

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ**



**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В
СУЧАСНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ»,
ХІ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ
«МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ 2023»**

22-25 березня 2023 року

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ
АСОЦІАЦІЯ СТОМАТОЛОГІВ ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В
СУЧАСНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ»,**

**XI СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФОРУМ
«МЕДВІН: СТОМАТОЛОГІЯ 2023»**

22-25 березня 2023 року

ІВАНО-ФРАНКІВСЬК – 2023

Редакційна колегія:
Професор **Рожко М.М.**
Професор **Ожоган З.Р.**
Доцент **Бугерчук О.В.**
Асистент **Ковалюк А.В.**

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології», під час проведення одинадцятого стоматологічного форуму «Медвін: Стоматологія 2023» (22-25 березня 2023 року) – Івано-Франківськ – 2023.

© Івано-Франківський національний
медичний університет, 2023.

Вітаємо учасників II-го стоматологічного Форуму у Івано-Франківському національному медичному університеті «Медвін: Стоматологія - 2023» та науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології».

Вже водинадцять в м. Івано-Франківську проводиться Стоматологічний форум, виставка і науково-практична конференція за сприяння Міністерства охорони здоров'я, активної участі Асоціації Стоматологів України та Асоціації Стоматологів Івано-Франківщини.

Незважаючи на війну, основним завданням Форуму є обговорення проблем організації надання стоматологічної допомоги населенню в сьогоденних умовах, методів діагностики, програм профілактики та сучасних методів лікування стоматологічних захворювань населення України та реабілітації пацієнтів за допомогою різних видів конструкцій зубних протезів. Важливим є обговорення питань надання стоматологічної допомоги військовослужбовцям, реабілітації поранених в щелепно-лицевій ділянці. Об'єднання зусиль науковців та лікарів-стоматологів створить можливість для надання на високопрофесійному і сучасному рівні стоматологічної допомоги жителям Івано-Франківщини та України. Науковці, лікарі-стоматологи Івано-Франківщини, України і зарубіжних країн мають можливість обміну досвідом, ознайомлення із новими досягненнями та сучасними технологіями у стоматології та на базі ІФНМУ. У Форумі приймають участь декілька тисяч лікарів-стоматологів різних спеціальностей, лікарів-інтернів та студентів.

Бажаю всім учасникам Форуму Перемоги, стійкості, нових звершень в галузі стоматології, успішної роботи на користь України.

*Ректор
Івано-Франківського національного
медичного університету,
доктор медичних наук, професор,
член-кореспондент НАМН України,
Заслужений діяч науки і техніки України*

М.М. Рожко

ЗМІСТ

Ожоган З.Р.

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ 16

Oktysiuk Yu.V., Cherepiuk O.M.

DENTAL CARIES AMONG 12-15 YEAR OLD CHILDREN IN IVANO-FRANKIVSK REGION 19

Rachevska A.V. Brazhenko Yu.F.

MORPHOLOGICAL INVESTIGATION OF RATS LARGE SALIVARY GLANDS WITH DEXAMETASONE LOADING AND PREVENTION OF ITS SIDE EFFECTS 21

Ананевич І.М., Попадинець О.Г., Ожоган З.Р., Пастух М.Б., Петришин С.В.

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЙОДОДЕФІЦИТІ У ЕСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН 23

Бібен А.В., Павлишин В.В.

ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ З НИЗЬКИМИ КЛІНІЧНИМИ КОРОНКАМИ В ПРАКТИЦІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА 25

Біда О.В., Біда О.В.

ШЛЯХИ ПРЕВЕНЦІЇ КЛІНІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЗАМІЩЕННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ 27

Богданов В.Л., Григоренко А.Я., Тормахов М.М., Сперкач С.О., Кременицький В.В., Лось В.В., Маланчук В.О., Сороченко Г.В., Павленко М.О., Лось В.В.

ЯКІСНА ОЦІНКА ПОВЕРХНІ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ 29

Боднарук Ю.Б., Попович З.Б., Ярмошук І.Р.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ ХРОНІЧНОГО
КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ІЗ ДИТЯЧИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ 31

Брожина Б.В., Павленко О.В.

ДІАГНОСТИКА ТА ПЛАНУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРАНЕННЯМИ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ 33

Бугерчук О.О., Рожко М.М.

ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ
ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ПАРОДОНТИТУ 34

Воляк Ю.М., Рипан В.І.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ
ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОЇ ЛОР-ПАТОЛОГІЇ 37

Воробець А.Б., Гнеда Р.М., Солошук В.С.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗ-
НИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ
ЩЕЛЕПИ В ГЕНДЕРНОМУ ВІДНОШЕННІ 39

Воробець А.Б., Готич Р.І.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕСТАВРАЦІЇ
ОКЛЮЗІЙНОЇ ПОВЕРХНІ ПЕРШОГО МОЛЯРА
НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ 41

*Гаджула Н.Г., Шінкарук-Диковицька М.М., Повишенюк А.В.,
Фурман Р.Л.*

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО
АПКАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ У ВАГІТНИХ 43

Геник Б.Л., Ожоган З.Р.

ОЦІНКА СТАНУ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ХВОРИХ
НА АКАНТОЛІТИЧНУ МІХУРНИЦЮ З ПОВНОЮ
ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ 45

Глазунов О.О.

РОЗРАХУНОК НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНИХ
СТАНІВ ПРИ НЕЗНІМНОМУ ЗУБНОМУ
ПРОТЕЗУВАННІ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ТКАНИН
ПАРОДОНТА 47

Децик О.З., Стовбан І.В., Федорика Н.З., Кузь Я.В.

ВЧАСНІСТЬ ВИЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ
НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ
ЯК ІНДИКАТОР ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ... 50

Дорошенко О.М., Біда В.І., Леоненко П.В., Омеляненко О.А.,
Дорошенко М.В.

ПОТРЕБА В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ
ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ 52

Закут Я.С.

ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ
ПРИ АКТИВНОМУ ТЮТЮНОПАЛІННІ У ОСІБ
ЮНАЦЬКОГО ВІКУ 55

Заяць О.Р., Заяць С.В., Ожоган З.Р., Заяць С.В., Заяць Н.О.

ПРОФІЛАКТИЧНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ У ДІТЕЙ
ЯК ПОКАЗНИК ЯКІСНОГО КОМПЛЕКСНОГО
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ТА ДЕФОРМАЦІЙ ...57

Заяць С.В., Рожко М.М.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЗАКРИТТЯ РЕЦЕСІЙ ЯСЕН 60

Зражевська А.Ю., Біда О.В.

МЕТОДИ ОЦІНКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ ОРТОДОНТИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ У ОСІБ ДИТЯЧОГО ВІКУ З ДЕФЕКТАМИ
ЗУБНИХ РЯДІВ 62

Іваськевич В.З.

ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИ УРАЖЕННЯХ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА:
ОГЛЯД ЗАРУБІЖНИХ ДЖЕРЕЛ 66

Касьяненко Д.М., Браженко Ю.Ф.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІМНАСТИКИ
ЗА СИСТЕМОЮ ЙОГА В СУКУПНОСТІ З
ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ ДИСТАЛЬНОГО
ПРИКУСУ 69

Кенюк А.Т., Ньорба-Бобиков М.М.

ВСТАНОВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ПОВ'ЯЗАНИХ
З НЕУСПІШНІСТЮ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА
АНАЛІЗ ЇХ СТУПЕНЮ ВПЛИВУ 72

Кирилюк М.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ОЩАДЛИВИХ ПІДХОДІВ ПРИ
ЗАМІЩЕННІ ЧАСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ
РЯДІВ АДГЕЗИВНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ
ПРОТЕЗАМИ 75

Кирилюк М.І.

ПЛАНУВАННЯ ЧАСТКОВИХ ЗУБНИХ ЗНІМНИХ
ПРОТЕЗІВ ПРИ ПОНИЖЕНИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ
РЕЗЕРВАХ ОПОРНИХ ЗУБІВ 77

Кінаш Ю.О., Кінаш Л.В.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ОКЛЮЗІЯ ТА КІСТКОВА
АУГМЕНТАЦІЯ ЯК ПОСІДНАНІ МЕТОДИ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ 79

Кіндрат Г.В., Попович З.Б., Яцинович В.І.

АНАЛІЗ МІКРОБІОТОПУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ
ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ
СИСТЕМИ 82

Клим'юк Ю.В., Ожоган З.Р., Федорак В.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ
ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПАРОДОНТУ ОПОРНИХ
ЗУБІВ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ СУЧАСНИХ
ЕСТЕТИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НЕЗНІМНИХ
ПРОТЕЗІВ 85

Кобрин О.П., Герелюк В.І., Романишин С.С., Кукурудз Н.І.,
Кобрин Н.Т.

ДИСКООРДИНАЦІЯ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У
ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ 87

Ковалюк А.В., Петришин С.В., Ожоган З.Р.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДО
ЕЛАСТИЧНИХ ЗНІМНИХ ШИН-КАП ЯК ЗАСОБУ
ПІДГОТОВКИ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ ДО
ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ 89

Костишин А.Б., Костишин З.Т., Денисенко О.Г., Штурмак В.М.

РОЛЬ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ У ПРОФЕСІЙНОМУ
СТАНОВЛЕННІ ЛІКАРЯ 91

Куліш С.А., Янішен І.В., Кричка Н.В.

БЕЗАКРИЛОВА ПЛАСТМАСА ДЛЯ БАЗИСІВ
ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ 92

Кумгир І.Р., Ожоган З.Р., Левко В.П., Мізюк Л.В.,
Сухоробський Ю.І.

**ДИНАМІКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ
ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЯМИХ
І НЕПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ ТВЕРДИХ ТКАНИН
ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ
АНТИОКСИДАНТНОГО ПРЕПАРАТУ 96**

Лаврін О.Я.

**АНАЛІЗ ОЦІНКИ УРАЖЕНОСТІ ЗУБІВ КАРІОЗНИМ
ПРОЦЕСОМ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ 98**

Лісецька І.С., Рожко М.М.

**ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮ-
ВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ НА ПОКАЗНИКИ
АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ
У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО
ПАЛЯТЬ 101**

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

**ВИВЧЕННЯ СТАНУ ТКАНИН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЗНІМНИХ
ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ ІЗ АКРИЛОВИХ
ПЛАСТМАС 105**

Махлинець Н.П., Ожоган З.Р.

**ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ У РОЗВИТКУ ЗУБО-
ЩЕЛЕПОВИХ АНОМАЛІЙ 107**

Мельник В.С.

**РОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В РОЗВИТКУ ЗУБОЩЕЛЕП-
НИХ АНОМАЛІЙ 109**

Мельник С.В.

**ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ
СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ ПРО РИЗИКИ
ПРОФЕСІЙНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАРАЖЕННЯ ... 111**

Мізюк Л.В., Ожоган З.Р., Кумгир І.Р., Сухоробський Ю.І.,
Бугерчук О.В.

**ВИБІРКОВІ ДИСЦИПЛІНИ ЯК НЕВІД'ЄМНА
СКЛАДОВА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ
НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ 114**

Мізюк Л.В., Ожоган З.Р., Обідняк В.З., Бульбук О.І.

**ЗМІШАНА ФОРМА НАВЧАННЯ ЯК СУЧАСНИЙ
ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-
СТОМАТОЛОГІВ 116**

Музиченко Н.І.

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПУЛЬПІ ПРИ
ГОСТРОМУ ПУЛЬПІТІ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАСТОЮ З
ІНГІБІТОРАМИ ПРОТЕОЛІЗА 118**

Ожоган З.Р., Крохмаль А.В., Ожоган Р.З.

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮ-
ВАННЯМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ
СУГЛОБІВ 119**

Ожоган З.Р., Мізюк Л.В., Ожоган І.А.*

**ВАЖЛИВІСТЬ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ-
СТОМАТОЛОГІВ З РОЗДІЛУ «НЕЗНІМНЕ
ПРОТЕЗУВАННЯ», ІЗ УРАХУВАННЯМ РОЗВИТКУ
СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ 122**

Ожоган З.Р., Мізюк Л.В., Сухоробський Ю.І., Шутак О.В.,
Рожко О.М., Ожоган І.А.

**ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ХАРАКТЕРУ ТА КОНСИСТЕНЦІЇ
ЇЖИ НА СТАН ПАРОДОНТУ ОПОРНИХ ЗУБІВ ТА
НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУЦІЙ 124**

<u>Ожоган П.З., Ожоган З.Р., Рожко М.М., Ожоган І.А.</u> МЕТОДИКИ ДОСЯГНЕННЯ ВИСОКИХ ЕСТЕТИЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ НЕПРЯМИМИ РЕСТАВРАЦІЯМИ	127
<u>Ожоган Р.З., Рожко М.М., Ожоган Ю.М., Ожоган З.Р.</u> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, УСКЛАДНЕНИМИ РОЗЛАДАМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА	129
<u>Ожоган Ю.М., Рожко М.М., Ожоган Р.З., Ожоган І.А.</u> ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСКОЛОРИТОМ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	131
<u>Орнат Г.С.</u> ДО ПИТАННЯ ПРО ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ...	134
<u>Павленко О.В., Пехньо В.В., Кобець І.О.</u> ОЦІНКА СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ЗА ДАНИМИ МРТ ДІАГНОСТИКИ	136
<u>Палійчук М.І., Рожко М.М.</u> КОМП'ЮТЕРНЕ ПЛАНУВАННЯ ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ	138
<u>Панчишин О.Т., Проць Г.Б.</u> ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВИНЕКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ	140
<u>Пелехан Б.Л., Рожко М.М., Пелехан Л.І.</u> МЕТОДИКА УДОСКОНАЛЕННЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОВНОЇ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ	142

<u><i>Петришин С.В., Ожоган З.Р., Ковалюк А.В., Ананевич І.М.</i></u> ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ ФОРМОЮ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ПОЄДНАНОЮ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ	144
<u><i>Помпій О.О., Помпій Е.С.</i></u> КЛІНІЧНИЙ СТАН НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБ- НИХ РЯДІВ	146
<u><i>Попович З.Б., Рожко М.М., Кіндрат Г.В.</i></u> ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	149
<u><i>Проць Г.Б., Пюрик В.П., Ничипорчук Г.П., Гришук І.О.</i></u> КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВО- РИХ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ЗАЛЕЖ- НОСТІ ВІД СТАНУ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА	151
<u><i>Пюрик В.П., Косенко С.В., Гайошко О. Б., Деркач Л.З.</i></u> ПРОЛОНГУВАННЯ ПЕРІОДУ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПРОФІ- ЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПЕКТИНОВИХ РЕЧОВИН	153
<u><i>Романишин С.С., Герелюк В.І., Кукурудз Н.І., Кобрин О.П., Кобрин Н.Т.</i></u> ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ	157
<u><i>Рошук О.І.</i></u> ДЕФЕКТИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ПОТРЕБА У ЇХ ПРОТЕЗУВАННІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	160

Савонік С.М., Біда В.І.

ПОКАЗНИКИ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНОГО
ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ
РЯДІВ У ЗМІННОМУ ПЕРІОДІ ПРИКУСУ 162

Сенишин О.В., Ожоган З.Р., Ярмолюк М.С.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ НЕПРЯМИХ
ЕСТЕТИЧНИХ РЕСТАВРАЦІЙ 166

Сергієнко О.І.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ
ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ТА ВТОРИННИМИ
ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ
ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПІ
ПІДГОТОВКИ ДО ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ 168

Случевська О.О., Павленко О.В., Мочалов Ю.О.

АНАЛІЗ ВІКОВОЇ СТРУКТУРИ «ПАРОДОНТО-
ЛОГІЧНИХ» ПАЦІЄНТІВ ТА КІЛЬКОСТІ ЇХ
ЗВЕРНЕНЬ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ 172

Ступницький І.Р., Рожко М.М., Ступницький Р.М.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ
МОРФОЛОГІЧНОЇ ПЕРЕБУДОВИ КОМІРКОВОЇ
ЧАСТИНИ ЩЕЛЕПИ В МІСЦІ ВТРАЧЕНОГО ЗУБА,
ЯК ПЕРЕДУМОВИ ДО ПОДАЛЬШОГО ВИБОРУ
ОРТОПЕДИЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ 175

Тарнавська Л.В., Ничипорчук Г.П.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МІСЦЕВОГО
ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ІН'ЄКЦІЙНОЇ
КОНТУРНОЇ ПЛАСТИКИ ОБЛИЧЧЯ З
ВИКОРИСТАННЯМ ФІЛЕРІВ НА ОСНОВІ
ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ 177

Титик В.М., Ожоган З.Р.

УДОСКОНАЛЕННЯ І ОБГРУНТУВАННЯ
ВИКОРИСТАННЯ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ 179

Федорюк В.В., Ронько М.М., Бульбук О.І.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ МЕТОДУ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ
ТВЕРДИХ ТКАНИН ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО
ВТРУЧАННЯ 181

Янішен І.В., Кричка Н.В., Куліш С.А.

ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ
НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ-
СТОМАТОЛОГІВ 183

Янішен І.В., Сідорова О.В.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА
ВОДОПОГЛИНАННЯ СКЛОІОНОМЕРНОГО
ЦЕМЕНТУ ДЛЯ ПОСТІЙНОЇ ФІКСАЦІЇ НЕЗНІМНИХ
ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ З ЙОГО
АНАЛОГАМИ 186

Янішен І.В., Федотова О.Л.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ
МЕТОДИКИ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗНІМНИХ
КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ЗА
ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ СЛИЗОВОЇ
ОБОЛОНКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА 189

Янковецька І.М., Ожоган З.Р., Базилевич Т.М.

ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА
ФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ МОТИВАЦІЇ ... 193

МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Ожоган З.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Наукові стоматологічні школи України і практична стоматологія переживають на даний час дуже важкий період розвитку, що і першу чергу пов'язано із війною росії проти України. Наслідком цих подій є руйнування закладів надання стоматологічної допомоги населенню України, переміщення значної кількості населення з окупованих територій, недостатнє фінансування стоматологічної служби і скорочення лікарів-стоматологів з комунальних закладів. Комунальні стоматологічні поліклініки переводяться на самофінансування, що веде до обмеження отримання стоматологічної допомоги пенсіонерами, ветеранами і пораненими на війні. Однак, незважаючи на такі проблеми, лікарі-стоматологи проводять ефективно, високоякісне лікування пацієнтів, часто з використанням власних матеріалів і значні кошти переводять на допомогу ЗСУ.

Незважаючи на війну, робочі групи МОЗ України з ортопедичної і хірургічної стоматології розробили і впровадили в практичну стоматологію Стандарти медичної допомоги: «Хвороби твердих тканин зубів. Ортопедичне лікування штучними коронками», (наказ МОЗ №333 від 20 лютого 2023 року); «Травми щелепно-лицевої ділянки» «Дентоальвеолярна травма» (наказ МОЗ №314 від 17 лютого 2023 р.);

Зокрема, на даний час сучасними напрямками наукових досліджень у ортопедичній стоматології є розробка і обґрунтування методик лікування пацієнтів із дефектами твердих тканин зубів і зубних рядів, захворюваннями пародонту, зубощелепними деформаціями, патологічною стертістю і захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба.

Однією з основних вимог пацієнтів до стоматологічного лікування є естетичні вимоги. Широке використання на даний час мають 3D цифрові технології виготовлення естетичних конструкцій, програми моделювання форми зубів. На кафедрі ортопедичної стоматології ІФНМУ на даний час застосовуються методики інтраорального 3D сканування, методики сканування сканером UP3D моделей, від-

битків, розбірних моделей, а також моделей в центральній оклюзії. Застосовуються 3D принтери для естетичного ортопедичного лікування та імплантології. При цьому використовуються різні модулі моделювання, зокрема, протезування вінірами, вкладками, штучними коронками, мостоподібними протезами, частковими знімними протезами і протезування на імплантатах. Застосовуються науково обґрунтовані сучасні технології виготовлення естетичних непрямих реставрацій на основі прес-кераміки або фрезерованої кераміки, диоксиду циркону, а для їх оцінки - індексна оцінка крайового прилягання конструкцій, бінокулярні системи збільшення площі операційного поля на всіх етапах ортопедичного лікування.

Вивчається вплив матеріалів естетичних конструкцій, таких як кераміка, диоксид циркону на маргінальний пародонт, крайове прилягання до ясен штучних коронок, вкладок, вінірів, стан гігієни ротової порожнини. Особливо вагоме значення має оцінка стану пародонту у пацієнтів, необхідність зняття зубних відкладень при проведенні прямих або непрямих реставрацій і комплексна терапія захворювань пародонта.

Методики дентальної імплантації широко впроваджуються в клінічну практику, проводиться лікування пацієнтів, аугментація кісткової тканини, а з використанням фантомних моделей і імплантатів, хірургічних та ортопедичних наборів, фізіодиспенсера проводяться тренінги і майстер-класи, навчання студентів на практичних заняттях і вибіркових дисциплінах. Викладачами кафедри отримано ефективні віддалені результати дентальної імплантації, зокрема, після протезування сучасними естетичними конструкціями з опорою на дентальні імплантати.

На кафедрі широко застосовується артикуляційна система "CadiacCompact", для діагностики і лікування пацієнтів із дефектами зубних рядів і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба, запропоновано сучасні методи виготовлення естетичних оклюзійних капш, які враховують результати конділографії. У зв'язку із високою поширеністю генералізованого пародонтиту, важливими є методики діагностики і комплексного лікування захворювань пародонта, роль ортопедичних методів естетичного протезування і шинування рухомих зубів при комплексному лікуванні. Високу клінічну ефективність доводить сучасне обладнання, таке як, система для зняття незнімних протезів CORONAFLEX (Kawo), яка дозволяє атравматично зняти мостоподібні протези і штучні коронки із збереженням кукс опорних зубів, а також прилад для автоматично-

го замішування склоіономерних цементів у спеціальних капсулах, зокрема для ефективної фіксації Fuji Plus, та для реставрацій Fuji IX, Equia Forte Fil.

Високою залишається проблема лікування пацієнтів із зубощелепними деформаціями, патологічною стертістю твердих тканин зубів, застосування ортодонтичних і хірургічних методів комплексного лікування.

Актуальними на даний час є методи реабілітації військових та поранених в щелепно-лицевій ділянці, естетична реабілітація, хірургічні методи ремоделювання альвеолярного відростка і кісткової тканини щелеп, застосування розроблених конструкцій щелепно-лицевих протезів.

На сьогоднішній день, незважаючи на війну, надзвичайно важливим є збереження структури надання і доступності стоматологічної допомоги населенню України, впровадження новітніх, високоефективних методик стоматологічного лікування пацієнтів у практичну роботу стоматологічних клінік.

DENTAL CARIES AMONG 12-15 YEAR OLD CHILDREN IN IVANO-FRANKIVSK REGION

Oktysiuk Yu.V., Cherepiuk O.M.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Dental caries is the most common dental disease among the population of Ukraine, despite a large number of scientific studies dedicated to the justification and improvement of methods of its prevention and treatment. According to the WHO, about 60-90% of school-age children suffer from this pathology with an intensity of 0.5 to 3.5 permanent teeth. Epidemiological studies conducted in different regions of Ukraine confirm the significant prevalence of caries, which in different age groups varies from 62% to 96.5% with the intensity of carious damage from 3.2 to 7.2 teeth.

High level of intensity and prevalence of caries in children is caused by a large number of risk factors of both exogenous and endogenous nature, including: frequency of consumption of sweets and sugar-containing carbonated drinks, state of oral hygiene, condition of general somatic health, socio-economic, ecological, biogeochemical, climatic and geographical factors and others. The occurrence of dental caries is largely determined by the natural conditions of permanent residence of the child, namely biogeochemical provinces with a natural deficiency of trace elements, in particular iodine, fluorine, zinc, magnesium in the soil and water. Numerous studies have proven that the climate-geographical and geochemical properties of the region can influence the level of dental morbidity in children by reducing the functional capabilities of the body and, first of all, its regulatory systems, the level of tension of which reflects the degree of adaptation of the body to environmental conditions. Therefore, studying the prevalence and intensity of dental caries in children living in different geographical and climatic conditions of the Ivano-Frankivsk region is relevant.

Objective: To investigate prevalence and intensity of dental caries among children living in different geographical and climatic conditions of the Ivano-Frankivsk region.

Material and methods. A total of 1060 children aged 12 to 15 years from 3 geography areas (plain, foothills and mountain) of Ivano-Frankivsk region without somatic disorders were examined. Dental decay was assessed through clinical dental examinations using WHO recommendations and assessment criteria for prevalence and intensity

of dental caries (DMF index). Statistical analysis was conducted with using Excell 2010 and Statistica 9.0.

Results. The prevalence of dental caries in examined children was estimated to be high in all regions: in the plain area it was $90.52 \pm 3.21\%$, in the foothills $95.71 \pm 1.79\%$ and in the mountains $95.8 \pm 2.3\%$ ($p > 0.05$). The intensity of caries of permanent teeth in children living in the mountain area was 6.25 ± 0.29 , in children from the foothills – 5.66 ± 0.28 teeth and was significantly higher ($p < 0.05$), compared to the DMF of children from the plain area – 4.69 ± 0.24 .

Conclusions. The results of the study suggest that the climate-geographical features of the mountain zone, primarily the lack of trace elements iodine and fluorine in the soil and drinking water, cause a violation of the development of the hard tissues of the teeth, which in the future leads to a high prevalence and intensity of the carious process in children of this area. The obtained research data can be used for effective search, substantiation and implementation of preventive measures in children with dental caries living in mountainous areas.

MORPHOLOGICAL INVESTIGATION OF RATS LARGE SALIVARY GLANDS WITH DEXAMETASONE LOADING AND PREVENTION OF ITS SIDE EFFECTS

Pachevska A.V. Brazhenko Yu.F.

*Vinnitsia National Medical University named after MI Pirogov
Department of Pediatric Dentistry
Department of Foreign Languages*

Introduction. The COVID-19 pandemic has led to widespread use of dexamethasone in the treatment of critically ill patients. After recovery in patients who were prescribed the drug, there are disorders of carbohydrate and lipid metabolism, disorders of the cardiovascular, nervous systems, gastrointestinal tract. Constant thirst and dry mouth may be complaints that the patient complains to the dentist.

Goal. To study the preventive effect of phytopreparation on micro- and macrometric indicators of large salivary glands of rats under dexamethasone loading.

Materials and methods. All experimental animals were divided into 3 groups: 1 - intact, 2 - rats administered dexamethasone, 3 - prophylaxis with herbal medicine. Animals of group 2 - dexamethasone was administered intradermally at a dose of 0.125 mg / kg body weight for 14 days. Animals of the 3rd group on the background of the experiment was administered herbal medicine. Animals were removed from the experiment by decapitation under light ether anesthesia. The weight of animals and glands was determined using laboratory scales type VLR-200. Histological examination was performed according to generally accepted methods.

Results of the research. At experimental introduction of dexamethasone at animals decrease in body weight, increase in weight of large salivary glands is registered. Thus, during the experiment, body weight decreased by 23% (from 260.5 ± 4.62 to 200.3 ± 2.1 g). Prophylactic administration of traditional medicinal herbs led to a decrease in body weight by only 13% (from 219.6 ± 1.3 to 190.4 ± 2.1 g). During the experiment, the index of large salivary glands increased 2 times compared with the intact group of animals (0.012 and 0.024), during prevention it increased only 1.5 times (0.012 and 0.019). Histological examination showed that the sublingual salivary gland tissue in the intact group was represented by the stroma and

parenchyma. The stroma is larger in the area of the gate of the gland and is almost absent in the parenchyma. The parenchyma consists of acinuses composed of approximately 20 secretory cells. The nucleus of the mucocyte has a crescent shape, is closer to the basement membrane, their cytoplasm is light in color, resembling light bubbles. The lumen of the acinus is slit-shaped, formed by the distal parts of mucocytes. The acinuses are connected by insertional ducts, which are formed by a single layer of cubic epithelium with large rounded nuclei. Another type of outlet ducts - striped ducts. They are formed by high prismatic cells, the nuclei of which are located closer to the basement membrane. The basement membrane is invaginated into the cytoplasm of the epithelium, which is observed in the form of so-called striation. The lumen of the striped and inserted ducts is quite large, rounded. Experimental administration of dexamethasone shows a significant increase in connective tissue, edema, increase in mucocyte volume, decrease in the lumen of the acinus, decrease in the lumen of the insertion and striated ducts, stasis is observed in the vessels. Prophylactic administration of the phytopreparation leads to the approximation of the histological picture to the data of intact animals.

Conclusions. Experimental administration of dexamethasone leads to a decrease in the weight of animals with a simultaneous increase in the mass of the salivary glands, to dystrophic phenomena in the tissue of the sublingual salivary gland. The introduction of phytopreparation leads to the approximation of these macro and micro indicators to the data of intact animals.

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ЙОДОДЕФІЦИТІ У ЕСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

Ананевич І.М., Попадинець О.Г., Ожоган З.Р.,
Пастух М.Б. *, Петришин С.В.*

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології
Кафедра анатомії людини**

При дефіциті йоду в питній воді та продуктах харчування виникають проблеми у функціонуванні щитовидної залози, що в подальшому приводить до метаболічних порушень, що проявляються морфологічними змінами в тканинах більшості систем органів і слизовій оболонці порожнини рота, зокрема.

Матеріали та методи. Наше дослідження ми проводили на білих безпородних щурах-самцях статевозрілого віку, відповідно до вимог та правил проведенням робіт з використанням експериментальних тварин. Моделювання гіпотиреозу проводилося на 10 білих безпородних щурах за допомогою препарату «МЕРКАЗОЛІЛ» («Здоров'я» Україна), який вводили з питною водою у розрахованих дозах відповідно масі тіла щура. Розрахунок проводили із відповідності 7,5 мг на 100г маси тіла тварини протягом 21 доби. Всі маніпуляції проведені з дотриманням вимог етики та гуманного поводження з тваринами. Забір матеріалу проводиться через 21 день. Евтаназію проводили шляхом введення 2% розчину тіопенталу натрію у дозі 2.5 мг/кг маси тіла тварини.

При електронномікроскопічному дослідженні слизової оболонки піднебіння і щоки візуалізуються різної форми епітеліоцити, ядерна оболонка яких формує численні неглибокі інвагінації. У нуклеоплазмі переважає еухроматин. Мітохондрії округлої форми, розташовані ближче до ядра, мають світлий матрикс і частково деформовані гребені. У пухкій сполучній тканині, що формує власну пластинку слизової оболонки, та підслизовому шарі розташовані набряклі колагенові волокна в оточенні електроннопрозорого позаклітинного матриксу. Секреторні клітини малих слинних залоз мають просвітлену цитоплазму.

Досліджуючи складові мікроциркуляторного русла, спостерігаємо, що ядра ендотеліоцитів гемокапілярів деформовані, їх

ядерна оболонка інвагінована, нуклеоплазма низької електронної щільності. Мітохондрії з вакуолізованим матриксом і порушеною впорядкованістю гребенів. У просвіті більшості капілярів містяться еритроцитарні складжі.

Отримані результати свідчать, що в умовах експериментально змодельованого гіпотиреозу в досліджувальних структурах спостерігаються типові зміни: виражені набрякові явища у сполучно-тканинних елементах та компонентах стінки судинного русла, і як наслідок – дистрофічні процеси у епітеліоцитах слизової піднебіння та щоки.

Зважаючи на актуальність питання впливу йододефіциту на стан зубощелепної системи, органів травлення та інших систем організму, вважаємо доцільним вивчення морфофункціональних перетворень слизової оболонки порожнини рота при йододефіциті в динаміці.

ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ З НИЗЬКИМИ КЛІНІЧНИМИ КОРОНКАМИ В ПРАКТИЦІ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Бібен А.В., Павлишин В.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Протезування пацієнтів з низькими клінічними коронами, особливо в результаті патологічної стертості зубів, є одним з найскладніших завдань в практиці лікаря-стоматолога.

Особливу складність складають клінічні ситуації, коли при стертості відбувається гіпертрофія альвеолярних відростків, адже значно ускладнюється етап лікування, який передбачає підвищення міжоклюзійної висоти.

Також, складними є ситуації, коли низькі клінічні коронки є результатом анатомічної, вродженої будови зубів, а саме протезування відбувається без зміни міжальвеолярної висоти [1].

Автори [2] відзначають, що кількість пацієнтів, що мають низькі або клінічно зруйновані коронки зубів, становить 17,8% від загального кількості звернулися, а за даними зарубіжних авторів - 15,2%. Низькі і зруйновані клінічно коронки опорних зубів - це завжди складні випадки, які важко піддаються лікуванню випадки.

Але сучасна стоматологія дає змогу лікарю-стоматологу використовувати широкий перелік матеріалів та технологій задля вирішення складних, дуже часто комплексних, завдань.

Ми ж пропонуємо використовувати для лікування коронки, півкоронки, та оклюзійні накладки, виготовлені з диоксиду циркону.

Пояснюється це кількома факторами - високі естетичні, біологічні властивості, здатність стримувати поширення мікротріщин при надмірних навантаженнях, завдяки механізму трансформаційного зміцнення. Крім того, захисне покриття із диоксиду циркону усуває прояви гальванозу та гальванізму в ротовій порожнині.

Але найважливішими на нашу думку, є високі трибологічні характеристики диоксиду циркону. Висока стійкість до стирання, особливо за умови застосування цирконієвих оклюзійних поверхонь на зубах-антагоністах забезпечує довготривалу та якісну функціональну оклюзію у пацієнтів з патологічним стиранням зубів. А високо-точне цифрове моделювання знижує до мінімуму потребу у оклюзій-

ному пришліфовуванні після фіксації ортопедичних конструкцій.

Важливу роль також відіграє той факт, що не дивлячись на біологічну та хімічну інертність циркону, сучасна стоматологія має цементи, які забезпечують хімічну адгезію диоксиду циркону до тканин зуба, а відповідно і надійну фіксацію не тільки за допомогою механічної а і хімічної адгезії.

Саме відсутність хімічної адгезії диоксиду циркону була одним з обмежуючих факторів для застосування оклюзійних накладок з цього матеріалу у порівнянні з суцільнокерамічними накладками. Але впровадження MDP мономеру вирішило цю проблему.

Даний хімічний агент був розроблений Kuraray Noritake Dental у 1981 році для підвищення міцності зчеплення з гідроксиапатитом, і відтоді є незамінним у стоматології. Фіксація цирконієвої реставрації, між іншим, також неможлива без мономеру MDP.

Тому ми плануємо провести дослідження щодо ефективності застосування незнімних зубних протезів з оклюзійною поверхнею з диоксиду циркону на зубах-антагоністах для лікування пацієнтів з патологічним стиранням твердих тканин зубів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Дворник, Валентин Миколайович. «Підготовка і протезування хворих на патологічне стирання твердих тканин зубів» *Український стоматологічний альманах, Київ* (2001): 21-23.
2. Fan JY, Lin TT, Hu FX, Zheng RB, Fan F, Ma JF. Effect of sintering temperature on mechanical properties of dental zirconia toughened aluminaceramics. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2017; 2: 129-133.
3. Яковин ОМ, Ожоган ЗР, Литвин ОС, Корчовий АА. Захисні властивості покриття ZrO₂ нанесеного на сплави металів при виготовленні ортопедичних конструкцій зубних протезів. *Український стоматологічний альманах*. 2012; 6: 15-21.

ШЛЯХИ ПРЕВЕНЦІЇ КЛІНІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЗАМІЩЕННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

*Біда О.В., Біда О.В.**

Національний медичний університет імені акад. О.О. Богомольця,

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти

Національний університет охорони здоров'я України імені

П.Л. Шупика,*

*Кафедра стоматології**

Хворі з частковою втратою зубів вимагають особливого підходу до ортопедичного стоматологічного лікування та подальшої реабілітації, оскільки конструкції незнімних та знімних зубних протезів передбачають як використання певних опорних елементів, розташованих на зубах, так і різного роду штучних елементів для заміщення дефекту зубного ряду. Кожна ортопедична конструкція з опорними елементами на зуби, що межують з дефектом, внаслідок передачі жувальної складової штучних зубів на опорний пародонт створює функціональне перевантаження останнього. Крім того, кожна знімна або незнімна ортопедична конструкція є тією чи іншою мірою додатковими ретенційними елементами для залишків їжі і, таким чином, сприяє порушенню гігієнічного стану ротової порожнини, активному формуванню біоплівки з феноменом «Quorum Sensing».

Здатність мікроорганізмів існувати у складі біоплівок значно підвищує стійкість бактерій до антибактеріальних і дезінфікуючих засобів, ускладнює проведення підтримувальної терапії тканин пародонта опорних зубів і превенцію ускладнень зубного протезування. Утворення бактеріальних біоплівок на ортопедичних конструкціях в порожнині рота спричинює розвиток низки хронічних захворювань, які надзвичайно складно лікуються, адже мікробні біоплівки відповідальні за етіологію та патогенез багатьох гострих і, особливо, хронічних бактеріальних інфекцій у людини.

Одним із методів оптимізації результатів ортопедичного лікування захворювань тканин пародонту є застосування фотодинамічної терапії (ФДТ) пародонту опорних зубів до накладення та в період користування ортопедичними конструкціями.

Мета дослідження. Підвищення ефективності ортопедичного

заміщення дефектів зубних рядів та пролонгація терміну користування зубними протезами шляхом застосування фотодинамічної терапії пародонта опорних зубів.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 38 осіб, 12 чоловіків та 26 жінок віком від 30 до 59 років з включеними дефектами зубних рядів, яким були виготовлені мостоподібні протези. 15 особам протезування проведено після традиційної терапевтичної підготовки до протезування та, за клінічними показами, пародонтологічного лікування. 23 особам додатково було призначено фотодинамічну терапію тканин пародонта опорних зубів, яка застосовувалася перед накладанням і в період користування ортопедичними конструкціями. Застосовувалася стоматологічна система «Ліка-Терапевт М», що включає лазер з довжиною хвилі 660 нм і препарат толуїдинового синього. Для забезпечення лікувального фотобіологічного ефекту безпосередньо в тканинах пародонта перед початком процедури ФДТ проводили професійну гігієну ротової порожнини.

Результати. Аналіз результатів ортопедичного заміщення дефектів зубних протезів незнімними конструкціями зубних протезів проводився через три, шість і 12 місяців після накладання конструкції і вказує на доцільність використання підтримувальної пародонтологічної терапії опорних зубів. Зокрема, протезування групи пацієнтів з призначенням сеансів фотодинамічної терапії, яка застосовується перед накладанням і в період користування ортопедичними конструкціями в порівнянні з результатами протезування, без будь-якої підтримувальної пародонтологічної терапії опорних зубів, вказують на покращення гігієнічного стану порожнини рота, зменшення запально-дистрофічних змін тканин пародонта опорних зубів в період користування ортопедичними конструкціями.

Висновки. Застосування фотодинамічної терапії, вільної від проблем формування резистентності, характерної для традиційних медикаментозних засобів, значний бактерицидний ефект, в поєднанні з мінімальним впливом на здорові тканини пародонту дозволяє оптимізувати результати ортопедичного лікування, підвищити витривалість тканин пародонта опорних зубів до жувальних навантажень, та пролонгувати період користування ортопедичними конструкціями.

ЯКІСНА ОЦІНКА ПОВЕРХНІ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ

**Богданов В.Л., Григоренко А.Я., Тормахов М.М.,
Сперкач С.О.*, Кременицький В.В.*, Лось В. В.**,
Маланчук В.О.**, Сороченко Г.В.**, Павленко М.О***,
Лось В.В.*****

Національна академія наук України

Інститут механіки ім. С.П. Тимошенка

*Технічний центр**

*Національний медичний університет ім. А.А. Богомольця***

*Національний університет охорони здоров'я ім. П.Л. Шупи-
ка****

Важливим для практичної імплантології є вплив форми та матеріалу(хімічного складу поверхні імплантату), яка контактує з кістковою тканиною та слизовою-сполучною тканиною, Достовірно відомо, що в клінічній практиці зустрічаються стани які називають «періімплантит». Дискусія з приводу причин їх виникнення продовжується вже не один рік. Метою дослідження став аналіз можливих причин ускладнень пов'язаних з структурою імплантатів. Проведено дослідження хімічного складу дентальних імплантатів та їх поверхневого шару. Для досягнення цілі був обраний метод рентгенівського мікроаналізу. Цей метод дозволяє без руйнації імплантату визначати якісний та кількісний хімічний склад імплантату та топографію його поверхні. Якісний аналіз хімічного складу виконано на основі закону Мозлі, що встановлює зв'язок між частотою характеристичного рентгенівського випромінювання хімічного елемента і його атомним номером, а кількість хімічного елемента в процентах визначали за інтенсивністю характеристичних ліній у спектрі випромінювання досліджуваного зразка. Форму імплантату та топографію його поверхні вивчали методом електронного сканування. У цьому методі точно сфокусований електронний промінь потрапляє на поверхню досліджуваного зразка і викликає взаємодію електронів зі зразком. Дослідження хімічного складу та топографію поверхні імплантатів проводили за допомогою рентгенівського мікроаналізатора jxa-8200 та сканівного електронного мікроскопу jsm-6490lv виробництва jeol ltd (Японія). З'ясували, що поверхня імплантатів в більшості випадків була піддана обробці для підвищення

шорсткості, очистці, пасивації, покриттю різними матеріалами з метою підвищення біоактивності, гідрофільності та збільшення мікропористої структури. Хімічний склад поверхні складався з титану, алюмінію та ванадію, які входили в основний хімічний склад матеріалу та вуглецю, кисню, кальцію, натрію, кремнію, фосфору, сірки, заліза, калію, хлору, магнію, що були додані при спеціальній обробці імплантату. Ці хімічні елементи були розташовані по площі поверхні неоднорідно, що було підтверджено зображеннями ділянок в рентгенівському характеристичному випромінюванні. Оскільки хімічний склад поверхні був розподілений на кожній ділянці неоднорідно, вимірювання процентного складу хімічних елементів повторювали декілька разів з обчисленням середнього значення та довірчого інтервалу для нього. Обстеження показали, що один імплантат з обраних взагалі не мав спеціального покриття, але містив залізо та вуглець, що могло бути наслідком контакту з металорізальним інструментом під час механічної обробки. Значна кількість кисню на поверхнях імплантатів свідчила про утворення оксидів титану, алюмінію та ванадію в результаті пасивації поверхні. Були виявлені інші хімічні елементи, які входили до складу покривних матеріалів.

