучасних обґрунтованих методик діагностики та обстеження пацієнтів з метою оптимізації надання ортодонтичної допомоги вітчизняному населенню.

Метою дослідження було визначити вікові та гендерні особливості пацієнтів, а також оцінити динаміку змін структури розподілу ортодонтичних пацієнтів, що звертались по ортодонтичну допомогу за 20 років.

Матеріали та методи дослідження: Був проведений аналіз 2359 амбулаторних карток: 1296 пацієнтів, що звертались на кафедру післядипломної освіти лікарів-ортодонтів Української медичної стоматологічної академії в 2019 році та 1063 карток, що лікувались на кафедрі післядипломної освіти лікарів-ортодонтів у 1999 році.

Результати дослідження та їх обговорення: Дані, які було отримано з амбулаторних карток пацієнтів в 2019 році, представлені у таблиці 1, а дані карток 1999 року у таблиці 2.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів, що перебували на ортодонтичному лікуванні на кафедрі у 2019 р. за віком та статтю (абсолютна кількість N / відсотки %)

Вікові групи (роки)	Пацієнти (N/%)	Стать	
		Чоловіки (N/%)	Жінки (N/%)
До 6	6/0,4	3/50	3/50
6-8	93/7,2	26/28	67/72
9-13	489/37,7	196/40,1	293/59,9
14-18	415/32,1	146/35,2	269/64,8
Старші 19	293/22,6	80/27,3	213/72,7
Всього	1296/100	451/34,8	845/65,2

**Розподіл пацієнтів, що перебували на ортодонтичному лікуванні
на кафедрі у 1999 р. за віком та статтю
(абсолютна кількість N/ відсотки %)**

Вікові групи (роки)	Пацієнти (N/%)	Стать	
		Чоловіки (N/%)	Жінки (N/%)
До 6	15/1,5	6/40,1	9/59,9
6-8	71/6,7	25/35,3	46/64,7
9-13	476/44,8	228/47,9	248/52,1
14-18	301/28,3	104/34,6	197/65,4
Старші 19	200/18,8	61/30,5	139/69,5
Всього	1063/100	424/39,9	639/60,1

По вікових групах розподіл пацієнтів за видом зубощелепних аномалій виглядав наступним чином (рис 1.)

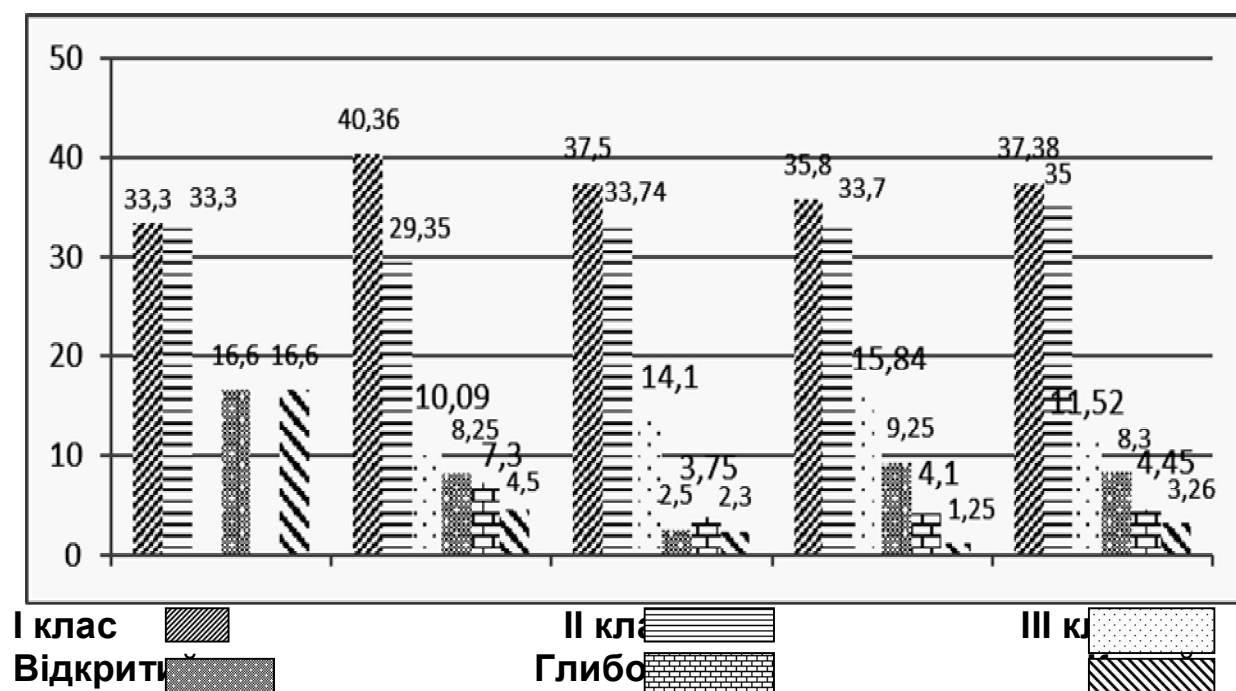


Рис. 1. Розподіл ортодонтичних пацієнтів за віковими групами та видами зубощелепних аномалій (%).

Висновки:

1. Оцінка сучасної структури ортодонтичних пацієнтів за зверненням є необхідним для формування відповідного напрямку розвитку діагностичних та лікувальних заходів.
2. Кількісний аналіз амбулаторних карток пацієнтів показує збільшення кількості пацієнтів за останні 20 років на 9,9% навіть в умовах стрімкого розвитку приватної стоматології.

3. За показниками вікової структури 20 років тому більшість пацієнтів (53%) зверталися в період тимчасового та змінного прикусу. На сьогоднішній день більшість пацієнтів (54,7%) складають дорослі. Така зміна вікової структури ортодонтичних пацієнтів призвела до збільшення пріоритетності використання незнімної апаратури, над знімною.
4. Оцінка гендерної ситуації серед ортодонтичних пацієнтів продовж останніх 20 років показала, що кількість пацієнтів жіночої статі зросла на 5,1%, що підкреслює ріст соціального відношення жінок до свого зовнішнього вигляду та підтверджує соціально-психологічну значущість ортодонтії.
5. Структура ортодонтичних пацієнтів за місцем проживання показала, що діти та підлітки, що потребують ортодонтичної допомоги із сільської місцевості, лікуються в 3 рази рідше, чим місцеві жителі. Така закономірність тримається протягом останніх 20 років та може свідчити про недостатність санітарно-просвітницької роботи серед сільського населення та їх менші соціально-економічні можливості.
6. Як в 1999 році, так і в 2019 році частіше всього звертались пацієнти з патологією прикусу I класу за Енглем (43%). Прикус II класу за Енглем займає за зверненням друге місце (40,5%). Глибокий прикус зустрічається серед пацієнтів в 15,9%. Ця закономірність зберігається незалежно від віку по всіх вікових групах.

ЗУБОЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Мельник А.О.¹, Кисельова Н.В.²

¹Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

²Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

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

melnik.alona@gmail.com

Актуальність. У дітей з зубощелепними аномаліями однією з етіологічних причин їх виникнення є зміни структури та розмірів язика. Язик є потужним м'язовим органом, що суттєво впливає на розвиток щелеп та зубощелепного апарату в цілому. При різних захворюваннях, а саме, венозних та лімфатичних мальформаціях, вроджених незрощеннях губи та піднебіння, синдромах спостерігаються зміни в різних відділах язика. Вивчення етіопатогенетичних зв'язків зубощелепних аномалій у таких дітей буде сприяти вибору оптимального плану ортодонтичного та хірургічного лікування.

Мета. Вивчити вплив структурно-функціональних змін язика у дітей із вродженими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Методи дослідження. Ретроспективний аналіз історій хвороб 96 дітей з патологією язика, обумовленою судинними мальформаціями та вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Антропометричні вимірювання діагностичних моделей щелеп 11 дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Основні результати. Встановлено, що у 92,4% дітей із судинними мальформаціями, які локалізувалися у ділянці язика та тканин дна порожнини рота спостерігалися зубощелепні аномалії. Вже на ранніх етапах лікування у пацієнтів (n=55) із венозними мальформаціями у 58,2% випадків спостерігали відкритий або перехресний прикуси, а у дітей із лімфатичними мальформаціями (n=41) у 34,2% випадків переважали поєднані зубощелепні аномалії. Анкілоглосія язика, як наслідок судинних мальформацій, сприяє формуванню дистального глибокого прикусу.

Антропометричні виміри сканованих моделей щелеп дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння показали наявність трансверсальних та сагітальних порушень прикусу у 72,7% випадків. При цьому у них язик був зміщений дозаду, а його тонус частіше підвищений, що сприяло формуванню мезіального прикусу.

Синдромальне захворювання П'єра Робена супроводжується не тільки збільшенням і зміщенням язика дозаду, а і зміною його тону та мікрогенією, що призводить до розвитку дистального глибокого прикусу.

Висновки. Патогенетичним ланцюгом формування зубощелепних аномалій у дітей з вродженою патологією тканин зубощелепної ділянки є зміни структурно-функціональних показників язика, його положення, тону. При судинних мальформаціях найчастіше спостерігається відкритий та перехресний, при вроджених незрощеннях верхньої губи та піднебіння – мезіальний, при синдромах – дистальний глибокий прикуси.

ЛОГОПЕДІЯ

КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

Пахомова Н.Г.

Кафедра спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка, м. Полтава

kaf_so_sr@ukr.net

Удосконалення системи психолого-педагогічної і медичної допомоги дітям із порушеннями мовлення, оптимізація процесу їх комунікативно-мовленнєвого і особистісного розвитку та соціалізації безпосередньо пов'язані з проблемою комплексного, міждисциплінарного й інтегративного медико-психологічного і педагогічного підходів.

Правильна будова і повноцінна функція артикуляційного апарату є обов'язковою і необхідною умовою для нормального розвитку мовлення. Кожному віковому періоду життя дитини відповідають певні етапи розвитку мовлення та фонематичного сприймання, а також особливості формування зубощелепної системи.

Зубощелепна система виконує функції дихання, ковтання, жування, мовлення. Вона є частиною організму, динамічно-змінною в процесі розвитку та фізіологічних змін і росту організму. На його побудові і функції ґрунтується розвиток психіки людини, особливості її характеру, поведінки в суспільстві. З підвищенням культурно-естетичного рівня люди надають більшого значення красі обличчя, гармонійності його будови та правильності функцій. Відтак, актуальності набуває увага населення до зовнішніх проявів зубощелепних порушень і мовлення та їх попередження і подолання.

Зубощелепна система (щелепи, прикус, зуби, нижньощелепні суглоби) починає свій розвиток в період внутрішньоутробного життя. На 2-3 місяцях ембріонального періоду відбувається з'єднання лобного і двох верхньощелепних відростків, які створюють основу для будови верхньої губи, міжщелепної кістки, верхньої щелепи, носа та ін. Нижня щелепа, язик, нижня губа формуються з двох нижньощелепних відростків. Цей складний в формогенетичному відношенні період пов'язаний з розвитком піднебіння, носової перетинки, формування язика, зародків зубів. Активність формування кожного органу проявляється в конкретний період, а тому, якщо під час цього періоду розвитку діє будь-який патологічний фактор, то виникає аномалія того відділу, який формується в цей час (адентія, незрощення піднебіння, альвеолярного відростку, губ, щілини обличчя, аномалії структури зубів і ін.).

Встановлено, що більше 75% зростання і формування щелепно-

лицьових структур відбувається у дитини у віці від 1 року до 5 років. Цей період збігається з періодом активного розвитку звуковимовної сторони мовлення і фонематичного сприйняття (з 2 до 5,5 років). Однією з особливостей розвитку дитячого мовлення є «фізіологічна косномовність».

У дітей у віці 5 років 8 міс – 6,5 років нечіткість звуковимови в ряді випадків пов'язана зі зміною молочних зубів, оскільки це період початку змінного прикусу. Слід зазначити, що якщо до цього моменту базові звуки у дитини були правильно сформовані, то можна припустити, що порушення вимови даних звуків, пов'язане з втратою молочних зубів та є тимчасовим явищем. Якщо в подальшому постійний прикус формується правильно, то дефектів звуковимови не спостерігається. Якщо ж на тлі ослабленого фонематичного сприйняття присутні не усунені аномалії органів артикуляції або закладка постійного прикусу має відхилення, то в перспективі можна спостерігати стійкі дефекти звукової сторони мовлення.

Зубощелепна аномалія (ЗЩА) призводить до порушення вимови окремих фонем. За даними Л.М. Чучаліної тільки у 24,3% серед обстежених з ЗЩА була правильна вимова. За даними багатьох учених лікарів-ортодонтів і логопедів (Григоренко Н.Ю., Куроєдова В.Д., Омельченко Н.О, Пахомова Н.Г., Ревуцька О.В., Смаглюк Л.В., Синява М.Л., Трофименко М.В., Шеремет М.К. та ін.) ЗЩА є однією з основних причин появи у дітей різних форм дислалії [1; 2; 3; 4]. Також зустрічається стерта дизартрія, поліморфна дислалія, ринолалія.

Частота і ступінь порушень звуковимови залежать від характеру і ступеня ЗЩА. За даними світової статистики число мовленнєвих розладів, як і кількість ЗЩА у дітей зростає. Отже, ЗЩА є однією з причин виникнення у дітей різних форм дислалій, зокрема механічних і, навпаки, – логопедичні порушення є одним із етіологічних факторів виникнення порушень прикусу. У даному випадку лише логопедична робота не дає ефективні зміни в мовленнєвій сфері. Пацієнт потребує допомоги лікарів-ортодонтів, можливо хірургів та ін.

В зв'язку з цим, актуальність комплексної ортодонтично-логопедичної корекції набуває глобального характеру та потребує спільної роботи логопеда та ортодонта. На жаль, система допомоги особам із ЗЩА в Україні не передбачає обов'язкового інтегративного медико-психолого-педагогічного підходу, тобто співпраці лікарів, логопедів, психологів та соціальних працівників. Консультація таких фахівців надається лише за ініціативою самих пацієнтів або їх батьків. Але вивчення досвіду підтримки таких осіб в різних країнах світу говорить про різні підходи щодо організації допомоги.

Підготовка логопедів в багатьох європейських країнах та на американському континенті здійснюється в медичних університетах та містить вузьку направленість підготовки фахівців в залежності від напряму роботи за спеціалізаціями, тобто для роботи з пацієнтами з подоланням певних мовленнєвих порушень

Участь в Міжнародному проекті Smile Ukraine, програма якого передбачала стажування у Клініці реабілітації черепно-лицевих аномалій USP (HRAC/Centrinho) (м. Бауру, Бразилія) включала участь у 52-м курсі HRAC-USP Anomalias Congênicas Labiopalatinas (Лабіопалатінові вроджені аномалії), вивчення досвіду комплексного медико-психолого-педагогічного підходу в лікуванні та корекційній роботі з особами з порушеннями зубощелепної системи та черепно-лицевими аномаліями.

Система допомоги особам із черепно-лицевими аномаліями в країні передбачає комплексний інтегративний медико-психолого-педагогічний підхід. У штаті працівників клінічної лікарні, разом із лікарями різних спеціалізацій працюють психологи, логопеди, соціальні працівники. У роботі консилиуму разом із лікарями (хірург, ортодонт, генетик) при обстеженні осіб різного віку із черепно-лицевими порушеннями обов'язково долучається логопед, за потреби – соціальний працівник і психолог. Ефективність корекційної роботи з особами з зубощелепними аномаліями (при ринолалії зокрема) контролюється як суб'єктивними так і об'єктивними методами діагностики, зокрема: назометрія, електроміографія, риноаудіометрія, риноендоскопія.

Отже, складність і різноаспектність корекційної роботи при ЗЩА на прикладі Бразилії підтверджує актуальність і необхідність інтеграції медико-психологічних і корекційно-логопедичних підходів, що передбачає: знання і вміння розпізнавати органічні та функціональні порушення психофізичного розвитку; володіння логопедом прийомами і методами комплексної діагностики і корекційної роботи, спеціальними методами психолого-педагогічного і медичного супроводу родин, які виховують дітей з ЗЩА; проводити профілактичну роботу з попередження і подолання мовленнєвих і психологічних порушень у осіб із ЗЩА. Перспектива подальшого дослідження передбачає розробку міждисциплінарної й інтегративної медико-психолого-педагогічної моделі допомоги особам із ЗЩА.

Література

1. Григорьева Л. П. Прикус у детей. Полтава, 1995. 131 с.
2. Куроєдова В.Д. Сірик В.А. Логопедія в ортодонтії Полтава: Верстка, 2005 124 с.
3. Пахомова Н.Г., Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Комплексний медико-психолого-педагогічний підхід у корекційній роботі з дітьми із зубощелепними аномаліями та деформаціями // Хрестоматія з логопедії. навчальний посібник. за загал. ред. доктор пед. наук, проф. М.К. Шеремет. Видавництво «книга-плюс». С. 88-93.
4. Хорошилкина Ф. Я. и соавт. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. М.: Медицина, 1987. 304 с.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ АРТИКУЛЯЦІЇ ПРИГОЛОСНИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ

Розлуцька Г.М.¹, Іваськевич В.З.²

¹Кафедра загальної педагогіки та педагогіки вищої школи

²Кафедра стоматології дитячого віку

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

grozlutska@ukr.net

Актуальність міждисциплінарних підходів до вирішення проблеми артикуляції приголосних звуків у дітей визначається рядом чинників, зокрема, зростання ваги у якісній соціальній комунікації; прогресування проблеми артикуляції, яка спостерігається у більше 80% дітей дошкільного та шкільного віку і має тенденцію зростати; відсутність на пострадянському просторі усталених традицій співпраці фахівців різних напрямів (ортодонтів, логопедів, психологів, педагогів та ін.) щодо усунення відхилень у звуковимові дітей.

Мета – на підставі експертного опитування визначити взаємозалежність між артикуляцією звуків української мови та зубо-щелепними аномаліями, зокрема вестибулярним положенням іклів.

Методи дослідження. Міждисциплінарність підходів до проблеми звукомовила використання дослідницького інструментарію різних галузей науки, серед яких: педагогіка, психологія, логопедія, ортодонція. Застосовано загальнонаукові та спеціальні методи: емпіричні, аналітико-синтетичні методи дослідження при аналізі джерел і науково-методичної літератури; системний підхід, структурно-функціональний аналіз, узагальнення для інтерпретації результатів.

Основні результати. Усне мовлення є складною інформаційно-звуковою системою виключно людського спілкування. Дефекти у мовленні можуть викликати дискомфорт, стати причиною невдалого спілкування, непорозуміння, конфліктів та ін. Основою мовлення є правильна, чітка артикуляція. Під поняттям артикуляції ми розглядаємо роботу органів артикуляції, спрямовану на вимовляння того чи іншого звука мови або положення органів артикуляції при вимові звуків у процесі мовлення, і як передумову правильного звукотворення.