Виявлені сторонні хімічні елементи свідчать про неоднорідний склад контактуючих поверхонь наданих імплантатів. Такі покривні матеріали безумовно здатні ускладнювати процеси гістеоінтеграції і бути однією з причин виникнення періімплантитів. Це дозволяє зробити висновок, що перевагу при виготовленні імплантата слід віддавати мономатеріалу, наприклад, титану. Робота та дослідження продовжуються.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Боднарук Ю.Б., Попович З.Б., Ярмошук І.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології післядипломної освіти*

Захворювання тканин пародонта на сьогоднішній день є однією із актуальних проблем сучасної дитячої стоматології. Згідно з даними ВООЗ 80 % обстежених у віці 10-20 років мають зміни в тканинах пародонту. В Україні поширеність захворювань пародонту у дітей сягає 60-90 %. Висока захворюваність, недостатня ефективність лікування роблять цю проблему соціальною та загальномедичною.

Найчастіше ураження пародонта в дитячому та підлітковому віці діагностується на тлі загальносоматичної патології. В Україні І місце серед дітей-інвалідів займають хворі з ураженням центральної нервової системи (47,9%), а серед нозологічних форм переважає дитячий церебральний параліч.

Медична реабілітація дітей-інвалідів, хворих на ДЦП, є актуальним завданням сучасної медицини. Складність надання стоматологічної допомоги хворим на ДЦП обумовлена тяжкістю клінічних проявів ДЦП, значними порушеннями зубоцелепної системи, утрудненим виконанням лікувально-профілактичних заходів. Автори наукових публікацій пропонують різні комплекси для лікування і профілактики карієсу і зубоцелепних аномалій. Однак, терапії запальних захворювань пародонту приділяється зовсім недостатньо уваги, хоча їх поширеність та інтенсивність у дітей-інвалідів з ДЦП висока.

Метою дослідження було вивчити поширеність ХКГ у дітей із ДЦП. У результаті поглибленого стоматологічного обстеження 75 дітей з ДЦП (основа група) та 53 дітей без соматичних захворювань (контрольна група) було встановлено, що в оглянутих дітей з ДЦП розповсюдженість ХКГ становила $(91,67 \pm 2,66)$ %, що було у 1,4 раза більше, стосовно даних дітей без соматичних захворювань $(63,86 \pm 5,27)$ %, $p < 0,01$. Водночас, серед обстежених дітей інтактний пародонт діагностувався у 4,3 раза частіше, стосовно відповідних значень у досліджуваних основної групи $(36,14 \pm 5,27)$ % проти $(8,33 \pm 2,65)$ %, $p < 0,01$.

У хлопців з ДЦП ХКГ діагностували у $(46,30 \pm 4,79)$ % оглянутих, що було дещо більше, стосовно даних у осіб чоловічої статі контрольної групи $(34,93 \pm 5,23)$ %, але різниця статистично не достовірна ($p > 0,05$), причому, у хлопців групи порівняння інтактний пародонт виявляли в 3,6 раза частіше, стосовно відповідних значень у хлопців з ДЦП $(16,87 \pm 4,11)$ % проти $(3,70 \pm 1,82)$ %, $p < 0,05$.

У дівчат, хворих на ДЦП, поширеність ХКГ становила $(45,37 \pm 4,79)$ %, що було у 1,6 раза вище, ніж у дівчат контрольної групи $(28,92 \pm 4,97)$ %, $p < 0,05$, однак у осіб жіночої статі контрольної групи інтактний пародонт виявляли у $(19,28 \pm 4,32)$ % обстежених, що було у 4,2 раза більше, стосовно відповідних значень у дівчат основної групи $(4,63 \pm 2,01)$ %, $p < 0,01$.

Таким чином, у дітей з ДЦП встановлена висока поширеність захворювань тканин пародонта, у структурі якого переважає хронічний катаральний гінгівіт. У дітей, хворих на ДЦП, інтенсивність запальних процесів збільшувалась з віком, залежала від ступеня важкості ХКГ, що підтверджено даними параклінічних індексів, та була вищою, ніж у дітей з ХКГ без загальносоматичних захворювань. Досліджено, що у дітей обох груп дослідження значно знижена мотивація до чищення зубів та якісного догляду за ротовою порожниною, що підтверджено індексними оцінками.

ДІАГНОСТИКА ТА ПЛАНУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРАНЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Брожина Б.В., Павленко О.В.

*Національний університет післядипломної освіти імені П.Л.Шурика
Кафедра стоматології*

Бойові дії в нашій країні створюють потребу в ортопедичній реабілітації пацієнтів з щелепно-лицевими пораненнями, характер травм при цьому змінює підхід до діагностики та тактики вибору плану лікування.

Розвиток сучасних технологій дає можливість більш ефективно досліджувати стан тканин протезного ложа. Розроблення схем ведення пацієнтів на ортопедичному етапі комплексної реабілітації і є напрямком нашого дослідження.

Матеріали та методи: в дослідженні залучено 60 пацієнтів з пораненнями ЩЛД, які пройшли весь об'єм спеціалізованої хірургічної допомоги. При цьому нами використовуються: клініко-статистичні, клінічні, фотометричні, фонометричні, рентгенологічні та статистичні методи дослідження.

Об'єктом дослідження є пацієнти з пораненнями щелепно-лицевої ділянки.

Очікувані результати спрямовані на вдосконалення діагностики та лікування поранених ЩЛД з використанням протетичних технологій на підставі вивчення поширеності та аналізу травми щелепно-лицевої ділянки досліджуваних.

Для цього: нами вивчається поширеність, локалізація та методи лікування поранень щелепно-лицевої ділянки; Розробляються критерії оцінювання стану м'яких та твердих тканин верхньої та нижньої щелеп для покращення діагностики; Опрацьовуються запропоновані нами удосконалення ведення пацієнтів; Визначається раціональний об'єм ортопедичної реабілітації на основі отриманої інформації; Проводиться аналіз отриманих результатів на підставі яких робляться висновки.

На підставі отриманих нами результатів дослідження, будуть розроблені протоколи ведення пацієнтів на ортопедичному етапі реабілітації.

ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Бугерчук О.О., Рожко М.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології ПО*

Актуальність. На сьогоднішній день захворювання тканин пародонта становлять не лише медичну, але й соціальну проблему, в зв'язку з широкою поширеністю серед населення у багатьох країнах світу. За даними ВООЗ, функціональні порушення зубо-щелепного апарату, спричинені втратою зубів внаслідок захворювань пародонту, розвиваються в 6 раз частіше, ніж при ускладненнях карієсу.

Тому важливе завдання кожного лікаря-стоматолога – вміти діагностувати захворювання пародонту, а також надати якісну допомогу, або ж направити до спеціаліста, який займається даною проблематикою.

Часом традиційне лікування (індивідуальна та професійна гігієна, антибактеріальні препарати (антибіотики, антисептики) є недостатньо дієвим та вимагає пошуку інших, малоінвазивних та доступних методик, які доповнять та підвищать ефективність комплексного лікування генералізованого пародонтиту. При цьому перед лікарем-стоматологом-пародонтологом стоїть завдання максимально ефективно вплинути на всі етіопатогенетичні механізми прогресування генералізованого пародонтиту та ініціювати активацію місцевого імунітету [1]. Одним із перспективних напрямків високотехнологічних методик лікування пародонтиту є фотодинамотерапія.

Мета дослідження: Визначити ефективність фотодинамічної терапії при лікуванні захворювань тканин пародонту опираючись на дані іноземних та українських літературних джерел. Фотодинамічна терапія (ФДТ) – метод, заснований на використанні різних фотобіологічних ефектів, що викликаються за допомогою поєднаного застосування світлового випромінювання, кисню і фотосенсибілізатора [2,3]. За допомогою фотосенсибілізатора і активації лазерним променем проводиться ретельна дезінфекція, що ефективно впливає на лікування локалізованих інфекцій і при цьому не так шкодить організму, як наприклад, вживання антибіотиків [4].

На сьогодні, багато лікарів з цілого світу цікавляться ефектив-

ністю використання фотодинамічної терапії при лікуванні пародонтиту.

Rajesh S. et al у своїй статті вказує на те, що численні дослідження *in vitro* чітко продемонстрували ефективну бактерицидну дію ФДТ. Він також зазначає, що необхідні рандомізовані довгострокові клінічні дослідження та мета-аналізи для того, щоб продемонструвати сприятливий ефект протимікробної фотодинамічної терапії в порівнянні зі звичайними методами, однак говорить про те, що антимікробна ФДТ може бути багатообіцяючою як заміна наявної на сьогоднішній день хіміотерапії в лікуванні захворювань пародонту та перімплантатів, а також в ендодонтичній терапії [5].

Romanos et al порівнював клінічні і мікробіологічні ефекти лікування пародонтиту з використанням скейлінгу та згладжування поверхні кореня з/без додавання ФДТ. Автори відмітили, що в групі, де традиційне лікування поєднувалось з фотодинамічною терапією, кровотеча під час зондування через 1-3 місяці була значно меншою, ніж в інших групах [6].

Braun et al. оцінював ефект фотодинамічної терапії при лікуванні генералізованого пародонтиту, випадковим чином добавлявши дану процедуру до консервативного лікування (скейлінг + згладжування поверхні кореня), яка проводилась 20 пацієнтам. В результаті клінічного дослідження було зроблено висновок, що ФДТ значно покращують результат традиційного лікування генералізованого пародонтиту [7].

Пріоритетність застосування цієї методики у пародонтологічних полягає у вираженій протизапальній, імунокоригуючій, бактериостатичній дії лазера, його здатності руйнувати мікробну біоплівку, відновлювати мікроциркуляторний гомеостаз, впливати на різні ланки патологічного процесу й, безумовно, підсилювати лікувальний ефект комплексних засобів і подовжувати період ремісії [8,9].

Висновки. Фотодинамічна терапія – це методика лікування, яка на сьогоднішній день вважається ефективною та поширеною при лікуванні різноманітних стоматологічних захворювань, зокрема генералізованого пародонтиту. Потребує детального вивчення ефективності результатів ФДТ для того, щоб в повному обсязі оцінити всі можливі стоматологічні напрями, в яких може бути застосована фотодинамічна терапія.

Список використаної літератури:

1. Т.І. Матвійків, М.М. Рожко, В.І. Герелюк. Пріоритетність клінічного застосування фотодинамічної терапії за допомогою лазера «HELBO Thera Lite» при лікуванні захворювань тканин пародонта в постковідний період. DOI: 10.33295/1992-576X-2021-4-6
2. Kharkwal G.B., Sharma S.K., Huang Y.Y., Dai T. & Hamblin M.R. Photodynamic therapy for infections: clinical applications // *Lasers Surg. Med.* 43, 755–767, <https://doi.org/10.1002/lsm.21080> (2011).
3. Li X. et al. Photodynamic inactivation of fibroblasts and inhibition of *Staphylococcus epidermidis* adhesion and biofilm formation by toluidine blue O // *Mol. Med. Rep.* 15, 1816–1822, <https://doi.org/10.3892/mmr.2017.6184> (2017).
4. Brian C Wilson and Michael S Patterson The physics, biophysics and technology of photodynamic therapy. 2008 *Phys. Med. Biol.* 53 R61
5. Rajesh S, Koshi E, Philip K, Mohan A. Antimicrobial photodynamic therapy: An overview. *J Indian Soc Periodontol.* 2011;15(4):323-327. doi:10.4103/0972-124X.92563
6. Brink B, Romanos GE. Mikrobiologische Untersuchungen bei adjuvanten Laseranwendungen in der Parodontologie. *Laser Zahnheilkunde* 2007; 2: 37–42 (in German).
7. Braun A, Dehn C, Krause F, Jepsen S. Short-term clinical effects of adjunctive antimicrobial photodynamic therapy in periodontal treatment: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol* 2008; 35: 877–884.
8. Roopali Tapashetti, Mithlesh Bhagat Photodynamic Therapy in Periodontics. *Galore International Journal of Health Sciences and Research* Vol.5; Issue: 4; Oct.-Dec. 2020
9. Danbi Park, Eun JooChoi, Kwon-YeonWeon, Wan Lee, Seoung Hoon Lee, JoonSeok Choi, Gyu Hwan Park, Bada Lee, Mi Ran Byun, Kyunghwa Baek & JinWooChoi. Non-Invasive Photodynamic Therapy against -Periodontitiscausing Bacteria

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОЇ ЛОР-ПАТОЛОГІЇ

Воляк Ю.М., Рипан В.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Аномалії зубощелепної системи у дітей та підлітків займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицевої ділянки. За останні десятиліття частота виявлення аномалій прикусу збільшується, а потреба в лікувально-профілактичних заходах становить при змінному прикусі 36,9%, а в період постійного прикусу більше, ніж 40% і постійно збільшується з віком. При супутніх захворюваннях інших систем організму, зокрема і ЛОР-органів.

Одним із найважливіших етіологічних факторів розвитку звуження зубного ряду, є порушення функції носового дихання і, як наслідок, виникнення ротового дихання. Особливість розвитку верхніх дихальних шляхів - є причинним фактором, що призводить до ротового типу дихання у дітей. До виникнення аномалій зубощелепної системи призводять найчастіше такі захворювання ЛОР - органів: викривлення носової перегородки, гіпертрофія носових раковин, глоткових і піднебінних мигдалин, аденоїдні розростання та інші. Тому тривале порушення носового дихання внаслідок ЛОР-патології впливає не тільки на розвиток верхньої щелепи, але і нижньої, що супроводжується розвитком зубощелепних аномалій.

У пацієнтів, в яких було виявлено викривлення носової перегородки, найчастіше зустрічались аномалії у вигляді звуження верхньої щелепи - $73,7 \pm 4,5\%$ (70 дітей) та готичного піднебіння - $68,4 \pm 4,8\%$ (65 дітей). Це переважає більше, ніж на 50% над частотою дистального прикусу - $18,9 \pm 4,0\%$ (18 дітей) і відкритим прикусом - $5,3 \pm 2,3\%$ (5 дітей). Наведені дані свідчать про значне переважання частоти викривлення носової перегородки при звуженні верхньої щелепи і готичного піднебіння.

У пацієнтів з аденоїдними вегетаціями звуження верхньої щелепи - $47,4 \pm 5,1\%$ (45 дітей) та готичне піднебіння $42,1 \pm 5,1\%$ (40 дітей) зустрічались майже з однаковою частотою. Відкритий та дистальний прикус також зустрічались у схожій кількості дітей порівняно із викривленням носової перегородки - $12,6 \pm 3,4\%$ (12 дітей) з дистальним прикусом - $4,2 \pm 2,1\%$ (4 дітей) з відкритим прикусом. Це значно рідше від частоти звуження верхньої

щелепи і готичного піднебіння.

Щодо даних, які спостерігались у пацієнтів з хронічним риносинуситом, частота звуження верхньої щелепи - $26,3 \pm 4,5\%$ (25 дітей) була помірною, дещо рідше виявлялось готичне піднебіння - $22,1 \pm 4,3\%$ (21 дітей). Частота дистального прикусу - $11,6 \pm 3,3\%$ (11 дітей) та відкритого прикусу - $2,1 \pm 1,5\%$ (2 дітей), практично на 10% менша, ніж у пацієнтів з викривленням перегородки носа.

Малохарактерною для аномалій зубощелепної системи була гіпертрофія піднебінних мигдаликів, при якій розподіл пацієнтів виглядав наступним чином: звуження верхньої щелепи виявлено - $14,7 \pm 3,6\%$ (14 дітей), готичне піднебіння - $4,2 \pm 2,1\%$ (4 дітей), дистальний прикус - $7,4 \pm 2,7\%$ (7 дітей) та відкритий прикус - $1,1 \pm 1,0\%$ (1 дітей). Це свідчить про те, що гіпертрофія піднебінних мигдаликів має найменший вплив на формування аномалій зубощелепної системи ніж інші види ЛОР-патології. Також у II групі були виявлені пацієнти з викривленням носової перегородки, які частіше поєднуються з аденоїдними вегетаціями - 44% (42 дітей), хронічними риносинуситами - 24,2% (23 дітей), гіпертрофією піднебінних мигдаликів - 5,3% (5 дітей).

Таким чином, найбільш актуальними для щелепнолицевих аномалій є викривлення носової перегородки і аденоїдні вегетації. Хронічні риносинусити і гіпертрофія піднебінних мигдаликів не мають значного впливу на розвиток щелепнолицевої системи.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОНОК МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В ГЕНДЕРНОМУ ВІДНОШЕННІ

Воробець А.Б., Гнеда Р.М., Солощук В.С.

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

Актуальність. Ортопедичне лікування дефектів коронок зубів та зубних рядів супроводжується необхідністю відновлення втрачених морфологічних елементів зуба або відсутніх зубів в зубному ряді. Тому раціональне ортопедичне лікування з відновленням анатомічної форми і дотриманням естетики являється актуальним завданням ортопедичної стоматології.

Мета. Визначити одонтогліфічні та одонтометричні параметри коронок молярів верхньої та нижньої щелепи залежно від статі індивідуума.

Матеріали і методи. Під час виконання дослідження було використано наступні методи дослідження: одонтологічний (вивчення одонтологічних ознак молярів), одонтометричний (визначення абсолютних та відносних характеристик розмірів зубів та встановлення ступеня редукції коронки) та статистичний (за допомогою програм для статистичного аналізу даних медико-біологічних досліджень «Statistica 12.0» (Stafsoft, США)).

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

Нами проведене одонтометричне дослідження чоловічих та жіночих молярів обох щелеп шляхом вимірювання висоти коронок,

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

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

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

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

Висновки. На основі проведених одонтометричних досліджень молярів верхньої та нижньої щелепи у осіб чоловічої та жіночої статі можна прийти до висновку, що у чоловіків в порівнянні з жінками модуль коронки перших великих кутніх зубів нижньої щелепи більший за рахунок наявності Y-5 одонтогліфічного малюнка жувальної поверхні. А також збільшується масивність коронки великих кутніх зубів верхньої щелепи при наявності додаткового горбика Карабеллі.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ РЕСТАВРАЦІЇ ОКЛЮЗІЙНОЇ ПОВЕРХНІ ПЕРШОГО МОЛЯРА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Воробець А.Б., Готич Р.І.*

*Тернопільський національний медичний університет імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України,
Кафедра ортопедичної стоматології
Стоматологічне відділення КНП ВСР «Тернопільська центральна районна лікарня»**

Актуальність. Сучасні методи ортопедичного лікування незнімними ортопедичними конструкціями передбачають відновлення природньої конфігурації і розмірів оклюзійної поверхні відсутніх зубів з врахуванням функціонального стану жувального апарату.

Мета роботи – вивчити одонтологічні параметри коронок першого моляра нижньої щелепи та розробити індивідуальну методику відновлення його втраченої форми.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами використано одонтогліфічний, одонтометричний та статистичний методи дослідження.

Результати. Перший мolar нижньої щелепи має асиметричну коронку з виступаючим епіконусом і зміщеним вестибулярно еоконусом. Горбики жувальної поверхні утворюють ігрек-п'ять малюнок. Мезіо-дистальний розмір коронки становить 10,6 мм (чоловіки) та 10,3 мм (жінки). Показники вестибуло-лінгвального розміру коронки представлені наступними значеннями: 10,4 мм – у осіб чоловічої статі та 10,2 мм – у осіб жіночої статі. Нами встановлено, що висота коронки варіює в межах 6,2 – 6,5 мм відповідно у чоловіків та жінок. Нами запропоновано індивідуальну методику моделювання оклюзійної поверхні першого нижнього моляра, яка полягає в її поетапному оформленні. Спочатку оформляються зовнішні контури коронки, відповідно до отриманих одонтометричних параметрів. Починаємо моделювання оклюзійної поверхні з щічно-дистального горба. Основний виступ формує щічну верхівку горба. Він спускається до центральної ямки під гострим кутом у вигляді трикутника з рівними сторонами. Гребінь даного горба необхідно формувати дещо вигнутим. Наступним етапом є формування щічно-медіального горба. Основний виступу утворює верхівку горба і закінчується біля

дистальної фісури щічно-дистального горба. По розміру він дещо ширший, ніж дистальний додатковий гребінь. Його ребро дещо зміщується в медіальну сторону. Моделювання групи щічних горбів закінчується формуванням дистального горба. Формуємо крайовий виступ. Наступним етапом є формування язикової групи горбів. Формуємо верхівку язиково-медіального горба. Вона повинна бути звернена до центральної ямки. Моделювання язиково-медіального горба закінчується формуванням дистального додаткового гребеня. Наступним етапом є формування язиково-дистального горба. Основний виступ вказаного горба направлений до центральної ямки, але не доходячи до неї закінчується під тупим кутом.

Висновки. Вважаємо за доцільне враховувати вищенаведені характеристики для створення якісних ортопедичних конструкцій, які б в повній мірі відновлювали жувальну функцію.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПІКАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ У ВАГІТНИХ

Гаджула Н.Г., Шінкарук-Диковицька М.М., Повшенюк
А.В., Фурман Р.Л.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра терапевтичної стоматології*

Актуальність. Лікування гострого верхівкового періодонтиту проводиться незалежно від триместру вагітності з метою якнайшвидшого усунення больового синдрому та запального процесу в періапікальних тканинах [J.M. Lee, T.J. Shi, 2017]. Однак, якісне ендодонтичне лікування, особливо в багатокорневих зубах, не завжди можна виконати у вагітних через подовженість і складність процедур, необхідність тривалого перебування жінки в стоматологічному кріслі, обмежене використання рентгенографії. Для ефективного усунення гострого болю та запалення внаслідок періапікальної інфекції, з метою скорочення клінічного часу ендодонтичного лікування і попередження реінфікування та загострення процесу використовується перехідна терапія (transitional therapy) [F. Zhang et al., 2022].

Мета: Оцінити ефективність лікування гострого верхівкового періодонтиту у вагітних із застосуванням перехідної терапії.

Матеріали та методи. Серед 15 вагітних з гострим верхівковим періодонтитом, 8 жінок основної групи лікували методикою перехідної терапії, 7 жінок порівнювальної групи – стандартним методом відповідно до протоколу лікування гострого апікального періодонтиту постійного зуба. В основній групі вагітних у перше відвідування після видалення інфікованих тканин, інструментальної обробки та ретельної іригації системи корневих каналів, здійснювали їх тимчасове пломбування пастою на основі гідроокису кальцію, зуб закривали тимчасовою пломбою. Під час другого відвідування після видалення кальцієвмісної пасти, повторної інструментально-медикаментозної обробки, кореневі канали пломбували матеріалом Vitapex (Nippon Shika Yakohin, Японія) з наступним відновленням зуба склоіономерним цементом. Основними клініко-порівняльними показниками між групами були відсутність болю, симптомів загальної інтоксикації, результати горизонтальної перкусії, відсутність патологічних змін слизової оболонки порожнини рота в проекції кореня

ураженого зуба, відсутність рецидивів захворювання після консервативного лікування апікального періодонтиту.

Результати. Позитивну динаміку лікування спостерігали у пацієнтів обох груп; ознак системного ураження та поширення інфекції не було. В усіх вагітних основної групи вже на 3-ю добу спостереження скарги на біль були відсутні, реакція на перкусію зуба – безболісна, патологічних змін слизової оболонки порожнини рота в проекції кореня ураженого зуба не виявлено. Рецидив захворювання під час всієї вагітності після проведеної перехідної терапії не спостерігали. В порівнювальній групі у 2 пацієнтів виявили незначну післяопераційну чутливість, позитивну динаміку лікування спостерігали через тиждень від початку терапії. В одному клінічному випадку виявлено рецидив захворювання, що потребувало повторного лікування.

Висновки. Перехідна терапія є ефективним безпечним методом лікування гострого верхівкового періодонтиту у вагітних, оскільки сприяє швидкому усуненню болю та безсимптомному перебігу протягом усієї вагітності, забезпечує пролонгований антибактеріальний ефект силера у кореневих каналах, попереджує появу рецидиву, має меншу клінічну тривалість процедури.

ОЦІНКА СТАНУ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ХВОРИХ НА АКАНТОЛІТИЧНУ МІХУРНИЦЮ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ

Геник Б.Л., Ожоган З.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Вступ. Для покращення оцінки стану протезного ложа хворим на акантолітичну міхурницю з повною відсутністю зубів на верхній та нижній щелепах, нами було застосовано спеціальні індекси для оцінки стану гігієни ротової порожнини, а також окремо виділено ступінь важкості акантолітичного процесу та середню площу ураження слизової оболонки для кожного з них

Мета. Оцінити стан тканин протезного ложа хворих на акантолітичну міхурницю у з повною відсутністю зубів.

Матеріали і методи. Для досягнення завдання, 6 хворим, з акантолітичним ураженням тканин протезного ложа було проведено індексну оцінку гігієни беззубих щелеп за допомогою індексу нальоту на язиці за Winkel Tongue Coating (WTC) (2007) та індексу гігієни на базисі протеза [1], а також було визначено ступінь важкості акантолітичного процесу на слизовій [3] та визначення площі ураження слизової оболонки за методом О.С. Гілевої (1994) [2].

Результати. Хворим із повною відсутністю зубів на верхній та нижній щелепах, з третім ступенем важкості акантолітичного процесу, було визначено середнє значення площі ураження слизової оболонки, що складало 100 мм². У 3 хворих, з другим ступенем важкості акантолітичного процесу, середнє значення площі ураження слизової оболонки складало 50 мм². Згідно з даними індексу нальоту на язиці, у чотирьох хворих рівень гігієни відповідав значенню «задовільний», і в двох хворих рівень гігієни ротової порожнини відповідав значенню «незадовільний».

Із даних, наведених в таблиці, бачимо, що рівень гігієни хворих на акантолітичну міхурницю із повною відсутністю зубів на верхній та нижній щелепі, коливався від (1,6±0,52) бала до (3±0,78) (p<0,05) бала, згідно з даними індексу гігієни на базисі протеза, що відповідало значенням індексу як «задовільний» у двох хворих та «незадовільний» у 3 хворих.

	Індекс гігієни протеза	Індекс нальоту на язичці	Ступінь важкості акантолітичного процесу	Ураження СОРП
Хворий № 1	1,8±0,47*	0,66±0,011*	II	50 мм ²
Хворий № 2	1,6±0,52*	1±0,019*	II	50 мм ²
Хворий № 3	2,2±0,59*	0,83±0,016*	II	50 мм ²
Хворий № 4	2,8±0,64*	1±0,18*	II	50 мм ²
Хворий № 5	-	1,16±0,2*	III	100 мм ²
Хворий № 6	3±0,78*	1,5±0,05*	III	100 мм ²

Примітка: * – вірогідність відмінності від здорових, $p < 0,05$.

Висновки. Оцінка стану протезного ложа хворим на акантолітичну міхурницю з повною відсутністю зубів на верхній та нижній щелепах є актуальним та важливим науковим завданням внаслідок малої кількості наукових даних про стан тканин протезного ложа у хворих на акантолітичну міхурницю з повною відсутністю зубів, що, в першу чергу, пов'язано з малою кількістю таких хворих, а також важливим діагностичним комплексом критеріїв, які покращить не тільки методи місцевої терапії проявів акантолітичної міхурниці, а й методи ортопедичного лікування таких хворих повними знімними конструкціями зубних протезів.

Література.

1. Пат. на корисну модель № 101844 Україна, МПК (2015.01) Геник БЛ, Рожко ММ, Михайленко ТМ. Спосіб визначення та встановлення ступеня важкості акантолітичного процесу на слизовій оболонці ротової порожнини у хворих на акантолітичну міхурницю. Заяв. 20.02.2015; опубл. 12.10.2015, бюл. № 19.
2. Berkowitz P, Hu P, Warren S, Liu Z, Diaz LA, Rubenstein DS. p38MAPK inhibition prevents disease in pemphigus vulgaris. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2006;103:12855–12860.
3. Suliman NM, Estrim AN, Ali RW, Salman H, Johannessen AC. Clinical and histological characterization of oral pemphigus lesions in patients with skin diseases: a cross sectional study from Sudan. *BMC Oral Health*. 2013;13:66. Published 2013 Nov 21.

РОЗРАХУНОК НАПРУЖЕНО-ДЕФОРМОВАНИХ СТАНІВ ПРИ НЕЗНІМНОМУ ЗУБНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Глазунов О.О.

*Дніпровський державний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Застосування методу кінцевих елементів для вивчення розподілу напружено-деформованих станів (НДС) у біомеханічній системі «протез – протезне ложе» під час їх взаємодії при функціональному навантаженні дозволяє встановити ділянки підвищеної напруги та переміщень, а також визначити шляхи попередження їх утворення, що робить можливим оптимізувати тактику протезування дефективних зубів та зубних рядів, зокрема, при підготовці протезного ложа, а також обрати найбільш ефективні конструкції зубних протезів та матеріали для їх виготовлення (Corrka G. et al., 2018; Gaziano P. et al., 2020; Tang Z. W. et al., 2022).

Проведений нами аналіз сучасних літературних джерел дозволили з'ясувати, що вивчення НДС у незнімному зубному протезуванні спрямовано на профілактику переломів опорних зубів (Allen C. et al., 2018), попередження оклюзійного перевантаження (Reddy R. T., Vandana K. L., 2018) та запобігання пошкодження маргінального пародонта (Sichi L. G. B. et al., 2021). Шляхом розрахунку НДС встановлено, що при незнімному протезуванні саме дизайн приясенного уступу, а не його розміри, визначають розподіл напруг в пришийковій частині зуба (Zhang L. et al., 2021). У свою чергу, в роботі (Zheng Z. et al., 2022) вказується на важливість додержання кута 20° при створенні уступу. Одночасно малоінвазивна ендодонтія та *biologically oriented preparation technique* здатні суттєво знизити напруги на межі «протез-протезне ложе», але в той же час погіршують ретенцію виготовлених конструкцій (Liu Z.Y. et al., 2019; Zhai X. Y. et al., 2019).

Проте інформація про вплив препарування на розподіл напруги в коронках та препарованих зубах обмежена та суперечлива. Так, доведено, що при протезуванні суцільнокерамічними конструкціями висота препарування відіграє більшу роль у розподілі напружень, ніж кут конвергенції (Maghami E. et al., 2018). Навпаки, в роботі

(Oyar P. et al., 2014) вказується, що відмінності в дизайні препарування не призводять до змін розподілу або величин напруг в пульпі, дентині або кістці.

Окрім того, необхідно також враховувати, що індивідуальність характеру розподілу НДС визначає ціла низка факторів, що описують клінічну ситуацію, серед яких провідним є стан тканин пародонта (в імітаційній моделі – висота збережених альвеолярних перегородок) (Sun Z. T. et al., 2019; Wu J. et al., 2021; Gameiro G. H. et al., 2021).

Виходячи з усього вищеприведеного, ми визнали за доцільне дослідити вплив методики препарування, зокрема кута конвергенції поверхонь опорного зуба, на характер розподілу НДС в залежності від стану тканин пародонта, що, насамперед, визначається ступенем збереження альвеолярних перегородок. Встановлені закономірності зроблять можливим обґрунтувати методику препарування зубів, що дозволить знизити НДС у системі «протез – протезне ложе», як наслідок знизити ризики прогресування запально-деструктивного процесу в навколорізних тканинах при функціональному навантаженні, а в решті решт забезпечить більшу ефективність ортопедичного лікування.

Таким чином, **мета представленого дослідження** – розрахунок розподілу напруг та переміщень при протезуванні зуба комбінованою коронкою в залежності від кута конвергенції його поверхонь та в залежності від ступеня резорбції кісткової тканини шляхом застосування методу кінцевих елементів.

Матеріали і методи дослідження. В роботі використано програмний комплекс «Ліра 9.6» для відтворення інтактного та препарованого правого центрального різця нижньої щелепи, з урахуванням подальшого накладання комбінованої коронки. Розрахунки проводились для різних кутів конвергенції, починаючи з 2° до максимального можливого. В комп'ютерних моделях враховували чотири види навантажень (постійне від власної ваги; вертикальне від відкушування; під кутами 30° та 45° до вертикалі), а також для різних ступенів збереження міжальвеолярних перегородок, відповідно 100 %, 75 % та 50 %. Таким чином, нами було отримано 36 розрахункові моделі, що були різними комбінаціями таких факторів як наявність або відсутність штучної коронки, особливості препарування, збереження міжальвеолярних перегородок, вид навантаження.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що протезування зуба комбінованою коронкою призводить до зростання НДС у біоме-

ханічній системі, що вивчалась. Збільшення кута конвергенції поверхонь відпрепарованого зуба збільшувало товщину коронки. Відповідно вона приймала на себе більшу частину напруги і одночасно розвантажувала пародонт зуба. У ділянці контакту краю коронки з уступом, а також в альвеолярній перегородці з боку оральної поверхні виникали суттєві напруги, які мали локалізований характер та призводили до перевантаження біомеханічної системи «коронка – зуб – кісткова альвеола». До того ж збільшення кута конвергенції поверхонь зуба, що препарувався, спричинювало зростання переміщень. При цьому максимальні їх значення зареєстровані в пришийковій ділянці зуба.

Ступінь збереження альвеолярних перегородок впливав на розподіл напруг та переміщень. Більша резорбція міжальвеолярних перегородок супроводжувалась зміщенням ділянок найбільшої напруги з пришийкової частини коронки до апікальної частини кореня. При зменшенні висоти альвеолярної перегородки збільшувалися ділянки максимальних переміщень, які розміщувалися переважно в ділянці шийки зуба. При цьому найбільші переміщення були встановлені для міжальвеолярних перегородок, які відповідали пародонтиту другого ступеня тяжкості (50 %), при препаруванні зуба під максимальним кутом.

Висновки. Характер НДС при протезуванні зубів комбінованими коронками залежить від кута конвергенції поверхонь та ступеня резорбції кісткової тканини. Великий кут конвергенції відпрепарованого під комбіновану коронку зуба та значний ступінь резорбції міжальвеолярної перегородки призводить до критичного перерозподілу НДС, що за клінічних умов сприятиме пошкодженню періодонтальної зв'язки та альвеолярної кістки, а отже призводить до погіршення перебігу пародонтиту. Таким чином, отримані результати підтверджують необхідність створення мінімальної конусності куку опорних зубів при препаруванні під незнімні конструкції у хворих на генералізований пародонтит.

ВЧАСНІСТЬ ВИЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЯК ІНДИКАТОР ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Децик О.З., Стовбан І.В., Федорика Н.З., Кузь Я.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра соціальної медицини та громадського здоров'я*

Вступ. Серед усіх онкозахворювань особливе місце займають злоякісні новоутворення (ЗН) щелепно-лицевої ділянки, більшість із яких належить до візуальних форм раку, а отже є індикаторами доступності та якості профілактичної складової медичної, в т. ч. стоматологічної допомоги.

Матеріали і методи. За даними Національного канцер-реєстру за 2012-2021 рр. вивчили основні показники вчасності виявлення ЗН губи, ротової порожнини і глотки.

Результати. Встановлено, що в динаміці за останні десять років захворюваність на ЗН губи в Україні характеризувалась низхідним трендом (з 2,2 до 1,1 випадків на 100 тисяч населення впродовж 2012-2021 рр.). Це може бути як наслідком фіксованого науковцями зменшення частоти куріння в популяції, так і вказувати на неналежне виявлення патології.

Захворюваність на ЗН ротової порожнини дещо наростала протягом 2012-2019 рр. (з 5,9 до 6,4 випадків на 100 тисяч населення), а далі знизилась до 5,3 відповідних випадків у 2021 р., що теж вказує на недоліки виявлення патології, значною мірою внаслідок зменшення звертань населення до лікарів під час пандемії COVID-19.

Такі ж тренди характерні і при ЗН глотки – зростання з 5,3 до 6,5 випадків на 100 тисяч населення за 2012-2019 рр. із подальшим зниженням до 5,9 у 2021 році.

Досліджувана захворюваність населення в Івано-Франківській області загалом нижча, ніж в країні в цілому (за винятком ЗН глотки у 2019-2021 рр.).

Виявлено, що групою ризику є чоловіче населення, захворюваність якого на розглянуті ЗН у 2-8 разів вища, ніж жіночого.

Водночас в Україні за останні десять років поступово зростала частка випадків ЗН щелепно-лицевої ділянки, виявлених на III-IV стадіях, і на сьогодні складає 16,1% при ЗН губи та майже 70% при

ЗН ротової порожнини (69,0%) і аж 90% при ЗН глотки (87,6%). При цьому, показники занедбаності в Івано-Франківській області вищі, ніж загальнонаціональні, і становлять при ЗН губи 73,6%, а при ЗН глотки – 95,2% (!).

З огляду на встановлені тренди захворюваності і частоти виявлення ЗН на занедбаних стадіях логічними виявились стабільно високі рівні національних та регіональних показників летальності до року при ЗН ротової порожнини та глотки (близько 40%).

Також з'ясовано, що за розглянутий період часу суттєво знизилась частка ЗН щелепно-лицевої ділянки, виявлених при профілактичних оглядах (з 28,1% до 17,3% при ЗН ротової порожнини і з 13,6% до 7,0% при ЗН глотки), що на тлі встановленого сильного зворотного взаємозв'язку цього показника із питомою вагою вперше діагностованих випадків на III-IV стадіях ($r_{xy} = - 0,74$) вказує на несприятливий прогноз щодо вчасного виявлення патології надалі.

На жаль, після початку реформи фінансування системи охорони здоров'я стоматологічна допомога почала втрачати масову доступність. Адже НСЗУ закуповує тільки ургентну стоматологічну допомогу для дорослих та планову дітям до 18 років, а отже ситуація із вчасним виявленням ЗН щелепно-лицевої ділянки, яка уражає доросле населення, може погіршуватись і надалі. Тим більше, що пандемія COVID-19 триває, а військова агресія російської федерації також негативно впливає на доступність медичних послуг.

Висновок. Встановлені значні недоліки і негативний прогноз щодо вчасності виявлення ЗН щелепно-лицевої ділянки вказують на необхідність державного регулювання поліпшення доступності стоматологічної допомоги, ускладнених триваючою пандемією COVID-19, військовою агресією російської федерації та відсутністю державного фінансування профілактичних стоматологічних послуг дорослому населенню.

ПОТРЕБА В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

*Дорошенко О.М., Біда В.І., Леоненко П.В.,
Омельяненко О.А., Дорошенко М.В.*

*НУОЗ України імені П. Л. Шупика
Кафедра ортопедичної стоматології
Кафедра стоматології*

Вступ. В Україні, як і в багатьох розвинених країнах, в останні десятиріччя значно зросла частка людей похилого віку. За даними Мінсоцполітики, Україна входить до 30 країн за найбільшою часткою людей похилого віку. Станом на жовтень 2020 року в Україні налічувалися понад 7 млн людей похилого віку (старше 65 років). Згідно з національним демографічним прогнозом, до 2025 року частка осіб віком понад 60 років становитиме 25,0 % від загальної кількості населення, а людей віком 65 років і старше – 18,4%. У 2030 році – людей віком понад 60 років буде понад 26%, а тих, хто старше 65 – понад 20%.

Відповідно до вікової класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я розрізняють:

- 25-44 років – молодий вік;
- 44-60 років – середній вік;
- 60-75 років – похилий вік;
- 75-90 років – старечий вік;

Особи які досягли 90 років – довгожителі.

Особливістю стану порожнини рота людей похилого віку є множинна патологія: карієс, захворювання тканин пародонта, розповсюдженість яких сягає 100 %; незадовільна гігієна порожнини рота; втрата багатьох зубів та наявність незаміщених дефектів зубних рядів (Петрушанко Т.О., 2018; Неспрядько В.П., 2019), що призводять до погіршення якості життя. Наявність загальносоматичної і стоматологічної патології у осіб похилого і старечого віку посилює негативний вплив на якість життя і його оцінку. Для них характерні часткова і повна втрата зубів та порушення структури навколишніх тканин, що нерідко супроводжуються запальними процесами та больовими відчуттями та вкрай негативно впливає на функції жування, мовлення, погіршує зовнішній вигляд із можливіми негативними психосоціальними наслідками

Мета. Комплексна оцінка стоматологічного статусу 125 осіб похилого та старечого віку, мешканців Києва, які звернулись за стоматологічною допомогою

на кафедру ортопедичної стоматології НУОЗ України імені П. Л. Шупика упродовж 2020–2023 років.

Матеріал і методи дослідження. Нами обстежено 79 осіб віком від 60 до 75 років та 46 пацієнтів від 75 до 89 років, які потребували виготовлення зубних протезів. Оцінка стоматологічного статусу проводилася із використанням стандартних індексів і критеріїв ВООЗ. Основними методами дослідження були: клінічний, стоматологічний (опитування, первинний огляд, оцінка гігієни порожнини рота).

Особливу увагу звертали на наявність в порожнині рота дефектів зубів і зубних рядів, стану ортопедичних конструкцій і опорних зубів, прикусу, матеріалам виготовлення протезів, причинам їх заміни, необхідності первинного або повторного ортопедичного лікування.

Проводили оцінку хронічних та загальносоматичних захворювань, соціальних умов життя.

Результати. Нами визначено, що обстежені пацієнти старечого та похилого віку пагано орієнтуються в питаннях гігієни ротової порожнини. При цьому нами виявлена пряма закономірність наявності взаємозв'язку між стоматологічною і загальносоматичною патологією. Ступені тяжкості клінічних проявів різних патологій порожнини рота відображали не тільки факт втрати зубів, а й, зі слів пацієнтів, значно погіршували їх якість життя.

Характерною особливістю пацієнтів похилого і старечого віку з дефектами зубних рядів та повною втраатою зубів є те, що абсолютно всі мали ті чи інші супутні соматичні захворювання. Причому, більшість із них мали в анамнезі від 2 до 5 соматичних захворювань. Характерним є переважання патології серцево-судинної системи (у 58,6 % пацієнтів похилого і старечого віку). В структурі загальної захворюваності у вказаних пацієнтів, крім патології серцево-судинної системи, також відзначали патологію органів дихання (у 25 % осіб), органів шлунково-кишкового тракту (у 29,8% пацієнтів), хвороби сечово-видільної системи (у 10%), ендокринні захворювання - 18,1%. Крім того, пацієнтів скаржилися на біль та патологічні прояви зі сторони слизової оболонки ротової порожнини при використанні раніше виготовлених знімних протезів.

Серед ендокринної патології переважав цукровий діабет та патологія щитоподібної залози.

У обстежених осіб похилого і старечого віку карієс твердих тканин зубів і патологічна стертість зустрічалися у 88,4 % і 42 68,2% відповідно. При цьому значно превалювала кількість видалених зубів над пломбованими.

Стоматологічне обстеження пацієнтів із наявними в порожнині рота зубми виявили патологію тканин пародонту у всіх осіб. При цьому перебіг ГП супроводжувався значною рецесією ясни і гіперестазією в області шийок і коренів зубів. Спостерігали рясне розташування зубного нальоту, над'ясенного та під'я-

сенного зубного каменю, рухомість зубів II-III ступеня, виражену травматичну оклюзію. Особливістю перегу ГП у пацієнтів похилого і старечого віку на фоні загальносоматичної патології та наявних дефектів зубних рядів є скоріша генералізація патологічного процесу з ураженням пародонту усіх зубів, більш інтенсивні прояви запалення, часте виділення гнійного ексудату із пародонтальних карманів. У пацієнтів перебіг ГП часто носить неперервно рецидивуючий характер, часті загострення деструктивно-запального процесу приводять до швидкої втрати зубів. Треба відміти, що з віком перебіг генералізованого пародонтиту більш складний, часто приводить до втрати зубів та прогресуючої атрофії альвеолярного відростка.

Комплексне ортопедичне обстеження виявило повну втрату зубів у 27% осіб похилого і у 58 % старечого віку. Більшість пацієнтів із великими дефектами зубних рядів чи не мали ортопедичних конструкцій чи не користувалися ними через відсутність комфорту при їх застосуванні. При цьому ми виявляли у більшості хворих травматичні ураження через невідповідність конструкції протезів тканинам протезного ложа і поля. У 75% пацієнтів термін користування змінними зубними протезами перевищував 5 років, що вказує про нагальну потребу надання їм якісної стоматологічної допомоги.

Висновки. Оптимізувати результати комплексного обстеження пацієнтів старечого і похилого віку диктують необхідність удосконалення надання лікувально-профілактичних заходів, зокрема виготовлення раціональних конструкцій зубних протезів, в даних вікових групах.

ОЦІНЮВАННЯ СТАНУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ АКТИВНОМУ ТЮТЮНОПАЛІННІ У ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Закут Я.С.

*Харківського національного медичного університет
Кафедра стоматології дитячого віку та імплантології*

Актуальність Куріння, є дуже поширеним у всьому світі. Існує сумна статистика щодо вживання тютюнопаління дітьми та підлітками. Так, відомо, що кожного дня 2500 дітей до 18 років коштує свою першу сигарету, та більш ніж 400 з них стають новими, постійними курцями, а половина з них у майбутньому загине від цієї залежності. Ситуація погіршується тим, що дійсно у дитячому та підлітковому віці людина здійснює пошук свого соціуму, формує емоційний та пізнавальний простір до дорослого життя. У цей час особливо актуальними є спроби та експерименти, іноді без розуміння їх життєвих ризиків

Мета роботи: визначення стоматологічного статусу підлітків, що палять

Матеріали та методи Дослідження проводилося за участю 35 підлітків (20 хлопців та 15 дівчат), які системно палять, віком від 15 до 18 років, що звернулись з метою профілактичного огляду. Середній стаж паління склав 18 міс Проведено стоматологічне обстеження з використанням індексів поширеності карієсу постійних зубів (КПВ), визначення рівня гігієни порожнини рота за допомогою індекса Грін-Верміліона (ОНІ-S) та стану тканин пародонту за допомогою індексу (РМА) в модифікації Parma 1960

Результати. За результатами стоматологічного обстеження пацієнтів, показники серед хлопчиків та дівчат не відрізнялися суттєво, виявлено 100% поширеність карієсу в даній віковій групі. індекс КПВ дорівнював $7,02 \pm 0,43$. Рівень гігієни характеризувався як незадовільний та в середньому склав $1,9 \pm 0,22$. Індекс РМА дорівнював $32 \pm 0,06$ %, що відповідає середньому ступеню важкості гінгівіту.

Висновки Аналізуючи отримані результати комплексного дослідження, стає зрозумілим, що тютюнопаління надає негативний вплив на здоров'я тканин порожнини рота. У підлітків, визначається тенденція до погіршення гігієнічного стану порожнини

рота та зростають показники, що характеризують запалення ясен. Необхідно удосконалити методів профілактики та лікування захворювання порожнини ротаю. Максимальне обмеження і усунення тютюнопаління з юнацького віку є актуальною проблемою клінічної стоматології та медицини та допомагає покращити здоров'я в майбутньому.

ПРОФІЛАКТИЧНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ У ДІТЕЙ ЯК ПОКАЗНИК ЯКІСНОГО КОМПЛЕКСНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ТА ДЕФОРМАЦІЙ

Заяць О.Р., Заяць С.В., Ожоган З.Р., Заяць С.В., Заяць Н.О.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Івано-Франківська область відноситься до регіонів із високим рівнем поширеності та інтенсивності карієсу, що є основною причиною виникнення дефектів зубних рядів унаслідок передчасного видалення молочних зубів, особливо в бічних ділянках. Як показують наші попередні дослідження, у віці 3-5 років 5,4% дітей мали дефекти зубних рядів унаслідок передчасного видалення молочних зубів, а в 6,3% дітей даної вікової групи виявлено повне руйнування коронок та наявність коренів молочних зубів. У дітей віком 6-9 років дефекти зубних рядів виявлено в 48,5% оглянутих, причому, у 30,0% дітей спостерігалися дефекти, протяжністю в один зуб, у 13,0% обстежених – дефекти, протяжністю в два зуба і в 5,5% дітей – дефекти, протяжністю в три зуба.

Рання втрата молочних зубів, особливо молярів, спричинює нахил або корпусне переміщення зубів, які межують з дефектом; звуження та вкорочення зубної дуги; зубоальвеолярне видовження антагоністів; диспропорцію між розмірами зубів і зубної дуги; дефіцит місця для постійних зубів; порушення термінів їх прорізування, за рахунок утворення щільного шару кісткової тканини над зачатком постійного зуба. Так як у патологічний процес втягуються всі ланки артикуляційного ланцюга, ці відхилення є фізіологічно незворотніми, не піддаються саморегуляції, а на лікування зубощелепних аномалій, які виникли, необхідні роки плідної співпраці лікаря і пацієнта.

Тому, профілактичне протезування є необхідним та обов'язковим заходом при передчасному видаленні молочних зубів із метою попередження розвитку зубощелепних аномалій та деформацій зубних рядів у дітей.

Мета дослідження. Визначення ефективності профілактичного протезування у дітей з передчасною втратою молочних молярів.

Методи дослідження. Для вивчення ефективності профілак-

тичного протезування, профілактичне заміщення дефектів зубних рядів здійснено в 40 дітей, віком 5-11 років (I група), яких за видом дефектів зубних рядів поділили на наступні підгрупи:

I – діти, в яких передчасно видалений перший молочний моляр (15 дітей);

II – діти, в яких передчасно видалений другий молочний моляр (20 дітей);

III – діти, в яких передчасно видалені обидва молочні моляри з одного боку (5 дітей). Методи дослідження включали огляд пацієнта, визначення наявності дефектів зубних рядів, вимірювання їх розмірів до та після протезування, аналіз опорних зон за Мойерсом, співставлення біометричних та рентгенологічних даних за методикою Graber.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що в першій групі середній розмір дефектів зубних рядів на верхній щелепі становив $(7,84 \pm 0,15)$ мм, а на нижній – $(7,79 \pm 0,11)$ мм, а передбачувані розміри премолярів, які визначалися шляхом співставлення розмірів зубів на моделі та на рентгенограмі, склали відповідно $(6,94 \pm 0,09)$ мм на верхній та $(7,44 \pm 0,12)$ мм на нижній щелепі. Розміри дефектів після протезування становили відповідно $(7,97 \pm 0,14)$ мм на верхній та $(7,95 \pm 0,10)$ мм на нижній щелепі. У другій групі на верхній щелепі середній показник розміру дефекту зубного ряду складав $(9,01 \pm 0,15)$ мм, і був більшим за передбачувані розміри другого премоляра $(7,29 \pm 0,15)$ мм, що свідчило про достатність місця для його прорізування. Подібну картину спостерігали і на нижній щелепі, де середній показник розміру дефекту становив $(9,69 \pm 0,30)$ мм при передбачуваних розмірах другого нижнього премоляра $(7,52 \pm 0,16)$ мм. Після зняття профілактичного протеза розміри дефектів на верхній та нижній щелепах становили відповідно $(9,08 \pm 0,15)$ мм та $(9,77 \pm 0,30)$ мм, а розміри прорізаних других премолярів практично співпадали з розмірами цих зубів, визначеними за допомогою рентгенограм. У дітей третьої групи на верхній щелепі розмір дефекту до профілактичного протезування становив $(17,05 \pm 0,15)$ мм, а сума передбачуваних розмірів першого та другого премолярів складала $(14,55 \pm 0,05)$ мм. На нижній щелепі середній показник довжини дефекту становив $(17,43 \pm 0,27)$ мм, сума розмірів першого та другого премолярів, визначених методом співставлення даних біометричних та рентгенологічних досліджень, складала $(15,20 \pm 0,43)$ мм. Після зняття профілактичних протезів, видно, що розміри дефектів залишаються практично незмінними до прорізу-

вання постійних зубів.

Аналіз опорних зон за Мойерсом вказує на те, що під час профілактичного протезування довжина опорних зон як на верхній, так і на нижній щелепах, має тенденцію до незначного зростання, що можна пов'язати з утриманням апаратом місця для постійного зуба та ростом коміркового відростка, тоді як після прорізування постійних зубів її розміри скорочуються внаслідок фізіологічного мезіального зміщення бічної групи зубів.

Висновок. Проведені дослідження вказують на необхідність проведення профілактичного протезування у дітей з передчасно видаленими молочними молярами для попередження виникнення патологічного мезіального зміщення бічної групи зубів та виникнення аномалій та деформацій зубощелепної системи.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЗАКРИТТЯ РЕЦЕСІЙ ЯСЕН

Заяць С.В., Рожко М.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології ПО*

Рецесія ясен – оголення поверхні кореня зуба внаслідок зміщення краю м'яких тканин за межі цементно-емалевого з'єднання, пов'язане з клінічною втратою прикріплення.

Найбільш сприятливий прогноз лікування характерний для рецесій I, II класу за Міллером. При усуненні III класу рецесій за Міллером повне відновлення покриття поверхні кореня можливе у 37,84% випадків, при цьому середній показник перекриття кореневої поверхні становить $82,11 \pm 25,02\%$. На даний час немає матеріалів і методів, які б забезпечували прогнозоване закриття рецесій IV класу за Міллером. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність рецесій III, IV класу збільшується з віком.

При плануванні оперативного втручання та прогнозуванні ступеня закриття рецесій необхідно враховувати такі параметри як зменшення висоти міжзубних сосочків, ступінь екструзії чи ротації зубів, а також відсутність візуалізації цементно-емалевої межі через пришийкову абразію зубів. Ймовірність повного закриття рецесій вища при наявності достатньо високих і широких міжзубних сосочків. Стан сосочків впливає на рівень позиціонування краю клаптя. Також важливими умовами досягнення довготривалого результату – є достатня товщина і мобільність зміщуваних клаптів.

В літературі описано чимало способів усунення рецесій ясен, однак золотим стандартом вважається пересадка сполучнотканинного трансплантату із закриттям його розщепленим клаптем.

Враховуючи сучасні тенденції щодо зниження травматичності хірургічних втручань, популярною стала методика коронального зміщення клаптя по Зукеллі без вертикальних послаблюючих розрізів. Необхідною умовою для проведення даної операції є наявність достатнього об'єму кератинізованих ясен апікальніше оголеної поверхні кореня. Як орієнтир використовують найбільш виступаючий зуб, в ділянці якого, як правило, найбільш глибока рецесія.

Технічно складним вважається тунельний метод закриття рецесій за допомогою мікрохірургічних інструментів. Дане втручання дає змогу досягти високих естетичних і функціональних результатів. За рахунок меншої раневої поверхні пацієнти легше переносять піс-

ляопераційний період. Середні показники ефективності застосування модифікованих тунельних технік із додатковим використанням сполучнотканинних трансплантатів становлять 89,77% та 90,14% відповідно, при цьому найвищий рівень прогнозованості втручань при застосуванні вищезгаданої методики відмічається при закритті множинних рецесій.

Ефективна методика для лікування ізольованих ясенних рецесій - латерально зміщений клапоть. Показанням для такого втручання є ідеальний стан м'яких тканин латеральніше від ділянки рецесії.

Вибір методу оперативного втручання повинен залежати від ряду факторів, серед яких анатомічні особливості дефекту, вид рецесії, стан м'яких тканин, ширина кератинізованих ясен, а також естетичні вимоги пацієнта.

МЕТОДИ ОЦІНКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ОСІБ ДИТЯЧОГО ВІКУ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

Зражевська А.Ю., Біда О.В.

*Національний університет охорони здоров'я України імені
П.Л.Шупика*

Кафедра стоматології

Актуальність. Україна знаходиться в процесі реформування системи охорони здоров'я, включаючи стоматологічну галузь. Однак, багато проблем все ще потребують уваги та вирішення окремих питань, включаючи покращення доступності та якості стоматологічних послуг, збільшення обізнаності населення про профілактику і лікування ортодонтичної патології, підвищення фінансування галузі.

Станом на 2023 рік офіційна статистика Міністерства охорони здоров'я України щодо стану стоматологічного здоров'я та поширеності ортодонтичної патології у дітей відсутня. Проте, згідно з дослідженнями попередніх років, забезпечення ортодонтичного лікування дітей в Україні є недостатнім. Багато батьків не мають достатніх фінансових можливостей для лікування своїх дітей, а доступність ортодонтичних послуг є обмеженою. Також в Україні відсутня загальна стратегія з питань розвитку ортодонтичної допомоги дітям.

Таким чином, покращення стану ортодонтичного здоров'я дітей в Україні потребує комплексного підходу, що включає не тільки збільшення доступності ортодонтичних послуг, але й популяризацію профілактичних заходів, які можуть допомогти у попередженні розвитку деформацій зубних рядів та прикусу у дітей.

Мета дослідження: підвищення ефективності профілактики та ортодонтичного і ортопедичного лікування зубощелепних деформацій, обумовлених несвоєчасним прорізуванням зубів опорної зони, у осіб дитячого віку шляхом їх своєчасного виявлення та розробки показань до використання найбільш раціональних конструкцій ортодонтичних апаратів та зубних протезів.

Метаріали і методи. Для визначення стану ортодонтичного здоров'я населення нами проведені епідеміологічні дослідження, які включали огляд населення, анкетування та клінічне обстеження пацієнтів. Визначали загальний стан ортодонтичного здоров'я населен-

ня, поширеність різних ортодонтичних проблем та ідентифікували фактори ризику їх розвитку.

Використовували стандартні індекси - такі як індекси DAI (Dental Aesthetic Index), IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need) та ICON (Index of Complexity, Outcome and Need), які дозволяли оцінити ступінь потреби в ортодонтичному лікуванні, ступінь відхилення від норми, а також ступінь складності ортодонтичного лікування і прогнозування його результатів.

Результати. Індекси потреби в ортодонтичному лікуванні - це система оцінки потреби пацієнта в ортодонтичному лікуванні на основі аналізу його прикусу, оклюзії, порожнини рота і функційного стану. Вони дозволяють стоматологу-ортодонтові оцінити ступінь важливості лікування для конкретного пацієнта та підібрати оптимальний метод лікування. Ці індекси враховують різні аспекти стану прикусу та оклюзії, такі як: перекриття верхніх і нижніх зубів (Overjet і Overbite); перекриття зубів в бічних сегментах (Crossbite); зубний показник (Spacing або Crowding); переміщення серединної лінії, а також функціональний стан щелеп і м'язів обличчя.

Індекси потреби в ортодонтичному лікуванні можуть бути візуальними та базовими. Найбільш широкого визнання у ортодонтичній практиці набули наступні індекси:

1. Індекс DAI (Dental Aesthetic Index) - це індекс, який використовується для оцінки естетичного стану зубів та прикусу. Індекс DAI враховує ряд показників, таких як зовнішній вигляд зубів, прикус та інші фактори, що впливають на естетику зубів.

Індекс DAI складається з 10 показників, що оцінюються за шкалою від 1 до 5. Загальний бал за індекс DAI визначається як сума балів за всі 10 показників, і може бути від 10 до 50. Чим менший загальний бал індексу DAI, тим менше аномалій прикусу та естетичних проблем у пацієнта.

За допомогою даного індексу стоматолог може визначити ступінь аномалій прикусу та вибрати найбільш ефективний план лікування для пацієнта. Індекс DAI може бути корисним для планування ортодонтичного лікування, а також для оцінки результатів лікування.

2. Індекс IOTN (Index of Treatment Need) - це індекс, який використовується для визначення ступеня потреби в ортодонтичному лікуванні у дітей та підлітків. Він базується на клінічних оцінках зубів та прикусу і враховує різні аспекти ортодонтичної патології, такі як зовнішній вигляд зубів, їх положення та відстань між ними, а також прикус.

Індекс ITON включає 5 категорій, кожна з яких має свої критерії оцінки:

1) *Нормальний прикус* - зуби розташовані правильно, немає ніяких аномалій в прикусі, а також відсутність інших стоматологічних проблем;

2) *Легкий дефіцит зубних рядів* - відсутність 1-2 зубів, незначне зміщення зубів або невеликий дефіцит місця;

3) *Середній дефіцит зубних рядів* - відсутність 3-5 зубів або середні зміщення зубів;

4) *Важкий дефіцит зубних рядів* - відсутність 6 і більше зубів або значні зміщення зубів;

5) *Важкий дефіцит зубних рядів з додатковими аномаліями* - відсутність 6 і більше зубів, значні зміщення зубів та інші аномалії в прикусі.

Оцінка проводиться шкалою від 1 до 5, де 1 - це нормальний прикус, а 5 - важкий дефіцит зубних рядів з додатковими аномаліями. Загальний бал індексу ITON визначається як сума балів за всі 5 категорій, і може бути від 5 до 25.

3. Індекс ICON (Index of Complexity, Outcome and Need) - це індекс, який використовується для визначення складності та потреби в ортодонтичному лікуванні пацієнтів зі змінним прикусом.

Індекс ICON базується на клінічних оцінках ступеня складності ортодонтичного лікування, прогнозування результатів та оцінки ступеня потреби в лікуванні. Кожна з цих 3-х категорій включає кілька параметрів:

1) *Складність лікування:*

- Наявність кісткових аномалій та інших структурних аномалій ротової порожнини;

- Наявність проблем з диханням;

- Ступінь перекриття зубів, що потребує корекції.

2) *Прогноз результатів лікування:*

- Прогнозована стійкість результатів лікування;

- Можливість досягнення бажаного результату.

3) *Потреба в лікуванні:*

- Естетичні проблеми з зубами та прикусом;

- Функціональні проблеми з зубами та прикусом.

Оцінка проводиться за допомогою шкали від 0 до 60, де 0 - це відсутність потреби в лікуванні, а 60 - максимальна потреба в ортодонтичному лікуванні. Бали за кожну категорію додаються, і загальний бал індексу ICON визначається як сума балів за всі три категорії.

Застосування зазначених методів епідеміологічного та клінічного обстеження дозволяє ідентифікувати проблемні групи населення дитячого віку та удосконалити методи підвищення рівня ортодонтичного здоров'я.

Висновки: Оцінка стану ортодонтичного здоров'я населення дозволяє ідентифікувати проблемні групи населення та розробляти стратегії для поліпшення стану ортодонтичного здоров'я, а саме:

- якщо епідеміологічне дослідження виявило високу поширеність зубоцеліпних аномалій та деформацій, то можуть розроблятися програми з профілактики та раннього виявлення цих проблем;

- якщо індекси показують високу потребу в ортодонтичному лікуванні у певних груп населення, то можуть розроблятися програми підвищення свідомості про ортодонтичну патологію та доступу до лікування.

Розробка таких програм може включати створення державних стандартів ортодонтичного лікування та фінансування цих програм із державного бюджету, що може допомогти зменшити соціальну нерівність, покращити якість життя населення та збільшити продуктивність праці.

ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИ УРАЖЕННЯХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА: ОГЛЯД ЗАРУБІЖНИХ ДЖЕРЕЛ

Іваськевич В.З.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра стоматології післядипломної освіти*

Актуальність. Ознаки та симптоми, пов'язані зі скронево-нижньощелепним суглобом (СНЩС), часто зустрічаються у підлітків і дорослих пацієнтів-ортодонтів. Протягом багатьох десятиліть здоров'я СНЩС давно вважалося важливим в ортодонтичному лікуванні, тому в ортодонтичній популяції слід наголошувати на рутинному обстеженні та лікуванні проблем СНЩС.

Мета дослідження – проаналізувати досвід зарубіжних ортодонтів у лікуванні при ураженнях скронево-нижньощелепного суглоба на підставі огляду літератури.

Матеріали і методи дослідження: емпіричні та теоретичні. Здійснено багаторівневий системний аналіз зарубіжних наукових джерел. Методологічною основою дослідження є системний підхід до аналізу джерельної бази. Методологія дослідження дозволила визначити й обґрунтувати накопичений досвід світовими ортодонтами в сучасних умовах.

Отримані результати. Проведений аналіз джерельної бази дослідження засвідчив взаємозв'язок ортодонтичного лікування та дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). В електронній базі даних PubMed, Google Scholar, Web of Science та Scopus за ключовими словами нами проводився пошук та аналіз досліджень, проведених за останні 5 років, проблематика яких пов'язана із дисфункцією СНЩС, ортодонтичним лікуванням та їх ускладненнями.

Нами встановлено, що у дослідженнях світової стоматологічної спільноти акцентовано на зв'язках між ортодонтичним лікуванням і скронево-нижньощелепними розладами.

Ортодонтичне лікування в комплексному лікуванні захворювань СНЩС має потенційне значення для можливого одужання, а для успішного результату необхідно, щоб клініцисти були поінформовані про клінічні ознаки та симптоми скронево-нижньощелепних розладів та мали відповідні знання про всі можливі

методи лікування та детальну оцінку міофункціонального стану СНЩС до та після ортодонтичного лікування.

При постановці діагнозу труднощі зумовлені різними сипмптоми захворювання СНЩС. Вперше ознаки дисфункції СНЩС визначено лікарем Ж.Костеном (J.Costen.). На його честь названо весь комплекс симптомів захворювання. Синдром Ж.Костена включає біль в ділянці суглоба з іррадіацією в шию, вухо, скроню, потилицю; характерний звук при відкриванні рота – хрускіт, ляскіт чи клацання; тризм; зниження слуху; тупий біль в середині і поза вухом, закладеність вуха; сухість у роті; біль і печіння язика; головний біль; болі в обличчі по типу невралгії трійчастого нерва. Оскільки клінічно важко виділити всі ці симптоми у пацієнтів із дисфункцією СНЩС, бо патогено-етіологічний його прояв характеризує, в більшості випадків, тільки один чи кілька симптомів, то ортодонт може використати ряд сучасних методів діагностики. Наприклад: комп'ютерна томографія, динамічна рентгеноскопія, ортопантомографія, конусно-променева комп'ютерна томографія, ультразвукова діагностика, оптичні сенсорні технології, телерентгенограма, магнітно-резонансна томографія тощо.

В результаті правильної діагностики, лікування та контролю проміжних результатів у пацієнтів з ознаками дисфункції СНЩС відбувається адаптація структур скронево-нижньощелепного суглоба до нового функціонального положення.

Розлади СНЩС є широко поширеним стоматогенним захворюванням, що вражає всі вікові групи. Близько 10-15% випадків проблем СНЩС пов'язується із наслідками ортодонтичного лікування неправильного прикусу. Нерідко патологічний прикус може бути причиною розвитку порушень СНЩС. Але, крім цього, в процесі ортодонтичного лікування можуть виникати скарги на біль і дискомфорт у скронево-нижньощелепному суглобі, які викликані ортодонтичними апаратами, дія яких спрямована на зміну стану патологічного прикусу, а зокрема нижньої щелепи.

Хронічні чи стійкі захворювання ускладнюють перебіг дисфункції СНЩС. Ортодонтичне лікування відіграє важливу роль в корекції патології прикусу, а необхідним етапом ортодонтичного лікування є передортодонтична підготовка.

Ортоданти та стоматологи загального профілю повинні знати про багатофакторну етіологію дисфункції СНЩС і приймати рекомендації щодо контролю процесу до та після будь-яких стоматологічних чи ортодонтичних втручань.

Висновки. На основі аналізу джерел із бази PubMed, Google Scholar, Web of Science та Scopus зроблено висновки, що при лікуванні розладів СНЩС діагностика має бути вирішальним критерієм на етапі передортодонтичної підготовки, що забезпечить якість лікування та дасть змогу уникнути ускладнень після лікування.

Важливо розглядати проблему відновлення та збереження здоров'я скронево-нижньощелепного суглоба, як складової компенсаторної частини жувального апарату. Ознаки та симптоми, пов'язані з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), часто зустрічаються у підлітків і дорослих. Дисфункція СНЩС, що виникає під час ортодонтичного лікування ускладнює перебіг лікування та його кінцевий результат, тому ортодонтичній спільноті варто акцентувати увагу на обстеженні та лікуванні проблем СНЩС. Як єдине рухоме з'єднання кісток черепа СНЩС має складну анатомічну будову, яка зумовлює схильність суглоба до різних патологій і дисфункцій.

Перспективи наших подальших досліджень вбачаємо у вивченні практичного досвіду ортодонтичного лікування уражень скронево-нижньощелепного суглоба.

Список літератури

1. He H, Liu ZJ. (2019). Risk of temporomandibular joint and its management in orthodontic treatment. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 9;54(12):808-814.
2. Kvaratskhelia S, Nemsadze T. (2022). The influence of the orthodontic treatment on the development of the temporomandibular joint disorder - literature review. *Georgian Med News.* 331:22-26.
3. Pohranychna K, Ohonovskyi R, Rybert Y, Minko L, Hlova O. (2023)/ Efficacy of arthrocentesis for treatment of internal post-traumatic temporomandibular joint disorders. *Wiad Lek.* 76(1):155-160.
4. Pihut M, Gala A, Kulesa-Mrowiecka M. (2022). Temporomandibular disorders and their impact on the development of the overloading changes within temporomandibular joints. *Folia Med Cracov.* 29;62(4):45-56.
5. Xiong X, Ye Z, Tang H, Wei Y, Nie L, Wei X, Liu Y, Song B. (2021)/ MRI of Temporomandibular Joint Disorders: Recent Advances and Future Directions. *J.Magn Reson Imaging.* 54(4):1039-1052.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ГІМНАСТИКИ ЗА СИСТЕМОЮ ЙОГА В СУКУПНОСТІ З ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Касьяненко Д.М., Браженко Ю.Ф.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Кафедра стоматології дитячого віку*

На сьогоднішній день саме дистальний прикус є однією з найпоширеніших аномалій прикусу. Частота цієї проблеми серед усіх проблем із прикусом досягає 65% (П.С. Фліс, 2005; Д.А. Калвеліс, 1964; Ф.Я. Хорошілкіна, 1982; С.І. Криштаб, 1980; С.А. Дубова, 1990; В.Д. Куроїдова, 1990).

Наявність дистального прикусу негативно позначається на певних функціях. Це призводить до таких проблем:

- Відбувається зменшення загального обсягу носових порожнин. Разом з цим починаються проблеми із пневматизацією повітроносних пазух черепа.

- Відсутня можливість змикання губ.
- Формуються патології зовнішнього дихання.
- Порушується вимова звуків.
- З'являються проблеми з пережовуванням їжі та її ковтанням.

Сьогодні вже існують певні ефективні підходи до вирішення проблеми дистального прикусу у пацієнтів різного віку. Однак вони вимагають певної модернізації, яка передбачає впровадження в ортодонтичну практику нових і ефективніших методик для профілактики та лікування дистального прикусу. Ці підходи повинні забезпечити гармонійний розвиток дитини, а також сприяти формуванню у неї правильного прикусу.

Саме з цією метою нами була розроблена система вправ за системою Йога. Це особлива система, що складається з лікувальної гімнастики та правильного харчування, яка сприяє підвищенню ефективності лікування патологічних видів прикусу. Одним із найважливіших елементів даної практики є самоконтроль і дисципліна, завдяки яким людина якісно змінює власне життя. Система Йога підтвердила свою успішність протягом багатьох століть практичного використання. Значається, що йога досить давно використовується разом із ортодонтичним лікуванням. На сьогоднішній день

вважається, що цю методику найдоцільніше використовувати для боротьби з різними ортодонтичними патологіями, включаючи і проблему дистального прикусу.

Мета. Основна мета дослідження полягає у розробці спеціальних додаткових заходів, які дозволять підвищити ефективність лікування дистального прикусу, ускладненого ротовим типом дихання, а також різними порушеннями функцій м'язів і жувальних м'язів, а також порушень постави.

Матеріали та методи. У рамках дослідження проводили внутрішньоротове та позаротове обстеження пацієнтів віком від 9 до 12 років. Разом з цим отримували відбитки щелеп та створювали діагностичні гіпсові моделі. Для дослідження м'язової активності використовували сучасний комп'ютерний чотириканальний комплекс для електроміографії REPORTER (виробництва фірми ESAOTEBIOMEDIKA, Італія), програмної версії 4.00. Також проводили і телерентгенографічні дослідження голови у бічній проекції. Для цього використовували відповідні рентгенівські апарати моделей Morita, Varaviewerocs та 3D Accuitomo XYZ.

У дослідженні брали участь 40 пацієнтів, які мають різні форми дистального прикусу, що був ускладнений ротовим типом дихання. У деяких з пацієнтів спостерігалися порушення постави та функції жувальних та м'язів. У ході дослідження всіх пацієнтів розділили на дві клінічні групи, у кожену з яких увійшло по 20 осіб. У першу групу увійшли пацієнти, які мають дистальний прикус, ускладнений порушенням постави, ротовим типом дихання та проблемами жувальних і м'язів. Вік усіх пацієнтів групи становив 9-12 років. У ході лікування використовувався відповідний ортодонтичний активатор власної конструкції (патент на корисну модель № 59838, зареєстрований у Державному реєстрі патентів України на корисні моделі 25.05.2011).

До другої групи увійшли аналогічні пацієнти, які мають ті ж патології та проблеми. Для лікування також використовувався спеціальний власний ортодонтичний активатор, проте додатково використовувався розроблений нами комплекс лікувальної гімнастики за системою Йога. Таким чином, пропонувалося з'ясувати вплив цієї лікувальної гімнастики на лікування.

Висновки.

1. Дистальний прикус є одним із поліетіологічних захворювань, які супроводжуються певною зміною тону м'язів, проблемами з носовим диханням, зміною статури. Лікування дистального

прикусу потребує використання комплексних заходів, щоб максимально знизити терміни лікування, а також зменшити ймовірність рецидиву.

2. Використання лікувальної гімнастики за системою Йога спільно з ортодонтичним активатором призводить до дворазового прискорення процесу лікування. Ефект підтверджений за результатами проведення відповідних електроміографічних і телерентгенографічних досліджень.

3. За результатами проведених досліджень можна зробити висновки про те, що спільне використання заходів лікувальної гімнастики за системою Йога та сучасних ортодонтичних апаратів є доцільним та ефективним.

ВСТАНОВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕУСПІШНІСТЮ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА АНАЛІЗ ЇХ СТУПЕНЮ ВПЛИВУ

Кенюк А.Т., Ньорба-Бобиков М.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність. Дані вітчизняних та закордонних джерел літератури свідчать про наявність чітко визначених факторів, що можуть негативно впливати на результат проведення дентальної імплантації, але водночас результати ретроспективних досліджень свідчать, що вплив даних факторів може бути варіативним, в залежності від структури різних досліджуваних вибірок, окрім того ступінь вираженості цих факторів може залежати від взаємодії їх між собою. Таким чином найбільш валідним методом оцінки факторів, що потенційно можуть вплинути на показник успішності дентальної імплантації, є проведення ретроспективного аналізу даних пацієнтів.

Мета дослідження. Провести аналіз даних пацієнтів Університетської стоматологічної поліклініки після встановлення внутрішньокісткових титанових дентальних імплантатів задля ідентифікації факторів, що потенційно можуть бути причиною негативного прогнозу лікування та реабілітації пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Задля реалізації поставлених завдань та мети дослідження був проведений аналіз даних пацієнтів Університетської стоматологічної поліклініки, яким проводилась процедура дентальної імплантації. Обробка медичної документації проводилась із дотриманням принципів анонімності, оцінка параметрів функціональної успішності імплантатів проводилась у відповідності до критеріїв ICOI, оцінка ступеню впливу факторів проводилась із врахуванням принципів регресійного аналізу. Представлення результатів аналізу проводилось із врахуванням статистичного показника відносного ризику у межах 95% довірчого інтервалу, значення статистичного рівня значущості становило $p < 0,05$. Статистичне опрацювання даних проводилось за допомогою програмного забезпечення Statistica.

Результати дослідження. Під час проведення дослідження було опрацьовано дані 216-ти пацієнтів Університетської стоматологічної поліклініки, яким була проведена процедура дентальної імплантації.

В ході аналізу даних був проведений відбір пацієнтів за необхідними критеріями і була сформована вибірка із 172-х осіб. Показник виживання імплантатів серед вибірки пацієнтів становив 95,08% (657 імплантатів із 691 встановлених), показник функціональної успішності становив 95,92%. Серед обраних досліджуваних потенційних факторів ризику були наступні: вік пацієнта, стать пацієнта, довжина імплантату, діаметр імплантату, кількість імплантатів, наявність цукрового діабету в анамнезі пацієнта, тривалість функціонування імплантатів, куріння пацієнта, проведення суміжної процедури кісткової аугментації та локалізація імплантату. Дані потенційні фактори ризику були пронумеровані відповідно від «Фактор 1» до «Фактор 10». Результати проведеного регресійного аналізу параметрів імплантатів, пацієнт-орієнтованих факторів та чинників наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Порівняння вираженості потенційних факторів ризику (де ВР – це відносний ризик, ДІ – довірчий інтервал, р – показник значущості).

№	Фактор	ВР	ДІ	р
1	Вік пацієнта	0,543	95%, 0,235-0,786	0,641
2	Стать пацієнта	0,497	95%, 0,374-0,983	0,413
3	Довжина імплантату	0,241	95%, 0,201-0,739	0,274
4	Діаметр імплантату	0,536	95%, 0,292-1,150	0,398
5	Кількість імплантатів	1,069	95%, 0,920-1,567	0,054
6	Наявність цукрового діабету	1,057	95%, 0,895-1,430	0,061
7	Тривалість функціонування імплантатів	0,623	95%, 0,459-1,091	4,342
8	Куріння пацієнта	1,266	95%, 0,823-2,348	0,050
9	Проведення суміжної процедури кісткової аугментації	1,292	95%, 0,811-2,802	0,054
10	Локалізація імплантату	0,297	95%, 0,231-0,522	0,057

Таким чином, серед статистично значимих факторів, що можуть провокувати неуспішний прогноз лікування і бути інтерпретовані як фактори ризику, можна виокремити наступні: фактор кількості імплантатів, фактор наявності цукрового діабету, фактор куріння пацієнта та фактор проведення суміжної процедури кісткової аугментації; візуалізація даних наведена на малюнку 1.



Малюнок 1. Діаграма показників відносного ризику досліджуваних факторів

Фактор тривалості функціонування імплантатів за показником відносного ризику не можна розцінювати як фактор, що асоційований із неуспішністю лікування, але вплив є статистично асоційованим із показником виживання імплантатів; а для оцінки валідності фактору наявності цукрового діабету була недостатня кількість пацієнтів із даним захворюванням у вибірці, і відтак задля аналізу цих двох факторів є потреба у більш деталізованому моніторингу із залученням більшої кількості суб'єктів дослідження.

Висновки. Після проведення оцінки отриманих нами результатів дентальної імплантації пацієнтів стоматологічної поліклініки можна стверджувати, що найбільш імовірні фактори ризику, які асоційовані із неуспішністю встановлення імплантатів, ідентифіковані. Найбільш значущими виявились фактор проведення суміжної процедури аугментації та фактор тютюнопаління. Фактори чисельного показника кількості імплантатів та наявності цукрового діабету виявились помірно впливовими. Дані результати узгоджені із даними попередніх досліджень, проте для визначення ступеню їхньої валідності є необхідним проведення дослідження із більшою вибіркою пацієнтів і дотриманням суворого моніторингу та контролю впливу інших потенційних факторів.

ЗАСТОСУВАННЯ ОЩАДЛИВИХ ПІДХОДІВ ПРИ ЗАМІЩЕННІ ЧАСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ АДГЕЗИВНИМИ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Кирилюк М.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Серед усіх видів патологічних станів зубощелепної системи, які підлягають ортопедичному або комплексному лікуванню, однією з найпоширеніших є часткова втрата зубів.

При цьому тактичні підходи щодо заміщення часткових дефектів зубних рядів визначаються багатьма загальними і місцевими клінічними та поза клінічними факторами: топографією і величиною дефекту, станом твердих тканин опорних зубів та антагоністів, видом прикусу, функціональним станом пародонту, клінічною висотою коронок зубів, відсутністю чи наявністю виражених вторинних зубощелепних деформацій, загально соматичним станом і психологією пацієнта, техніко-технологічними можливостями застосування певних клінічних і лабораторних технологій протезування, але в значній мірі саме кваліфікацією лікаря – його здатністю оперувати сумою усіх цих клінічних знань.

У доступній літературі є різні точки зору стосовно необхідності протезування при втраті одного чи двох зубів і, незважаючи на відносність показань до обов'язкового ортопедичного заміщення таких дефектів, втрату навіть одного зуба нерідко розглядають як фактор, що порушує ритмічність функціонування ланок зубощелепової системи та є пусковим механізмом до її подальшого руйнування. Тому протезування малих дефектів зубних рядів має елементи профілактики.

Проте, переважна більшість незнімних зубних протезів, що застосовується, передбачають необхідність препарування зубів. Причому об'ємність такого препарування значно зростає по мірі розвитку зубощелепових деформацій та резорбції альвеолярної кістки внаслідок захворювань пародонту.

Нами у клініці кафедри ортопедичної стоматології за понад двадцять останніх років накопичено значний практичний досвід ощадливого підходу до опорних зубів при заміщенні часткових дефектів зубних рядів різними конструкціями адгезивних мосто-

подібних протезів (АМП). Цей досвід дозволяє виділити цілий ряд позитивних якостей цих конструкцій:

- відсутність, або мінімальне препарування опорних зубів;
- достатньо висока естетичність;
- є значні можливості вибору матеріалів для їх виготовлення виходячи з доцільності показань;
- відсутність підяснового препарування і розташування конструкції та уникнення ретракції ясен при знятті відбитків є фактором ощадливого відношення до маргінального пародонту ;
- уникнення після фіксації конструкції проблем естетики і маргінальної адаптації у разі оголення коренів опорних зубів;
- постійний прогрес у розробці і вдосконаленні адгезивних фіксуєчих матеріалів та скловолоконних армуючих систем;
- можливість вибору методу виготовлення (прямий, непрямий);
- легке зняття таких протезів за необхідності;

Причому, наприклад при медіальному нахилі дистального опорного зуба у бік дефекту, клінічно можуть одночасно проявлятись, як сприятливі («симптом трикутника» і поява надійного місця для оклюзійної опори), так і несприятливі (зменшення адгезійної площі на боковій поверхні опорного зуба) фактори для фіксації АМП .

Слід враховувати, що за певних клінічних умов показання до застосування АМП звужуються (протяжні дефекти, низькі клінічні коронки, несприятливі оклюзійні співвідношення). Фактично це ситуації коли погіршено умови фіксації.

Таким чином, при розгляді АМП у якості вибору серед інших альтернативних методів заміщення часткових дефектів зубних рядів, слід проявляти диференційований і комплексний підхід, який би задовольняв усі виділені нами можливі клінічні вимоги до цих конструкцій.

ПЛАНУВАННЯ ЧАСТКОВИХ ЗУБНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ ПРИ ПОНИЖЕНИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВАХ ОПОРНИХ ЗУБІВ

Кирилюк М.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Понижені функціональні резерви опорних зубів нерідко обумовлюють проблеми в плануванні конструкцій часткових знімних пластинкових протезів. Причинами цього є цілий ряд факторів. Зокрема, після значної втрати зубів, через об'єктивні процеси атрофії альвеолярних відростків, а також деформації зубних рядів, клінічно найчастіше опорні зуби є висунутими за оклюзійну площину, оголеними та нахиленими, що створює передумови для виникнення травматичної оклюзії на фоні пониження стійкості до навантажень.