Акцентуємо увагу, що процес творення чітких звуків можливий лише за умови нормальної анатомо-фізіологічної будови та функціонування органів мовлення, зокрема артикуляційного апарату. Зуби вважають пасивним органом артикуляційного апарату, який забезпечує спеціальні перешкоди на шляху струменя повітря, що видихається. Дефекти зубних рядів впливають на відхилення у артикуляції звуків. У свою чергу, порушення звуковимови та неправильна артикуляція, інфантильний тип ковтання, порушення тону жувальних та м'язів спричиняють аномалії та деформації зубощелепної системи.

Кожній мові притаманна своя система артикуляції, свій спосіб членороздільного вимовляння звуків. Вимова голосних і приголосних звуків української мови має тенденцію до вертикальної артикуляції, яка утворюється шляхом округлення, передусім, голосних звуків. З погляду

фізіології артикуляції приголосні класифікують за місцем творення і способом творення. У ракурсі нашого дослідження є особливості артикуляції губних (лабіальних) та передньоязикових міжзубних, зубних, піднебінних приголосних звуків.

З метою визначення впливу вестибулярного положення іклів на артикуляцією звуків української мови нами було проведено дослідження на базі оглядового стоматологічного кабінету поліклінічного відділення Ужгородської міської дитячої лікарні в рамках НДР кафедри стоматології дитячого віку стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» на тему «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування сучасних стоматологічних технологій та експертна оцінка якості лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей і дорослих», державний реєстраційний номер 0109U00046.

Таблиця 1

Залежність артикуляції від вестибулярного положення ікл

Номер експерта	особливості положення частин артикуляційного апарату при вимові звука				
	зімкнення губ	притискання язика до зубного ряду верхньої щелепи	притискання язика до зубного ряду верхньої щелепи і з подальшим зімкненням і розімкненням губ	регуляція струменю повітря, що видихається передньою частиною артикуляційного апарату	відсутність перешкоди струменю повітря, що видихається
1	[б],[м],[п],[в],[ф]	[л], [н]	[ж],[дз],[дж]	[й],[ц],[ш],[ж] [з],[с]	[ч], [л]
2	[б],[м],[п],[в],[ф]	[л], [н]	[ж],[з],[дз],[дж]	[й],[ц],[т],[д],[ш],[ж] [з],[с] [ш],[ж], [з],[с]	[ч], [л]
3	[б],[м],[в],[ф]	[л], [н]	[дз],[дж]	[й],[ц],[ш],[ж] [з],[с]	[ч]
4	[б],[м],[п],[в]	[л]	[ж],[з],[дз],[дж]	[й],[ц],[ш],[ж] [з],[с]	[ч], [л]
5	[б],[м],[п],[в],[ф]	[л], [н]	[дз]	[й],[ш],[ж], [з],[с]	[ч], [л]
6	[б],[м],[п],[в],[ф]	[н]	[дз],[дж]	[й],[ц],[ш],[ж] [з],[с]	[ч], [л]
7	[б],[п],[в],[ф]	[л], [н]	[дз],[дж]	[й],[ц],[ш],[ж] [з],[с]	[ч]
8	[б],[м],[п],[в],[ф]	[л], [н]	[дз],[дж]	[й],[ц],[ш],[ж] [с]	[ч], [л]

Група дослідження була сформована під час виконання профілактичних оглядів учнів освітніх закладів м. Ужгород. Для встановлення залежності між зубо-щелепними деформаціями, скупченим розташування зубів верхнього ряду і неправильною артикуляцією було проведено опитування компетентних експертів, залучених до огляду. В групу з 8-ми експертів було включено 1 – психолога, 1 – логопеда, 2 – стоматологів-ортодонтів; 2 – помічників лікаря, 2 – педагогічних працівників. Експертам було запропоновано вказати звуки на нечітку вимову, яких впливає вестибулярне положення ікл. Відповіді експертів наведені в таблиці 1.

Результати. Аналіз відповідей експертів було засвідчив, що більшість експертів відслідковують такі залежності: вестибулярне положення ікл супроводжується дефектами у вимові приголосних губних звуків ([б],[м],[п],[в],[ф]), чітка вимова яких залежить від якості змикання губ та передньоязикові міжзубні, зубні та піднебінні звуки: ([л], [н], [й], [ц], [ш], [ж], [з], [с], [ч], [л], [д], [т], [дз], [дж], [й], [ц], [ш], [ж], [з], [с], [ч], [л], артикуляція яких вимагає змикання язика, губ та зубів.

Висновки. У відповідності із поставленою метою дослідження можемо констатувати, що зубощелепні аномалії негативно позначаються на звуковимові. Нами виділено порушення сприйняття інформації реципієнтом у результаті неправильної артикуляції. Встановлено, що зубощелепні аномалії та деформації призводять до порушень у роботі артикуляційного апарату, а відтак спричиняють проблеми у спілкуванні, викликають дискомфорт, непорозуміння у спілкуванні. Проведене дослідження доводить необхідність подальшої розробки методичних рекомендацій для практичної співпраці логопедів, ортодонтів, психологів та педагогів по усуненню дефектів мовлення.

ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД НЕМОВЛЯТ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ НАСКРІЗНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Яковенко А.О.

Центральне консультативно-діагностичне відділення ДКЛ № 7, м. Київ
yakovenko_ann@ukr.net

Актуальність. Діти із вродженими наскрізними незрошеннями губи та піднебіння (ВННГП) після хейлоринопластики внаслідок наявного вродженого дефекту твердого та м'якого піднебіння мають назальний відтінок мовлення. Окреслені умови вимагають логопедичного супроводу вже в грудному віці таких дітей. В цьому аспекті важливим напрямом роботи логопеда є формування тиску в ротовій порожнині у дитини вже починаючи з 6 місяців з моменту появи лепету.

Мета. Профілактика назалізації у немовлят із ВННГП з урахуванням розгорнутої картини актуального стану мовленнєвого розвитку та механізмів порушень основних його компонентів.

Методи дослідження. Психолого-логопедичне обстеження 20 дітей із ВННГП віком 6-8 місяців до велоластики для виявлення особливостей перебігу раннього фізичного, психомоторного та мовленнєвого їх розвитку; корекційні логопедичні заняття з дітьми та їх батьками для профілактики виникнення назалізації; бесіди з батьками та дистанційне спостереження за результативністю.

Основні результати. За допомогою модифікованого назального дзеркала встановлено, що у всіх 20 дітей із ВННГП грудного віку відмічалася емісія повітря з охопленням максимальної його площини до 90%. З їх батьками була проведена корекційна робота щодо виховання тиску в ротовій порожнині у дітей, використовуючи механічні вправи з урахуванням фази дихання та звуковимови. Для створення внутрішньоротового тиску у дітей із ВННГП в момент лепету на видиху проводилося затискання носових ходів на 2-3 секунди. Такі вправи виконувалися з частотою до 10 разів на день з тривалістю по 2-3 хвилини. Для отримання та закріплення позитивного результату до ігор підключаються близьке оточення дитини, щоб кількість повторів на день була якомога більшою. Це сприяло формуванню екстероцептивного умовного рефлексу на механічний подразник та стало профілактикою погіршення назалізації. Після велоластики у 15 (75 %) дітей швидше з'являлися в мовленні складні ротові звуки з мінімальною назальністю та закріплювалася навичка їх вимови. У 5 (25%) немовлят, батьки яких не займалися з дітьми вправами регулярно, в лепеті залишалися носові звуки, а ротові, вимова яких потребує максимального ротового тиску формувалися із запізненням у часі та з назальністю в їх вимові.

Висновки. Грудний вік у дитини із ВННГП є сенситивним для профілактики назальності в їх вимові з використанням методики виховання тиску в ротовій порожнині. Позитивний результат досягається шляхом довготривалої комплексної корекційної роботи логопеда-батьків-щелепно-лицевого хірурга.

ОРТОДОНТИЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

Яковенко Л.М., Шафета О.Б., Соколовський В.А.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ
olegshafeta@gmail.com

Актуальність. Діти з вродженими однобічними незрошеннями губи та піднебіння (ВОНГП) потребують комплексного і багатоетапного лікування із взаємодією команди спеціалістів.

Мета. Визначити етапність застосування ортодонтічного супроводу у дітей з ВОНГП в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів.

Матеріали та методи. Мультидисциплінарне поетапне лікування дітей з ВОНГП апробоване в клініці кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Результативність поетапного ортодонтічного лікування оцінювалася за клінічними, фотограмометричними та МРТ показниками у 64 дітей із ВОНГП.

Результати. У 10 дітей з ВОНГП до хейлоринопластики використовувалися DynaCleft. Проведена фотограмометрична оцінка тканин назолабіального комплексу (НЛК) після ортодонтічного лікування виявило зменшення трансверзальних розмірів фрагментів верхньої губи, чим оптимізувалися умови проведення хейлоринопластики. Встановлено, що у 18 дітей з ВОНГП у віці 8-15 міс. після хейлоринопластики верхня щелепа в порівнянні з нормою зменшується в сагітальному розмірі в середньому на $2,1 \pm 1,06$ мм. Для запобігання розвитку сагітальних деформацій верхньої щелепи після втручання на тканинах НЛК був використаний апарат для профілактики розвитку деформацій верхньої губи та щелепи з регульованим вестибулярним краєм (Патент №30732А від 15.12.2000 Б. №7/2000). Антропометричні виміри сагітальних розмірів верхньої щелепи довели раціональність його використання до велопластики.

Вивчення морфометричних показників велофарингеального комплексу у 38 дітей після велопластики та уранопластики віком від 4 до 18 років виявило, що у 60% (n=23) відмічається збільшення розмірів глибини мезофарингсу та зменшення ширини верхньої щелепи на межі м'якого та твердого піднебіння під дією м'язового кільця м'якого піднебіння. Використання знімних та незнімних апаратів в цей період дозволило зменшити глибину мезофарингсу шляхом збільшення сагітальних та трансверзальних розмірів верхньої щелепи.