Це сприяє збільшенню рухливості таких зубів та посиленню процесів, які ведуть до їх втрати, особливо при захворюваннях пародонту і неможливості проведення первинного шинування. Зменшення ж кількості опорних зубів супроводжується погіршенням стабілізації протеза, що веде до збільшення його побічної дії, ще більшого прискорення процесів втрати опорних структур і повторення такого патологічного циклу. Для самого ж пародонту найнесприятливішими є сили, що діють горизонтально і під кутом, а нерівномірний розподіл жувального тиску часто зумовлює поломки пластмасових базисів у місці їх прилягання до поодиноких зубів.

Якість протезування великих дефектів в значній мірі залежить від стану тканин протезного ложа і стійкості зубів, що залишились, а кількість одиночних зубів, їх функціональний стан і розміщення на щелепі, фіксація, стабілізація, жувальна ефективність і побічна механічна дія часткових пластинкових протезів є взаємопов'язаними і факторами.

Часткові пластинкові протези при функціонуванні завжди чинять механічну дію на опорні зуби. Проте, при малій кількості зубів на щелепі і понижених функціональних резервах опорних зубів покривні протези є найефективнішою конструкцією і практично безальтернативною з огляду на недоліки кламерної фіксації. Це пов'язане із зменшенням впливу ефекту важеля внаслідок укорочення коронок зубів, можливістю доповнення механічного компонента

фіксації функціональним присисанням, розширенням границь базиса для зменшення тиску на одиницю площі протезного ложа. Іншими важливими моментами в реалізації стратегії раціонального конструювання пластинкових протезів при малій кількості зубів є попереднє шинування зубів, що залишились, врахування стану слизової при знятті функціональних відбитків і побудові оптимальних оклюзійних співвідношень. Все це в комплексі служить основній задачі – раціональному розподілу жувального тиску на опорні структури при функціонуванні протеза.

На підставі багаторічного клінічного досвіду протезування при функціонально ослаблених опорних зубах ми, ставлячи за мету якнайдовше зберігати опорні зуби та альвеолярну частину, рекомендуємо застосовувати патриці з дозованою податливістю, телескопічні, балкові та рігелльні системи фіксації, а за сприятливої для створення замикаючого клапана клінічної ситуації – покривні протези із еластичними зонами над коренями з дуже низькими функціональними резервами. Такі конструкції покривних протезів зводять до мінімуму механічне перевантаження опорних зубів і створюють триваліші умови для оптимальної реалізації біофізичної фіксації.

Враховуючи те, що найчастіше часткові знімні пластинкові протези потребують пацієнти похилого віку із зниженими адаптаційними функціональними резервами усього організму, то це накладає додаткові вимоги при плануванні ортопедичного лікування і тому актуально знати ці аспекти та в практичній роботі ширше застосовувати сучасні покривні конструкції.

ФУНКЦІОНАЛЬНА ОКЛЮЗІЯ ТА КІСТКОВА АУГМЕНТАЦІЯ ЯК ПОЄДНАНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Кінаш Ю.О., Кінаш Л.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра терапевтичної стоматології ФПДО

Генералізовані та локалізовані захворювання тканин пародонту є важливою проблемою сучасної стоматології, що сприяє розвитку атрофії кісткової тканини щелеп, яка призводить до втрати зубів і косметичних дефектів, а це значною мірою обмежує можливості людини у спілкуванні, утискує її свободу і викликає психологічну депривацію. Як правило, втрата зубів призводить до порушення функції жування, в результаті цього спостерігаються розлади травлення, змінюється артикуляція, виникають скронево-нижньощелепні розлади, що сприяє погіршенню якості життя в соціально-психологічному аспекті. При генералізованих захворюваннях пародонта, ускладнених частковою втратою зубів, виникає замкнуте коло: пародонтит призводить до часткової втрати зубів, яка в свою чергу сприяє подальшому збільшенню тяжкості захворювання пародонту та атрофії альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп. У цьому випадку до особливостей клінічної картини пародонтиту слід віднести появу додаткового функціонального навантаження, зумовленого зменшенням числа зубів. Отже, збереження природних зубів та відновлення об'єму кісткової тканини при захворюваннях тканин пародонту є одним із завдань пародонтології. Проте в тих випадках, коли це неможливо, слід створити умови для проведення кісткової аугментації з відстроченою або негайною (за показами) дентальною імплантацією та раціональним протезуванням із відтворенням оклюзійно-артикуляційної концепції, що забезпечить відновлення функціональної оклюзії [1-2].

Мета дослідження: Продемонструвати необхідність комбінування методів кісткової аугментації та відновлення функціональної оклюзії в індивідуально налаштованому артикуляторі за допомогою раціонального протезування зі застосуванням CAD CAM технологій.

Матеріали та методи. Перед відновленням функціональної

оклюзії з досягненням концепції іклової направляючої при стадії помірною та важкого пародонтиту з ризиком додаткової втрати зуба (згідно класифікації захворювань та станів тканин пародонту та перімплантних тканин від 2017 року), ми пропонуємо відновлення вертикальних та горизонтальних розмірів альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелеп методами кісткової аугментації із застосуванням ауто-, ксено- та синтетичних остеопластичних матеріалів. Контроль стану кісткової тканини проводять за допомогою комп'ютерної томографії з 3D відтворенням та індексної оцінки стану тканин пародонту. Прогнозування та виготовлення ортопедичних конструкцій відбувається в індивідуально налаштованих артикуляторах із використанням CAD CAM технологій.

Результати дослідження. При використанні методів кісткової аугментації проводимо моніторинг стану кісткової тканини до, після остеопластики та після раціонального протезування з відновленням функціональної оклюзії при використанні CAD CAM технологій та згідно гендерної та вікових ознак. При застосуванні методів кісткової аугментації в осіб молодого, I та II зрілого віку ми досягаємо результату в 87,8% ($p < 0,05$) випадків, якщо після оперативного втручання проводилося раціональне протезування або з опорами на дентальних імплантатах, або на природних зубах із відновленням функціональної оклюзії. У той час, коли хворим проводилося лікування лише одним із цих методів, позитивний результат реабілітації скорочувався вдвічі, якщо не враховувати осіб молодого віку, де атрофічні зміни виражені менше, ніж у групах зрілого віку, враховуючи гендерний розподіл. Крім того, ми не повинні забувати про осіб похилого та старечого віку, в яких проявляється ускладнена тяжкість захворювання тканин пародонту.

Висновок: Відновлення об'єму кісткової тканини щелеп при генералізованих захворюваннях тканин пародонту забезпечує стабілізацію та стійкість природних зубів, а створення рівномірного жувального навантаження за рахунок нормалізації функціональної оклюзії через раціональне протезування забезпечить збереження горизонтальних та вертикальних розмірів альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелеп. Крім того, жувальне навантаження, яке створене за допомогою дентальних імплантатів на кісткову тканину щелеп, при неможливості збереження власних зубів хворих, сприяє підвищенню щільності кісткової структури, що демонструє довготривалі результати користування та позитивний постреабілітаційний ефект.

Література:

1. Павленко О.В., Леоненко П.В., Крищук М.Г., Ещенко В.О. Рациональне планування хірургічних та ортопедичних реконструктивних заходів шляхом створення індивідуальних імітаційних моделей біомеханічної системи з дентальними імплантатами. Вісник Української медичної стоматологічної академії. П. 2013, 21 (13): 25 - 29.

2. Кінаш Ю.О. Сучасні тенденції кісткової аугментації при дентальній імплантації у хворих із патологією тканин пародонту та атрофією кісткової тканини щелеп. Український стоматологічний альманах. 2021; 1: 21-7.

АНАЛІЗ МІКРОБІОТОПУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Кіндрат Г.В., Попович З.Б., Яцинович В.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Навчально-науковий інститут післядипломної освіти
Кафедра стоматології*

Вступ. Немає меж досконалості у мистецтві клінічної діагностики. І, оглядаючи пацієнта, можна побачити в ротовій порожнині більше, ніж обкладеність язика чи його сухість. Органи і тканини ротової порожнини знаходяться в тісному зв'язку з організмом, тому більшість уражень слизових оболонок виникає внаслідок захворювання тих чи інших внутрішніх органів. Іноді вони стають першими проявами такого захворювання ще до того, як виникають його загальні симптоми. Особливо часто вони виявляються при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Зміни в порожнині рота при захворюваннях органів системи травлення зустрічаються найбільш часто. Це пояснюється спільністю функцій і єдністю всіх відділів травного тракту. Найчастіше спостерігаються такі ознаки, як зміна кольору, набряк, обкладеність язика, згладженість або гіпертрофія ниткоподібних сосочків, вогнищева десквамація епітелію, ерозивно-виразкові ураження. Найчастіше серед цих ознак зустрічається обкладений язик. В утворенні нальоту на язиці важливу роль відіграє порушення процесу зроговіння і відторгнення епітеліальних клітин на сосочках язика внаслідок нейротрофічних розладів. На скупчення нальоту впливають також характер їжі, склад мікрофлори, гігієна порожнини рота. У результаті відсутності десквамації поверхневого шару епітелію зроговілі клітини затримуються, з слини приєднуються мертві лейкоцити і мікроорганізми і утворюється наліт. При цьому створюються сприятливі умови для розмноження мікроорганізмів, зокрема, з'являється значна кількість грибів. Все це і складає основу нальоту. Наліт виявляється при гастриті, ерозивному гастриті, виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, новоутвореннях шлунка, захворюваннях кишківника. Під час загострення виразкової хвороби, гастриту, ентероколіту, коліту обкладеність язика виражена більшою мірою і наліт набує різного відтінку: білого, сірого, жовтого, бурого.

Мета роботи: вивчити стан мікробіотопу зубного нальоту при різних патологічних станах травного тракту.

Матеріали і методи. Нами обстежено 24 пацієнта із ураженнями слизової оболонки ротової порожнини, які зверталися за консультативною допомогою. Після огляду ротової порожнини нами встановлено різний характер патологічних станів, але переважала у всіх пацієнтів обкладеність язика з різним кольором нальоту. Збір матеріалу проводили проводили натще шляхом браш-методики, наносили на стерильне предметне скло, висушували, фарбували. Препарати вивчали під імерсійною системою мікроскопа Primo Star-ZEISSPlan-ACHROMAT. Паралельно із обстеженням ротової порожнини, збирали анамнез життя, наявність супутньої патології і, за необхідності, скеровували пацієнтів на консультацію і обстеження до гастроентеролога.

Результати обстеження і обговорення. Нами встановлено, що у кожного пацієнта спостерігалися характерні зміни на слизовій оболонці ротової порожнини відповідно до соматичного захворювання. Так, при гастродуоденіті було діагностовано катаральний стоматит, при виразковій хворобі шлунку у стадії ремісії – десквамація епітелію язика, афтозні ураження, при гастриті із підвищеною кислотністю у поєднанні із рефлюксом – гіпертрофія нитковидних сосочків язика. Аналіз мікроскопічних досліджень гастроентерогічних хворих показав наявність у мазках умовно-патогенних і патогенних мікроорганізмів: стафілококи, фузобактерії, трихомонади, гриби та відсутні паличкоподібні та лактобактерії. У значній кількості спостерігалися лейкоцити – 8-25 у полі зору.

Колонізація і дисемінація патогенних мікроорганізмів (особливо стрептококів) створює передумови для розвитку інфекційно-запальних, аутоімунних, алергічних процесів у різних органах і системах. Крім цього, патогенні мікроорганізми продукують токсини та ферменти, які проникають у підлеглі тканини, викликаючи патологічні зміни (Савичук Н.О). За даними Ткаченко Є.І. зміни біотопу ротової порожнини сприяють формуванню дисбактеріозу у кишківнику. Кишкові мікроорганізми – біфідо- і лактобактерії створюють першу лінію захисту в організмі від вторгнення патогенних мікроорганізмів і їх розмноження. Вони першими вступають у контакт із лімфоцитами, які регулюють баланс прозапальних цитокінів, рівень секреторного ІgА, забезпечуючи, таким чином, імунну відповідь організму.

Висновок. Зміни мікробіотопу язика можуть служити донозоло-

гічним маркером діагностики порушень зі сторони шлунково-кишкового тракту. Виявлений зваємозв'язок між мікробіоценозом ротової порожнини та захворювання гастроентерогічного системи обґрунтовує необхідність подальших більш поглиблених досліджень для визначення ролі конкретних мікроорганізмів у патогенезі захворювань організму і складання плану лікування та реабілітації пацієнтів.

ЗАСТОСУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПАРОДОНТУ ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ СУЧАСНИХ ЕСТЕТИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НЕЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Клим'юк Ю.В., Ожоган З.Р., Федорак В.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Мета дослідження. Здійснити удосконалення методики гнатодинамометрії з можливістю відображення на моніторі дисплея динаміки зростання навантаження в часі шляхом розробки комп'ютерної програми спільно з аналого-цифровим перетворювачем (АЦП).

Матеріали та методи. Всього в ході роботи обстежено 80 хворих основної та 60 пацієнтів контрольної групи трьох вікових груп: 26 пацієнтів віком 30-39 років, 29 пацієнтів - 40-49 років, 28 пацієнтів - 50-59 років, відповідно, які виготовляли як одиночні металокерамічні коронки та незнімні мостоподібні протези.

Результати. При визначенні витривалості пародонту опорних зубів до навантажень під час жування та визначення резервних сил пародонту було проведено гнатодинамометричні дослідження. Вимірювання в контрольній групі, де були пацієнти з інтактними зубними рядами в кожній із вікових груп, проводили одноразово. Так, у віковій групі 30-39 років середній показник різців становив $(323,7 \pm 4,9)$ Н, який достовірно не відрізнявся від цього показника $(317,2 \pm 7,67)$ Н у віковій групі 40-49 років. Значення молярів достовірно не відрізнялися між собою при порівнянні пацієнтів 30-39 років та 40-49 років і становили відповідно $(826,1 \pm 4,74)$ Н та $(815,3 \pm 2,68)$ Н. Порівнюючи показники пацієнтів з інтактними зубного ряду та показників, отриманих до лікування у пацієнтів, яким було показано виготовлення незнімних суцільнолитих конструкцій, відзначено достовірну різницю ($p < 0,05$) між цими показниками незалежно від їх життєвості. У віддалені терміни після фіксації незнімних протезів відмічається стабілізація показників, значення яких спостерігаються у хворих з вітальною пульпою та розподіляються за віковими групами 30-39 років, 40-49 років та 50-59 років: величини різців становили $(269,1 \pm 2,85)$, $(233,8 \pm 2,77)$ та $(211,4 \pm 2,97)$ Н, величини зубів бічної групи – відповідно $(646,4 \pm 3,71)$, $(660,8 \pm 5,50)$ та $(644,3 \pm 5,37)$ Н, що достовірно відрізнялось від показників девітальних зубів.

Висновки.

1. При наявності дефектів твердих тканин зубів та включно з ними дефектів зубних рядів, де в якості опорних обрано вітальні фронтальні зуби, доцільно використовувати запропоновану та обґрунтовану за допомогою комп'ютерної програми методику гна-тодинамометрії;

2. Обрана методика дозволяє брати до уваги резервні сили пародонту та дає можливість здійснити прогноз ефективності запланованого лікування на ранні та віддалені терміни.

ДИСКООРДИНАЦІЯ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Кобрин О.П., Герелюк В.І., Романишин С.С., Кукурудз Н.І.,
Кобрин Н.Т.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра терапевтичної стоматології*

У розвитку генералізованого пародонтиту (ГП) велику роль відіграє ряд факторів: імунологічні механізми, гіповітаміноз, нерво-во-трофічні та ендокринні порушення, порушення обміну речовин, судинні зміни. Важливим досягненням у вивченні дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта стало вивчення концентрації цитокінів, які є маркерами активності запалення та виконують імунорегуляторну функцію. За численними літературними даними, у період маніфестної активації запального процесу в пародонті у хворих на генералізований пародонтит відбувається збільшення експресії прозапальних цитокінів.

Метою роботи було вивчення концентрації цитокінів у сироватці крові та ротовій рідині пацієнтів з генералізований пародонтитом.

Обстежено 21 пацієнт із клінічно здоровим пародонтом та 32 пацієнта з ГП I-II ступенів розвитку. Визначення показників IL-1 α , IL-4, IFN- γ та TNF α проводили в сироватці периферійної крові, ротовій та ясенній рідинах хворих із патологією тканин пародонта імуноферментним методом. Статистичну обробку матеріалу здійснювали методами парної статистики, а також використовуючи метод відмінності, із використанням t-критерію Ст'юдента, кореляційного та дисперсного аналізу за допомогою пакету „STATISTICA 8.0 for Windows®”.

При визначенні цитокінового профілю сироватки крові в обстежених нами пацієнтів **встановлено**, що в здорових осіб рівень IL-1 α складав (32,47 \pm 6,14) пг/мл, IL-4 – (14,84 \pm 0,28) пг/мл, TNF α – (90,36 \pm 11,07) пг/мл, IFN- γ – (2,93 \pm 0,41) пг/мл. У хворих на ГП ці показники становили відповідно: IL-1 α (54,75 \pm 1,76) пг/мл, IL-4 – (9,54 \pm 0,41) пг/мл, TNF α – (156,55 \pm 5,12) пг/мл, IFN- γ – (2,56 \pm 0,17) пг/мл.

При визначенні вмісту цитокінів в ротовій рідині встановлено, що в здорових осіб рівень IL-1 α складав (28,3 \pm 3,9) пг/мл, IL-4 – (56,4 \pm 4,7) пг/мл, TNF α – (58,4 \pm 7,6) пг/мл. У хворих на ГП ці показ-

ники становили відповідно: IL-1 β (54,6 \pm 5,7) пг/мл, IL-4 – (38,5 \pm 4,1) пг/мл, TNF α – (71,6 \pm 6,1) пг/мл.

При визначенні вмісту цитокінів в ясенній рідині встановлено, що в здорових осіб рівень IL-1 β складав (50,4 \pm 5,3) пг/мл, IL-4 – (134,6 \pm 15,3) пг/мл, TNF α – (85,3 \pm 12,2) пг/мл. У хворих на ГП ці показники становили відповідно: IL-1 β (107,7 \pm 7,7) пг/мл, IL-4 – (79,5 \pm 4,4) пг/мл, TNF α – (172,6 \pm 9,1) пг/мл.

Слід зазначити, що показники в обох групах хворих достовірно різнились між собою ($p < 0,001$).

Таким чином, вміст цитокінів у біологічних рідинах хворих на ГП виявляє дискоординацію: вірогідне зростання вмісту прозапальних цитокінів (IL-1 β , TNF α) та зниження рівня протизапального цитокіна (IL-4).

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ДО ЕЛАСТИЧНИХ ЗНІМНИХ ШИН-КАП ЯК ЗАСОБУ ПІДГОТОВКИ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Ковалюк А.В., Петришин С.В., Ожоган З.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Вступ. Зубощелепні деформації згідно даних статистики найчастіше розвиваються в осіб 30-45 років після втрати зубів в боковому відділі щелеп та ускладнюють план лікування пацієнтів з використанням незнімних конструкцій. Даний факт призвів до необхідності адекватної підготовки зубощелепної системи пацієнта до протезування сучасними конструкціями з використанням різних видів конструкцій, головним призначенням яких є зміна положення зубів, стан яких має значення для раціонального протезування. В той же час у зв'язку з різницею в методах виготовлення та особливостями використання вище наведених засобів постало питання в дослідженні особливостей адаптації пацієнтів до даних конструкцій.

Мета дослідження. Підвищити ефективність проведення ортопедичного лікування шляхом використання індивідуальних знімних шин-кап для зміни положення зубів, що використовуються при протезуванні, при наявності зубощелепних деформацій та оцінити особливості та переваги в адаптації пацієнтів до даних конструкцій у порівнянні з іншими засобами.

Матеріали та методи дослідження. На кафедрі ортопедичної стоматології ІФНМУ в ході проведення стоматологічної практики обстежено 222 особи, що звернулися з приводу порушення функцій естетики чи жування. В 189 пацієнтів 18-59 років (%) встановлено наявність дефектів зубних рядів. При розподілі пацієнтів виокремлено групу стандартного підходу (50 осіб), протезування пацієнтів якої здійснювалося за загальноприйнятими методиками без коригування положення зміщених зубів при зубощелепних деформаціях, частота поширеності яких в групі становило 56% (28 осіб), та дослідну групу, у всіх 90 пацієнтів якої зафіксовано зубощелепні деформації (100%), а умовою включення в групу було проведення зміни положення зміщених зубів за допомогою знімних ортодонтичних апаратів чи серії індивідуальних знімних шин-кап з активацією

фотополімерними накладками перед протезуванням з рівномірним розподілом пацієнтів в залежності від методики.

Результати дослідження. Зміна положення зубів, що використовуватимуться для подальшого протезування як опора (при незнімному протезуванню мостоподібними сучасними конструкціями), апроксимальний інтактний зуб (при незнімному протезуванню з проведенням імплантації) чи опорно-утримуюча ланка (при знімному протезуванню) зафіксовано в 78,8% випадків. Даний показник досягнутий завдяки досить високим показникам ефективності як методики ортодонтичного профілю (39 осіб, 86,6%), так і методики використання термоформованих кап (32 особи, 71,1%).

Водночас, згідно опитування пацієнтів, практично всі пацієнти, що використовували капи, провели комплекс підготовки в повному обсязі (43 особи, 95,5%). Засвідчено про такі факти як дешевизна методу (100%), легка адаптація до засобу зміщення позиції зубів (86,6%), простота в гігієнічному догляді (91,1%), відсутність дискомфорту в процесі дії капи (82,2%). Головним недоліком, що виявився й фактором зупинки проведення комплексу підготовки, описано необхідність частого відвідування стоматолога для проведення зміни товщини оклюзійно-апроксимальних фотополімерних накладок (62,2%).

В той же час відсоток завершеного в повному обсязі лікування серед пацієнтів, що використовували знімні ортодонтичні апарати, становить лише 68,8% (31 особа). Серед причин такого факту пацієнти констатували важкість в адаптації до засобу зміщення зубів (88,8%), дискомфорт в процесі дії апарату (75,5%), необхідність частого відвідування стоматолога для контролю дії (73,3%).

Висновки. Проведення підготовки зубів до ортопедичного лікування при використанні індивідуальних знімних шин-кап сприяє розширенню показів до проведення ортопедичного лікування завдяки високому показнику ефективності та більш ефективній адаптації до методики зміщення зубів, що використовуються при протезуванні, в порівнянні із іншими методами.

РОЛЬ КРИТИЧНОГО МИСЛЕННЯ У ПРОФЕСІЙНОМУ СТАНОВЛЕННІ ЛІКАРЯ

Костишин А.Б., Костишин З.Т., Денисенко О.Г.*,
Штурмак В.М.**

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології
Кафедра стоматології післядипломної освіти**

Критичне мислення – це спрямована думка, яка завершується інтерпретацією, аналізом, оцінкою та інтерактивністю, поясненням очевидних концептуальних, методологічних або контекстних міркувань.

Критичне мислення зараз є модним трендом у світі. Про те, що його розвиток має бути одним із наскрізних завдань навчально-виховного процесу, йдеться у концепції нової вищої української школи. Однак, критичне мислення – це складне й багаторівневе явище, про що свідчить різноманітність думок щодо визначення цього питання. У час, коли ми маємо необмежений доступ до інформації, постійно зіштовхуємося з фейками, і до того живемо в стані інформаційної війни, навичка критичного мислення є необхідною.

Для людини, яка бажає оволодіти критичним мисленням, необхідно розвивати такі важливі якості – готовність до планування (вміння стримувати свою імпульсивність і складати план своїх дій); гнучкість (відсутність догматизму в мисленні, готовність розглядати нові варіанти, прагнення прояснити складні для себе питання, змінювати свою точку зору); наполегливість (готовність взятися за вирішення завдання і не відступати, доки воно не буде вирішено); готовність виправляти свої помилки, вчитися на них, вміння бути відкритим до критики оточуючих; усвідомлення (спостереження за власними розумовими діями, тобто по суті рефлексивний самоконтроль); позитивна установка на самокритичне мислення (активне прагнення навчатися такому підходу).

Особливо важливо навчити студентів та інтернів критично мислити. Таке вміння в майбутньому є показником професійної компетентності лікаря-стоматолога. Від того, як викладач зможе показати студентам та інтернам переваги критичного мислення, забезпечити сприймання, запам'ятовування, розуміння, осмислення залежить продуктивність і ефективність самого навчального процесу, а надалі професійна праця.

БЕЗАКРИЛОВА ПЛАСТМАСА ДЛЯ БАЗИСІВ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Куліш С.А., Янішен І.В., Кричка Н.В.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Широке використання знімних пластинкових протезів зумовлено щорічним збільшенням кількості пацієнтів, які потребують ортопедичного лікування. Із загальної кількості пацієнтів, які звертаються за стоматологічною ортопедичною допомогою у нашій країні, біля 60% потребують виготовлення знімних пластинкових протезів. При цьому, у 98% бази си протезів виготовляють з акрилових пластмас [1].

Унаслідок недостатньої біологічної індиферентності акрилових пластмас спостерігається значна кількість ускладнень з боку слизової оболонки протезного ложа. Значну етіологічну роль у виникненні протезних стоматитів відіграє токсична дія залишкового мономера, який призводить до сенсibilізації організму людини [2, 3]. Причиною виникнення токсичних стоматитів може бути і вільний мономер, що вивільняється під час старіння пластмаси, тобто під час процесів деполімеризації [4].

У зв'язку з цим, актуальним завданням сучасної ортопедичної стоматології є розробка альтернативних базисних матеріалів з мінімальною кількістю залишкового мономера для забезпечення ефективного лікування пацієнтів знімними конструкціями зубних протезів.

В ортопедичній стоматології для облицювання незнімних протезів широкого використання набули композиційні матеріали, однак згадок про використання композиційних матеріалів для виготовлення базисів знімних протезів немає. У знімному протезуванні композиційні матеріали використовують лише для виготовлення гарнітурів штучних зубів.

Нами, спільно з АТ «Стома», була запропонована рецептура вітчизняної самотвердіючої безакрилової базисної пластмаси для знімних протезів на основі олігомеру БІС-ГМА. Розроблений композитний матеріал виготовлено на основі суміші олігомерних з'єднуючих і скляного наповнювача. Підбір наповнювача з оптимальною дисперсністю дозволив отримати матеріал з високими фізико-механічними властивостями [5].

Мета дослідження - визначення фізико-механічних і токсикологічних властивостей самотвердіючої безакрилової пластмаси для базисів знімних протезів.

Матеріали і методи дослідження - для дослідження були виготовлені лабораторні зразки матеріалу. Умови проведення дослідження - згідно до вимог ГОСТу 15150-69. Були проведені наступні дослідження: визначення зовнішнього вигляду паст; визначення консистенції паст; визначення робочого часу; визначення часу твердіння; визначення зовнішнього вигляду та кольору полімеризату; визначення міцності на вигин полімеризату (згідно з ISO 4049); визначення водопоглинання та розчинності полімеризату (згідно з ISO 4049); визначення точності відтворення деталей (згідно з ISO 4823); визначення кінчної точки плинності за Хепплером; визначення руйнуючої напруги при стисканні. Місце проведення випробувань: центральна заводська лабораторія АТ «Стома», м. Харків, свідоцтво про атестацію № 01/0031/2018 від 30.03.2018 р.

Токсикологічні дослідження проводились на кафедрі фізіології та анатомії людини НФаУ. Дослідження проведені на щурах масою тіла 170-210 г; вік тварин на момент початку експерименту склав 3-3,5 місяці. Оцінку токсичної дії тест-зразка в експерименті при повторних введеннях проводили на підставі змін показників, які характеризують стан периферичної крові, функціональний стан печінки та нирок і масовий коефіцієнт внутрішніх органів. Стан загальнонотрофічних процесів в організмі тварин оцінювали за динамікою маси тіла.

Результати дослідження. Результати визначення фізико-механічних властивостей запропонованого матеріалу наведені в таблиці. Як показали проведені токсикологічні дослідження внутрішньошлункове введення досліджуваної безакрилової пластмаси не викликало у піддослідних тварин видимих ознак інтоксикації та летальних ефектів. Також не було відзначено значущих порушень загального стану і поведінки тварин.

Висновки.

1. Запропонована нами самотвердіюча безакрилова пластмаса для базисів знімних протезів повністю відповідає вимогам нормативних документів до таких матеріалів.

2. Токсикологічне дослідження встановило, що запропонована нами самотвердіюча безакрилова пластмаса для базисів знімних протезів не чинить токсичного впливу на органи та системи дослідних

тварин та не викликає пригнічення загальнометаболических процесів, що дозволяє запропонувати її до клінічного використання.

Література:

1. Лабунець В. А. Розробка наукових основ планування стоматологічної допомоги на сучасному етапі її розвитку: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. А. Лабунець. - Київ. 2000. - 36 с.

2. Стоматологія: підручник: у 2 кн. - Кн. 1. /М. М. Рожко. З. Б. Попович. В. Д. Куроедова та ін.; за ред. проф. М. М. Рожко. - К.: ВСВ «Медицина». 2013. - 872 с.

3. Рожко М.М. Зубопротезна техніка / Рожко М.М., Неспрядько В.П. - К.: Книга плюс, 2006. - 543 с.

4. Основні технології виготовлення зубних протезів / [Д. М. Король, Л. С. Коробейніков, М. Д. Король та ін.]; Полтава: ФОП-Мирон І. А. - 2013. -109 с.

5. Безакрилова пластмаса для базисів знімних зубних протезів: пат. 126256 Україна: А61К 6/61 / І.В. Янішен, С.А. Куліш, О.С. Масловський, Н.В. Кричка, А.В. Ярова, А.В. Доля – № а 202006559 ; заявл. 12.10.2020; опубл. 07.09.2022, Бюл. № 36 – 3 с.

Таблиця

Назва показника	Вимоги нормативної документації	Розроблений матеріал
Зовнішній вигляд основної і каталізаторної паст.	Паста мають бути однорідними високов'язкими та не містити сторонніх домішок (ТУ У 64.11406343.001)	Паста однорідні, високов'язкі без сторонніх домішок
Консистенція паст, мм: каталізаторної основної	23-27 (ТУ У 64.11406343.001)	23,17±0,15 22,83±0,11
Робочий час, с	не менше 90 (ISO 4049)	309±8,55
Час твердіння, хв	2-5 (ISO 4049)	4,33±0,1
Зовнішній вигляд та колір полімеризату	На поверхні полімеризату не повинно бути сторонніх домішок. Колір має бути рожевого відтінку	Поверхня полімеризату без сторонніх домішок. Колір полімеризату рожевого відтінку
Міцність на вигин, МПа	не менше 50,0 (ISO 4049)	70,81±0,78

Водопоглинання, мкг/мм ³	не більше 50,0 (ISO 4049)	7,48±0,41
Розчинність, мкг/ мм ³	не більше 5,0 (ISO 4049)	0,82±0,15
Точність відтворення деталей	Задовільна, якщо відрізок поздовжньої лінії безперервний між між лініями «d-d» (ISO 4823)	Відрізок поздовжньої лінії лініями «d-d» безперервний
Конічна точка плинності за Хешлером, МПа	не менше 700,0 (ТУ У 64.11406343.001)	768,31±15.86
Руйнуюча напруга при стисканні, МПа	не менше 150,0 (ТУ У 64.11406343.001)	159,94±0,83

ДИНАМІКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЯМИХ І НЕПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ ТВЕРДИХ ТКАНИН ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ АНТИОКСИДАНТНОГО ПРЕПАРАТУ

*Кумгир І.Р., Ожоган З.Р., Левко В.П., Мізюк Л.В.,
Сухоробський Ю.І.*

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

На даний час проблема естетичного відновлення дефектів твердих тканин фронтальних зубів та вибору матеріалу для виготовлення якісних реставрацій є надзвичайно актуальною в клініці ортопедичної стоматології. Це може бути пряма композитна або непряма керамічна реставрація, зокрема, керамічні вініри. Адже, від правильно аргументованого плану лікування залежить добрий результат, а саме, довговічність та естетика конструкції. Відомо, що композитні та керамічні матеріали, які використовують на даний час, мають різний вплив на стан маргінального пародонта та місцевого імунітету ротової порожнини. Тому нами запропонований новий підхід до лікування, який полягає в використанні непрямих керамічних реставрацій у поєднанні з застосуванням препарату Ресверазин.

Ротова порожнина характеризується широким різномаяттям імунологічних реакцій, особливо враховуючи факт постійної антигенної стимуляції мікроорганізмами. Із віком та за умови наявності патологічних процесів чи різноманітних ортопедичних і ортодонтичних конструкцій відмічаються зміни з боку імунної системи, що знаходять своє відображення на різних рівнях, насамперед – на рівні міжклітинних взаємодій.

Відомо, що одним із факторів, негативного впливу на стан місцевого імунітету в ротовій порожнині, є сторонні тіла – зубні потези. Відмічено, що при використанні незнімних протезів з благородних металів проходить швидка нормалізація вмісту IgA і sIgA, що пояснюють бактерицидним впливом іонів металів. В слині знижується кількість антигенів мікроорганізмів. При використанні протезів із сталі та пластмаси такий ефект не спостерігається.

Отже, з метою визначення ефективності лікування у хворих запропонованими конструкціями безметалових зубних протезів нами

проводилося імунологічне дослідження, а саме, визначення рівня лізоциму та IgA в ротовій та ясенній рідині, при застосуванні препарату Ресверазин.

Проведено лікування та клінічне спостереження в 36 пацієнтів, яких було розподілено на 2 групи. Результати проведеного дослідження дозволяють дійти висновку про те, що непрямі керамічні реставрації мають низку вагомих переваг в порівнянні з прямими композитними реставраціями. Використання для лікування керамічних вінірів в поєднанні з препаратом Ресверазин позитивно вплинуло на стан імунної реактивності ротової порожнини, призвівши до значного підвищення рівня лізоциму та sIgA в ротовій рідині, в порівнянні з динамікою показників при використанні прямих світлополімерних реставрацій. Опираючись на дані наших досліджень відразу після лікування та через 3 і 6 місяців, можна стверджувати про довговічність конструкцій та задовільний естетичний результат, за умови правильної оцінки клінічної ситуації та чіткого дотримання етапності виготовлення вінірів. Отже, отримані результати дозволяють суттєво розширити показання до використання непрямих реставрацій у ортопедичній стоматології.

АНАЛІЗ ОЦІНКИ УРАЖЕНОСТІ ЗУБІВ КАРІОЗНИМ ПРОЦЕСОМ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Лаврін О.Я.

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

Актуальність. Важливим завданням сучасної стоматологічної допомоги є зміцнення стоматологічного здоров'я, одним з критеріїв якого являється зниження захворюваності на карієс зубів і хвороби тканин пародонта. Специфічні умови життя і бойової діяльності військовослужбовців Збройних Сил України впливають на перебіг патологічних процесів зубощелепного апарату, потребують відповідних методів профілактики та лікування.

Мета дослідження – провести аналіз оцінки інтенсивності каріозного процесу серед військовослужбовців ЗС України.

Матеріали і методи. Для проведення дослідження проведено обстеження 348 військовослужбовців Тернопільського Зонального Відділу Військової Служби Правопорядку, яким проводився клінічний огляд з метою виявлення ураженості зубів каріозним процесом. Інтенсивність карієсу визначали згідно індексу КПП. Статистичну обробку отриманих під час дослідження даних виконували із використанням ліцензованих пакетів статистичного аналізу Microsoft Excel та Statistica 12.0.

Результати. Аналіз отриманих даних за індексом КПП показав, що інтенсивність ураження карієсом військовослужбовців відповідає середньому рівні серед населення України.

У військовослужбовців вікової групи 20-25 р. індекс КПП становить $(5,74 \pm 1,43)$ і відповідає низькому рівню інтенсивності каріозного процесу. В гендерному аспекті цей показник становить $(5,42 \pm 1,84)$ у чоловіків та $(4,70 \pm 1,29)$ у жінок.

У віковій групі 26-30 р. індекс КПП становить $(4,87 \pm 1,01)$, що також відповідає низькому рівню інтенсивності каріозного процесу. Варто відмітити, що різниці у показниках між чоловіками та жінками цієї вікової групи не виявлено ($p > 0,05$).

У військовослужбовців вікової групи 31-35 р. значення

показника КПВ дещо збільшується і становить $(6,06 \pm 1,28)$, зокрема у чоловіків – $(5,88 \pm 1,35)$, у жінок – $(6,29 \pm 1,18)$.

У віковій групі 36-40 р. спостерігається тенденція до зростання рівня показника КПВ. Загалом у групі він становить $(8,46 \pm 1,24)$, що відповідає середньому рівню інтенсивності каріозного процесу. Серед чоловіків цей показник має значення $(8,08 \pm 1,28)$, у жінок він дещо вищий і становить $(8,89 \pm 1,05)$.

Серед обстежених вікової групи 41-45 р. показник КПВ становить $(12,0 \pm 2,10)$, що відповідає середньому рівню інтенсивності каріозного процесу. У чоловіків вказаний показник становить $(11,83 \pm 2,10)$, а у жінок $(12,20 \pm 2,10)$.

Отже, можна зробити висновок, що показники інтенсивності каріозного процесу мають тенденцію до зростання серед чоловіків та жінок всіх вікових груп.

Розглядаючи більш детально структуру індексу КПВ, слід відзначити, що кількість запломбованих («П») та видалених («В») зубів з віком як у жінок, так і у чоловіків зростає.

Кількість каріозних зубів («К») на одного обстеженого у вікових групах не має сталості тенденції. Серед військовослужбовців чоловічої статі цей показник має найбільші значення у вікових групах 20-25 р. – $(2,51 \pm 1,14)$ та 41-45 р. – $(2,56 \pm 0,80)$. У вікових групах 31-35 р. та 36-40 р. дещо знижується і становить $(2,43 \pm 0,59)$ і $(2,25 \pm 0,59)$ відповідно. Найнижчі значення вказаного показника спостерігаються у віковій групі 26-30 р. – $(2,19 \pm 0,58)$.

Серед військовослужбовців жіночої статі показник «К» знаходиться на сталому рівні у всіх вікових групах, проте у віковій групі 36-40 р. він дещо збільшується і становить $(2,40 \pm 0,55)$.

Аналізуючи структуру індексу КПВ, варто зазначити, що кількість пломбованих зубів (показник «П») з віком має тенденцію до зростання у чоловіків та жінок.

Найнижчі значення даного критерію спостерігаються у віковій групі 26-30 р. $(2,19 \pm 0,72)$ і становить $(2,14 \pm 0,54)$ у чоловіків та $(2,31 \pm 0,59)$ у жінок.

Серед обстежених військовослужбовців вікової групи 20-25 р. цей показник має дещо вищі значення і становить $(2,51 \pm 0,61)$. У чоловіків значення вказаного показника дещо вищі, ніж у жінок і становлять $(2,40 \pm 0,60)$ та $(2,17 \pm 0,59)$ відповідно.

Найбільші значення кількості пломбованих зубів спостерігаються у віковій групі 41-45 р. – $(6,62 \pm 3,22)$. У осіб жіночої статі цей показник становить $(7,07 \pm 2,26)$, що дещо вище, ніж у осіб чоловічої статі $(6,28 \pm 2,08)$.

Кількість видалених зубів (показник «В») у військовослужбовців чоловічої і жіночої статі з віком має тенденцію до збільшення. Виявлено, що найвищі значення вказаного параметру спостерігаються у віковій групі 41-45 ($2,84 \pm 3,29$), а найнижчі показники у віковій групі 20-25 р. ($0,46 \pm 0,56$).

У чоловіків вікової категорії 20-24 р. цей показник становить ($0,51 \pm 0,56$), у віковій групі 26-30 р. відмічається найнижче значення ($0,42 \pm 0,65$). У наступних вікових групах спостерігається зростання вказаного показника: 31-35 р. – ($0,64 \pm 0,76$), 36-40 р. – ($1,54 \pm 0,93$). У віковій групі 41-45 р. відмічено найвище значення показника «В» ($3,00 \pm 1,49$).

Серед жінок найвищий показник спостерігається у віковій групі 41-45 р. – ($2,73 \pm 1,17$), а найнижчі значення відмічені у віковій групі 20-25 р. ($0,30 \pm 0,53$).

Висновки. Отже, можна зробити висновок, що показники інтенсивності каріозного процесу відповідають середньому рівню і мають тенденцію до зростання серед військовослужбовців у всіх вікових групах. Відмічається також значна потреба у наданні терапевтичної стоматологічної допомоги вказаній категорії населення України.

Це свідчить про необхідність розробки та впровадження програм первинної та вторинної профілактики розвитку каріозного процесу серед військовослужбовців ЗС України.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ НА ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНО- ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ, ЩО ПАЛЯТЬ

Лісецька І.С., Рожко М.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра дитячої стоматології*

Хвороби тканин пародонту залишаються актуальною проблемою не тільки сучасної стоматології, а й медицини загалом. Багаточисельні дослідження свідчать про істотне зростання за останній час захворювань тканин пародонту, як серед дорослого, так і серед дитячого населення. За епідеміологічними даними ВООЗ, у 80 % осіб 12-річних дітей, практично в 87 % підлітків у віці 14-15 років та 90 % осіб юнацького віку у 20 років виявлені захворювання тканин пародонту. Захворювання тканин пародонту виникають в наслідок дії цілого ряду факторів: місцевих (стану гігієни ротової порожнини, порушення мікроциркуляції, факторів місцевої резистентності, анатомічних особливостей будови слизової оболонки ротової порожнини, скупченості зубів) та загальних (наявність супутньої соматичної патології, стрес, погіршення екології, шкідлива звичка паління) (Малий Д.Ю., Антоненко М.Ю., 2013; Хоменко Л.О. та ін., 2016; Щерба В.В., Лаврін О.Я., 2016). Доведено, що паління є керованим фактором, який викликає специфічні для курців захворювання, а також сприяє виникненню, поглибленню та прогресуванню стоматологічних захворювань, наприклад тканин пародонту. Ротова порожнина – це перший бар'єр в організмі людини від негативної дії диму, як від традиційних сигарет, так і від сучасних альтернативних засобів паління. Встановлено, що компоненти тютюнового диму впливають на слизову оболонку ротової порожнини як безпосередньо, так і опосередковано – токсичні речовини потрапляють із током крові в слинні залози і виділяються з слиною в роту порожнину. Зміни біохімічних показників ротової рідини при цьому можуть бути першими ознаками захворювань, що обумовлені шкідливою звичкою (Залюбовська О.І. та ін., 2016; Романова Ю.Г., Золотухіна О.Л., 2018; Кривенко Л.С. та ін., 2020). Патогенез захворювань тканин пародонту складний та багаторівневий, важливою ланкою

якого є посилення перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), ослаблення антиоксидантної системи захисту (АОСЗ), а також порушення всіх обмінних процесів, характерних для цього захворювання, під дією різноманітних чинників, в тому числі під впливом паління (Паласюк Б.О., Паласюк О.І., 2012; Дмитренко Р.Р. та ін., 2015; Каськова Л.Ф., Гончаренко В.А., 2020; Колеснікова О.В., Радченко А.О., 2020).

Мета дослідження – вивчити вплив комплексного лікування захворювань тканин пародонту на показники антиоксидантно-прооксидантних систем в осіб підліткового та юнацького віку, що палять.

Для досягнення поставленої мети було проведено вивчення біохімічних показників ротової рідини до та після лікування у 114 осіб підліткового та юнацького віку від 15 до 24 років (50 осіб підліткового (від 15 до 18 років) та 64 особи юнацького (від 18 до 24 років) віку), яких було розділено на групи: у I групу включили 26 осіб, що регулярно палять традиційні сигарети; у II групу – 22 особи, що регулярно палять електронні сигарети (Вейпи); у III групу – 23 особи, що регулярно палять пристрої для нагрівання тютюну (IQOSи); у IV групу – 43 особи, без шкідливої звички паління. В залежності від застосованої схеми лікування захворювань тканин пародонту, учасники спостереження в кожній групі були розподілені на дві підгрупи – основну (підгрупа А) та порівняння (підгрупа Б). Особи підліткового та юнацького віку обох підгруп отримували однакову базову терапію. Пацієнти підгрупи А застосовували запропоноване комплексне лікування. Пацієнти підгрупи Б отримували терапію за загальноприйнятим протоколом лікування даного захворювання. Забір ротової рідини для дослідження здійснювали вранці, натщесерце, без стимуляції, після попереднього полоскання ротової порожнини дистильованою водою, шляхом її спльовування через 3 хвилини після полоскання в мірні стерильні ємності. Транспортування та зберігання матеріалу відбувалося при температурі - 5°C. Перед проведенням біохімічних аналізів ротову рідину центрифугували протягом 15 хвилин при 3000 об/хв. Для вивчення АОСЗ було використано біохімічні методи визначення супероксиддисмутази (СОД) і каталази. Рівень ПОЛ оцінювали за накопиченням дієних кон'югантів (ДК) та продуктів, які реагують на тіобарбітурову кислоту (ТБК-АП). Отриманий цифровий матеріал піддавали статистичному аналізу з використанням Т-критерію Стьюдента.

Аналізуючи отримані **результати** біохімічних показників рото-

вої рідини до лікування свідчать, що відбулися зміни АОСЗ - спостерігається виснаження АОСЗ, що проявляється зниженням активності ферментів СОД та каталази. Зокрема, активність ферменту СОД в ротовій рідині в осіб груп спостереження, що мають шкідливу звичку паління, характеризується як недостатнє. Так, в осіб підліткового та юнацького віку, що палять традиційні сигарети, виявлено зменшення активності СОД в ротовій рідині в 1,4 рази порівняно з особами, що не палять ($p < 0,05$). В осіб підліткового та юнацького віку, що палять альтернативні види сигарет, також виявлено зменшення активності СОД ротовій рідині - в 1,2 рази порівняно з особами, що не палять ($p < 0,05$). Другим ключовим ферментом АОСЗ є каталаза. Функціонування ферменту каталази в групах спостереження, що мають шкідливу звичку паління характеризується як недостатнє. В осіб I групи активність ферменту значно знижується - в 2,6 рази, порівняно з особами IV групи ($p < 0,05$). В осіб II та III групи виявлено також зниження ферменту - в 1,8 рази, порівняно з особами IV групи ($p < 0,05$). Оцінка стану ПОЛ у ротовій рідині учасників спостереження за даними рівня ТБК-АП засвідчила наявність вірогідної різниці між показниками в осіб підліткового та юнацького віку, що мають шкідливу звичку та осіб, що не палять. Аналіз отриманих даних свідчить, що в осіб I групи спостерігається збільшення кількості ТБК-АП на 61 % порівняно з особами IV групи. В осіб II та III групи також спостерігається збільшення кількості ТБК-АП відповідно на 48 % та 47 %. Крім того, кількість ДК в ротовій рідині підвищилась як в осіб I групи, так і в осіб II та III груп, відповідно на 29 %, 17 % та 15 % порівняно з особами IV групи. Порівнюючи дані, отримані після лікування, кращі результати нормалізації показників антиоксидантно-прооксидантних систем ротової рідини зареєстровано у хворих, що отримували запропоноване комплексне лікування, ніж в осіб, що отримували терапію за загально прийнятим протоколом, а також у осіб підліткового та юнацького віку без шкідливої звички паління.

Отже, в осіб підліткового та юнацького віку, що палять, спостерігається посилення процесів перекисного окиснення ліпідів - визначається підвищенням показника ТБК-АП, рівня дієнових конюгатів у ротовій рідині та зниженням антиоксидантних властивостей - проявляється зниженням активності ферментів супероксиддисмутази і каталази, що може сприяти посиленню руйнації мембран та порушенню структурних і функціональних їх властивостей, отже сприяти розвитку та прогресуванню захворювань тканин паро-

донта. Аналіз отриманих результатів біохімічних показників після лікування свідчить про вищу ефективність запропонованого комплексного лікування в порівнянні з терапією за загальноприйнятим протоколом лікування. Показники антиоксидантно-прооксидантних систем ротової рідини можуть бути раннім прогностичним тестом оцінки стану тканин пародонту в осіб підліткового та юнацького віку, що палять, а також слугувати діагностичним критерієм ефективності проведеного лікування.

ВИВЧЕННЯ СТАНУ ТКАНИН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЗНІМНИХ ПЛАСТИНКОВИХ ПРОТЕЗІВ ІЗ АКРИЛОВИХ ПЛАСТМАС

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

Ужгородський національний університет

Кафедра ортопедичної стоматології

Івано-Франківський національний медичний університет

*Кафедра стоматології ННПО**

*Кафедра ортопедичної стоматології***

Актуальність теми. Відома тенденція зростання загальної чисельності людей похилого віку та відповідно кількості пацієнтів з повною втратою зубів. Основним видом ортопедичного лікування таких пацієнтів є виготовлення повного знімного пластинкового протеза. Попри те, на високому рівні залишається кількість ускладнень зі сторони слизової оболонки протезного ложа (СОПЛ), які мають свої демографічні особливості у різних регіонах України.

Тому, **метою дослідження** стало, проаналізувати стан тканин СОПЛ при користуванні повними знімними пластинковими протезами у осіб Закарпатської області.

Матеріал і методи дослідження. Нами обстежено 232 пацієнти із повними знімними пластинковими протезами (ПЗПП) м. Ужгород та області за єдиною схемою. Предметом вивчення було причини звернення до лікаря стоматолога, вік пацієнтів, гігієнічний стан знімних протезів, ступінь фіксації їх у ротовій порожнині, наявність ознак несприйняття ортопедичних конструкцій, стан СОПЛ, причини, з яких не використовувалися конструкції.

Отримані результати. При вивченні причин, звернень за ортопедичною допомогою або консультацією до лікаря-стоматолога-ортопеда зафіксовано з приводу поганої фіксації ПЗПП, що склало 62,93% від обстежених пацієнтів, на другому місці за кількістю звернень з причини тріщин або поломок базисів протезів (25,00%), з приводу неприємного запаху – 6,90% і тільки 5,17% із-за незадовільного естетичного вигляду.

Аналізуючи причини з приводу яких пацієнти зверталися за ортопедичною допомогою, безумовно, основними є терміни використання знімних протезів, які перевищували 4 роки у (66,81%)

випадків та технологічні помилки на етапах їхнього виготовлення (33,19%). Хоча аналіз незадовільної фіксації до 3-х років спостерігався у кожного другого пацієнта.

При проведенні клінічних обстежень відмічали наявність ознак несприйняття базисів ПЗПП, які мають тенденцію до зростання в залежності від збільшення періоду використання. Так, у період до 3 років такі ознаки несприйняття відмічались у 22 із 35 пацієнтів, що становило 62,85% випадків, у період 3-4 років у 34 із 51 пацієнта (66,67% випадків), а після 4 років сягало до 80,82% із 146 оглянутих.

Аналізуючи результати причин, які впливають на термін користування ПЗПП встановлено, що найчастіше (у 18,10% випадках), пацієнти відмовлялися від їхнього використання у термін до 1 року, у період до 2 років пацієнти не користувалися ПЗПП у 9,91% випадках, у період 3 років у 5,60% випадках, у період 4 років у 11,20% випадках, а після 4 років у 13,36% випадках оглянутих. Збільшення кількості випадків на першому році відмови пацієнтів від користування ПЗПП на нашу думку пов'язано, із складними процесами адаптації, збільшення на 4-му році – через ускладнення, які виникають при користуванні ПЗПП.

Важливе значення має догляд за ротовою порожниною і знімними протезами. Найхарактернішим показником гігієнічного стану базису протеза є наявність нальоту на ньому. Як виявилось, значний відсоток незадовільного гігієнічного стану ПЗПП відмічено у період до 3 років (68,57%) випадків, у період 3-4 років (74,51%) випадків, та після 4 років, цей показник становив 93,84% випадків із оглянутих, хоча зі слів пацієнтів догляд за знімними протезами періодично проводять.

Зі слів оглянутих пацієнтів, тільки у 4,74% випадках проводили ретельний догляд за знімними протезами і ротовою порожниною у вигляді полоскань водою, чаєм та спеціальними середниками.

Висновок. Аналіз результатів обстежень пацієнтів, які користувалися ПЗПП, свідчить, що проблема надання ортопедичної допомоги даному контингенту населення залишається актуальною. На нашу думку, проведення контролю дотримання полімеризації базисних матеріалів і контролю в них вмісту залишкового мономера та ефективної елімінації патогенних мікроорганізмів ротової порожнини в кінцевому результаті підвищують ефективність і якість ортопедичного лікування пацієнтів ПЗПП.

ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ У РОЗВИТКУ ЗУБО-ЩЕЛЕПОВИХ АНОМАЛІЙ

*Махлинець Н.П., Ожоган З.Р.**

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра терапевтичної стоматології
Кафедра ортопедичної стоматології**

Вступ. Ціла низка науковців наголошує на тому, що шкідливі звички (смоктання пальців, язика, пустунок, тривале систематичне спирання на одну і ту ж ділянку щелепи, спання з підкладеними руками під голову, дихання ротом та ін..) відіграють важливу роль у виникненні зубо-щелепових аномалій. Своєчасне їхнє діагностування та усунення попереджує патологію зубо-щелепової системи та забезпечує ефективне етіо-патогенетичне лікування ортодонтичних пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити поширеність шкідливих звичок у пацієнтів із зубо-щелеповими аномаліями, оцінити результати лікування у пацієнтів із шкідливими звичками.

Матеріали і методи. Обстежено та проліковано 90 хворих з різними зубо-щелеповими аномаліями та наявними шкідливими звичками в анамнезі. Усім хворим проводили санацію ротової порожнини та ортодонтичне лікування незнімними конструкціями, кожних 3 міс - гігієну ротової порожнини. З метою порівняльної характеристики проводили клінічне та рентгенологічне обстеження пацієнтів, де основним моментом було виявлення зміни щільності та товщини кісткової структури щелепових кісток, з наступним моделюванням 3D-моделей лицевого черепа та вивченням положення точок росту обличчя та симетричності лицевого скелета, порівнювали зміни положення зубів на гіпсових моделях та показники фотопротоколу до лікування, після закінчення активного періоду ортодонтичного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження показали, що у пацієнтів, яким вдалося відмовитися від шкідливої звички більш швидко наступив бажаний результат лікування. Клінічні характеристики та результати фотопротоколу підтверджувалися рентгенологічними показниками. Через 6 міс після повного усунення звички результати комп'ютерної томографії та 3D-моделювання вказували на позитивну динаміку і зміну товщини кісткової структури в ділянках, де був вплив шкідливої звички.

ки. Через 12 міс та 24 міс у тих пацієнтів, які свідомо відмовилися від хронічних шкідливих звичок, наступив бажаний терапевтичний ефект, обличчя було симетричним за результатами фотопротоколу. Результати рентгенологічного дослідження та 3D-моделювання показували симетричний розвиток кісткової структури лицевого черепа. У 10 пацієнтів (11,1%) через 24 міс діагностовано рецидив зубо-щелепової аномалії. 11,1% пацієнтів у ході таємного анкетування підтвердили нездатність відмовитись від шкідливої звички, а серед основних причин вказують наявність стресових чинників у житті та психологічне полегшення під час шкідливої звички, інші ж пацієнти у ході анкетування відмічали покращення якості життя, відсутність болю у скронево-нижньощелепових суглобах та шиї.

Висновки:

1. Результати дослідження показали, що більшість обстежених пацієнтів мають наявні шкідливі звички, які пов'язують із тривалим життям онлайн та постійним дистанційним навчанням, за результатами таємного анкетування. Пацієнти із шкідливими звичками відчують психологічне полегшення під час їхнього виконання.

2. Результати клінічного та рентгенологічного дослідження вказують на деформацію та наявність недорозвитку кісткової структури щелепових кісток у симетричних ділянках лицевого скелету. Усунення шкідливої звички на фоні ортодонтичного лікування показує динаміку до нормалізації в товщини симетричних зон обличчя та їх точок росту.

РОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В РОЗВИТКУ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Мельник В.С.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра дитячої стоматології*

Актуальність теми. Стоматологічна допомога відноситься до числа найбільш затребуваних видів медичної допомоги, підвищення якості її надання є важливим завданням охорони здоров'я.

Проблема збереження й зміцнення здоров'я населення за всіх часів була однією із ключових у суспільстві. Здоров'я нації – це показник цивілізованості держави, що відображає рівень її соціально-економічного розвитку, головний критерій доцільності та ефективності всіх сфер діяльності людини. Наразі в Україні тенденція погіршення здоров'я населення набула загрозливого рівня. Це зумовлено збідненням значної частини населення, погіршенням екологічної ситуації, розповсюдженням здоров'яруйнівних стереотипів поведінки, зниженням доступності до якісних медичних послуг.

Рання діагностика зубощелепних аномалій і їхнє своєчасне лікування та профілактичні заходи попереджують стійкі порушення прикусу, особливо у віці 7-12 років, коли зубощелепова система дитини перебуває в стадії активного росту. Патологія молочного і змінного прикусу, що не виявлена і не усунена на етапі формування, з часом набуває більш виражені і важкі форми в постійному прикусі.

Мета дослідження. Виявлення зубощелепних аномалій у школярів для підвищення якості надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню і вибору раціональних методів профілактики та лікування.

Матеріали та методи дослідження. В 2022 році було проведено обстеження 265 учнів молодших класів м. Ужгорода.

Результати дослідження. З 265 школярів у 129 (48,6%), які потребували ортодонтичного лікування, виявлено: аномалії окремих зубів 22 (17%), аномалії зубного ряду 31 (25%), дистальна оклюзія 40 (31%), мезиальна оклюзія 19 (14,%), перехресна оклюзія 17 (13%).

Поширеність зубощелепних аномалій в період змінного прикусу - 59%; в період постійного прикусу - 47%. Частота факторів ризику дорівнює 53%.

Фактори ризику, які впливають на виникнення зубощелепних

аномалій у дітей в період змінного прикусу: 45% склали міофункціональні порушення; 15% - раннє видалення молочних зубів; 12% інфантильний тип ковтання; 14% - порушення носового дихання; порушення вимови; 7% - ще не стерлися бутри тимчасових зубів; 3% - відсутність трем між зубами.

У дітей з постійним прикусом міофункціональні порушення складають 56%; порушення носового дихання - 27%; інфантильне ковтання - 5%; порушення вимови - 9%, раннє видалення постійних зубів - 3%.

Висновок. Результати обстеження свідчать про те, що фактори ризику впливають на розвиток зубощелепних аномалій. Своєчасна діагностика причин і ризиків виникнення аномалій зубощелепної системи у школярів, усунення їх в ранньому віці дозволяє уникнути згодом дорогого і складного ортодонтичного лікування.

ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАКЛАДІВ ПРО РИЗИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАРАЖЕННЯ

Мельник С.В.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Кафедра терапевтичної стоматології*

Актуальність теми. В даний час проблема зараження лікаря-стоматолога різними інфекціями, пов'язаними з його професійною діяльністю, досить актуальна, що змушує приймати найактивніші заходи з боку органів охорони здоров'я. На прийом до лікаря-стоматолога звертаються різні пацієнти, в тому числі і з хронічними інфекційними хворобами (туберкульоз легенів, венеричні захворювання та ін.), носії патогенних бактерій і вірусів (гепатиту В і ВІЛ-інфекції), пацієнти в фазі інкубації будь-якого гострого інфекційного захворювання.

З огляду на те, що пацієнт може скористатися своїм правом, на нерозголошення наявної в нього будь-якої інфекційної хвороби, він ставить лікаря-стоматолога та весь медичний персонал в групу ризику щодо зараження різними інфекціями, зокрема гнійно-септичними, герпесом, гепатитами та ВІЛ-інфекцією. Це обумовлено тим, що переважна більшість стоматологічних маніпуляцій вимагають контакту медичного інструментарію і засобів захисту лікаря-стоматолога зі слизової порожнини рота, а також з іншими біологічними рідинами хворого. Тому лікарі стоматологи повинні розглядати будь-якого пацієнта як потенційно інфікованого і дотримуватися всіх запобіжних заходів для недопущення передачі патогенних мікробів від пацієнта до лікаря і від пацієнта до пацієнта.

Мабуть, це знаходить відображення в показниках поширеності випадків професійного зараження. Щодня в світі помирає один лікар від віддалених наслідків гемо- контактних вірусних інфекцій. Рівень захворюваності медичного персоналу зазначеними інфекціями перевищує показники захворюваності населення країни в 1,5-6 разів.

Мета роботи. Вивчення обізнаності медичного персоналу стоматологічних установ про ризики професійного зараження гемо- контактними інфекціями.

Матеріал та методи дослідження. Проведено соціологічне дослідження методом анкетування 32 медичних працівників 4

міських стоматологічних установ різної власності. Анкета містила питання про наявність або зараження в процесі професійної діяльності герпесом, гепатитами В і С, панариціями і іншими гнійно-септичними захворюваннями в ділянці кистей рук, знань з професійної безпеки та проведенні дезінфекції і стерилізації в установі.

Статистична обробка отриманих результатів здійснена із застосуванням програмного пакета MS Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно даних, отриманих в ході проведення дослідження, звертає увагу та обставина, що як лікарі, так і середній медичний персонал, в 65% випадків розглядали можливість ризику зараження гемоконтактними інфекціями при відвідуванні пацієнтів стоматологічної установи. У 90% випадків лікарі-стоматологи оцінюють ризик високого зараження при проведенні лікувальних маніпуляціях у ротовій порожнині. Засоби індивідуального захисту при проведенні стоматологічних маніпуляцій (рукавички і маски) використовували в основному хірурги 98,5% і терапевти - 52,6% і середній медичний персонал в 32 випадках - 53%. На вплив аварійних ситуацій (прокол рукавички, випадковий поріз, випадковий укол шприцом після ін'єкції пацієнту) вказували 44% лікарів-стоматологів та 55% фахівців середнього медичного персоналу.

На превеликий жаль 15,5% зі складу медичного персоналу мало знають про правила і методи профілактики гемоконтактних інфекцій. Майже 50% опитаних медичних працівників, не знають про режими і методи проведення дезінфекції та стерилізації стоматологічного інструментарію.

В результаті опитування виявлено, що гнійно-септичними захворюваннями (панариції, флегмони) в стоматологічних закладах постійно страждають стоматологи терапевти - 8,4%, стоматологи ортопеди - 11,7%, зубні техніки - 10,3%, що пов'язано з постійною наявністю мікротравм і аварійних ситуацій у цих категорій медичних працівників. Встановлено, що за зміну лікар-стоматолог (10,2%) отримує від 2 до 8 мікротравм, що не супроводжуються видимою кровотечею, зокрема при пальпації гострих країв коронки зуба, пломб, зубного каменю і 8,6% мали контакт з кров'ю пацієнта, що цілком достатньо для подальшого проникнення вірусів в тканини. На жаль, на це лікарі (65%) не звертають уваги. Однак небезпека інфікування стоматологів може мати і інший наслідок - інфікування здорових пацієнтів.

Анкетне опитування показало, що всі медичні працівники стоматологічних установ знають про ризик професійного зараження гепатитами В і С, ВІЛ-інфекцією і обізнані про запобіжні заходи безпеки своєї професійної діяльності, але з числа опитаних осіб, тільки 48,8% повністю забезпечені засобами індивідуального захисту (гумові рукавички і пластикові прозорі щитки для захисту очей і верхніх дихальних шляхів), 39,2% - частково і 12% їх не мають. Однак ними повністю користуються всього 22,8%, частково 69,1% і не користуються взагалі 8%.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що не всі медичні працівники користуються засобами індивідуального захисту, не знають про можливу циркуляції в стоматологічних установах патогенних гемоконтактних вірусів. Тому ризик інфікування лікаря-стоматолога, часто, залежить від рівня його знань, від заходів, які він використовує щодо професійної безпеки. Відповідно ризик зараження буде набагато нижчим, при дотриманні лікарем-стоматологом всіх запобіжних заходів від зараження гемоконтактними інфекціями.

ВИБІРКОВІ ДИСЦИПЛІНИ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ НА КАФЕДРИ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Мізюк Л.В., Ожоган З.Р., Кумгир І.Р., Сухорєбський Ю.І.,
Бугєрчук О.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Важливою особливістю розвитку сучасного суспільства є стрімко зростаюча роль науки, вплив якої опосередковується через нову техніку, технології, планування та управління. Ці зміни проявляються у всіх аспектах життя. З'являється безліч нових наук, спеціальностей і професій. Змінюються погляди на мистецтво, культуру, способи життя, підходи до методик лікування у медицині та ін. Все це повинно супроводжуватися швидким і адекватним розвитком нашої свідомості та наявністю висококваліфікованих спеціалістів у різноманітних галузях, а також забезпечувати можливість і необхідність спадкоємної передачі наукових знань у процесі формування і відтворення кадрів.

Стрімкий розвиток науки і техніки не оминув і таку важливу галузь медицини, як стоматологія. Зокрема, пацієнти у своїх вимогах до стоматологічних послуг, крім міцності та тривалого функціонування ортопедичних конструкцій, виявляють побажання високих естетичних властивостей. Нова гама технологічних винаходів від віртуальної реальності до штучного інтелекту робить революцію в стоматології та нашому ставленні до неї.

Тому, опанування даної професії, оволодіння сучасними методами лікування і профілактики, наявність клінічного мислення, а також деонтології зумовлює нові підходи у навчанні студентів-стоматологів.

Невід'ємним завданням ортопедичної стоматології є заміщення дефектів зубних рядів шляхом виготовлення сучасних незнімних конструкцій, які вимагають препарування твердих тканин зубів. Вивчення даного матеріалу теоретично та опанування практичних навичок проводиться на 3, 4 та 5 курсах. Для кращого засвоєння матеріалу студентам-стоматологам проводиться вибіркова дисципліна «Нові підходи та методики препарування коронок зубів під різні види ортопедичних конструкцій». Дані заняття передбачають

як теоретичне вивчення матеріалу, так і опанування практичними навичками із застосування фантомних моделей щелеп під контролем викладача. Спочатку студенти повинні засвоїти методики, інструментарій та особливості препарування під сучасні естетичні конструкції, зокрема, вініри, вкладки, естетичні коронки з різних матеріалів. Демонструються набори борів для препарування під естетичні конструкції протезів – вініри, металокерамічні коронки, коронки на основі диоксиду циркону. Крім того, студенти малюють схеми препарування під різні види незнімних конструкцій різних груп зубів верхньої і нижньої щелеп, вивчають та відпрацьовують методики препарування твердих тканин зубів під сучасні естетичні ортопедичні конструкції із застосуванням новітніх технологій. На даний час на кафедрі створено можливість відпрацювання практичних навичок з препарування твердих тканин зубів під різні види незнімних конструкції на сучасних фантомах, а також студенти займаються у навчально-практичному центрі ІФНМУ.

Таким чином, викладання вибіркових дисциплін є невід’ємною складовою навчання студентів-стоматологів і забезпечує розвиток та навчання кваліфікованих спеціалістів.

ЗМІШАНА ФОРМА НАВЧАННЯ ЯК СУЧАСНИЙ ЕЛЕМЕНТ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ

Мізюк Л.В., Ожоган З.Р., Обідняк В.З., Бульбук О.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Сучасні реалії нашого сьогодення, зокрема, пандемія COVID -19 та умови воєнного стану внесли корективи в наше життя та навчання студентів, обумовивши вивчення дисциплін як в офлайн, так і онлайн форматі. Проте, медицина вимагає засвоєння не тільки теоретичних знань, а й відпрацювання практичних навичок. Особливо це стосується стоматології. Тому, під час навчання офлайн необхідно створити максимальні умови для студентів для опанування практичних навичок.

Завдяки наявності навчально-практичних центрів ІФНМУ та, зокрема, на кафедрі ортопедичної стоматології, студенти мають можливість проводити відпрацювання практичних навичок таких, як препарування твердих тканин зубів на фантомах, опановувати етапи виготовлення бюгельних протезів, а також засвоїти навички протезування шляхом імплантації. Наявне обладнання та розроблені алгоритми дозволяють студентам проводити як теоретичне вивчення матеріалу, так і здобування практичних навичок із застосуванням фантомних моделей та фантомів. Демонструється необхідне обладнання, сучасні методики імплантації за допомогою презентацій та унаочнення. Крім того, під час занять у клінічних залах студенти проводять огляд пацієнтів, отримання анатомічних та функціональних відбитків сучасними відбитковими матеріалами, фіксацію незнімних ортопедичних конструкцій та відвідують лабораторні заняття, на яких їм демонструють технологічні етапи виготовлення ортопедичних конструкцій. Також, для збільшення можливостей кожного студента навчитися застосовувати цифрові технології, які є найсучаснішими можливостями на шляху досягнення прогнозованого і дострокового результату лікування та покращення якості навчання, студентам проводяться майстер-класи доцентами кафедри ортопедичної стоматології.

Представляються презентації, які відображають еволюцію інтраоральних та лабораторних сканерів, їх сучасні можливості, а також різні клінічні випадки із застосуванням CAD/CAM технологій.

Під час онлайн формату студенти мають можливість більш де-

тально зосередитися на вивченні теоретичних аспектів сучасної стоматології, а також, підготуватися до складання обов'язкового іспиту КРОК 2 шляхом вирішення тестових завдань. Крім того, здобувачам демонструють різноманітні відеофільми та презентації, на яких представлені етапи виготовлення сучасних ортопедичних конструкцій.

Таким чином, змішана форма навчання, дозволяє проводити навчання як в офлайн, так і онлайн форматі, що забезпечує навчання повноцінних фахівців у галузі «Стоматологія».

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПУЛЬПІ ПРИ ГОСТРОМУ ПУЛЬПІТІ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАСТОЮ З ІНГІБІТОРАМИ ПРОТЕОЛІЗА

Музиченко Н.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології післядипломної освіти*

Для вивчення впливу інгібіторів протеолізу в поєднанні з лікарськими препаратами на складний механізм структурних і функціональних змін в пульпі нами був поставлений експеримент на 55 зубах собак.

Стан пульпи було вивчено через 1, 3, 5, 7, 21 і 30 днів.

Аналіз даних морфологічних досліджень показав, що в дентині під впливом лікування з використанням інгібіторів протеоліза, виникали реактивні процеси, які виражались в набряку томсових волокон, облітерації дентинних каналців і гіпермінералізації дентина.

Пульпа зуба в початковий період була запалена, судини повнокровні. Відмічалась вогнищева гіпертрофія і гіперплазія клітин шару одонтобластів і шару Вейля. Водночас з цим відмічається порушення обмінних процесів у вигляді зернистої, вакуольної дистрофії, цитоплазми клітин одонтобластів і пульпи, а також наявність в ній петрифікатів. Звертає на себе увагу, що степінь їх вираженості була меншою в порівнянні з зубами, де лікування пульпіта проводилась кальміциновою пастою. Реакція судин проявлялась повнокрів'ям, потовщенням стінок і гіперплазією ендотелія. Під впливом лікувальної дії інгібітора протеоліза захисні реакції тканин пульпи були більш виражені і проявлялись в утворенні вираженого шару замісного дентина і створення демаркаційної зони, яка попереджала розповсюдження патологічного процесу на всі тканин пульпи.

Крім того, було встановлено, що по мірі зростання терміну експерименту вогнище запалення повністю розсмоктувалось і відбувалось відновлення структури, а значить і функції пульпи у 41,4 % зубів. Процес організації з переходом у вогнещевий склероз пульпи складав 52,9 %. Таким чином, вилікування було у 94,2 % спостережень. Повністю загинула пульпа в зубах цієї групи у 5,7 %

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

Ожоган З.Р., Крохмаль А.В., Ожоган Р.З.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Актуальність. Поширеність хвороб скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) зростає в усьому світі. Все частіше вони розвиваються у осіб молодого та зрілого віку (15–50 років) і поєднуються з міофасціальними больовими синдромами з боку м'язів голови та шиї, патологічною стертістю зубів, хворобами пародонту, патологією прикусу та бруксизмом, а в етіологічній структурі істотну роль займають ятрогенії під час тотальних ортопедичних реабілітацій та ортодонтичного лікування (Ferneini, 2021; Kalladka et al., 2022; Matheson et al., 2023). Комплексний підхід, своєчасні діагностика і адекватне лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба залишається одним із складних питань стоматології та потребує застосування сучасних методів досліджень (Al-Ani, 2021; Coronel-Zubiate et al., 2022). Неоціненною є роль клінічних проявів у ранній, бажано донозологічній, діагностиці стану СНЩС.

Мета: оптимізувати діагностику та вибір тактики лікування патології СНЩС шляхом оцінки особливостей її клінічних проявів.

Матеріал і методи: у клінічному ретроспективному рандомізованому когортному динамічному дослідженні у складі комплексного обстеження проведено оцінку клініко-анамнестичних та фізикальних симптомів у 116 пацієнтів віком від 25 до 65 років з хворобами СНЩС та супутньою патологією, зокрема, захворюваннями пародонта, патологічною стертістю, дефектами зубних рядів. Аналіз даних здійснено класичними методами з урахуванням типів даних та їхнього розподілу за критичного рівня $p < 0,05$.

Результати і обговорення. Клініко-анамнестичні (наявність і характер коморбідної патології; порушень жування, дикції; прагнення знайти найкомфортніше положення щелеп під час змикання зубів; виражена чутливість в ділянці зубів; біль під час широкого відкривання рота; шуми в ділянці СНЩС; біль в ділянці СНЩС; головний біль; судоми в ділянці голови, шиї, горла; порушення постави; серйозні аварії, інтубація в анамнезі; ортодонтичне

лікування або вибіркоче зішліфовування зубів в анамнезі; лікування з використанням капи в анамнезі; особливості психологічного стану; скреготання зубами або їхнє стискання; попереднє стоматологічне лікування; причина нинішнього звернення; необхідність лікування у сприйнятті пацієнта; сприйняття пацієнтом серйозності стану та фізикальні показники (стан мускулатури, функції черепно-мозкових нервів, стан зубів, пародонтологічний статус, оклюзіографічна та міофункціональна характеристика) демонструють стійкі тенденції у пацієнтів зі змінами СНЩС та коморбідними станами вже задовго до розвитку клінічно виразної стоматологічної патології.

Висновки:

1. Як анамнестичні, так і фізикальні клінічні прояви (бруксизм, міофасціальні болі, пальпаторні дані, порушення прикусу, патологічна стертість зубів, пародонтопатії тощо) є важливими складовими у ранній діагностиці патології СНЩС та вибору оптимальної тактики корекції;

2. Врахування клінічних показників у загальній семіотиці дозволяє оптимізувати діагностику та вибір тактики медичної допомоги особам з патологією СНЩС вже на донозологічному етапі.

Перспективи подальших досліджень — оцінка прогностичної здатності клінічних показників у пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепних суглобів із подальшою розробкою прогностичної програми розвитку і перебігу даної патології з урахуванням пародонтологічної патології та даних комплексу конділографічних та електроміографічних показників.

Ключові слова: скронево-нижньощелепні суглоби, хвороби, симптоми, діагностика, профілактика.

Література

1. Al-Ani, Z., 2021. Temporomandibular Joint Osteoarthritis: A Review of Clinical Aspects and Management. *Prim Dent J* 10, 132–140. <https://doi.org/10.1177/2050168420980977>

2. Coronel-Zubieta, F.-T., Marroquín-Soto, C., Geraldo-Campos, L.-A., Aguirre-Ipenza, R., Urbano-Rosales, L.-M., Lujón-Valencia, S.-A., Tozo-Burgos, J.-G., Arbildo-Vega, H.-I., 2022. Association between orthodontic treatment and the occurrence of temporomandibular disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Exp Dent* 14, e1032–e1043. <https://doi.org/10.4317/jced.59970>

3. Ferneini, E.M., 2021. Temporomandibular Joint Disorders (TMD). *J Oral Maxillofac Surg* 79, 2171–2172. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2021.07.008>

4. Kalladka, M., Young, A., Thomas, D., Heir, G.M., Quek, S.Y.P., Khan, J., 2022. The relation of temporomandibular disorders and dental occlusion: a narrative review. *Quintessence Int* 53, 450–459. <https://doi.org/10.3290/j.qi.b2793201>

5. Matheson, E.M., Fermo, J.D., Blackwelder, R.S., 2023. Temporomandibular Disorders: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician* 107, 52–58.

ВАЖЛИВІСТЬ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ З РОЗДІЛУ «НЕЗНІМНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ», ІЗ УРАХУВАННЯМ РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ

*Ожоган З.Р., Мізюк Л.В., Ожоган І.А.**

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології
Кафедра стоматології ПО**

Стрімкий розвиток сучасної ортопедичної стоматології характеризується появою нових технологій, а також удосконаленням існуючих. Слід відмітити, що це зумовлено як підвищеними потребами населення, так і збільшенням їх поінформованості. Відомо, що у сучасних пацієнтів, крім вимог до міцності та тривалого функціонування ортопедичних конструкцій, з'явилася необхідність їх естетичних властивостей, що привело до появи та застосування новітніх технологій.

Тому, важливим є отримання студентами знань стосовно даних методик, які вивчає ортопедична стоматологія, починаючи з 3 курсу, і є невід'ємною складовою навчання студентів з метою здобування відповідних теоретичних знань та практичних навичок.

Розділ «Незнімного протезування» передбачає вивчення методик обстеження пацієнтів з дефектами твердих тканин зубів і дефектами зубних рядів, клініко-лабораторних етапів виготовлення вкладок, штучних коронок та мостоподібних протезів та закінчується складанням підсумкового модульного контролю. Згідно навчально плану модуль «Незнімне протезування» складається із лекційного матеріалу, практичних занять та самостійної позааудиторної роботи. Лекційний матеріал передбачає висвітлення на сучасному рівні питань обстеження пацієнтів, функціональної анатомії та біомеханіки зубоцелюстного апарату, клініко-технологічних етапів виготовлення незнімних конструкцій та можливих ускладнень. Практичні заняття проводять у клінічних залах, де студенти можуть вивчати дані питання не тільки теоретично, а також із відпрацюванням практичних навичок у клініці. Необхідно заважити, що обов'язковою складовою практичних занять є тестовий контроль студентів, який складається із базових завдань КРОК-2, що значно полегшує їх наступне вивчення.

Важливу роль у здобуванні практичних навичок є заняття студентів у фантомному класі, де вони мають змогу препарувати тверді тканини зубів під різні види незнімних конструкцій на сучасних фантомах. Це значно полегшує подальше відпрацювання навичок у клініці під час протезування пацієнтів під чітким наглядом викладача.

Таким чином, в процесі комплексного навчання студентів-стоматологів важливим є отримання знань застосування новітніх методик та матеріалів для надання кваліфікованої медичної допомоги, зокрема, в галузі ортопедичної стоматології.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ХАРАКТЕРУ ТА КОНСИСТЕНЦІЇ ЇЖИ НА СТАН ПАРОДОНТУ ОПОРНИХ ЗУБІВ ТА НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУЦІЙ

**Ожоган З.Р., Мізюк Л.В., Сухорєбський Ю.І., Шутак О.В.,
Рожко О.М., Ожоган І.А.**

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Відомо що, організм людини є відкритою системою, що потребує поповнення енергетичних витрат, яке забезпечується харчуванням. Його ефективність в значній мірі залежить від ступеня подрібнення харчових продуктів, що споживаються, тобто від функціонування жувального апарату. Тому, важливе значення в процесі життєдіяльності має збереження цілісності зубних рядів та характер їжі, яку ми вживаємо. Часткова втрата зубів приводить до зменшення оклюзійних сил та жувальної ефективності щелепно-лицевого апарату, тому завданням ортопедичного лікування є не тільки заміщення часткових дефектів зубних рядів, а і відновлення його функціональної цінності, а також, максимальна ефективність застосування ортопедичних конструкцій.

Для вивчення впливу консистенції та характеру їжі на стан ортопедичних конструкцій обстежено 170 пацієнтів, поділених на чотири групи. Перша група – 40 осіб із клінічно здоровим пародонтом та інтактними зубними рядами. Друга група 60 осіб із частковими дефектами зубних рядів, яким не проводилося протезування і вивчали характер часткової втрати зубів. Третя група – 35 пацієнтів, протезованих незнімними зубними протезами, які не дотримувалися запропонованих рекомендацій та вживали продукти харчування переважно м'якої консистенції. Четверта група – 35 пацієнтів, протезованих незнімними протезами, які вживали продукти харчування жорсткої та середньої консистенції та дотримувались даних нами рекомендацій.

Досліджували якісний і кількісний склад факультативно-анаеробної мікрофлори, колонізованої на оральній та вестибулярній поверхнях мостоподібних протезів і прилягаючих ділянок слизової оболонки ясен. Забір матеріалу проводився через 3-5 хв. після полокання рота теплою водою за допомогою стерильного ватного тампона з оральної та вестибулярної поверхонь мостоподібного

протеза і прилягаючої ділянки ясен. Забраний матеріал засівали на м'ясопептонний (МПА), 5 % кров'яний агар (КА), середовище Ендо і середовище Сабуро. Посіви витримували в термостаті в аеробних умовах при температурі 37°C протягом 1-5 діб. Через 24 год вираховували ріст бактеріальної флори на МПА, КА і середовищі Ендо, на 5-у добу – ріст грибів на середовищі Сабуро. Інтенсивність росту мікроорганізмів оцінювали за допомогою спеціального приладу для підрахунку числа колоній на поживних середовищах. Характер мікрофлори визначали за морфолого-культуральними і біохімічними властивостями. Дослідження проводились до протезування, через 1, 3, 6 і 12 місяців після протезування металопластмасовими та металокерамічними незнімними мостоподібними протезами.

Результати дослідження показали, що у хворих 3 групи, які віддавали перевагу їжі м'якої консистенції і не дотримувалися запропонованих рекомендацій незалежно від виду протеза до і на протязі перших 3-х місяців від моменту протезування характер колонізованої мікрофлори на зазнавав істотних змін. Переважали типові представники аутохтонної факультативно-анаеробної мікрофлори – негемолітичні стафілококи, α -, γ - стрептококи, мікрококи. Порівняно рідко (від 7 до 11 осіб із 31 обстеженого) і в невеликих кількостях (не більше 20-30 колоній на чашці) виділялись гемолітичні стафілококи, β -гемолітичні стрептококи, ентеробактерії і кандідаміцети. Такий стан колонізованої мікрофлори свідчить про достатньо високий рівень місцевого імунітету і відсутність у цих пацієнтів на початкових етапах користування протезами ознак дисбактеріозу. Починаючи із 6-12 місяців від моменту протезування відмічалось зростання (у 1,5-2 рази) частоти росту і кількості КУО нерезидентних мікроорганізмів – гемолітичних стафілококів, Я-гемолітичних стрептококів, ентеробактерій (ешерихії, клебсієли) і грибів роду *Candida* та зменшення представників аутохтонної мікрофлори. Наведені результати свідчать про порушення мікробіоценозу у протезних ділянках слизової оболонки порожнини рота і виникнення передумов до розвитку дисбактеріозу і запального процесу в пародонті. Крім того, вираженість даних змін залежала від типу протезних конструкцій, які були обрані для лікування.

Так, у пацієнтів із металокерамічними мостоподібними протезами відмічалися аналогічні якісні зміни мікрофлори, однак кількість мікроорганізмів була меншою, ніж у пацієнтів з металопластмасовими мостоподібними протезами. Зокрема, показники колонізації аутохтонними непатогенними мікроорганізмами через 12 місяців

після протезування становили $35,5 \pm 1,7$ КУО на чашці для метало-керамічних протезів і були достовірно нижчі ($p < 0,05$) порівняно з аналогічними показниками у пацієнтів з металопластмасовими протезами – $41,4 \pm 2,2$ КУО на чашці.