Висновок. Запропонована мультидисциплінарна програма лікувально-профілактичних дій із ортодонтічним супроводом визначених у часі, термінах, послідовності і обсязі дозволила отримати у 87% таких хворих позитивні естетичні і функціональні результати.

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

MANDIBULAR OSTEOTOMY IN A PATIENT WITH EISENMENGER SYNDROME: CASE REPORT

Vares Ya.E.¹, Filipskyi A.V.¹, Filipska T.A.²

¹Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

²Department of Maxillofacial Surgery, Lviv Regional Clinical Hospital, Oral and Maxillofacial Surgeon, Lviv, Ukraine.

anton.filipskyi@gmail.com

Actuality of the topic. The presence of abnormalities of jaw bones causes a significant cosmetic and psychological discomfort to a person with such a problem. Currently, the planning and surgical treatment of malocclusion in patients without concomitant diseases is a routine process. The situation is a completely different when a patient has serious diseases of the respiratory or cardiovascular system, which may be a contraindication to such treatment.

Aim. Presentation of our own experience of a multidisciplinary approach to the orthognathic treatment of patient with malformation of the maxillofacial area with severe concomitant pathology.

Materials and methods. A 30-year-old patient, with the presence of Eisenmenger syndrome, progeny and open bite – a class III skeletal defect with a significant cosmetic and functional defect was chosen as a clinical case. The DDS-Pro software was selected to plan the operation. A bilateral sagittal split osteotomy of the mandible was selected as a method of surgery.

Results. At the time of the first visit, the patient was denied surgical treatment several times in other clinics. Before the treatment began, a patient underwent an intensive course in the cardiac surgery unit for 2.5 months. Surgical intervention was virtually planned with the production of a surgical template. Subsequently, an operation was performed. The treatment period was unremarkable. On day 20, a patient was discharged from the hospital for post-hospital follow-up. The resulting occlusion and changes in the shape of the face fully met the patient's psychological and cosmetic expectations.

Conclusion. Complicated cardiovascular pathology does not always deprive patients with malocclusion of the possibility to undergo surgical treatment. Careful diagnosis and long-term follow-up can play a crucial part in obtaining the patient's consent for surgery. Computer 3D imaging provides real help to plan future interventions. This suggests that a multidisciplinary approach to the preoperative preparation of patients with cardiovascular diseases and abnormalities of the dentoalveolar system is effective and can reduce the rate of refused orthognathic operations by such patients.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Годованець О.І., Муринюк Т.І.

Кафедра стоматології дитячого віку

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

muryniuk_taras@bsmu.edu.ua

Операція видалення третіх молярів є частим етапом ортодонтчного лікування пацієнтів. На сьогодні багато вчених рекомендують для профілактики розвитку зубощелепних аномалій видаляти зародки цих зубів у дітей віком від 10 років, тобто до початку періоду формування коренів. Крім того встановлено, що післяопераційний період у пацієнтів більш раннього віку проходить краще і з меншою кількістю ускладнень.

Питанням вивчення та оцінки стану зародків третіх молярів, їхнього впливу на формування прикусу та стан зубощелепної системи присвячені наукові та практичні дослідження в різних країнах. Методи оперативного видалення третіх молярів постійно удосконалюються та розширюються показання та методики їх проведення. Гермектомія є одним з альтернативних методів, котрий має низку переваг перед типовим і атипичними методами видалення зубів. Зокрема, фолікули розташовуються близько до стоншеного альвеолярного гребня, не мають коренів, що значно полегшує та зменшує оперативну травму. Не останню роль відіграє психологічний стан дитини, який, зазвичай, є сприятливішим у більш ранньому віці, аніж у пубертатний чи препубертатний періоди.

Тому метою нашої роботи було проаналізувати потребу в проведенні операції видалення третіх молярів (зародків) за ортодонтчними показаннями.

Нами проведено ретроспективний аналіз 200 медичних карток, діагностичних моделей та ортопантограм ортодонтчних пацієнтів.

Встановлено, що в 85,5 % випадків ортодонтчне лікування супроводжувалося видаленням третіх молярів та було обумовлене скупченістю зубів, яка, своєю чергою, розвивалася внаслідок різних чинників. Операція видалення третіх молярів проводилася в пацієнтів віком від 9 до 25 років та на різних етапах ортодонтчного лікування. Розподіл пацієнтів за віковим критерієм був таким: у 9,94 % випадках хірургічне втручання у вигляді гермектомії здійснювалося у 9-12 років; 60,24 % - у віці 12-16 років та 29,82 % - у віці 16-25 років. 2/3 пацієнтів перенесли дане оперативне втручання до початку ортодонтчного лікування, а третина – на заключному етапі лікування.

Таким чином, найчастіше операцію видалення третіх молярів за ортодонтчними показаннями проводять у віці 12-16 років. Більшість лікарів-ортодонтів планують цю маніпуляцію перед початком активного періоду ортодонтчного лікування. У випадках відмови пацієнтів від хірургічного етапу на початку лікування зубощелепної патології, зазвичай, доводиться повернутися до нього під час чи після дії ортодонтчної апаратури.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРТОДОНТИЧНО-ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕТЕНЦІЄЮ ЗУБІВ

Гутор Н. С.

Кафедра хірургічної стоматології

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

hutor@tdmu.edu.ua

Сучасна стоматологія робить все можливе, щоб зберегти зуби здоровими та красивими. На жаль зустрічаються аномалії зубних рядів, пов'язані із ретенцією зубів. Пацієнти із ретенцією зубів мають деформації зубних рядів, найчастіше у фронтальному відділі верхньої щелепи. Це порушення зубощелепної системи призводить до змін форми обличчя, прикусу, естетики, аномалійного прорізування сусідніх зубів, утворення трем, розсмоктування коренів, формування кіст та функціональних порушень. Дана патологія потребує комплексного підходу з позиції лікування. Важливим питанням, щодо визначення лікувальної тактики, є наявність місця в зубному ряду для прорізування ретенуваного зуба, що підтверджується R-им методом дослідження.

Таким чином, вибір методів лікування ретенції зубів є актуальним у сучасній стоматології.

Мета нашого дослідження - обґрунтування лікувальної тактики.

Методи дослідження. Пацієнти з ретенцією зубів. Протягом 2015-2020 років обстежено 498 жителів міста Тернополя, віком від 12 до 24 років. Під клінічними спостереженнями знаходилося 48 пацієнтів із ретенцією зубів, у яких було виявлено 60 ретенуваних зубів. Обстеження усіх пацієнтів проводили з використанням клінічного та рентгенологічного методів дослідження (ортопантомографія). Комплексне лікування складалося з двох етапів.

Перший ортодонтитичний - використання брекет системи.

Другий хірургічний - проведення анестезії, розкриття слизово-окісного клаптя, відшарування, трепанації кістки, оголенні коронки зуба. До поверхні коронки ретенуваного зуба фіксована ортодонтитична кнопка, до якої була фіксована дротяна тяга. Особливістю цього методу було проведення дротяної лігатури через сформовану бором альвеолярну лунку під відповідний зуб.

Ретенований зуб був виставлений у правильне положення незнімним ортодонтитичним апаратом, після деякого розширення зубного ряду.

Результати досліджень. Пацієнтам обох клінічних груп було проведено ортодонтитично-хірургічне лікування, направлене на збереження ретенуваного зуба та переміщення його у зубний ряд із нормалізацією прикусу. Клінічні спостереження за пацієнтами, показали, що чим швидше було почато ортодонтитично-хірургічне лікування після формування постійного прикусу, тим швидше був отриманий позитивний результат.

Висновки. Найбільш ефективним методом лікування ретенції зубів є комбінація ортодонтитично-хірургічного методів лікування. Найбільш ефективним лікуванням ретенуваних зубів було у пацієнтів віком від 14 до 18 років.

ХІРУРГІЧНО-ОРТОДОНТИЧНІ МЕТОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННОЇ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ

Єфименко В.П., Соколовський В.А.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ
dhstnmu@gmail.com

Актуальність. Одним з факторів, від яких залежить результат хейлоринопластики є розміри діастазу між незрощеними фрагментами верхньої щелепи. Успіх первинної хейлоринопластики в багатьох випадках залежить від виду незрощення та взаєморозташування фрагментів верхньої щелепи.

Мета. Зменшення трансверзального діастазу між фрагментами верхньої щелепи при однобічному наскрізному незрощенні губи та піднебіння для забезпечення оптимальних умов успішного проведення хейлоринопластики (уранопластики) у дітей з вродженими однобічними незрощеннями губи та піднебіння (ВОНГП).

Матеріали та методи. На клінічній базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку 15 дітям з ВОНГП у 3-х місячному віці застосований авторський ортодонтичний апарат, який фіксувався на фрагментах верхньої щелепи за допомогою інтраосальних гвинтів. Дітям з ВОНГП перед та після проведення хірургічних втручань виготовлялися діагностичні моделі, використовувалися антропометричні методи дослідження.

Результати. Серед 15 дітей з ВОНГП: у 10 з них діастаз фрагментів верхньої щелепи складав до лікування 15 мм, після використання запропонованого апарату – діастазу не було, у 5 пацієнтів з середнім діастазом 20 мм, після завершення лікування діастаз становив до 5 мм. Застосування запропонованого нами апарату поступово зменшує діастаз між фрагментами незрощення, що надає гарні умови для проведення етапу хірургічного лікування таких дітей та дозволяє зменшити рубцеві деформації верхньої губи та щелепи, досягнути гарного естетичного результату в найкоротші строки. Протягом 15-20 днів фрагменти верхньої щелепи переміщувались в положення, що мінімізувало діастаз між ними, або доводило фрагменти до контакту між собою, що дозволило скоротити строки передопераційної підготовки дітей з цією патологією приблизно на половину.