При вивченні стану мікрофлори у осіб 4 групи, які вживали переважно жорстку їжу і їжу середньої жорсткості та дотримувалися запропонованих рекомендацій незалежно від виду протеза до і на протязі перших 3-х місяців від моменту протезування характер колонізованої мікрофлори не зазнавав істотних змін. Як і в попередній групі, переважали типові представники аутохтонної факультативно-анаеробної мікрофлори – негемолітичні стафілококи, α - γ -стрептококи, мікрококи. Починаючи із 6-12 місяців від моменту протезування відмічаються статистично достовірні ($p < 0,05$) зміни якісного і кількісного складу мікрофлори. Зростала (у 1,5-2 рази) частота росту і кількість КУО нерезидентних мікроорганізмів – гемолітичних стафілококів, Я-гемолітичних стрептококів, ентеробактерій (ешерихії, клебсієли) і грибів роду *Candida* та відповідно зменшувалася кількість представників аутохтонної мікрофлори. Як і в третій групі, вираженість даних змін залежала від типу протезних конструкцій, які були вибрані для лікування. Так у пацієнтів із металокерамічними мостоподібними протезами відмічалися аналогічні якісні зміни мікрофлори, однак кількість мікроорганізмів була достовірно ($p < 0,05$) меншою, ніж у пацієнтів з металопластмасовими мостоподібними протезами. Так, показники колонізації аутохтонними непатогенними мікроорганізмами через 6 і 12 місяців у пацієнтів 4-ї групи були достовірно вищі ($p < 0,05$) порівняно з аналогічними показниками у пацієнтів 3-ї групи, а показники колонізації умовно-патогенними нерезидентними мікроорганізмами навпаки були достовірно нижчими у пацієнтів 4-ї групи в порівнянні з аналогічними показниками пацієнтів 3-ї групи.

Таким чином, вживання в харчовому раціоні пацієнтів з незнімними мостоподібними протезами жорсткої та середньої жорсткості їжі поряд із дотриманням правил гігієни ротової порожнини та догляду за ортопедичними конструкціями, сприяє зменшенню колонізації протезів і слизової оболонки порожнини рота патогенними і умовно-патогенними бактеріями і грибами та знижує рівень дисбактеріозу, що безумовно позитивно впливатиме на стан тканин пародонту і тривалість використання протезів.

МЕТОДИКИ ДОСЯГНЕННЯ ВИСОКИХ ЕСТЕТИЧНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ НЕПРЯМИМИ РЕСТАВРАЦІЯМИ

Ожоган П.З., Ожоган З.Р., Рожко М.М., Ожоган І.А.**

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології ПО*
Кафедра ортопедичної стоматології*

На даний час досягнення високих естетичних параметрів займає одне з провідних місць при звертанні пацієнтів у стоматологічні клініки. Естетичний вигляд молодих пацієнтів у значній мірі залежить від форми обличчя, лінії посмішки, висоти верхньої губи, фронтальних зубів верхньої і нижньої щелепи. Естетичні недоліки також можуть бути пов'язані з наявністю дефектів твердих тканин зубів, відсутністю фронтальних чи бічних зубів, невідповідними прямими реставраціями. Широкого використання для відновлення посмішки і естетичного вигляду пацієнтів набули методики відбілювання зубів, застосування безметалових естетичних непрямих реставрацій, зокрема вінірів, штучних керамічних і на основі діоксиду циркону коронок.

Мета. Вивчити стан зубо-щелепної системи у осіб різних вікових груп на наявність естетичних проблем та поширеність застосування естетичних методів лікування непрямими реставраціями у пацієнтів із дефектами твердих тканин зубів і зубних рядів

Результати. Нами обстежено 230 осіб, віком 18-45 років, з метою вивчення стану зубо-щелепної системи на наявність естетичних проблем та вивчення поширеності застосування естетичних методів ортопедичного лікування при дефектах твердих тканин зубів і зубних рядів. Під час проведеного дослідження застосовано цифрові технології, зокрема сучасні цифрові 3D технології.

На даний час естетичні критерії в стоматології є індивідуальними і потребують чіткої об'єктивізації і уніфікації. Тому, нами запропоновано «Карту визначення рівня естетичності пацієнтів», в якій враховано колір і форму зубів, положення фронтальних зубів, рівень прикріплення ясен, форма ріжучого краю, вид різцевого перекриття, наявність прямих і непрямих реставрацій, стан пародонту і рівень гігієни. На основі отриманих даних нами запропоновано Індекс естетики, який враховує дані параметри. На основі отриманих результатів встановлено рівень естетичної задоволеності пацієнтів перед лікуванням, проведено порівняльну оцінку прямих і непрямих

реставрацій, запропоновано показання до естетичних видів ортопедичного лікування, а також оцінку непрямих реставрацій після запропонованого лікування.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, УСКЛАДНЕНИМИ РОЗЛАДАМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Ожоган Р.З., Рожко М.М., Ожоган Ю.М., Ожоган З.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра стоматології ПО

Кафедра патофізіології

Кафедра ортопедичної стоматології

Нами вивчено особливості клінічної картини в пацієнтів із дефектами зубних рядів, поєднаними зі зубощелепними деформаціями і функціональними розладами СНЩС. У обстежених пацієнтів стан зубощелепної системи визначали, оцінюючи стан тканин пародонта зубів, які обмежували дефект зубного ряду, вид прикусу, стан слизової оболонки беззубих ділянок коміркового відростка, а також стан СНЩС. Важливу роль при обстеженні відігравав характер скарг хворих, з якими вони звернулися в клініку ортопедичної стоматології. При цьому враховували скарги на порушення функції жування, естетики, мови, наявність, тривалість, інтенсивність та характер болю в ділянці СНЩС. При проведенні об'єктивного обстеження оцінювали зовнішній вигляд хворих, симетричність та пропорційність обличчя, характер і ступінь відкривання рота, проводили пальпацію СНЩС і жувальних м'язів для виявлення функціональних розладів СНЩС.

Отже, пацієнти з дефектами твердих тканин і зубних рядів, зубощелепними деформаціями, захворюваннями тканин пародонта та іншою ортопедичною патологією у поєднанні з розладами СНЩС потребують специфічного підходу при діагностиці і виборі методів лікування, які б забезпечили нормалізацію оклюзійних, м'язових і суглобових співвідношень.

Тому, на даний час необхідно проводити детальну діагностику і враховувати проведене попереднє стоматологічне лікування з метою планування комплексного лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів і захворюваннями СНЩС.

При проведенні дослідження на початковому етапі і обстеженні 60 пацієнтів із дефектами зубних рядів нами встановлено, що у більшості пацієнтів спостерігаються дефекти зубних рядів у бічній

ділянці (46 пацієнтів, 76,7 %) та у 14 пацієнтів (23,3 %) наявні поєднані дефекти в боковій та фронтальній ділянках. Встановлено, що дефекти зубних рядів верхньої щелепи було виявлено у 34 хворих (56,7 %), а на нижній щелепі у 26 пацієнтів (43,3 %). Серед обстежених переважали пацієнти з включеними дефектами зубних рядів у бічній ділянці 3 класу за Кеннеді (33 пацієнти, 55,0 %) та з двобічними дистально необмеженими дефектами 1 класу за Кеннеді (18 пацієнтів, 30,0 %). У 9 пацієнтів (15,0 %) було виявлено однібічні дистально необмежені дефекти - 2 клас за Кеннеді.

Необхідно зазначити певні типові скарги при різних видах дефектів зубних рядів за Кеннеді, які залежать від локалізації, стану зубів, що обмежують дефекти зубного ряду. При цьому найбільш типовими скаргами пацієнтів були на порушення функції жування у всіх пацієнтів та порушення мови і у меншій мірі на порушення естетичного вигляду. При клінічному аналізі рухів нижньої щелепи обстежених пацієнтів встановлено, що у більшій половині пацієнтів (65,0 %) відзначали блокування рухів нижньої щелепи і їх порушення при сагітальних і трансверзальних зміщеннях.

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСКОЛОРИТОМ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Ожоган Ю.М., Рожко М.М.*, Ожоган Р.З.*, Ожоган І.А.*

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра патофізіології
Кафедра стоматології ПО**

Зовнішність людини є дуже важливою соціальною ознакою для самооцінки і оцінки її іншими людьми. Це перша інформація, яка доступна органам сприйняття і перебуває під час соціальної взаємодії. Обличчя людини, його симетрія, пропорція та посмішка перебувають на першому плані, у порівнянні з іншими частинами тіла.

У сучасній стоматології надзвичайно важливим є питання кольору зубів, адже білосніжна і красива посмішка є показником здоров'я та благополуччя. Люди молодого віку надають велике значення красі посмішки та кольору зубів. Також, це надзвичайно важливий показник для формування першого враження при знайомстві.

Зростання кількості пацієнтів, які звертаються за стоматологічною допомогою з проханням покращення зовнішнього вигляду, змусило стоматологів приділяти більше уваги естетиці зубних рядів, а значення посмішки для естетики обличчя широко відоме у суспільстві. Красива посмішка вважається індикатором найвищого рівня життя.

На сьогоднішній день в естетичній стоматології існує безліч методик покращення кольору зубів, відбілювання - один із них. Завдання лікаря-стоматолога - пояснити пацієнту реальність виконання його бажань. Вивчення питання об'єктивності оцінки пацієнтами стану свого стоматологічного статусу, показало, що значна частина жінок (44,3%) і чоловіків (19,9%), які звернулися до стоматолога за естетичним лікуванням, мають схильність до перебільшення ступеня тяжкості свого стоматологічного статусу, що є показником наявності у них різних психологічних проблем .

При проведенні дослідження нами обстежено 140 пацієнтів із дисколоритами твердих тканин зубів, віком 18-49 років (76 жінок та 64 чоловіків), розподілених на 4 групи.

Нами особлива увага приділялася психологічному тестуванню. Проводили оцінку відповідності між бажанням пацієнтів до естетич-

ного лікування та показаннями до його проведення, за допомогою власної розробленої методики і карти «Оцінка стоматологічного стану пацієнта лікарем та пацієнтом». Для того, щоб визначити мотивацію успіху чи страх на невдачу використовували опитувальник Реана А.О. Також, для оцінки правдивості висловлювань пацієнтів у опитувальники ми включили так звані шкали брехливості або прагнення до схвалення за Д. Марлоу і Д. Крауном. Крім психологічної оцінки, пацієнтам проводили загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічні, оцінку стану індивідуальної гігієни порожнини рота - визначення індексу гігієни порожнини рота (ОHI-S), визначення спрощеного індексу зубного нальоту на контактних (апроксимальних) поверхнях зубів (API) та пародонтального індексу (PI).

За шкалою Реана нами встановлено, що мотивація успіху на ефективно відбілювання зубів у пацієнтів I групи, яким проводили тільки професійну гігієну ротової порожнини була в 14 пацієнтів. Однак тенденція до мотивації успіху була в 5 пацієнтів, а тенденція на невдале відбілювання виявилась у 8 пацієнтів. Слід зазначити, що у 3 пацієнтів було встановлено мотивацію невдачі. У пацієнтів II групи, яким проводили відбілювання в домашніх умовах, відбілюючими засобами на основі пероксид карбаміду, мотивація успіху була встановлена у 21 пацієнта і була достовірно вищою від цього ж показника у пацієнтів I групи. У 7 пацієнтів було виявлено тенденцію до мотивації успіху, і у 2 пацієнтів – тенденцію до мотивації на невдачу. У III групі, пацієнтам, яким проводили відбілювання зубів препаратами основі хлориду натрію, нами виявлено, що у 20 пацієнтів мотивація на успішне відбілювання зубів, у 7 – мотивація на успіх і в 3 пацієнтів – тенденцію мотивації на невдачу. У IV групі пацієнтів нами не встановлено тенденцію мотивації на невдале відбілювання зубів, у 25 пацієнтів була мотивація на успіх і в 5 тенденція мотивації на успішне відбілювання. Отже, найкращі результати нами отримано у групі пацієнтів, яким проводили відбілювання твердих тканин зубів за запропонованою методикою-професійне відбілювання сучасною системою «Beyond» із доповненням ремінералізуючою, а також антиоксидантною терапією.

Також, у пацієнтів всіх груп при первинному клінічному огляді відмічена незадовільна індивідуальна гігієна порожнини рота. Про це свідчать також і дані індексної оцінки: гігієнічний індекс ОHI-S був незадовільним і в середньому складав $2,1 \pm 0,20$ балів. Зокрема, у I групі пацієнтів він складав $1,9 \pm 0,3$ балів, у II – $2,15 \pm 0,4$, у III

- $2,23 \pm 0,4$, і в IV – $2,1 \pm 0,4$ балів. Однак, після лікування гігієнічний індекс ОНІ-S достовірно покращився у всіх групах і становив у I групі $0,5 \pm 0,06$ балів, у II - $0,4 \pm 0,09$, у III - $0,55 \pm 0,08$, і у IV був найкращим, і склав - $0,3 \pm 0,05$ балів.

Нами було встановлено, що першочерговим завданням лікаря-стоматолога буде звернути увагу та детально розповісти пацієнту про процедуру відбілювання та можливі побічні дії під час та після процедури відбілювання. Пацієнтів, у яких переважає мотивація схвалення, необхідно заохочувати і підкреслювати їх особистісну значущість.

Найвищі показники мотивації успішного відбілювання зубів (100%) отримано в пацієнтів IV групи, яким проводили зняття зубних відкладень, застосування методики Air Flow та професійне відбілювання системою «Beyond» із доповненням ремінералізуючою і антиоксидантною терапією. Однак, очікувано найнижчі показники мотивації на відбілювання зубів отримано в I групі пацієнтів (63,4%), і водночас найвищі показники мотивації на невдачу – 10%.

ДО ПИТАННЯ ПРО ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Орнат Г.С.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології ПО*

Сьогодні рівень надання стоматологічної реабілітації через виготовлення ортопедичних конструкцій з імплантологічною підтримкою в Україні є достатньо високий. Дентальна імплантація здобула визнання та підтримку як серед лікарів-клініцистів, так і серед пацієнтів. Виготовлення ортопедичних конструкцій на імплантантах потребує чіткого дотримання діагностичного протоколу, комплексного підходу до санації ротової порожнини на етапах підготовки до оперативного втручання із залученням стоматолога-терапевта, стоматолога-пародонтолога, стоматолога-ендодонтиста. Великою підтримкою на етапах планування дентальної імплантації, контролю проведення санаційних заходів, якості встановлених дентальних імплантантів та ортопедичних конструкцій, безумовно стала конусно-променева комп'ютерна томографія. Вже не є запереченням той факт, що після проведення дентальної імплантації застосовується медикаментозний протокол, який включає короткотривалий курс антибактеріальних, нестероїдних протизапальних, знеболювальних середників для зниження больового синдрому, профілактики розвитку запалення та ввімкнення процесів регенерації та заживлення. Відкритим залишається питання успішної остеоінтеграції імплантантів, особливо якщо їх комбінують із реконструктивними заходами з залученням остеопластичних середників.

Українські науковці (Мазур І.П., Леоненко П.В. 2023) звертають увагу на доцільність фармакологічного супроводу на тривалій період остеоінтеграції дентальних імплантантів у разі двоетапної імплантації, який триває 6-8 місяців до встановлення постійних ортопедичних конструкцій, що. Зазначимо, що цілком поділяємо цю позицію, а також відмітити доцільність прийому фармакологічних препаратів і після встановлення постійних ортопедичних конструкцій. Нагадаємо про прийом всередину препаратів осейн-гідроксиапатитного комплексу, алендронової кислоти, гіалууронової кислоти, іонізованого кальцію, цинку, селену, фосфору, вітаміну D3 за умови контролю лабораторних показни-

ків та чіткого дотримання індивідуальної та професійної гігієни. Хочемо звернути увагу клініцистів на ще один фармакологічний середник для довготривалих курсів прийому. Це колаген. За умови відсутності непереносимості, колаген призначають курсом від 2 до 3 місяців. Приймається 1 або 2 рази на день в залежності від дозування обраної добавки колагену натще. Виробляється у вигляді капсул або порошка, який розводять з невеликою кількістю води. Колаген сприяє укріпленню кісток, знижує ризик переломів та тріщин. Полегшує запалення та біль в суглобах. Робить кістки та суглоби більш рухливими. Сприяє укріпленню кісткової тканини. Відомо, що до 30 років виробіток власного колагену знижується, тому замісна терапія є доцільною. Існує більше ніж 16 типів колагену, але основними є I, II, III та IV. Перший тип має щільні волокна та становить 90% колагену всього тіла. Його основною функцією служить заповнення колагену та формування структури сухожилів, шкіри, сполучної тканини, зубів та кісток. Дентальна імплантація притаманна більш віковій вибірці пацієнтів, що є ще одним аргументом для медикаментозної корекції.

Результати застосування колагену рекомендованими курсами 18 пацієнтам, серед яких було 10 жінок та 8 чоловіків, із інтегрованими дентальними імплантантами, до встановлення постійних ортопедичних конструкцій, за даними комп'ютерної томографії показали покращення мінеральної щільності кістки та зниження явищ остеопорозу. В усіх 100% випадків відбулася остеоінтеграція імплантантів.

Отже, клінічні спостереження та вивчення наукових вітчизняних та іноземних джерел літератури, вказують на необхідність прийому фармакологічних середників тривалими курсами, які впливають на процеси остеоінтеграції дентальних імплантантів, остеопорозу та створюють довготривалий прогноз для повноцінного користування ортопедичними конструкціями.

ОЦІНКА СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ЗА ДАНИМИ МРТ ДІАГНОСТИКИ

Павленко О.В., Пехньо В.В., Кобець І.О.

*Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика
Кафедра стоматології*

Мета дослідження. На основі джерел літератури проаналізувати алгоритм проведення дослідження СНЩС методом МРТ-діагностики

Матеріали і методи дослідження. Було проведено аналіз сучасних джерел літератури, використовуючи такі наукові платформи як Google Scholar, Scencedirect, Wiley online library, Research Gate, за наступними ключовими словами “TMJ pathology”, “MRI TMJ”, “MRI TMD”, “MRI TMJ protocol”. Всього було проаналізовано 569 джерел англомовної літератури в тому числі роботи українських дослідників.

Поширеність захворювань СНЩС (надалі - зСНЩС) є досить поширеним стоматологічним захворюванням серед населення України та за даними різних авторів складає від 20 до 70%, частота зСНЩС у чоловіків і жінок різна, складає 1:4 (В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте, 2011), серед основних причин виділяють: патології прикусу у осіб віком від 18 до 32 років, зубо-альвеолярні та зубо-щелепні деформації (вік від 47 до 65 років), ятрогенний фактор є можливим у осіб від 21 року і старше у випадку лікування що передбачає реорганізацію як співвідношення зубів так і зубних рядів, щелеп, тощо. Незважаючи на складність діагностики та широку клінічну картину «золотим стандартом» у оцінки стану СНЩС є Конусно-променева комп'ютерна томографія та МРТ СНЩС. Кореляційний взаємозв'язок між клінічними проявами та результатами МРТ обстеження складає за даними С.Н. Willkers 100%, в роботах R. W. Katzberg – 83%, в роботах R. H. Tallents – 93% (Wilkes С. Н., (1989), P. L. Westesson, R. W. Katzberg. (1987), R. W. Katzberg. (1989) R. W. Katzberg. (1991), R. W. Katzberg, P. L. Westesson., R. H. Tallents., С. М. Drake. (1996)

Результати. Оцінку стану суглобового простору СНЩС за рекомендацією Fern6ndez J.(1996) поводитьсь у двох площинах (сагітальній та коронарній), однак у такому випадку оцінити структурні елементи досить складно внаслідок нахилу гілок нижньої щелепи,

таким чином діагностику порушення цілісності суглобового диску зробити досить важко (J. Fernbñdez, G. J. M. Gomez, A. Josй R (1996). X. Liu(2009) та співатори запропонували оцінку правильної позиції диску СНЩС методом графічного аналізу використовуючи кільця та дві паралельні лінії, що перепендикулярні між собою, таким чином позиція суглобового диска повинна оминати рельєф кола O_1 та не знаходитися в проекції кола O_2 (X. Liu, Z. Zhou, Y. Mao (2019), площини, що використовуються – корональна та парасагітальна.

За даними NigelShaun у пацієнтів без внутрішньосуглобових порушень дСНЩС знаходиться в передньо-верхньому положенні, схематично вписавши коло із розмітками як на циферблаті у проміжку між 11 та 12 повинен починатися задній полюс суглобового диску площини, що використовуються – корональна та парасагітальна. (Drace J.E. Enzmann D.R. (1990))

1) Натомість DraceJ.E. EnzmannD.R. у своїх дослідженнях вказує, що зміщення в межах 25° вона враховує кут суглобового горбика і відповідно сагітальні суглобові параметри;

2) враховується передній суглобовий простір;

3) продиться дослідження у парасагітальній площині (найоптимальніша для діагностики зміщень суглобових дисків).

Потрібно також зазначити що дана методика добре описує статичні параметри скронево-нижньощелепних суглобів, перспектива дослідження стану СНЩС суглобів досить висока, в зв'язку із високою поширеністю, серед населення.

Створення єдиного стандарту МРТ-обстеження СНЩС може бути однією із ланок надання стандартів медичної допомоги і стандартом якості надання медичних послуг.

КОМП'ЮТЕРНЕ ПЛАНУВАННЯ ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД НЕЗНІМНІ КОНСТРУКЦІЇ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ

Палійчук М.І., Рожко М.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології Навчально-наукового інституту після-
дипломної освіти*

Актуальність теми. Відома значна поширеність часткових дефектів зубних рядів серед дорослого населення у нашій країні, що складає в середньому 30-35 % (Лабунець В. А., 2013). При цьому, не дивлячись на медико-технологічний прогрес в стоматології, розробку новітніх методів діагностики і лікування основних стоматологічних захворювань, даний показник є практично постійним упродовж останніх років (Палійчук І.В., 2015). Окрім того, спостерігається значна кількість ускладнень при ортопедичному лікуванні незнімними конструкціями зубних протезів (Рожко М.М., 2010), які пов'язані із порушенням правил препарування зубів. Надмірне препарування зубів призводить до виникнення пульпітів, а згодом періодонтитів, порушення паралельності стінок опорних зубів - до неправильного співвідношення штучної коронки в пришийковій ділянці і виникнення в подальшому вторинного карієсу, явищ локального пародонтиту, розцементування ортопедичних конструкцій, тощо. Особливо такі ускладнення виникають при вираженій анатомії коронкової частини зуба і нахилу зубів.

Вищевказане переконливо свідчить про необхідність подальшого вдосконалення та розробки нових ефективних підходів до підвищення якості лікування незнімними мостоподібними протезами, використання сучасних технологій у діагностиці та плануванні ортопедичного лікування, що власне і стало основною **метою** даного дослідження.

Матеріали і методи. Нами проведений ретельний аналіз 20 різних обстежень зубів верхньої і нижньої щелепи з допомогою конусно-променевої комп'ютерної томографії у пацієнтів, які зверталися за стоматологічною допомогою у центр стоматології клініки ІФНМУ. Обстеження проводилося у навчально-практичному центрі - кабінеті комп'ютерної діагностики кафедри стоматології ННІПО на панорамному рентгенологічному апараті з функцією комп'ютерного томогра-

фа Veraviewepocs 3D R100 P.

Отримані результати. Одним із таких планувань ортопедичного лікування, а саме, правильного препарування зубів під відповідну незнімну ортопедичну конструкцію, на нашу думку може слугувати ретельний аналіз даних обстежень зубів конусно-променевою комп'ютерною томографією, які будуть об'єднані в один незнімний мостоподібний протез, що дасть можливість попередньо визначити безпечні ділянки прогнозованого об'єму препарування тканин зубів під незнімні конструкції зубних протезів, правильно змодельовати майбутній нахил відпрепарованих стінок зубів з умовою щільного прилягання штучної коронки зуба у пришийковій його ділянці та визначити можливість проведення такого препарування на вітальних зубах.

Для аналізу, на конусно-променевої комп'ютерній томографії відповідного пацієнта обстежують у фронтальній і боковій проєкціях фрагмент щелепи з опорними зубами, які будуть об'єднані в один незнімний мостоподібний протез. Вибирають функцію програмного забезпечення «вимір і накладення – функцію визначити кут» при якому графічно програма вираховує кут нахилу двох паралельних ліній, які розміщені на двох різних стінках зубів з точністю до сотих градусів. Вибірково, почергово задають нахил довільно на двох апроксимальних поверхнях в межах одного чи двох зубів, потім на двох інших. Вимір проводять на чотирьох сторонах коронкової частини зуба. Нахил ліній можна змінювати на оптимальний, але для усіх стінок однаковий, причому задана лінія знаходиться в притул у пришийковій ділянці зуба. Виравуючи відстань до пульпової камери – вирішуємо про можливість препарування зубів із збереженням пульпи зуба.

Висновок. Аналіз даних обстежень зубів конусно-променевою комп'ютерною томографією, визначення безпечних ділянок і візуалізації прогнозованого об'єму препарування коронкової частини зуба під штучну коронку забезпечить високоякісне ортопедичне лікування різними видами незнімних конструкції зубних протезів – попередить ускладнення зі сторони пульпи зубів після препарування, підвищить точність щільного прилягання штучної коронки до всіх стінок відпрепарованого зуба і пришийкової ділянки та забезпечить кращу фіксацію штучної коронки на культі відпрепарованого зуба.

ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА ЯК ПРОФІЛАКТИКА ВИНЕКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Панчишин О.Т., Проць Г.Б.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра хірургічної стоматології*

Актуальність: особливості присінку рота є однією з умов, що сприяє виникненню та посилює розвиток захворювань пародонту. Порушення будови присінку рота (мілкий присінок, вкорочені вуздечки губ) спостерігається близько у 20% дорослого населення.

Мілкий присінок рота (МПР) буває вродженою аномалією розвитку слизової оболонки порожнини рота чи набутою (під дією екзогенних факторів). Для МПР характерне зменшення висоти кріплення ясенного краю, що сприяє порушенню кровопостачання тканин пародонта і, як результат, зниження мінералізації щелепових кісток. Власне тому, мілкий присінок можна вважати пусковим механізмом у виникненні і розвитку захворювань пародонта. Цьому етіологічному фактору не приділяють належної уваги, про що свідчать дані літератури та наша щоденна практика. Вдосконалення протоколу хірургічної та медикаментозної корекції даної патології є актуальною.

Мета дослідження: підвищення ефективності комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит (ГП) із мілким присінком рота шляхом удосконалення методики вестибулопластики.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 105 пацієнтів: з них 90 хворих на ГП із МПР, та 15 осіб з інтактним пародонтом, які склали контрольну групу. Хворих розділили на 2 групи. Хворим 1 групи проводили вестибулопластику за Грудяновим, хворим 2 групи розпрацьовану нами модифікацію тунельної вестибулопластики.

З метою порівняльної характеристики проведених методів хірургічної корекції ГПР проводили оцінку ГПР та стану тканин пародонта за клінічними індексами, рентгенографію, реографію ділянки присінка рота. Нами було проведене цитологічне дослідження для визначення запально-дистрофічного індекса та індекса деструкції, та морфологічне дослідження для оцінки змін у будові слизової оболонки тканин пародонта.

Результати дослідження. У хворих на ГП із МПР характерними

були ви-ражені зміни у тканинах пародонта, які наростали зі збільшенням ступеня розвитку захворювання. Основними симптомокомплексами ГП із МПР були ГІР менше 5 мм, у 78,3% хворих виявлені сполучнотканинні тяжі в ділянці ікол та премолярів; у 71,7% пацієнтів - симптоматичний гінгівіт; у 83,6% хворих на ГП II ступеня розвитку із МПР виявлено травматичну оклюзію в ділянці фронтальної групи зубів; у 74,2% пацієнтів діагностовано скупченість зубів. Клінічні прояви ГП із МПР відповідали ступеню розвитку захворювання. В залежності від ступеня розвитку ГП індексна оцінка стану тканин пародонта погіршувалась за результатами індексів гігієни ротової порожнини, пародон-тального індекса, індекса кровоточивості

За результатами клінічних досліджень у хворих на ГП із МПР усіх груп після проведеного лікування спостерігалась позитивна динаміка індексної оцінки тканин пародонта. Проте, порівняно з показниками стану тканин пародонта у хворих на ГП до лікування індексні показники у пацієнтів 2 групи були кращими порівняно з такими у хворих інших груп. За результатами цитологічних досліджень у хворих 2групи аналіз кількісної характеристики проявів цитопаралогії епітеліальних клітин показав більше виражену позитивну динаміку ІДК, ЗДІ, ІД порівняно з показниками I групи.

Висновки. Розроблена схема лікування хворих на генералізований пародонтит забезпечує стабілізацію патологічних змін у тканинах пародонта. При своєчасній діагностиці МПР можна попередити розвиток зубо-щелепових аномалій. Вестибулопластика повинна проводитись з метою попередження виникнення та прогресування захворювань пародонту.

МЕТОДИКА УДОСКОНАЛЕННЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОВНОЇ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ

Пелехан Б.Л., Рожко М.М., Пелехан Л.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології ПО*

Актуальність. Лікування повної відсутності зубів – актуальне завдання клініки ортопедичної стоматології, яке вимагає чіткості планування та виконання клініко-лабораторних етапів. Традиційне ортопедичне лікування шляхом виготовлення повних знімних пластинкових протезів на нижню щелепу володіє рядом недоліків, основним із яких є порушення фіксації ортопедичної конструкції. Альтернативним варіантом лікування – є встановлення внутрішньокісткових дентальних імплантатів та виготовлення ортопедичної конструкції з опорою на них. Із розвитком імплантологічного лікування виникають нові завдання, зокрема раціональність дії ортопедичної конструкції на внутрішньокісткові опори.

Мета: удосконалення ортопедичного лікування повної відсутності зубів на нижній щелепі за рахунок проведення механіко-математичного моделювання взаємодії повної знімної ортопедичної конструкції з опорою на чотири внутрішньокісткові дентальні імплантати з кістковою тканиною нижньої щелепи.

Результати. Першим етапом ортопедичного лікування повної відсутності зубів є зняття робочого одномоментного двошарового відбитка нижньої щелепи методом відкритої/закритої ложки та допоміжного відбитка верхньої щелепи. У зуботехнічній лабораторії після відливання моделей – виготовляється базис із прикусним валиком (який фіксується до імплантатів в ротовій порожнині). У клініці визначається міжкоміркова висота та реєструється центральне співвідношення щелеп. Лабораторно моделюється та виготовляється балка; клінічно – примірка балки у ротовій порожнині. Після виготовлення вторинного каркасу – проводиться воскове моделювання базису конструкції та постановка штучних зубних рядів. Наступним етапом виготовлення є проведення індивідуалізованого механіко-математичного моделювання взаємодії ортопедичної конструкції з кістковою тканиною нижньої щелепи.

Комп'ютерна програма вимагає введення мінімальної кількості

даних: розміри імплантата, координати розташування імплантатів у вершинах чотирикутника, координати зубів протезу, до яких прикладатиметься жувальне навантаження, коефіцієнт Пуассона та допустиме напруження для кісткової тканини, величина жувального навантаження або бажана довжина протезу зубного ряду. Це дозволяє отримати еквівалентні напруження у імплантатах та прилеглий до них кістковій тканині в залежності від координат розташування імплантатів та від координат прикладання жувального навантаження. Ці вирази за фіксованої геометрії розташування імплантатів дають змогу знайти допустиме жувальне навантаження для заданої довжини зубного ряду протеза або встановити протяжність зубного ряду. Механіко-математичне моделювання дозволяє визначити критичне місце навантаження для мінімізації дії латеральних сил на внутрішньокісткові опори.

Після проведення обробки у комп'ютерній програмі – штучні зуби, дистальніше критичної точки, вимагають виведення із прикусу.

Здійснюється заміна воску на пластмасу за загальноприйнятою методикою. Клінічно – фіксується балка із рекомендованим зусиллям, проводиться примірка та фіксації повного знімного протеза на балковій системі фіксації з опорою на імплантати. Необхідним є перевірка оклюзійних співвідношень, рекомендованим є проведення комп'ютеризованого методу аналізу оклюзії.

Висновки. Механіко-математичне моделювання дозволяє удосконалити ортопедичне лікування шляхом виготовлення раціональних конструкцій протеза, які чинять адекватну дію на елементи зубо-щелепної системи. Проведення функціональних методів обстеження, зокрема рентгенологічних, електроміографічних, дозволяють на віддалених етапах спостереження за пролікованими пацієнтами, оцінити ефективність удосконаленої методики лікування, в порівнянні із загальноприйнятим.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ ФОРМОЮ ПАТОЛОГІЧНОЇ СТЕРТОСТІ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ, ПОЄДНАНОЮ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ ТА ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ

Петришин С.В., Ожоган З.Р., Ковалюк А.В., Ананевич І.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Після проведеного нами обстеження пацієнтів із генералізованою формою патологічної стертості твердих тканин зубів та дефектами зубних рядів, яким було проведено лікування по загальноприйнятій методиці (із одномоментним підняттям висоти прикусу) та із застосуванням незнімних (металопластмасових) і знімних (пластинкових) конструкцій встановлено ряд ускладнень, що виникли протягом 5 років. Пацієнти скаржились на сколи пластмасового облицювання, на періодичній біль у суглобах та м'язах, почервоніння ясен, рухомість зубів.

Після огляду і клінічного обстеження ротової порожнини хворих було виявлено: неприємний запах, біль у яснах і кровоточивість, біль і рухомість опорних зубів, біль у СНЩС, потемніння облицювання, сколи облицювання, потемніння ясен.

Отримані показники конділографічного дослідження вказували на функціональні розлади скронево – нижньощелепних суглобів і дисфункції жувальних м'язів, що пов'язано із лікуванням по загальноприйнятій методиці (підняття висоти прикусу проводили одномоментно). Показники пародонтального індексу, проби Шиллера-Пісарєва, індексу Silness-Loe засвідчили про незадовільну гігієну ротової порожнини, що пов'язане із порушенням дотримання догляду за знімними протезами та наявністю металопластмасових мостоподібних протезів.

Аналізуючи ускладнення після ортопедичного лікування пацієнтів із генералізованою формою патологічної стертості твердих тканин зубів та дефектами зубних рядів, яким було проведено лікування по загальноприйнятій методиці та із застосуванням незнімних і знімних конструкцій через 5 років їх функціонування можна зробити відповідні висновки: отримані дані конділографічного дослідження СНЩС та показники стану тканан пародонта вказують,

що частина неефективного лікування зумовлена неправильним вибором методу лікування та ортопедичних конструкцій.

Отже, запропонований нами спосіб лікування пацієнтів із генералізованою формою патологічної стертості зубів, поєднаною з дефектами зубних рядів та зубощелепними деформаціями, де підняття прикусу проводили поетапно із застосуванням набору шин-кап у терміни 1 місяць, 3 місяці та 6 місяців до повного відновлення оклюзійної висоти та застосування сучасних ортопедичних конструкцій попереджає виникненню значних розладів у зубощелепній системі та покращує стан тканин пародонту.

КЛІНІЧНИЙ СТАН НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

Помпій О.О., Помпій Е.С.

*Державний заклад «Луганський державний медичний університет»
Кафедра стоматології*

Актуальність. Відновлення включених дефектів зубних рядів залишається поширеним завданням для стоматологів-ортопедів. В умовах складної соціально-економічної ситуації заміщення втрачених зубів ортопедичними конструкціями з опорою на імплантати не завжди є варіантом вибору для пацієнтів. Доволі популярним способом відновлення цілісності зубних рядів протягом багатьох років в Україні є виготовлення мостоподібних протезів (МП) з опорою на природні зуби. Такі конструкції дозволяють проводити ортопедичну реабілітацію осіб із малими включеними дефектами зубних рядів, мають відносно низьку собівартість, незначні терміни виготовлення, не потребують тривалої адаптації. Однак необхідність у препаруванні опорних зубів, подекуди інтактних, можливість їх перевантаження, травма крайового пародонту краями штучних коронок, порушення цілісності та фіксації протезів суттєво обмежують їх повсякденне використання. Визначення найбільш поширених ускладнень на різних строках експлуатації МП дасть змогу спрогнозувати середні терміни служби подібних конструкцій та визначити подальші шляхи удосконалення.

Мета дослідження. Вивчити клінічний стан мостоподібних протезів із різними термінами експлуатації в пацієнтів із включеними дефектами зубних рядів.

Матеріали та методи. Клінічне дослідження виконали на клінічній базі кафедри стоматології ДЗ «Луганський державний медичний університет» у м. Рівне. Було проведено стандартне стоматологічне та рентгенологічне обстеження пацієнтів із включеними дефектами зубних рядів у бічних ділянках, заміщених металокерамічними мостоподібними протезами з довжиною проміжної частини не більше одного зуба. Загалом відібрали 117 осіб, яких розподілили на групи залежно від термінів виготовлення МП. До I групи увійшли 37 осіб зі строками експлуатації МП від 3 до 5 років, до II групи – 40 пацієнтів, які були запротезовані в

терміни від 5 до 7 років, до III групи віднесли також 40 хворих, які користувались МП від 7 до 9 років. Оцінювали цілісність анатомічної форми ортопедичних конструкцій, їх колір, ретенцію, стан тканин апікального й маргінального пародонту, пульпи опорних зубів. У випадках встановлення будь-яких з названих порушень ортопедичні конструкції вважали незадовільними та рекомендували пацієнтам повторне протезування. Якщо ж протези відповідали всім клінічним вимогам, то їх стан відмічали як задовільний і запрошували хворих на повторні контрольні огляди з інтервалом у 12 місяців.

Результати. Під час обстеження I групи пацієнтів було встановлено, що МП 34 осіб (91,9% від кількості хворих у групі) не мали жодних відхилень, тобто були в задовільному стані. У 2 пацієнтів (5,4%) визначили порушення цілісності анатомічної форми однієї з опорних коронок у виглядів сколів керамічного покриття з оголенням металевих каркасів МП. До того ж ще в 1 хворого (2,7%) виявили рухомість ортопедичної конструкції на одному з опорних зубів. Зазначені МП у 3 пацієнтів (8,1%) визнали незадовільними та запропонували замінити протези на аналогічні або альтернативні методи протезування.

Більше МП із порушеннями зафіксували в пацієнтів II групи. Так, конструкції тільки в 33 осіб (82,5%) були зареєстровані як задовільні. Протези 2 хворих (5,0%) знову мали відколи керамічного облицювання, а ще 2 пацієнтів (5,0%) поскаржились на порушення фіксації конструкцій. Уперше були визначені випадки запалення пульпи опорного зуба, зокрема в 1 хворого (2,5%), і гіперемії та набряку тканин маргінального пародонту у 2 осіб (5,0%), пов'язані з рецесією ясен та скупченням назубних відкладень на поверхнях коренів опорних зубів. Отже загальна кількість пацієнтів із незадовільним станом МП у цій групі була більшою ніж у попередній у 2,3 раза та складала 7 осіб (17,5%).

Найгіршим клінічний стан МП очікувано був встановлений у III групі пацієнтів, серед яких лише в 15 осіб (37,5%) ортопедичні конструкції функціонували без відхилень та були визнані задовільними. Найбільш поширеним ускладненням, що виявляли в осіб цієї групи, були суттєві порушення цілісності та втрата ретенції МП, зокрема такі випадки визначили в 7 хворих (17,5%) та 6 пацієнтів (15,0%), відповідно. Значно частіше в порівнянні з II групою зустрічали ортопедичні конструкції з незадовільним крайовим приляганням, що призводило до запалення тканин крайового пародонту – у 4 пацієнтів (10,0%). З використанням

рентгенологічного дослідження вперше зафіксували розвиток хронічних форм періодонтитів на одному або двох опорних зубах у 5 хворих (12,5%). В інших 3 пацієнтів (7,5%) встановили комбіновані порушення МП. Усього в III групі виявили 25 осіб (62,5%) з відхиленнями у функціонуванні МП, яких було майже в 3,6 раза більше ніж в II групі.

Звертає увагу значне підвищення кількості МП з відхиленнями у терміни з 5 до 9 років користування, а саме від 17,5% до 62,5%. Отримані результати дозволяють прогнозувати середні строки експлуатації подібних ортопедичних конструкцій у порожнині рота та підкреслюють необхідність регулярних контрольних обстежень пацієнтів, у яких цілісність зубних рядів була відновлена МП.

Висновки. Клінічний стан більшості металокерамічних мосто-подібних протезів (62,5%) у пацієнтів із малими включеними дефектами зубних рядів у терміни від 7 до 9 років експлуатації виявився незадовільним. Найчастіше протягом користування ортопедичними конструкціями виникали ускладнення у вигляді порушення цілісності та фіксації протезів.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Попович З.Б., Рожко М.М., Кіндрат Г.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології Навчально-наукового інституту після-
дипломної освіти*

Стоматологічні захворювання є одними з найпоширеніших патологій та мають вагомe медичне та соціальне значення. В Україні ще у довоєнний період спостерігалася значна кількість захворювань твердих тканин зубів і пародонта в різних вікових групах населення. За результатами наших обстежень (2018-2020 р.), у дітей Івано-Франківської області, що постійно проживають у екологічно несприятливих умовах, поширеність стоматологічних захворювань становила 83,6-95,3%, а у деяких місцевостях – до 99,0%, що відповідає визначенню «масова захворюваність» за критеріями ВООЗ, і цей показник може зрости до 100% під час війни. Тому питання своєчасного лікування та профілактики є важливим на даний час та стане особливо важливим у післявоєнний період, коли якісної стоматологічної допомоги потребуватиме велика кількість населення.

Мета цієї роботи — систематизувати літературні дані про етіологічні чинники стоматологічних захворювань у дітей.

За даними дослідників (Якубова І.І., 2018, Pathak M.U, 2015), оптимально, щоб акцент на профілактику стоматологічних захворювань був зроблений ще в антенатальний період, у вагітних жінок, за допомогою інтегрованих зусиль стоматологів, акушерів-гінекологів, педіатрів, батьків. Вагітність матері є важливим періодом у формуванні стоматологічного здоров'я дитини. Необхідним методом організації стоматологічної допомоги, є проведення стоматологічної диспансеризації вагітних жінок.