Висновки. Запропонований нами спосіб зменшення трансверзального діастазу фрагментів верхньої щелепи підвищує ефективність результатів хірургічного лікування та скорочує терміни передопераційної підготовки дітей з вродженими однобічними наскрізними незрощеннями губи та піднебіння для успішного проведення хейлоринопластики та в подальшій реабілітації.

ХІРУРГІЧНА ПІДОТОВКА ПОРОЖНИНИ РОТА ПАЦІЄНТА ПЕРЕД ОРТОДОНТИЧНИМИ ВТРУЧАННЯМИ

Мельник В.Л., Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
dalve1515@gmail.com

На кафедрі післядипломної освіти лікарів стоматологів застосовується інтегрований міждисциплінарний підхід при лікуванні ортодонтічних хворих. При цьому хірургічні методики лікування зубощелепних аномалій різні.

На м'яких тканинах – пластика вкороченої вуздечки язика; переміщення місця прикріплення вуздечки губи; пластика в ділянках тяжів слизової оболонки; поглиблення присінку порожнини рота.

Пластику вуздечок верхньої губи, язика проводять двома методами: френулектомія – висічення вуздечки по всій її довжині, ушивання рани кетгуттом; пластика вуздечки, переміщенням трикутних клаптів за А.А. Лімбергом.

Поглиблення присінку порожнини рота – показання при високому положенні перехідної складки, незалежно від її виду та тяжів слизової оболонки.

Вестибулопластика за методом Кларка – проводять розріз між рухомою і нерухомою слизовою оболонкою до окістя від правого до лівого ікла відшаровується слизова оболонка до слизової оболонки нижньої губи, поглиблюється присінок розрізом м'яких тканин паралельно альвеолярному відростку на 10-15 мм, відшарована слизова оболонка занурюється в глибину рани та фіксується там до окістя розсмоктуючим шовним матеріалом, на рану накладають йодоформний тампон.

На зубах і зубних рядах – оголення коронки ретенуваного зуба; реплантація або трансплантація зуба, видалення надкомплектних і окремих комплектних зубів.

На альвеолярному відростку проводиться компактостеотомія, на щелепах – остеотомія й остеоектомія.

Хірургічну підготовку порожнини рота до ортодонтічного лікування здійснюють при короткій вуздечці язика, проводять оперативне втручання – розсіченням вуздечки – френулотомію. Френулектомія – висічення вуздечки з її переміщенням показана при короткій вуздечці, що перешкоджає нормальному розвитку губи й утворенні діастеми.

При наявній великій різноманітності зубощелепних аномалій і деформацій неможливо обмежитися однією методикою операції. Клінічні прояви аномалій визначають вибір тієї або іншої хірургічної методики або їх комбінацій. Ретенційний період найбільш сприятливо позначається на стані пародонта переміщуваних зубів і стійкості отриманих результатів.

Комплексний підхід при лікуванні зубощелепних аномалій себе виправдовує з урахуванням індивідуальних клінічних особливостей пацієнтів та плановому застосуванні хірургічно-ортодонтічних методик.

ТЕРАПІЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ, ДИСТОПОВАНИХ ЗУБІВ РЕТРОМОЛЯРНОЇ ДІЛЯНКИ

Мельник В.Л., Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
dalve1515@gmail.com

Ретенція зубів мудрості є частим ускладненням прорізування зубів, яка може бути обумовлена нестачею місця в ретромолярній ділянці, неправильним розміщенням зуба мудрості по відношенню до дистального відділу альвеолярної частини щелепи і її гілки, а також по відношенню до другого моляра.

Операція атипового видалення передбачає: розтин слизової оболонки та окістя; відшарування слизово-окісного клаптя; видалення необхідних стінок альвеоли й оголення кореня зуба; вивихування кореня зуба з кісткової лунки; видалення кореня зуба; ревізія та обробка альвеоли; мобілізація слизово-окісного клаптя; закриття операційної рани укладанням на місце слизово-окісного клаптя і зашивання операційної рани. За потреби в ході операції проводять фрагментацію зуба або його коренів.

Після атипового видалення в післяопераційному періоді можуть виникати ускладнення, які залежать від травматичності втручань, уповільнених репаративних процесів даної ділянки, порушення мікроциркуляції навколо лунки видаленого зуба.

Проведено лікування ускладнень у 20 пацієнтів після видалення ретендованих зубів мудрості. Вік пацієнтів від 17 до 49 років, з них 9 чоловіків і 11 жінок.

У післяопераційному періоді у всіх пацієнтів розвинувся альвеоліт та альвеолоневрит.

Пацієнтам з виявленою неврологічною симптоматикою проводили голкорексфлексотерапію в кількості 3-7 сеансів, використовуючи рефлексогенні зони і точки вуха, голови, тулуба, верхніх, нижніх кінцівок. У всіх випадках лікування було ефективним.

Всім пацієнтам з альвеолітом призначали, поряд з перерахованою вище терапією, опромінення спектрами червоного і помаранчевого кольору багатофункціонального приладу НВО Люкс-Дент „UFL-122” за методиками для застосування в практиці хірургічної стоматології. При цьому максимальний ефект досягався при опроміненні з боку слизової порожнини рота червоним помаранчевим спектрами світла.

Пацієнти з ускладненнями після операції видалення ретендованого зуба мудрості потребують комплексного лікування не тільки медикаментозними препаратами, але й розробленими методиками із застосуванням голковколювання та світлотерапії.

ЗМІНИ ВЗАЄМОРОЗТАШУВАННЯ НЕЗРОЩЕНИХ ФРАГМЕНТІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІСЛЯ ВЕЛОПЛАСТИКИ

Філоненко В.В.¹, Шафета О.Б.²

¹Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології

²Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку

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

filonenko_valera@meta.ua

Актуальність. Незрощення губи та піднебіння є найбільш розповсюдженими вродженими аномаліями розвитку скелету середньої зони обличчя. Етіологія незрощень є багатофакторною. Вивчення умов розвитку та формування зубощелепного апарату у дітей з вродженими незрощеними губи та піднебіння є актуальним у комплексі використовуваних лікувально-реабілітаційних заходів.

Мета. Вивчити зміни взаєморозташування незрощених фрагментів верхньої щелепи після велоластики.

Методи дослідження. Проведено антропометричні вимірювання за методом Braumann, що передбачає дослідження трансверзальних розмірів щелеп, на сканованих моделях верхньої щелепи 10 дітей з вродженими незрощеними верхньої губи та піднебіння.

Основні результати. При проведенні антропометричних вимірювань сканованих моделей верхньої щелепи до хейлоринопластики середня величина трансверзальних розмірів верхньої щелепи на рівні проекції ікол становила $22,58 \pm 4,26$ мм ($N=24,26 \pm 0,79$ мм), на межі твердого і м'якого піднебіння – $30,69 \pm 2,83$ мм ($N=32 \pm 0,74$ мм); величина дефекту на рівні проекції ікол становила $8,01 \pm 3,14$ мм, а на межі твердого і м'якого піднебіння – $11,3 \pm 2,54$ мм.

Після велоластики, яка проводилась у віці 8-12 місяців, були зареєстровані зміни середніх величин трансверзальних розмірів верхньої щелепи, а саме зменшення їх в проекції ікол до $20,18 \pm 2,56$ мм ($N=24,26 \pm 0,79$ мм), а на межі твердого і м'якого піднебіння – до $29,08 \pm 4,03$ мм ($N=32 \pm 0,74$ мм). Величина дефекту відповідно становила на рівні проекції ікол $5,57 \pm 1,79$ мм, на межі твердого та м'якого піднебіння – $5,47 \pm 3,01$ мм.

Відновлена анатоμο-функціональна спроможність м'якого піднебіння сприяла зменшенню дефекту верхньої щелепи в трансверзальному напрямку на рівні проекції ікол та межі твердого і м'якого піднебіння.

Висновки. М'язовий апарат м'якого піднебіння створює оптимальні умови для ортодонтичної корекції незрощених фрагментів верхньої щелепи, зменшуючи розміри дефектів за рахунок їх переміщення. Наявність залишкового дефекту на твердому піднебінні після велоластики є оптимальним для подальшої ортодонтичної корекції оклюзійних співвідношень.

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СТВОРЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ БАЗИ ДАНИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ СИСТЕМ ПАЦІЄНТІВ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ

Герман С.А.

Кафедра ортопедичної стоматології

Харківський національний медичний університет, м. Харків

stasmagstas@gmail.com

Розповсюдженість дефектів зубних рядів серед населення України сягає значних показників. Втрата постійних зубів може трапитись в будь-який період життя людини. Вірогідність втрати зубів, розвитку карієсу та анатомічних пошкоджень зростає з віком.

Сучасна ортопедична стоматологія має в своєму арсеналі сканери анатомічної форми зубів та зубних дуг. Якщо раніше для збереження форми зубних щелеп використовували гіпсові моделі, які займали багато місця в шафі, то тепер ці дані можливо зберігати в електронному вигляді.

Людина може зберегти анатомічну форму своїх зубів до пошкодження або видалення, і відновити їх в будь-який момент життя за збереженою формою та повторити це безліч разів з можливістю корекції. Крім анатомії зубів можливо також використовувати скани обличчя, що відкриває можливості для реконструктивної хірургії щелепно-лицевої ділянки після травм.