Загальновідомо, що для виникнення карієсу необхідно три основні умови: сприйнятливі тверді тканини зуба, наявність патогенної мікрофлори та високий рівень вуглеводів (Савичук Н.О, 2017, Каськова Л.Ф, 2020). Але, крім цього, велике значення має загальний стан здоров'я дитини, екологічні умови проживання, якість харчування тощо. Проведені нами обстеження дітей Івано-Франківської області, які проживають у екологічно несприятливих умовах, виявили високий рівень стоматологічних захворювань, а також поєднання декількох видів патології: захворювання твердих тканин зубів та

захворювання слизової оболонки, некаріозні ураження (гіоплазія емалі) та значну кількість ортодонтичної патології.

Сприйнятливість твердих тканин зубів до демінералізації зумовлюється їх структурою та хімічним складом. Найвразливішими є тканини в період завершальної мінералізації. При цьому важливу роль відіграють характер харчування, гормональні та метаболічні порушення, системні захворювання. На виникнення та розвиток каріозного процесу впливають і місцеві чинники: наявність ортодонтичної патології, висока в'язкість слини, недостатні буферні властивості слини тощо. Велике значення для розвитку стоматологічних захворювань має вміст мікроелементів у твердих тканинах зубів (Каськова Л.Ф., 2020). Протягом життя людини емаль бере участь в обміні іонів, зазнаючи процесів демінералізації і ремінералізації, які у фізіологічних умовах є збалансовані. Кількісний вміст хімічних елементів в емалі не є сталою величиною, а динамічно змінюється під впливом різних факторів.

Основним етіологічним чинником більшості стоматологічних захворювань є бактеріальний біофільм (біоплівка). Сучасні дані (Слободяник М., 2021) свідчать, що в нормі в порожнині рота наявні близько 7 тис. мікроорганізмів. Однак за відсутності гігієни їх кількість значно зростає та досягає 2-3 млн, що призводить до реакції з боку імунної системи. Відповідно, якщо пацієнт не дотримується правил індивідуальної гігієни, біофільм збільшується, ущільнюється і в подальшому призводить до демінералізації твердих тканин зубів. Натомість нормальна мікрофлора порожнини рота необхідна для підтримання фізіологічного стану та функціонування слизової оболонки, пародонтального комплексу, твердих тканин зубів, слинних залоз та суміжних слизових оболонок, в тому числі оболонок травного каналу, ЛОР-органів та органів дихання. Стан колонізаційної резистентності порожнини рота пов'язаний із функціонуванням єдиної лімфоїдної системи слизових оболонок.

Крім перерахованих чинників, на стан резистентності емалі впливають перенесені та супутні захворювання, гіпо- та авітамінози, характер харчування, вміст фтору в питній воді, екологічні умови проживання.

Отже, для створення ефективної програми профілактики необхідно реалізувати комплекс заходів як на індивідуальному, так і на регіональному рівні, враховуючи, крім основних чинників, екологічні умови проживання.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ТКАНИН ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Проць Г.Б., Пюрик В.П., Ничипорчук Г.П., Гришук І.О.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра хірургічної стоматології*

Наявність дефектів зубних рядів залишається однією з найпоширеніших видів стоматологічної патології, викликаючи істотні порушення і зміни функціональної і естетичної норми. За даними різних дослідників поширеність даної патології серед осіб молодого віку з кожним роком зростає, а ортопедичної реабілітації потребують більше 70 % населення. Дефекти зубних рядів ведуть до порушення здоров'я усього організму і до соціальної де адаптації людини.

Водночас поєднання дефектів зубних рядів із захворюваннями тканин пародонту, особливо у осіб молодого віку, ускладнює вибір реабілітаційних заходів, що разом з іншими етіологічними факторами призводить до ускладнення патології та скорочення терміну користування зубних протезів.

Мета дослідження: підвищення ефективності стоматологічного лікування хворих шляхом оптимізації хірургічної підготовки пацієнтів до протезування та розробки науково обґрунтованого алгоритму діагностичних та індивідуалізованих лікувально-реабілітаційних заходів в залежності від стану тканин протезного ложа.

Матеріалом справжнього дослідження стали результати клінічного спостереження за 582 практично здоровими пацієнтами: чоловіків- 320 (54,98 %) та жінок - 262 (45,01%).

Усім пацієнтам проводилося заміщення кісткових дефектів і дефектів зубних рядів із застосуванням дентальної імплантації або передімплантаційне збільшення альвеолярного відростка верхньої і нижньої щелепи для створення адекватного об'єму кісткової тканини.

Всім пацієнтам проводився комплекс діагностичних заходів, що включає клінічні, рентгенологічні (радіовізіографія, комп'ютерна томографія, цифрова ортопантомографія) і загальноклінічні методи дослідження (загальний аналіз крові, кров на тромбоцити, час кровотечі, цукор крові, RW, ВІЧ, Hbsag і at-hcv, загальний аналіз

сечі). При необхідності проводилися консультації фахівців.

Проведені нами дослідження дозволили сформуванати наступні висновки:

1. Дистрофічно-запальні захворювання тканин пародонту є однією з найпоширеніших стоматологічних патологій та спостерігається у 80 % дорослого населення України, а у віці старше 35 років - у 100 %.

2. На основі клініко-лабораторного, рентгенологічного та функціонального методів дослідження доповнено наукові дані про те, що 66 % осіб віком 25-30 років, 79 % осіб віком 31-40 років та 95 % пацієнтів віком 41-45 років з генералізованим пародонтитом мали дефекти зубних рядів та потребували ортопедичного лікування. Хірургічної підготовки до протезування потребували 73,6 % пацієнтів з генералізованим пародонтитом віком 25-45 років.

3. Серед хірургічних заходів у пацієнтів з генералізованим пародонтитом та дефектами зубних рядів, необхідних для проведення комплексної ортопедичної реабілітації хворих, найпоширенішими були: клаптеві операції (32 %), вестибулопластика (15 %), усунення рецесії ясен (9 %), кісткова аугментація (31 %), операція синусліфтингу (13 %).

4. Запропоновано удосконалений діагностичний алгоритм клініко-рентгенологічного обстеження пацієнтів з дефектами зубних рядів, враховуючи об'єм наявної кісткової тканини щелеп, тип її архітекtonіки (втрата щільності до $478,4 \pm 25,21$ НУ, $p < 0,05$), системні метаболічні остеопатії у 71,3 % випадків, порушення процесів ремоделювання кісткової тканини із посиленням резорбції (підвищення рівня дезоксипіридиноліну до $8,78 \pm 0,40$ нмоль, $p < 0,05$) у хворих з генералізованим пародонтитом, що дозволяє розширити показання до застосування методу дентальної імплантації та робить більш прогнозованим результат лікування з ефективністю 92 %.

ПРОЛОНГУВАННЯ ПЕРІОДУ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ -2ГО ТИПУ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПЕКТИНОВИХ РЕЧОВИН

Пюрик В.П., Косенко С.В., Гайошко О. Б., Деркач Л.З.

*Івано-Франківський національний медичний університет
кафедра стоматології післядипломної освіти
кафедра хірургічної стоматології*

Вступ. Попередні наші роботи були присвячені пошуку сучасних лікувально-профілактичних технологій у підході до комплексного лікування важких захворювань тканин пародонта (ЗТП) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, що здатні пролонгувати період ремісії та зменшувати агресивність перебігу таких важких захворювань як ЗТП, так і ЦД у населення, що проживає в екологічно несприятливих умовах.

Серед пектинвмісних препаратів був вибраний «Пектодент» (Україна), що розроблений в ІФНМУ. Завдяки властивостей пектинів, «Пектодент» володіє гідрофільністю, утворює колоїдні розчини. Він поводить себе в межах слизової оболонки як напів-прониклива мембрана, здатний запобігати поступленню глюкози в кров.

Мета дослідження. За допомогою методів доказової медицини оцінити результативність розроблених технологій лікування та технологій по забезпеченню довготривалої реабілітації при ендо- та екзогенному застосуванні пектинів у хворих з цукровим діабетом 2-го типу після лікування важких форм захворювань тканин пародонту.

Об'єкт і методи дослідження. На базі центру стоматології ІФНМУ м. Івано-Франківськ ми продовжили спостереження над групою хворих на ЦД, що пройшли обстеження, лікування ЗТП та диспансерний нагляд протягом 12 місяців. Спостереження за 75 хворими із ЦД 2-го типу від 42 до 53 років, що мали хронічний генералізований пародонтит II-III ступеню важкості (Данилевський М.Ф. 1994) тривали додатково ще 12 місяців. Клінічними методами оцінювали: ступінь рухомості зубів, колір, консистенцію, контури ясенного краю, кровотечу з ясен, гноетечу з пародонтальних кишень, інтенсивність та розповсюдження запального процесу. При кожному відвідуванні пацієнтам проводили вимірювання артеріального тиску. Лабораторними методами оцінювали: дані клініч-

ного аналізу крові на вміст цукру, дані загального клінічного аналізу крові через 12, 18 та 24 місяців від першого відвідування. Комп'ютерне оснащення клінічної лабораторії дозволило створити доказову базу даних бактеріоскопічних досліджень, що були отримані в результаті періоду лікування та реабілітації протягом 24 місяців спостережень. Рентгенологічними методами оцінювали: панорамну рентгенографію через 12 та 24 місяці після лікування, згідно положення про організацію системи контролю якості медичної допомоги в стоматологічних закладах охорони здоров'я України.

Отримані результати. В КГ контрольній та основній групі ОГ, в періоді реабілітації перших 12 місяців спостережень, проводили видалення, лікування зубів та раціональне протезування. В наступні 12 місяців основну увагу приділяли підтримці досягнутих результатів. В ОГ була використана розроблена нами технологія лікування, що розрахована на довготривалу пролонгацію реабілітаційного періоду. Акцент підтримки результатів лікування був зміщений з допомоги лікаря на самопомогу пацієнта.

Дані аналізу клінічних, рентгенологічних та лабораторних досліджень, що отримані протягом 24 місяців наших спостережень в ОГ та КГ, корелювали з даними літератури та дозволяли підтвердити точку зору науковців, що проблема лікування хворих із ЗТП, що супроводжується ЦД стоїть дуже гостро і не завжди вирішується вдало. Тобто, за результативністю показників, період реабілітації у хворих КГ був значно нижчим ніж період їх лікування, незважаючи на те, що в періоді лікування в КГ нами були досягнуті задовільні результати. В подальшому, все це вимагало додаткових зусиль з боку лікаря: повторного лікування із застосуванням антибіотиків; видалення зубів; заміни встановлених мостоподібних та знімних протезів. Тоді як в ОГ, для отримання стійкого ефекту від реабілітації, було достатньо самопомоги та відвідування лікаря 2 рази на рік з метою професійної гігієни. Рентгенологічно в ОГ спостерігалися явища остеосклерозу.

В ОГ, розроблені нами технології лікування та профілактики ЗТП в тяжких проявах здатні корегувати рівень глюкози капілярної плазми крові та артеріального тиску (АТ) у пацієнтів з ЦД 2-го типу. В КГ цього не відбувалося. (Таблиця 1.) Пояснення можна знайти в публікаціях, що розкривають механізм ЦД. Вважають, що блокування ефекту інсуліну як вазоділятатора, та гіперінсулінемія активізують механізми, що призводять до тонічного напруження судинної стінки. На цьому тлі, в периферійних ділянках, у тому числі

і яснах, виникає гіпертрофія епітелію, порушується гемодинаміка, зникають деякі клінічні ознаки запалення, такі як біль, набряк. Домінують спонтанна кровотеча та порушення функції.

Таблиця 1.

Динаміка кількісних показників рівнів артеріального тиску та глюкози капілярної крові в основній та контрольній групах у хворих з цукровим діабетом 2-го типу в періоді реабілітації хронічного генералізованого пародонтиту II-III ступеню

Кількісні показники рівнів АТ та глюкози капілярної крові (M±m) p* < 0,05					
Групи КГ (n=17) ОГ (n=18)	Рівень глюкози, ммоль/л	АТ, мм.рт.ст	12 місяців	18 місяців	2 4 місяці
КГ	Рівень глюкози капілярної плазми крові у хворих на ЦД з хронічним пародонтитом (ммоль/л)		7,6±2,5 p** < 0,05	8,6±2,7 p < 0,05	8,0±2,9 p < 0,05
ОГ			5,8±1,6 p < 0,05	6,8±2,8 p < 0,05	6,3±3,4 p < 0,05
КГ	АТ систолічний/ діастолічний (мм.рт.ст.)		136±11,6 p < 0,05	132±10,4 p < 0,05	140±13,1 p < 0,05
ОГ			82±4,6 p < 0,05	87±5,4 p < 0,05	89±7,4 p < 0,05
			124±4,6 p < 0,05	128±3,9 p < 0,05	127±11,4 p < 0,05
			77±2,0 p < 0,05	77±2,9 p < 0,05	78±2,3 p < 0,05

Примітки: p* - вірогідність різниці показників у порівнянні із величинами, що отримані на 14-16 день лікування; p** - результати, що отримані нами при виконанні попередніх спостережень (12 місяців) в обох групах хворих.

Перспективи подальших досліджень. В реабілітаційному періоді стиль поведінки наших пацієнтів прямо або опосередковано свідчить про підняття питання гарантій не тільки лікування, але й реабілітації. Лікарю стоматологу, з метою надання гарантій лікувального періоду, потрібна певна кількість зусиль для підтримки періоду реабілітації. Тому цілком ймовірно, що в подальшому напрямом

робіт даного плану може піти в руслі обґрунтування економічних показників по виконанню витрат часу лікаря (мануального або превентивного характеру) та матеріальних витрат клініки при отриманні результативності новітніх технологій реабілітації.

Висновки. 1. Показники реабілітаційного періоду у хворих з цукровим діабетом 2-го типу, такі як рівень глюкози капілярної плазми крові, артеріального тиску, поява лактобактерій та значне зменшення грибів роду кандиди в порожнині рота, остеосклероз на рентгенограмах, зменшення нальоту слизової оболонки порожнини рота є ознаками критеріїв якості лікування генералізованого пародонтиту II-III ступеню важкості.

2. У хворих з цукровим діабетом 2-го типу після лікування захворювань тканин пародонту із застосуванням пектинів відбувається довготривале зменшення агресивності перебігу, як пародонтиту так і цукрового діабету.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

*Романишин С.С., Герелюк В.І., Кукурудз Н.І., Кобрин О.П.,
Кобрин Н.Т.*

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра терапевтичної стоматології*

Мета дослідження: з'ясувати сутність та особливості комунікативної толерантності майбутніх лікарів-стоматологів і визначити шляхи її ефективного формування в процесі професійної підготовки студентів.

Матеріал та методи дослідження. Модернізація системи вищої професійної освіти сьогодні в Україні насамперед пов'язана з гуманізацією культурно-освітнього середовища ВНЗ, у якому майбутній фахівець медичної сфери формується як духовно багата особистість, здатна до міжособистісної комунікації в умовах діалогу культур, до розуміння унікальності кожного пацієнта і його життєвого шляху. У процесі фахової підготовки необхідно враховувати, що соціальні контакти медика надзвичайно широкі і різноманітні. За цієї умови дуже великого значення набуває комунікативна компетентність, і особливо така її складова, як комунікативна толерантність. Недостатність комунікативних умінь лікаря є дуже частою причиною стресу в пацієнтів, виникнення конфліктних ситуацій. Комунікативна компетентність медика суттєво сприяє безпосередньому виконанню професійних обов'язків, наприклад, дає змогу більш точно зібрати анамнез, призначити необхідні діагностичні й терапевтичні процедури.

Результати дослідження та їх обговорення. Саме толерантність як якість особистості, компонент ціннісної системи лікаря лежить в основі формування умінь спілкування з оточуючими людьми, відповідної поведінки в конкретній ситуації. «Міжособистісна толерантність, у свою чергу, може виявлятися на різних рівнях, зокрема: міжособистісному (у безпосередніх щоденних контактах з іншими людьми), груповому (у межах трудового колективу, студентської групи), міжгруповому (між установами, організаціями, партіями тощо). Комунікативна толерантність майбутнього лікаря включає не лише відповідні знання та вміння, але й мотивацію

професійної діяльності, стиль взаємовідносин з людьми, здатність до творчого саморозвитку особистісного потенціалу. В основі комунікативної толерантності лікаря, як засвідчують численні дослідження вітчизняних та зарубіжних учених, лежить його психологічна культура, яка в кінцевому підсумку визначає ставлення до себе, до пацієнта, до інших людей. Рівень психологічної культури медика великою мірою залежить від його професійних здібностей, ціннісного ставлення до своєї професії, досвіду. У процесі фахової підготовки майбутнього медика важливо сформувати розуміння того, що процес лікування багатосторонній, його результат досягається зусиллями багатьох людей, з якими необхідно підтримувати доброзичливі стосунки. Особливо важливим чинником психологічної культури лікаря є психологічний портрет пацієнта, бачення взаємовідносин майбутнього медика з ним. Ця професійна якість, що виявляється у вмінні вибудовувати стосунки типу «лікар-пацієнт», має бути притаманна кожному фахівцеві медичного профілю. Таким чином, ще одним важливим компонентом психологічної підготовки майбутнього лікаря до професійної діяльності є рівень розвитку професійного мислення. Однією з важливих вимог до медичного працівника, яка характеризує рівень його толерантності, є вміння володіти собою, бути терплячим. Ці якості не завжди притаманні молодим спеціалістам. Зазначимо також, що молодий лікар завжди знаходиться у більш невідповідному становищі, ніж досвідчений. Він завжди опиняється перед необхідністю доводити свою компетентність. У цьому молодому спеціалісту стають у пригоді, поряд зі старанністю і добросовісністю, відповідальним ставленням до роботи, вміння комунікативної взаємодії, які згладжують критичне ставлення до нього, настороженість і недовіру пацієнта. Це ще раз підтверджує необхідність відповідної навчально-виховної роботи зі студентами. Таким чином, у процесі професійної підготовки майбутніх медиків необхідно враховувати не лише особливості майбутнього фаху, але й психологічні та соціальні його аспекти. Тому методичні підходи до формування комунікативної толерантності майбутніх лікарів-стоматологів, на наше переконання, повинні складатися з кількох взаємопов'язаних етапів: діагностика початкового рівня володіння уміннями толерантної міжособистісної комунікації, визначення цілей та змісту роботи зі студентами, включення питань формування комунікативної толерантності в навчальні курси, планування позааудиторної роботи, організація навчально-виховної роботи, підсумкова діагностика умінь толерантної комунікативної взаємодії.

Висновки. Таким чином, формування комунікативної толерантності майбутніх медиків – це складний процес, який триває впродовж усієї професійної діяльності. За нашими спостереженнями, навчально-виховна робота під час занять, позааудиторна робота зі студентами, проведення спецкурсів, практикумів, курсів за вибором, використання інтерактивних методів навчання, сучасних інформаційних технологій дозволяє значно підвищити позитивну мотивацію майбутніх лікарів до навчання, посилити їх професійну зорієнтованість, допомагає їм краще розуміти суть вимог викладачів, глибше і легше засвоювати навчальний матеріал, опановувати нові способи організації комунікативної взаємодії.

ДЕФЕКТИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ТА ПОТРЕБА У ЇХ ПРОТЕЗУВАННІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Рошук О.І.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
Кафедра ортопедичної стоматології*

Актуальність. За даними літератури 96 % хворих із захворюваннями ШКТ, зокрема, на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), потребують лікування зубів з приводу карієсу та його ускладнень (Лучинський М.А. зі співавт., 2018; Sruthi M.A. et al., 2023). З одного боку, кислий гастроезофагеальний рефлюкс – один із симптомів виразкової хвороби, досягаючи ротової порожнини, спричиняє зниження рН слини до 6,2-6,0 і нижче, та призводить до вогнищевої демінералізації емалі зубів з можливим розвитком карієсу. З іншого, чимало дослідників пов'язують інфекцію *H pylori* в ротовій порожнині з карієсом зубів та його ускладненнями і поганою гігієною зубів у дітей та дорослих (Iwai K., et al., 2019). Логічним, на нашу думку, є вчасне виявлення дефектів твердих тканин у цієї категорії пацієнтів та їх раннє протезування.

Мета дослідження: вивчити стан твердих тканин зубів та оцінити потребу у протезуванні дефектів твердих тканин у хворих на виразкову хворобу шлунка і ДПК.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 43 хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК у фазі загострення, віком від 35 до 45 років, які склали 1-у групу дослідження. 2-у групу (контрольну) склали 20 практично здорових осіб відповідного віку. Вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності карієсу зубів (КПВ), індекс руйнування оклюзійної поверхні зубів (ІРОПЗ) за В.Ю. Мілікевичем, індекс гігієни Грін-Вермільйона ОНІ-S, проводили статистичну обробку отриманих результатів.

Результати дослідження. Найбільше значення показника поширеності карієсу виявлено у 1-й групі ($97,9 \pm 0,02$), який перевищив показник у ПЗО на 25 % ($p < 0,01$). При аналізі показників інтенсивності карієсу за індексом КПВ встановлено, що показник у 1-й групі ($15,6 \pm 0,5$) перевищував дані у 2-й групі у 1,5 рази ($p < 0,05$).

Серед некаріозних уражень твердих тканин зубів у 52,9 % об-

стежених пацієнтів з виразковою хворобою шлунка та ДПК виявлено кислотні ерозії зубів. За класифікацією Eccles та Jenkins (1974) I ступінь ерозії виявлено у 18 осіб, II ступінь – у 5 осіб. Ерозії зубів виявляли переважно у пацієнтів із супровідною ерозивною гастро-езофагальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), згідно з даними медичних карт стаціонарних хворих, при чому тяжкість ерозій залежала від ступеня тяжкості ГЕРХ.

Обчислення ІРОПЗ в обстежених пацієнтів дозволило віддати перевагу ортопедичному або терапевтичному лікуванню. Середня кількість зубів з ІРОПЗ 0,55 – 0,6, при якому рекомендовано застосування зубних вкладок, у 1-й групі порівняння ($2,33 \pm 0,41$) перевищувала таку в ПЗО у 2,1 рази ($p < 0,05$). Середня кількість зубів з ІРОПЗ 0,6 – 0,8, при якому показано пломбування зубів та застосування штучних коронок, у пацієнтів 1-ї групи склала ($1,0 \pm 0,05$), що перевищило значення у 2-й групі порівняння у 2,0 рази ($p < 0,05$). Зубів з ІРОПЗ $> 0,8$, при якому рекомендовано виготовлення штифтових конструкцій, було виявлено найменше, середня кількість зубів склала ($0,7 \pm 0,01$) у 1-й групі порівняння та ($0,3 \pm 0,04$) – у 2-й групі.

Загалом, потребу у протезуванні дефектів твердих тканин зубів (вкладками, коронками чи штифтовими конструкціями) мають 48,9 % пацієнтів з виразковою хворобою, що перевищує таку в групі ПЗО у 1,4 рази ($p < 0,05$).

Висновок. У обстежених пацієнтів з виразковою хворобою шлунка та ДПК та супровідною ГЕРХ виявлено найбільше поширення дефектів твердих тканин зубів каріозного та некаріозного походження. Відтак значна втрата твердих тканин зубів згідно даних ІРОПЗ, призвела до необхідності протезування зубів штифтовими конструкціями, коронками чи вкладками у 48,9 % обстежених осіб з виразковою хворобою.

ПОКАЗНИКИ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ДІТЕЙ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ У ЗМІННОМУ ПЕРІОДІ ПРИКУСУ

Савонік С.М., Біда В.І.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика

Кафедра ортопедичної стоматології

Актуальність. На сьогоднішній день все більше уваги приділяється глибинному аналізу та детальній діагностиці стоматологічних хвороб.

Одним із сучасних та об'єктивних методів вивчення м'язової функції є електроміографія (ЕМГ), що ґрунтується на дослідженні рухового апарату шляхом реєстрації біопотенціалів м'язів. ЕМГ на сьогоднішній день є найбільш сучасним, досконалим, об'єктивним, інформативним і, водночас, найскладнішим методом функціональної діагностики зубощелепної системи. При ЕМГ дослідженні реєструють зміни різниці біопотенціалів у м'язах, які виникають у результаті поширення збудження по м'язових волокнах. Саме тому, на підставі численних клінічних досліджень, що проводяться в багатьох стоматологічних університетах світу, сучасне ЕМГ дослідження є доказовим методом діагностики та оцінки результатів лікування в ортодонтії та стоматології загалом [1,2,3].

Лікарі-ортоданти в своїй практиці виділяють п'ять основних функцій порожнини рота, що безпосередньо впливають на ріст та розвиток жу- вального апарату: жування, ковтання, дихання, мовлення та змикання губ. Протікання цих функцій напряду пов'язане із тонусом навколоротових м'язів, що оточують зубні ряди і мають безпосередній вплив на формування і ріст щелеп [1,4,5].

Мета дослідження: визначити функціональні особливості жу- вальних м'язів у дітей з тимчасовим періодом прикусу та дефектами зубних рядів.

Матеріали та методи. Для встановлення функціональної активності та стану жувальних м'язів, було проведено дослідження у 27 дітей з дефектами зубних рядів та тимчасовим періодом прикусу (55,6% чоловічої статі та 44,4% жіночої) методом функціональної електроміографії. Діти були розподілені на 2 групи в залежності від методу лікування. Так І групу склали діти, лікування яких прово-

дили за допомогою знімних ортодонтичних апаратів – протезів – 15 осіб, а II групи склали діти, лікування яких проводили за допомогою незнімної ортодонтичної апаратури (апарат – протез власної конструкції) – 12 чоловік. Контрольну групу склали 10 осіб без виявленої ортодонтичної та ортопедичної патології.

Реєстрація ЕМГ проводилася за стандартною методикою. Методика включала вимірювання біоелектричної активності жувальних м'язів зліва і справа: максимальної амплітуди, середньої амплітуди та робочої поверхні жувальних м'язів при виконанні стандартних проб напруження: стискання зубів зліва, стискання зубів справа, протрузія-ретрузія, відкривання-закривання рота. Проби проводилися в динаміці протягом 10 секунд кожна. Під час проведення дослідження всі пацієнти сиділи без підтримки голови, з природнім вертикальним положенням голови, руки та ноги не схрещені.

Отримані результати. Показники ЕМГ після проведеного ортодонтичного та ортопедичного лікування дітей зазнали деяких змін. Хочемо відмітити, що перед початком лікування у дітей з дефектами зубних рядів фронтальної ділянки спостерігалися статистично достовірні значення показників електроміограм в порівнянні з показниками контрольної групи. Після завершення лікування, а саме, відновлення цілісності зубних рядів та корегування трансверзальних розмірів зубних дуг, отримані дані вказують на позитивну динаміку в лікуванні, а для деяких груп – максимальне наближення до показників контрольної групи.

Так для групи I середня амплітуда стиснення до лікування становила для правого $386 \pm 6,7$ мкВ та для лівого $392 \pm 9,5$ мкВ жувального м'яза. Після лікування даний показник був на рівні $454 \pm 8,6$ мкВ та $448 \pm 8,9$ мкВ, порівняно з контрольною групою – $527 \pm 12,7$ мкВ та $486 \pm 11,2$ мкВ відповідно. Тривалість фази активності для правого – $305 \pm 9,4$ мсек та для лівого $309 \pm 8,1$ мсек, до лікування – $337 \pm 9,7$ мсек та $345 \pm 8,3$ мсек в порівнянні з контрольною групою – $272 \pm 10,7$ мсек та $293 \pm 13,9$ мсек відповідно. Значення коефіцієнту “К” до лікування - $1,28 \pm 0,03$ та $1,32 \pm 0,02$, після проведеного заміщення ДЗР та нормалізації розмірів щелеп - $1,09 \pm 0,04$ та $1,11 \pm 0,03$. У пацієнтів II групи середня амплітуда стиснення дорівнювала $375 \pm 8,3$ мкВ та $378 \pm 10,5$ мкВ до лікування, а після – $512 \pm 9,2$ мкВ та $487 \pm 8,8$ мкВ, що майже відповідало значенням контрольної групи – $527 \pm 12,7$ мкВ та $486 \pm 11,2$ мкВ відповідно. Тривалість фази активності до лікування – $340 \pm 7,8$ мсек та $354 \pm 8,8$ мсек та після лікування – $293 \pm 9,7$ мсек та $301 \pm$

11,1 мсек, в порівнянні з контрольною групою – $272 \pm 10,7$ мсек та $293 \pm 13,9$ мсек для правого та лівого м'язів. Показник коефіцієнта “К” до лікування $1,24 \pm 0,02$ та $1,26 \pm 0,03$ та після лікування $1,02 \pm 0,02$ для правого та $1,01 \pm 0,02$ для лівого жувального м'яза. Порівняно з контрольною групою.

При порівнянні показників між групами I та II можемо стверджувати, що у групі II виявлені якісніші та динамічніші зміни показників ЕМГ у дітей ніж у групи I. Значення коефіцієнту “К” після лікування у дітей групи I був на рівні $1,09 \pm 0,04$ та $1,11 \pm 0,03$ та для групи II - $1,02 \pm 0,02$ та $1,01 \pm 0,02$ в порівнянні з контрольною групою - $1,01 \pm 0,02$ та $1,02 \pm 0,01$ відповідно для правого та лівого жувального м'яза.

Висновки. Аналізуючи дані ЕМГ у групах обстежених дітей до проведення ортодонтичного та ортопедичного лікування і після, ми виявили відмінності у значеннях показників пацієнтів, яких лікували різними за методами фіксації в порожнині рота апаратами (знімними та незнімними). Отже, були виявлені позитивні зміни в показниках усіх груп дітей, яким проводилося дослідження, але їх тенденція дещо відрізнялася. У пацієнтів, яких лікували за допомогою незнімного апарату власної конструкції, прослідковувалася нормалізація показників ЕМГ та наближення їх до показників контрольної групи, у дітей які проходили лікування за допомогою знімної апаратури – спостерігалось покращення результатів, але все одно, вони знаходилися на гіршому рівні ніж показники групи II групи.

Література.

1. Дорошенко ОМ, Лихота КМ, Дорошенко МВ, Біда ОВ. Дослідження функціонального стану жувальних м'язів у пацієнтів різних вікових груп із сагітальними аномаліями прикусу. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. 2015;2(24):58-64.

2. Біда ОВ, Забуга ЮІ Функціональний стан жувальних м'язів у осіб із включеними дефектами зубних рядів, ускладненими зубощелепними деформаціями. Український стоматологічний альманах. 2016. - 3(2):27–31.

3. Біда ОВ. Електроміографічні характеристики жувальних м'язів осіб із захворюванням тканин пародонта, ускладненими частковою втратою зубів. Вісник стоматології. 2021;1:10-5.

4. Iver M, Valiathan A. Electromyography and its application in orthodontics. Current Sciens. 2001; 80(4):503-507.

5. Hassan S, Trehan M, Hussain K, Tarakji B, Alzoghaibi I,

Azzeghaibi S. Electromiography and its orthodontic application . Int J Cur Res Rev. 2014; 6(17):1.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ НЕПРЯМИХ ЕСТЕТИЧНИХ РЕСТАВРАЦІЙ

Сенишин О.В., Ожоган З.Р., Ярмолюк М.С.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Естетичні конструкції зубних протезів займають одне із провідних місць при ортопедичному лікуванні пацієнтів із дефектами зубних рядів і хворобами твердих тканин зубів. Найбільший відсоток серед них (понад 75%) займають металокерамічні і металоакрилові штучні коронки і мостоподібні протези. Всі інші естетичні конструкції (вініри, вкладки, керамічні коронки та коронки на основі діоксиду циркону) достовірно рідше використовуються у практичній стоматології. Також, широко застосовуються в клінічній практиці штифтові конструкції при відсутності коронкової частини зуба, зокрема суцільнолиті куксові вкладки та скловолоконні штифти.

Для оцінки віддалених результатів застосування таких конструкцій використовуються клінічні методи оцінки стану пародонту опорних зубів - індекси РМА, РІ, РВІ, індекс гігієни ОНІ-S, Sillness-Low.

Для виготовлення естетичних ортопедичних конструкцій застосовували САD/САМ системи, за допомогою, яких проводили інтраоральне сканування, планування ортопедичного лікування, сканування відбитків або моделей, фотофіксацію пацієнта, а також клінічну оцінку через 12 та 24 місяці після лікування. У пацієнтів із безметаловими конструкціями незнімних протезів на основі діоксиду циркону та кераміки відмічали добрий гігієнічний стан, відсутність запального процесу ясен, добре крайове прилягання конструкцій. При аналізі стану пародонту встановлено, що застосування безметалової прескераміки і коронок на основі діоксиду циркону сприяє достовірному покращенню гігієнічних індексів у порівнянні з рівнем до лікування, зменшується кровоточивість ясен і відсутні зміни кольору конструкцій. Індекс гігієни ОНІ-S до лікування становив $2,4 \pm 0,1$ бала у хворих, яким лікування проводилося зі застосуванням безметалових протезів, а через 12 місяців він становив у цих пацієнтів $0,8 \pm 0,1$ бала. Через 24 місяці після протезування досліджувані показники були достовірно кращими ($0,9 \pm 0,1$) балів у пацієнтів із безметаловими незнімними протезами.

Також, у значній частини протезованих пацієнтів (55%) відзна-

чали наявність скарг на функцію скронево-нижньощелепного суглоба, зокрема болі при опусканні та рухах нижньої щелепи, головні болі, спазм жувальних м'язів, відчуття клацання в суглобі. Слід зазначити, що спостерігається закономірність і ці симптоми можуть бути пов'язані з впливом стресових ситуацій на пацієнтів під час війни в Україні, реакцією центральної нервової системи на такі негативні чинники. Це в свою чергу призводить у багатьох пацієнтів до розвитку нічного бруксизму, перевантаження опорних зубів, тріщин конструкцій або переломів зубів.

Отримані результати вказують на достовірні клінічні і естетичні переваги зубних протезів на основі кераміки або діоксиду циркону, виготовлених за допомогою сучасних цифрових технологій, а також вплив війни і стресових ситуацій на стан організму і щелепно-лицевої системи.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ТА ВТОРИННИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ЗУБНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

Сергієнко О.І.

*Дніпровський державний медичного університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Натепер одним із головних напрямків розвитку сучасної ортопедичної стоматології є щадні відновлювальні технології, прикладом яких є відмова при частковій адентії від мостоподібних протезів, що потребують препарування твердих тканин збережених зубів, на користь дентальної імплантації. Разом з тим, не завжди умови для проведення імплантопротетики є сприятливими. Так, однією з найбільш поширених перешкод для раціонального з позицій біомеханіки вживлення імплантатів є зміщення зубів, що обмежують дефект, тобто зубощелепні деформації. В таких випадках зубному протезуванню передують підготовче ортодонтичне лікування, що дозволяє перемістити зміщені зуби у потрібне положення, до того ж нормалізувати оклюзійні співвідношення. Сучасні брекет-системи та ортодонтичні мікроімплантати дозволяють провести таку підготовку в короткий термін та максимально комфортно для хворого. Проте ефективність ортодонтичного лікування залежить від низки чинників, до яких відносять топографію та термін утворення дефекту зубного ряду, вік хворого, стан тканин пародонта, зокрема кісткової тканини альвеолярних відростків, особливостей оклюзійних співвідношень тощо.

Виходячи з вищенаведеного, **мета теперішнього дослідження** – надати клінічну (стоматологічну) характеристику хворих із частковими дефектами та вторинними деформаціями зубних рядів, які потребують ортодонтичного лікування до початку зубного протезування.

Матеріали і методи дослідження. До спостереження було включено 300 хворих віком від 28 до 57 років, що звернулися до приватної стоматологічної клініки та за результатами всебічного клінічного дослідження потребували попереднього ортодонтичного лікування з приводу деформацій зубних рядів, які виникли внаслідок їх част-

кових дефектів. Серед обстеженого контингенту хворих переважали жінки (65,3%). Особи молодого віку (за ВООЗ до 45 років) склали значну більшість (70,3%). Клінічний огляд передбачав традиційну схему обстеження: збір анамнезу, зовнішній огляд, огляд порожнини рота, що включав оцінку прикусу, стану зубних рядів та окремих зубів. В якості додаткового дослідження діагностичні моделі щелеп вивчалися в артикуляторі. Для визначення класу дефектів зубних рядів використовували класифікацію Кеннеді, вторинних деформацій – класифікації деформації оклюзійної поверхні зубних рядів за Є. І. Гавриловим та вертикального переміщення зубів за В. А. Пономарьовою. Для визначення типу прикусу застосовували методику телерентгенографії у боковій проекції з подальшим аналізом за McLaughlin. Особливу увагу приділяли пародонтологічному статусу. Для верифікації захворювань пародонта використовували класифікацію М. Ф. Данилевського. Для уточнення діагнозу та встановлення структурно-функціонального стану зубощелепного апарату аналізу підлягали результати ортопантомографії, комп'ютерних томографії та оклюзіографії. Отримані дані опрацьовували статистично.

Результати та їх обговорення. На підставі проведених досліджень нами було встановлено, що основною причиною видалення зубів у контингенту хворих, який вивчався, є ускладнений карієс, що було виявлено в 75,3% спостережень. При цьому згідно анамнезу в 24,3% хворих причина видалення зубів – захворювання пародонта, і лише в 0,3% – травма. В анамнезі час після видалення зубів складав від 1 року та менше в 32,0% пацієнтів, 1-5 років – 59,7%, 5 років та більше – 8,3%. 22,0% хворих мали в анамнезі протезування дефектів коронок зубів, 8,0% – часткових дефектів зубних рядів незнімними конструкціями. Випадків протезування знімними конструкціями та шинування не встановлено.

За даними клінічного огляду дефекти нижнього зубного ряду діагностовано у 31,7% хворих, нижнього – у 54,6%, обох зубних рядів – у 13,7%. В обстежених хворих переважали малі (43,0%) та середні (46,0%) дефекти зубних рядів. Частка дефектів протяжністю більше 3 зубів для бокових ділянок та 4 зубів для фронтальних складала 11,0%. Диференціювання дефектів зубних рядів за класифікацією Кеннеді дозволило встановити, що 13,0% з них відносяться до I класу, 21,3% - до II класу, 37,7% - до III класу, 28,0% - до IV класу.

Щодо характеру зубощелепних деформацій переважала II група за Гавриловим (мезіодистальне переміщення зубів), її частка скла-

ла 36,7%. На другому місці за поширеністю були комбіновані переміщення зубів V групи (32,3%). Деформації I групи (вертикальне переміщення зубів) склали 16,3%; III групи (вестибуло-оральне переміщення) – 14,0 %; IV групи (обертання навколо повздовжньої осі) – 0,7 %. Слід зазначити переважання II форми вертикального зубоальвеолярного переміщення за Пономарьовою, що характеризувалося подовженням клінічних коронок зубів (64,0 %). В той же час гіпертрофія альвеолярного відростка, що відповідає I групі деформацій відзначена нами в 36,0 % випадків.

За даними клінічного обстеження виражений запальний процес у тканинах пародонта, що проявлявся помірно вираженими ознаками генералізованого гінгівіту, діагностований у 21,3% хворих. Втім, за даними ортопантомографії та комп'ютерної томографії деструктивні явища в пародонті відзначались у 36,3% хворих. При цьому, якщо розділити виявлених хворих за тяжкістю деструктивних змін в кістковій тканині (втрата мінеральної щільності, явища остеопорозу, порушення цілісності міжальвеолярних перегородок) про початкові стадії генералізованого пародонтиту можна говорити у 64,0 % з них, тоді як решта (36,0%) мали патологічний процес I-II ступеня тяжкості. Локалізований характер захворювання спостерігався у 22,3% спостережень, генералізований – у 77,7 %. Зазначимо, що тяжкість локальних порушень в кістковій складовій пародонта мала більш виражений характер. Так, показники мінеральної щільності альвеолярної кістки для цих хворих знижувалися за даними комп'ютерної томографії до 200 HU.

Встановлено, що більшість дослідних хворих мала ортогнатичний прикус (37,0%). Фізіологічні різновиди прикусу виявлені в 10,3% спостережень. Дистальний прикус діагностований у 36,7% хворих, мезіальний – у 16,0%. Аналіз діагностичних моделей в артикуляторі виявив переважання іклового ведення серед дослідних хворих (61,0%). Групова спрямовуюча функція визначена в 24,3% спостережень; двобічна оклюзія, що балансує – у 14,7%. Супраконтакти на робочій стороні виявлено у 27,0% спостережень; контакти, що балансують – у 20,7%; контакти, що гіпербалансиують – у 11,3%. У свою чергу за результатами комп'ютерної діагностики оклюзійні порушення різного ступеня вираженості, які проявлялися на оклюзіограмі міжзубними контактами червоного та рожевого кольору, дисбалансом контактів праворуч та ліворуч, порушенням вектору сумарного навантаження тощо, встановлені у 100% дослідних.

Висновки. Згідно проведеного нами дослідження серед хворих із

частковими дефектами та вторинними деформаціями зубних рядів, які потребують ортодонтичного лікування до початку зубного протезування, переважають особи молодого віку із малими та середніми дефектами зубних рядів. Попри молодий вік дані хворі мають запально-деструктивні явища в тканинах пародонта, що вимагають додаткової діагностики та вірогідно ускладняють подальше ортодонтичне лікування. Одночасно наявність оклюзійних розладів у всіх дослідних хворих передбачає контроль оклюзії в динаміці на усіх етапах ортодонтичного лікування, що дозволить профілактику вторинної травматичної оклюзії як етіопатогенетичного фактору розвитку захворювань пародонта та подальшого прогресування зубощелепних деформацій.