Здавна людство цікавилось ідеєю збереження та відтворення молодості. В стоматології лікарі досягли значних успіхів в цьому, шляхом ортодонтичного та ортопедичного лікування зубів. Немає сумніву в потребі такої технології, що зберігала б анатомію зубощелепної системи (ЗЩС) людини в молодому віці та в майбутньому могла б відтворити її з урахуванням індивідуальних особливостей.

Виникає питання: в якому саме віці потрібне таке збереження. Складність такого завдання також обумовлене індивідуальною мінливістю, переміщенням зубів з часом, адаптацією ЗЩС до подразників, стиранням зубів, а також зубощелепними деформаціями.

Метою створення такої бази є підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів, шляхом протезування зубів CAD / CAM (Computer-Aided Design / Computer-Aided Manufacture) системами за попередньо збереженими електронними відбитками з урахуванням індивідуальних особливостей анатомії людини.

Перспективним напрямом в ортопедичній стоматології є створення національної бази даних, де кожна людина буде мати скановану копію своєї ЗЩС в певному віці, наприклад у 25 років, коли система вже сформована. Це надасть можливість лікарям після пошкодження зубів або їх втрати, відновляти анатомічну будову ЗЩС за попередньо збереженою формою, що також суттєво полегшить роботу зубним технікам.

СПЕКТРАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АКРИЛОВИХ ПЛАСТМАС

Локота Ю.Є.¹, Палійчук І.В.², Палійчук В.І.²

¹Кафедра ортопедичної стоматології

Ужгородський національний університет, м. Ужгород.

²Кафедра стоматології ННІ післядипломної освіти

Івано-Франківський Національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

urij.lokota@uzhnu.edu.ua

Актуальність теми. Полімерні матеріали широко використовуються в ортопедичній стоматології, зокрема в ортодонтії для виготовлення різних видів знімних зубних протезів та ортодонтичних конструкцій. Важливим є вибір базисного матеріалу знімних конструкцій, параметри яких найкраще підходять для вирішення даного конкретного завдання. Проте, значний інтерес представляє здобуття інформації про структурні зміни матеріалів в процесі їх приготування, полімеризації та подальшого використання із застосуванням оптичної спектроскопії.

Мета дослідження. Вивчити спектральні особливості акрилових пластмас для можливості їх ідентифікації та контролю дотримання часового режиму їх полімеризації.

Матеріали та методи дослідження. Для оцінки спектральних властивостей акрилових пластмас нами використано 4 види взірців: «Фторакс», «Вілакрил Н плюс», «Синма-М» та «Редонт», виготовлених загальноприйнятим способом з різним часом полімеризації. Для експерименту виготовлено по 15 взірців кожного виду, розміром: 1мм товщини, 5мм ширини та 10мм довжини. Спектральні дослідження досліджуваних зразків здійснювали на монохроматорі МДР-2 із визначенням коефіцієнта пропускання T і поглинання у діапазоні 400-800 нм довжин хвиль з інтервалом 10 нм., блоку світлофільтрів, тримача зразків, фотоприймача та системи вимірювання інтенсивності сигналів фотоприймача.

Основні результати. Досліджені спектри пропускання та поглинання світла полімерними стоматологічними матеріалами пластмаси «Фторакс», «Вілакрил Н плюс», «Синма-М» та «Редонт» в видимій області спектра на різних стадіях полімеризації є різні і відрізняються між собою ($p < 0,001$).

Зафіксовані коефіцієнти пропускання світла, які для пластмаси «Фторакс» та «Вілакрил Н плюс» з часом полімеризації збільшується, а для пластмаси «Синма-М» та «Редонт» зменшується. Спостерігаються ділянки із практично стабільними значеннями коефіцієнта пропускання (поглинання) світла досліджуваних пластмас, які відповідають певному проміжку їх полімеризації і можуть бути використані для ідентифікації повної полімеризації пластмаси «Фторакс», «Вілакрил Н плюс», «Синма-М» та «Редонт».

Висновок. Спектри пропускання та поглинання світла досліджуваних акрилових пластмас, зняті на заключних стадіях полімеризації, суттєво відрізняються між собою ($p < 0,001$), що дає змогу з високою вірогідністю ідентифікувати ці матеріали по спектрах пропускання та поглинання світла у видимому діапазоні та визначити час повної полімеризації кожної із них, що може бути використано для ідентифікації якості виготовлення акрилових зубних протезів.

ВИКОРИСТАННЯ КАП ЯК ЕТАП ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВОНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Мельник В.Л., Шевченко В.К., Силенко Ю.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
dalve1515@gmail.com

В Україні за літературними даними у 60-78% населення віком від 39 до 56 років діагностується синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Проблема дисфункції СНЩС є дуже актуальною, через значну поширеність, особливо протягом останнього часу та різноманітність клінічних проявів, що можуть впливати на психологічне та соціальне здоров'я. Особливою чутливістю до цього захворювання наділені жінки, особливо із порушенням репродуктивного здоров'я. Діагностика дисфункції СНЩС є ключовою у постановці діагнозу та виборі ефективних методів лікування даного захворювання та повинна включати як рентгенологічне дослідження елементів СНЩС, так і функціональне обстеження. Сучасним та інформативним методом діагностики та диференційної діагностики розладів СНЩС м'язової та інтракапсулярної етіології є метод електроміографії жувальних м'язів.

Проведені клінічні спостереження на 14 пацієнтах (6 чоловіків і 8 жінок у віці від 36 до 49 років). Діагностика і лікування даних пацієнтів здійснювалось спільно з лікарем-остеопатом та лікарем-ортопедом-стоматологом. Специфікою лікування була дія на больовий компонент у пацієнтів в проблемних ділянках правого та лівого скронево-нижньощелепних суглобів за допомогою рефлексаналгезії, світлолікування – синє світло (режим В2) апарату LuxDent „UFL 122”. Усунення проблем прикусу – виготовлення стоматологом-ортопедом спільної суглобової капи для тимчасової фіксації прикусу з обов'язковим відтермінованим протезуванням.

Незалежно від причин або ступеня вираженості дисфункції СНЩС, найбільш ефективний метод її лікування на початковому етапі – використання м'якої суглобової капи. Її завдання – зняти навантаження на суглоб, зменшити м'язову напругу і обмежити стертість зубів. Капа позиціонує нижню щелепу в правильне положення, при якому зубощелепова система знаходиться у найбільш збалансованому і розслабленому стані.

За результатами застосування запропонованого нами лікування в даній групі пацієнтів за період від 3 до 5,5 місяців отримані позитивні результати, завдяки яким можна вважати цей комплекс ефективним при його застосуванні у міждисциплінарному підході при лікуванні пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС.

Доцільність даного лікування підтверджена клінічними та параклінічними результатами досліджень.

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО МЕТАЛИ ТА ЇХ СПЛАВИ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Рамусь М.О., Рамусь А.М., Оджубейська О.Д.

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ramusartem@gmail.com

Метали – це прості речовини, що характеризуються у звичайних умовах високими для них фізико-хімічними властивостями, електро- і теплопровідністю, пластичністю, типовим «металевим блиском» і мають у твердому стані типову кристалічну будову. Основна хімічна властивість металів – здатність їх атомів легко віддавати валентні електрони і переходити в позитивно заряджені іони. Тому метали – це добрі відновники. Хімічні властивості металів визначаються будовою їхніх атомів і типом кристалічних ґраток.

Металеві сплави – макроскопічні однорідні системи, що складаються з двох або більше металів з характерними металевими властивостями. У широкому сенсі сплавами називаються будь-які однорідні системи, отриманні плавленням металів, неметалів, оксидів і органічних речовин.

На відміну від металів, в сплавах легше підсилювати окремі властивості. Цього досягають зміною співвідношення між металами, які входять в сплав. Деякі метали і сплави в різних умовах можуть існувати в різних кристалічних формах. Це властивість речовини називають алотропією, або поліморфізмом.

В ортопедичній стоматології при створенні знімних та незнімних ортопедичних конструкцій, на ряду з вибором протезу, метал, який там застосовується, повинен відповідати певним критеріям та вимогам, а саме:

- Володіти високими механічними властивостями: міцність, пружність, твердість, високий опір навантаження.
- Мати хороші технологічні властивості: мінімальна усадка, гнучкість, пластичність, точне лиття, полірування.
- Мати потрібні фізичні властивості: невелику питому вагу, невисоку температуру плавлення.
- Володіти високою хімічною стійкістю до дії агресивних середовищ порожнини рота.
- Бути нешкідливими, хімічно інертними в порожнині рота.
- Зберігати форму та об'єм.
- Бути біологічно сумісними з відновлюваними тканинами.

В даний час можливе застосування більш 100 різних видів сплавів.

За міжнародними стандартами (ISO, 1989) всі сплави металів розподілені на наступні групи:

1. Сплави благородних металів на основі золота (Au).
2. Сплави благородних металів, що містять 25 - 50% золота або платини (Pt), або інших дорогоцінних металів.
3. Сплави неблагородних металів.

4. Сплави для металокерамічних конструкцій:

- а) з високим вмістом золота (> 75%);
- б) з високим вмістом благородних металів (золота і платини або золота і паладію (Pd) > 75%);
- в) на основі паладію (більше 50%);
- г) на основі неблагородних металів:
 - на основі кобальту Co з додаванням хрому, Cr більше 25%, молібдену, Mo більше 2%;
 - на основі нікелю Ni з додаванням хрому більше 11%, молібдену - більше 2%.

Можна виділити більш спрощений підрозділ на *благородні* і *неблагородні* метали. Сплави на основі благородних металів ділять:

- на золоті;
- золото-паладієві;
- сплави на основі платини.

Сплави металів *благородних* груп мають кращі ливарні властивості і корозійну стійкість, проте за міцністю вони поступаються сплавам *неблагородних* металів.

Сплави на основі *неблагородних* металів включають:

- хромонікелева (нержавіюча) сталь;
- кобальтохромовий сплав;
- нікельхромовий сплав;
- кобальтохромомолібденовий сплав;
- сплави титану (Ti), сплави на основі срібла;
- допоміжні сплави алюмінію (Al) і бронзи для тимчасового користування;
- сплав на основі свинцю (Pb) і олова (Sn), що відрізняється легкоплавкістю.

Крім того, сплави, що застосовуються в ортопедичній стоматології, можна класифікувати за іншими ознаками:

- за призначенням (для знімних, металокерамічних, металополімерних протезів);
- за природою компонентів сплаву;
- за кількістю компонентів сплаву;
- температура плавлення;
- за технології переробки і т.д.

Ще раз підкреслимо основні вимоги, які пред'являються до сплавів металів, що застосовуються в клініці ортопедичної стоматології:

- 1) біологічна індиферентність і антикорозійна стійкість до впливу кислот і лугів в невеликих концентраціях;
- 2) високі механічні властивості (пластичність, пружність, твердість, високий опір зносу і ін.);
- 3) наявність певних фізичних властивостей (невисокої температури плавлення, мінімальної усадки, невеликої щільності і т.д.) і технологічних властивостей (ковкості, плинності при литті і ін.).

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПОЄДНАНОГО ВПЛИВУ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА АПІПРОДУКТУ

Демидова П.І.

Кафедра терапевтичної стоматології ХНМУ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Науковий керівник – професор, д.мед.н. Рябокони Є.М.

polinademidovva@gmail.com

Актуальність. Однією з причин виникнення гіперестезії зубів є наявність у пацієнтів різних ступенів розвитку генералізованого пародонтиту. Заради отримання довготривалих результатів у зниженні показників гіперестезії зубів, необхідно оптимізувати існуючі методи лікування.

Метою цього дослідження було оцінити ефективність лікування гіперестезії зубів у хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу із використанням низькоінтенсивного лазерного випромінювання та апіпродуктів.

Матеріали та методи. 104 хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу та гіперестезією зубів були розділені на 4 групи, відповідно до отриманого методу лікування. Ступінь вираженості чутливості гіперестезії зубів оцінювали за шкалою Schiff. Чутливість вимірювалася до двох різних подразників – до холодного та тактильного. Холодним подразником було повітря з пустеру, тактильним подразником був стоматологічний зонд.

У 1 групі для лікування гіперчутливості зубів використовували лак на основі фториду натрію, у 2 групі лікування проводили за допомогою апікацій настоянки прополісу, в 3 застосовували низькоінтенсивне лазерне випромінювання з довжиною хвилі 810 нм, у 4 групі лікування проводилося за допомогою комбінованого використання настоянки прополісу та низькоінтенсивного лазерного випромінювання з довжиною хвилі 810 нм.

Отримані значення показників за шкалою Schiff до холодного та тактильного подразників оцінювали до лікування, одразу після лікування, через тиждень, 1 місяць, 3 місяці, пів року та рік після лікування. Статистичну достовірність результатів оцінювали у IBM SPSS Statistics, V. 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.).

Результати. Лікування було ефективним одразу після його отримання в кожній з чотирьох груп, про що свідчить значне зниження середніх значень показників за шкалою Schiff; через рік найнижчі значення були отримані у групі, де лікування проводилося за допомогою поєднаного використання настоянки прополісу та низькоінтенсивного лазерного випромінювання. Результати порівняння між групами є статично значущими ($p < 0,05$).

Висновки. Аналіз отриманих результатів показників оцінки ефективності запропонованого методу лікування гіперестезії зубів свідчить про високу клінічну стійкість та довготривалість отриманого ефекту.

ВМІСТ КАЛЬЦІЮ І ФОСФОРУ У ГОМОГЕНАТІ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ ЗА ЗМІНЕНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ

Древницька Р.О., Гевкалюк Н.О., Авдєєв Б.О., Бойків А.Б., Авдєєв О.В.

Кафедра дитячої стоматології

Тернопільський національний медичний університет

імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль

drevnitska ro@tdmu.edu.ua

Внаслідок значного поширення запальних захворювань тканин пародонта актуальним питанням у стоматології залишається покращення результатів їх лікування та профілактики. Для додаткового розкриття патогенетичних механізмів та проведення найефективнішого лікування актуальним є дослідження вмісту макроелементів у гомогенаті тканин пародонта при експериментальному гінгівіті та за його корекції при зміненій реактивності організму.

Мета дослідження. Визначення вмісту кальцію та фосфору у сироватці крові та гомогенаті ясен при експериментальному гінгівіті та за його корекції у статевозрілих щурів.

Матеріали і методи. Досліди проведено на 100 білих нелінійних щурах-самцях віком 5-6 місяців: 10 інтактних щурів; 30 щурів з експериментальним гінгівітом без змін реактивності організму; 30 щурів з експериментальним гінгівітом на тлі гіпоергії організму, викликаній циклофосфаном; 30 щурів з експериментальним гінгівітом на тлі гіперергії організму, викликаній пірогеналом; яким проводилося лікування протизапальним гелем з неовітином. Забій тварин і забір м'яких тканин пародонта під тіопенталовим наркозом проводили через 7 діб після початку експерименту в групі зі змодельованим гінгівітом, у групах без і з корекцією – через 14 діб.

Результати досліджень та їх обговорення. Вміст Са у гомогенаті тканин пародонта недостовірно ($p > 0,05$) відрізнявся від контрольного показника (2,89 ммоль/л) у всіх групах тварин, у групі зі змодельованим нормоергічним і гіперергічним гінгівітом: зростання на 8,30 % і 4,50 %, відповідно; при гіпоергічному гінгівіті – зменшення на 7,96 %; зменшення у групах патології без корекції склало 1,73 %, 10,38 %, 1,04 % у нормо-, гіпо- та гіперергічній групах відповідно; у групах із корекцією відбувалось збільшення вмісту Са із перевищенням контрольної цифри на 3,46 % і 1,73 % у гіпо- і гіперергічній групах відповідно, не досягав контрольної цифри і був меншим на 1,04 % вміст кальцію у нормоергічній групі.

Достовірним було зменшення вмісту Р у гомогенаті тканин пародонта від контрольного показника (4,85 ммоль/л) у 1,6, 2,3 і 1,8 раза у нормо-, гіпо- та гіперергічній групах відповідно; у групах без корекції зменшення було у 1,7, 1,97 і 2,1 раза; з корекцією – у 1,3, 1,6 та 1,9 раза у нормо-, гіпо- та гіперергічній групах відповідно.

Висновки. Вміст Са у гомогенаті є більш стійкою константою, ніж вміст Р за розвитку запального процесу в яснах. Протизапальний гель з неовітином мав коригуючий вплив на вміст макроелементів в яснах, як за розвитку в них запального процесу без зміни реактивності організму, так і за зміненої реактивності.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Сідаш Ю.В., Бойченко О.М.

Кафедра терапевтичної стоматології

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

u.v.sidash@ukr.net

В останні роки доведений тісний зв'язок захворювань тканин пародонта з патологією серцево-судинної системи. Відомо, що розвиток генералізованого пародонтиту залежить не тільки від розвитку локального запалення у тканинах пародонта, викликаного мікрофлорою зубної бляшки, але є реакцією на дію системних патогенних факторів, які призводять до глибоких змін внутрішнього середовища організму і, як наслідок, до структурного їх ураження.

Мета дослідження: визначення ефективності комплексного лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит, асоційований з ІХС.

Матеріали та методи дослідження. Проведене обстеження та лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню у віці від 45 до 60 років. В першу (контрольну) групу ввійшли хворі на хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню, в анамнезі яких не відмічалася ІХС, які отримували лікування за стандартами ведення стоматологічного хворого. Другу групу склали хворі на ІХС зі стабільною стенокардією напруги I функціонального класу на хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню, призначались 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат, у капсулах по 0,3-0,6 г на добу та за протоколом лікування антигіпоксичними препаратами (3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат) локально. В третю групу ввійшли хворі на ІХС зі стабільною стенокардією напруги II-III ф.к., на хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню, яким призначались 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинат, у капсулах по 0,3-0,6 г на добу та препарат "Коензим Q₁₀" у капсулах по 0,9 г на добу.

Результати дослідження. Виявлено, що застосування у складі комплексної терапії ГП I-II ступеню у пацієнтів на фоні ІХС поряд з призначенням 3-гідрокси-6-метил-2-етилпіридину сукцинату та локальної антигіпоксичної терапії був позитивний ефект відразу після лікування, протягом 2 тижнів, через 1 та 6 місяців. У хворих суттєвим покращенням клінічної картини стало: зникнення больових відчуттів, зникнення чи суттєве зменшення кровоточивості ясен, неприємного запаху з рота, набряку ясен та гіперемії, відсутність виділень з пародонтальних кишень, покращення статички рухомих зубів та зниження чи повне зникнення підвищеної чутливості зубів, позитивною динамікою пародонтальних індексів, а також оптимізацією процесів регіонарної гемодинаміки та мікроциркуляції.

Висновки. Доведено, що ефективність лікування хворих на генералізований пародонтит I-II ступеню у пацієнтів на фоні ІХС зростає при комплексному застосуванні антигіпоксантів для загального лікування та локального введення в тканини пародонта шляхом інстиляцій та накладання твердіючої пов'язки.