АНАЛІЗ ВІКОВОЇ СТРУКТУРИ «ПАРОДОНТОЛОГІЧНИХ» ПАЦІЄНТІВ ТА КІЛЬКОСТІ ЇХ ЗВЕРНЕНЬ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

*Случевська О.О., Павленко О.В., Мочалов Ю.О.**

*Національний університет охорони здоров'я України імені
П.Л. Шупика*

Кафедра стоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

Актуальність дослідження. На сьогодні, хронічні запально-дистрофічні ураження тканин пародонту є широко розповсюдженими захворюванням в Україні та світі й часто призводять до вторинної адентії щелеп у працездатного населення та негативно впливають на рівень якості життя населення. Пародонтит, як найпоширеніша нозологічна форма в клінічній практиці, виявляє чіткий вплив на зростання стоматологічної захворюваності у населення, тому в сучасному світі захворювання пародонту призводять до втрати зубів набагато частіше, ніж ускладнення карієсу.

Мета дослідження – проаналізувати вікову структуру групи пацієнтів, які зверталися до стоматолога-пародонтолога, за даними медичної документації приватного стоматологічного закладу охорони здоров'я.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз було проведено на основі даних електронної системи обліку пацієнтів та електронного документообороту, яка була встановлена в ТОВ «Періо-центр» у м. Київ. Було застосовано методи описової статистики та проведено групування пацієнтів – за статтю, віком, діагнозом, кількістю візитів в ході періоду лікування, також за належністю до диспансерних вікових груп стоматологічного здоров'я за ВООЗ. Для проведення розрахунків було використано програмний пакет Microsoft Excel 2016.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз даних електронної системи ведення медичної документації спеціалізованого на лікуванні пацієнтів із захворюваннями пародонту стоматологічного закладу охорони здоров'я показав, що контингент пацієнтів мав особливу вікову структуру, що може бути пояснено специфікою віко-

вого ураження пародонтопатіями та відповідно етапністю лікування таких пацієнтів (звернення до лікарів-стоматологів загального профілю, подальше направлення на спеціальні додаткові методи обстеження, доповнення та верифікація клінічного діагнозу, отримання певного обсягу лікувально-діагностичних маніпуляцій та остаточне звернення до «вузького» спеціаліста). Глибина дослідження становила три роки, тобто включала період 2018-2020 років. Аналіз вікової структури показав, середній вік пацієнтів закладу був $43,82 \pm 10,20$ років ($M=44,00$) мінімальний вік становив 8 років, максимальний – 82 роки. Аналіз пацієнтів за статтю показав, що вікова структура них відрізнялася не суттєво. У жінок середній вік дорівнював $43,45 \pm 10,25$ років ($M=43,00$), мінімальний вік був 8 років, максимальний – 82 роки. У чоловіків середній вік дорівнював $44,14 \pm 9,98$ років ($M=44,00$), мінімальний вік пацієнта дорівнював 8 рокам, максимальний – 76 років.

Стосовно розподілу пацієнтів за віком в границях диспансерних груп, рекомендованих ВООЗ, то було встановлено, що за такими критеріями відбору потрапило 660 пацієнтів із 1017, що становило 64,90%. Максимально були «наповнені» вікові диспансерні групи «35-44» та «45-54» років. До вікової групи «35-44» років увійшло 312 пацієнтів, що склало 47,27% пацієнтів, внесених до диспансерних груп за ВООЗ та 30,68% пацієнтів відділення закладу, до вікової групи «45-54 років» увійшло 269 пацієнтів, що у масових співвідношеннях склало 40,76% пацієнтів із диспансерних груп за ВООЗ та 26,45% пацієнтів відділення загалом (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів із пародонтопатіями відповідно до вікових диспансерних груп за ВООЗ

Групи	5...6 років	12 років	15 років	18 років	20-24 роки	35-44 роки	45-54 роки	понад 65 років
Кількість пацієнтів	0	2	5	6	23	312	269	43
Частка серед усіх пацієнтів із диспансерних груп, %	0,00	0,30	0,76	0,91	3,48	47,27	40,76	6,52
Частка серед пацієнтів відділення загалом, %	0,00	0,20	0,49	0,59	2,26	30,68	26,45	4,23

Враховуючи виявлений факт, що до такого обліку не потрапили понад третину пацієнтів із зареєстрованого потоку було прийнято рішення проаналізувати кількість «пародонтологічних» пацієнтів за віком щорічно. Враховуючи частоту звернень до закладу охорони здоров'я вік пацієнтів було обмежено від 25 до 65 років включно. Отримані дані в графічному вигляді дозволили встановити зовсім іншу вікову картину в плані частоти звернень з приводу діагностики та лікування захворювань пародонту (рис. 1).



Рисунок 1. Частота звернень до закладу охорони здоров'я пацієнтів різного віку

Таким чином, на графіку можна було помітити зростання кількості звертання пацієнтів віком 30–33 роки, 36–40 років, 45–51 років та 55–59 років. Такі дані істотно відрізняються від загально оприлюднюваних результатів епідеміологічних досліджень і більш точно демонструють поширеність проблеми у населення, яке звертається по медичну стоматологічну допомогу.

Висновки. Отже, аналіз вікової структури пацієнтів, які зверталися для уточнення клінічного діагнозу та комплексного лікування генералізованого пародонтиту дозволив визначити чотири вікові групи, в яких таких випадків була максимальна кількість – 30–33 роки, 36–40 років, 45–51 років та 55–59 років. Такі отримані дані можуть являти інтерес для проектування програм профілактики захворювань пародонту для населення та проведення епідеміологічних досліджень в частині визначення уточненої картини стоматологічної захворюваності у населення.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ ПЕРЕБУДОВИ КОМІРКОВОЇ ЧАСТИНИ ЩЕЛЕПИ В МІСЦІ ВТРАЧЕНОГО ЗУБА, ЯК ПЕРЕДУМОВИ ДО ПОДАЛЬШОГО ВИБОРУ ОРТОПЕДИЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ

Ступницький І.Р., Рожко М.М., Ступницький Р.М.

ПВНЗ Київський міжнародний університет

Кафедра хірургічної, ортопедичної стоматології та ортодонції

Івано-Франківський національний медичний університет

Кафедра стоматології ННІПО

При втраті зубів настає резорбція кісткової тканини, що призводить до зменшення товщини та висоти коміркових відростків щелеп у середньому на 25-30%. Поряд із цим спостерігається втрата кісткових стінок зубної комірки, що спричиняє виникнення тканинного дефекту та відповідно обмежень у виборі ортопедичної конструкції. Характер же перебудови кісткової тканини коміркового відростка після видалення зуба та механізми, які обумовлюють місцеву атрофію в цьому випадку, не є з'ясованими у достатній мірі.

Метою цього дослідження є експериментальне вивчення морфологічної перебудови коміркової частини щелепи в місці втраченого зуба як механізму, що обумовлює місцеву атрофію кісткової тканини даної ділянки. Матеріалом для дослідження слугували 9 зрізів фрагментів нижніх щелеп свиней породи великої білої. Видалення зубів провели в 6-ти місячному віці, забір матеріалу провели на 180 добу експерименту.

Проводили оцінку особливостей структурної організації утвореного регенерату та стану кістки навколо штучно створеного дефекту після його пластики. Критеріями порівняльного оцінювання перебігу репаративного остеогенезу були характеристики гістоморфологічних змін, які спостерігалися в ділянці дефектів кісткової тканини на різних етапах формування регенерату. Нами враховувались темпи утворення клітинно-волокнистої остеогенної тканини; терміни появи і об'єми остеїдних і фіброзних кісткових структур, їх відношення до м'яко-тканинного компоненту в різні терміни експерименту; темпи формування і диференціації структур новоутвореної кістки.

Результати проведених морфологічних досліджень показали,

що дисфункційна атрофія в комірковій частині нижньої щелепи після втрати зубів має різний механізм залежно від виду кісткової тканини. Зокрема, у фіброзній кістковій тканині маргінальної зони розвивається деструкція осейових волокон із вимиванням солей кальцію та наступним набряком основної аморфної речовини (осеюду).

Компактна кісткова тканина коміркової частини при місцевій дисфункційній атрофії підлягає резорбції шляхом гладкого розсмоктування. Слід зазначити, що при цьому відбувається ексцентрична деформація отворів гаверсових каналів (набувають овальної форми з більшим діаметром у середньому 0,06 мм і меншим діаметром – 0,04 мм,) та деструкція кісткових пластинок (їхня товщина коливається в межах від 0,005 до 0,02 мм), вираженість якої збільшується у міру віддалення від просвіту каналу.

Втрата функціонального навантаження на коміркову частину призводить до редукції капілярної сітки та збільшення відстані остеочитів до судин – 0,4-0,5 мм (при оптимальній згідно Хема і Кормака 0,2-0,3 мм).

Порушення трофіки остеочитів характеризується зниженням їхньої функціональної активності а, в подальшому, загибеллю самих клітин, що спричиняє резорбцію кістки. Лакуни вставних пластинок, у яких відсутні остеочити, розширюються і з'єднуються між собою, формуючи щілини між окремими пластинками. Порушення місцевого кровообігу викликає тканинну гіпоксію, що активізує систему протеолітичних ферментів остеокластів. У проміжках між гаверсовими системи з'являються лінії склеювання, що відділяють збережені остеоци від пошкоджених.

Із вищесказаного можна зробити висновок, що морфологічні прояви дисфункційної атрофії в кожній частині коміркової частини н/щ залежать від особливостей будови кісткової тканини та фізіологічних умов. Слід зазначити, що посилення процесу розсмоктування кісткової тканини при місцевій дисфункційній атрофії відбувається на тлі незміненого апозиційного росту коміркової частини.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ІН'ЄКЦІЙНОЇ КОНТУРНОЇ ПЛАСТИКИ ОБЛИЧЧЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІЛЕРІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ

Тарнавська Л.В., Ничипорчук Г.П.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра хірургічної стоматології*

Ін'єкційна контурна пластика лиця відноситься до малоінвазивних методів лікування та корекції вікових змін шкіри та передбачає введення препаратів у вигляді одно - та двохфазних гелів на основі гіалуронової кислоти з використанням різних технік введення препарату (лінійна, векторна, перехресна, пікотаж, «сандвіч»-техніка і ін.). Виконання ін'єкцій на сьогоднішній день проводиться спеціалістами як з використанням, так і без використання анестезії. За даними сучасних закордонних джерел у 47,2% - використовується анестезія, у 52,8% - не використовується.

Метою даного дослідження було довести доцільність використання місцевого знечудлення при проведенні ін'єкційної контурної пластики лиця.

Методика проведення ін'єкційної контурної пластики лиця характеризується багаторазовими ін'єкційними проколами шкіри за допомогою шприців з препаратом та голок діаметром (G 27, G 30) з подальшим внутрішньо-шкірним або/і підшкірним введенням препарату, що супроводжується виникненням больових відчуттів у місці введення. Визначення інтенсивності болю визначали згідно Англійської шкали болю (від 0 балів - болю немає, до 10 балів - нестерпний біль).

Ступінь інтенсивності больових відчуттів залежить від багатьох факторів – статі, віку, психо-емоційного стану пацієнта, ділянки де проводяться ін'єкції, глибини введення ін'єкційної голки, стану шкіри пацієнта, техніки введення препарату. Важливим серед цих факторів є місце в щелепно-лицевій ділянці де проводиться введення препарату.

Нами обстежено 30 пацієнтів – 26 жінок і 4 чоловіків у віці від 25 до 50 років, яким було проведено ін'єкції з використанням лінійки препаратів TEOSIAL фірми TEOXAN (Швейцарія). Пацієнтів

було розділено на дві групи: 1-а основна -18 чоловік, яким було проведено ін'єкції з попереднім використанням анестетиків, 2-а група – 12 чоловік, яким було проведено ін'єкції без використання анестезії. В усіх пацієнтів першої групи використано аплікаційну анестезію з використанням для знечулення крему EMLA©.

Серед обстежених пацієнтів встановлено, що найбільше болючою ділянкою при проведенні ін'єкцій в усіх пацієнтів були губи. Іншими найбільш болючими ділянками, після губ, були ділянки чола – 45%, підочні ділянки – 38%, носо-губні складки – 17%. Ступінь болювих відчуттів у пацієнтів 1-ї групи склав згідно шкали – 2,3-2,6 балів, у пацієнтів 2-ї групи – 2,7-2,8 балів. Болюві відчуття при проведенні процедури контурної пластики на губах у 15-и пацієнтів 1-ї групи, з використанням аплікаційного знечулення, склали 2,7-2,8 балів, у пацієнтів 2-ї групи – 2,9-3 бали. Трьом пацієнтам 1-ї групи для знечулення губ проведено інфільтраційну анестезію розчином убістезіну DS у кількості 0,5-0,7 мл. Використання інфільтраційної анестезії забезпечило повний анестезуючий ефект та відсутність болювих відчуттів у пацієнтів під час проведення ін'єкцій контурної пластики губ та їх після-ін'єкційного моделювання шляхом пальпації губ (0 балів). Також було встановлено залежність анестезуючого ефекту аплікаційної анестезії з використанням EMLA© cream від часу експозиції крему на шкірі. Так у 5-и пацієнтів 1-ї групи, у яких експозиція крему на шкірі була 30хв, спостерігалися нижчі показники болю, що склали відповідно 2,3-2,4 бали.

На підставі отриманих даних, можна зробити **висновок**, що використання аплікаційного знечулення при проведенні ін'єкцій для контурної пластики лица є доцільним та забезпечує більш комфортне та безболісне проведення процедури. Рекомендований час аплікації препарату має складати не менше 20-30 хв. Для усунення болювих відчуттів при проведенні ін'єкцій на губах доцільно використовувати не аплікаційну а інфільтраційну анестезію.

УДОСКОНАЛЕННЯ І ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ЧАСТКОВИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

Титик В.М., Ожоган З.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Актуальність. На даний час існує серйозна проблема вибору часткових знімних протезів для ортопедичного лікування пацієнтів із дефектами зубних рядів. У більшості пацієнтів застосовуються часткові знімні пластинкові протези, які мають ряд естетичних і функціональних недоліків. Однак, альтернативою цим протезам є використання у пацієнтів часткових знімних еластичних протезів, які поряд із перевагами також мають ряд недоліків, послаблення фіксації, негативний тиск на СОРП і кісткову тканину протезного ложа, недостатня гігієна. Ці конструкції є проміжним варіантом між частковими знімними пластинковими і бюгельними протезами. Однак, виникає ряд запитань до конкретних показань і клінічних умов для застосування знімних еластичних протезів, дотримання їх гігієни та термінів користування.

Мета дослідження: підвищити ефективність застосування еластичних часткових знімних протезів, шляхом клінічного обґрунтування показань та удосконалення їх конструкцій і методик виготовлення.

Матеріал і методи: Заплановано обстежити 140 пацієнтів, віком 30-44, 45-60, більше 60 років. Пацієнти із частковими знімними пластинковими протезами. Пацієнти із еластичними знімними протезами. Пацієнти із бюгельними протезами. Пацієнти із умовно-знімними протезами на дентальних імплантатах

Результати і обговорення: Клініко-анамнестичні (біль, відчуття дискомфорту в роті; подразнення слизової, протезний стоматит; дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба; гальванічний синдром; пародонтит; розцементування і дестабілізація незнімних ортопедичних конструкцій; ушкодження, відколи облицювального матеріалу з коронок, протезів; поломка незнімних протезів; непереносимість матеріалів ортопедичної конструкції).

Висновки: Планується розробка чітких показань до застосування еластичних протезів, у залежності від кількості збережених

зубів у зубному ряду, стану їх пародонта, виду зубів-антагоністів. Обґрунтування меж еластичних протезів у залежності від клінічної ситуації та попереднього виду протезування. Визначення площі оклюзійних контактів у пацієнтів із еластичними знімними протезами. На основі мікробіологічних і клінічних досліджень обґрунтування удосконалених конструкцій, методик виготовлення та догляду за знімними протезами, завдяки чому буде підвищена ефективність застосування еластичних часткових знімних протезів, шляхом клінічного обґрунтування показань та удосконалення їх конструкцій і методик виготовлення.

Перспективи подальших досліджень. У результаті проведеного дослідження планується вивчити потребу в застосуванні еластичних часткових знімних протезів. За допомогою мікробіологічних методів вивчити стан еластичних протезів у різні терміни користування пацієнтами. Розробити показання і клінічно обґрунтувати удосконалені конструкції еластичних часткових знімних протезів.

Література.

1. Technical Complications of Removable Partial Dentures in the Moderately Reduced Dentition: A Systematic Review. <https://www.mdpi.com/2304-6767/11/2/55>

2. Performance of resin materials for temporary fixed denture prostheses. https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/61/2/61_18-0150/_article/-char/ja/

3. Rehabilitation of biting abilities in patients with different types of dental prostheses. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2842.2000.00620.x>

4. Reactions to acrylic resin dental prostheses. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022391380901766>

5. Reducing the effect of polymerization shrinkage of temporary fixed dental prostheses by using different materials and fabrication techniques. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S010956411630402X>

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ МЕТОДУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДИХ ТКАНИН ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Федорюк В.В., Рожко М.М., Бульбук О.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології післядипломної освіти
Кафедра ортопедичної стоматології*

Лікування пацієнтів із дефектами твердих тканин зубів після ендодонтичного втручання в більшості випадків пов'язане з вибором методики відновлення анатомічної форми зуба та матеріалів, які будуть використовуватись. Першочерговим та важливим завданням лікарів стоматологів при лікуванні таких дефектів є адекватний вибір методу лікування, який залежить від багатьох факторів: збережених твердих тканин зуба, ендодонтичних та пародонтальних аспектів, згоди пацієнта, його звичок та переваг, власних знань та «стереотипів» стоматолога щодо лікування таких патологій. Збереження неушкодженої коронкової та кореневої структури зуба, особливо збереження тканин шийки зуба для створення ферула, вважається вирішальним для оптимальної біомеханічної поведінки відреставрованих зубів після ендодонтичного втручання.

На сьогоднішній день визначення величини руйнування твердих тканин ферула зуба є одним із вирішальних моментів при виборі прямого чи непрямого методу лікування, так як в його основі лежить диференційний підхід в комплексі з ортопедичними засобами як мірою профілактики руйнування коронок зубів, що є пусковим механізмом розвитку деформацій зубо-щелепової системи та втрати зубів. Довговічність лікування прямим чи непрямим методом залежить від багатьох різних факторів, включаючи матеріал, досвід та вміння стоматолога, фінансові можливості пацієнта. Малоінвазивна стоматологія, у випадках, коли це доречно, зберігає зубні ряди, підтримує структуру зуба і передбачає недорогу терапію. У відповідній літературі мало інформації про рішення, коли лікувати пацієнта композитним матеріалом з використанням скловолоконних штифтів чи вкладкою, а коли короною. Навіть сьогодні потрібно більше досліджень з цього питання для ефективного лікування пацієнтів.

Можна підсумувати, що сьогодні наочно є відсутність уніфікованого підходу щодо вибору методів лікування дефектів твердих тканин зубів після ендодонтичного втручання. Вибір між прямим та непрямим методом ускладнюється тим, що визначення ступеня руйнування його параметрів є одним із вирішальних моментів при виборі методу лікування. Таким чином, проблема вибору методу лікування дефектів твердих тканин зубів після ендодонтичного втручання потребує подальшого вивчення, та удосконалення.

ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДІВ НАВЧАННЯ В ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ- СТОМАТОЛОГІВ

Янішен І.В., Кричка Н.В., Куліш С.А.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Забезпечення якості підготовки медичних спеціалістів на рівні міжнародних стандартів є одним із важливих завдань на сучасному етапі модернізації вищої медичної освіти України. За умови зміни педагогічних методик та впровадження інноваційних технологій навчання можливе вирішення даного завдання.

Засвоєння матеріалу студентами прикладних дисциплін, до яких відноситься ортопедична стоматологія, залежить від того, якими наочними технічними засобами навчання користується викладач при проведенні практичного заняття. Саме такий підхід зобов'язує викладачів до пошуків, а в подальшому до впровадження у практику нових сучасних форм та методів навчальної роботи, у першу чергу тих, які пов'язані з використанням інтерактивних комп'ютерних технологій.

На сьогоднішній день сучасні електронні засоби навчання включають електронні підручники, навчальні програми, тренажери або програми тестування. Слід зазначити також, що велике значення для підготовки високопрофесійних кадрів має комп'ютерна мережа "Інтернет", яка є чи не основним джерелом інформації. Для ознайомлення з новітніми досягненнями вчених України, світу в галузі стоматології на сучасному рівні мережа стала джерелом не тільки текстової, а й відеоінформації для викладачів та студентів.

Інтернет-мережа кафедри WI-FI дає доступ співробітникам та студентам до потрібної навчальної інформації, а мультимедійний комплект – демонструвати на заняттях сучасні матеріали та технології, їх застосування.

Під час вивчення дисциплін «ортопедична стоматологія» у студентів-стоматологів проводиться формування практичних навиків, які здійснюються тільки із застосуванням особливого підходу до навчання та полягає в активному отриманні знань та подальшим умінням їх застосовувати. Особлива увага саме приділяється розв'язанню ситуаційних задач, що потребує від студентів не лише знання

теоретичних основ дисципліни, а й вміння логічно мислити, аналізувати інформацію та її узагальнювати.

Слід відмітити, що виконання віртуальних робіт значно прискорює процес освоєння навчального матеріалу. Вони містять необхідні відомості з теорії та практики.

Саме тому співробітниками кафедри ортопедичної стоматології ХНМУ було створено віртуальну програму тестування для студентів 2,3,4 і 5 курсів стоматологічного факультету. Дана програма тестування має велике значення для студентів, оскільки полегшує засвоєння основних питань і дає змогу викладачу проводити контроль початкового рівня знань кожного студента, а в подальшому сприяє поглибленому вивченню дисципліни та підготовці до “Кроку-2”.

Таким чином, застосування інноваційних технологій у навчальному процесі забезпечує широкий доступ студентів до сучасного інформаційного поля з використанням новітніх технологій навчання, що дозволяють досягти і підтримувати високий рівень професійної компетентності.

Література.

1. Ільченко А.А. Характеристика педагогічних форм та методів профілактичної діяльності медичних фахівців. Медична освіта. 2016. № 1 (69). С. 22–24

2. Корольов Б.І. Особливості діяльності викладача в умовах модернізації вищої освіти України. Психолого-педагогічні засади проектування інноваційних технологій викладання у вищій школі: Монографія / За заг ред. В. П. Андрущенка, В.І. Лугового. К.: «Педагогічна думка», 2011. С. 88-105.

3. Кульбашна Я.А. Формування професійно-значущих якостей у майбутніх стоматологів - невідкладна складова розвитку професійної компетентності. Вища освіта України. 2013. № 2 (додат. 1). С. 111-119.

4. Лазоришинець В.В., Банчук, О.П. Волосовець та ін. Подальші шляхи розвитку вищої медичної освіти України. Медична освіта. 2010. № 2. С. 8-17.

5. Максименко С.Д. Педагогіка вищої медичної освіти [текст]: підручник /С.Д. Максименко, М.М. Філоненко. – К.: Центр учбової літератури, 2014. 288 с.

6. Осійчук М.С. Вплив євроінтеграційних процесів на розвиток вищої медичної освіти. Медична освіта. 2013. № 2. С. 9-13.

7. Степко М. Світові тенденції розвитку систем вищої освіти та проблеми забезпечення якості й ефективності вищої освіти в

Україні. Вищ. шк. 2013. № 7. С. 13–22.

8. Субіна О.О. Професійна майстерність та особисті якості викладача у сучасній системі освіти України. Вища освіта України. 2012. № 3 (додат. 1). С. 378-386.

9. Шухтін В., Шухтіна І. Інноваційні методи викладання студентам медичних факультетів // Новий Колегіум. 2015. № 2. С. 51–54.

10. Філоненко М. М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу: Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії (PhD) ВМ(Ф)НЗ України. – К.: Центр учбової літератури, 2016. 88 с.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА ВОДОПОГЛИНАННЯ СКЛОІОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТУ ДЛЯ ПОСТІЙНОЇ ФІКСАЦІЇ НЕЗНІМНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ З ЙОГО АНАЛОГАМИ

Янішен І.В., Сідорова О.В.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Актуальність. Ортопедичне лікування дефектів коронок зубів та обмежених дефектів зубних рядів за допомоги незнімних зубних протезів є найпоширенішим рішенням даної патології [1]. У сучасній стоматологічній практиці використовується велика різноманітність цементів. Відомо, що матеріали, які лікарі-стоматологи використовують у своїй повсякденній практиці, повинні відповідати ряду основних вимог. Згідно цих міжнародних стандартів [2], цементи для фіксації повинні бути достатньо стійкими до впливу середовища порожнини рота і забезпечувати міцне з'єднання за рахунок механічного зчеплення та адгезії [3, 6]. Окрім цього, матеріали для постійної фіксації не повинні мати шкідливої дії на пульпу зубів і м'які тканини протезного ложа, не розчинятися під впливом ротової рідини, не давати усадку при повному затвердінні, мати тепловий коефіцієнт розширення, близький до твердих тканин зуба і матеріалу штучної коронки, не спричиняти виникнення підвищеної чутливості опорних зубів [4]. Проте в літературі недостатньо інформації про вплив цементу на тканини порожнини рота, тому ми вважаємо за доцільне вивчити біологічну дію різних видів цементів на тканини порожнини рота, особливо на тканини зуба і організму в цілому [5].

Мета дослідження. Провести лабораторні випробування для визначення показника водопоглинання склоіономерного цементу для постійної фіксації незнімних зубних протезів з його аналогами.

Матеріали та методи. Співробітниками кафедри ортопедичної стоматології ХНМУ та працівниками акредитованої лабораторії АТ «Стома», (м. Харків, Україна) були проведені випробування для отримання даних показника водопоглинання (W_b , мкг/мм³) стоматологічних склоіономерних цементів для постійної фіксації.

Проведення дослідження виконується за наступною методикою: за допомоги металевої форми з отворним діаметром (15,0±1,0)мм і

товщиною $(1,0 \pm 0,1)$ мм (прес-форма), на зворотні поверхні якої накладають целюлозну плівку і металеву пластинку, після її перегортання отримують зразки дослідного матеріалу. Накривають целюлозною плівкою і металевою пластинкою та поміщають прес-форму у гвинтовий затискач, переміщують форму в термостат з температурою (37 ± 2) °С і вологістю 100 % на 60 хв. Для проведення випробувань готують не менше 3 зразків. Вимірюють діаметр та товщину зразку в центральній його частині.

Після цього зразки розміщують в розчині з безводним хлористим кальцієм, який розміщують в сушильну шафу з температурою (37 ± 2) °С. Через 24 годин їх виймають та витримують протягом 1 години в такому ж самому розчині при температурі (23 ± 1) °С. Потім зважують зразки на вагах. Повторюють цей цикл до тих пір, поки не буде отримана постійна маса. Потім занурюють зразки у дистильовану воду на 7 діб. Після закінчення цього часу зразки виймають та обережно просушують і через 1 хв його знову зважують. Одержану масу записують як m_2 . Після зважування знову кондиціонують зразки до постійної маси в розчині, як написано вище. Записують постійну масу як m_3 . Вимірюють діаметр та товщину зразку в центральній його частині за допомогою мікрометру та штангенциркулю та обчислюють його об'єм в мм^3 .

Результати. Під час виконання лабораторних досліджень з визначення показника водопоглинання (W_b , мкг/мм^3) між вітчизняним склоіономерним цементом, який зміщують на полікарбонатові та 2,3-дигідроксибутадіонові кислоти (АТ «Стома», Україна) – СЦ на основі ПКВК, склоіономерним цементом на основі суміші карбонатові та малеїнової кислот (ЗМ ESPE, Німеччина) – СЦ на основі КМК, та матеріал на гомополімері акрилової та тартарової кислот (SDI Limited, Австралія) – СЦ на основі АТК), ми встановили, що обрані нами матеріали мають показник водопоглинання в межах 36,3-42,7 мкг/мм^3 . Показник матеріалу «СЦ на основі АТК» має дані на 3,0% менший за показник матеріалу «СЦ на основі ПКВК», та на 3,4% більший за показник «СЦ на основі КМК» відповідно.

Обчислення отриманих даних виконують за наступною формулою:

$$W_b = \frac{m_2 - m_3}{V} * 10^6,$$

де: m_2 – маса зразка після вилучення з води, г; m_3 – маса зразку після висушування, г; V – об'єм зразку, мм^3 .

Висновки. Водопоглинання вітчизняного матеріалу «СЦ на ос-

нові ПКВК» має незначну різницю в порівнянні з показниками закордонних аналогів та відповідність вимог міжнародного стандарту ISO.

Список літератури.

1. Кордіяк А.Ю. Обґрунтування необхідності клінічної оцінки стану незнімних зубних протезів, визначення діагнозу та планування відповідних заходів/А.Ю. Кордіяк// Український стоматологічний альманах. – 2013. - № 4. – С. 46-9.

2. ДСТУ ISO 31578-2012. Цементи на водній основі. Технічні вимоги. Методи випробувань. Міжнародний державний рад за стандартизацією, метрологією та сертифікацією. 2015. 30 с.

3. Гризодуб ДВ. Результати дослідження біохімічної активності ротової рідини при використанні різних фіксаційних дентальних матеріалів. дентальних матеріалів/ Д.В. Гризодуб// Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2014. - №1(13). – С. 83-86.

4. Янішен І.В. Порівняльна оцінка фізико-механічних властивостей склоіономерних цементів для постійної фіксації незнімних ортопедичних конструкцій/ І.В. Янішен, О.В. Сідорова// Український стоматологічний альманах. - 2019. - № 2. - С. 59-63.

5. Радчук В. Аналіз структури ортопедичної патології та частоти повторних звернень після протезування зубів металокерамічними конструкціями/ В. Радчук, Н. Гасюк, Г. Єрошенко// Світ медицини та біології. – 2019. - № 4(70). – С.138-142.

6. Янішен І.В. Визначення показників міцності адгезії склоіономерних цементів для постійної фіксації до твердих тканин опорних зубів/І.В. Янішен, О.В. Сідорова// Український журнал медицини, біології та спорту. - 2020. - Т.5. - № 1 (23). - С. 277-281.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ МЕТОДИКИ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОДИНАМІКИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА

Янішен І.В., Федотова О.Л.

*Харківський національний медичний університет,
Кафедра ортопедичної стоматології*

Системний аналіз сучасних наукових даних переконливо доводить провідну роль мікроциркуляторної ланки кровообігу в патогенезі багатьох стоматологічних захворювань. Однак розвиток патогенетичних механізмів, відповідальних за морфофункціональний стан слизової оболонки протезного ложа при лікуванні пацієнтів знімними акриловими протезами, повністю не вивчено [1, 3, 9]. Клініко-функціональні дослідження свідчать, що у пацієнтів, які використовують знімні зубні протези відзначаються зміни мікроциркуляторного русла в слизовій оболонці ротової порожнини [2, 4, 6].

На думку більшості вітчизняних і зарубіжних дослідників, лазерна доплерівська флоуметрія (ЛДФ) є простим, атравматичним, безпечним і достовірним методом функціональної діагностики, тому цей метод досить широко застосовується практично у всіх медичних дисциплінах, які потребують вивчення мікроциркуляції у людини [2]. У стоматології ЛДФ найбільш ефективна для кількісного визначення лінійних та об'ємних параметрів структури капілярного кровотоку, а також інтенсивності гемодинамічних процесів в тканинах слизової оболонки на рівні прикріплених ясен [8, 10]. Комплексна оцінка результатів капілярного кровотоку методом ЛДФ дозволить провести об'єктивну оцінку топографічних особливостей і життєздатності тканин мікроциркуляторного русла в слизовій оболонці порожнини рота після протезування пацієнта знімними ортопедичними конструкціями, дозволить уникнути, на етапах лікування травматизації протезного ложа за допомогою визначення якості розподілу тиску з знімних ортопедичних конструкцій на слизову порожнину рота пацієнта, отримавши значні для ортопедичної стоматології результати [5].

Метою дослідження було підвищення якості ортопедичного лікування пацієнтів із повною адентією за рахунок виготовлення

знімних ортопедичних конструкцій за удосконаленою методикою під контролем вивчення показників гемодинаміки слизової оболонки протезного ложа.

Матеріали і методи дослідження. Вивчення мікроциркуляції крові в слизовій оболонці протезного ложа проводили у 20 пацієнтів групи порівняння, що користуються протезами, виготовленими за стандартною методикою і у 20 пацієнтів досліджуваної групи з протезами, виготовленими за удосконаленою методикою, до протезування і в різні терміни після накладення знімних протезів: через 1 день, 1 місяць і 1 рік. Удосконалена методика виготовлення повних знімних протезів полягала в отриманні функціонального відбитку за допомогою спеціально підготовленої індивідуальної ложки та розробленого нами відбиткового полівінілсилоксанового матеріалу [11].

Результати дослідження. В результаті проведених нами вимірювань виявлено, що показник мікроциркуляції у контрольній групі до накладання протезу достовірно ($p < 0,001$) відрізняється від значень, які були отримані через 1 рік після використання – 10,11 п.о. і 15,2 п.о. відповідно, що свідчить про збільшення перфузії судин і зниження їх тонуусу. Щодо основної групи – показники за даним параметром достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$) і становили 11,15 п.о. на першому етапі контролю і 11,9 п.о. на останньому, що вказує на відсутність негативного впливу протезу на слизову оболонку. При порівнянні показників мікроциркуляції між контрольною та основною групами, достовірну різницю на рівні $p < 0,001$ ми виявили на четвертому етапі дослідження.

Дослідження індексу флаксмоцій (ІФМ) виявило мінливість перфузії у контрольній групі – від 1,09 до 1,39, проте дана різниця не є достовірною ($p > 0,05$). В основній групі даний показник також дещо коливався (різниця показників не достовірна, $p > 0,05$), але на кінцевому етапі дослідження досяг майже початкового значення – 1,16, що говорить про стабілізацію ситуації. Порівнюючи результати обох груп через 1 рік після протезування ми відзначили достовірну ($p < 0,05$) різницю ІФМ між групами – 1,39 і 1,16 відповідно.

Аналізуючи показники внутрішньосудинного опору, ми побачили достовірну ($p < 0,05$) різницю у контрольній групі між початковим етапом дослідження, на якому було отримано результат у $(3,64 \pm 0,25)\%$ і останнім, коли опір становив $(3,01 \pm 0,16)\%$, тоді як у пацієнтів основної групи показники на тих самих етапах достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$) і становили $(3,51 \pm 0,32)\%$ до накладання протезу та $(3,9 \pm 0,28)\%$ через 1 рік після протезування. При прак-

тично рівних показниках між порівнюваними групами на початку роботи, через 1 рік ми виявили достовірну різницю на рівні $p < 0,01$, що свідчить про стабільність мікроциркуляторного русла при використанні знімних протезів, які виготовлені за удосконаленою методикою та із застосуванням розроблених матеріалів.

Щодо судинного тонусу, то виявлено його поступове зниження у пацієнтів контрольної групи від етапу до етапу – від $(93,58 \pm 2,76)\%$ до $(80,5 \pm 3,02)\%$ із достовірною різницею на рівня $p < 0,01$. У пацієнтів основної групи коливання показників за цим параметром практично відсутнє і через 1 рік після протезування зафіксовано значення $(96,0 \pm 2,91)\%$, що достовірно не відрізняється від початкової величини. Суттєву різницю (на рівні $p < 0,05$) між вимірами у пацієнтів контрольної та основної груп ми виявили вже на першому етапі дослідження – $(88,1 \pm 2,71)\%$ і $(95,6 \pm 2,55)\%$ відповідно, а через 1 рік різниця між групами була вже на рівні $p < 0,001$ – $(80,5 \pm 3,02)\%$ та $(96,0 \pm 2,91)\%$.

Висновок. Таким чином, застосування ЛДФ є досить інформативним та не інвазивним методом реєстрації капілярного кровотоку в слизовій оболонці порожнини рота. Вона дозволяє дати об'єктивну, достовірну, науково обґрунтовану оцінку порушень мікроциркуляторного русла, а також оцінити динаміку патологічних процесів і ефективність лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на патогенетичну корекцію цих порушень. Результати проведеного нами дослідження наочно демонструють вплив якості отриманого відбитку на стан мікроциркуляції судин протезного ложа - можна сміливо стверджувати, що протези виготовлені за удосконаленою нами методикою надають більш сприятливий вплив на капілярний кровообіг протезного ложа протягом усього періоду використання протезів пацієнтами, що обумовлено прецизійним розподілом жувального тиску на тканини протезного ложа. Тому подальші дослідження будуть направлені на пошуки шляхів підвищення жувальної ефективності пацієнтів із повною адентією задля покращення якості їх життя.

Література:

1. Akazawa H, K. Sakurai Changes of blood flow in the mucosa underlying a mandibular denture following pressure assumed as a result of light clenching. Journal of Rehabilitation. 2012; 29: 336-340.
2. Appleby RC, Kirchoff WF. Immediate maxillary denture impression. J. Prosth Dent. 2012; 5: 443.
3. Bradm M, Canston BE. Use of polymeric material in dentistry.

Flastm Polim. 2011; 153: 140-144.

4. Canjau S, Miron MI, Todea CD. Laser Doppler flowmetry evaluation of gingival microcirculation recovery in gingivitis. Archives Balkan Med Union. 2015; 50(3): 354-359.

5. Donovan TE, Hirst RG, Campagni WV. Physical properties of acrylic resin polymerized by four different techniques. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2015; 4: 522- 524.

6. Hinrichs JE, LaBelle LL, Aeppli D. An evaluation of laser Doppler readings obtained from human gingival sulci. J Periodontol. 2015; 66: 171-176.

7. Mihajlova V.V., Libih D.A. Dinamika izmenenij mikrocirkuljacii slizistoj obolochki polosti rta u pacientov s parestezijej v processe ortopedicheskogo stomatologicheskogo lechenija. Parodontologija. 2014;3(72): 51-53.

8. Rozhko MM. Stomatologiya. Kiev: Meditsina. 2013; 1: 872.

9. Yanishen IV, Fedotova OL, Khlystun NL, Yushchenko PL, Dolia AV. The effect analysis of the double-layer bases in removable dentures with occlusive part on the microcirculatory state of the denture foundation area vessels. Svit medicyny ta biologii. 2020; 2(72): 142-145.

10. Yanishen IV, Fedotova OL. Problema komplajentno-orijentovanyh innovacij zubotehnichnogo materialoznavstva v konteksti pidvyshhennja efektyvnosti stomatologichnogo likuvannja. Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah. 2016; 4: 60-68.

11. Патент на винахід №116952, Україна, МПК C08L 83/04, A61C 9/00. Стоматологічний відбитковий полівінілсилоксановий матеріал / І.М. Ярина, І.В. Янішен, Р.В. Білобров, П.С. Запара, О.В. Мовчан, О.Л. Федотова, О.О. Бережна – Заявка №. а 2017 01061 від 06.02.2017.

ВПЛИВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ФОРМУВАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ МОТИВАЦІЇ

Янковецька І.М., Ожоган З.Р., Базилевич Т.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра ортопедичної стоматології*

Вступ. Прийом у лікаря-стоматолога відноситься до факторів, що викликають стрес у більшості людей, що значно ускладнює роботу лікаря. Щоб уникнути даної проблеми, необхідно знайти індивідуальний підхід до кожного пацієнта, що дасть можливість заспокоїти його та взаємодіяти більш ефективно. Необхідно оптимізувати та поліпшити психологічну підготовку хворого, створити більш комфортні умови для взаємодії з ним.

Мета дослідження. Розробка індивідуально-типологічного підходу до оцінки особливостей психофізіологічного стану у осіб з різним рівнем мотивації звернення за стоматологічною допомогою.

Матеріал і методи. Всього було опитано 340 пацієнтів. Методика психологічної підготовки для вирішення даної проблеми базувалася на роботах шведського психіатра та педагога К.Г.Юнга. Респонденти відповідали на запитання анкети добровільно і анонімно. Анкета складалася з 18 запитань. А також для аналізу мотивації використовували експрес метод кількісної оцінки рівня стоматологічної мотивації, в основу якого покладений Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник, який враховує психофізіологічні особливості пацієнта.

Отримані результати. В ході проведеного дослідження виявлено, що не дивлячись на переважне поширення високого рівня стоматологічної мотивації серед пацієнтів, тільки 42% відвідують стоматолога з профілактичною метою.

На питання анкети «Як ви ставитеся до профілактики стоматологічних захворювань?» 4,8% вважають, що їм не потрібна профілактика; 32% - розуміють важливість профілактики, але не виконують її заходів, 44,6% - не регулярно виконують заходи профілактики. Лише 18,6 % респондентів виконують заходи профілактики, що дуже сумно.

На запитання «Наскільки комфортно вам було спілкуватися з лікарем?» пацієнти відповідали двічі (до бесіди з лікарем і після), майже вільно, або вільно обговорюю свою проблему – таких відповідей було не більше 46%, після проведення бесіди таких стало 72%.

Нас вразило те, що 63% респондентів на запитання «Наскільки лікарю вдалося втамувати ваші негативні відчуття?» дали відповідь «Лікар допоміг мені відчувати себе більш безпечно». Використання у своїй практиці психологічної підготовки пацієнтів до стоматологічного лікування підвищує довіру до лікаря стоматолога і до такого лікаря планують «попасти» 88,7% пацієнтів.

Висновки. Таким чином наше дослідження показало, що пацієнти мають низьку вмотивованість до комплексного лікування стоматологічних захворювань та використання заходів профілактики. Впровадження в практику роботи стоматологів різних профілів психологічної підготовки пацієнтів дозволить знизити психологічний дискомфорт перед прийомом, мотивувати пацієнтів виконувати методи профілактики, підняти довіру до лікаря.

Підписано до друку 23.03.2023 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 8,25. Тираж 100 примірників. Зам 12.
Тираж здійснено у видавництві Івано-Франківського
національного медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного
реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м.Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2.