INVIA EST IN MEDICINA VIA SINE LINGUA LATINA НЕПРОХІДНИЙ ШЛЯХ В МЕДИЦИНІ БЕЗ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ

Скрипников П.М., Скрипнікова Т.П., Хміль Т.А., Писаренко О.А., Тимошенко Ю.В.

Українська медична стоматологічна академія

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів, м. Полтава

pols@detaero.com

Усі учбові та навчальні посібники, наукові статті з стоматології мають значну кількість латинських термінів, які визначають анатомічні утворення, класифікації захворювань, елементи ураження, процеси, які виникають при запаленні, некрози та новоутворювання, діагнози та інші. Знання латинської термінології необхідні при обстеженні хворих, проведенні клінічних розборів, комунікації лікарів з колегами у присутності пацієнтів. Вибір метода лікування, прогнозування тяжкості та лікування захворювання, знання лікарських засобів, їх пропис у рецепті також не можливий без знання латині. В сьогоденні медичні принципи, деонтологічні канони зафіксовані в пам'яті людей на латинській мові: *noli nocere, ivatura sanat, medscus – curat morbus* та інші.

Особливо необхідні знання латинської термінології лікарям в питаннях деонтології. У всіх країнах світу діагноз ставиться латинською мовою або згідно з кодом класифікатора хвороб, як прийнято в останні роки.

Ці дії були продиктовані тим, що в сьогоденні пацієнти широко використовують мережу інтернет та самостійно призначають собі лікування, або викликають у себе різні фобії. Так, деякі захворювання слизової оболонки порожнини рота мають діагнози з термінами, які в «народному просторі» мають зовсім інші прояви. Наприклад: червоний плескатий лишай (*lichen ruber planus*), оперізувальний лишай (*herpes zoster*), чорний волосатий язик (*lingva villosa nigra*).

Найбільш широко використовують терміни з двох слів, а також терміни з грецької термінології:

papilla	}	linguae	frontale	}	os
apex			palatinum		
radix			zygomaticum		
musculus			temporale		
nervus			sphenosdale		
cancer			occipitale		
carcinoma					
tonsillaris	}	sinus			
maxillaries					
alveolaris					
interdentalis					
frontalis					

Таким чином, лікарям – стоматологам надається можливість використовувати латинську термінологію в практичній діяльності, що є проявом клінічної зрілості лікаря та його професійної грамотності.

ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ

РІВЕНЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Шешукова О.В., Кузь І.О., Максименко А.І.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ukrainka@i.ua

Цукровий діабет (ЦД) – це одне із найбільш поширених захворювань обміну речовин, що характеризується довічним перебігом, ранньою інвалідизацією та високим рівнем смертності населення. Наявність у дітей інсулінозалежного цукрового діабету є одним із основних факторів ризику виникнення захворювань органів порожнини рота.

Мета дослідження. Визначити структуру стоматологічної захворюваності у дітей, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет.

Матеріали та методи дослідження. Проведено стоматологічне обстеження 129 дітей в віці 6-14 років, які проживають в м. Полтава та Полтавській області. Середній вік дітей склав $9,9 \pm 0,30$. Діти були розділені на 2 клінічні групи: 64 особи без супутньої патології (1 група) та 65 дітей із цукровим діабетом I типу, важка форма, стадія субкомпенсації вуглеводного обміну (2 група). У всіх обстежених визначали поширеність та інтенсивність карієсу (за індексами КПВз), індекс гігієни за Федоровим-Володкіною (1968) та спрощений гігієнічний індекс OHI-S (Green, Vermillion, 1964). Стан пародонту оцінювали за допомогою індексу РМА в модифікації Parma (1960).

Результати дослідження. Аналіз проведеного дослідження показав, що рівень поширеності карієсу був високим, як серед дітей з ЦД (93,5%) так і в групі практично здорових дітей (83,9%). Інтенсивність карієсу у дітей з ЦД була вищою ($2,7 \pm 1,5$), ніж у дітей без супутньої патології ($1,9 \pm 1,6$).

Індекс гігієни за Федоровим – Володкіною в групі соматично здорових дітей складає $1,49 \pm 0,06$, що відповідає хорошій гігієні порожнини рота. У групі пацієнтів з цукровим діабетом I типу вищезазначений індекс складає $2,08 \pm 0,08$, що відповідає незадовільній гігієні порожнини рота.

Результати оцінки за спрощеним індексом гігієни OHI-S (Green-Vermillion) наступні: в 1 групі – $0,69 \pm 0,05$, що відповідає гарному рівню гігієни, в 2 групі складає $1,74 \pm 0,08$, його можна трактувати як задовільний. Проте, варто врахувати, що діапазон значень, що відповідають вказаному вище рівню гігієни знаходиться в межах від 0,7 до 1,8, тобто останній знаходиться майже на межі з поганим.

Показник пародонтологічного індексу у дітей першої групи свідчить про відсутність запалення ясен. У дітей, хворих на цукровий діабет виявили середній ступінь тяжкості гінгівіту РМА = $42,77 \pm 1,31$.

Висновки. У дітей, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет у порівнянні з дітьми без такої патології визначені зміни в порожнині рота, які полягають у високому рівні поширеності та інтенсивності запалення тканин пародонту та вищій інтенсивності каріозного процесу.

Зміст

ОРТОДОНТІЯ

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ <i>Глазунов О.А., Степанова С.В., Фесенко В.И.</i>	3
ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ТА ДЕФОРМАЦІЙ СЕРЕД ДІТЕЙ БУКОВИНИ <i>Годованець О.І., Хомишин О.Т.</i>	7
ПРОСТЕЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ З БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ <i>Годований О.В.</i>	8
СУЧАСНА СТРУКТУРА РОЗПОДІЛУ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ЗВЕРНЕННЯМ <i>Курєдова В.Д., Петрова А.В.</i>	9
ЗУБОЩЕЛЕПНІ АНОМАЛІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ <i>Мельник А.О.¹, Кисельова Н.В.²</i>	12
ЛОГОПЕДІЯ	
КОМПЛЕКСНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ <i>Пахомова Н.Г.</i>	13
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ АРТИКУЛЯЦІЇ ПРИГОЛОСНИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ <i>Розлуцька Г.М.¹, Іваськевич В.З.²</i>	16
ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД НЕМОВЛЯТ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ НАСКРІЗНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ <i>Яковенко А.О.</i>	19
ОРТОДОНТИЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ В КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ <i>Яковенко Л.М., Шафета О.Б., Соколовський В.А.</i>	20
ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ	
MANDIBULAR OSTEOTOMY IN A PATIENT WITH EISENMENGER SYNDROME: CASE REPORT <i>Vares Ya.E.¹, Filipskyi A.V.¹, Filipaska T.A.²</i>	21
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ <i>Годованець О.І., Муринюк Т.І.</i>	22
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОРТОДОНТИЧНО-ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕТЕНЦІЄЮ ЗУБІВ <i>Гутор Н. С.</i>	23
ХІРУРГІЧНО-ОРТОДОНТИЧНІ МЕТОДИ ОПТИМІЗАЦІЇ УМОВ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННОЇ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ <i>Єфименко В.П., Соколовський В.А.</i>	24

ХІРУРГІЧНА ПІДОТОВКА ПОРОЖНИНИ РОТА ПАЦІЄНТА ПЕРЕД ОРТОДОНТИЧНИМИ ВТРУЧАННЯМИ <i>Мельник В.Л., Шевченко В.К.</i>	25
ТЕРАПІЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ, ДИСТОПОВАНИХ ЗУБІВ РЕТРОМОЛЯРНОЇ ДІЛЯНКИ <i>Мельник В.Л., Шевченко В.К.</i>	26
ЗМІНИ ВЗАЄМОРОЗТАШУВАННЯ НЕЗРОЩЕНИХ ФРАГМЕНТІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПІСЛЯ ВЕЛОПЛАСТИКИ <i>Філоненко В.В.¹, Шафета О.Б.²</i>	27
ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ	
ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СТВОРЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОННОЇ БАЗИ ДАНИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ СИСТЕМ ПАЦІЄНТІВ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ <i>Герман С.А.</i>	28
СПЕКТРАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АКРИЛОВИХ ПЛАСТМАС <i>Локота Ю.Є.¹, Палійчук І.В.², Палійчук В.І.²</i>	29
ВИКОРИСТАННЯ КАП ЯК ЕТАП ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВОНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА <i>Мельник В.Л., Шевченко В.К., Силенко Ю.І.</i>	30
ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО МЕТАЛИ ТА ЇХ СПЛАВИ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ <i>Рамусь М.О., Рамусь А.М., Оджубейська О.Д.</i>	31
ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ	
РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ЗУБІВІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПОЄДНАННОГО ВПЛИВУ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ТА АПІПРОДУКТУ <i>Демидова П.І.</i>	33
ВМІСТ КАЛЬЦІЮ І ФОСФОРУ У ГОМОГЕНАТІ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ ЗА ЗМІНЕНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ <i>Древницька Р.О., Гевкалюк Н.О., Авдєєв Б.О., Бойків А.Б., Авдєєв О.В.</i>	34
ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ <i>Сідаш Ю.В., Бойченко О.М.</i>	35
IN VIA EST IN MEDICINA VIA SINE LINGUA LATINA НЕПРОХІДНИЙ ШЛЯХ В МЕДИЦИНІ БЕЗ ЛАТИНСЬКОЇ МОВИ <i>Скрипников П.М., Скрипнікова Т.П., Хміль Т.А., Писаренко О.А., Тимошенко Ю.В.</i>	36
ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ	
РІВЕНЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Шешукова О.В., Кузь І.О., Максименко А.І.</i>	37